

REINHARD GSTÄTTNER
GABRIELE KOHL

Verhaltensauffälligkeiten von Kindern & Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe

Effekte einer milieutherapeutischen Behandlungsstrategie

Zusammenfassung

In einem milieutherapeutischen Projekt im Rahmen der stationären Jugendhilfe wurden nach der Durchführung einer umfassenden multiaxialen psychologischen Diagnostik alle durchgeführten Maßnahmen und Strategien in einem Behandlungsplan unter besonderer Berücksichtigung klinisch relevanter Symptomatiken sowie bindungs- und traumatheoretischer Überlegungen gezielt entwickelt und zwischen den professionellen HelferInnen akkordiert. Die Evaluierung erfolgte in einem Zeitraum von 18 Monaten zu insgesamt 4 Messzeitpunkten, wobei mittels Child Behavior Check List (CBCL) Veränderungen im Verhalten der insgesamt 14 Kinder untersucht wurden. Die milieutherapeutischen Maßnahmen wurden ein Jahr lang durchgeführt. Im Vergleich der milieutherapeutischen Gruppe mit einer Treatment-as-usual-Wohngruppe zeigte sich in der milieutherapeutischen Gruppe nach einer vorübergehenden leichten Zunahme eine deutliche Abnahme der Verhaltensauffälligkeiten im Laufe eines

Jahres, während sich in der Vergleichsgruppe deutlich weniger Veränderungen nachweisen ließen. In einer Follow-up-Untersuchung 6 Monate nach Projektende nahmen externalisierende Verhaltensauffälligkeiten in der milieutherapeutischen Gruppe wieder zu und auch die Gesamtauffälligkeit erhöhte sich, ohne jedoch das hohe Ausgangsniveau vom Projektstart wieder zu erreichen; die internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten hingegen, die bereits während der Projektphase deutlich reduziert werden konnten, nahmen in den ersten 6 Monaten nach Projektende weiterhin ab.

Schlüsselbegriffe

Milieuthérapie, Evaluation, Klinische Psychologie, traumatisierte Kinder, stationäre Jugendhilfe

Einleitung

Kinder und Jugendliche in stationären Jugendhilfeeinrichtungen stellen vermutlich jene Gruppe unserer Gesellschaft dar, welche im Laufe ihrer Biografie am häufigsten extremen psychosozialen Beeinträchtigungen ausgesetzt war. Den meisten betroffenen Kindern sind eine Reihe von belastenden Lebensereignissen und ungünstigen Erziehungsbedingungen in einem Ausmaß widerfahren, welche das Kindeswohl bzw. die Möglichkeit einer gedeihlichen Entwicklung in ihrem ursprünglichen Umfeld als gefährdet erscheinen ließ. In der Jugendhilfe sind vor allem die Typ-II-Traumata, also chronisch-traumatische Erlebensweisen oder sequentielle Traumatisierungen im Rahmen von Vernachlässigung und physischer, psychischer und sexueller Gewalt von hoher Relevanz, die im Gegensatz zu den Typ-I-Traumata (Monotraumen) weitgehend ohne öffentliche Beachtung stattfinden und extrem schambesetzt sind.

Eingegangen: 23. 01. 2015
Angenommen: 20. 04. 2015

Zudem werden sie auch noch häufig von Bezugspersonen ausgeübt, auf die das Kind massiv angewiesen bzw. von denen es abhängig ist und die ihm eigentlich Schutz und Geborgenheit bieten sollten. Die Beziehungsgestaltung der betroffenen Kinder ist deshalb grundsätzlich von der Ambivalenz zwischen dem Bedürfnis nach Bindung sowie Versorgung und dem Gefühl des Kontrollverlustes bzw. der Bedrohung geprägt. Diese beziehungsabhängigen Typ-II-Traumata entfalten insbesondere dann eine besonders entwicklungskritische Wirkung, wenn sie durch nahestehende Bezugspersonen verursacht werden (Ziegenhain, 2009).

In Querschnittstudien gewonnene Daten von repräsentativen Stichproben der Gesamtbevölkerung zeigen, dass 1,6 % der untersuchten Personen in ihrer Kindheit und Jugend einer schweren emotionalen Misshandlung, 2,8 % einer schweren körperlichen und 1,9 % schwerer sexueller Misshandlung ausgesetzt waren, während 6,6 % über schwere emotionale und 10,8 % über schwere körperliche Vernachlässigung berichteten (Häuser et al., 2011). Es ist jedoch davon auszugehen, dass die entsprechenden Zahlen bei den im Rahmen der stationären Jugendhilfe betreuten Kinder und Jugendlichen aus den oben genannten Gründen deutlich höher liegen. Tatsächlich kommt eine epidemiologische Studie aus dem deutschsprachigen Raum (Jaritz, Wiesinger & Schmid, 2008) zu dem Schluss, dass mindestens 75 % aller Kinder und Jugendlichen, die in der deutschen stationären Jugendhilfe betreut werden, traumatische Lebensereignisse erlitten haben. Zumeist handelt es sich

hierbei um multiple Traumatisierungen über einen längeren Zeitraum hinweg.

Sind frühe Interaktionserfahrungen geprägt von lebensbedrohlichen, hochgradig ängstigenden und ausweglosen Situationen, werden Wahrnehmungen im Gehirn anders verarbeitet und abgespeichert als das normalerweise der Fall ist. Zerebrale Reifungsprozesse werden gehemmt (Brisch, 2004), und damit die Voraussetzung für unfokussierte Re-

hens »von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß« verknüpft (Dilling & Freyberger, 2001). So naheliegend diese Diagnose im Zusammenhang mit dem kindlichen Erleben von Typ-II-Traumata erscheinen mag, so umstritten ist auch, ob gerade die in Entwicklung befindliche kindliche Psyche unter chronischer Einwirkung interpersoneller Traumatisierung Symptomatiken entwickelt, welche die ICD-10 Kriterien der

Kinder und Jugendliche in stationären Jugendhilfeeinrichtungen stellen jene Gruppe unserer Gesellschaft dar, welche im Laufe ihrer Biografie vermutlich am häufigsten extremen psychosozialen Beeinträchtigungen ausgesetzt war.

aktionen auf Stresssituationen sowie die Ausbildung einer Vielzahl an unterschiedlichen klinischen Symptomatiken geschaffen. Diese lassen sich in den aktuellen Klassifikationssystemen wie ICD und DSM in ihren Kategorien oftmals nicht abbilden, weshalb auch die Einführung der Diagnose einer »Entwicklungsstraumastörung« bzw. »Traumaentwicklungsstörung« wiederholt diskutiert wird (Kolk, 2009; Schmid, Fegert & Petermann, 2010). Aber auch Kausalzusammenhänge mit bereits bestehenden schwerwiegenden Krankheitskategorien werden diskutiert. Allen voran sei hierbei die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) genannt, eine der wenigen Diagnosen in der ICD-10 mit explizit ätiologischer Aussage; das Erscheinungsbild wird kausal mit der Erfahrung eines Ereignisses oder Gesche-

hens erfüllt. Wie bereits weiter oben angedeutet, liegen bei Kindern mit entsprechend massiven Erfahrungen zumeist Symptome einer Affektdysregulation, Impulsivität, Dissoziation, Somatisierung, Scham und Schuld vor, die sich sowohl in externalisierenden als auch in internalisierenden Verhaltensweisen äußern können. Ein den kognitiven und bindungspsychologischen Entwicklungsstand des Kindes berücksichtigendes Modell zur PTSD steht gegenwärtig noch aus; einen ersten Schritt zur Berücksichtigung derartiger Spezifika unternimmt das DSM-5 mit dem PTSD-Preschool-Subtype. Für chronisch verlaufende Formen der PTSD sieht die ICD-10 die Kategorie der posttraumatischen Persönlichkeitsveränderung bzw. der andauernden Persönlichkeits-

veränderung nach Extremlastung (F62.0) vor. Manche Autoren erkennen in dieser Symptomatik nicht unerhebliche Überschneidungen mit den Konzeptionen zur Emotional Instabilen Persönlichkeitsstörung (F60.3 nach ICD-10) bzw. zum Konzept der Borderline Persönlichkeitsstörung (BPD) nach DSM-5 (z.B. Sack, Sachsse & Schellong, 2013). Auch aufgrund der hohen Rate an Traumatisierungserfahrungen in der Anamnese stellt sich die Frage, ob es nicht sinnvoller ist, die BPD primär als traumaassoziierte Störung aufzufassen, zumal auch sehr ähnliche neuropsychologische, psychoendokrinologische und hirnmorphologische Befunde in den Kategorien der PTSD und der BPD vorliegen (Driessen et al., 2002). Darüber hinaus wird auch das Vorliegen bedeutsamer psychosozialer Umweltfaktoren insbesondere von Vernachlässigung in der Kindheit bei

Eröffnung eines neuen Kapitels für Störungen, die spezifisch mit Stress- und Traumafolgen assoziiert sind, lässt ebenfalls die Relevanz dieser Thematik erkennen.

Das milieuthapeutische Konzept

Anhand dieser Datenlage ist nachvollziehbar, dass es für die Betreuung junger Menschen in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe Konzepte braucht, die die oben angesprochenen Dynamiken nicht nur berücksichtigen, sondern Maßnahmen und Strategien zur Verfügung stellen, die es den betreuenden Fachkräften ermöglichen auch in schwierigen Situationen und Beziehungsdynamiken handlungsfähig zu bleiben. Um den ihnen anvertrauten Kindern und Jugendlichen jene Unterstützung bzw. jenes »spezifisch

zungen abgestimmt und koordiniert werden; komplementär in dem Sinne, dass auch Geschehnisse und Maßnahmen im pädagogischen Alltag, die örtlich und zeitlich neben den klassischen therapeutischen Verfahren (wie Psychotherapie, funktionelle Therapien, Pharmakotherapie etc.) ablaufen, als therapeutisch verstanden werden. Daraus ergibt sich, dass Milieuthérapie ebenso auf das Individuum wie auf die Organisation, die es betreut, ausgerichtet sein muss und somit die Struktur, die Mitarbeiter und die Kinder zu berücksichtigen hat (Heim, 1978; Lang, Wiesinger & Schmid, 2009).

Ähnlich schließt Gahleitner (2012, S. 211) in ihrer Zusammenschau von Forschungsergebnissen zum Thema, dass die qualifizierte Arbeit in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe eine Kombination aus »verstehender Grundhaltung, Bindungs- und Beziehungsarbeit, Fachwissen zur vorherrschenden Problematik, Strukturgebung und Flexibilität, Teamgeist, Vernetzungskompetenz, Selbstreflexion und Psychohygiene« erfordert. Um diesen Ansprüchen gerecht werden zu können und entsprechende Strategien für den Einzelfall im pädagogischen Alltag zur Verfügung zu haben, bedarf es einer individuellen spezifischen Fallplanung, die es ermöglicht, die jeweilige Problematik aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten und ein entsprechendes multidimensionales Fallverständnis zu entwickeln (Gstättner, 2012; Gahleitner, 2012). Zu diesem Zweck wurde ein an Grawes Metamodell der psychologischen Therapie (Grawe, 1998) orientierter Behandlungsplan (Gstättner, 2012) erstellt, der sowohl kategoriale als

Für die Betreuung junger Menschen in stationären Einrichtungen braucht es Konzepte, die es ermöglichen auch in schwierigen Situationen und Beziehungsdynamiken handlungsfähig zu bleiben.

bestimmten Syndromen innerhalb des schizophrenen Spektrums und hier vor allem bei dissoziativen Subtypen der Schizophrenie diskutiert (Vogel et al., 2009). Für die Behandlung komplex traumatisierter Erwachsener gibt es daher bereits Versuche, entsprechende allgemeine Richtlinien zu erstellen (Cloitre et al., 2012). Die Diskussion bei der Entwicklung der ICD-11 bezüglich der

strukturierte therapeutische Milieu« (Steinhausen, 2010, S. 465) anbieten zu können, das sie in ihrer Entwicklung bestmöglich unterstützt, bedarf es also Milieuthérapie. Hierbei ist Milieuthérapie nicht als Alternative zu bestehenden therapeutischen Verfahren zu verstehen, sondern als zugleich übergeordneter wie auch komplementärer Begriff: übergeordnet insofern, als in der Milieuthérapie alle therapeutischen Unterstüt-

auch dimensionale diagnostische Informationen inklusive Traumadiagnostik abbildet. Er beinhaltet ferner Ressourcen und Probleme des Kindes in seinen verschiedenen Lebensumwelten, die zur Planung entsprechender milieutherapeutischer Maßnahmen dienen.

Kind spezifische Maßnahmen für den pädagogischen Alltag zu entwickeln, zu evaluieren und nachzujustieren. Darüber hinaus standen die PsychologInnen den SozialpädagogInnen für Fallreflexionen zur Verfügung; Psychoedukation, Elemente aus störungsspezifischen

reitet. Auch die multiprofessionell besetzten Fallverlaufs- und Helferkonferenzen orientierten sich an den Inhalten des individuellen Behandlungsplanes des jeweiligen Kindes. Im Rahmen des Risikomanagements wurde ein Procedere entwickelt, um präventiv individuelle, abgestufte Notfallstrategien und Krisenpläne für besonders kritische Situationen mit einzelnen Kindern zu entwickeln.

Ein Behandlungsplan, der umfassende diagnostische Informationen sowie Ressourcen und Problembereiche abbildet, erleichtert die Planung individueller milieutherapeutischer Maßnahmen.

Das milieutherapeutische Konzept sah zudem im Vergleich zur sonst üblichen stationären Betreuung mehr Stunden an Klinischer Psychologie vor, die es ermöglichten, bei allen Kindern eine ausführliche klinisch-psychologische Untersuchung durchzuführen. Die dadurch gewonnenen Daten und Informationen fanden gemeinsam mit Ergebnissen aus psychologischen und medizinischen Vorbefunden sowie einem mit jedem Kind durchgeführten sozialpädagogischen Interview bezüglich relevanter Lebensthemen, Lebensziele und Haltungen zur stationären Unterbringung Eingang in den Behandlungsplan. Die vermehrten Zeitressourcen der Psychologie ermöglichten darüber hinaus die Durchführung von höherfrequenten und zeitlich ausgedehnteren Teambesprechungen gemeinsam mit den betreuenden SozialpädagogInnen, die inhaltlich darauf ausgerichtet waren, indikationsgeleitet und am Behandlungsplan orientiert für jedes

Behandlungsmanualen sowie Inhalte aus entwicklungspsychologischen, trauma- und bindungstheoretischen Konzepten kamen dabei zum Einsatz. Hierbei handelte es sich um individuell kombinierte Angebote, die sich neben dem konkreten Beratungsanlass indikationsgeleitet an der klinischen Diagnose, den Ressourcen sowie dem Entwicklungsalter des Kindes orientierten. Ähnliche Angebote standen im Rahmen der psychologischen Elternarbeit im Hinblick auf die Gestaltung der Besuchskontakte und zur Vorbereitung von Familienzusammenführungen zur Verfügung. Bei der sozialpädagogischen Elternarbeit bestand die Möglichkeit begleiteter Elternbesuche in der Wohngemeinschaft und gemeinsamer Familienausflüge. Die Inhalte der regelmäßig stattfindenden sozialpädagogischen Einzelstunden, die es den Kindern in einem exklusiven Einzelsetting erlaubten auf der Beziehungsebene Vertrauen und Sicherheit zu erleben, wurden interdisziplinär anhand des Behandlungsplanes erarbeitet und vorbe-

Methoden

Das Projekt wurde von der Stabstelle für Forschung und Entwicklung des Amtes für Jugend und Familie der Stadt Wien im Hinblick auf beobachtbare Effekte der milieutherapeutischen Maßnahmen evaluiert (Brousek, 2014).

Studiendesign

Die Evaluierung umfasste einen Zeitraum von eineinhalb Jahren, wobei die ersten Daten mit dem Projektstart erhoben wurden, weitere Daten sechs Monate später sowie zu Projektende und ein Follow-up-Messzeitpunkt, ein halbes Jahr danach, den Abschluss bildete.

Als Hauptmessinstrument zur Erfassung von Auswirkungen milieutherapeutischer Interventionen auf das Verhalten der Kinder und Jugendlichen diente die Child Behavior Checklist (CBCL/4–18, Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998), die von den SozialpädagogInnen zu vier Messzeitpunkten ausgefüllt wurde. Um zu evaluieren, ob etwaige in der Projektwohngruppe (Treatment) wahrgenommene Verhaltensänderungen

milieutheraeutische Gruppe Treatment		Messzeit- punkt	Vergleichsgruppe Treatment-as-usual	
Projektphase	CBCL 1 SP Interviews & Fragebögen	1	CBCL 1	Projektphase
	CBCL 2	2	CBCL 2	
	CBCL 3	3	CBCL 3	
Follow-up	SP Interviews & Fragebögen CBCL 4	4	CBCL 4	Follow-up

Tabelle 1: Studiendesign

nachweisbare Effekte darstellen, die ohne diese Maßnahmen ausbleiben oder anders ausfallen würden, wurden die CBCL/4–18-Daten einer Vergleichswohngruppe (Treatment-as-usual) herangezogen.

Weiters wurden bei den SozialpädagogInnen der milieutheraeutischen Wohngemeinschaft Informationen zu Selbstwirksamkeitserwartung, Verstehensmodelle bzw. Wissen bezüglich des Verhaltens von Kindern und Jugendlichen sowie Stressbelastung zu Projektstart und -ende erhoben, um die Arbeitsbedingungen in Norm- und Projektgruppe zu erfassen. Hierbei kamen Interviews und Fragebögen zum Einsatz. Aufgrund der sehr kleinen Stichprobe von nur 4 SozialpädagogInnen sind diese Auswertungen lediglich als Einzelfallanalysen verwendbar, sodass sie im vorliegenden Artikel unberücksichtigt bleiben.

Hinsichtlich des durch die SozialpädagogInnen wahrgenommen Verhaltens der Kinder und Jugendlichen wurden folgenden Fragestellungen formuliert:

Wirksamkeit milieutheraeutischer Interventionen (Messzeitpunkt 1 bis 3):

- Verändert sich das Verhalten der Kinder und Jugendlichen im Laufe ihres Aufenthaltes in der milieutheraeutischen Gruppe?
- Können Effekte im Vergleich zur Treatment-as-usual-Gruppe nachgewiesen werden?

Nachhaltigkeit milieutheraeutischer Interventionen (Messzeitpunkt 3 und 4):

- Verändert sich das Verhalten der Kinder und Jugendlichen sechs Monate nach der Projektphase in der milieutheraeutischen Gruppe?
- Können Effekte im Vergleich zur Treatment-as-usual-Gruppe nachgewiesen werden?

Beschreibung der Stichproben

Vergleichsgruppe – Treatment-as-usual-Gruppe

Die Standardbesetzung zur Betreuung von 8 Kindern und Jugendlichen in einer Wohngemeinschaft der stationären Jugendhilfe in Wien umfasst 4 Vollzeit-SozialpädagogInnen im Wechseldienst, wobei im Regelfall ein/e PädagogIn vor Ort ist. Zusätzlich unterstützt eine Wirtschaftshelferin die pädagogischen Fachkräfte

wochentags in Haushaltstätigkeiten. Außerdem steht ein/e abteilungsinterne Klinische- und GesundheitspsychologIn mit 4 Wochenstunden als FachexpertIn zur Verfügung. Zu den Angeboten zählen klinisch-psychologische Diagnostik von Kindern und Jugendlichen zu speziellen Fragestellungen, in Einzelfällen klinisch-psychologische Behandlung sowie Beratungen im Rahmen der SozialpädagogInnen-Teams mit der pädagogischen Leitung in achtwöchigen Intervallen.

Zum Messzeitpunkt 1 wohnten 4 Jungen zwischen 11 und 13 Jahren sowie 4 Mädchen zwischen 5 und 16 Jahren in der Wohngemeinschaft; 4 davon befanden sich in einer laufenden psychotherapeutischen Behandlung.

Projektgruppe – milieutheraeutische Wohngruppe

Die Standardbesetzung einer Wohngemeinschaft wurde ergänzt durch einen Sozialpädagogen mit 8 zusätzlichen Wochenstunden, um dem erhöhten Aufwand hinsichtlich milieutheraeutischer Interventionen, vor allem der sozialpädagogischen Einzelstunden, Rechnung zu tragen. Zur Intensivierung und Erweiterung des psychologischen Angebots gab es eine Aufstockung auf 12 Wochenstunden, die auf zwei Personen – einen Psychologen und eine Psychologin – aufgeteilt wurden.

Zum Messzeitpunkt 1 wohnten 4 Jungen zwischen 8 und 16 Jahren sowie 4 Mädchen zwischen 11 und 17 Jahren in der Wohngemeinschaft; 5 davon befanden sich in einer laufenden psychotherapeutischen Behandlung.

Neue Ansätze für die Therapie von dissoziativen Kindern und Jugendlichen



Sandra Wieland (Hrsg.)
**Dissoziation bei traumatisierten
Kindern und Jugendlichen**
Grundlagen, klinische Fälle und Strategien

Auch als
ebook

Mit einem Vorwort von Karl Heinz Brisch,
aus dem Englischen von Winja Lutz,
368 Seiten, gebunden mit 20 Abbildungen
€ 44,95 (D). ISBN 978-3-608-94826-4



Dr. Sandra Wieland ist klinische Psychologin und Spieltherapeutin, arbeitet am Zentrum für Beratung und Therapie in Victoria, Kanada, mit frühtraumatisierten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Sie hält weltweit Seminare zum Thema frühe Traumatisierung und Dissoziation. Sie ist ehemaliges Vorstandsmitglied der ISSTD (International Society for the Study of Trauma & Dissociation) und Vorsitzende des Kinder- und Jugendlichenkomitees der ISSTD.

»Dieses Buch – einmalig im deutschen Sprachraum – bietet interessierten Therapeuten einen sehr übersichtlichen, hochinformativen Überblick und ein grundlegendes Modell zur Arbeit mit diesen traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Das theoretische Wissen lässt sich sehr gut in der Praxis adaptieren.«

Tina Müller, Buchnotizen.de

»Dies ist ein im deutschen Sprachraum lang erwartetes Buch ... Sandra Wieland eröffnet das Buch mit einem gelungenen State-of-the-Art-Überblick zur Dissoziation im Kindesalter; es folgen die sieben Fallverläufe – das Herzstück des Buches –, sehr detaillierte und zum Teil sehr berührende Schilderungen, die eine Fülle von klinischen Anregungen bieten ... Das Buch ist uneingeschränkt lesenswert.«
Michael Neumann-Lenzen, Deutsches Ärzteblatt

»(Dieses Buch lässt uns) sehr unmittelbar erfahren, was die effektive Behandlung früh traumatisierter Kinder und Jugendlicher beinhaltet, und wie theoretische Kenntnisse in konkretes Handeln umgesetzt werden können ... uneingeschränkt zu empfehlen und Pflichtlektüre jedes Traumatherapeuten.«
Reinhild Draeger-Muenke, Trauma

»Das präsentierte Raster für die therapeutische Arbeit und die ausführlich dargestellten Fallberichte unterstreichen die Praxisrelevanz und vermitteln das Thema dem Leser nicht nur anschaulich, sondern machen das Buch gleichsam zu einem Nachschlagewerk für die Bearbeitung eigener Fälle.«
Thomas Buchholz, socialnet.de

Forschungskritisch anzumerken ist, dass aus ethischen und organisationalstechnischen Gründen die beiden Stichproben aufgrund fehlender Parallelisierung sowie Randomisierung nicht einer klassischen Experimentaltal- und Kontrollgruppenkonstellation entsprechen. Zudem ergab sich in der Vergleichswohngemeinschaft im Rahmen des Evaluierungsdesigns durch die Vorgabe und Auswertung der CBCLs für alle Kinder und Jugendlichen zu vier Messzeitpunkten sowohl im Fachgebiet der Sozialpädagogik als auch der Psychologie ein die Standardbetreuung übersteigendes Maß an handlungsleitenden Informationen.

Interventionen

Die Standardbetreuung der Kinder und Jugendlichen in der milieuthérapeutischen Wohngemeinschaft wurde ergänzt durch drei Maßnahmencluster, die im milieuthérapeutischen Konzept im Detail beschrieben wurden.

- Die erhöhte Präsenz der Psychologie ermöglichte sowohl quantitativ als auch qualitativ zusätzliche Angebote zur Unterstützung der sozialpädagogischen Arbeit zur ganzheitlichen Förderungsoptimierung der Kinder und Jugendlichen.
- Ein interdisziplinär zu erstellender individueller Behandlungsplan fungierte als gemeinsamer, zielorientierter sowie verbindlicher Handlungsleitfaden in der Betreuung der Kinder und Jugendlichen.
- Die regelmäßigen, inhaltlich mittels Behandlungsplan gut vorbereiteten sozialpädagogischen Einzelstunden mit jedem Kind/Jugendlichen dienten der Stärkung

ressourcen- und resilienzorientierter Aspekte in einem bindungs- bzw. beziehungsbetonten Setting.

Messinstrument

Zur Quantifizierung und Objektivierung der Ausprägung etwaiger Verhaltensauffälligkeiten bei den Kindern bzw. deren Veränderung wurde zu 4 Messzeitpunkten die Child Behavior Checklist vorgegeben und vom Bezugspädagogen des jeweiligen Kindes bearbeitet. Der standardisierte klinische Fragebogen erfasst das Urteil von Bezugspersonen über Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Auffälligkeiten sowie körperliche Beschwerden von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 18 Jahren. Hierbei werden neben 3 Kompetenzskalen (Aktivität, soziale Kompetenz und Schule) 8 beurteilungsübergreifende Syndrome (Sozialer Rückzug, Körperliche Beschwerden, Angst/Depressivität, Soziale Probleme, Schizoid/Zwanghaft, Aufmerksamkeitsstörung, Dissoziales Verhalten, Aggressives Verhalten) erfasst und zu den Werten einer umfangreichen repräsentativen und alters- und geschlechtsspezifischen Stichprobe in Relation gesetzt. Aus den Syndromskalen werden übergeordnete Skalen zu internalisierendem und externalisierendem Verhalten sowie ein Gesamtwert für Problemverhalten gebildet. Auf Grund der standardisierten Instruktion und Normierung gilt das Verfahren als objektiv in Bezug auf Durchführung, Auswertung und Interpretation. Auch die übrigen Testkennwerte gelten als erfüllt, sodass es sich um ein in Forschung und klinischer Praxis international sehr häufig eingesetztes Verfahren handelt. In den einzelnen Syndromska-

len werden T-Werte ab 70 als klinisch auffällig gewertet; der Bereich von 67–70 T-Werten ist als Grenzbereich definiert. Bei den 3 übergeordneten Skalen sind T-Werte von 60–63 als Grenzbereich definiert; T-Werte ab 63 gelten als klinisch auffällig.

Statistische Methoden

Für die 3 Messzeitpunkte der Projektphase und den Follow-up-Messzeitpunkt wurde mittels einfaktorieller Varianzanalyse mit Messwiederholung und t-Test überprüft, ob sich die Mittelwerte, sowohl zu den verschiedenen Messzeitpunkten als auch zwischen milieuthérapeutischer und Vergleichsgruppe, statistisch signifikant voneinander unterscheiden oder nicht. Es wurden hierbei sowohl die Subskalen als auch die übergeordneten Skalen der CBCL berücksichtigt. Das Signifikanzniveau wurde apriori auf $p=0.05$ festgelegt. Alle statistischen Analysen wurden mit IBM SPSS Statistics Version 21 durchgeführt.

Ergebnisse der CBCL-Auswertungen

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse zu den verschiedenen Messzeitpunkten erläutert; anschließend erfolgt eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse der übergeordneten Skalen. Aus Platzgründen sind die Ergebnisse der einzelnen Syndromskalen nur dann im Detail angegeben, wenn diese weder der übergeordneten Skala »Internalisierende Probleme« noch der Skala »Externalisierende Probleme« zugeordnet sind.

Die Skalenmittelwerte zu den 4 Messzeitpunkten

Messzeitpunkt 1: Projektstart

Im Gegensatz zur Vergleichsgruppe, die zum Projektstart keine klinisch relevanten Auffälligkeiten aufweist, startet die milieutherapeutische Gruppe auf insgesamt deutlich höherem Niveau bzw. mit auffälligeren Skalenmittelwerten. Die Skalen »Aufmerksamkeitsprobleme« und »Soziale Probleme« liegen in der milieutherapeutischen Gruppe im klinischen Grenzbereich; insbesondere sind alle drei übergeordneten Skalen klinisch auffällig. Statistisch signifikant (t-Test für unabhängige Stichproben) sind die höheren Skalenwerte für die Skalen »Aufmerksamkeitsprobleme« ($p=0.034$) und »Gesamtauffälligkeit« ($p=0.031$).

Messzeitpunkt 2:

6 Monate nach Projektstart

Auch in der Projektmitte existieren in der Vergleichsgruppe keine klinisch relevanten Auffälligkeiten. In der milieutherapeutischen Gruppe kommt es in einigen Skalen zu einer Zunahme der Verhaltensauffälligkeiten. Die Werte der Skalen »Aufmerksamkeitsprobleme«, »Aggressives Verhalten« und »Internalisierende Auffälligkeit« liegen im klinischen Grenzbereich. Die Skalen »Soziale Probleme«, »Dissoziales Verhalten«, »Externalisierende Auffälligkeiten« und »Gesamtauffälligkeit« sind klinisch auffällig. Im Vergleich der beiden Gruppen (t-Test für unabhängige Stichproben) sind die höheren Skalenwerte der milieutherapeutischen Gruppe für die Skalen »Ängstlich-depressiv« ($p=0.030$), »Aufmerksamkeitspro-

bleme« ($p=0.038$), »Dissoziales Verhalten« ($p=0.008$), »Internalisierende Auffälligkeit« ($p=0.026$), »Externalisierende Auffälligkeit« ($p=0.027$) sowie die »Gesamtauffälligkeit« ($p=0.23$) statistisch signifikant.

Messzeitpunkt 3:

12 Monate nach Projektstart

Am Projektende liegen die Skalenwerte der Vergleichsgruppe nach wie vor im klinisch unauffälligen Bereich. Erstmals liegen nun auch bei der milieutherapeutischen Gruppe die Werte aller Syndromskalen im klinisch unauffälligen Bereich. Die

Gruppe nicht mehr als klinisch auffällig zu bezeichnen.

Messzeitpunkt 4:

6 Monate nach Projektende

6 Monate nach Beendigung der milieutherapeutischen Maßnahmen existieren in der Vergleichsgruppe abermals keine klinisch auffälligen Werte. In der milieutherapeutischen Gruppe sind zwei übergeordnete Skalen klinisch auffällig (»Externalisierende Auffälligkeit« und »Gesamtauffälligkeit«) und drei Skalen befinden sich im klinischen Grenzbereich (»Soziale Probleme«, »Dissoziales Verhalten« und »Ag-

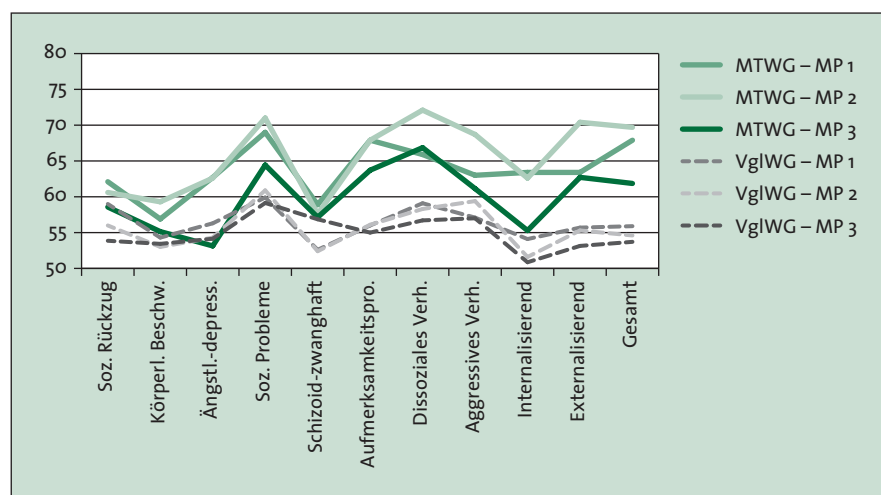


Abbildung 1: Die Mittelwerte der beiden Gruppen zu den 3 Messzeitpunkten während der Projektphase (Brousek, 2013)

übergeordneten Skalen »Internalisierende Auffälligkeit« und »Gesamtauffälligkeit« befinden sich im klinischen Grenzbereich. Im Vergleich von milieutherapeutischer Gruppe mit Vergleichsgruppe (t-Test für unabhängige Stichproben) ist der höhere Skalenwert für die Skala »Dissoziales Verhalten« ($p=0.015$) noch signifikant; dieser ist nun aber auch in der milieutherapeutischen

gressives Verhalten«). Statistisch signifikant (t-Test für unabhängige Stichproben) ist der höhere Skalenwert in der milieutherapeutischen Gruppe relativ zur Vergleichsgruppe für die Skala »Soziale Probleme« ($p=0.040$), »Aufmerksamkeitsprobleme« ($p=0.031$) und »Dissoziales Verhalten« ($p=0.047$).

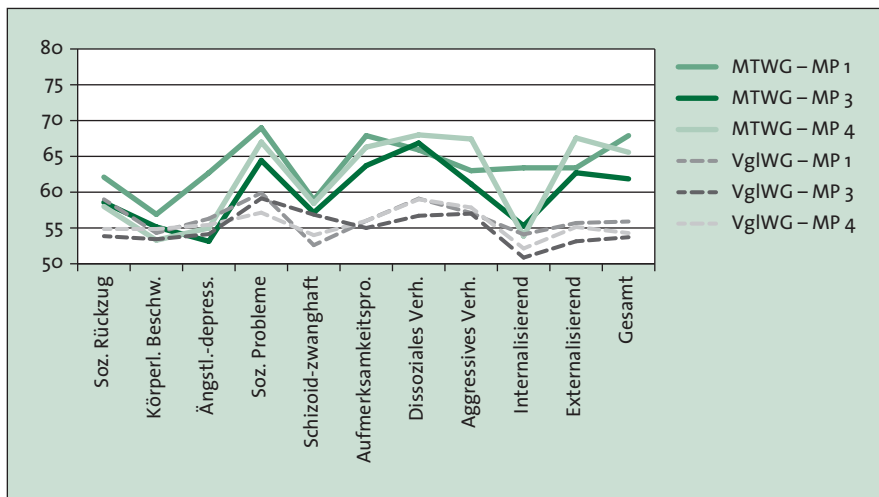


Abbildung 2: Die Mittelwerte der beiden Gruppen zum Projektstart, Projektende und 6 Monate nach Beendigung der milieutherapeutischen Maßnahmen (Brousek, 2014)

Internalisierende Auffälligkeiten

Die übergeordnete Skala »Internalisierende Auffälligkeiten« liegt zum Messzeitpunkt 1 in der milieutherapeutischen Gruppe im klinisch auffälligen Bereich, verschiebt sich zum Messzeitpunkt 2 in den klinischen Grenzbereich und zum Messzeitpunkt 3 und 4 schließlich in den klinisch unauffälligen Bereich.

Während der Projektphase lässt sich über die drei Messzeitpunkte mittels einfacher Varianzanalyse zei-

gen, dass die Ausprägungen der übergeordneten Skala »Internalisierende Auffälligkeit« in beiden Gruppen über die drei Messzeitpunkte signifikant abnehmen ($p=0.01$). Insgesamt bestehen über die drei Messzeitpunkte zwischen der milieutherapeutischen Gruppe und der Vergleichsgruppe knapp ($p=0.056$) keine signifikanten Unterschiede.

Der Kurvenverlauf in der milieutherapeutischen Gruppe (Abb. 3) zeigt eine kontinuierliche Abnahme der internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten, die auch nach dem Projektende noch anhält. Der bivariate Mittelwertvergleich zeigt, dass die Reduktion der Verhaltensauffälligkeiten von Messzeitpunkt 2 zu Messzeitpunkt 3 ($p=0.025$) in der milieutherapeutischen Gruppe signifikant ist. Ebenso ist die Reduktion insgesamt von Messzeitpunkt 1 zu Messzeitpunkt 3 signifikant ($p=0.029$).

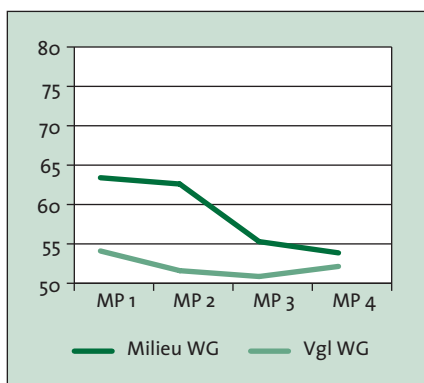


Abbildung 3: Die übergeordnete Skala »Internalisierende Auffälligkeit« zu den vier Messzeitpunkten (Brousek, 2014)

Externalisierende Auffälligkeiten

Die übergeordnete Skala »Externalisierende Auffälligkeiten« liegt zum Messzeitpunkt 1 in der milieuthera-

peutischen Gruppe knapp im klinisch auffälligen Bereich. Zum Messzeitpunkt 2 kommt es zu einer deutlichen Zunahme der Verhaltensauffälligkeiten weit in den klinisch relevanten Bereich hinein. Zum Messzeitpunkt 3 ist eine markante Reduktion der externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten in den klinischen Grenzbereich zu beobachten. Zum Messzeitpunkt 4 – ein halbes Jahr nach Beendigung der milieutherapeutischen Maßnahmen – ist wieder ein Anstieg in den klinisch auffälligen Bereich zu beobachten.

In der Projektphase zeigt sich über die drei Messzeitpunkte mittels einfacher Varianzanalyse kein signifikanter Effekt der Zeit hinsichtlich der übergeordneten Skala »Externalisierende Auffälligkeiten«. Die Schwankungen in beiden Gruppen erfolgen ohne signifikante Wechselwirkung. Zwischen der milieutherapeutischen Gruppe und der Vergleichsgruppe bestehen insgesamt keine signifikanten Unterschiede.

Ein halbes Jahr nach der Projektphase, zum Messzeitpunkt 4, zeigt sich im bivariaten Mittelwertvergleich, dass weder die Zunahme von Messzeitpunkt 3 zu Messzeitpunkt 4 noch die Abnahme der Werte vom Messzeitpunkt 1 zum Messzeitpunkt 4 in der milieutherapeutischen Gruppe ein signifikantes Niveau erreicht. Der Unterschied zwischen milieutherapeutischer Gruppe und Vergleichsgruppe ist weder zum Messzeitpunkt 3 noch zum Messzeitpunkt 4 signifikant.

Der Kurvenverlauf in der milieutherapeutischen Gruppe (Abb. 4) zeigt ein Oszillieren der Skalenwerte: Während der Messzeitpunkt

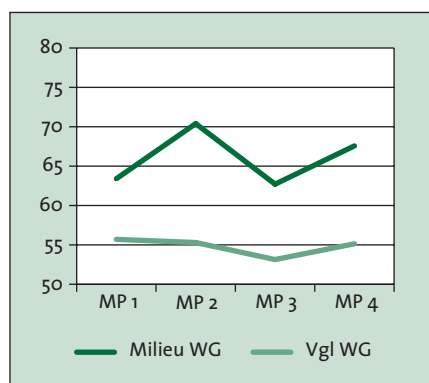


Abbildung 4: Die übergeordnete Skala »Externalisierende Auffälligkeit« zu den vier Messzeitpunkten (Brousek, 2014)

3 (nicht signifikant) unter dem Ausgangswert (Messzeitpunkt 1) liegt, ist der Wert zum Messzeitpunkt 4, ein halbes Jahr nach Projektende, (nicht signifikant) höher ausgeprägt als der Ausgangswert zu Messzeitpunkt 1.

Gemischte Auffälligkeiten

Die Skala »Soziale Probleme«

Die Skala »Soziale Probleme« liegt in der milieutherapeutischen Gruppe zum Messzeitpunkt 1 im klinischen Grenzbereich, verschlechtert sich zum Messzeitpunkt 2 in den klinisch auffälligen Bereich und verbessert sich zum Messzeitpunkt 3 in den klinisch unauffälligen Bereich. Ein halbes Jahr nach dem Projektende liegt sie wieder im klinischen Grenzbereich.

In der Projektphase ist mittels einfacher Varianzanalyse kein signifikanter Effekt der Zeit hinsichtlich der Skala »Soziale Probleme« nachweisbar. Die Schwankungen in beiden Gruppen erfolgen ohne signifikante Wechselwirkung. Auch bestehen insgesamt zwischen der milieutherapeutischen Gruppe und

der Vergleichsgruppe keine signifikanten Unterschiede. Aus dem bivariaten Mittelwertvergleich ergibt sich, dass die Verbesserung von Messzeitpunkt 2 zu Messzeitpunkt 3 ($p=0.05$) in der milieutherapeutischen Gruppe signifikant ist.

Ein halbes Jahr nach der Projektphase, zu Messzeitpunkt 4, lassen sich durch bivariaten Mittelwertvergleich in der milieutherapeutischen Gruppe weder bezüglich der Verschlechterung von Messzeitpunkt 3 zu Messzeitpunkt 4 noch bezüglich der Verbesserung von Messzeitpunkt 1 zu Messzeitpunkt 4 Signifikanzen nachweisen. Der höhere Mittelwert in der milieutherapeutischen Gruppe zum Messzeitpunkt 4 ist signifikant ($p=0.04$) höher als in der Vergleichsgruppe (Differenz beträgt 9.9 T-Wert Punkte).

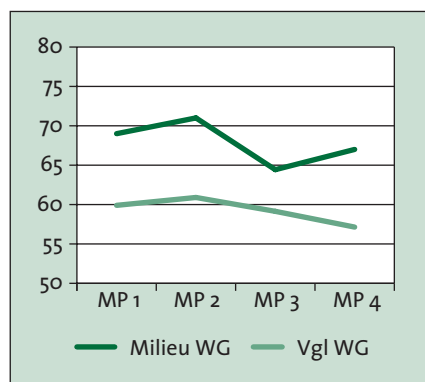


Abbildung 5: Die Skala »Soziale Probleme« zu den drei Messzeitpunkten in der Projektphase und ein halbes Jahr nach Projektende (Brousek, 2014)

Der Kurvenverlauf in der milieutherapeutischen Gruppe (Abb. 5) stellt sich nahezu treppenförmig dar; sowohl zu Messzeitpunkt 3 als auch zu Messzeitpunkt 4 liegen die Werte bezüglich der Verhaltensauffälligkeiten unter dem Ausgangswert.

Die Skala »Schizoid-Zwanghaft«

Die Skala »Schizoid-zwanghaft« liegt in beiden Gruppen zu allen Messzeitpunkten im klinisch unauffälligen Bereich; es wurden in den statistischen Analysen weder signifikante Unterschiede über die 4 Messzeitpunkte des Untersuchungszeitraumes noch zwischen milieutherapeutischer Gruppe und Vergleichsgruppe gefunden (Abb. 6).

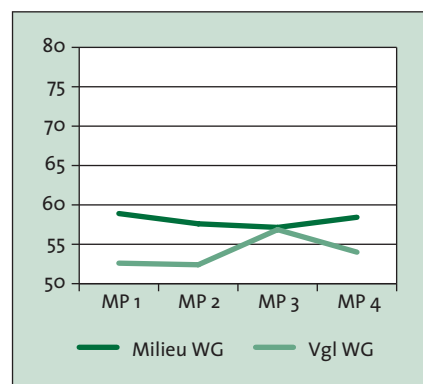


Abbildung 6: Die Skala »Schizoid-zwanghaft« zu den drei Messzeitpunkten in der Projektphase und ein halbes Jahr nach Projektende (Brousek, 2014)

Die Skala »Aufmerksamkeitsprobleme«

Die Skala »Aufmerksamkeitsprobleme« liegt in der milieutherapeutischen Gruppe zu Messzeitpunkt 1 und Messzeitpunkt 2 im klinischen Grenzbereich. Zum Messzeitpunkt 3 sinken die Werte in den klinisch unauffälligen Bereich ab, in dem sie auch zu Messzeitpunkt 4 bleiben.

In der Projektphase zeigt sich über die drei Messzeitpunkte mittels einfacher Varianzanalyse kein signifikanter Effekt der Zeit hinsichtlich der Skala »Aufmerksamkeitsprobleme«. Die Schwankungen in beiden Gruppen erfolgen ohne signifi-

kante Wechselwirkung. Zwischen der milieutherapeutischen Gruppe und der Vergleichsgruppe bestehen allerdings signifikante Unterschiede, zumal sich die milieutherapeutische Gruppe zu allen Untersuchungszeitpunkten auf einem signifikant höheren und damit klinisch auffälligeren Niveau als die Vergleichsgruppe ($p=0.04$) bewegt.

Der bivariate Mittelwertvergleich zeigt, dass die Symptomreduktion vom Messzeitpunkt 1 zum Messzeitpunkt 3 ($p=0.042$) in der milieutherapeutischen Gruppe ein signifikantes Niveau erreicht.

Ein halbes Jahr nach der Projektphase, zum Messzeitpunkt 4, bilden sich im bivariaten Mittelwertvergleich weder hinsichtlich der Symptomzunahme von Messzeitpunkt 3 zu 4 noch der Symptomreduktion vom Messzeitpunkt 1 zu Messzeitpunkt 4 in der milieutherapeutischen Gruppe Signifikanzen ab. Der Unterschied zwischen milieutherapeutischer und Vergleichsgruppe ist sowohl zum Messzeitpunkt 3 ($p=0.015$) als auch zum Messzeitpunkt 4 signifikant ($p=0.047$).

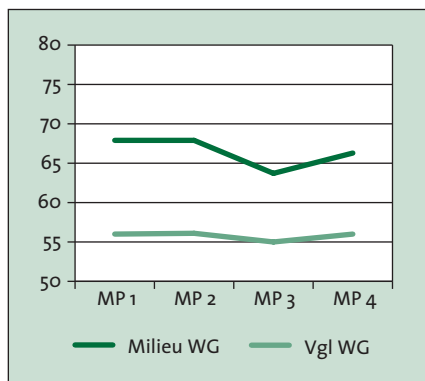


Abbildung 7: Die Skala »Aufmerksamkeitsprobleme« zu den drei Messzeitpunkten in der Projektphase und ein halbes Jahr nach Projektende (Brousek, 2014)

Im Kurvenverlauf (Abb. 7) zeigt sich zum Messzeitpunkt 3 eine (nicht signifikante) Reduktion der Aufmerksamkeitsprobleme; 6 Monate nach Beendigung der Maßnahmen steigt der Wert wieder an, erreicht aber nicht mehr das Ausgangsniveau.

Gesamtauffälligkeit

Die übergeordnete Skala »Gesamtauffälligkeit« liegt zum Messzeitpunkt 1 in der milieutherapeutischen Gruppe im klinisch auffälligen Bereich. Zum Messzeitpunkt 2 kommt es zu einer Zunahme der Auffälligkeit. Zum Messzeitpunkt 3 reduziert sich der Wert in den klinischen Grenzbereich; zum Messzeitpunkt 4, ein halbes Jahr nach Einstellung der milieutherapeutischen Maßnahmen, erfolgt wieder ein Anstieg in den klinisch auffälligen Bereich.

In der Projektphase zeigt sich über die drei Messzeitpunkte mittels einfacher Varianzanalyse in beiden Gruppen eine signifikante ($p=0.027$) Abnahme der Ausprägungen in der übergeordneten Skala »Gesamtauffälligkeit«. Insgesamt bestehen über die drei Messzeitpunkte zwischen der milieutherapeutischen Gruppe und der Vergleichsgruppe signifikante Unterschiede ($p=0.033$), wobei sich die milieutherapeutische WG insgesamt auf signifikant höheren Skalenwerten bewegt. Der bivariate Mittelwertvergleich zeigt, dass die Verbesserung in der milieutherapeutischen Gruppe insgesamt von Messzeitpunkt 1 zu Messzeitpunkt 3 signifikant ($p=0.030$) ist.

Ein halbes Jahr nach der Projektphase, zum Messzeitpunkt 4, lassen sich durch bivariaten Mittelwertvergleich in der milieutherapeutischen Gruppe weder Signifikanzen bezüglich der Verschlechterung von Messzeitpunkt 3 zu Messzeitpunkt 4 noch

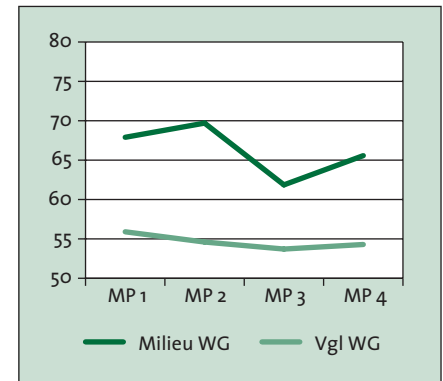


Abbildung 8: Die übergeordnete Skala »Gesamtauffälligkeit« zu den vier Messzeitpunkten (Brousek, 2014)

hinsichtlich der Verbesserung von Messzeitpunkt 1 zu Messzeitpunkt 4 nachweisen.

Der Kurvenverlauf (Abb. 8) der Werte aus der milieutherapeutischen Gruppe lässt über die Messzeitpunkte einen oszillierenden Verlauf erkennen. Sowohl zum Messzeitpunkt 3 als auch zum Messzeitpunkt 4 weisen die Werte niedrigere Ausprägungen auf als der Ausgangswert zum Messzeitpunkt 1; insbesondere liegt der Wert zum Projektende (Messzeitpunkt 3) signifikant unter jenem vom Projektstart (Messzeitpunkt 1).

Diskussion

Ziel der Studie war es, zu überprüfen, ob eine strategisch geplante Berücksichtigung klinischer relevanter Krankheitsdynamiken sowie bindungs- und traumatheoretischer Erkenntnisse im pädagogischen Alltag zusätzlich zu anderen Maßnahmen wie Psychotherapie einen nachweisbaren Effekt auf die Verhaltensebene der Kinder hat.

Hierbei zeigte sich, dass während der Projektphase in der milieutherapeutischen Gruppe nach einer vorübergehenden Zunahme schließlich eine erhebliche Reduktion der Verhaltensauffälligkeiten eintrat, sodass von ursprünglich 2 Syndromskalen im Grenzbereich zur klinischen Auffälligkeit und allen 3 übergeordneten Skalen im klinisch auffälligen Bereich schließlich nach einem Jahr milieutherapeutischer Maßnahmen keine der Syndromskalen mehr im

Die im Zeitraum der Projektphase erzielten Effekte sind vergleichbar mit jenen von ähnlichen Untersuchungen aus dem Bereich der stationären Jugendhilfe (Lang, Wiesinger und Schmid, 2009; Schmid et al., 2009).

Genauso wie bei anderen derartigen Untersuchungen ist auch bei der vorliegenden Studie die Aussagekraft der Ergebnisse aus methodischen Gründen limitiert: Kleine Fallzahlen, die Heterogenität der

Milieutherapeutische Maßnahmen sind nicht als einmalige, punktuelle Behandlung, sondern als kontinuierliche Behandlungsstrategie zu verstehen.

klinisch relevanten Bereich lag, wobei von den übergeordneten Skalen keine mehr im klinisch auffälligen, sondern nur noch 2 im Grenzbereich und eine im unauffälligen Bereich lagen. Im Vergleich zur Treatment-as-usual-Gruppe, wo ebenfalls eine Abnahme an Verhaltensauffälligkeiten zu beobachten war, waren die Effekte in der milieutherapeutischen Gruppe wesentlich deutlicher ausgeprägt und erreichten trotz der geringen Stichprobengröße oftmals statistisch signifikantes Niveau.

Ein halbes Jahr nach Beendigung der milieutherapeutischen Maßnahmen blieben insgesamt 5 Skalen unverändert im klinisch unauffälligen Bereich; bei 4 Skalen konnte der Effekt der Projektphase nicht gehalten werden; hier kam es nach dem Wegfall der Maßnahmen wieder zu einer Zunahme der Verhaltensauffälligkeiten.

Stichprobe, die fehlende Parallelisierung und Randomisierung der Vergleichsgruppe, die Unmöglichkeit, alle Aspekte der Interventionen zu manualisieren, sowie Effekte von äußeren Einflüssen und Störvariablen schränken die Aussagekraft der Ergebnisse ein. Zudem ist anzumerken, dass mit der CBCL »das Urteil von Bezugspersonen über Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen« (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998, S. 3) erfasst wird. In welchem Ausmaß aber beeinflussen Maßnahmen, wie sie im Rahmen des Projektes gesetzt wurden, direkt das Urteil der Erwachsenen, z.B. weil sich durch die intensive Arbeit der Blickwinkel auf das kindliche Verhalten verändert und nicht in erster Linie das Verhalten der Kinder selbst? Hierbei handelt es sich letztlich um eine Limitierung,

www.klett-cotta.de/fachbuch



Karl Heinz Brisch (Hrsg.)
Bindung und Migration

288 Seiten, gebunden mit Schutzumschlag
€ 39,95 (D). ISBN 978-3-608-94939-1

Psychische Erkrankungen bei Migration

Menschen mit Migrationshintergrund gleich welchen Alters haben ein erhöhtes Risiko für Abhängigkeitserkrankungen, posttraumatische Belastungsstörungen, psychosomatische Leiden und andere psychische Störungen. Die Autorinnen und Autoren des Bandes erklären,

- welche Rolle die Bindungspersonen spielen,
- welche Faktoren schützen und
- wie neue Beziehungen aufgebaut werden.

Fachbuch
Klett-Cotta

Blättern Sie im Buch und bestellen Sie im Webshop: www.klett-cotta.de
Wir liefern **portofrei** nach D, A, CH

die alle Studien betrifft, welche Fremdbeurteilungsskalen zur Beurteilung der Effekte heranziehen.

Zusammenfassung und Ausblick

Auf Basis der vorliegenden Untersuchung konnte gezeigt werden, dass geplante und gezielt die klinischen Krankheitsdynamiken sowie bindungs- und traumatheoretische Erkenntnisse berücksichtigende Maßnahmen im pädagogischen Alltag der stationären Jugendhilfe von deutlichen Veränderungen auf der Verhaltensebene der Kinder begleitet werden und symptomreduzierend wirksam sind.

Obwohl einige der erzielten Effekte auch noch 6 Monate nach Abschluss der Projektphase anhielten, liegt der Schluss nahe, dass milieu-therapeutische Maßnahmen nicht als einmalige Behandlung, sondern als kontinuierliche Behandlungsstrategie für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu verstehen sind, um entsprechend nachhaltig wirksam sein zu können. Weitere Untersuchungen mit größeren Stichproben sowie unterschiedlich langer Projektdauer könnten hier noch mehr Klarheit erbringen.

Effects of a Milieu-Therapeutic Treatment Strategy on Behavior Problems of Children and Adolescents in Residential Group Homes

Summary

The article discusses a milieu-therapeutic project in the framework of the residential youth welfare system. After conducting a comprehensive, multiaxial psychological diagnostic procedure, all actions and strategies were developed and agreed on by the professionals involved in the form of a treatment plan paying special attention to clinically relevant pathologies and attachment-theoretic and trauma-theoretic considerations. The evaluation was carried out over a period of 18 months; at 4 points in time changes in the behavior of the children were tested for, using the Child Behavior Checklist (CBCL). The milieu-therapeutic measures were carried out for a year. Comparing the milieu-therapy group with a treatment-as-usual group, we noted a slight and temporary initial increase in behavioral problems followed by a significant decrease in the course of the year. In the comparison group we observed significantly fewer changes. In a follow-up examination 6 months after the end of the project, externalizing behavior problems in the milieu-therapeutic group again increased, as did the total score, but without reverting to the high output level at the start of the project. By contrast, the internalizing behavior problems, which had already been significantly reduced during the project phase, continued to decrease in the first 6 months after the end of the project.

Keywords

milieu therapy, evaluation, clinical psychology, traumatized children, residential group homes

Zur Person



Mag. Reinhard Gstättnner ist Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, zertifizierter Kinder-, Jugend- und Familienpsychologe sowie zertifizierter Arbeitspsychologe. Arbeitsschwerpunkte: Diagnostik, Beratung und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sowie Supervision von professionellen Helfern. Tätigkeit im Psychologischen Dienst der MA 11, Wien und in freier Praxis.

Kontaktadresse

Mag. Reinhard Gstättnner,
Magistrat der Stadt Wien, MA11
Dezernat 4 – Psychologischer Dienst
Rüdengasse 11
1030 Wien, Österreich.
reinhard.gstaettner@wien.gv.at

Zur Person



Mag. Gabriele Kohl ist als Klinische- und Gesundheitspsychologin seit 20 Jahren im Psychologischen Dienst des Amtes für Jugend und Familie (MA11) Wien tätig. Arbeitsschwerpunkte: Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie, Psychotraumatologie, Hypnotherapie, Supervision, Coaching.

Literatur

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4–18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung (2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von M. Döpfner, J. Plück, S. Bölte, K. Lenz, P. Melchers & K. Heim). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.
- Brisch, K. H. (2004). Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf die Neuorbiologie und die Entstehung von Bindungsstörungen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2(1), 29–44.
- Brousek, E. (2013). Evaluation der milieutherapeutischen WG. Auswertung der CBCL/4–18 in der Milieutherapeutischen WG und in einer Vergleichsgruppe zu drei Messzeitpunkten. Unveröffentlichter Bericht des Amtes für Jugend und Familie der Stadt Wien, Forschung & Entwicklung.
- Brousek, E. (2014). Evaluation der milieutherautischen WG. Auswertung der CBCL/4–18 in der Milieutherautischen WG und in einer Vergleichsgruppe ein halbes Jahr nach Projektende. Follow-up Untersuchung. Unveröffentlichter Bericht des Amtes für Jugend und Familie der Stadt Wien, Forschung & Entwicklung.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Ford, J. D., Green, B. L., Alexander, P., Briere, J., Herman, J. L., Lanius, R., Stolbach, B. C., Spinazzola, J., Van der Kolk, B. A. & Van der Hart, O. (2012). The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults. Online Publikation verfügbar unter: http://www.istss.org/AM/Template.cfm?Section=ISTSS_Complex_PTSD_Treatment_Guidelines&Template=%2FCM%2FContentDisplay.cfm&ContentID=5185 [Zugriff: 10. 03. 2015]
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2001). Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10: DCR-10. Bern: Huber.
- Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., Berea, R. C., Wulff, H. & Ratzka, S. (2002). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? Zum Stand der Forschung. *Der Nervenarzt*, 73(9), 820–828.
- Gahleitner, S. B. (2012). Traumapädagogik und Psychosoziale Traumaarbeit. *Trauma & Gewalt*, 6(3), 206–217.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Gstättner, R. (2012). Behandlungsplanung in der Milieuthherapie. *Psychologie in Österreich*, 32(2), 188–198.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E. & Glaesmer, H. (2011). Maltreatment in childhood and adolescence – results from a survey of a representative sample of the German population. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(17), 287–294.
- Heim, E. (1978). Milieu-Therapie. Erlernen sozialer Verhaltensmuster in der psychiatrischen Klinik. Bern: Huber.
- Jaritz, C., Wiesinger, D. & Schmid, M. (2008). Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung. *Trauma & Gewalt*, 2(4), 266–277.
- Kolk, Bessel A. van der (2009). Entwicklungs-trauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58(8), 572–586.
- Lang, B., Wiesinger, D. & Schmid, M. (2009). Das traumapädagogische Konzept der Wohngruppe »Greccio« in der Umsetzung. *Die milieutherapeutische Praxis. Trauma & Gewalt*, 3(2), 106–116.
- Rosner, R. & Hagl, M. (2008). Posttraumatische Belastungsstörung. *Kindheit und Entwicklung*, 17(4), 205–209.
- Sack, M., Sachsse, U. & Schellong, J. (2013). Komplexe Traumafolgestörungen – Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer.
- Schmid, M., Wiesinger, D., Keller, F. & Fegert, J. M. (2009). Individuumsbezogene Evaluation eines traumapädagogischen Konzeptes in einer stationären Wohngruppe. *Zeitreihenanalysen von kontinuierlichen Befindlichkeitsmessungen. Trauma & Gewalt*, 3(2), 118–135.
- Schmid, M., Fegert, J. M. & Petermann, F. (2010). Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. *Kindheit und Entwicklung*, 19(1), 47–63.
- Steinhausen, H. C. (2010). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. München: Elsevier.
- Vogel, M., Spitzer, C., Möller, B., Kuwert, P., Freyberger, H. J. & Grabe, H. J. (2009). Dissoziation und schizophrene Störungen. Zu den Folgen von Vernachlässigung und Traumatisierung in der Kindheit. *Trauma & Gewalt*, 3(2), 148–155.
- Ziegenhain, U. (2009). Frühe Bindungserfahrungen und Trauma. *Trauma & Gewalt*, 3(2), 136–145.