

Psychotherapeut 2014 · 59:363–370  
DOI 10.1007/s00278-014-1072-2  
Online publiziert: 22. September 2014  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Isabel Boege<sup>1,2</sup> · Nina Reck<sup>1</sup> · Renate Schepker<sup>1</sup> · Jörg M. Fegert<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters,  
ZfP Südwürttemberg, Ravensburg

<sup>2</sup> Kinder und Jugendpsychiatrie, Universität Ulm

#### Redaktion

R. Schepker, Ravensburg  
J.M. Fegert, Ulm  
H.J. Freyberger, Stralsund/Greifswald

# Intervallbehandlung statt disziplinarischer Entlassung

## Wirksamkeit eines strukturierten psychotherapeutischen Behandlungsprogramms bei Störung des Sozialverhaltens

**Jugendliche mit einer Störung des Sozialverhaltens (SSV) weisen ohne Behandlung eine schlechte Langzeitprognose und ein hohes Ausmaß an Alltagsbeeinträchtigung auf. Eine therapeutische Effektivität ist bisher nur für im Familiensystem stattfindende Behandlungen nachgewiesen. Genau dort bringen Jugendliche ihre Familie und die sie umgebenden Hilfsysteme aber oft an ihre Grenzen. Bei Behandlungen auf der Station etablieren sie oftmals schnell ihr dysfunktionales, regel- und grenzüberschreitendes Verhalten, mit der Konsequenz eines Behandlungsabbruchs oder einer disziplinarischen Entlassung. Es werden hier neue Konzepte benötigt, um diesem Kreislauf effektiv zu begegnen.**

### Hintergrund

Symptome der SSV zählen zu den häufigsten Verhaltensproblemen des Kindes- und Jugendalters im ambulanten Bereich (Schmid et al. 2008). Wenn auch bei vielen Kindern und Jugendlichen dissoziale und aggressive Verhaltensweisen ein temporäres Phänomen sind, kommt es doch bei 6–8% zu einer manifesten SSV (Ihle

u. Esser 2002; Linder 2010; Loeber et al. 2000), die langfristig behandelt werden muss und in vielen Fällen einen chronischen Verlauf mit schlechter Langzeitprognose nimmt (Schmidt 1998). Dabei sind Kinder aus einem schwachen sozioökonomischen Umfeld gefährdeter, eine manifeste SSV zu entwickeln, als Kinder aus einem hohen sozioökonomischen Umfeld (Hölling et al. 2007).

Ambulante Behandlungen, die die Eltern und das Umfeld einbeziehen, sind nachweislich am erfolgreichsten (Burke et al. 2002; Turgay 2004). Für die Wirksamkeit mehrdimensionaler, gemeindebasierter Interventionen wurden bei Jugendlichen mittlere Effektstärken beschrieben (Bachmann et al. 2008; Henggeler et al. 1999). Eine Pharmakotherapie kann unterstützend zur Behandlung der Aggressivität oder aber bei Komorbidität eingesetzt werden (z. B. Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom, ADHS; Depression; Frick 2001; Nice Guidelines 2009; Turgay 2004).

Evaluationen stationärer Verläufe hingegen zeigen, dass mit einer stationären Behandlung allein kaum Erfolge bei SSV-Patienten erzielt werden können (Aster et al. 1998; Branik 2002).

Nichtsdestotrotz bestehen 10–35% der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Aufnahmen aus Kindern und Jugendlichen mit SSV (Linder 2010). Dies stellt die aufnehmenden Stationen immer wieder vor hohe Herausforderungen:

- Jugendliche mit SSV werden meist zu spät und mit großem Druck, z. T. in akuten Situationen der Fremdgefährdung zur Aufnahme angemeldet.
- Bei den Jugendlichen selbst besteht meist keine Behandlungsmotivation. Motivation und Kooperation des Jugendlichen stellen aber nachweislich einen prädiktiven Faktor für einen positiven Behandlungsverlauf dar (Wagner et al. 2004).
- Eltern bzw. Bezugspersonen können im stationären Setting nicht eng genug in die Behandlung einbezogen werden, sodass selbst bei Mitarbeit des Jugendlichen eine gute Übertragbarkeit von Verhaltensänderungen des Jugendlichen ins außerklinische Umfeld oftmals nicht gegeben ist.
- Es kommt (nicht selten) auf der Station zu fortgesetztem grenzverletzenden, oppositionellen Verhalten des Jugendlichen. Hierdurch stößt auch die stationäre Behandlung an Grenzen, und es kommt zu für alle unbe-

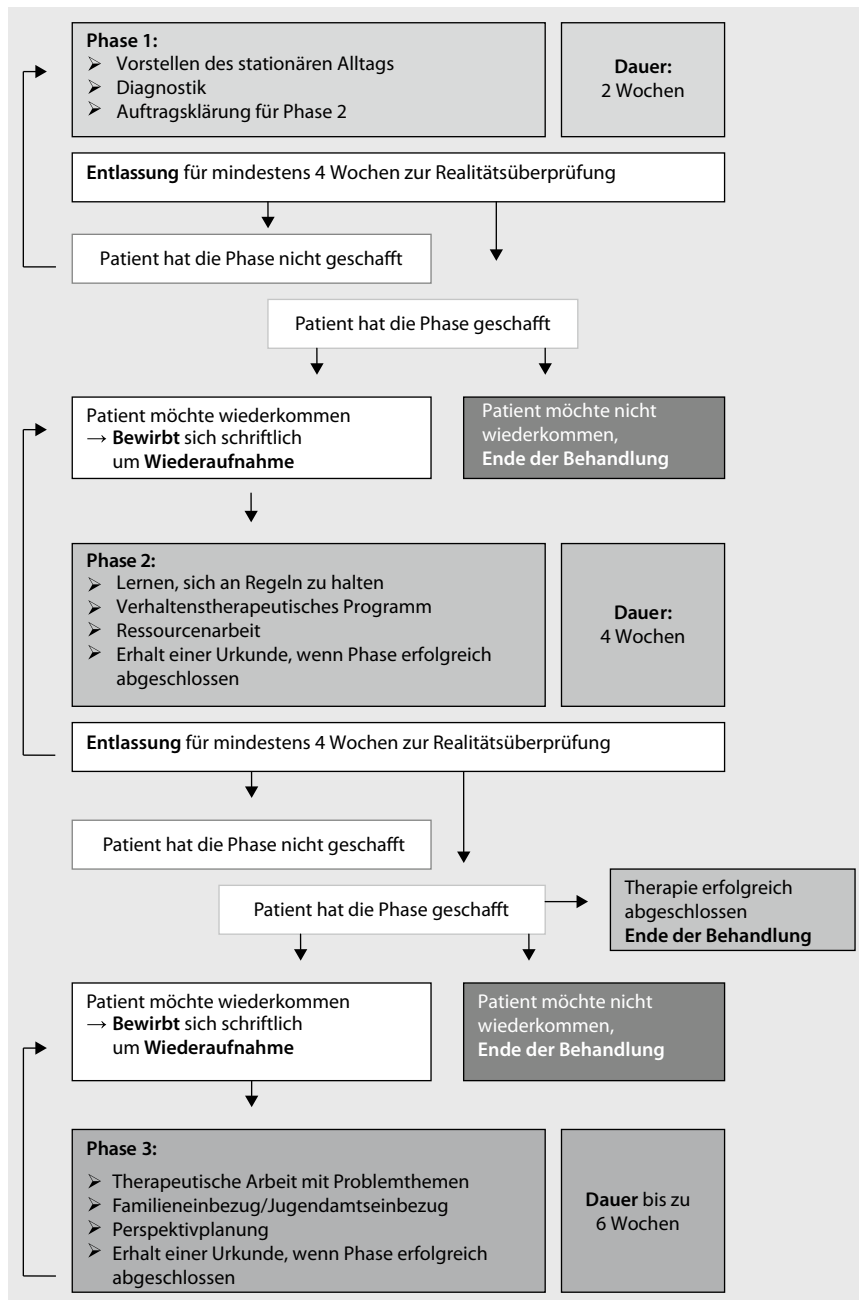


Abb. 1 ▲ Ablaufschema der Intervalltherapie im Programm zur Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens

friedigende disziplinarische Entlassungen oder Behandlungsabbrüchen mit einem oftmals sich anschließenden „Drehtüreffekt“ (Fegert u. Besier 2009). Jugendliche erleben die disziplinarische Entlassung nicht unbedingt positiv, was die spätere Motivation, sich erneut auf eine Therapie einzulassen, mindert.

Ausgangslage für die Entwicklung eines neuen Behandlungskonzepts war, dass

66% der zwischen Oktober 2009 und Oktober 2010 aufgenommenen Jugendlichen (102 Aufnahmen) im Alter von 16,0 bis 18 Jahren eine SSV als Haupt- oder Nebendiagnose erhalten hatten. Davon waren 41,2% Krisenaufnahmen, die innerhalb von 24 h bis zu einer Woche wieder entlassen wurden, und 20,6% waren geplant zur Regelbehandlung aufgenommen worden. Bei gut zwei Drittel dieser 20,6% (66,7%) kam es zur disziplinarischen Entlassung bzw. zum Abbruch der Behand-

lung, oftmals nach schwierigen Behandlungswochen mit Beeinträchtigung des gesamten stationären Behandlungsmilieus für die Mitpatienten und einem Gefühl des Scheiterns bei Therapeut und Patient.

In dem neu entwickelten Behandlungskonzept sollten die Möglichkeiten ambulanter und stationärer Behandlung verbunden, disziplinarische Entlassungen vermieden, Motivation erhalten, eine effektive Behandlung ermöglicht und so ein langfristiger Behandlungserfolg erzielt werden können.

## Methode

### Intervallbehandlung nach dem Konzept für Störung des Sozialverhaltens

Das Behandlungskonzept für Jugendliche mit SSV wurde von einem Expertenteam (einer systemisch orientierten Psychologin, 2 verhaltenstherapeutisch orientierten Psychologen, 3 Fachpflegern für Kinder und Jugendpsychiatrie sowie einer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie) entwickelt.

Die Intervallbehandlung zielte dabei v. a. darauf ab, die Motivation der Jugendlichen durch überschaubare definierte Behandlungsphasen, die erfolgreich abgeschlossen werden können, zu erhalten.

### Erste Phase (2 Wochen)

Der Jugendliche soll die Station, deren Regeln und Möglichkeiten kennenlernen. Es findet eine individuelle störungsspezifische psychologische/psychiatrische Diagnostik (hinsichtlich Leistungsvermögen, Komorbiditäten) statt. Gemeinsam mit dem Jugendlichen werden die zu behandelnden Problembereiche für die Phase 2 der Behandlung erarbeitet und festgelegt. Der Entlassungstermin steht bei Aufnahme fest.

Nach Abschluss von Phase 1 findet eine mindestens 4-wöchige Behandlungspause statt, während derer der Jugendliche entscheidet, ob er sich für die Phase 2 der Intervallbehandlung bewerben will. Erhält die Station eine Bewerbung, wird der Jugendliche erneut auf die Warteliste für Phase 2 aufgenommen.

Hier steht eine Anzeige.



Isabel Boege · Nina Reck · Renate Schepker · Jörg M. Fegert

## Intervallbehandlung statt disziplinarischer Entlassung. Wirksamkeit eines strukturierten psychotherapeutischen Behandlungsprogramms bei Störung des Sozialverhaltens

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Aggressiv-dissoziale Verhaltensweisen zählen zu den häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter. Sie sind charakterisiert durch einen ungünstigen Langzeitverlauf und ein hohes Ausmaß an Alltagsbeeinträchtigungen. Bisher ist v. a. für ambulante, familienzentrierte Behandlungsmethoden eine gute Effizienz nachgewiesen worden. Jugendliche mit Störung des Sozialverhaltens (SSV) bringen aber gerade ambulante Behandlungssettings oft an ihre Grenzen, sodass es zu stationären Aufnahmefragen kommt.

**Ziel der Arbeit.** Die vorliegende Darstellung eines neuen Behandlungskonzepts evaluierte die Effektivität einer Intervallbehandlung für Jugendliche mit SSV, die auf Motivation des Jugendlichen, Einbezug der Familie in die Be-

handlung und die Vermeidung von disziplinarischen Entlassungen abzielt.

**Material und Methode.** Ausgewertet wurden Daten von 19 Jugendlichen mit SSV im Alter zwischen 16,0 und 18 Jahren. Kernsymptome des gestörten Sozialverhaltens, soziodemografische Daten, psychosoziales Funktionsniveau (Children Global Assessment of Functioning Scale, CGAS) sowie Schweregrad der Symptomatik (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents, HoNOSCA) wurden mit Beginn der Behandlung erfasst (T1). Am Behandlungsende wurden das psychosoziale Funktionsniveau, der Schweregrad der Symptomatik und die Teilnahmehäufigkeit an den einzelnen Phasen erhoben (T2).

**Ergebnisse.** Eine Intervallbehandlung führt zu einer deutlichen Reduktion von disziplina-

rischen Entlassungen. Jugendliche nehmen motivierter an der Behandlung teil. Eine signifikante Verbesserung ist sowohl auf dem psychosozialen Funktionsniveau als auch in Bezug auf die Schwere der am Ende der Behandlung noch vorliegenden Symptomatik zu verzeichnen.

**Schlussfolgerung.** Eine stationäre Intervallbehandlung kann, wenn ambulante Behandlungsmöglichkeiten ausgereizt sind, ein praktikables Konzept für Patienten mit SSV darstellen.

### Schlüsselwörter

Stationäre Behandlung · Jugendliche · Motivation · Abbruch · Wirksamkeit

## Interval treatment instead of disciplinary discharge. Effectiveness of a structured psychotherapeutic treatment program for conduct disorder

### Abstract

**Background.** Conduct disorder is a frequent mental health problem in children and adolescents characterized by high functional impairment and a poor prognosis. Different types of interventions have been established but only few have proven effective. Relevant effect sizes could only be shown for family centred interventions. Inpatient treatment is not the first line treatment even though children, adolescents and their families often present with a query for inpatient admission when outpatient resources are at their limits.

**Aim.** The effectiveness of a newly developed interval treatment for adolescents with conduct disorder, which focuses on motivation of the adolescent, involvement of the family in the therapy and the avoidance of disciplinary discharge, was evaluated.

**Material and methods.** A total of 19 adolescents aged between 16 and 18 years with conduct disorder was treated and assessed within the new interval treatment. The key symptoms of conduct disorder, sociodemographic data, psychosocial functioning (children global assessment of functioning scale, CGAS) as well as the severity of impairment of behavior (health of the nation outcome scales for children and adolescents, HoNOSCA) were recorded before treatment (T1). After completion of treatment (T2) the frequency of participation in the three possible treatment intervals, as well as psychosocial functioning and severity of impairment of behavior were documented.

**Results.** Interval treatment leads to a reduction of disciplinary discharges. Engagement

in and motivation for treatment was enhanced. At the end of treatment a significant effect on psychosocial functioning, behavior and severity of symptoms could be shown for interval treatment.

**Conclusion.** Inpatient interval treatment for adolescents with conduct disorder is an innovative and effective concept, when outpatient treatment has reached its limits.

### Keywords

Inpatient treatment · Adolescents · Motivation · Termination · Effectiveness

### Zweite Phase (4 Wochen)

„Lernen, sich an Regeln und Grenzen zu halten“ und „eigene Ressourcen wahrnehmen“. Das in Phase 1 vorbereitete verhaltenstherapeutische Programm wird von Tag 1 an etabliert. Die Phase 2 gilt als erfolgreich abgeschlossen, wenn am Ende der 4-wöchigen Behandlungszeit eine zu Beginn individuell festgelegte Punktzahl in dem Verhaltenstherapieprogramm er-

reicht ist. Erreicht der Jugendliche die entsprechende Punktzahl nicht, auch wenn er die 4 Wochen beendet, gilt die Phase als nichtabgeschlossen und muss wiederholt werden. Ein Einbezug der Familie in die stationäre Behandlung erfolgt während der 2. Phase zwischen 2- und 4-mal.

Nach der 2. Phase findet erneut die geplante Entlassung in eine Behandlungspause (4 Wochen) statt, während

derer sich der Jugendliche entweder für die Wiederholung der 2. Phase oder aber für die 3. Phase bewerben kann.

### Dritte Phase (Therapiephase, zirka 6 Wochen)

Ziel ist es, die zugrunde liegenden Problembereiche therapeutisch mit dem Jugendlichen zu bearbeiten. Zur Perspektivplanung werden die Familie und das

**Tab. 1** Soziodemografische Daten der Patienten

	n	
Alter	19	17,0 (SD $\pm 0,655$ )
Geschlecht		
– Männlich	10	52,6%
– Weiblich	9	47,4%
Sozialer Status	19	
– Angestellter, Handwerker	9	47,4%
– Leitender Angestellter, Meister	4	21,1%
– Akademiker, selbstständig	0	0%
– Hausfrau, Rentner	2	10,5%
– Arbeitslos	2	10,5%
– Unklar (keine Angabe)	2	10,5%
Intelligenzquotient	19	
– >115 (hohe Intelligenz)	1	5,3%
– 85–114 (durchschnittliche Intelligenz)	14	73,7%
– 70–84 (niedrige Intelligenz)	2	10,5%
– 50–69 (leichte Intelligenzminderung)	2	10,5%
Jugendhilfe involviert	19	73,7%
Schulform		
– Werkrealschule	1	5,3%
– Hauptschule	6	31,6%
– E.-Schule, Hauptschulniveau	3	15,8%
– Berufsschule/BBW	4	21,1%
– Förderschule	2	10,5%
– Sonstige (Ausbildungssuche/Projekt)	3	15,8%

BBW Berufsbildungswerk, E.Schule Schule für Erziehungshilfe.

**Tab. 2** Häufigkeiten der Problembereiche (19 Patienten)

Problembereiche (angegeben bei Aufnahme)	Anzahl (n)	Anteil (%)
Aggression gegen Dinge	19	100
Aggression gegen Personen	13	68,4
Delinquenz	9	47,4
Alkoholkonsum	11	57,9
Innerfamiliäre Probleme	18	94,7
Schulische Probleme		
– Stören	11	57,9
– Leistung	6	31,6
Fehlender Schulbesuch	10	52,6
Probleme in der Peergroup	3	15

Jugendamt eng einbezogen. Die Dauer wird individuell festgelegt (■ **Abb. 1**).

So entsteht im Rahmen der Teilnahme an dem SSV-Behandlungsprogramm eine kontinuierliche Anbindung an die Klinik von mindestens 20 Wochen.

## Stichprobe

Es wurde prospektiv zwischen Januar 2011 und Dezember 2013 allen Patienten, die mit einer SSV an der Ambulanz für eine stationäre Regelbehandlung vorgestellt wurden, das SSV-Programm unterbreitet. Wenn der Jugendliche sich für eine Behandlung nach dem Intervallkonzept entschied, wurde er auf die Warteliste für die 1. Phase aufgenommen.

Es wurden 19 Jugendliche im Alter zwischen 16,0 und 17 Jahren und 11 Monaten für die Pilotstudie zur Evaluation des SSV-Programms rekrutiert. Patienten, die sich gegen das SSV-Programm entschieden, wurde eine ambulante Behandlung angeboten.

## Datenerhebung

Vor dem Beginn der Behandlung (T1) wurden soziodemografische Daten [Alter, Geschlecht, Intelligenzquotient (IQ), Schulform, sozioökonomischer Status, Jugendamtbeteiligung], Diagnose, vorliegende Symptome der SSV, psychosoziales

Funktionsniveau (Children Global Assessment of Functioning Scale, CGAS) und Schweregrad der Symptomatik (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents, HoNOSCA) erhoben.

Am Ende der Behandlung (T2; hierbei konnte T2 nach jeder Phase sein) wurden die Anzahl der durchlaufenen Phase(n), ggf. Zahl der Wiederholungen von Phasen, Abschluss oder Abbruch der Behandlung sowie erneut das erreichte psychosoziale Funktionsniveau (CGAS) und der Schweregrad der noch vorliegenden Symptomatik (HoNOSCA) erfasst.

## Instrumente

### Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents

Die HoNOSCA (Gowers et al. 1999) wurde als Maß für den Grad der psychosozialen Belastung bei Kindern und Jugendlichen erhoben. Teil A bezieht sich auf die bestehende Beeinträchtigung aufgrund der Symptomatik innerhalb verschiedener Funktionsbereiche. Teil B erfasst auf der Ebene der Bezugsperson den Mangel an Kenntnis zur Art der Schwierigkeiten des Patienten und den Mangel an Information/Handhabung derselben. Antworten erfolgen anhand einer Likert-Skala (0: kein Problem bis 4: schwerwiegendes bis sehr schweres Problem).

### Children Global Assessment of Functioning Scale

Das aktuelle allgemeine Funktionsniveau der Kinder und Jugendlichen wurde anhand der CGAS (Shaffer et al. 1983) erfasst. Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen werden auf einem Kontinuum von psychisch krank (1) bis gesund (100) gewertet. Durch körperliche Einschränkungen bedingte Funktionsbeeinträchtigungen werden nicht einbezogen.

## Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS 20.0. Deskriptive Statistiken dienten der Stichprobenbeschreibung. Die t-Tests wurden für kontinuierliche Variablen,  $\chi^2$ -Tests für kategoriale Variablen genutzt. Ergebnisse auf den Fragebogenskalen wurden über t-Tests verbunde-

**Tab. 3** Wahrnehmen der Phasen

	Angetreten	Erfolgreich abgeschlossen	Wiederholung
<b>Phase 1</b>			
Anzahl (n)	19	16	1
Anteil (%)	100	84,2	5,3
<b>Phase 2</b>			
Anzahl (n)	14	11 von 14	5 von 14
Anteil (%)	–	78,6	35,7
Anteil (%) der initialen Gruppe	73,7	57,9	–
<b>Phase 3</b>			
Anzahl (n)	6	5 von 6	1 von 6
Anteil (%)	–	83,3	16,6
Anteil (%) der initialen Gruppe	31,6	26,3	–

**Tab. 4** Behandlungserfolg anhand von CGAS und HoNOSCA

	T1/T2			
	Mittlere Differenz	SD	Sig	Effektstärke
HoNOSCA, Teil A, gesamt	6,421	5,872	0,000	1,2
HoNOSCA, Teil B, gesamt	1,947	2,041	0,001	0,87
CGAS	–11,211	11,622	0,001	1,3
HoNOSCA, Teil A, erfolgreich	11,125	3,603	0,000	2,88
HoNOSCA, Teil B, erfolgreich	3,000	2,204	0,006	1,44
CGAS, erfolgreich	–21,375	7,782	0,000	3,06

CGAS Children Global Assessment of Functioning Scale, HoNOSCA Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents.

**Tab. 5** Abschluss des Programms zur Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens (SSV)

	Häufigkeit (N)	Prozent
SSV-Programm abgeschlossen	8	42,1
Abbruch seitens des Patienten	6	31,6
Disziplinarische Entlassung	3	15,8
Empfohlene Phase nicht mehr gemacht	1	5,3
Sonstige Gründe	1	5,3

ner Stichproben ausgewertet. Effektstärken wurden anhand der Formel [“mean“ (Aufnahmezeitpunkt) – „mean“ (Entlasszeitpunkt)]/Standardabweichung (Aufnahmezeitpunkt)] berechnet. Das Signifikanzniveau wurde auf  $\alpha=0,05$  festgelegt.

## Ergebnisse

### Stichprobe

Es wurden 19 Patienten und deren Behandlungsverläufe ausgewertet

(**Tab. 1**). Der Altersdurchschnitt der Untersuchungstichprobe betrug 17,0 Jahre [Standardabweichung (SD)  $\pm 0,655$  Jahre; Altersrange 16,3 bis 18,1 Jahre]. Die Geschlechterverteilung war homogen ( $\sigma:\varphi=10:9$ ). Es hatten 73,7% der Jugendlichen einen IQ im Durchschnittsbereich (85–115 IQ-Punkte). Ein Jugendlicher erfüllte die Voraussetzungen einer Hochbegabung. Bei 2 Jugendlichen lag der IQ im Bereich der niedrigen Intelligenz. Die meisten Jugendlichen besuchten eine Hauptschule (31,6%) bzw. eine E-Schule auf Hauptschulniveau (15,8%) oder waren schon der Berufsschule/im Berufsbildungswerk (21,1%) angegliedert. Der Sozialstatus der Familien wurde bei zusammenlebenden Eltern anhand des Elternteils, das den sozial höher gestellten Beruf ausübte, bestimmt. Bei getrennt lebenden Eltern wurde der Beruf des mit dem Kind lebenden Elternteils zugrunde gelegt. Demnach waren 47,4% (n=9) als Angestellte/Handwerker tätig, und 21% (n=4) waren arbeitslos, Rentner oder im Haushalt tätig, 21% (n=4) waren Angestellte in leitender Position/Meister, und bei 10,5% (n=2) gab es keine Angaben zur Tätigkeit

der Eltern. Das Jugendamt war in 73,7% der Fälle schon vorab oder während des Verlaufs involviert.

Bei allen Patienten wurden Aggressionen gegenüber Dingen angegeben (100%), bei 68,4% auch Aggressionen gegenüber Personen. Es gaben 94,7% der Patienten innerfamiliäre Konflikte an. Stören des Verhalten in der Schule (57,9%) und Schulabsentismus bzw. Ausschluss von der Schule (52,6%) standen mehr im Vordergrund als Leistungsschwierigkeiten (31,6%). Bei 47,4% der Jugendlichen war es schon zur Straffälligkeit gekommen. Bei 57,9% wurde übermäßiger Alkoholkonsum berichtet. Innerhalb der Peer-group berichteten nur 15% der Jugendlichen Schwierigkeiten. Im Mittel waren bei den einzelnen Jugendlichen 5,26 der 9 möglichen Problembereiche auffällig (SD  $\pm 0,381$ , Minimum 2, Maximum 8; **Tab. 2**).

Alle 3 Therapiephasen traten 6 der 19 Patienten (26,3%) an; davon beendeten fast alle Patienten diese auch erfolgreich (5 von 6 Patienten, 83,3%). Phase 2 traten 14 Patienten (73,7%) an, von denen 78,7% (11 von 14 Patienten) diese auch erfolgreich beendeten. Drei Patienten schlossen in Phase 2 die Behandlung erfolgreich ab. Phase 1 wurde von 2 Patienten abgebrochen; drei Patienten bewarben sich nach erfolgreichem Abschluss von Phase 1 nicht mehr für Phase 2. Sieben Jugendliche wiederholten jeweils unterschiedliche Phasen des Intervallprogramms, z. T. auch mehrfach (**Tab. 3**). Die Dauer der Anbindung der Jugendlichen im Rahmen des Intervallprogramms betrug  $\bar{O}$  134,53 Tage (SD:  $\pm 34,414$  Tage, Maximum: 654 Tage, Minimum ein Tag).

Im Einvernehmen mit dem Therapeuten beendeten 42,1% der Patienten das SSV-Programm erfolgreich. Bei 31,6% kam es im Verlauf der Behandlung zum Behandlungsabbruch, meist in oder nach Phase 2. Es wurden 15,8% der Patienten disziplinarisch entlassen. Ein Patient (5,3%) hat nach Phase 2 die empfohlene Phase 3 nicht mehr absolviert, Phase 2 aber noch erfolgreich abgeschlossen. Eine Patientin verstarb im Verlauf der Behandlung bei einem Unfall (**Tab. 4**).

Ein hochsignifikanter Effekt ließ sich für die Patienten, die alle Phasen erfolgreich durchlaufen haben, bezüglich der



Verbesserung ihres psychosozialen Funktionsniveaus (CGAS:  $p=0,000$ ,  $d=2,88$ ) und bezüglich des Schweregrads der Symptomatik (HoNOSCA:  $p=0,000$ ,  $d=3,06$ ) feststellen. Auch in der Gesamtgruppe konnte noch ein signifikanter Effekt nachgewiesen werden (CGAS:  $p=0,001$ ,  $d=1,3$ ; HoNOSCA A:  $p=0,000$ ,  $d=1,2$ ). Der Effekt der Behandlung zeigte sich auf dem HoNOSCA, Teil B, der die Kenntnis der Eltern über die Erkrankung ihres Kindes und den Umgang der Eltern mit derselben erfasst, etwas schwächer (HoNOSCA, Teil B, gesamt:  $p=0,001$ ,  $d=0,87$ ; HoNOSCA, Teil B, erfolgreich abgeschlossen:  $p=0,006$ ,  $d=1,44$ ; ■ **Tab. 5**)

## Diskussion

Dargestellt wurde ein neues Konzept zur stationären Behandlung der SSV bei älteren Jugendlichen. Anhand der Outcome-Parameter konnte eine hohe Effizienz dieser Behandlungsform für Patienten, die alle Phasen des Intervallprogramms durchliefen, festgestellt werden. Für die Patienten, die zumindest Phase 1 und 2 durchliefen, in denen Ärger-Kontroll-Management, Ressourcenarbeit und Problemlösetraining im Fokus standen, zeigte sich eine mittlere Effektstärke.

In der Konzeptgestaltung stand v. a. der Erhalt der Motivation des Patienten im Vordergrund, da diese, wie auch bei Wagner et al. (2004) beschrieben, Einfluss auf die Effektivität der Behandlung hat. Jugendliche konnten sich in der Regel auf Phase 1 einlassen, da diese kurz und überschaubar war. Der Erfolg, die Phase 1 geschafft zu haben, motivierte die Mehrzahl der Jugendlichen, Phase 2 anzutreten. In den in Phase 1 gemeinsam erarbeiteten verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Programmen ließ sich anhand von kleinen Erfolgen die Motivation verstärken und erhalten.

Es ließ sich zudem darstellen, dass Jugendliche aufgrund des regelmäßigen Settingwechsels von stationärer zu ambulanter Behandlung die von Frick (2001) beschriebene Problematik der fehlenden Generalisierbarkeit von Behandlungserfolgen im stationären Rahmen nach Hause nicht aufwiesen. Es stellte sich vielmehr eine gute Übertragbarkeit veränderter Verhaltensweisen dar, die vermut-

lich durch den kontinuierlichen Wechsel vom stationären zum ambulanten Setting gefördert wurde. Eine Krisenintervention aufgrund von Eskalationen während einer Behandlungspause musste bei keinem der Patienten stattfinden. Es schien, dass die Aussicht auf das nächste Behandlungsintervall ausreichte, um kleinere Krisen eigenständig innerfamiliär zu lösen.

Branik (2002) benennt, dass Jugendliche mit SSV eine langfristige, oftmals bis ins Erwachsenenalter hineinreichende Beziehungs- und Milieukontinuität benötigen, um eine „korrigierende emotionale Erfahrung“ integrieren zu können. Die aufgrund des Intervallkonzepts entstehende lange Bindung der Jugendlichen an die Station ist als Vorteil anzusehen. Die stationären Gesamtbehandlungstage verlängern sich nur unwesentlich gegenüber einer Regelbehandlungsdauer; es lässt sich aber eine wesentlich bessere Beziehungskontinuität darstellen. In dem derzeit geplanten neuen Entgeltsystem wird sich vermutlich kein Kostennachteil bei dem Konzept der Intervallbehandlung ergeben: Auch wenn die 3 Phasen als Gesamtbehandlung gelten würden, steht dem die Erfahrung von regelmäßigen disziplinarischen Entlassungen bzw. Therapieabbrüchen bei SSV-Patienten entgegen, die durch dann wiederholende krisenmäßige Wiederaufnahmen ebenfalls eine lange Gesamtbehandlungsdauer ergeben würden, die aber mit einem weniger nachhaltigen Behandlungseffekt einhergeht. In dem Intervallkonzept zeigte sich zudem, dass ab- oder unterbrochene Behandlungen eine Bewerbung um eine Wiederaufnahme nicht verunmöglichten, da die Möglichkeit hierzu in dem Konzept regelhaft festgelegt ist. Dieses hingegen ist in aller Regel nach einer disziplinarischen Entlassung nicht der Fall.

Interventionen für Jugendliche mit SSV sollten laut den Guidelines des National Institute for Health and Care Excellence (NICE), die der Behandlung von SSV im englischen Gesundheitssystem zugrunde liegen, und auf der Basis von v. a. ambulanter Behandlung aufbauen, sämtliche relevanten Bereiche (den Jugendlichen, die Familie, die Schule und den sozialen Kontext), v. a. aber den familiären Bereich, einbeziehen. Auch in verschiedenen anderen Studien wird insbe-

sondere die ambulante Elternarbeit bzw. multisystemische Therapie (MST) als besonders effektiv beschrieben (Bachmann et al. 2008; Burke et al. 2002; Frick 2001; Henggeler et al. 1999). Bonin et al. (2011) zeigten zudem auf, dass Familieneinbezug nicht nur effektiv, sondern auch kosteneffizient ist. In der vorgestellten Pilotstudie eines stationären Ansatzes war Elternarbeit während der stationären Aufenthalte enthalten, es fehlte aber das Element des intensiven Elterneinbezugs während der ambulanten Zeiträume der Behandlungspausen. In Folgestudien sollte deswegen dem aktuellen Konzept ergänzend eine intensive Elternarbeitskomponente hinzugefügt werden, um den ersichtlichen Behandlungserfolg weitergehend optimieren könnte.

Schwierig stellte sich in diesem Konzept die Aufnahmeplanung dar, da es nicht immer gelingt, genau in Vierwochenabständen Wiederaufnahmen zu garantieren. So kam es sowohl zu verkürzten als auch zu verlängerten Wartezeiten, die sich negativ auf den Therapieverlauf auswirken können.

Als Limitation dieser ersten Auswertung ist sicherlich die geringe Zahl der aktuellen Patientengruppe zu benennen. Hier ist eine weitere Untersuchung des Behandlungskonzepts an einer größeren Gruppe von Patienten dringend erforderlich.

## Fazit für die Praxis

- Intervallbehandlung kann eine effektive Form der stationären Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit SSV darstellen.
- Motivation und Mitarbeit in der Behandlung als zentrales prognostisches Element für eine effektive Behandlung bei Jugendlichen mit SSV sind anhand von überschaubaren Behandlungsintervallen besser erreichbar. Eine erfolgreiche Behandlung ist so wahrscheinlicher.
- Disziplinarische Entlassungen können reduziert werden.
- Familien sollten in den Behandlungspausen noch enger unterstützt werden (z. B. anhand von multimodalen „Home-treatment“-Sitzungen), um die stationären Erfolge im außerklinischen Umfeld zu sichern und zu verstärken.

## Korrespondenzadresse

### Isabel Boege

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters, ZfP Südwest-  
temberg  
Weingartshoferstr. 2, 88214 Ravensburg  
Isabel.Boege@zfp-zentrum.de

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** Isabel Boege, Nina Reck, Renate Schepker und Jörg M. Fegert geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle im vorliegenden Manuskript beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Patienten liegt eine Einverständniserklärung vor. Alle beteiligten Patienten und deren Eltern erklärten sich explizit mit der neuen Behandlungsform einverstanden.

## Literatur

- Aster von M, Meier M, Steinhausen HC (1998) Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 47(9):668–682
- Bachmann M, Bachmann C, Rief W, Mattejat F (2008) Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 36(5):321–333
- Bonin EM, Stevens M, Beecham J et al (2011) Costs and longer-term savings of parenting programmes for the prevention of persistent conduct disorder: a modelling study. *BMC Public Health* 11:803
- Branik E (2002) Störungen des Sozialverhaltens – therapeutische Möglichkeiten und Grenzen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 51(7):533–545
- Burke JD, Loeber R, Birmaher B (2002) Oppositional defiant and conduct disorder a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41:1275–1293
- Frick PJ (2001) Effective interventions for children and adolescents with conduct disorder. *Can J Psychiatry* 46:597–608
- Fegert JM, Besier T (2009) 13. Kinder- und Jugendbericht (BM FSFJ 2009), Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem – Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform. S 987–1111
- Gowers SG, Harrington RC, Whitton A et al (1999) Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children. *Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA)*. *Br J Psychiatry* 174:413–416
- Henggeler SW, Rowland MD, Randall J et al (1999) Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:1331–1339
- Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberger U, Schlack R (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50:784–793
- Ihle W, Esser G (2002) Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychol Rundsch* 53:159–169
- Linder M (2010) Depressive Jugendliche in stationärer Behandlung. *Monatsschr Kinderheilkd* 158:849–857
- Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M (2000) Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39(12):1468–1484
- Nice Guidelines (2009) Antisocial behaviour and conduct disorder in children and young people. National Collaborating Centre for Mental Health
- Rowe R, Maughan B, Costello EJ, Angold A (2005) Defining oppositional defiant disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 46:12:1309–1316
- Schmid M, Goldbeck L, Nuetzel J, Fegert JM (2008) Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2(2). doi:10.1186/1753-2000-2-2
- Schmidt MH (1998) Dissozialität und Aggressivität: Wissen, Handeln und Fachwissen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 26:53–62
- Shaffer D, Gould MS, Brasic J et al (1983) A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry* 40(11):1228–1231
- Turgay A (2004) Aggression and disruptive behaviour disorders in children and adolescents, expert rev. *Neurotherapeutics* 4(4):623–632
- Wagner A, Jennen-Steinmetz C, Göpel C, Schmidt MH (2004) Wie effektiv sind Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens? – Eine Inanspruchnahmestudie. *Z Kinder Jugendpsychiatr* 32(1):5–16

## Ausschreibung Hermann-Emminghaus-Preis 2015

Gesucht: Exzellente Arbeiten im Fach „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“

Der Hermann-Emminghaus-Preis ist der älteste kinder- und jugendpsychiatrische Forschungspreis im deutschsprachigen Raum. Er richtet sich an Wissenschaftler, die empirische Forschung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, insbesondere der biologischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, betreiben und in der Regel nicht länger als zehn Jahre im Fach wissenschaftlich tätig sind. Es können ausschließlich Arbeiten eingereicht werden, die noch nicht anderweitig ausgezeichnet worden sind. Psychodynamisch, genetisch oder zerebralorganisch orientierte Forschung kommt ebenso für eine Bewerbung in Betracht wie epidemiologische, katamnestische oder therapeutische Studien. Die Arbeit ist in deutscher oder englischer Sprache einzureichen.

Die Verleihung des Hermann-Emminghaus-Preises 2015 wird Anfang März 2015 im Rahmen des XXXIV. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) in München stattfinden.

Mit der letzten Auszeichnung im Jahr 2013 wurde der Kinder- und Jugendpsychiater PD Dr. med. Timo Vloet vom Universitätsklinikum Aachen in Anerkennung seiner wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema „Neurobiologische Aspekte dissozialer Störungen“ geehrt.

Weitere Informationen zum Hermann-Emminghaus-Preis und zu den Teilnahmebedingungen sind unter [www.emminghauspreis.de](http://www.emminghauspreis.de) zu finden.

Quelle:

*Kuratorium des Hermann-Emminghaus-Preises vertreten durch Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin H. Schmidt, martin.schmidt@zi-mannheim.de*



Kommentieren Sie diesen Beitrag auf [springermedizin.de](http://springermedizin.de)

Geben Sie hierzu den Beitragstitel in die Suche ein und nutzen Sie anschließend die Kommentarfunktion am Beitragsende.