

Fetzer, Anette E. / Steinert, Tilman / Metzger, Wolfram und Fegert, Jörg M.

Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55 (2006) 10, S. 754-766

urn:nbn:de:bsz-psydok-47013

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Branik, E.; Meng, H.: Die Funktion von Besprechungen für multidisziplinäre Behandlungsteams kinder- und jugendpsychiatrischer Stationen (The function of team-meetings for treatment teams on child and adolescent psychiatric wards)	198
Henke, C.: Peer-Mediation an Schulen: Erfahrungen bei der Implementierung und der Ausbildung von Streitschlichtern (Peer-mediation in schools: Experiences in implementation and training of mediators)	644
Krabbe, H.: Eltern-Jugendlichen-Mediation (Mediation between parents and youth) . . .	615
Mayer, S.; Normann, K.: Das Praxismodell des Familien-Notruf München zum Einbezug der Kinder in die Mediation (Children in family mediation: A practice model)	600
Mickley, A.: Mediation an Schulen (Mediation in schools)	625
Sampson, M.: Psychotherapeutischer Leitfaden zum technischen Umgang mit Schulängsten (A psychotherapeutic guide for dealing with school phobia)	214

Originalarbeiten / Original Articles

Barkmann, C.; Schulte-Markwort, M.: Psychosoziale Lebenssituation und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland (Life situation and health status of children and adolescents)	444
Boeger, A.; Dörfler, T.; Schut-Ansteeg, T.: Erlebnispädagogik mit Jugendlichen: Einflüsse auf Symptombelastung und Selbstwert (Project adventure with adolescents: Influence on psychopathology and self-esteem)	181
Bullinger, M.; Ravens-Sieberger, U.: Lebensqualität und chronische Krankheit: die Perspektive von Kindern und Jugendlichen in der Rehabilitation (Quality of life and chronic conditions: The perspective of children and adolescents in rehabilitation)	23
Desman, C.; Schneider, A.; Ziegler-Kirbach, E.; Petermann, F.; Mohr, B.; Hampel, P.: Verhaltenshemmung und Emotionsregulation in einer Go-/Nogo-Aufgabe bei Jungen mit ADHS (Behavioural inhibition and emotion regulation among boys with ADHD during a go-/nogo-task)	328
Fetzer, A.E.; Steinert, T.; Metzger, W.; Fegert, J.M.: Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (A prospective analysis of coercive measures in an inpatient department of child and adolescent psychiatry)	754
Fricke, L.; Mitschke, A.; Wiater, A.; Lehmkuhl, G.: Kölner Behandlungsprogramm für Kinder mit Schlafstörungen – Konzept, praktische Durchführung und erste empirische Ergebnisse (A new treatment program for children with sleep disorders – Concept, practicability, and first empirical results)	141
Grimm, K.; Mackowiak, K.: Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger und aufmerksamkeitsgestörter Kinder (KES) (KES – Training for parents of children with conduct behaviour problems)	363
Hampel, P.; Desman, C.: Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (Coping and quality of life among children and adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)	425
Kühnapfel, B.; Schepker, R.: Katamnestische Nachbefragung von freiwillig und nicht freiwillig behandelten Jugendlichen (Post hoc interviews with adolescents after voluntary and involuntary psychiatric admission)	767

1	Leins, U.; Hinterberger, T.; Kaller, S.; Schober, F.; Weber, C.; Strehl, U.: Neurofeedback der langsamen kortikalen Potenziale und der Theta/Beta-Aktivität für Kinder mit einer ADHS: ein kontrollierter Vergleich (Neurofeedback for children with ADHD: A comparison of SCP- and Theta/Beta-Protocols)	384
2		
3		
5	Preusche, I.; Koller, M.; Kubinger, K.D.: Sprachfreie Administration von Intelligenztests nicht ohne Äquivalenzprüfung – am Beispiel des AID 2 (An experiment for testing the psychometric equivalence of the non verbal instruction of the Adaptive Intelligence Diagnosticum) . .	559
	Retzlaff, R.; Hornig, S.; Müller, B.; Reuner, G.; Pietz, J.: Kohärenz und Resilienz in Familien mit geistig und körperlich behinderten Kindern (Family sense of coherence and resilience. A study on families with children with mental and physical disabilities)	36
10		
	Richardt, M.; Remschmidt, H.; Schulte-Körne, G.: Einflussfaktoren auf den Verlauf Begleiteter Umgänge in einer Erziehungsberatungsstelle (Influencing factors on the course of supervised visitations in a parental counselling office)	724
	Roessner, V.; Banaschewski, T.; Rothenberger, A.: Neuropsychologie bei ADHS und Tic-Störungen – eine Follow-up-Untersuchung (Neuropsychological performance in ADHD and tic-disorders: A prospective 1-year follow-up)	314
15		
	Romer, G.; Stavenow, K.; Baldus, C.; Brüggemann, A.; Barkmann, C.; Riedesser, P.: Kindliches Erleben der chronischen körperlichen Erkrankung eines Elternteils: Eine qualitative Analyse von Interviews mit Kindern dialysepflichtiger Eltern (How children experience a parent being chronically ill: A qualitative analysis of interviews with children of hemodialysis patients)	53
20		
	Sarimski, K.: Spektrum autistischer Störungen im frühen Kindesalter: Probleme der Beurteilung (Autistic spectrum disorders in very young children: Issues in the diagnostic process) .	475
	Schick, A.; Cierpka, M.: Evaluation des Faustlos-Curriculums für den Kindergarten (Evaluation of the Faustlos-Curriculum for Kindergartens)	459
	Schmid, M.; Nützel, J.; Fegert, J.M.; Goldbeck, L.: Wie unterscheiden sich Kinder aus Tagesgruppen von Kindern aus der stationären Jugendhilfe? (A comparison of behavioral and emotional symptoms in German residential care and day-care child welfare institutions)	544
25		
	Stadler, C.; Holtmann, M.; Claus, D.; Büttner, G.; Berger, N.; Maier, J.; Poustka, F.; Schmeck, K.: Familiäre Muster bei Störungen von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle (Familial patterns in disorders of attention and impulse control)	350
30		
	Suchodoletz, W. v.; Macharey, G.: Stigmatisierung sprachgestörter Kinder aus Sicht der Eltern (Stigmatization of language impaired children from the parents' perspective) . .	711
	Trautmann-Villalba, P.; Laucht, M.; Schmidt, M.H.: Väterliche Negativität in der Interaktion mit Zweijährigen als Prädiktor internalisierender Verhaltensprobleme von Mädchen und Jungen im Grundschulalter (Father negativity in the interaction with toddlers as predictor of internalizing problems in girls and boys at school age)	169
35		
	Wiehe, K.: Zwischen Schicksalsschlag und Lebensaufgabe – Subjektive Krankheitstheorien als Risiko- oder Schutzfaktoren der Bewältigung chronischer Krankheit im Kindesalter (Stroke of fate or personal challenge – Subjective theories of illness as risk or protective factors in coping with chronic pediatric illness)	3
40		
	Übersichtsarbeiten / Review Articles	
42		
43	Bastine, R.; Römer-Wolf, B.; Decker, F.; Haid-Loh, A.; Mayer, S.; Normann, K.: Praxis der Familienmediation in der Beratung (Family mediation within the counselling system) .	584
44	Frölich, J.; Lehmkuhl, G.; Fricke, L.: Die medikamentöse Behandlung von Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter (Pharmacotherapy of sleep disorders in children and adolescents) . .	118
45		

1	Gantner, A.: Multidimensionale Familientherapie für cannabisabhängige Jugendliche – Ergebnisse und Erfahrungen aus der „INCANT“-Pilotstudie (Multidimensional Family Therapy for adolescent clients with cannabis use disorders – Results and experience from the INCANT pilot study)	520
2		
3		
5	Hardt, J.; Hoffmann, S. O.: Kindheit im Wandel – Teil I: Antike bis zur Neuzeit (Childhood in flux – Part I: Ancient world until modern times)	271
	Hardt, J.; Hoffmann, S. O.: Kindheit im Wandel – Teil II: Moderne bis heute (Childhood in flux – Part II: Modern times until today)	280
	Jockers-Scherübl, M. C.: Schizophrenie und Cannabiskonsum: Epidemiologie und Klinik (Schizophrenia and cannabis consumption: Epidemiology and clinical symptoms) . . .	533
10	Libal, G.; Plener, P. L.; Fegert, J. M.; Kölch, M.: Chemical restraint: „Pharmakologische Ruhigstellung“ zum Management aggressiven Verhaltens im stationären Bereich in Theorie und Praxis (Chemical restraint: Management of aggressive behaviours in inpatient treatment – Theory and clinical practice)	783
15	Nitschke-Janssen, M.; Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen – Eine retrospektive Auswertung in einer Schweizer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik (Factors contributing to the use of seclusion and restraint – a retrospective analysis in a Swiss clinic for child and adolescent psychiatry)	255
	Ollefs, B.; Schlippe, A. v.: Elterliche Präsenz und das Elterncoaching im gewaltlosen Widerstand (Parental presence and parental coaching in non-violent resistance)	693
20	Paditz, E.: Schlafstörungen im Kleinkindesalter – Diagnostik, Differenzialdiagnostik und somatische Hintergründe (Sleep disorders in infancy – Aspects of diagnosis and somatic background)	103
	Papoušek, M.; Wollwerth de Chuquisengo, R.: Integrative kommunikationszentrierte Eltern- Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen (Integrative parent-infant psychotherapy for early regulatory and relationship disorders)	235
25	Schepker, R.; Steinert, T.; Jungmann, J.; Bergmann, F.; Fegert, J. M.: Qualitätsmerkmale freiheitseinschränkender Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Quality characteristics of freedom-restricting coercive measures in child and adolescent psychiatry)	802
	Schnoor, K.; Schepker, R.; Fegert, J. M.: Rechtliche Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Legal and practical issues on coercive measures in child and adolescent psychiatry)	814
30	Schredl, M.: Behandlung von Alpträumen (Treatment of nightmares)	132
	Seiffge-Krenke, I.; Skaletz, C.: Chronisch krank und auch noch psychisch beeinträchtigt? Die Ergebnisse einer neuen Literaturrecherche (Chronically ill and psychologically impaired? Results of a new literature analysis)	73
35	Tossmann, P.: Der Konsum von Cannabis in der Bundesrepublik Deutschland (The use of cannabis in the Federal Republic of Germany)	509
	Zehnder, D.; Hornung, R.; Landolt, M. A.: Notfallpsychologische Interventionen im Kindesalter (Early psychological interventions in children after trauma)	675

Buchbesprechungen / Book Reviews

40		
42	Asendorpf, J. B. (Hg.) (2005): Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung. Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie. Bd. 3. (L. Unzner)	740
43		
44	Aster, M. v.; Lorenz, J. H. (Hg.) (2005): Rechenstörungen bei Kindern. Neurowissenschaft, Psychologie, Pädagogik. (A. Seitz)	410
45		

1	Becker, K.; Wehmeier, P.M.; Schmidt, M.H. (2005): Das noradrenerge Transmittersystem bei ADHS. Grundlagen und Bedeutung für die Therapie. (<i>M. Mickley</i>)	575
2	Behringer, L.; Höfer, R. (2005): Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. (<i>D. Irblich</i>)	574
3	Bernard-Opitz, V. (2005): Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Ein Praxis- handbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. (<i>K. Sarimski</i>)	411
5	Bieg, S.; Behr, M. (2005): Mich und Dich verstehen. Ein Trainingsprogramm zur Emotio- nalen Sensitivität bei Schulklassen und Kindergruppen im Grundschul- und Orientie- rungsstufenalter. (<i>F. Caby</i>)	299
	Bois, R. d.; Resch, F. (2005): Klinische Psychotherapie des Jugendalters. Ein integratives Praxisbuch. (<i>R. Mayr</i>)	664
10	Bortz, J. (2005): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. (<i>J. Fliegner</i>)	744
	Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2006): Kinder ohne Bindung: Deprivation, Adoption und Psychotherapie. (<i>L. Unzner</i>)	842
	Christ-Steckhan, C. (2005): Elternberatung in der Neonatologie. (<i>K. Sarimski</i>)	157
	Cierpka, M. (2005): FAUSTLOS – wie Kinder Konflikte gewaltfrei lösen lernen. (<i>W. Nobach</i>)	95
15	Claus, H.; Peter, J. (2005): Finger, Bilder, Rechnen. Förderung des Zahlverständnisses im Zahlraum bis 10. (<i>M. Mickley</i>)	226
	Damasch, E.; Metzger, H.-G. (Hg.) (2005): Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische Perspektiven. Frankfurt a. (<i>A. Eickhorst</i>)	494
	Diepold, B. (2005): Spiel-Räume. Erinnern und entwerfen. Aufsätze zur analytischen Kin- der- und Jugendlichenpsychotherapie (herausgegeben von P. Diepold). (<i>M. Schulte- Markwort</i>)	419
20	Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.; Steinhausen, H.-C. (2006): KIDS-1 Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). (<i>D. Irblich</i>)	841
	Doherty-Sneddon, G. (2005): Was will das Kind mir sagen? Die Körpersprache des Kindes verstehen lernen. (<i>L. Unzner</i>)	294
25	Eiholzer, U. (2005): Das Prader-Willi-Syndrom. Über den Umgang mit Betroffenen. (<i>K. Sarimski</i>)	158
	Feibel, T. (2004): Killerspiele im Kinderzimmer. Was wir über Computer und Gewalt wis- sen müssen. (<i>G. Latzko</i>)	158
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 50. (<i>M. Hirsch</i>)	304
30	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 51. (<i>M. Hirsch</i>)	745
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2006): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 52. (<i>M. Hirsch</i>)	843
	Häußler, A. (2005): Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus. (<i>K. Sarimski</i>)	411
	Hopf, C. (2005): Frühe Bindungen und Sozialisation. (<i>L. Unzner</i>)	294
	Jacobs, C.; Petermann, F. (2005): Diagnostik von Rechenstörungen. (<i>D. Irblich</i>)	495
35	Katz-Bernstein, N. (2005): Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diag- nostik, Therapie. (<i>D. Irblich</i>)	496
	Lackner, R. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Therapeutische Unterstützung für traumatisierte Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
	Langer, I.; Langer, S. (2005): Jugendliche begleiten und beraten. (<i>M. Mickley</i>)	96
40	Leyendecker, C. (2005): Motorische Behinderungen. Grundlagen, Zusammenhänge und Förderungsmöglichkeiten. (<i>L. Unzner</i>)	160
	Nissen, G. (2005): Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. (<i>L. Unzner</i>)	571
43	Oelsner, W.; Lehmkuhl, G. (2005): Adoption. Sehnsüchte – Konflikte – Lösungen. (<i>H. Hopf</i>)	302
44	Pal-Handl, K. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Elternratgeber für traumatisierte Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
45		

1	Pal-Handl, K.; Lackner, R.; Lueger-Schuster, B. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Ein Bilderbuch für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
2	Petermann, F.; Macha, T. (2005): Psychologische Tests für Kinderärzte. (<i>D. Irblich</i>)	156
3	Plahl, C.; Koch-Temming, H. (Hg.) (2005): Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen – Methoden – Praxisfelder. (<i>K. Sarimski</i>)	412
5	Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (Hg.) (2005): Jahrbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma. (<i>K. Fröhlich-Gildhoff</i>)	416
	Ritscher, W. (Hg.) (2005): Systemische Kinder und Jugendhilfe. Anregungen für die Praxis. (<i>G. Singe</i>)	847
10	Rittelmeyer, C. (2005): Frühe Erfahrungen des Kindes. Ergebnisse der pränatalen Psychologie und der Bindungsforschung – Ein Überblick. (<i>L. Unzner</i>)	742
	Rohrmann, S.; Rohrmann, T. (2005): Hochbegabte Kinder und Jugendliche. Diagnostik – Förderung – Beratung. (<i>D. Irblich</i>)	665
	Ruf, G.D. (2005): Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. (<i>R. Mayr</i>)	741
15	Ruppert, F. (2005): Trauma, Bindung und Familienstellen. Seelische Verletzungen verstehen und heilen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	300
	Sarimski, K. (2005): Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen. (<i>D. Irblich</i>)	94
	Schäfer, U.; Rütter, E. (2005): ADHS im Erwachsenenalter. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. (<i>E. Rhode</i>)	413
20	Schindler, H.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Anwendungsfelder systemischer Praxis. Ein Handbuch. (<i>I. Bohmann</i>)	573
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf. (<i>K. Sarimski</i>)	661
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Verhaltensauffälligkeiten. (<i>K. Sarimski</i>)	661
25	Schott, H.; Tölle, R. (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. (<i>S. Auschra</i>)	840
	Schütz, A.; Selg, H.; Lautenbacher, S. (Hg.) (2005): Psychologie: Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder. (<i>L. Unzner</i>)	666
30	Seiffge-Krenke, I. (Hg.) (2005): Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie. (<i>U. Kiefling</i>)	297
	Siegler, R.; DeLoache, J.; Eisenberg, N. (2005): Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. (<i>L. Unzner</i>)	492
	Simon, H. (2005): Dyskalkulie – Kindern mit Rechenschwäche wirksam helfen. (<i>M. Mickley</i>)	226
	Speck, V. (2004): Progressive Muskelentspannung für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	663
35	Speck, V. (2005): Training progressiver Muskelentspannung für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	663
	Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2005): Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Frühdiagnostik bei motorischen, kognitiven, sensorischen, emotionalen und sozialen Entwicklungsauffälligkeiten. (<i>D. Irblich</i>)	572
40	Suhr-Dachs, L.; Döpfner, M. (2005): Leistungsängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ), Bd. 1. (<i>H. Mackenberg</i>)	414
	Thun-Hohenstein, L. (Hg.) (2005): Übergänge. Wendepunkte und Zäsuren in der kindlichen Entwicklung. (<i>L. Unzner</i>)	295
42	Unterberg, D.J. (2005): Die Entwicklung von Kindern mit LRS nach Therapie durch ein sprachsystematisches Förderkonzept. (<i>M. Mickley</i>)	743
43	Venzlaff, U.; Foerster, K. (Hg.) (2004): Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. (<i>B. Reiners</i>)	230
44		
45		

1	Weiß, H.; Neuhäuser, G.; Sohns, A. (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. (<i>M. Naggl</i>)	227
2	Westhoff, E. (2005): Geistige Behinderung (er-)leben. Eine Reise in fremde Welten. (<i>D. Irblich</i>)	296
3	Wirsching, M. (2005): Paar- und Familientherapie. Grundlagen, Methoden, Ziele. (<i>A. Zellner</i>)	497

Neuere Testverfahren / Test Reviews

10	Grob, A.; Smolenski, C. (2005): FEEL-KJ. Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. (<i>C. Kirchheim</i>)	499
	Mariacher, H.; Neubauer, A. (2005): PAI 30. Test zur Praktischen Alltagsintelligenz. (<i>C. Kirchheim</i>)	162
	Rossmann, P. (2005): DTK. Depressionstest für Kinder. (<i>C. Kirchheim</i>)	669

15	Editorial / Editorial	1, 101, 313, 507, 581, 751
	Autoren und Autorinnen / Authors	91, 155, 225, 293, 408, 491, 570, 660, 739, 838
	Gutachter und Gutachterinnen / Reviewer	93, 839
	Tagungskalender / Congress Dates	98, 165, 233, 309, 421, 502, 577, 672, 748, 849
20	Mitteilungen / Announcements	167, 674

Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie

Anette E. Fetzter, Tilman Steinert, Wolfram Metzger und Jörg M. Fegert

Summary

A prospective analysis of coercive measures in an inpatient department of child and adolescent psychiatry

So far the discussion of coercive measures in the work with children and adolescents relies more on individual experiences than on empirical data. In the department of child and adolescent psychiatry "Die Weissenau" all coercive measures in the past six years have been evaluated prospectively. 178 patients (9.2 %) of 1939 patients totally admitted between 1999 and 2004 received coercive measures. For each measure there was a documentation of personal data, reason and duration of the coercive measure. The proportion of patients affected by coercive measures in this department was lower compared to other studies. Female patients were more often subject to coercive measures. Mostly coercive measures were used in the means of protection against self-directed aggressive behaviour. The average duration of coercive measures has been reduced after the implementation of a stringent documentation system and ensuing discussions of the topic. It can be concluded that a stringent documentation, an evaluation and reflection of coercive measures can help to assume quality in the process of coercive measures.

Key words: child and adolescent psychiatry – restraint – seclusion – forced medication

Zusammenfassung

Bis jetzt basiert die Diskussion über den Einsatz von Zwangsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen mehr auf persönlichen Erfahrungen als auf einer empirischen Datenlage. In der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie des Zentrum für Psychiatrie „Die Weissenau“ wurde prospektiv der Einsatz von Zwangsmaßnahmen über einen Zeitraum von sechs Jahren untersucht. 178 Patienten von 1939 insgesamt behandelten (9,2 %) erlitten im Zeitraum von 1999 bis 2004 Zwangsmaßnahmen. Für die Dokumentation besteht ein Dokumentationsbogen, der neben den Stammdaten der Patienten Begründung und Durchführungsdauer der Zwangsmaßnahmen

erfasste. Der Anteil der durchgeführten Zwangsmaßnahmen war im Vergleich zu anderen Untersuchungen geringer, wobei sich eine vermehrte Durchführung von Zwangsmaßnahmen bei Patientinnen bestätigte. Hauptsächlich wurden Zwangsmaßnahmen zum Schutz vor autoaggressivem Verhalten eingesetzt. Die durchschnittliche Dauer der Zwangsmaßnahmen verringerte sich nach der Einführung eines stringenten Dokumentationssystems und der mittels der Auswertungen regelmäßig geführten Diskussionen. Somit war festzustellen, dass eine stringente Dokumentation, Evaluation und Reflexion hilfreich hinsichtlich der Qualitätssicherung der durchgeführten Zwangsmaßnahmen sein kann.

Schlagwörter: Zwangsmaßnahmen – Isolierung – Fixierung – Zwangsmedikation – Kinder- und Jugendpsychiatrie

1 Einleitung

Der Einsatz von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist bis heute ein umstrittenes und teilweise auch tabuisiertes Thema (Goren u. Curtis 1996). Auch unter dem ethischen Aspekt werden Zwangsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen kontrovers diskutiert (Sourander et al. 2002; Bath 1994). Daten über die Häufigkeit und Art von Zwangsmaßnahmen sind bei verschiedenen Störungsbildern im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie nur in geringem Umfang vorhanden (Sourander et al. 2002; Earle u. Forquer 1995; Lebel et al. 2004; Nitschke-Janssen u. Branik 2006; Angold u. Pickles 1993; Goren et al. 1993).

Es gibt verschiedene Arten von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Fixierung, Isolierung, Zwangsmedikation, Zwangsernährung, Maßnahmen der Körperhygiene unter Zwang, freiheitsbeschränkende Maßnahmen wie zum Beispiel das Festhalten bei Kindern oder auch die so genannte geschlossene Unterbringung, das heißt Behandlung unter freiheitsentziehenden Bedingungen. In dieser Arbeit werden folgende Zwangsmaßnahmen betrachtet: Die Isolierung, das heißt der Patient wird in einem beschränkten Raum festgehalten. Sein Aufenthalt wird in Abständen von zehn Minuten überwacht und die Kontaktaufnahme mit anderen Personen verhindert. Die Fixierung ist als Vollfixierung des Patienten mit Gurten an fünf bis sieben Körperpunkten zu verstehen. Es besteht eine 1:1-Überwachung. Bei der Zwangsmedikation erhält der Patient gegen seinen freien Willen ein Medikament (Schepker et al. 2006).

Der Begriff „chemical restraint“ für Zwangsmedikation ist nach wie vor umstritten (Crumley 1990). Die Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft (APA) akzeptiert diesen Begriff nicht, weil sie ihn für unpräzise und negativ besetzt hält und sieht die Formulierung „Medikamenteneinsatz im Rahmen von Zwangsmaßnahmen“ („drug used as restraint“; Riordan 1999) vor. Dennoch wird insgesamt in der Literatur häufig von „chemical restraint“ gesprochen und die Leitlinien der amerikanischen Fachgesellschaft, die „practice parameters“ der AACAP (Masters et al. 2002) definieren den Einsatz folgendermaßen: „Ein Medikament, welches für Zwangsmaßnahmen eingesetzt wird, ist eine Medikation, die dafür verwandt wird,

Verhalten zu kontrollieren oder die Bewegungsfreiheit eines Patienten einzuschränken. Dabei ist diese Maßnahme nicht gleichzeitig die Standardbehandlungsform für die körperliche oder psychiatrische Krankheit des Patienten. Zwangsmaßnahmen mit Medikamenteneinsatz (chemical restraint) unterscheiden sich vom Einsatz der Psychopharmakamedikation für die Behandlung der Symptome einer zu Grunde liegenden Erkrankung“ (Übersetzung: Jörg M. Fegert). Ähnliche Definitionen finden sich in der Literatur bei Sorrentino (2004), Wynn (2002) und in der Definition der Health Care Financing Administration (1999). Dorfman und Kastner (2004) evaluierten den Einsatz mechanischer und medikamentöser Zwangsmittel bei kinderpsychiatrischen Patienten. Sie fanden, dass vor allem Benzodiazepine, Buthoprophthal und Antihistaminika gefolgt von Phenothiazinen und Barbituraten zum akuten Verhaltensmanagement in Notfallsituationen eingesetzt wurden. Vitiello und Mitarbeiter (1991) fanden keine Wirkunterschiede, abhängig davon, ob eine Medikation als Bedarfsmedikation bei aggressiven Spannungssituationen oder als Standardmedikation eingesetzt wurde. Die Untersuchungsgruppe bestand aus 21 Jungen zwischen 5 und 13 Jahren mit massivem körperlich aggressivem Verhalten.

Bei Überlegungen zur Durchführung einer Zwangsmaßnahme sind die Sicherheit des betroffenen Patienten, des Personals und die Sicherheit des Umfelds gegen die Rechte, Präferenzen und Bedürfnisse des betroffenen Patienten abzuwägen (Barnett et al. 2002). Gemäß den Leitlinien der amerikanischen Fachgesellschaft AACAP („Practice parameter for the preventions and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions with special reference to seclusion and restraint“) werden Zwangsmaßnahmen dann eingesetzt, wenn weniger eingreifende therapeutische und pädagogische Maßnahmen nicht mehr ausreichen (Masters et al. 2002) und eine begründete Notsituation vorliegt. Unter Notsituationen werden bedrohliches Verhalten, Sachbeschädigung, Tötlichkeit gegen Personen, drohende Selbstschädigung, Selbstgefährdung und Selbstschädigung verstanden.

2 Methoden

2.1 Klinik

Die Erhebung erfolgte auf den drei Stationen der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie im Zentrum für Psychiatrie „Die Weissenau“. Die Abteilung übt eine Pflichtversorgung aus. Das Einzugsgebiet umfasst 1,2 Millionen Einwohner verteilt auf fünf Landkreise.

2.2 Indikationsstellung für Zwangsmaßnahmen

Der Einsatz von Zwangsmaßnahmen wird durch die seit dem Jahr 2003 bestehende und ständig aktualisierte interne Leitlinie in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie geregelt. Die interne Leitlinie basiert auf der bereits bestehenden Leitlinie der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V. (siehe auch Jungmann 2000). Die beste-

hende Leitlinie beschreibt konkret die Vorgehensweise der Anordnung und Durchführung von Zwangsmaßnahmen. Bevor Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden, sind andere Maßnahmen zur Deeskalation vorrangig auszuschöpfen. Das heißt, besteht keine unmittelbare Gefahr, so werden in einem Stufenplan zunächst andere Deeskalationsmöglichkeiten wie zum Beispiel Gespräche, Verweis von der Station in den Garten, kurzes Time-out im Zimmer, Spaziergang usw. angewendet (interne Leitlinien). Vor dem Einsatz einer Zwangsmaßnahme ist auf jeden Fall zu überprüfen, welche Art der Maßnahme am wenigsten eingreifend ist (Masters et al. 2002). Zwangsmaßnahmen werden bei bestehender Selbst- oder Fremdgefährdung angeordnet.

2.3 Art der Erfassung von Zwangsmaßnahmen

Die Dokumentationsbögen lagen in schriftlicher Form vor und wurden von Hand eingegeben. Die Auswertung der erfassten Daten erfolgte anonymisiert (Martin et al. 2006). Diese Erfassung der Zwangsmaßnahmen ist Teil einer prospektiven Erhebung in mehreren süddeutschen Kliniken. Das Studiendesign und die Methodik finden sich bei Martin et al. (2006). Es handelt sich hierbei nicht um ein Chartreview der Dokumentation in den Akten, sondern um eine groß angelegte prospektive Untersuchung einer primär erwachsenenpsychiatrischen Arbeitsgruppe. Hier liegt die erste Auswertung des kinderpsychiatrischen Teildatensatzes vor.

Bestand eine Selbst- oder Fremdgefährdung, so entschied der Arzt über die Durchführung einer Zwangsmaßnahme. Die Anordnung wie auch der Verlauf wurden zeitnah dokumentiert. Erfasst wurden die Art der Zwangsmaßnahme, Isolierung, Fixierung oder Zwangsmedikation. Die Dokumentation beinhaltete neben den persönlichen Daten, auch die Rechtsgrundlage der Aufnahme und die des gegenwärtigen Aufenthalts (zu den rechtlichen Voraussetzungen siehe Schnoor et al. 2006). Die Art und der Beginn, die maximale Dauer der Zwangsmaßnahme und ob die Zwangsmaßnahme einmalig oder intermittierend angeordnet wurde sowie die Begründung der Zwangsmaßnahme gehörten ebenfalls in den Bereich der ärztlichen Anordnung. Eine kurze Beschreibung der konkreten Situation und die tatsächliche Dauer und Häufigkeit der durchgeführten Zwangsmaßnahme, vorgekommene Komplikationen und die Information über Nachgespräche fielen in den Bereich der Verlaufsdokumentation.

3 Ergebnisse

Im Zeitraum von sechs Jahren, Januar 1999 bis Dezember 2004, wurden bei 178 Patienten Zwangsmaßnahmen durchgeführt. Insgesamt wurden 1939 Patienten aufgenommen, somit erfuhren 9,2 % aller Patienten Zwangsmaßnahmen. Insgesamt wurden 602 Zwangsmaßnahmen durchgeführt, das heißt durchschnittlich erfuhren die Patienten 3,4 Zwangsmaßnahmen. Bezogen auf Patientenbehandlungstage kann von durchschnittlich 9,08 Zwangsmaßnahmen pro 1000 Patientenbehandlungstagen ausgegangen werden (siehe Abb. 1).

Jahresverteilung der Zwangsmaßnahmen

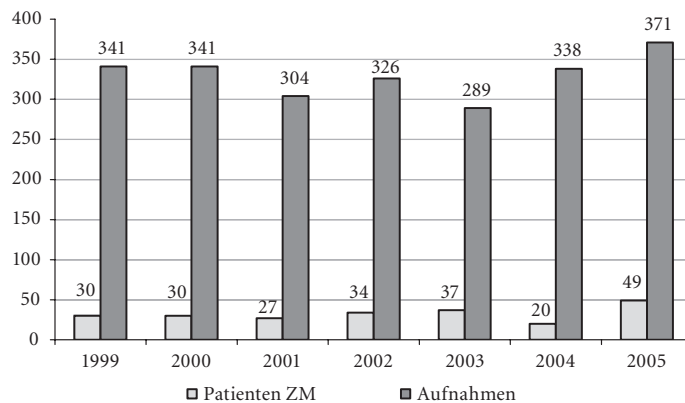


Abb. 1: Jahresverteilung der Zwangsmaßnahmen und Aufnahmen

Bezüglich Alter und Geschlecht verteilen sich die Zwangsmaßnahmen folgendermaßen: Von den 178 Patienten waren 97 männlich und 81 weiblich. Insgesamt erhielten die männlichen Patienten mit Zwangsmaßnahmen durchschnittlich 2,5 Zwangsmaßnahmen, die Patientinnen mit Zwangsmaßnahmen erhielten durchschnittlich 4,5 Zwangsmaßnahmen. Das heißt, dass Patientinnen signifikant häufiger Zwangsmaßnahmen erfuhren (Chi-Quadrat $p < 0.000$). Wird berücksichtigt, dass eine Patientin 124 Zwangsmaßnahmen erfahren hatte und wird dieser „Ausreißer“-Wert eliminiert, so ergibt sich immer noch ein knapp signifikanter Unterschied ($p = 0.05$) dahingehend, dass Patientinnen häufiger Zwangsmaßnahmen erfuhren.

Das Durchschnittsalter betrug 15,1 Jahre, mit einem Minimum von 8 Jahren und einem Maximum von 19 Jahren. Es zeigte sich ein Gipfel im Alter von 16 Jahren, der im Vergleich zur allgemeinen Altersverteilung gegenläufig ist (siehe Abb. 2).

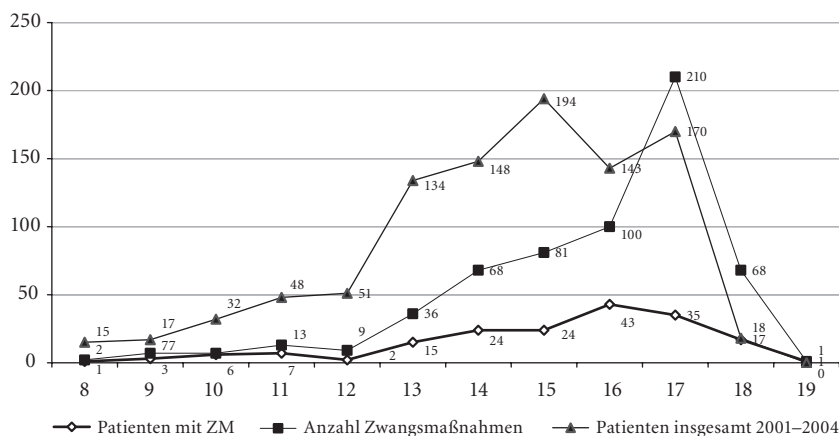


Abb. 2: Altersverteilung (in Jahren)

Von den 178 Patienten waren 57 Patienten (32 %) gerichtlich untergebracht oder im Status der fürsorglichen Zurückhaltung, 121 Patienten (68 %) befanden sich freiwillig in der Klinik. Die Unterbringung erfolgte mit einigen Ausnahmen hauptsächlich auf der Grundlage der fürsorglichen Zurückhaltung. Nach Landesrecht (Unterbringungsgesetz) ist die Unterbringung in Baden-Württemberg für drei Tage möglich.

Die Verteilung der ICD-10-Hauptdiagnosen unter den von Zwangsmaßnahmen betroffenen Patienten zeigt Tabelle 1. Bei den Diagnosegruppen F2, F4, F6 und F9 wurden vermehrt Zwangsmaßnahmen eingesetzt. Die Aufgliederung nach Geschlecht suggeriert zunächst, dass in den Diagnosegruppen F4 und F6 häufiger bei weiblichen Patienten und in den Diagnosegruppen F2 und F9 häufiger bei männlichen Patienten Zwangsmaßnahmen angewendet wurden. Wird dies mit der allgemeinen geschlechtsbezogenen Diagnoseverteilung verglichen, ergibt sich jedoch kein signifikanter Unterschied beim Einsatz von Zwangsmaßnahmen zwischen weiblichen und männlichen Patienten.

Tab. 1: Diagnoseverteilung bei Zwangsmaßnahmen

<i>Diagnosegruppe</i>	<i>Männliche Patienten</i>	<i>Weibliche Patienten</i>	<i>Gesamt</i>
F0 – Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	1	0	1
F1 – Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	2	1	3
F2 – Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	13	4	17
F3 – Affektive Störungen	2	5	7
F4 – Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	6	22	28
F5 – Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0	2	2
F6 – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	4	28	32
F7 – Intelligenzminderung	2	0	2
F8 – Entwicklungsstörungen	2	0	2
F9 – Verhaltens- und emotionales Störung mit Beginn der Kindheit und Jugend	61	18	79
Keine Angaben	4	1	5
<i>Gesamt</i>	<i>97</i>	<i>81</i>	<i>178</i>

Abbildung 3 zeigt, dass bei Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung (F6) Zwangsmaßnahmen am häufigsten wiederholt eingesetzt wurden. 32 Patienten erfuhren durchschnittlich 7,2 Zwangsmaßnahmen. Dieser hohe Wert ergibt sich durch die Patientin mit 124 Zwangsmaßnahmen. Ohne Berücksichtigung dieses Einzelfalls ergibt sich eine durchschnittliche Anzahl an Zwangsmaßnahmen in der Diagnosegruppe

F6 von 3,5. Vermehrt wurden Zwangsmaßnahmen auch bei schizophrenen und affektiven Störungen angewendet (zum Teil auch über mehrere Aufenthalte hinweg).

In der Diagnosegruppe F2 waren 30,9 % der Patienten von Zwangsmaßnahmen betroffen, in der Diagnosegruppe F3 9,3 %, in der Gruppe F4 35,5 %, in der Gruppe F6 20,3 % und in der Diagnosegruppe F9 9,4 %.

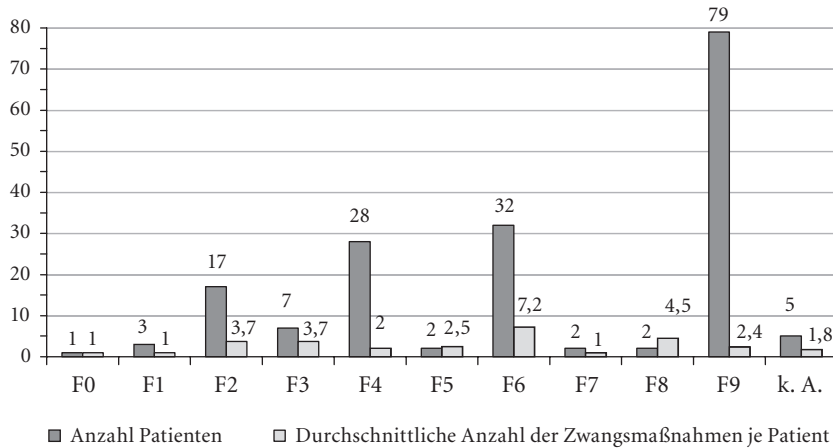


Abb. 3: Verteilung der Zwangsmaßnahmen nach Diagnosen

Die Anlässe der Zwangsmaßnahmen zeigt Tabelle 2. Bedrohliches Verhalten als Anlass zur Durchführung einer Zwangsmaßnahme wurde bei der Diagnosegruppe F2 zu 38,4 % und bei F9 zu 32,5 % dokumentiert. Tötlichkeit gegen Personen wurde bei F2 zu 30,3 %, drohende Selbstbeschädigung bei F3 zu 38,9 %, bei F4 zu 51,9 %, bei F6 zu 38,5 % als Anlass angegeben. Selbstbeschädigung stellt mit 25,9 % in der Diagnosegruppe F6 einen hohen Anteil dar. In der bestehenden Dokumentation liegt eine differenzierte Aufschlüsselung hinsichtlich der Begründung für den Einsatz von Zwangsmaßnahmen vor. Es zeigt sich, dass Zwangsmaßnahmen zu circa 50 % zum Schutz vor autoaggressivem Verhalten eingesetzt wurden.

Tab. 2: Begründung der Zwangsmaßnahmen

<i>Art der Begründung</i>	<i>Häufigkeit</i>
Bedrohliches Verhalten	196
Sachbeschädigung	116
Tötlichkeit gegen Personen	155
Drohende Selbstbeschädigung	268
Selbstgefährdung	80
Selbstbeschädigung	124
Sonstiges	41

Die verschiedenen Arten von Zwangsmaßnahmen, die durchgeführt wurden, sind Fixierung, Isolierung und Medikation. Die am häufigsten durchgeführte Zwangsmaßnahme war die Isolierung (88,5 %). Fixierungen wurden nur in sehr geringem Umfang (< 2 %) durchgeführt. Medikation als Zwangsmaßnahme wurde nur in Kombination mit einer Isolierung (2 %), einer Fixierung (2 %) oder beiden Maßnahmen angewendet (2 %). Bei sechs Patienten kam eine Zwangsmedikation zum Einsatz. Als Zwangsmedikation wurden nur zugelassene intramuskulär applizierbare klassische Neuroleptika (überwiegend mittelpotente) und Tranquilizer verwendet. Die Medikation erfolgte unabhängig von der Diagnose und war abhängig von der aktuellen Symptomatik. In einem Fall wurden zwei Medikamente, ein Tranquilizer und ein hochpotentes Neuroleptikum, verabreicht. Ansonsten wurden schwachpotente und mittelpotente Neuroleptika eingesetzt.

Über die Hälfte der Patienten (53,4 %) erfuhr nur eine Zwangsmaßnahme, das Maximum lag bei 124 Zwangsmaßnahmen bei einer Patientin, die innerhalb von drei jeweils lang dauernden Behandlungsepisoden durchgeführt wurden.

Fallbeispiel M.: Die Patientin war 17 Jahre alt und hat innerhalb von drei Aufnahmen über einen Zeitraum von 12 Monaten 124 Zwangsmaßnahmen erfahren. Es wurde die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (F60.3) gestellt. Die häufigen Zwangsmaßnahmen lassen sich durch eine starke Suizidalität und nächtliche Angstüberflutungen erklären. Daher fanden viele Isolierungen des Nachts statt, in deren Verlauf die Patientin einschlief. Viele Zwangsmaßnahmen wurden mit drohender bzw. akuter Selbstschädigung erklärt. Außerdem wurden zudem freiwillige Maßnahmen dokumentiert, welche die Patientin zum Schutz vor Selbstverletzungen einforderte. Die Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgte zeitweise auf richterliche Anordnung, da aufgrund der Suizidalität ein hohes Maß an Selbstgefährdung vorlag. Die familiären Hintergründe mit sexuellem Missbrauch und gestörten intrafamiliären Kommunikationsstrukturen machten schließlich eine Heimunterbringung notwendig. Im Team wurde wiederholt die Spannung zwischen wohlthuender Begrenzungserfahrung der Patientin und Retraumatisierungen durch ein neues, von ihr selbst herbeigeführtes Überwältigungserlebnis reflektiert. Die Perspektive der Entlassung brachte eine phasenweise Entlastung. Es wurden in Folge jedoch weitere Krisenaufnahmen mit Zwangsmaßnahmen erforderlich. Hilfreich waren langfristig ein klarer und der Patientin Sicherheit vermittelnder Stufenplan bis hin zur eventuellen Fixierung sowie eine neuroleptische Dauermedikation. Bei weiteren Krisenaufnahmen gelang in der überwiegenden Zahl der Fälle eine Deeskalation ohne Zwangsmaßnahmen.

Die durchschnittliche Dauer einer Zwangsmaßnahme betrug 5,6 Stunden bei einer minimalen Dauer von fünf Minuten und einer maximalen Dauer von 96 Stunden. Ohne den Extremwert von 96 Stunden beträgt die durchschnittliche Dauer 5,42 Stunden. Die längste Zwangsmaßnahme dauerte somit vier Tage. Der Median lag bei drei Stunden. Bei jüngeren Patienten bis zum Alter von 13 Jahren lag die durchschnittliche Dauer der Zwangsmaßnahmen bei 1,35 Stunden. Bei den älteren Patienten von 14 Jahren bis 18 Jahren lag die durchschnittliche Dauer der Zwangsmaßnahmen bei 6,16 Stunden (siehe Abb. 4). Nach der Implementierung einer stringenten Dokumentation und einer gemeinsamen kritischen Reflexion der bisherigen Praxis sank die durchschnittliche Zeitdauer in der Abteilung je Maßnahme auf 3,45 Stunden (Daten 2005).

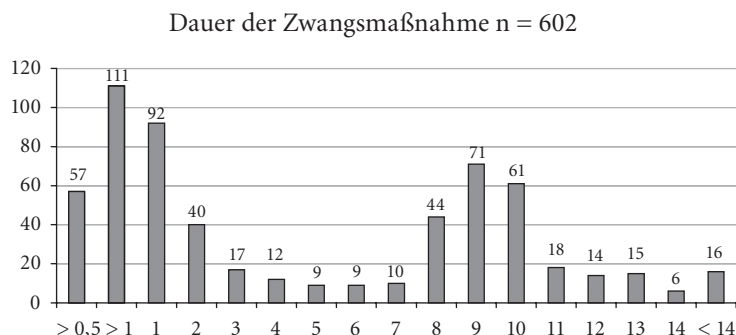


Abb. 4: Dauer der Zwangsmaßnahmen (in Stunden)

Fallbeispiel P.: Der betroffene 18-jährige Patient mit der Diagnose paranoide Schizophrenie (F20.0) wurde 96 Stunden isoliert. Der Patient war zu dem Zeitpunkt gerichtlich (zunächst nach §§ 1631 b BGB danach mit Unterbringungsbeschluss nach Landesunterbringungsgesetz) untergebracht. Als Art der Zwangsmaßnahme wurde Isolierung und Medikation angegeben, mit der Begründung von Bedrohung und Selbstgefährdung. Der Patient war völlig desorientiert, schrie, war verwirrt und extrem unruhig, drohte mit gewalttätigen und sexuellen Handlungen. Innerhalb der Isolierungsmaßnahme wurden ihm Medikamente angeboten, die er teilweise auch freiwillig nahm. Er zeigte in der Isolierung starke Unruhe und aggressives Verhalten. Der Patient konnte zwischendurch schlafen. Auf Ansprachen reagierte er sehr verwirrt und war desorientiert. Weitere Zwangsmaßnahmen wurden nach dem schrittweisen Erreichen einer Kontaktfähigkeit und zunehmend wirksamer neuroleptischer Medikation nicht mehr erforderlich.

4 Diskussion

Aus vergleichbaren Daten der Erwachsenenpsychiatrie lässt sich ableiten, dass circa 10 % der Patienten während des stationären Aufenthalts eine Zwangsmaßnahme erfahren (Martin et al. 2006). Studien über Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind vom Design sehr unterschiedlich und daher kaum vergleichbar. Es zeigt sich aber, dass 40 % der Patienten Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen haben (Sourander et al. 2002). Studien aus den USA berichten zum Teil mit 19 bis 60 % einen höheren Anteil (Earle u. Forquer 1995). In der Literatur finden sich Angaben von 22 bis 84 Zwangsmaßnahmen pro 1000 Patientenbehandlungstagen (Lebel et al. 2004). Eine retrospektive Auswertung von Nitschke-Janssen und Branik (2006) ergab durchschnittlich 8,28 Zwangsmaßnahmen pro 1000 Patientenbehandlungstage, allerdings mit 17 % einen höheren Anteil an Patienten, die Zwangsmaßnahmen erfahren hatten. Somit ist hier die Häufigkeit der durchgeführten Zwangsmaßnahmen als vergleichsweise niedrig einzustufen. Im Vergleich zu anderen Untersuchungen (Nitschke-Janssen u. Branik 2006) wurden hier alle Patienten, auch sehr komplexe Fälle (siehe Fallbeispiele), mit aufgenommen, so dass hinsichtlich der durchschnittlich durchgeführten Zwangsmaßnahmen pro Patient die Häufigkeit sich noch weiter verringern würde.

In der vorliegenden Untersuchung war der Anteil von Zwangsmaßnahmen Betroffener zwar bei Mädchen und Jungen gleich, betroffene Mädchen erfuhren aber signifikant häufiger Zwangsmaßnahmen im Laufe ihrer Behandlung als betroffene Jungen. Die meisten Studien hingegen zeigen, dass Jungen häufiger Zwangsmaßnahmen erfahren (Angold u. Pickles 1993; Earle u. Forquer 1995) und auch mehr Zwangsmaßnahmen während ihrer Behandlung haben (Goren et al. 1993).

In der Diagnosegruppe F2, F3, F6 und F8 war der Anteil der Zwangsmaßnahmen hoch. Eine hohe Anzahl an Zwangsmaßnahmen in den Diagnosegruppen F9 und F6 wird auch von Erickson und Realmuto (1983) beschrieben.

Selbstschädigung und drohende Selbstbeschädigung als häufiger Anlass bei F4 als häufigster Diagnose deuteten darauf hin, dass vor allem hinsichtlich der Begrenzung autodestruktiver Handlungen oft keine Alternativen verfügbar schienen. Die Rate der Zwangsmaßnahmen bei 35,5 % der Patienten mit posttraumatischen und Anpassungsstörungen erschien dennoch sehr hoch. Bei den psychotischen Erkrankungen (F2) können Zwangsmaßnahmen zur Sicherung der Behandlung oft erforderlich werden, um die Behandlung auch gegen den Widerstand zu ermöglichen. Bedrohung und Tötlichkeit gegen Personen waren als zweithäufigste Ursache bedeutsam.

Oft ließ die Dokumentation die Beschreibung vorher erfolgter deeskalierender Maßnahmen vermissen, obwohl Zwangsmaßnahmen nach der internen und externen Leitlinien ausdrücklich nachrangig nach anderen Interventionen genutzt werden sollen (Barnett et al. 2002). Bedrohung kann somit nur Anlass einer Zwangsmaßnahme sein, wenn eingeschätzt wird, dass eine Gefahr für die Sicherheit von Patienten oder Mitarbeitern unmittelbar bevorsteht. In der Literatur werden körperliche Aggressivität, bedrohliches Verhalten gegenüber Personal und Mitarbeitern, agitiertes und zerstörerisches Verhalten als Gründe für den Einsatz von Zwangsmaßnahmen angegeben (Angold u. Pickles 1993; Earle u. Forquer 1995; Goren et al. 1993). Deeskalierende Maßnahmen waren aber in der Regel versucht worden.

Als relativ lang imponiert die Dauer der Zwangsmaßnahmen. Hier erwies es sich innerhalb der Institution als hilfreich, das Vorgehen bei Zwangsmaßnahmen anhand der Daten im Jahre 2004 zu diskutieren und bestehende Handlungsempfehlungen/Dienstanweisungen zu revidieren (siehe Schepker et al. 2006). Nachdem die unsinnige Praxis aufgegeben wurde, eine Isolierung auch bei schlafenden Patienten über die Nacht weiter fortzuführen, ist die durchschnittliche Zeitdauer in der Abteilung je Maßnahme auf 3,45 Stunden gesunken (Daten 2005). Bei den recht hohen prozentualen Anteilen sollte vermerkt werden, dass zum Zeitpunkt der Erhebung eine Bettenmessennummer (BMZ) von 3,4/100 000 bestand, das heißt, dass in der untersuchten Klinik eine starke Selektion von besonders schwer gestörten Patienten bestand.

Die Dauer der Zwangsmaßnahmen ist in anderen Untersuchungen sehr unterschiedlich, mit großen Variationsbreiten, und reicht von durchschnittlich 31 Minuten bis zu fünf Stunden bei heranwachsenden und vier Stunden bei jüngeren Patienten (Arnold u. Pickles 1993; Atkins u. Ricciuti 1992). Bei jüngeren Kindern werden kürzere durchschnittliche Isolierungsdauern (1,3 Stunden) als bei älteren Kindern (1,6 Stunden) angegeben (Earle u. Forquer 1995). Hier zeigt sich, dass extreme affektive Zustände durch die Gegenwart von professionellen gefassten Erwachsenen eher

normalisiert werden können, während ältere Patienten (siehe Diagnoseverteilung) Beziehungsangebote während der Durchführung von Zwangsmaßnahmen schlechter annehmen können. Das bedeutet umgekehrt, dass die Gestaltung der Beziehung während Zwangsmaßnahmen mit Jugendlichen sehr intensiv reflektiert werden muss (Branik 2004) und dass auch eine Nachbesprechung der durchgeführten Zwangsmaßnahme zwischen Betreuer und Patient therapeutische Fortschritte bahnen kann (Nitschke u. Branik 2006).

Im Vergleich zu anderen Kliniken (Nitschke u. Branik 2006) ist hier die Isolierung die am häufigsten eingesetzte Zwangsmaßnahme. Dies resultiert aus der Annahme, dass die Isolierung von den Patienten als weniger freiheitseinschränkend erlebt wird und somit in der Institution die Kultur der Isolierung bevorzugt wird (Schepker et al. 2006). So zeigte sich in einer mehr als einjährigen Vertretungssituation eine völlig unterschiedliche Praxis in der Klinik am Universitätsklinikum in Ulm (keine Isolationen, da kein Isolierzimmer oder Time-out-Raum im ganzen Haus vorhanden, dafür etwas häufigere medikamentöse Interventionen) und den zwei Jugendklinikstationen in der Weissenau, die sich trotz gleicher Vorgeschichte bei gleicher Konzeption in ihrer Praxis der Zwangsmaßnahmen unterschieden. Da Zwangsmaßnahmen häufig in Krisensituationen in der Nacht und am Wochenende entstehen, sind sie häufig übersehene, eher verborgene Ereignisse. Es ist zur Diskussion zu stellen, ob diese Praxis der alleinigen Isolierung eine Erklärung für die relativ hohe Dauer der Zwangsmaßnahmen darstellt. Durch die „verschiedenen Kulturen“ auf den einzelnen Stationen bereits innerhalb einer Institution sind die Ergebnisse nicht generalisierbar. Eine Untersuchung von Bowers et al. (2005) über Zwangsmaßnahmen in der erwachsenenpsychiatrischen Akutpsychiatrie in drei europäischen Zentren zeigte, dass verschiedene Kulturen im Umgang mit Zwangsmaßnahmen bestehen. Eine multizentrische Studie im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie bestätigte, dass die Klinikstruktur in Zusammenhang mit Dauer und Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen steht (Martin u. Steinert 2004). Weitere multizentrischen Studien sind erforderlich, damit ein übergreifender Standard jenseits der bestehenden einrichtungsspezifischen Vorgehensweise etabliert werden kann.

5 Schlussfolgerung

Besondere Beachtung erfordert die große Gruppe der Mädchen mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung. Hier besteht der klinische Eindruck, dass diese Mädchen mit häufigem traumatischen Hintergrund unbewusst zu traumatischer Reinszenierung neigen (siehe Fallbeispiel M.). Die Gradwanderung zwischen Deeskalation und eingrenzenden sicherheitsgebenden Maßnahmen erscheint hier besonders schwierig.

Daher ist eine Nachbesprechung der durchgeführten Zwangsmaßnahmen zwischen Patient und Betreuer im therapeutischen Prozess unabdingbar, da sie vermutlich einen hohen Stellenwert einnimmt. Anlässlich der vorliegenden Untersuchung wurde die Nachbesprechung mit dem Patienten in der Klinik intensiviert. Branik (2004) sieht in den reflektierten Nachbesprechungen das Wiederherstellen einer

therapeutischen Atmosphäre. Darüber hinaus stellt die Durchführung von Zwangsmaßnahmen für die Mitarbeiter eine hohe emotionale Belastung dar. Daher ist eine einzelne Nachbesprechung nach der Durchführung einer Zwangsmaßnahme obligat (siehe Schepker et al. 2006).

Eine umfassende Qualitätssicherung, das heißt eine ausführliche Dokumentation sowohl vor der Anordnung wie auch während der Durchführung von Zwangsmaßnahmen, Nachbesprechungen und Supervision ermöglichen einen reflektierten und zielgerichteten Einsatz von Zwangsmaßnahmen. Durch die standardisierte Dokumentation und Auswertung konnten Defizite und Schwierigkeiten im Einsatz von Zwangsmaßnahmen aufgezeigt und dargestellt und somit eine Diskussionsgrundlage für Veränderungen geschaffen werden, da sich Zwangsmaßnahmen sonst häufig im Graubereich der Alltagspraxis einschleifen und eine Eigendynamik entwickeln, wie zum Beispiel die Isolierung über Nacht. Solche Unterschiede in der Praxis werden oft von der Leitung nicht hinreichend wahrgenommen. Daher wurde eine Rückkoppelung mit der Leitungsebene bei jeder durchgeführten Zwangsmaßnahme eingeführt, so dass Veränderungen zeitnah erfolgen können. Darüber hinaus ist eine regelmäßige Supervision über Anordnung, Durchführung und Nachbesprechung sowie die Besprechung der internen Statistik für die Qualitätssicherung unabdingbar. Ein jährlicher Rückblick mit der Leitungsebene ergänzt dies zusätzlich.

Literatur

- Angold, A.; Pickles, A. (1993): Seclusion on an adolescent unit. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 34: 975–989.
- Atkins, M. S.; Ricciuti, A. (1992): The disproportionate use of seclusion in a children's psychiatric state hospital. *Residential Treatment for Children and Youth* 10: 23–33.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V.: Leitlinie – Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungszieles in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Zugriff unter http://www.kinderpsychiater.org/index.php5?x=/bag_leitlinie.php5&y=BAG.
- Barnett, S. R.; DosReis, S.; Riddle, M. A. (2002): Improving the Management of Acute Aggression in State Residential and Inpatient Psychiatric Facilities for Youths. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 41: 897–905.
- Bath, H. (1994): The Physical Restraint of Children: Is it Therapeutic? *American Journal of Orthopsychiatry* 64: 40–49.
- Bowers, L.; Douzenis, A.; Galeazzi, G. M.; Forghieri, M.; Tsopelas, C.; Simpsons, A.; Allan, T. (2005): Disruptive and dangerous behaviour by patients on acute psychiatric wards in three European centres. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 40: 822–828.
- Branik, E. (2004): Auswirkungen von Zwangsbehandlungen und -maßnahmen auf die klinische und Beziehungsarbeit in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 3: 118–124.
- Crumley, F. E. (1990): Chemical restraint? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29: 982.
- Earle, K. A.; Forquer, S. L. (1995): Use of seclusion with children and adolescents in public psychiatric hospitals. *American Journal of Orthopsychiatry* 65: 238–244.
- Erickson, W.; Realmuto, G. (1983): Frequency of seclusion in an adolescent psychiatric Unit. *Journal of Clinical Psychiatry* 44: 238–241.

- Dorfmann, D. H.; Kastner, B. (2004): The Use of Restraint for Pediatric Patients in Emergency Departments. *Pediatric Emergency Care* 20: 151–156.
- Goren, S.; Singh, N. N.; Best, A. M. (1993): The aggression coercion cycle: Use of seclusion and restraint in a child psychiatric hospital. *Journal of Child and Family Studies* 2: 61–73.
- Goren, S.; Curtis, W. J. (1996): Staff members' beliefs about seclusion and restraint in child psychiatric hospitals. *J. Child Adolesc. Psychiatr. Nurse* 9: 7–14.
- Jungmann, J. (2000): Leitlinie: Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungszieles in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. *Krankenhauspsychiatrie* 11: 70–73.
- Lebel, J.; Stromberg, N.; Duckworth, K.; Kerzner, J.; Goldstein, R.; Weeks, M.; Harper, G.; Martin, V.; Steinert, T. (2004): Projekt zur Erfassung und Reduzierung von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken (ERZ). Abschlussbericht. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, Bonn.
- Martin, V.; Steinert, T.; Kuster, W.; Baur, M. (2006): Die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsmerkmal in psychiatrischen Kliniken. Probleme der Datenerfassung und -verarbeitung und erste Ergebnisse. *Psychiat. Prax.* (im Druck).
- Masters, K. J.; Bellonci, C.; Work group on Quality Issues of the AACAP (2002): Practice Parameters for the prevention and management of aggressive behaviour in child and adolescent Psychiatric Institutions, with special references to seclusion and restraint. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 41 (Suppl.): 4–25.
- Nitschke-Janssen, M.; Branik, E. (2006): Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen – Eine retrospektive Auswertung in einer Schweizer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 55: 255–270.
- Riordan, C. E. (1999): Statement of the American Psychiatric Association to the Senate Finance Committee: hearing on seclusion and restraint of psychiatric patients. Zugriff unter http://www.psych.org/pub_pol_adv/sec_res_rrior_test.cfm.
- Schnoor, K.; Schepker, R.; Fegert, J. M. (2006): Rechtliche Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 55: 814–837.
- Schepker, R.; Steinert, T.; Jungmann, J.; Bergmann, F.; Fegert, J. M. (2006): Qualitätsmerkmale freiheitseinschränkender Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 55: 802–813.
- Sorrentino, A. (2004): Chemical restraints for the agitated, violent, or psychotic pediatric patient in the emergency department: controversies and recommendations. *Curr. Opin. Pediatr.* 16: 201–205.
- Sourander, A.; Ellilä, H.; Välimäki, M.; Piha, J. (2002): Use of holding, restraints, seclusion and time-out in child and adolescent psychiatric in-patient treatment. *European Child and Adolescent Psychiatry* 11: 162–167.
- Vitiello, B.; Hill, J. L.; Elia, J. (1991): Prn medications in child psychiatric patients: a pilot placebo-controlled study. *J. Clin. Psychiatry* 52: 499–501.
- Wynn, R. (2002): Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital. *Scand. J. Caring Sci.* 16: 287–291.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Päd. Anette E. Fetzer, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychiatrie Weissenau, Weingartshofer Straße 2, 88214 Ravensburg; E-Mail: anette.fetzer@zfp-zentrum.de