

Adoleszenzenpsychotherapie und klinische Sozialpädagogik bei schweren Dissozialisationsstörungen männlicher Jugendlicher – das SOMOSA-Konzept

Bilke-Hentsch, O., Campanello, C., Neining, M., de Lange, B., Studer, P., Nielsen, M.

Einleitung

Schwere Störungen der Sozialisation in Komorbidität mit entwicklungspsychiatrischen Erkrankungen stellen eine grosse Herausforderung in Praxis und Klinik dar. Sie machen je nach Studie 20 bis 40 Prozent vor allem der stationären Inanspruchnahme-Population aus und sind stark knabenwendig. Insbesondere die vor dem 10. Lebensjahr beginnenden, im Vorfeld schwer zu behandelnden, durch multiple psychosoziale Risikofaktoren gekennzeichneten und an Persönlichkeitsstörungen erinnernde Verläufe sind therapeutisch schwer zugänglich und auch in einem ausgebauten entwicklungspsychiatrischen Versorgungssystem problematisch.

Wenn diese Patienten dann das Jugendalter erreichen, potentielle Straftaten, Drogenkonsum und eine Verfestigung dissozialer Verhaltensweisen hinzutreten, die unterstützende Rolle der Familie geringer wird und ein Schulversagen stattfindet, droht die soziale Isolation und Chronifizierung.

Um eine optimale Versorgung dieser seelisch stark auffälligen Jugendlichen zu gewährleisten, müssen die entwicklungspsychologischen Aufgaben und die Besonderheiten bei seelischen Störungen Berücksichtigung finden (Stadler, 2012). In dieser Altersphase ist scheinbar die Verselbständigung und Loslösung vom Elternhaus abgeschlossen, pubertäre Konflikte sind behoben und der Blick geht auf berufliche Integration, schulische und universitäre Ausbildung und das Finden erster eigener romantischer Liebesbeziehungen.

Gerade bei Patienten mit chronischen seelischen Erkrankungen aus dem Bereich der Psychosen, des Drogenkonsums, aber deutlich bei Patienten mit Angststörungen und Depressionen sowie Impulsivitätsstörung sind diese typischen Entwicklungsaufgaben verzögert.

Wir finden gehäuft Jugendliche im Alter zwischen 15 und 18, die im Elternhaus – soweit dieses noch vorhanden ist – typische frühpubertäre Auseinandersetzungen haben, deren Drogenkonsum immer noch in der Phase des wechselhaften Ausprobierens oder sogar im Übergang in die Abhängigkeit steht und die vor allem im Bereich der schulischen und beruflichen Orientierung noch nicht Tritt gefasst haben.

Insbesondere ein frühzeitig beginnender Cannabiskonsum, der sich bei psychisch auffälligen Jugendlichen teilweise bereits ab dem 12. und 13. Lebensjahr einspielt, gehört in der späteren Jugend so selbstverständlich zu den Konfliktlösungsstrategien, dass ohne einen auch auf diese Problematik zielenden Therapieansatz die gesamte Behandlungsplanung nicht gelingen kann.

Interventionsplanung

Um derart chronifizierenden polymorbiden Störungen eine adäquate Behandlungsoption zu geben, wurde 1994 die Modellstation Somosa in Winterthur gegründet als ein sozialpädagogisch getragenes und entwicklungspsychiatrisch orientiertes stationäres Angebot für Jungen zwischen 15 und 18 Jahren. Durch die Fokussierung auf diese mehrfach belastete Problemklientel konnten spezielle Konzepte im Bereich der Diagnostik, der Langzeittherapie und der beruflichen und sozialen Integration entwickelt werden, die an der Schnittstelle zwischen Sozialpädagogik, Berufsfindung, entwicklungspsychiatrischer multimodaler Behandlung und sozialer Integration auf dem Boden eines psychodynamisch-systemischen Konzeptes mit verhaltenstherapeutisch-sozialpädagogischen Interventionen eine intensive intersystemische und interdisziplinäre Behandlung ermöglicht.

Die Modellstation Somosa wird hierbei sowohl durch Leistungen der Krankenkassen (KVG), der Gemeinden und Vormundschaftsbehörden sowie durch das Bundesamt für Justiz unterstützt und steht unter dem Patronat der Stadt Winterthur.

Die Zuweiser sind:

- Jugendanwaltschaften
- Vormundschaftsbehörden
- Kliniken
- Heimeinrichtungen und Fachstellen
- Psychotherapeuten und Fachtherapeuten

Methodenintegration

Unbestritten ist, dass bei mehrfach auffälligen Jugendlichen mit schwieriger Familien- und individueller Leidensgeschichte, die in der stationären Jugendhilfe zur Betreuung sind, ähnlich wie in der Jugendpsychiatrie ein Mehrebenenzugang in der Therapie vonnöten ist (Meng et al., 2002).

Dieser Mehrebenenzugang ist aber nur durch eine ebenfalls multiaxiale und multidimensionale Diagnostik zu fundieren, die neben den aktuellen Auffälligkeiten oder Symptomen auch schwerer zugängliche Langzeitphänomene, wie beispielsweise Teilleistungsstörungen oder innerpsychische Konflikte, mitbearbeitet.

Hierbei sind die einzelnen diagnostischen Bausteine so auf den individuellen Patienten/Klienten abzustimmen, dass nicht i. S. eines rigiden Abarbeitens von Diagnoselisten, sondern i. S. einer auf das Individuum und seine Pathographie bzw. Biographie zugeschnittenen gezielten Auswahl von wichtigen Beobachtungsbereichen eine ausreichend breite Diagnostik angelegt wird.

Es ist also stets für den Einzelfall eine Balance zwischen Vollständigkeit und Spezifizierung zu finden, was sich im multiprofessionellen Team unter Supervision (auch der Diagnostik) gut erreichen lässt.

Aus der multiaxialen Diagnostik, der individuell abgestimmten psychologischen Diagnostik und dem DIAD kann dann ein sequentieller Therapieplan erfolgen - auf dem Boden einer Hierarchisierung einzelner Therapieziele.

So können zunächst pharmakologische und sozialtherapeutische Massnahmen im Vordergrund stehen, um dann auf milieutherapeutischer Ebene die Basis für eine vertiefte Psychotherapie zu liefern.

So ist u. U. kurzfristig ein Rückgriff auf psychiatrische Notfallinterventionen vonnöten, um den Jugendlichen zeitnah aber wieder in der Modellstation weiter zu entwickeln. Es ist dabei stets diagnostischen Instrumenten den Vorzug zu geben, die auch in der Lage sind, Veränderungen so abzubilden, dass dem Jugendlichen und dem therapeutischen Team Fortschritte gut rückzumelden sind.

Die Methodenintegration auf der diagnostischen Ebene erscheint aus dem Blickwinkel des pragmatischen Kliniklers u. U. einfacher, als die Integration auf einer therapeutischen Ebene, bei der noch viel stärker auch individuelle Faktoren des Therapeuten und der jeweiligen Institutionsgeschichte eine Rolle spielen mögen.

Die Benutzung standardisierter und operationalisierter Diagnoseinstrumente kann hierbei ein erster Schritt sein, so dass Systeme wie die ICD-10, das DSM IV, das MAS, die ICF, das DIAD bzw. das sich multizentrisch entwickelnde EQUALS-Programm hier jeweils ihre eigene Bedeutung in einem abgestimmten Vorgehen haben werden.

Diagnostik und Differentialdiagnose

Die jugendpsychiatrische Diagnostik steht auf dem Boden des multiaxialen Klassifikationsschemas (MAS nach ICD 10). Es umfasst folgende Beobachtungsbereiche:

- Achse 1: klinisch-psychiatrisches Syndrom
- Achse 2: umschriebene Entwicklungsstörungen/Teilleistungsstörungen
- Achse 3: Intelligenzniveau
- Achse 4: Körperliche Symptomatik
- Achse 5: aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
- Achse 6: Gesamtbeurteilung der psychosozialen Anpassung

Durch die genaue und zügige Bearbeitung aller diagnostischen Achsen können neben der seelischen Störung, neben Persönlichkeitsstörungen und Drogenkonsum vor allem durch die Diagnostik von Teilleistungsstörungen typische Entwicklungshindernisse im beruflichen Bereich bekannt werden.

Die routinemässige Intelligenzdiagnostik ermöglicht eine genauere Planung der Ausbildungsmaßnahmen und schützt vor all zu anspruchsvollen Therapieangeboten oder chronischen Unterforderungen.

Besonders aggressive und impulsive Patienten haben oft ein sehr diskrepantes Intelligenzprofil.

Bei dissozialen Jugendlichen finden sich gehäuft Patienten mit körperlichen Störungen (Achse 4), die noch nicht eingehend diagnostiziert und entsprechend behandelt worden sind.

Auf der Achse 5 des MAS wird unter den sogenannten psychosozialen Umständen das Bestehen und die persönliche Bedeutung von Risikofaktoren für den Einzelfall erarbeitet, die die Entwicklung bedrohen bzw. diese bereits geprägt haben.

Wichtige Risikofaktoren für die SOMOSA-Jugendlichen sind:

- psychische Erkrankungen der Eltern
- Alkoholismus und Drogen bei den Eltern
- psychische Erkrankungen von Geschwistern
- sexueller Missbrauch
- Migration aus allen Kulturkreisen
- Gewalterfahrungen, vor allem sequentiell
- verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
- problematische Trennung und Scheidung der Eltern
- Ausweglose Armut

Die MAS-Diagnostik wird durch eine individuumzentrierte Diagnostik der jeweiligen seelischen Störungen ergänzt, sowohl auf der phänomenologisch-psychotherapeutischen Ebene als auch auf der psychodynamischen Ebene.

Durch den regelmässigen Einsatz des DIAD (Differentialdiagnostik adoleszenter Dissozialisierung) in seiner computergestützten Version lassen sich individuelle Verlaufsprofile erarbeiten und therapeutisch nutzen.

Konzeptbausteine und Therapiemodule

Arbeitsführende Agogik (AHA)

Eine schwere adoleszente Krise bedeutet für den Jugendlichen ein länger dauerndes Ausscheiden aus dem Berufsleben (Lehre, Schule) und den Verlust vieler wichtiger sozialer Kontakte (Familiensystem, Peers).

Die Wiederaufnahme einer geregelten Tätigkeit im Zusammensein mit anderen Menschen stellt deshalb hohe Anforderungen an den Jugendlichen und muss schrittweise erarbeitet werden. Gemäss dem Somosa Konzept erhalten die Jugendlichen im AHA während der Akutphase (1-3 Monate nach ihrem Eintritt) eine Tagesbeschäftigung und damit eine Vorbereitung auf ihren Einstieg in die internen Werkstätten. Wichtigste Ziele des AHA sind die regelmässige Präsenz

und die Einbindung des Jugendlichen in eine aktive Tagesgestaltung. Erreicht werden soll dies mittels niederschwelliger Beschäftigungsangebote, welche die individuelle Situation und die Ressourcen des Jugendliche berücksichtigen. Den Jugendlichen soll im „Werchruum“ ein geschützter Raum mit verständlichen Rahmenbedingungen angeboten werden. Die Befindlichkeit der Jugendlichen wird bei der Gestaltung des Arbeitstages ebenso berücksichtigt wie die Dynamik in der Gruppe. Der Jugendliche bekommt soviel Unterstützung, wie er braucht, um seine jeweilige Arbeit erfolgreich abzuschliessen. Die regelmässige Tagesauswertung und gelegentliche Einzelgespräche mit einem AHA Leiter geben dem Jugendlichen realitätsnahe Rückmeldungen über seine Fortschritte und weiter bestehende Lernziele.

Sozialpädagogische Interventionen

Akut- und Aufnahmephase (ca. 30-80 Tage)

- Ankommen und Gruppenintegration
- Zimmer streichen und persönlich einrichten
- Lernen sich hier mit sich zu recht zu finden
- Beziehungsaufbau, Vertrauensbildung
- Beruhigung der individuellen Krise
- Langsames Einbinden in die Tagesstruktur und Alltagsbewältigung
- Raumerweiterung: Zimmer, Gruppe, Gesamthaus.

Stabilisierungs- und Interventionsphase (ca. 100-180 Tage)

- Zunehmende Forderung und Förderung in der Alltagsbewältigung
- Konstante Arbeitsbewältigung
- Freizeitbewältigung zunehmend auch ausserhalb der Somosa
- Medikations-Adhärenz
- Lernen mit sich und den anderen sich zurechtfinden und gelingende Beziehungen einzugehen
- Zunehmend grössere Verantwortungsübernahme

Re-Integrationsphase (ca. 30-50 Tage)

- Möglichst grosse Selbständigkeit im zivilen Alltag (d.h. Lebensgrundversorgung, Finanzumgang, Aemterverkehr, Bürgerpflichten usw.)
- Möglichst grosse Selbständigkeit in der Freizeitgestaltung
- Möglichst grosse Selbständigkeit in Beziehungsbereichen
- Wissen um Hilfsangebote und Umgang damit wo die eigene Selbständigkeit nicht ausreicht

Psychotherapeutische Behandlungsansätze

Ungeachtet der notwendigen Orientierung an den Leitlinien der Fachgesellschaften beruht das SOMOSA-Konzept auf einem individuum-zentrierten Ansatz, der die persönlichen Defizite und Ressourcen in den Kontext der familiären und sozialen Entwicklung stellt.

Es werden daher Methodenkombinationen für den einzelnen gewählt, die elektisch die jeweils erfolgversprechendsten Ansätze verbinden, sei es aus der Traumatherapie, der kognitiv-behavioralen Therapie, der lösungsorientierten Familientherapie oder der psychodynamischen übertragungsorientierten Therapie. Ein individueller Therapieplan, der besonders auch die Austrittskrise und die Weiterbehandlung im Blick hat, basiert auf den anderen (pädagogischen) Ansätzen, die wg. des Settingerhalts weniger individuell abgestimmt werden können.

Psychopharmakologische Therapieansätze

Aufgrund der hohen Komorbidität mit Depression, Angststörungen, Schlafstörungen, aber auch mit psychotischen Zuständen verschiedener Nosologie ist der konsequente Einsatz einer supportiven Pharmakotherapie ein wichtiger Baustein des Gesamtkonzepts. Die Compliance und Adhärenz sind hierbei anspruchsvolle Themen, die den täglichen pädagogischen und medizinischen Alltag bestimmen können. Der Einsatz aggressionshemmender Pharmakotherapie wird im Grundsatz zurückhaltend geübt und bei strenger Indikation bei schweren Impulsivitätsstörungen durchgeführt.

Ausblick

Die bisherigen Ergebnisse in der Behandlung der Modellstation Somosa legen nahe, dass der interdisziplinäre langfristige Ansatz mit dem klaren Fokus der sozialen Reintegration (Lehrstellenfindung, Wohnsituation) für die Einzelfälle sehr erfolgreich ist.

Insbesondere verbessert sich die Kriminalprognose, die individuelle Lebensqualität durch Reduktion der psychiatrischen Symptome sowie die familiäre Gesamtbelastung.

In der Zukunft wird der ambulanten Vor- und Nachbetreuung, der Frühdiagnostik und Frühintervention grössere Aufmerksamkeit geschenkt, um diejenigen Fälle zu identifizieren, die gegebenenfalls mit einem kürzeren Therapieprogramm gute Erfolge erzielen so dass mehr Patienten therapiert werden können.

Auch die aufsuchenden Nachbehandlungen im Sinne eines Home-treatment, das neu entwickelte Wohntraining sowie die engere Kooperation mit den jugendpsychiatrischen stationären Angeboten wird intensiviert.

Literatur

APA: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. – DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV, 1994; deutsche Bearbeitung: Saß H., Wittchen, H. U., Zaudig, M.: Göttingen: Hogrefe 1996 • Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.) Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen, Bern, Huber, 2007, 2. Auflage • Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2010). Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 3. Auflage • Meng H, Bilke O, Braun-Scharm H, Zarotti G, Bürgin D (2002). Stationäre Jugendpsychiatrie. Prax. Kinder- und Jugendpsychiatrie; 6: 111-9 • Remschmidt H, Schmidt MH (Hrsg.) (2004). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO, 4. Aufl. Bern: Huber • Stadler, C.: Störungen des Sozialverhaltens. Z. Kinder-Jugendpsychiat. Psychother. 40 (1) 2012, 7-19