

Hirschberg, Wolfgang und Altherr, Peter

Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40 (1991) 10, S. 362-368

urn:nbn:de:bsz-psydok-35227

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

Behinderte Interaktion

- GERLICHER, K.: Zur Psychodynamik in Familien mit einem behinderten Kind (Psychodynamics in Families with an Handicapped Child) 265
- KISCHKEL, W./POHL-KROLL, K./SCHULTZ, R./SIEVERS, R./STÖRMER, N.: Therapie bei schwer geistig behinderten Menschen in stationären Langzeiteinrichtungen (Therapy of Severely Mentally Handicapped Persons with Symptoms of Depression in Long Term Facilities) 254
- SARIMSKI, K./SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklung und Spielniveau bei retardierten Kindern (Linguistic and Symbolic Development in Retarded Children) 250
- VIRTANEN, T./MOILANEN, I.: Streß und Streßbewältigung bei Müttern von Kindern mit leichten zerebralen Dysfunktionen (Stress and Coping in Mothers of Children with Minimal Brain Dysfunction) 260

Erziehungsberatung

- BOHLEN, G.: Hindernisse in der Praxis systematisch orientierter Beratung an Erziehungsberatungsstellen (Obstructing Factors in Practising Systemic Oriented Therapy at Child Guidance Centers) 222
- HUNDSALZ, A.: Methoden und Konzeptentwicklung in den Psychologischen Beratungsstellen (Development of Methods and Concepts in Psychological Counseling Services) 55

Familientherapie

- KNOKE, H.: Familiäre Wirklichkeitskonstruktionen (Constructions of Reality in the Family) 293
- V. SCHLIPPE, A.: Systemische Sichtweise und psychotherapeutische Ethik – vier Imperative (Systemic View and Therapeutic Ethics – Four Imperatives) 368

Forschungsergebnisse

- BOEHNKE, K./V. FROMBERG, E./MACPHERSON, M.: Makrosozialer Streß im Jugendalter – Ergebnisse einer Wiederbefragung zu Kriegsangst und Angst vor Umweltzerstörung (Macro-social Stress in Adolescence – Results from a Follow-up Survey on War Anxiety and Anxiety about Destruction of the Environment) 204
- BRON, B.: Die Bedeutung von Elternverlusten in der Kindheit bei depressiven und suizidalen Patienten (The Significance of Loss of Parents in Childhood for Depressive and Suicidal Patients) 322
- BUNK, D./SCHALL, U.: Die Effizienz des Hintergrund-Interferenz-Verfahrens in der psychiatrischen Differentialdiagnostik hirnnorganischer Schäden bei Kindern (The Efficiency of the Background Interference Procedure in Discriminating Brain Damages in Children) 134
- HAAG, R./GRAF, N./JOST, W.: Subjektiv erlebte Ängstlichkeit als Aspekt der Krankheitsverarbeitung bei Kindern mit bösartigen Erkrankungen (Perceived Anxiety as an Aspect of Coping Illness in Oncologically III Children) 78

- HEGEMANN, T.: Untersuchungen zum Rehabilitationserfolg eines sozialtherapeutischen Segelschiffprojekts (An Investigation about Effectiveness of a Social-Therapeutic Sailing Project) 61
- HOBRÜCKER, B.: Die jugendpsychiatrische Station als Handlungsfeld: Pflicht und Kontrolle von Tätigkeiten (The Adolescent Psychiatric Ward as an Actional Field: Obligation and Control of Everyday Conditions) 90
- LÜCKE, M./KNÖLKER, U.: Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (On Stigmatization of In-Patients of a Child-Psychiatric Unit) 138
- MÜLLNER, E.: Die Re-Integration von Kindern in die leibliche (Teil-)Familie (The Re-Integration of Children into Their Biological (Partial) Family) 184
- REICH, G./DEYDA, H.: Interaktionsmuster in Familien mit psychosomatisch und depressiv erkrankten Kindern und Jugendlichen (Pattern of Interaction in Families with Psychosomatic III and Depressive Children and Adolescents) 96
- SCHROEDER, W./GRAF, U./WAGNER, U.: Der OFFER-Selbstbildfragebogen für Jugendliche und stationärer Psychotherapieerfolg (The OFFER-Self-Image-Questionnaire reflects Psychotherapeutic Effects under Special Conditions) 85

Jugendhilfe

- SCHWEITZER, J./REUTER, D.: Systemisches Denken in der Heimerziehung: Anregungen für Pädagogik, Beratung und Organisation (Thinking in a Systemic Way in Residential Child Care: Suggestions for Pedagogy, Counseling and Organisation) 171

Praxisberichte

- BÖNNER, G.: Die Gestaltungstherapie – eine zusätzliche Möglichkeit in der Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen (Psychoanalytically Oriented Art Therapy – an Additional Opportunity in Group Psychotherapy with Adolescents) 177
- FÄRBER, H.P./LIEBENOW, H.: Integratives Betreuungskonzept für impulsiv-koordinationschwache Kinder (An Integrated Therapeutic Concept for Children with MBD-Syndrome) 375
- ROMER, G.: Methoden der Prävention psychischer Fehlentwicklungen im Rahmen der Kleinstkindpädagogik – Erfahrungen an einem amerikanischen Eltern-Kind-Zentrum (Methods of Mental Health Prevention in the Context of Infant and Toddler Education – Experiences in an American Parent-Child Center) 284

Psychotherapie

- ARNOLD, U./ARNOLD, K.H.: Dokumentation kinderspsychotherapeutischer Einzelbehandlungen – Entwurf eines Protokollbogens (Documentation of Single Treatments in Child Therapy – Outline of a Record Schedule) 298

STREECK-FISCHER, A.: Grenzgänger – Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Borderline Behavior: Dealing with Self-destructive and Outwardly Destructive Behavior during In-patient Child und Juvenile Psychotherapy)	105	TEXTOR, M.R.: Auslandsadoptionen: Forschungsstand und Folgerungen (International Adoptions: Research Results and Consequences)	42
STREECK-FISCHER, A.: Entwicklungsförderliche Laufställe – Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Development-Conductive Play-Pens – Power Factors in Stationary Psychotherapy with Children and Adolescents)	328	Werkstattberichte	
WILLE, A.: Voice Dialogue – Dialog der Stimmen (Voice Dialogue)	227	FUCHS, D.: Einzelfallhilfen für Kinder mit Entwicklungsschwierigkeiten in den Stuttgarter Kindertagesstätten ..	303
Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie		KRAUSE, C.: Aus der Arbeit der Erziehungsberatungsstelle Greifswald	112
GÜNTHER, M./GÜNTHER, W.: Stationäre Krisenintervention bei psychischen Krisen im Jugendalter (Inpatient Crisis Intervention in Adolescence)	22	Tagungsberichte	
KOWERK, H.: Qualitative Evaluation systematischer Aspekte bei stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Qualitative Evaluation of Systematic Aspects of Inpatient Therapy in Child and Adolescent Psychiatry)	4	Bericht über die 7. Bundestagung des Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind“	189
SCHULTE-MARKWORT, M.J./KNÖLKER, U.: Therapieabbrüche im stationären Bereich (Dropping-Out of Inpatient Treatment)	28	Bericht über ein internationales Symposium zum Thema „Eßstörungen“	231
Übersichten		Bericht über den Internationalen Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bad Homburg	272
BENGEL, J.: AIDS-Risikowahrnehmung und -verarbeitung bei Jugendlichen (AIDS-Risk Perception und Coping by Adolescents)	356	Bericht über den IX. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie	380
BRAUN-SCHARM, H.: Zwangssphänomene bei schizophrenen Jugendlichen (Obsessive-Compulsive Symptoms in Adolescent Schizophrenia)	166	Buchbesprechungen	
CHRISTIAN, H./ZECH, T.: Schulpsychologie im Spannungsfeld von Individuum und Systemen (A Concept of School Psychology viewing Individual and Systems)	339	ANDERSEN, T. (Hrsg.): Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge	198
DELLISCH, H.: Krankmachende Angst in der Familie (Illness-causing Anxiety within the Family)	128	ANSTÖTZ, C.: Ethik und Behinderung	238
HEIGL-EVERS, A./KRUSE, J.: Frühkindliche gewalttätige und sexuelle Traumatisierungen (Aggressive and Sexual Traumatization during Early Childhood)	122	BASTINE, R.: Klinische Psychologie, Bd. 1	316
HIRSCHBERG, W./ALTHERR, P.: Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen (Social Therapy with Dissocial Adolescents)	362	BOMMERT, H./HENNING, T./WÄLTE, D.: Indikation zur Familientherapie	313
JAKOB, P.: Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Familien mit einem Alkoholproblem (Developmental Problems Faced by Children, Adolescents and Young Adults in Families with an Alcohol Problem)	49	BUCHHEIM, P./SEIFFERT, T. (Hrsg.): Zur Psychodynamik und Psychotherapie von Aggression und Destruktion	197
LIEBECK, H.: Neue Elemente in der Verhaltenstherapie einer Hundephobie bei einem Jugendlichen mit Down-Syndrom (New Elements in Behavior Therapy of a Dog-Phobia of a Juvenile with Down-Syndrom)	289	CIERPKA, M.: Zur Diagnostik von Familien mit einem schizophrenen Jugendlichen	242
LUDEWIG, K.: Unruhige Kinder. Eine Übung in epistemischer Konfusion (Restless Children. An Exercise in Epistemic Confusion)	158	CIOMPI, L./DAUWALDER, H.P. (Hrsg.): Zeit und Psychiatrie – Sozialpsychiatrische Aspekte	197
RENNEN-ALLHOFF, B.: Wie verlässlich sind Elternangaben? (How useful are Parent Reports?)	333	CLEMENS, M./COMBE, A./BEIER, C./LUTZI, J./SPANGENBERG, N.: Soziale Krise, Institution und Familiendynamik ...	349
SOHN, H.: Mutter, Vater, Kind – Zur Theorie dyadischer und triadischer Beziehungen (Mother, Father, Child – Attribution to a Theory of Dyadic and Triadic Relationships)	213	DZIKOWSKI, S./ARENS, C. (Hrsg.): Autismus heute, Bd. 2: Neue Aspekte der Förderung autistischer Kinder	196
		EDELSTEIN, E.L.: Anorexia Nervosa and Other Dyscontrol Syndromes	195
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 26	313
		ELBERT, T./ROCKSTROH, B.: Psychopharmakologie. Anwendung und Wirkungsweise von Psychopharmaka und Drogen	386
		ELGER, W.: Sozialpädagogische Familienhilfe	115
		FEND, H.: Vom Kind zum Jugendlichen. Der Übergang und seine Risiken	315
		FICHTER, M.: Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung	316
		FIEGENBAUM, W./BRENGELMANN, J.C. (Hrsg.): Angststörungen. Diagnose und Theorie	315
		FLÖTTMANN, H.B.: Angst. Ursprung und Überwindung ..	279
		GAUDA, G.: Der Übergang zur Elternschaft. Eine qualitative Analyse der Entwicklung der Mutter- und Vateridentität ..	277
		GRISSEMAN, H./WEBER, A.: Grundlagen und Praxis der Dyskalkulithherapie	239
		HAEBERLIN, U./BLESS, G./MOSER, U./KLAGHOFER, R.: Die Integration von Lernbehinderten. Versuche, Theorien, Forschungen, Enttäuschungen, Hoffnungen	243
		HILFE FÜR DAS AUTISTISCHE KIND, REGIONALVERBAND NORDBADEN-PFALZ e.V.: Autismus: Erscheinungsbild, mögliche Ursachen, Therapieangebote	71

HUBER, G./RIEDER, H./NEUHÄUSER, G. (Hrsg.): Psychomotorik in Therapie und Praxis	348	SCHEPANK, H. (Hrsg.): Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute.	313
JONAS, M.: Trauer und Autonomie bei Müttern schwerstbehinderter Kinder	68	SCHRAML, W.J.: Kinder und Kinderpsychotherapie	117
JUNGE, H./LENDERMANN, H. B.: Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) – Einführende Erläuterungen	311	SCHRAML, W.J.: Einführung in die moderne Entwicklungspsychologie für Pädagogen und Sozialpädagogen	347
KAUFMANN, R.A.: Die Familienrekonstruktion. Erfahrungen-Materialien-Modelle	241	SEIFFGE-KRENKE, I. (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen	314
KÖHNKEN, G.: Glaubwürdigkeit. Untersuchungen zu einem psychologischen Konstrukt	317	SIELERT, U./MARBURGER, H.: Sexualpädagogik in der Jugendhilfe	69
KOLLMANN, B./KRUSE, M.: Krebskranke Jugendliche und ihre Familien. Problematik und Möglichkeiten einer psychologischen Begleitung	195	SPADA, H. (Hrsg.): Allgemeine Psychologie	150
KUSCH, M./PETERMANN, F.: Entwicklung autistischer Störungen	36	STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Das Jugendalter. Entwicklung, Probleme, Hilfen	278
MARTINIUS, J./FRANK, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern	240	STEINKE, T.: Stationäres Training mit aggressiven Kindern: Die Implementation eines verhaltenstheoretisch orientierten Behandlungsprogramms in stationäre psychosoziale Organisationen	72
MCGOLDRICK, M./GERSON, R.: Genogramme in der Familienberatung	276	STRAK, W. (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis	195
MELTZER, D.: Traumleben. Eine Überprüfung der psychoanalytischen Theorie und Technik	311	TEXTOR, M. (Hrsg.): Hilfen für Familien. Ein Handbuch für psychosoziale Berufe	312
MOLNAR, A./LINDQUIST, B.: Verhaltensprobleme in der Schule. Lösungsstrategien für die Praxis	116	TRAD, P. V.: Infant Previewing. Predicting and Sharing Interpersonal Outcome	151
OLBING, H./BACHMANN, K. O./GROSS, R. (Hrsg.): Kindesmißhandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe	34	TRESCHER, H. G.: Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik	239
OLBRICH, R. (Hrsg.): Therapie der Schizophrenie. Neue Behandlungskonzepte	309	TRESCHER, H. G./BÜTTNER, C. (Hrsg.): Jahrbuch der psychoanalytischen Pädagogik 2	198
PETERMANN, F./NOEKER, M./BOCHMANN, F./BODE, U.: Beratung von Familien mit krebskranken Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse	310	TRÖSTER, H.: Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung	68
POHLER, G./POHLER-WAGNER, L.: Atemzentrierte Verhaltenstherapie	384	UHLEMANN, T.: Stigma und Normalität. Kinder und Jugendliche mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	347
PRESTING, G. (Hrsg.): Erziehungs- und Familienberatung. Untersuchungen zu Entwicklung, Inanspruchnahme und Perspektiven	237	VOGEL, D./RAUH, H./JORDAN, D.: Therapieangebote für behinderte Kinder	309
PREYER, W.T.: Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren	35	WEINWURM-KRAUS, E.: Soziale Integration und sexuelle Entwicklung Körperbehinderter	278
PRITZ, A./SONNECK, G.: (Hrsg.): Medizin für Psychologen und nichtärztliche Psychotherapeuten	350	WIEMANN, I.: Pflege- und Adoptivkinder – Familienbeispiel, Informationen, Konfliktlösungen	308
RANDOLL, D./JEHLE, P.: Therapeutische Interventionen bei beginnendem Stottern	150	WHITE, M./EPSTON, D.: Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken	385
REMSCHMIDT, H./WALTER, R.: Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern	240		
ROEDEL, B.: Praxis der Genogrammarbeit. Die Kunst des banalen Fragens	277	Editorial 2, 248	
ROHMANN, U.H./ELBING, K.: Festhaltetherapie und Körpertherapie	70	Ehrungen 346	
ROTHENBERGER, A. (Ed.): Brain und Behavior in Child Psychiatry	308	Nachruf 189	
ROTTHAUS, W.: Stationäre systematische Kinder- und Jugendpsychiatrie	69	Autoren der Hefte 34, 66, 115, 148, 193, 233, 275, 305, 347, 383	
SALZGEBER, J./STADLER, M.: Familienpsychologische Begutachtung	317	Diskussion/Leserbriefe 193, 234, 276	
SALZGEBER, J./STADLER, M./DRECHSLER, G./VOGEL, C. (Hrsg.): Glaubhaftigkeitsbegutachtung	35	Zeitschriftenübersicht 67, 148, 235, 305, 383	
		Tagungskalender 37, 73, 118, 152, 199, 244, 280, 318, 351, 387	
		Mitteilungen 37, 75, 119, 153, 200, 245, 281, 319, 351, 387	

Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen

Von Wolfgang Hirschberg und Peter Altherr

Zusammenfassung

Im vorliegenden Aufsatz geht es um konzeptuelle Überlegungen zur Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen. Eine speziell auf diese Patientengruppe ausgerichtete jugendpsychiatrische Station weist spezifische Organisationsmerkmale (Prinzip der individuellen Geschlossenheit, Regel-, Stufen- und Bezugspersonensystem, hochstrukturierter Tagesablauf) auf. Für das Gelingen von Sozialtherapie ist das therapeutische Milieu der Station entscheidend. Der hier ablaufende Therapieprozeß gliedert sich in die Phasen des Widerstands, des Durcharbeitens und der Ablösung. Ziel der Therapie ist es, einerseits Defizite in alltagspraktischen Kompetenzen auszugleichen. Vor allem aber sollen den Jugendlichen durch das therapeutische Personal korrigierende Beziehungserfahrungen ermöglicht werden. Wenn diese als modellhaft für soziale Beziehungen internalisiert werden, braucht der Jugendliche sein „lärrendes“ dissoziales Verhalten nicht mehr und kann sich der Bewältigung seiner altersspezifischen Probleme zuwenden.

1 Einleitung

Der Begriff „Sozialtherapie“ wird für Maßnahmen gebraucht, die in verschiedenen Kontexten stattfinden und mit unterschiedlicher Zielsetzung durchgeführt werden. Sozialtherapie findet in Jugendhilfeeinrichtungen (v.

WOLFFERSDORFF u. SPRAU-KUHLEN 1990), im Strafvollzug (ANDRITZKY 1989) wie auch im Rahmen von sozialtherapeutischen Segelfahrten (BRÜNGER 1990, HEGEMANN 1991) statt. Vergleichsweise selten wurde hingegen bisher über Sozialtherapie im jugendpsychiatrischen Rahmen berichtet.

Seit April 1990 existiert im Pfalzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie eine sozialtherapeutische Station, die auf die Behandlung psychisch gestörter dissozialer Jugendlicher spezialisiert ist. Für die Arbeit auf dieser Station wurde ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Konzept entwickelt, das deren spezifische Organisationsmerkmale definiert und den hier ablaufenden therapeutischen Prozeß strukturiert. Dieses Konzept wird im vorliegenden Aufsatz als Beitrag zur Bestimmung von Sozialtherapie speziell im jugendpsychiatrischen Rahmen dargestellt.

2 Probleme der Begriffsdefinition

Allen Formen von Sozialtherapie ist gemeinsam, daß sie sich auf ein Klientel beziehen, das Verhaltensweisen zeigt, die in der einen oder anderen Weise gegen soziale Normen verstoßen. Dieser Personenkreis wird z.B. als „verhaltensauffällig“, „verwahrlost“ oder „psychopathisch“ etikettiert. Bei Jugendlichen werden ferner Begriffe wie „schwer erziehbar“ oder „gemeinschaftsschwierig“ verwendet. Alle diese Begriffe sind mit stark negativen Konnotationen belegt und ferner mit der Ten-

denz behaftet, Vorgänge (soziale Interaktionen) zu Persönlichkeitsmerkmalen zu hypostasieren (SPECHT 1988).

Im Rahmen der vorliegenden konzeptuellen Überlegungen wird der Begriff „Dissozialität“ als Oberbegriff für sozial problematische Verhaltensweisen, die u. a. zur jugendpsychiatrischen Behandlung führen können, verwendet, da dieser Begriff im allgemeinen Sprachgebrauch wenig verwendet wird und deshalb als relativ neutral gelten kann. Unter den Begriff Dissozialität können andere Problemverhaltensweisen, z. B. Delinquenz, Aggressivität oder Verwahrlosung, subsumiert werden (HARTMANN 1977).

Entscheidend für die spezifisch jugendpsychiatrische Sozialtherapie ist zunächst die Feststellung, daß Dissozialität nicht per se die Diagnose einer psychischen Störung begründet (HEIPERTZ 1990). Viele Formen von Dissozialität im Jugendalter sind eindeutig nicht als Ausdruck psychischer Störungen aufzufassen, sondern Ausdruck und Folge von sozialen Fehlentwicklungen, z. B. auf Grund problematischer Milieubedingungen, die keine optimale Förderung zuließen. Diesen Formen von Dissozialität muß primär (sozial)pädagogisch und nicht (sozial)therapeutisch begegnet werden.

Damit Dissozialität als Symptom einer psychischen Störung aufgefaßt werden kann, ist eine eingehende jugendpsychiatrische Diagnostik notwendig, die aufzeigt, daß die dissozialen Verhaltensweisen im Bedingungs Zusammenhang einer umfassenderen psychischen Problematik stehen. Dies muß durch eine spezielle jugendpsychiatrische Diagnostik aufgezeigt werden. Die sozialtherapeutische Station des Pfalz Instituts ist zudem auf die Behandlung psychisch gestörter dissozialer Jugendlicher mit bestimmten Störungsbildern ausgerichtet: Psychotische und minderbegabte Jugendliche leiden, auch wenn sie deutlich dissoziale Verhaltensweisen zeigen, oft sehr stark unter z. B. neurotisch dissozialen Jugendlichen und sollten daher nicht gemeinsam mit diesen behandelt werden; das gleiche gilt für drogenabhängige Jugendliche, die ebenfalls einer Therapie in einer auf ihre Problematik spezialisierten Einrichtung bedürfen. Resultat der Diagnostik bei dissozialen Jugendlichen kann also sein:

- (1) Eine jugendpsychiatrische Störung liegt nicht vor (was in der Regel bedeutet, daß es sich um ein pädagogisches Problem handelt).
- (2) Eine jugendpsychiatrische Störung liegt vor, die nicht im sozialtherapeutischen Rahmen behandelt werden sollte. Insbesondere ist hier an folgende Diagnosen zu denken: a) Psychosen, b) Drogenabhängigkeit oder -mißbrauch, c) deutliche Minderbegabungen.
- (3) Es liegt eine jugendpsychiatrische Störung vor, die im sozialtherapeutischen Rahmen behandelt werden kann. Hier sind insbesondere folgende Diagnosen von Bedeutung: a) Folgezustände nach Teilleistungsstörungen und hyperkinetischem Syndrom, b) neurotische Störungen (z. B. neurotisch-depressive Jugendliche mit sekundären Verhaltensstörungen), c) Störungen der Persönlichkeitsentwicklung inklusive Borderline.

3 Struktur und Arbeitsweise der sozialtherapeutischen Station

Die sozialtherapeutische Station ist auf die Behandlung psychisch gestörter dissozialer Jugendlicher mit den zuletzt genannten Diagnosen spezialisiert. Während die „normale“ jugendpsychiatrische Station oft schon mit 2–3 (SCHWEITZER 1987), nach unseren Erfahrungen auf jeden Fall aber mit mehr als 6 dieser Jugendlichen überfordert ist, nimmt die sozialtherapeutische Station im Pfalz Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie 10 dissoziale Jugendliche auf. Sie kann dies auf Grund folgender *Organisations- und Strukturmerkmale* leisten:

- Es existiert ein integrierter pädagogisch-pflegerischer Dienst, d. h. die Mitarbeiter dieser Berufsgruppen haben weitgehend gleiche Aufgaben und gleiche Arbeitszeiten. Hierdurch wird eine spannungsträchtige Arbeitsteilung vermieden, die für das sozialtherapeutische Milieu dysfunktional ist. Ferner wird damit der Tatsache Rechnung getragen, daß klassisch pflegerischen Tätigkeiten auf dieser Station nur eine relativ untergeordnete Bedeutung zukommt.
- Die Betreuerdichte ist hoch (mindestens 1 Betreuer pro Patient), wodurch eine intensive Umsetzung therapeutischer Maßnahmen ermöglicht wird.
- Durch ein Bezugspersonensystem wird sichergestellt, daß für jeden Patienten 2 Betreuer als primäre Ansprechpartner auf Station zuständig sind.
- Es existiert ein wechselseitiger Informationsfluß zwischen allen Mitgliedern des Teams (PLOEGER 1978); dies ist Voraussetzung dafür, daß die Therapiemaßnahmen für jeden einzelnen Patienten durch Teamentscheidungen festgelegt werden können. Andererseits wird im sozialtherapeutischen Team eine Rollendiffusion vermieden (HEIM 1978), d. h. unterschiedliche Kompetenzen und Aufgabenbereiche werden klar abgegrenzt. Die Struktur des Teams soll auch den Patienten deutlich werden, so daß z. B. klar ist, welcher Mitarbeiter Ansprechpartner für ein bestimmtes Anliegen ist.
- Die sozialtherapeutische Station ist eine geschlossene Station, weil nur auf diese Weise grundlegende Therapieprinzipien wie Festhalten und Struktur (s. Kap. 4) zu verwirklichen sind. Dabei besteht das Prinzip der individuellen Geschlossenheit (v. WOLFFERSDORFF u. SPRAU-KULEN 1990), was in der Praxis bedeutet, daß das Maß der Freiheitsbeschränkung für jeden Patienten unterschiedlich ist. Dies wird realisiert durch ein Stufensystem, das ein flexibles Eingehen auf die individuelle dissoziale Problematik ermöglicht, indem sowohl maximale Freiheitsbeschränkung (Stufe 1: Aufenthalt im Zimmer, das nur unter Aufsicht verlassen werden darf) als auch ein großes Maß an Freiraum (Stufe 5: Unbeaufsichtigter Ausgang evtl. mehrere Stunden am Tag) verwirklicht werden können.
- Der Tagesablauf ist hoch strukturiert (JONES 1984) hinsichtlich der zeitlichen Planung des Tages (z. B. klare Differenzierung von Pflicht- und Freizeitterminen), räumlicher Organisation (Orte für Schule, The-

rapie und Freizeitaktivitäten jeweils getrennt) sowie persönlicher Rechte und Pflichten (z. B. Küchen- und Wäschedienst, Ausgang).

- Es wurde ein Regelsystem (Kontingenzmanagement mit Token-Programm) erarbeitet, das Konsequenzen für Regelverstöße (z. B. Entweichen oder körperliche Attacken auf Mitpatienten oder Betreuer) für den einzelnen Jugendlichen eindeutig und vorhersehbar macht.

Die genannten Struktur- und Organisationsmerkmale sind Voraussetzung für die Verwirklichung eines therapeutischen Milieus auf der sozialtherapeutischen Station. Gerade für das Gelingen von Sozialtherapie ist der Verlauf des Stationsalltags entscheidend. Was in den zeitlich begrenzten speziellen Therapiemaßnahmen (s. Kap. 5) erarbeitet wurde, kann durch Erfahrungen im Stationsleben weiter gefördert und vertieft, aber auch zunichte gemacht werden (LEMPF 1983). Von daher ist es gerechtfertigt, Sozialtherapie in der zeitlichen Dimension als *24-Stunden-Therapie* (HEINZMANN et al. 1983, JONES 1984) zu definieren.

Der Stationsalltag wird zu einem *therapeutischen Milieu* auf Grund folgender Aspekte:

- Die Struktur der Station soll den dissozialen Jugendlichen das Gefühl geben, an einem sicheren Ort (ADLER u. SHAPIRO 1973) zu sein, der die Belastungen durch dissoziale Verhaltensweisen tragen kann. D. h. auch, daß Klarheit darüber bestehen muß, daß die sozialtherapeutische Station letzte Instanz für das Problemverhalten der Jugendlichen ist und diese daher wegen ihres Verhaltens nicht in eine andere Institution weiter verschoben werden können (JONES 1984).
- Fachtherapeuten (Stationsarzt, Psychologen etc.) obliegt zum einen die Durchführung spezieller Therapiemaßnahmen (insbesondere Einzel- und Gruppenpsychotherapie); charakteristisch ist, daß die therapeutischen Kontakte sich oft aus einem spontanen Bedürfnis der Patienten heraus und weniger aufgrund vorher festgelegter Termine ergeben. Die Entwicklung einer therapeutischen Beziehung zu dissozialen Jugendlichen wird wesentlich gefördert, wenn die Fachtherapeuten phasenweise am Stationsleben teilnehmen und auf diese Weise ihre Patienten auch in nichttherapeutischen Situationen (z. B. bei Freizeitaktivitäten) erleben.
- Die Betreuer der Patienten müssen sowohl pädagogische als auch therapeutische Aufgaben übernehmen, was einen ständigen Balanceakt zwischen Nähe und Distanz in der Beziehung zu den dissozialen Jugendlichen impliziert. Zum einen sind die Betreuer für die Organisation und Durchführung des Tagesablaufs verantwortlich, müssen dabei auf Einhaltung der Regeln achten bzw. Regelverstöße korrigieren, also Grenzen setzen und Struktur vermitteln und zwar unabhängig von der Individualität eines Jugendlichen. Andererseits erwachsen aus dem täglichen Umgang individuelle Beziehungen zwischen Betreuern und Jugendlichen, die zu einem vertieften Verständnis der Pro-

bleme und Bedürfnisse des einzelnen Jugendlichen führen. Von besonderer diagnostischer und therapeutischer Bedeutung ist in dieser Hinsicht, daß Funktionalität und Psychodynamik des Problemverhaltens der Patienten besonders im Umgang mit den Betreuern deutlich wird. Auf diese richten sich in erster Linie die realen wie die phantasierten Beziehungswünsche der Patienten. Die Art des Umgangs der Betreuer untereinander wird von den dissozialen Jugendlichen genau beobachtet (KÖGLER 1982), die damit konstatieren, an welche Betreuer sich Beziehungswünsche bzw. -phantasien knüpfen lassen.

Dissoziale Jugendliche, die in ihrer Lerngeschichte häufig Zurückweisungen von Bezugspersonen erlebten und oft durch viele Beziehungsabbrüche enttäuscht und mißtrauisch gemacht wurden, sind allerdings mit der offenen Äußerung von Bedürfnissen nach Nähe sehr vorsichtig, sie deuten diese oft nur an, z. B. durch eine kurze Umarmung. Dahinter können sich aber massive Wünsche nach Nähe und Versorgtwerden verbergen. Gerade deshalb ist es so wichtig, daß von den Betreuern auch scheinbar unwichtige Interaktionen mit den Patienten auf ihre Bedeutung für den Jugendlichen hin reflektiert und auch dem übrigen Team mitgeteilt werden (HEINZMANN et al. 1983). Durch die Reflektion der Interaktion mit dem Jugendlichen auf dessen Beziehungsphantasien hin wird jene therapeutische Distanz hergestellt, die eine realitätsgerechte Bearbeitung der Beziehungswünsche und -phantasien im Gespräch ermöglicht.

- Die Struktur der sozialtherapeutischen Station muß es den Betreuern ferner ermöglichen, mit den destruktiven Verhaltensmustern dissozialer Jugendlicher, z. B. ihrer Tendenz zu kränkenden und entwertenden Äußerungen anderen Jugendlichen, aber auch Betreuern gegenüber adäquat umzugehen und auch Notfallsituationen, in denen Jugendliche körperliche Gewalt anwenden, zu meistern. Auch im Hinblick auf diese Problematik zeigt sich, daß Betreuer pädagogische und therapeutische Aufgaben zu erfüllen haben: Sie müssen zum einen deutlich machen, daß Regelverstöße, die die psychische und/oder physische Integrität anderer Personen bedrohen, nicht hingenommen, sondern mit angemessenen Konsequenzen beantwortet werden. Dies geschieht mit Hilfe eines Regelsystems (s. o.). Konsequenzen allein reichen jedoch nicht aus, um mit dem Problemverhalten psychisch gestörter dissozialer Jugendlicher angemessen umzugehen. Vielmehr muß auch verstanden werden, wie sich in dissozialen Verhaltensweisen die Lerngeschichte eines Jugendlichen widerspiegelt. Als Beobachter des Modellverhaltens ihrer Bezugspersonen erlebten viele dissoziale Jugendliche in ihrer Kindheit, daß Ausgleich und Kompromiß keine wirksamen Mittel der Konfliktlösung waren, sondern sich der körperlich und/oder verbal Stärkere stets auf Kosten des Schwächeren durchsetzte. Die aus der Verarbeitung dieser Erfahrungen resultierenden Verhaltensmuster variieren stark; sie reichen von extremer Konfliktscheu und Konfliktvermeidung z. B.

durch Weglaufen über verdeckte „hinterhältige“ Formen aggressiven Verhaltens bis hin zu massiv aggressiven (verbalen oder körperlichen) Verhaltensweisen auch in geringfügigen Konfliktsituationen. Die erlernten Verhaltensmuster reproduzieren sich, wie bereits o. a., auch im Konfliktverhalten auf Station. Dies muß – wiederum für jeden einzelnen Jugendlichen gesondert – analysiert und mit diesem bearbeitet werden. Dazu gehört auch, daß Konsequenzen für Regelverstöße dem Jugendlichen so vermittelt werden, daß sie für ihn nachvollziehbar sind und nicht als willkürlich erscheinen. Wenn dies gelingt, erfährt der Jugendliche unter Umständen zum ersten Mal, daß Konsequenzen für Fehlverhaltensweisen angemessen sein können, was auch therapeutische Relevanz hat.

Die psychischen Belastungen der Betreuer sowohl durch die Beziehungswünsche als auch durch die dissozialen Verhaltensmuster der jugendlichen Patienten sind enorm, zumal die Betreuer oft auch einen Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung ertragen müssen. In dieser Situation können vielfältige Gegenübertragungen auftreten (KING 1976):

(a) Die (evtl. unbewußte) Zurückweisung des Patienten, die sich z. B. durch entwertende Beschreibungen seines Verhaltens oder seines Äußeren manifestieren kann.

(b) Der Wunsch, den Patienten zu bestrafen und dies als – scheinbar sachlich gerechtfertigtes – Mittel der Gegenaggression einzusetzen.

(c) Die Identifikation mit den Verhaltensweisen und den Bedürfnissen des Patienten kann sich z. B. durch den Wunsch äußern, durch vermehrte Zuwendung seine früheren emotionalen Entbehrungen gleichsam wieder gut machen zu können.

All diese Gegenübertragungsmuster bedürfen der Aufarbeitung, was nicht vom einzelnen oder vom Team allein, sondern nur im Rahmen von Supervisionssitzungen mit einem externen Supervisor geleistet werden kann.

4 Der sozialtherapeutische Prozeß

Sozialtherapie verläuft in mehreren abgrenzbaren Phasen, in welchen unterschiedliche therapeutische Methoden zur Anwendung kommen. GUNDERSON (1978) unterscheidet in dieser Hinsicht 5 verschiedene *therapeutische Funktionen*, die in jedem psychiatrischen Milieu, wenn auch mit unterschiedlicher Gewichtung, vorzufinden sind:

a) Die Erfahrung des *Gehaltenwerdens* (Containment); dieses soll dem Patienten vermitteln, daß er an einem sicheren Ort (s. o.) ist, an welchem für seine grundlegenden Bedürfnisse (Essen, Dach-über-dem Kopf) gesorgt ist, wo ihm aber auch für eine bestimmte Zeit ein mehr oder weniger großer Teil der Verantwortung für sich selbst abgenommen und an das therapeutische Personal delegiert wird. Dieses muß daher für den Patienten Entscheidungen treffen, z. B. hinsichtlich seines Freiraums auf Station oder außerhalb.

b) *Unterstützung* (Support), die dem Patienten die Erfahrung vermittelt, seinen Problemen nicht hilflos ausgeliefert zu sein. Ziel ist es, dem Patienten ein Gefühl von Geborgenheit zu geben, das ihn zu weiteren therapeutischen Maßnahmen befähigt.

c) *Struktur* (Structure); die äußere Struktur des therapeutischen Milieus (s. Kap. 3) soll dem Patienten jene innere Sicherheit vermitteln, die es ihm ermöglicht, zunehmend auf das Gehaltenwerden zu verzichten, wieder Selbstverantwortung zu übernehmen und damit

d) eine echte *Beteiligung* (Involvement) am therapeutischen Prozeß zu erreichen. Das bedeutet, daß der Patient bereit und in der Lage ist, sein eigenes Verhalten zu problematisieren, um sich selber besser zu verstehen und Verhaltensalternativen erlernen zu können.

e) *Bestätigung* (Validation) soll dem Patienten erreichte Therapiefortschritte bzw. Verhaltensänderungen verdeutlichen, insbesondere indem ihm zunehmend mehr Freiraum und Selbstverantwortung gegeben wird.

Diese therapeutischen Variablen werden folgendermaßen in unser sozialtherapeutisches Phasenmodell integriert (vgl. ORVIN 1974, RINSLEY 1976): In der ersten Phase der Therapie, die oft durch Widerstand oder zumindest fehlende Therapiemotivation des psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen gekennzeichnet ist, dominieren Gehaltenwerden und Unterstützung. Es geht hier insbesondere darum, dem Patienten das Gefühl zu geben, daß die therapeutischen Mitarbeiter wirklich an seinen Problemen und seiner Zukunftsperspektive interessiert sind. Es ist nur scheinbar paradox, wenn dies zeitweise auch durch ein unfreiwilliges Zurückhalten des Patienten auf der geschlossenen Station erreicht wird, bzw. wenn auf Entweichungen mit einer polizeilichen Fahndung reagiert wird. Nach unserer Erfahrung, die mit Angaben in der Literatur übereinstimmt (ADLER u. SHAPIRO 1973, PFEFFER 1980), fühlen sich dissoziale Jugendliche oft gerade dann in ihrer Problematik ernstgenommen, wenn ihnen unmißverständlich verdeutlicht wird, daß sie sich dem Aufenthalt auf der sozialtherapeutischen Station nicht beliebig entziehen können. Ziel dieser ersten Phase der Therapie ist es, ein Therapiebündnis mit dem Jugendlichen aufzubauen. Dies kann nur gelingen, wenn der dissoziale Jugendliche ein Problembewußtsein entwickelt, seine dissozialen Verhaltensweisen also Ich-dyston werden.

Wenn ein Therapiebündnis zustande kommt, kann die zweite Therapiephase des Durcharbeitens beginnen, in der die therapeutischen Funktionen Struktur und Beteiligung im Vordergrund stehen. An die Stelle von spontaner unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung dienenden Handlungen soll die Verbalisation und Reflektion von Gefühlen und Gedanken treten. Dem Patienten sollten seine Handlungsmotive klarer werden und er sollte in die Lage versetzt werden, diese aus seiner Lerngeschichte heraus zu verstehen.

Viele dissoziale Patienten weisen problematische Attributionsmuster bzw. Kontrollmeinungen i. S. einer kognitiven Verzerrung auf (LOCHMAN 1984): Sie machen ihre

Umwelt, nicht sich selbst für vergangenes Mißgeschick verantwortlich und fühlen sich hilflos, meinen also, daß sie auch künftig wenig Kontrolle über ihr Leben ausüben können. Diese kognitiven Muster, die oft von depressiven Gefühlen begleitet sind, zu korrigieren, so daß die Patienten ihren Anteil sowohl an vergangenem Mißgeschick als auch an der Wahrnehmung künftiger Chancen erkennen können, ist ein weiterer wichtiger Aspekt dieser Phase.

Damit der Patient die aus alledem resultierenden Einstellungen- auch in Verhaltensänderungen umsetzen kann, muß er neue Strategien der Konfliktbewältigung erlernen: Nach der Analyse des Problemverhaltens wird mit dem Patienten das neu aufzubauende Verhalten definiert. Im Rahmen eines Verhaltensvertrages mit Kontingenzmanagement wird dann festgelegt, wie die erwünschten Verhaltensweisen verstärkt werden (z.B. durch Erweiterung des individuellen Freiraums). Das therapeutische Milieu der Station muß dem Patienten zudem Gelegenheit geben, seine Fähigkeit zur Selbstkontrolle zu verbessern (MAHONEY 1977) und neue Verhaltensmuster einzuüben. Wichtig ist es hier insbesondere, dem Patienten die Erfahrung zu vermitteln, daß er eigene Wünsche, aber auch Kritik an Betreuern und Therapeuten einbringen kann, wenn er sich in angemessener Form äußert. Der Patient muß also die unter Umständen völlig neue Erfahrung machen, daß er seine Bedürfnisse und Interessen wirksam vertreten kann, ohne zu dissozialen Verhaltensmustern greifen zu müssen.

Viele dissoziale Jugendliche weisen erhebliche Defizite in grundlegenden sozialen Fertigkeiten (z.B. selbständiges Aufstehen, Körperhygiene, Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel) auf, deren Kompensation ebenfalls Bestandteil dieser Therapiephase ist (STUMPHAUZER 1986).

Die dritte Therapiephase beinhaltet die allmähliche Ablösung des Patienten von der sozialtherapeutischen Station und damit auch die Entlassungsvorbereitung. Patienten, die sich einmal auf eine Sozialtherapie eingelassen haben, entwickeln oft sehr starke Bindungen an die Station bzw. die hier arbeitenden Therapeuten und Betreuer. Hinzu kommt, daß die Patienten in der Regel in Kindheit und Jugend viele Beziehungsabbrüche erfahren haben und diese oft als traumatisch erlebt haben. Um zu vermeiden, daß das Therapieende ebenso wahrgenommen wird, muß der Patient sorgfältig auf seine Entlassung vorbereitet werden. Es wird mit ihm eine konkrete Zukunftsperspektive erarbeitet; für viele dissoziale Jugendliche muß eine geeignete Einrichtung gefunden werden, in die sie entlassen werden können. Diese Jugendlichen werden informiert, welche Einrichtung für sie in Frage kommt, sie sollten auch Gelegenheit haben, sich die betreffende Einrichtung z.B. anlässlich eines Vorstellungsgesprächs anzuschauen. Bei anderen Jugendlichen muß die Entlassung in die Familie durch intensive Gespräche vorbereitet werden. Die Ablösung eines dissozialen Jugendlichen von der sozialtherapeutischen Station wird auch dadurch gefördert, daß im Therapieverlauf zunehmende Anforderungen an ihn gestellt werden, z.B. durch vermehrte klinikinterne Schulung, die Probebeschulung in einer Regelschule oder Praktika in klinikeigenen oder externen Betrieben.

lung in einer Regelschule oder Praktika in klinikeigenen oder externen Betrieben.

Im Gespräch mit Betreuern bzw. Therapeuten müssen zudem die mit der Entlassung verbundenen Ängste und Unsicherheiten bearbeitet werden. Dies gelingt, indem dem Patienten sein durch die Therapie erzielter Zuwachs an psychosozialen Kompetenzen verdeutlicht wird, so daß für ihn die Entlassung kein Beziehungsabbruch, sondern einen organischen Übergang von einer Entwicklungsphase zur nächsten darstellt.

5 Spezielle therapeutische Maßnahmen

- a) *Einzels psychotherapie* dient insbesondere der Bearbeitung traumatischer Erlebnisse in der Vergangenheit und ihrer Wiederkehr im gegenwärtigen Verhalten des Patienten. Bearbeitet werden sollten ferner Übertragungswünsche bzw. -phantasien des Patienten, die sich in der Regel auf bestimmte Betreuer richten. Einzels psychotherapie wird entweder als reine Gesprächs therapie oder mit Medien wie Musik, Malen oder Plastizieren durchgeführt.
- b) *Gruppen psychotherapie*: Zieloffene Gruppen werden ohne vorher festgelegte Thematik durchgeführt. Die Gruppe ist das Therapiemedium, in welchem zwischenmenschliche Probleme bearbeitet werden können. Dissoziale Jugendliche lernen hier, sich in angemessener Weise mit anderen Jugendlichen auseinanderzusetzen, Kränkungen und gegenseitiges Entwerten zu unterlassen und nach konstruktiven Lösungen in Beziehungskonflikten zu suchen. Problemorientierte Gruppen arbeiten mit vorgegebener Thematik, die spezifische Problemlagen dissozialer Jugendlicher aufgreift und z.B. über Rollenspiele bearbeitet.
- c) *Verhaltenstherapeutische Maßnahmen* haben die Einübung prosozialer Verhaltensalternativen und die Förderung von Selbstkontrolle in konflikträchtigen sozialen Situationen zum Ziel.
- d) *Informatorische Hilfen* sollten dem Jugendlichen Unterstützung in schulischen und beruflichen Fragen geben, ebenso bei Problemen mit Sexualität und Partnerschaft.
- e) *Perspektivische Hilfen* dienen der Erarbeitung einer längerfristigen Zukunftsplanung, die auch die Zeit nach der Entlassung von der sozialtherapeutischen Station mit einbezieht. Es kann sich dabei um Beschulung, evtl. mit dem Ziel des Schulabschlusses, um die berufliche Orientierung, z.B. im Hinblick auf eine Lehre oder um die Klärung der Wohnperspektive handeln.
- f) *Teilleistungs-, Aufmerksamkeits- und soziales Wahrnehmungstraining* sind insbesondere für solche Jugendliche von Bedeutung, deren dissoziale Problematik im Zusammenhang mit Defiziten im Teilleistungsbereich zu sehen ist.
- g) *Psychopharmakotherapie* als Ultima ratio zur Sedierung bei starken Erregungszuständen, kann evtl. aber

auch längerfristig bei Neigung zu massiv aggressiven Verhaltensweisen angewendet werden, wenn diese anders nicht beherrschbar sind.

- h) *Elternberatung* beinhaltet Informationen über den Therapieverlauf, die Bearbeitung von familiären Konflikten sowie die gemeinsame Erarbeitung einer Zukunftsperspektive für den dissozialen Jugendlichen.
- i) *Institutionsberatung* beinhaltet analog dazu die Beratung von Jugendämtern und Jugendhilfeeinrichtungen als Träger der Ersatzerziehung, z.B. bei der Suche nach einem geeigneten Heimplatz.

6 Schlußfolgerungen

Nach unseren bisherigen Erfahrungen bewährt sich das hier dargestellte Konzept in der täglichen sozialtherapeutischen Praxis. Diese bestätigt uns darin, daß sich Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen auf die psychiatrische Problematik hinter der „lärmenden“, dissozialen Symptomatik konzentrieren muß. Als pathologisch im psychiatrischen Sinne kann dissoziales Verhalten nur bezeichnet werden, wenn es durch erhebliche Defizite des Patienten selber z.B. im Teilleistungsbereich bedingt und/oder Ausdruck pathologischer Erlebnisverarbeitung ist. In diesem Fall ist es zu zeigen, welche unbewältigten psychischen Traumata sich im dissozialen Verhalten widerspiegeln, so daß dieses als dysfunktionaler Versuch einer Bewältigung pathogener Beziehungserfahrungen verständlich wird.

Im Rahmen von Sozialtherapie erwerben unsere Patienten neue Kompetenzen in den (Teilleistungs-)Bereichen, in denen sie Defizite aufweisen, die ihnen die Teilnahme am alltäglichen Leben erschweren oder unmöglich machen. Zum anderen – und dies macht die Essenz von Sozialtherapie aus – soll der stationäre Aufenthalt den Jugendlichen *korrigierende Beziehungserfahrungen* ermöglichen. Diese verdeutlichen dem Patienten, daß seine Bedürfnisse z.B. nach emotionaler Zuwendung anerkannt werden und er sie wirksam auf prosoziale Weise artikulieren und verwirklichen kann. Wenn dies gelingt und die therapeutischen Beziehungen vom Patienten als modellhaft für gute soziale Beziehungen schlechthin internalisiert werden, braucht er die alten dysfunktionalen Verhaltensmuster nicht mehr. Vielmehr kann sich der Jugendliche dann – evtl. mit pädagogischer Hilfe in einer geeigneten Einrichtung – der Bewältigung jener normalen, aber dennoch sehr absorbierenden Probleme und Krisen zuwenden, die für seine Altersstufe charakteristisch sind.

Summary

Social Therapy with Dissocial Adolescents

This paper presents different aspects of social therapy with dissocial adolescents on a specialised inpatient psychiatric unit. Social therapy works through individual

therapy but even more through the therapeutic milieu on the ward. The therapy process is divided in the resistance, the working through and the resolution phase. Social therapy aims on the one side at the compensation of deficits in everyday life. Interchange with staff promotes on the other side corrective social experiences, that finally function as a model for all human relationships of the adolescent. When social therapy succeeds, the adolescent doesn't need his acting-out behavior any longer and may concentrate on his age-specific problems.

Literatur

- ADLER, G./SHAPIRO, L. N. (1973): Some difficulties in the treatment of the aggressive acting-out patient. *Am. J. Psychotherapy* 27: 548–556. – ANDRITZKY, W. (1989): Zur Gruppendynamik des sozialtherapeutischen Strafvollzugs. *Medizin Mensch Gesellschaft* 14: 161–171. – BRÜNGER, M. (1990): Dissoziale Jugendliche nach sozialtherapeutischer Intervention: Evaluation qualitativer Einzelfallstudien bei Jugendlichen des „Heilpädagogischen Jugendheims zur See Anna Catharina“. Ulm: Med. Diss. – GUNDERSON, J. G. (1978): Defining the Therapeutic Processes in Psychiatric Milieus. *Psychiatry* 14: 327–335. – HARTMANN, K. (1977): Theoretische und empirische Beiträge zur Verwahrlosungsforschung. Berlin: Springer. – HEGEMANN, T. (1991): Untersuchungen zum Rehabilitationserfolg eines sozialtherapeutischen Segelschiffprojekts. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 40: 61–66. – HEIM, E. (1978): Gruppendiskussionen über die Rolle des einzelnen in der Milieuthérapie. In: E. Heim (Hg.): *Milieuthérapie*. Bern: Huber, S. 132–135. – HEINZMANN, B./KNIES, G./KÖNIG, C./RUCKGABER, B. H./BECKER, S. (1983): Bedeutung und Veränderungsprozesse des „Alltags“ bei stationärer Psychotherapie. *Z. Kinder- Jugendpsychiat.* 11: 379–387. – HEIPERTZ, R. (1990): Kooperation statt Abgrenzung – Überlegungen zu Erwartungen und Mißverständnissen in der Beziehung zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. In: U. GINTZEL/R. SCHÖNE (Hg.): *Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie*. Münster: Votum, S. 116–119. – JONES, J. D. (1984): Principles of Hospital Treatment of the Aggressive Adolescent. In: CH. R. KEITH (Hg.): *The Aggressive Adolescent*. New York: The Free Press, S. 359–400. – KING, C. (1976): Countertransference and counterexperience in the treatment of violence prone youth. *Am. J. Orthopsychiatry* 46: 543–52. – KÖGLER, M. (1982): Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 31: 41–47. – LEMPP, R. (1983): Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Klinikum: Aufgaben – Bedürfnisse – Probleme. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 32: 161–166. – LOCHMAN, I. E. (1984): Psychological Characteristics and Assessment of the Aggressive Adolescent. In: CH. R. KEITH (Hg.): *The Aggressive Adolescent*. New York: The Free Press, S. 17–62. – MAHONEY, M. (1977): Kognitive Verhaltenstherapie. München: Pfeiffer. – ORVIN, G. H. (1974): Intensive Treatment of the Adolescent and His Family. *Arch. Gen. Psychiatry* 31: 801–806. – PFEFFER, C. R. (1980): Psychiatric Hospital Treatment of Assaultive Homicidal Children. *Am. J. Psychotherapy* 34: 197–207. – PLOGER, A. (1978): Die Abteilung als therapeutische Einheit im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft. In: E. HEIM (Hg.): *Milieuthérapie*. Bern: Huber, S. 57–73. – RINSLEY, D. G. (1967): The adoles-

cent in residential treatment: Some critical reflections. *Adolescence* 2: 83-95. – SCHWETZER, J. (1987): Therapie dissozialer Jugendlicher. Weinheim: Juventa. – SPECHT, F. (1988): Dissozialität, Delinquenz, Verwahrlosung. In: H. REMSCHMIDT/M. H. SCHMIDT (Hg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*, Bd. III. Stuttgart: Thieme, S. 275-297. – STUMPHAUSER, J.S. (1986): *Helping Delinquents Change*. New York The Ha-

worth Press. – WOLFFERSDORFF, C.v./SPRAU-KUHLEN, V. (1990): *Geschlossene Unterbringung in Heimen*. München: Deutsches Jugendinstitut.

Anschr.d.Verf.: Dr.med. Dipl.-Biol. Wolfgang Hirschberg, Pfalzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Weinstraße 100, 6749 Klingenmünster 2.