

Nitschke-Janssen, Meike und Branik, Emil

Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen – Eine retrospektive Auswertung in einer Schweizer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55 (2006) 4, S. 255-270

urn:nbn:de:bsz-psydok-46580

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
42	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

Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen – Eine retrospektive Auswertung in einer Schweizer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik

Meike Nitschke-Janssen und Emil Branik

Summary

Factors contributing to the use of seclusion and restraint – a retrospective analysis in a Swiss clinic for child and adolescent psychiatry

Despite of the inculpatory effects of coercive measures on both patients and clinicians, only few publications regarding the influencing factors on the use of seclusion and restraint could be found. This study intended to investigate clinic- and patient-related factors which contribute to increasing and intensified incidents of seclusion and restraint. All incidents of coercive measures in a Swiss clinic during the years 2002 and 2003 were evaluated retrospectively. Data included detailed information about each coercive incident as well as patients and personnel involved. Statistics were conducted with SPSS. Adolescent age, female gender, previous experiences of violence and diagnoses of the ICD-10-category F9 and F6 were linked with high frequencies and intensive coercive interventions on the side of patient-related factors. Regarding clinic-related factors a fairly different handling could be found comparing different wards. Besides psychopathological aspects of the patients and structural characteristics of the clinic different understandings of disease-management, the nature of the therapeutic relations and environmental factors contribute to frequency, intensity and kind of coercive measures. A detailed evaluation of the use of coercive interventions can help to prevent unnecessary and in-criminatory violence.

Key words: seclusion and restraint – child and adolescent psychiatry – therapeutic relationship – power – institutional violence

Zusammenfassung

Die Literaturdurchsicht über die Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen und deren Folgen offenbart eine spärliche Datenlage, obgleich Zwangsmaßnahmen für Patienten und Klinikmitarbeiter belastende, die Therapieverläufe beeinflussende Ereignisse sind. Es sollte untersucht werden, welche patientenbezogenen und/oder klinikspezifischen Faktoren in unserer Klinik mit einer erhöhten Häufigkeit und Intensität von Zwangsmaßnahmen gegenüber Patienten einhergehen. In einer ostschweizer Versorgungsklinik wurden retrospektiv sämtliche Zwangsmaßnahmen während zwei Jahren ausgewertet. Der Datensatz bestand aus detaillierten

Dokumentationen aller Zwangsmaßnahmen, patienten- und klinikbezogenen Daten. Die Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS, wobei neben der deskriptiven Statistik der Chi-Quadrat-Test durchgeführt wurde. Patientenbezogene Charakteristika wie höheres Alter, weibliches Geschlecht und Gewalterfahrungen in der Anamnese sowie F9- und F6-Diagnosen führten häufiger und zum Teil zu intensiveren Zwangsmaßnahmen. Auf Seiten der klinikbezogenen Faktoren zeigten einzelne Stationen einen stark voneinander abweichenden Umgang mit Zwangsmaßnahmen. Neben der Psychopathologie der Patienten und strukturellen Bedingungen der Klinik spielen beim Einsatz von Zwangsmaßnahmen das Selbst-, Krankheits-, Beziehungs- und Behandlungsverständnis aller Beteiligten sowie situationsspezifische Kontextfaktoren eine wesentliche Rolle. Eine detaillierte Evaluierung des Einsatzes von Zwangsmaßnahmen stellt eine wichtige Voraussetzung für präventive und Qualität sichernde Maßnahmen innerhalb der Klinik dar.

Schlagwörter: Zwangsmaßnahmen – Kinder- und Jugendpsychiatrie – therapeutische Beziehung – Macht – institutionelle Gewalt

1 Einleitung

In der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie haben wir es teilweise mit einer zu Grenzüberschreitungen neigenden Klientel zu tun. Nach Ausschöpfung therapeutischer und pädagogischer Mittel bleibt es nicht aus, dass wir die daraus resultierenden Gefahren mitunter durch Androhung oder Anwendung von Zwang zu begrenzen versuchen. Dies wirkt sich auf die Beziehungen zwischen den Patienten¹, Eltern und Klinikmitarbeitern aus. Nach der Klinikaufnahme sehen sich die Kinder und Jugendlichen meist einer weit reichenden Regulierung und Kontrolle ihres Tagesablaufes und ihrer sozialen Kontakte gegenüber. Die Tatsache, dass der Alltag von anderen geplant und strukturiert wird, diese über den Verbleib persönlicher Gegenstände entscheiden, die Stationstür auf geschlossenen Stationen überwiegend verschlossen und die persönliche Bewegungsfreiheit drastisch eingeschränkt ist, wird von vielen der jungen Patienten als bedrohlich, entmündigend oder diskriminierend wahrgenommen und abgelehnt. Die Ungleichheit im Machtverhältnis zwischen Klinik und Patienten kann ungeachtet des spezifischen psychischen bzw. psychopathologischen Befundes zu spürbaren Behandlungswiderständen führen. Sie können sich subtil, lautstark oder durch oppositionelles, fremd- und autoaggressives Verhalten äußern. Entsprechend den situativen Bedingungen, Behandlungstraditionen der Klinik, dem Ausbildungsstand, der Belastbarkeit des involvierten Personals sowie dem Krankheitsverständnis aller Beteiligten stellen freiheitsbeschränkende Zwangsmaßnahmen früher oder später die letzte, schlimmstenfalls die einzige Antwort der Klinik auf die In-Frage-Stellung ihrer Kontrollfunktion dar. Die Auswirkungen von Zwang auf das therapeutische Milieu und den Therapieverlauf werden in der Hektik des Ge-

¹ Aus Gründen besserer Lesbarkeit wird bei Patienten, Mitarbeitern und Behandelnden die männliche Form benutzt, gemeint sind natürlich stets beide Geschlechter.

schehens und der Alltagsroutine leicht unterschätzt. So wird beispielsweise eine Borderline-Patientin das Personal durch massiv selbstverletzendes Verhalten möglicherweise dazu bringen, mit Isolierung und Fixierung als dem Mittel der letzten Wahl zu reagieren. Der dadurch ausgeübte Zwang kann in solchen Fällen jene Symptome womöglich verstärken, die seinen Einsatz rechtfertigten und damit die Entstehung einer Gewaltspirale begünstigen. Ein Jugendlicher mit einer Störung des Sozialverhaltens wird sein Verhalten kaum als unpassend hinterfragen, wenn das Umfeld auf seine Provokationen mit Wut, Hilflosigkeit und unreflektierter Machtausübung reagiert, wie er es aus seinem häuslichen Umfeld kennt. Patterson beschrieb schon 1976, dass Kinder, die ursprünglich Opfer von Zwang und Gewalt waren, schließlich zu deren Architekten werden, wenn sie gelernt haben, auf diese Weise Situationen zu dominieren und unter Kontrolle zu behalten (Patterson 1976). Gehäufter Rückgriff auf Zwangsmaßnahmen im Verlauf stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Therapien kann vor diesem Hintergrund als Indikator dafür dienen, dass die Behandlungsstrategien bei den betroffenen Patienten unangemessen, aus strukturellen Engpässen entstanden oder zu pseudotherapeutischen Maßnahmen verkommen sind und neu überdacht werden müssen.

In der Literatur findet sich eine übersichtliche Anzahl von Untersuchungen, welche die Indikation, Qualität der Durchführung, Dokumentation und Effektivität von Zwangsmaßnahmen im Kontext kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen zum Gegenstand haben. Eine Recherche über die Datenbank Medline² ergab fast ausschließlich Veröffentlichungen aus dem angloamerikanischen Sprachraum, die vor allem eine Abnahme des Einsatzes von Zwangsmaßnahmen in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken im Gefolge gesundheitspolitischer oder klinikinterner Initiativen feststellten (Donovan et al. 2003; Goren et al. 1996; LeBel et al. 2004). Die überregionalen gesundheitspolitischen Initiativen folgten einer immer lauter werdenden Kritik aus Öffentlichkeit und Expertenkreisen, welche die Effektivität von Zwangsmaßnahmen in Frage stellten (Angold u. Pickles 1989; Martin 2002; Selekman u. Snyder 1995). Gleichzeitig rückten mögliche negative Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen in den Blickpunkt (Selekman u. Snyder 1996). Zudem würde der Einsatz von Zwang und Gewalt seitens der Erwachsenen auch Kinder und Jugendliche ermutigen, zur Durchsetzung ihrer Interessen Gewalt einzusetzen (Murray u. Sefchik 1992; Patterson 1976, s. o.). Verschiedene Autoren wiesen des Weiteren darauf hin, dass sich der Einsatz von Zwangsmaßnahmen im Allgemeinen nicht auf wissenschaftliche Erkenntnisse zurückführen ließe, sondern überwiegend auf der subjektiven Einschätzung bzw. dem Ordnungs- und Kontrollbedürfnis des beteiligten Betreuungspersonals beruhe (Angold u. Pickles 1993; Cotton 1989; Goren et al. 1993). Die angloamerikanischen Studien stützten die Position der „National Association of State Mental Health Program Directors“, Zwangsmaßnahmen als risikoreich zu betrachten und Präventionsformen mit dem Ziel zu propagieren, ihren Einsatz zu reduzieren und schließlich zu eliminieren (LeBel et al. 2004). Im deutschsprachigen Raum orientiert die „Leitlinie über freiheitsbeschränkende und freiheits-

² Mit den Suchbegriffen „restraint“ AND/OR „seclusion“ AND „child“ AND/OR „adolescent“ AND „psychiatry“.

entziehende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungszieles in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte (BAG) über Zweck und Risiken beim Einsatz freiheitsbeschränkender oder -entziehender Interventionen (Jungmann 2000).³ Diese seien nur dann gerechtfertigt, wenn das Kind oder der Jugendliche sie als Ausdruck einer therapeutisch oder pädagogisch verantworteten Absicht erlebt, seine Behandlung sicherzustellen. Im Unterschied zu den deutschen Leitlinien basieren die „Practice Parameters for the Prevention and Management of Aggressive Behavior in Child and Adolescent Psychiatric Institutions, with Special Reference to Seclusion and Restraint“ der amerikanischen Akademie für Kinder- und Jugendpsychiatrie (2002) ganz wesentlich auf empirischen Daten.

Angesichts der spärlichen empirischen Datenlage im deutschsprachigen Bereich und unseres Bestrebens, Zwangsmaßnahmen sowohl hinsichtlich ihrer Frequenz als auch ihrer belastenden Wirkung auf alle Beteiligten besser zu verstehen, wurde ihr Einsatz in unserer Klinik retrospektiv ausgewertet. Es wurde die Hypothese aufgestellt, dass behandlungs- und kontextbezogenen Faktoren im Hinblick auf den Einsatz von Zwang kein geringeres Gewicht zukommt als patienten- bzw. diagnosebezogenen Faktoren.

2 Untersuchungsfeld und Methode

Die Klinik mit insgesamt 34 Betten (zwei Kinderstationen, zwei geschlossene Stationen für Kinder und Jugendliche, zwei offene Jugendstationen) fungiert seit Sommer 2002 de facto als Versorgungsklinik für stationär kinder- und jugendpsychiatrisch behandlungsbedürftige Patienten im Kanton St. Gallen und aus den umliegenden Kantonen. Die Dokumentation der hier ausgewerteten kritischen Zwischenfälle erfolgt entsprechend den Vorgaben des Qualitätsmanagements nach Art, Datum/Uhrzeit, Begründung und Verlaufsbeschreibung der Zwangsmaßnahme unter Aufführung der beteiligten Mitarbeiter. Sie wird vom Leiter der Pflege/Pädagogik, vom Dienst habenden Arzt, dem Leitenden Arzt sowie vom Chefarzt gegengezeichnet und archiviert. Neben diesen Daten wurden weitere patientenbezogene Angaben aus der Krankengeschichte, den Entlassungsberichten und der seit Juli 2002 verfügbaren „Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie“ entnommen. Sämtliche Daten wurden verschlüsselt in eine Datenbank eingegeben. Der Datensatz bestand aus Daten über die kritischen Zwischenfälle (a), aus patientenbezogenen Daten⁴ (b) sowie aus klinikbezogenen Daten (c). Die Daten wurden mithilfe des Statistikpro-

³ Freiheitsentziehende Maßnahmen gemäß den Leitlinien bedürfen der schriftlichen Anordnung durch den Therapeuten und der richterlichen Genehmigung. Zu den Maßnahmen zählen: Einschluss (Isolierung), Fixierung, Festhalten oder körperliche Führung bei pädagogischer Verweigerung und ausschließlich zur Ruhigstellung verabreichte Medikation.

⁴ Eine Patientin mit komplexer Symptomatik, die sich in außerordentlich zahlreichen dissoziativen Zuständen unter Bewusstseinsverlust stereotyp aufrieb und aufkratzte, wurde aus der Untersuchungsgruppe auf Grund der außerordentlich hohen Frequenz von Fixierungen ausgeschlossen, um Verzerrungen des Datensatzes zu vermeiden.

gramms SPSS ausgewertet, wobei neben der deskriptiven Statistik im Wesentlichen der Chi-Quadrat-Test durchgeführt wurde.

- a) Die Zwangsmaßnahmen der Jahre 2002 und 2003 wurden nach Art (Isolierung, Zwangsmedikation, Fixierung, andere) und Intensität der Maßnahme unterteilt. Kurzzeitiger Körperkontakt bzw. *körperliches Festhalten* („physical restraint“) z. B. bei der Blutentnahme oder im Rahmen von Verlegungen galt als die mildeste Maßnahme. Die *Isolierung* („seclusion“) entsprach der Trennung des Betroffenen von der Patientengruppe in einem dafür vorgesehenen, schließbaren, hellen Raum. Wurde ein Patient als disziplinarische Maßnahme für ein so genanntes Time-out ins Zimmer geschickt, galt dies nicht als Isolierung, möglicherweise aber als Körperkontakt, sofern körperliche Führung ins Zimmer notwendig war. Darüber hinaus kamen die *Fixierung* („mechanical restraint“) und die *Zwangsmedikation* („chemical restraint“) zum Einsatz. Zwangsmedikation bedeutete eine intramuskuläre Injektion eines Medikamentes unter Festhalten des Patienten, die im Falle eines nicht anders beherrschbaren Erregungszustandes mit Selbst- oder Fremdgefährdung und nach Verweigerung eines oral angebotenen Medikamentes durchgeführt wurde. Da die Fixierung meist im Zusammenhang mit einer Zwangsmedikation eingesetzt bzw. dann verwendet wurde, wenn trotz Medikation keine Beruhigung zu erreichen war, wurde sie nicht als gesonderte Gruppe aufgeführt, sondern als Isolierung mit Zwangsmedikation und/oder Fixierung zusammen als Gruppe der intensivsten Zwangsmaßnahmen kategorisiert.
- b) Die Gruppe der Patienten wurde nach Alter, Geschlecht, Hauptdiagnose, rechtlicher Grundlage der Aufnahme, Aufenthaltsdauer in der Klinik und Intelligenz analysiert (vgl. Angold u. Pickles 1993; Donovan et al. 2003; Garrison et al. 1989; Goren 1993). Entsprechend der Hypothese, dass sich charakteristische Beziehungsmuster von Patienten und ihren Familien im stationären Setting abbilden, und in Anlehnung an die psychotraumatologische Theorie, dass insbesondere Täter-Opfer-Konstellationen im Sinne einer Vollendungstendenz im stationären Beziehungsrahmen reinszeniert werden können, wurden die patientenbezogenen Daten hinsichtlich erlebter Gewalt in der Anamnese ausgewertet.
- c) Als klinikbezogene Daten fanden die Variablen „Begründung für den Einsatz von Zwangsmaßnahmen“, „Dauer zwischen den Zwangsmaßnahmen“, „Dauer des stationären Aufenthaltes“ und „Stationen“ (d. h. Ort des Ereignisses und Zuständigkeit eines bestimmten Behandlungsteams) Berücksichtigung.

3 Ergebnisse

3.1 Zwangsmaßnahmen in Zahlen

In den Jahren 2002 ($n = 112$) und 2003 ($n = 138$) wurden 250 Patientinnen und Patienten in unserer Klinik behandelt. Bei 43 Patienten, d. h. bei knapp einem Fünftel bzw. 17 % der Patienten wurden ein- oder mehrfach Zwangsmaßnahmen nach obiger Definition eingesetzt. Damit lag der Anteil im Vergleich mit der internationalen Literatur im unteren Bereich (Angold u. Pickles 1993: 38 % der behandelten Patienten wurden isoliert; Goren et al. 1993: allein 28 % der behandelten Patienten wurden

ein- oder mehrfach isoliert; die Zahlen beider Autoren dürften höher liegen, wenn sämtliche Zwangsmaßnahmen, also auch Zwangsmedikation und Zwangsfixierung, berücksichtigt worden wären).

Bei 42 % (n = 18), also knapp der Hälfte der in unserer Auswertung erfassten Patienten wurde nur ein Mal eine Zwangsmaßnahme eingesetzt, bei 37 % der Patientinnen erfolgten zwei bis fünf Zwangsmaßnahmen, immerhin 9 % (n = 4) der Patienten wurden häufiger als zehnmal isoliert (Goren et al. 1993: 50 % der betroffenen Patienten wurden zwischen einem und acht Mal isoliert, weitere 50 % wurden häufiger als acht Mal isoliert).

Während im obigen Abschnitt die Gruppe der Patienten und Patientinnen beschrieben wurde, die von Zwangsmaßnahmen betroffen war (n = 43), wird im Folgenden die Gesamtgruppe (d. h. die Gesamtzahl der Ereignisse) der Zwangsmaßnahmen (n = 149) im Mittelpunkt der Betrachtungen stehen.

Hinsichtlich der Diagnoseverteilung waren 48 % aller Zwangsmaßnahmen zurückzuführen auf Patienten mit einer Erstdiagnose der ICD-10-Kategorie F9, 28 % auf Patienten mit der Diagnose der Kategorie F6, 3 % auf Patienten mit einer Diagnose der Kategorie F5, 7 % auf Patienten mit einer Diagnose der Kategorie F4, 2 % auf Patienten mit einer Diagnose der Kategorie F3, 11 % auf Patienten mit einer Diagnose der Kategorie F2 und 1 % auf Patienten mit einer Diagnose der Kategorie F1 (s. Tab. 1).

An durchschnittlich 8,28 von 1000 Patientenbehandlungstagen wurden Zwangsmaßnahmen durchgeführt, eine Rate, die im Vergleich mit Angaben aus der Literatur von 22 bis 84 Zwangsmaßnahmen pro 1000 Patientenbehandlungstagen auf Kinderstationen bzw. 38 bis 72 Zwangsmaßnahmen pro 1000 Patientenbehandlungstagen auf Jugendstationen (LeBel et al. 2004) niedrig ist. Mit einem Anteil an Isolierungen von 87 % aller Zwangsmaßnahmen (n = 130), d. h. 6,26 Isolierungen pro 1000 Patientenbehandlungstagen machten Isolierungen in unserer Klinik im Vergleich zu anderen Kliniken einen größeren Anteil aller Maßnahmen aus (z. B. 61 % bei Donovan et al. 1993). Der Anteil an körperlichen Fixierungen lag mit 2 %, d. h. 0,24 von 1000 Patientenbehandlungstagen (n = 5) in einem weit niedrigeren Bereich als in anderen Kliniken (z. B. 39 % bei Donovan et al. 2003). Zwangsmedikation kam in 14 % der Fälle (n = 21) vor.

3.2 Patientenbezogene Faktoren im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen

Geschlecht und Alter/Jugendliche und Mädchen waren am häufigsten betroffen: In 62 % (n = 93) der Zwangsmaßnahmen waren Mädchen, in nur 38 % (n = 56) der Fälle Jungen betroffen, d. h. Mädchen waren fast doppelt so häufig wie Jungen in Zwangsmaßnahmen involviert. Dieser Befund erstaunt angesichts der Tatsache, dass gemessen an den Kriminalstatistiken und im Vergleich zu anderen Studien mehrheitlich Jungen in gewaltsame Auseinandersetzungen involviert sind. Möglicherweise setzen Mädchen jedoch in einer weit subtileren, weniger externalisierenden Weise eine Dynamik der Wut, Ohnmacht und Hilflosigkeit in Gang, die zum verstärkten Rückgriff auf Zwangsmaßnahmen gerade bei Mädchen führt. Trotz der deutlich erscheinenden Geschlechtsabhängigkeit war der Unterschied in unserer wie auch in anderen Studien (Angold u. Pickles 1993; Donovan et al. 2003) nicht signifikant.

Für den Zusammenhang zwischen Alter und dem Einsatz von Zwangsmaßnahmen wurde ein Überwiegen der Jugendlichen (65 %, $n = 97$) gegenüber Kindern (35 %, $n = 52$) ermittelt. Jugendliche wurden signifikant häufiger isoliert, zwangsmediziert oder fixiert (Chi-Quadrat $df = 2$, $p < 0.016$). Die Anzahl der Isolierungen stieg mit dem Alter an (Korrelationskoeffizient 0.51, $p < 0.046$). Möglicherweise spielt hierbei eine Rolle, dass auf den Kinderstationen keine Isolierzimmer zur Verfügung stehen. Ferner kann davon ausgegangen werden, dass die Rollenaufteilung zwischen Kindern und Erwachsenen sehr viel klarer erlebt wird, als die sich in der Adoleszenz verwischenden Generationengrenzen zwischen Jugendlichen und Erwachsenen. Denkbar ist auch, dass seitens des Betreuungspersonals auf den Kinderstationen flexiblere, kindgerechtere und mehr auf Ressourcenorientierung und Kooperation zielende Interventionen zum Standard im Umgang mit Verweigerung, Opposition und ungesteuertem Verhalten gehörten als auf den Jugendlichenstationen. Einer amerikanischen Studie zufolge gelang eine deutliche Reduktion von Zwangsmaßnahmen im Kindesalter durch Intensivierung kindgerechter Initiativen, während die Rate der Zwangsmaßnahmen bei Jugendlichen durch das Fehlen vergleichbarer Konzepte unverändert hoch blieb (LeBel et al. 2004).

Verhaltens- und emotionale Störungen führen am häufigsten zu Zwangsmaßnahmen: Insgesamt 76 % der Fälle von Zwangsmaßnahmen traten bei Patienten mit entweder einer Verhaltens- und emotionalen Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend oder einer Persönlichkeitsentwicklungs- und Verhaltensstörung auf. 48 % der Zwangsmaßnahmen ließen sich auf Patienten mit einer Erstdiagnose aus der ICD-10-Kategorie F9 zurückführen. Dabei handelte es sich im Einzelnen vor allem um die F93.8 ($n = 13$), F98.8 ($n = 12$) und F91.1 ($n = 11$) (s. Tab. 1). 28 % aller Zwangsmaßnahmen wurden bei Patienten eingesetzt, bei denen eine Erstdiagnose aus der ICD-10-Kategorie F6 gestellt worden war, dabei entfielen die meisten auf die Subkategorie der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus (F60.31) ($n = 38$). In 25,5 % aller Zwangsmaßnahmen waren Patienten mit dieser Diagnose involviert. Andere Studien kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Erickson und Realmuto (1983) stellten fest, dass die Mehrheit der Zwangsmaßnahmen auf Jugendliche mit Verhaltensstörungen mit/ohne Hyperaktivität oder Borderline-Störungen entfiel, nur eine Minderheit wurde bei Psychosen eingesetzt. Auch Goren et al. (1993) fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl an Zwangsmaßnahmen und der Diagnose kindlicher Verhaltensstörungen. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Diagnosekategorie und der Intensität der Zwangsmaßnahme ergab sich in unserer Studie nicht, d. h. die Vermutung, dass Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens oder Persönlichkeitsentwicklungsstörungen auch signifikant häufiger gleichzeitig isoliert, zwangsmediziert und/oder fixiert werden mussten, ließ sich nicht bestätigen.

Einfluss der Vorgeschichte der Patienten auf die Eskalationsdynamik: Ausgehend von Pattersons Hypothese der Aggressions-Zwang-Zyklen („aggression-coercion cycle“; Patterson 1976), der zufolge Kinder aus von Aggression, Zwang und Unterwerfung geprägten Familiensystemen Spezialisten im Umgang mit Zwang sind, wurde

angenommen, dass Patienten, bei denen es im Verlauf der stationären Behandlung zum Einsatz von Zwangsmaßnahmen kam, bereits in ihrer Vorgeschichte Gewalt und Zwang erlebt hatten. Bei 75 % der Fälle, bei welchen in unserer Klinik Zwang angewendet wurde, waren in der Anamnese Gewalterfahrungen dokumentiert. In 52 % wurden sogar mehrere Episoden von Gewalterfahrungen angegeben. Der Unterschied der Patientengruppen mit keinen, einmaligen bzw. wiederholten Gewalterfahrungen war im Hinblick auf die Intensität der angewandten Zwangsmaßnahmen fast signifikant ($df = 4, p < 0.071$). Es kann angenommen werden, dass ein Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen in der Vorgeschichte und dem (Wieder-)Erleben von Zwang im Rahmen der stationären Beziehungsdynamiken besteht.

Tab. 1: Patientenbezogene Faktoren (ZM = Zwangsmaßnahmen)

		<i>N</i> <i>ZM</i>	<i>%</i>	<i>körperliches</i> <i>Festhalten</i>	<i>Isolierung</i>	<i>Zwangsmedikation</i> <i>und/oder Fixierung</i>	Σ
Geschlecht	M	56	38	9	41	6	
	W	93	62	8	68	17	
<i>gesamt ZM</i>		149	100	17	109	23	149
Alter*	≤ 13	52	35	7	43	2	
	> 13	97	65	10	66	21	
<i>gesamt ZM</i>		149	100	17	109	23	149
Diagnose	F9	71	48	8	48	15	
	F93.8	13	8,7				
	F98.8	12	8				
	F91.1	11	7,3				
	F6	42	28	3	35	4	
	F60.31	38	25,5				
	F5	4	3	0	4	0	
	F4	10	7	2	7	1	
	F3	5	2	1	4	0	
	F2	16	11	3	10	3	
	F1	1	1	0	1	0	
<i>gesamt ZM</i>		149	100	17	109	23	149
Intelligenz	> 3	4	3	0	4	0	
	3	109	73	13	77	18	
	< 3	36	24	4	28	4	
<i>gesamt ZM</i>		149	100	17	109	23	149
Gewalterfahrung in der Anamnese+	keine	29	20	5	20	4	
	einfach	42	28	6	25	11	
	mehrfach	78	52	6	64	8	
<i>gesamt ZM</i>		149	100	17	109	23	149

* Der Unterschied im Chi-Quadrat-Test war mit $p < 0,05$ ($p = 0,015$) signifikant.

+ Der Unterschied verpasste im Chi-Quadrat-Test knapp das Signifikanzniveau ($p = 0,053$).

3.3 Klinikbezogene Faktoren im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen

Auf Autoaggressivität wurde mit den intensivsten Maßnahmen reagiert: Die mit 36 % am häufigsten angegebene Begründung für Zwangsmaßnahmen entfiel auf stattgehabtes oder vom Betreuungspersonal befürchtetes selbstgefährdendes bzw. selbstverletzendes Verhalten. Der Einsatz von Zwangsmedikation und/oder Zwangsfixierung als intensivste Maßnahme ließ sich in etwas mehr als der Hälfte aller Maßnahmen (52 %) auf selbstgefährdendes, autoaggressives Verhalten bzw. auf die Befürchtung, solches könnte eintreffen, zurückführen. Auf Autoaggressivität folgte signifikant häufiger eine intensive Zwangsmaßnahme als auf Aggressivität gegen andere (13 %) bzw. Aggression gegen Material (8 %) oder Verweigerung (16 %) (Chi-Quadrat $df = 12$, $p < 0.015$). Angesichts des hohen Anteils an jugendlichen Patienten mit Hinweisen bzw. Erstdiagnosen emotional-instabiler Persönlichkeitsstörungen (vgl. oben) kann einerseits vermutet werden, dass gerade Patienten, die zu einem hohen Anteil Grenzverwischungen und -verletzungen in ihrer Anamnese erlebt haben, dazu neigen, die gleiche Dynamik im Klinikumfeld zu reinszenieren. Andererseits ist für eine Wiederholung dieser in Nähe-/Distanz-Regulierung unklaren, von Macht und Ohnmacht geprägten und wechselseitig aggressiven Beziehungsdynamik auch ein soziales Umfeld erforderlich, das zur Aufrechterhaltung dieser Dynamik beiträgt. Mit der Übergriffigkeit, die körperlichem Festhalten oder Medikamenteninjektionen gegen den Willen der Patienten anheim liegt, scheint sich die Spaltung in „Opfer“ (Patient) und „Täter“ (Personal) zu wiederholen. Da in anderen Kliniken deutlich seltener mit Zwang auf Selbstverletzung reagiert wurde (z. B. 5 % bei Angold u. Pickles 1993), stellt sich die Frage nach einer für unsere Klinik spezifischen Kultur im Umgang mit autoaggressivem Verhalten (s. Tab. 2).

Unterschiede der Stationskulturen beeinflussen die Zahl der Zwangsmaßnahmen: Auf vier offenen Stationen, auf welchen mit einer Ausnahme keine Isolierungsräume zur Verfügung stehen, wurden signifikant weniger Zwangsmaßnahmen eingesetzt als auf den geschlossenen Stationen ($df = 6$, $p < 0.001$). Erstaunlicherweise stellte sich jedoch heraus, dass auf einer der beiden geschlossenen Stationen deutlich weniger Zwangsmaßnahmen eingesetzt wurden als auf der anderen Station. Darüber hinaus waren die eingesetzten Maßnahmen auf der „zurückhaltenderen“ Station weit weniger intensiv als auf der anderen. Auf letztere entfielen allein 78 % aller intensivsten Maßnahmen (Isolation plus Zwangsmedikation und/oder Fixierung). Diese Diskrepanz zwischen den beiden geschlossenen Stationen ließ sich nicht auf demografische Unterschiede zurückführen, denn signifikante Unterschiede hinsichtlich der Geschlechterverteilung ($p < 0.717$), Altersverteilung ($p < 0.111$) oder Verteilung der Patienten mit Angaben von Gewalt in der Anamnese ließen sich nicht feststellen. Demgegenüber ergaben sich Hinweise, dass bei Patienten auf der Station mit der höheren Zwangsmaßnahmen-Rate die Anzahl an Kriseninterventionen höher sowie die Aufenthaltsdauern länger waren (Kriseninterventionen $n = 10$ versus $n = 1$; Aufenthaltsdauer länger als 6 Monate $n = 23$ versus $n = 4$; der Unterschied wurde im Chi-Quadrat Test mit $p < 0.000$ und $df = 2$ signifikant). Da Patienten mit längeren Aufenthaltsdauern ein höheres Risiko haben, in eine Zwangsmaßnahme

Tab. 2: Klinikbezogene Faktoren (ZM = Zwangsmaßnahmen)

		<i>N</i> ZM	%	<i>körperliches</i> <i>Festhalten</i>	<i>Isolierung</i>	<i>Zwangsmedikation</i> <i>und/oder Fixierung</i>
Aufenthalts- dauer	≤ 14 Tage	12	8,1	1	6	5
	> 14 Tage und ≤ 182 Tage	68	45,6	7	55	6
	> 182 Tage	69	46,3	9	48	12
Dauer zw. den ZM in Tagen	einmalige ZM	44	29,5	10	29	5
	>30 Tage	24	16,0	0	20	4
	8–30 Tage	34	22,8	3	25	6
	bis zu 7 Tagen	47	31,5	4	35	8
Begründungen für ZM*	unklar	4	2,85	1	3	0
	Auto- aggressivität	54	36,25	2	40	12
	Fremd- aggressivität	31	20,8	2	26	3
	Aggressivität gegen Material	18	12,0	0	15	3
	Verweigerung	24	16,0	8	13	3
	Mehrfach- nennung	12	8,0	2	9	1
	Sonstiges	6	4,0	2	3	1

* Der Unterschied im Chi-Quadrat-Test war mit $p < 0,05$ ($p = 0,015$) signifikant.

involviert zu werden, könnte neben stationsspezifischen Faktoren das klinikinterne Behandlungskonzept in Bezug auf die Aufenthaltsdauern Auswirkungen auf die unterschiedlichen Zwangsmaßnahmenzahlen gehabt haben. Dagegen spricht allerdings, dass beide Stationen derselben ärztlichen Leitung unterstellt waren. Auch die zwei fallführenden Therapeutinnen arbeiteten auf beiden Stationen.

Hinsichtlich der Aufnahmebedingungen schien die Station mit der niedrigeren Inzidenz von Zwangsmaßnahmen sogar durch die signifikant häufigeren unfreiwilligen Aufnahmen ($p < 0.000$) benachteiligt, da gemäß Angaben aus der Literatur eine unfreiwillige Klinikaufnahme einen Risikofaktor für den Einsatz von Zwangsmaßnahmen darstellen kann (Donovan et al. 2003). Im Gegensatz dazu waren die Patienten der Station mit den höheren Zwangsmaßnahmen-Raten durch die durchschnittlich längeren Aufenthaltsdauern signifikant länger dem Risiko, von einer Zwangsmaßnahme betroffen zu sein, ausgesetzt ($p < 0.000$). Um die große Zahl

und hohe Intensität an eingesetzten Zwangsmaßnahmen erklären zu können, muss davon ausgegangen werden, dass stationsspezifische Charakteristika zu der höheren Zahl Zwangsmaßnahmen auf dieser Station geführt haben.

Fragliche therapeutische Effektivität von Zwangsmaßnahmen: Bei knapp einem Drittel der Fälle von Zwangsmaßnahmen erfolgte eine einmalige umschriebene Isolierung. In einem anderen Drittel der Fälle wurden allerdings binnen einer Woche mehrfach Zwangsmaßnahmen eingesetzt (s. Tab. 2). Es kann also nicht in allen Fällen davon ausgegangen werden, dass der Einsatz von Zwangsmaßnahmen die jungen Patienten befähigt, künftig rechtzeitig selbst die Gefahr von (auto)aggressiven Impulsdurchbrüchen zu erkennen und zu bewältigen. Angesichts der Tatsache, dass 35 % der intensivsten Zwangsmaßnahmen (d. h. Isolation plus Zwangsmedikation und/oder Fixierung) in kurzen zeitlichen Abständen angewendet wurden, es also in einem relativ großen Teil der Fälle zu einer zeitlichen Kumulation weitreichender Maßnahmen bei einer kleinen Gruppe von Patienten kam, ist neben störungsspezifischen Aspekten das Vorliegen destruktiver, von Macht- und Ohnmacht geprägter Wechselwirkungen zwischen Patienten und Personal als eine mögliche Einflussvariable anzunehmen. Hierbei kann weniger von einer therapeutischen Effektivität in Hinblick auf die Störung, sondern mehr von Kontrolle oder physischem Schutz der Betroffenen durch die Zwangsmaßnahme ausgegangen werden.

Es stellte sich heraus, dass von allen Patienten, die länger als sechs Monate in der Klinik blieben und Zwangsmaßnahmen erfuhren, 25 % zu der Gruppe mit einer Erstdiagnose der Kategorie F9 gehörten, während lediglich 9 % eine Erstdiagnose Schizophrenie und 6 % die Erstdiagnose einer Persönlichkeitsentwicklungsstörung aufwiesen (im Chi-Quadrat Test $df = 12$, $p < 0.006$). Patienten mit emotionalen Störungen bzw. Störungen des Sozialverhaltens gehörten gemäß der hier untersuchten Klinikpopulation zu den Patienten, die lange stationäre Behandlungsaufenthalte aufwiesen, während derer sie zu einem größeren Teil mit weitreichenden und eingreifenden Maßnahmen behandelt wurden als Patienten mit psychiatrischen Diagnosen der Kategorien F6 oder F2. Auf Patienten mit der Diagnose F9 entfielen nicht nur die meisten (48 %) und die intensivsten (65 %) Zwangsmaßnahmen, sie hatten auch einen gemessen an ihrem Störungsbild sehr langen Klinikaufenthalt und waren damit einem höheren Risiko ausgesetzt, von Zwangsmaßnahmen betroffen zu sein (vgl. Goren et al. 1993). Diese Befunde zeigen die Dringlichkeit auf, die Indikationen und Konzepte für eine stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens zu überdenken (vgl. Branik 2002, 2006).

4 Diskussion

Empirische Daten über Prävalenz, Art, Ursache und Handhabung freiheitsentziehender Maßnahmen in stationären kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlungen aus dem deutschsprachigen Raum sind kaum verfügbar. Nichtsdestotrotz gehört der Einsatz von Zwangsmaßnahmen zum kinder- und jugendpsychiatrischen Alltag. Die Bundesarbeitsgemeinschaft leitender

Klinikärzte weist in ihrer Leitlinie auf die Notwendigkeit hin, Behandlungen auch unter freiheitsentziehenden Bedingungen durchführen zu können (Jungmann 2000). Aus den Arbeiten des angloamerikanischen Sprachraumes der letzten zwei Jahrzehnte geht der Trend zur Reduktion freiheitsentziehender Maßnahmen mit dem Ziel hervor, sie auf Grund ihrer fraglichen therapeutischen Effizienz (Martin 2002; Selekman u. Snyder 1995) sowie angesichts ihres Gefährdungspotenzials für die physische Gesundheit der Kinder und der negativen Auswirkungen auf deren psychische und emotionale Entwicklung (Selekman u. Synder 1996) aus dem klinischen Alltag zu eliminieren (LeBel et al. 2004). Dieses Ziel ist allerdings aus der heutigen Perspektive kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgungskliniken wenig realistisch. Die bisherigen Studien zur Prävalenz von Zwangsmaßnahmen zeigen dennoch, dass sich ihre Anzahl und Dauer durch eine erhöhte Sensibilität für die Problematik beträchtlich senken ließen (um 26 % bei Donovan et al. 2003; um 66 % bei Erickson u. Realmuto 1983; um 59 % bei LeBel et al. 2004).

Die Häufigkeiten des Einsatzes freiheitseinschränkender Maßnahmen divergieren zwischen den in der Literatur verfügbaren Untersuchungen (einschließlich unserer) erheblich. Hierfür kann es Gründe auf verschiedenen Ebenen geben: Qualität und Ausrichtung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsstrukturen, Charakteristika der Inanspruchnahmepopulation, unterschiedliche Studiendesigns sowie Unterschiede der Behandlungskonzepte. In der Schweiz existieren weitgehend flächendeckende kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsstrukturen, welche differenzierte Beratung und Behandlung der kinder- und jugendpsychiatrischen Klientel sicherstellen und in der Regel eine restriktive Indikationsstellung für eine Klinikaufnahme gestatten. Der wirtschaftliche Wohlstand sowie das Bewusstsein hinsichtlich der psychischen Gesundheit von Kindern sind verhältnismäßig hoch. Die Gesellschaft weist nur moderate soziale Spannungen oder Diskriminierungen in Bezug auf einzelne Schichten bzw. Ethnien auf (vgl. Donovan et al. 2003: ethnische Minderheiten haben in den USA ein besonderes Risiko, in stationären Einrichtungen Zwangsmaßnahmen ausgesetzt zu sein). Der Großteil der Aufnahmen in unsere Klinik erfolgte freiwillig (83 %) und geplant (vgl. Donovan 2003: das Risiko für Zwangsmaßnahmen war erhöht bei Not- und unfreiwilligen Aufnahmen).

Neben diesen zu berücksichtigenden kulturellen und gesellschaftlichen Einflussfaktoren, in welche kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken eingebettet sind, spielt für die Klärung stark divergierender Zahlen zum Einsatz von Zwangsmaßnahmen die Versorgungstradition der jeweiligen Kliniken bzw. Stationen eine große Rolle. Das stationäre Milieu nimmt unvermeidlich Bezug auf die kulturelle und gesellschaftliche Ordnung außerhalb der Klinik. Diese wird durch das Stationspersonal, die ärztlichen und psychologischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und nicht zuletzt durch die Klinikleitung repräsentiert. Deren Sensibilität für die höchstpersönlichen Rechte der minderjährigen Patienten hat Einfluss auf den Umgang mit Zwangsmaßnahmen und wirkt sich auf die Zahl von Isolierungen, Fixierungen und unfreiwilligen Medikationen aus. Erhebliche Unterschiede der Zahlen über den Einsatz von Isolierungen und Fixierungen bereits innerhalb ein und derselben Einrichtung wurden darauf zurückgeführt, dass der Einsatz von Zwangsmaßnahmen

zu einer unreflektierten Routinehandlung verkommen sei (LeBel et al. 2004). Das ziehe weitere pädagogische Maßnahmen in Richtung Kontrolle und Machtausübung nach sich, um das Vorgehen zu legitimieren (Allen 2000; LeBel et al. 2004). Andere Autoren gingen sogar so weit, dass sie den Einsatz von Zwangsmaßnahmen der Bequemlichkeit und Entlastung des Betreuungspersonals zuschrieben (Millstein u. Cotton 1990). Es erübrigt sich zu erwähnen, dass zur Durchsetzung von Ordnung und zur Verhaltenssteuerung eher dann auf physische Grenzsetzungen zurückgegriffen wird, wenn strukturelle Mängel in den Institutionen und Engpässe in der personellen Versorgung vorliegen. Andere Studien konnten zudem zeigen, dass auch unstrukturierte Randzeiten im Stationsalltag, während welcher die Verhaltenserwartungen an Patienten weniger klar formuliert waren, zu einer höheren Rate an Krisen führten und leichter in Zwangsmaßnahmen mündeten (Garrison et al. 1990). Eine wesentliche Diskussionsebene hinsichtlich der Einordnung des Ausmaßes eingesetzter Zwangsmaßnahmen – dies zeigen auch unsere obigen Ergebnisse – bezieht sich demnach auf den Bewusstseinsgrad des Klinikpersonals für Faktoren, welche eine Verhaltenseskalation begünstigen. Unterschiedliche strukturelle Bedingungen und Betreuungskonzepte der einzelnen Kliniken können zwar zur Erklärung eines Teils der divergierenden Zwangsmaßnahmenzahlen beitragen, erübrigen jedoch nicht die Reflexion der jeweiligen, einzelne Stationen charakterisierenden Arbeits- und Krisenbewältigungskulturen. Die Tatsache der signifikant unterschiedlichen Menge kritischer Ereignisse beim Vergleich der beiden geschlossenen Stationen unserer Klinik weist in diese Richtung. Insgesamt betrachtet legen die vergleichsweise niedrigen Zahlen eingesetzter Zwangsmaßnahmen in unserer Klinik die Annahme nahe, dass ein stringentes Dokumentationssystem unter minutiöser Aufsicht der Klinikleitung die Hemmschwelle zum Einsatz freiheitseinschränkender Maßnahmen erhöht.

Die Umgangsformen der Mitarbeitenden untereinander und die Arbeitsatmosphäre in einem Behandlungsteam wirken sich auf das Stationsmilieu aus (Branik 2001, 2002a; Goren et al. 1993, 1996). Die Grauzone im Einsatz von Zwangsmaßnahmen beginnt bereits bei den individuellen Konzepten der Mitarbeitenden über den Umgang mit Konflikten, Aggressionen, Gefühlen, Interessensdurchsetzungen und Rivalitäten. Unklarheiten über Motive, Ziele oder Erwartungen in der Beziehung der Betreuenden zu den Patienten bilden den Nährboden für Grenzverwischungen. Aus der eigenen Biografie mitgebrachte, in solchen Beziehungskonstellationen reaktivierte Abgrenzungsschwierigkeiten (auf Seiten der Patienten *und* des Betreuungspersonals) stellen Risikofaktoren für die Entstehung von Irritationen im Bereich der Nähe-/Distanz- und Abhängigkeits-/Autonomieregulation dar. Die Beurteilung der Notwendigkeit von Zwangsmitteln beginnt nicht erst zum Zeitpunkt der Indikationsstellung durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst in einer Krisensituation. Gelingen die Reflexion der Beziehungsdynamik und das emotionale Containment des Patienten im Alltag nicht ausreichend, steigt die Wahrscheinlichkeit agierter Aggressionen. Patienten versuchen unter Umständen auf diese Art, unerträgliche Wut-, Hilflosigkeits- und Ohnmachtgefühle auf das Personal zu übertragen. Auf Seiten der Betreuer dürften die Befürchtungen, in der Rolle des Beschützenden zu versagen, und die Kränkung, beispielsweise das selbstschädigende

Verhalten emotional instabiler Patienten nicht aufhalten zu können, die häufigsten Motive für die Rollenumkehr vom vormaligen einfühlsamen Beziehungspartner in den mächtigen Grenzsetzer darstellen. An die Stelle der sich verfallenden Beziehung treten dann ein reizarmer Raum, ein Medikament oder Fixierungsgurte. Manchmal lassen sich solche Inszenierungen kaum vermeiden und können im günstigen Falle – mit dem Patienten adäquat bearbeitet – Ausgangspunkt neuer therapeutischer Entwicklungen sein. Ein starr disziplinierungs- und kontrollorientiertes psychiatrisches und milieutherapeutisches Behandlungskonzept läuft hingegen Gefahr, eine höhere Zahl freiheitseinschränkender Maßnahmen aufzuweisen. Zahlen über Zwangsmaßnahmen können unter Umständen als Indikatoren für ein suboptimales Behandlungsmilieu dienen.

Die Zahlen der vorliegenden Studie zeigen darüber hinaus den Bedarf auf, die Behandlungskonzepte der Störungen des Sozialverhaltens im stationären Bereich einer Prüfung zu unterziehen. Bei Kindern und Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens handelt es sich um eine extrem heterogene Gruppe unterschiedlicher Störungsbilder, die von oppositionellem Verhalten bis hin zu psychopathologisch und in der Ausbildung der psychischen Instanzen hochgradig beeinträchtigten, kaum empathiefähigen, antisozial und destruktiv agierenden Persönlichkeitsentwicklungsstörungen reichen. Auch ätiologisch gilt es zu unterscheiden zwischen altersgruppenspezifischer und temperamentabhängiger Opposition einerseits sowie chronifizierten, häufig auf dem Boden früher Traumatisierungserfahrungen entstehenden Negativkonzepten von sich und der sozialen Umwelt andererseits. Die Behandlung antisozial agierender, massiv verleugnender und wahrnehmungsverzerrender, impulsiv-destruktiver Kinder und Jugendlicher erlaubt im pädagogischen Alltag weit weniger Freiräume und Ausnahmeregelungen als bei der Durchschnittsklientel allgemeinpsychiatrischer Stationen üblich und erfordert spezialisierte Behandlungskonzepte. Lange Behandlungsdauern und undifferenzierte Konzepte zur Behandlung des äußerst heterogenen Spektrums der Störungen der Kategorie F9 dürften neben den oben diskutierten Aspekten für die bei dieser Gruppe hohe Zahl und Intensität an Zwangsmaßnahmen verantwortlich sein.

Diese kritischen Anmerkungen ändern nichts daran, dass Zwangsmaßnahmen in Situationen, in denen einzelne Patienten ihrer Aggressivität keine Grenzen gebieten können und Gefahr für sie selbst oder die Umgebung besteht, weiterhin unentbehrlich sind (s. auch Donovan 2003). In solchen Fällen handelt es sich jedoch nicht um therapeutische Interventionen, sondern um Mittel der Schadensbegrenzung, die erst nach Scheitern von deeskalierenden Maßnahmen eingesetzt werden. Der wenigstens im Nachhinein mögliche reflektierende Umgang mit stattgehabten Zwangsmaßnahmen, die kritische Überprüfung der auslösenden Situation und die Versöhnung mit den Patienten als Verhandlungs- und Behandlungspartner tragen über die abschreckende Wirkung der Zwangsmaßnahmen hinaus zur therapeutischen Atmosphäre einer Station bei (Branik 2004). Die Prinzipien optimierter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsstandards und des Qualitätsmanagements verlangen unseres Erachtens in jeder Klinik und in jedem Behandlungssetting nach kritischer Beurteilung, ob und wann Zwangsmaßnahmen zum Erreichen der individuellen Behandlungsziele beitragen können oder das therapeutische Milieu einer Klinik gefährden.

Literatur

- Allen, J. (2000): Seclusion and Restraint of Children: A Literature Review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 13: 159–167.
- American Academy of the Child and Adolescent Psychiatry (2002): Practice Parameter for the Prevention and Management of Aggressive Behavior in Child and Adolescent Psychiatric Institutions, With Special Reference to Seclusion and Restraint. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41: 4–25.
- Angold, A.; Pickles, A. (1993): Seclusion on an Adolescent Unit. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 34: 975–989.
- Bath, H. (1994): The Physical Restraint Of Children: Is it Therapeutic? *American Journal of Orthopsychiatry* 64: 40–49.
- Branik, E. (2001): Zum Verhältnis von Pflege/Pädagogik und Therapie auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station. *Psychiatrische Pflege Heute* 7: 148–151.
- Branik, E. (2002): Störungen des Sozialverhaltens – therapeutische Möglichkeiten und Grenzen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 51: 533–545.
- Branik, E. (2002a): Stationäre Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen; „Die Kunst des Unmöglichen“? *Psychotherapeut* 47: 98–105.
- 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.
- Branik, E. (2006): Die Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Aufgaben, Konflikte und Widersprüche. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*: im Druck.
- Cotton, N. (1989): The Developmental-Clinical Rationale For The Use Of Seclusion In The Psychiatric Treatment of Children. *American Journal of Orthopsychiatry* 59: 442–450.
- Donovan, A., Plant, R., Peller, A., Siegel, L., Martin, A. (2003): Two-Year Trends in the Use of Seclusion and Restraint Among Psychiatrically Hospitalized Youths. *Psychiatric Services* 54: 987–993.
- Erickson, W.; Realmuto, G. (1983): Frequency of Seclusion in an adolescent Psychiatric Unit. *Journal of Clinical Psychiatry* 44: 238–241.
- Fisher, W. (1994): Restraint and Seclusion: A Review of the Literature. *American Journal of Psychiatry* 151: 1584–1591.
- Garrison, W.; Ecker, B.; Friedman, M.; Davidoff, R.; Haeberle, K.; Wagner, M. (1990): Aggression and Counteraggression during Child Psychiatric Hospitalisation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29: 242–250.
- Goren, S.; Abraham, I.; Doyle, N. (1996): Reducing violence in a child psychiatric hospital through planned organizational change. *Journal of Child u. Adolescent Psychiatric Nursing* 9: 27–36.
- Goren, S.; Singh, N.; Best, A. (1993): The Aggression-Coercion Cycle: Use of Seclusion and Restraint in a Child Psychiatric Hospital. *Journal of Child and Family Studies* 2: 61–73.
- Holthusen, B. (2001): Freiheitsentziehende Maßnahmen im Strafvollzug, in der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Rechte von Kindern und jugendlichen bei Freiheitsentzug. In: National Coalition für die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention in Deutschland (Hg.): *Dritter deutscher Kinderrechte Tag* 8.–10.10.2000, Bd. 5, Berlin: Arbeitsgemeinschaft für Jugendhilfe, S. 22–39.
- Jungmann, J. (2000): Leitlinie: Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungszieles in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. *Krankenhauspsychiatrie* 11: 69–73.
- LeBel, J.; Stromberg, N.; Duckworth, K.; Kerzner, J.; Goldstein, R.; Weeks, M.; Harper, G.; LaFlair, L.; Sudders, M. (2004): Child and Adolescent Inpatient Restraint Reduction: A State Initiative to Promote Strength-Based Care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43: 37–45.

- Martin, B. (2002): Restraint use in acute and critical care settings: changing practice. *AACN Clinical Issues* 13: 294–306.
- Millstein, K. H.; Cotton, N. (1990): Predictors of the use of seclusion on an inpatient child psychiatric unit. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29: 256–264.
- Murray, L.; Sefchik, G. (1992): Regulating behavior management practices in residential treatment facilities. *Children and youth services review* 14: 519–539.
- Patterson, G. (1976): The aggressive child: Victim and architect of a coercive system. In: Mash, E.; Hamerlynck, L.; Handy, E. (Hg.): *Behavior Modification and families: Theory and research*. New York: Brunner u. Mazel, S. 131–158.
- Selekman, J.; Snyder, B. (1995): Nursing perceptions of using physical restraint on hospitalised children. *Pediatric nursing* 21: 460–464.
- Selekman, J.; Snyder, B. (1996): Uses of and alternatives to restraints in pediatric settings. *AACN Clinical Issues* 7: 603–610.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Meike Nitschke-Janssen, Dr. med. Emil Branik, Asklepios-Klinik Harburg, Abteilung für Kinder- u. Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 21075 Hamburg; E-Mail: meike.nitschke@ak-harburg.lbk-hh.de