

Zeitschrift: Curaviva : Fachzeitschrift
Band: 77 (2006)
Heft: 6

Artikel: Psychiatrieprofessor Wilhelm Felder über Problemjugendliche :
"Elternbeschuldigungen sind kontraproduktiv"
Autor: Steiner, Barbara / Felder, Wilhelm
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-803922>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 19.10.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Psychiatrieprofessor Wilhelm Felder über Problemjugendliche

«Elternbeschuldigungen sind kontraproduktiv»

■ Barbara Steiner

Für Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten sei die beste Behandlungsmethode die Integration in eine Gruppe mit gesunden Gleichaltrigen, sagt Wilhelm Felder, Psychiatrieprofessor in Bern.

■ *Es gibt ruhigere und lautere, friedlichere und aggressivere, kontaktfreudigere und scheuere Kinder und Jugendliche. Wie definiert sich die Bandbreite des «Normalen»? Welche Art von Verhalten liegt ausserhalb dieses Bereichs?*
 Wilhelm Felder: Für die Beurteilung dieser Frage sind die Kriterien der Entwicklungsbeeinträchtigung und des Leidens zu beleuchten. Von einer Entwicklungsbeeinträchtigung reden wir, wenn ein Jugendlicher in seinen Entwicklungsaufgaben keine Fortschritte erzielt. Dies betrifft die Beziehung zu Gleichaltrigen, zu den Eltern sowie den ganzen Leistungsbereich. Wenn sich etwa ein Jugendlicher im Umgang mit Gleichaltrigen auf einige wenige Interaktionsmuster festlegt, wenn also beispielsweise grenzenloses Vertrauen nach einer gewissen Zeit stets in aggressive Ablehnung umschlägt, wenn er nur Freunde und Feinde kennt, dann macht er keine Erfahrungen, er handelt repetitiv und ist in seiner Entwicklung blockiert. Das Gleiche gilt, wenn er im Prozess der Ablösung von den Eltern keine altersgerechte Autonomie fordert und in seiner Abhängigkeit stehen bleibt. Im Leistungsbereich ist die Entwicklung beeinträchtigt, wenn der

Jugendliche die seinen Fähigkeiten entsprechende schulische oder berufliche Weiterbildung verweigert oder verpasst. Das Kriterium des Leidens umfasst einerseits das subjektive Leiden – also das Leiden des Jugendlichen mit seinen Unsicherheiten und Ängsten – sowie das Leiden des Umfelds, wenn ein Jugendlicher die Personen darin bedroht. Aufgrund dieser drei Hauptkriterien – Entwicklungsbeeinträchtigung, eigenes und fremdes Leiden – wird beurteilt, ob sich ein Verhalten noch innerhalb der Bandbreite bewegt oder ob eine Störung vorliegt.

■ *Die Einstufung ist immer klar?*

Felder: Nein, es gibt natürlich einen Graubereich. Auch bei einer depressiven Verstimmung gibt es keine scharfen Grenzen. Und ob jemand behandelt wird, hängt auch immer von der Motivation ab. Wir kommen immer wieder in Kontakt mit Jugendlichen, bei denen unseres Erachtens eine Therapie Sinn machen würde. Aber wenn sie oder die Eltern nicht motiviert sind mitzumachen, dann lassen wir es bleiben.

■ *Weshalb wollen diese Personen das Problem nicht angehen?*

Felder: Entweder ist der Leidensdruck zu klein. Oder den Betroffenen fehlt die Introspektion. Das bedeutet, dass fremde Ursachen, etwa der ungerechte Lehrer oder die hinterhältigen Mitschüler, fürs eigene Leiden verantwortlich gemacht werden. Die Jugendlichen

und allenfalls auch ihre Eltern sind überzeugt, das eigene Schicksal nicht verändern und nur durch das Verhalten anderer Menschen zum Glück finden zu können. Das ist problematisch. Es ist nicht ausgeschlossen, dass diesen Jugendlichen tatsächlich Schlimmes widerfährt, dass sie Lehrer und Mitschüler wirklich unkorrekt behandeln. Aber die Frage bleibt, ob sie bereit sind, das zu verändern, was im Rahmen ihrer Möglichkeiten liegt.

■ *Hat die Zahl der Jugendlichen ausserhalb der Bandbreite in den letzten Jahren zugenommen?*

Felder: Diese Frage ist auch aus methodischen Gründen nicht ganz einfach zu beantworten. Es dürfte so sein, dass Störungsbilder wie Depressionen und aggressives Verhalten in den letzten 50 Jahren zugenommen haben. Bei Störungen wie Autismus und Schizophrenie sind die Zahlen konstant geblieben. Verglichen wird immer der Anteil der Durchschnittsbevölkerung mit einer bestimmten Störung. Wir unterscheiden, wie viele Personen davon betroffen sind und wie viele sich behandeln lassen. Heute gibt es mehr Kinder- und Jugendpsychologen sowie -psychiater und Sozialarbeiter als früher, und der Anteil der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen, die auch wirklich behandelt werden, ist gestiegen. Trotzdem ist aufgrund der Resultate breit angelegter Feldstudien davon auszugehen, dass nach wie vor über 50 Prozent ohne Behandlung bleiben.

■ *Weil die Störung nicht wahrgenommen wird?*

Felder: Es geht hier wieder um die Frage, wie gross das Leiden ist. Oftmals sind die Eltern aber auch schlecht darüber informiert, welche Art von Unterstützung sie von Fachleuten erwarten können. In der breiten Bevölkerung herrschen nach wie vor sehr unklare Vorstellungen über psychiatrische und psychologische Untersuchungen und Behandlungen. Einerseits werden die Möglichkeiten überschätzt: Die Annahme, ein Psychiater oder Psychologe brauche einen Menschen nur fünf Minuten anzuschauen und mit ihm zu reden, dann wisse er alles über ihn, ist natürlich unrealistisch. Andererseits gibt es Wege zur Behandlung bestimmter psychischer Störungen, die unterschätzt und nicht in Anspruch genommen werden.

■ *Sie werden also oft erst beigezogen, wenn schon einiges schief gelaufen ist?*

Felder: Ja, die Schwellenängste sind noch viel zu gross. Ein Besuch bei einem Psychologen oder Psychiater bedeutet ja noch nicht, dass tatsächlich eine Behandlung stattfinden muss. Eltern können uns auch einfach einmal ihre Beobachtungen schildern und erste Erkundigungen einholen. Irgendwie ist es skurril: Wenn der Fernsehapparat flimmert, wird sofort der Händler kontaktiert. Wenn ein Kind eine schwierige Zeit durchmacht, haben die Eltern die Tendenz, erst einmal zuzuwarten und zu schauen, was passiert. In vielen Fällen ist es tatsächlich angebracht, die Entwicklung einfach aufmerksam zu verfolgen, auch wir wollen ja nicht gleich alles medikalisieren. Aber manche Störungen lassen sich halt wirklich am erfolgreichsten behandeln, wenn sie früh erkannt werden.

■ *Wer veranlasst in der Regel, dass ein Kind psychiatrisch untersucht wird?*

Felder: Häufig weisen Lehrpersonen die Eltern auf Entwicklungs- oder Beziehungsstörungen mit Gleichaltrigen hin. Immer öfter suchen Eltern im Zusammenhang mit familiären Problemen und Streitigkeiten Hilfe. Andere Kinder und Jugendliche werden von den Eltern wegen Symptomen wie Bauch- oder Kopfschmerzen beim Kinder- oder Hausarzt angemeldet und kommen dann von dort zu uns.

eine Blutuntersuchung machen und dann sagen, welche Krankheit ein Patient hat. Wenn wir erklären würden, wir bräuchten erst einmal zehn Stunden für Untersuchungen, bevor wir uns zur Störung äussern könnten, wären die Leute unzufrieden. Sie sind allenfalls unter Druck und wollen von uns schnell etwas hören. Vor allem bei Notfällen muss von Anfang an ein diagnostisch-therapeutischer Prozess



«Leicht ablenkbar, unruhige Jugendliche haben mit dem konservativen Lehrstil mehr profitiert.»

Fotos: bas

■ *Wie beginnt in der Regel eine Behandlung?*

Felder: Das ist abhängig von Fragestellung. Bei einem Kind mit klaren Leistungsstörungen kommen wir nicht um Tests herum. Bei einem Jugendlichen, dem das familiäre Umfeld zu schaffen macht, der die Schule aber problemlos bewältigt, braucht es keine grosse Testpsychologie. Dort können wir schneller in die Behandlung einsteigen. Dabei können wir uns aber nicht an das rein somatische Modell mit klarer Unterscheidung zwischen Diagnostik und Behandlung halten. Wir können nicht ein Röntgenbild und

in Gang kommen. Wenn wir mit einem Jugendlichen mit Suizidgedanken zu tun haben, müssen wir nach der ersten Stunde eine erste Lagebeurteilung abgeben, auch wenn wir den Jugendlichen in diesem Moment bei weitem noch nicht erfasst haben. Wir müssen sofort mit der Suizidalität umgehen und unsere Erkenntnisse im Lauf der weiteren Behandlung immer wieder neu zusammenstellen. Es kann sein, dass ein Jugendlicher seine Suizidpläne zuerst mit familiären Schwierigkeiten begründet, und später stellt sich heraus, dass er auch in der Schule Probleme hat. Dann greift die familiäre

Krisenintervention vielleicht schon, und wir können das andere Problem angehen.

■ *Sind bei den Störungen geschlechtsspezifische Unterschiede festzustellen?*

Felder: Bei Knaben sind Störungen in der Regel externalisierend, sie drücken sich durch aggressives Verhalten und Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörungen aus. Bei Mädchen dominiert internalisierendes Verhalten, sie plagen Depressionen und Ängste. Vor der Pubertät haben mehr Knaben als Mädchen psychische Störungen. Nachher ist es umgekehrt. Einerseits sind die Knaben weniger belastbar, andererseits wird bei externalisierenden Störungen eher Hilfe in Anspruch genommen als bei internalisierenden.

■ *Sie erwähnten mehrere Male den familiären Hintergrund als Ursache von Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Müsste dann nicht in erster Linie dieses Umfeld verändert werden?*

Felder: Es ist so, dass ein Kind, das lange mit psychisch kranken Eltern zusammengelebt hat, selber oft auch

Auffälligkeiten entwickelt. Behandlungsbedürftig sind dann tatsächlich beide Seiten. Das Problem ist, dass der Faktor Zeit für die Eltern und das Kind eine andere Bedeutung hat. Wir können nicht eine 37-jährige depressive und alleinerziehende Mutter eines Elfjährigen zwei Jahre lang behandeln und davon ausgehen, dass es auch dem Kind besser gehen wird, wenn es dann 13 und die Mutter weniger depressiv ist. Bis dahin läuft zu vieles schief. Das Kind entgleitet der Mutter. Wichtig ist, dass nicht auf der Ebene der Schuldfrage argumentiert wird. Es wäre falsch, die Behandlung als Strafe zu betrachten, die jener Person zuteil wird, die am meisten verantwortlich ist für eine problematische Situation, also zu sagen, die Mutter ist die Schuldige, deshalb soll sie auch die Therapie machen. Elternbeschuldigungen sind grundsätzlich kontraproduktiv. Wir haben oft mit Eltern zu tun, die von uns zuerst einmal Vorwürfe erwarten und hören wollen, was sie alles falsch gemacht hätten. Wir sind aber nicht Richter, wir sind hier, um Unterstützung zu leisten. Kommt hinzu, dass

nicht nur die Eltern das Kind beeinflussen, sondern dass es auch Rückkopplungen in umgekehrter Richtung gibt. Ein verletzliches Kind, das auf Reize wie Lärm, Temperaturschwankungen und kleine Veränderungen im Tagesablauf sehr empfindlich reagiert und oft weint, gibt Eltern immer wieder das Gefühl, etwas nicht richtig oder immer zu wenig zu machen. Das kann Depressionen einer Mutter nach der Geburt noch verstärken.

■ *Wie stark sind die Eltern in die Behandlung der Kinder und Jugendlichen involviert?*

Felder: Es gibt Situationen, in denen wir praktisch nur familientherapeutisch wirken. Vor allem mit Problemjugendlichen gibt es Settings mit der Familie als Ganzes und mit den Jugendlichen und den Eltern allein.

■ *Welche Rollen spielen in der Behandlung Medikamente?*

Felder: Im ambulanten Bereich werden weniger als zehn Prozent der Kinder und Jugendlichen mit Medikamenten behandelt. Hier stehen Gesprächs- und Spieltherapien und sozialpädagogische Massnahmen im Vordergrund. In der Klinik spielen die Medikamente eine grössere Rolle.

■ *Wann ist der Moment gekommen, in dem ein Kind oder ein Jugendlicher nicht mehr in seinem angestammten Umfeld bleiben kann?*

Felder: In den meisten Fällen wünschen die Eltern, dass ihr Kind in eine andere Umgebung kommt und nicht bei ihnen bleibt, weil sie nicht mehr weiter wissen und überfordert sind. Oft spielt eine Rolle, dass ein Elternteil selber psychisch mehr oder weniger auffällig ist; in manchen Fällen sind es auch beide Teile. Manchmal finden auch Jugendliche, es gehe einfach nicht mehr daheim. Im ambulanten Bereich kommt es im Jahr ein- oder zweimal vor, dass ein Kind gegen den Willen der Eltern fremdplatziert werden muss.

Breites Angebot

Die Kinder und Jugendpsychiatrie (DKJP) der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) ist eine medizinisch-psychiatrische Institution, die Kinder und Jugendliche aus dem Kanton Bern ambulant und stationär behandelt. Vorgesetzte Behörde ist die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) des Kantons Bern. An verschiedenen Standorten im ganzen Kantonsgebiet betreibt die DKJP Kinder- und Jugendpsychiatrische Polikliniken. Ärztinnen und Ärzte klären vermutete oder vorhandene Störungen ab und behandeln sie. Insgesamt wurden 2004 rund 1830 Patientinnen und Patienten im Alter zwischen zirka 2 und 20 Jahren ambulant versorgt. Für die stationäre Behandlung stehen insgesamt 66 Betten zur Verfügung. Die Jugendpsychiatrische Klinik Neuhaus in Ittigen beherbergt fünf Stationen und eine Schule für die schulpflichtigen Patienten. In der Klinik Waldau in Ostermundigen sind zwei Stationen der Adoleszentenpsychiatrie untergebracht. Drei weitere Stationen befinden sich in der Schosshalde (Bern), in Bremgarten bei Bern und in Spiez. Zwei Tageskliniken für Kinder und Jugendliche sowie mehrere Jugendwohnungen ergänzen das Angebot. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern beschäftigt im medizinisch-therapeutischen Bereich samt Administration rund 100 Mitarbeitende. Im Bereich Pflege und Pädagogik mit rund 90 Stellen sind ungefähr 120 Personen tätig.

(bas)

■ *Zürcher Jugendliche kamen in die Schlagzeilen, weil sie in einem Time-out in Spanien fragwürdig behandelt worden sein sollen.*

Felder: Es kann sinnvoll sein, Jugendliche eine Weile lang aus einem Umfeld mit anderen Problemjugendlichen herauszuholen und sie irgendwo auf einem Bauernhof von Reizen abzuschirmen. Dort können sie ihrer aktuellen Fähigkeit entsprechend

wäre ein ideales Verhältnis. Die Problemjugendlichen könnten von den Gesunden lernen, sie würden mit anderen Verhaltensmustern vertraut, sähen, welche Arten der Konfliktlösung es gibt. Jene, die einzig das Schwarz-Weiss-Raster kennen, würden mit den Grautönen vertraut gemacht. Studien belegen, dass sich Problemjugendliche in Gesellschaft von Gesunden besser entwickeln als zusammen

Jugendlichen haben mit dem konservativen Lehrstil mehr profitiert. Es gab weniger Lärm, die Kinder waren weniger in Bewegung und es wurde ihnen klipp und klar gesagt, was zu tun ist. Für die gesunden Kinder ist die neue Art des Unterrichtens eine Befreiung, für handikapierte eine Schwierigkeit. Wichtig ist die Feststellung, dass eine Veränderung nicht nur gut oder schlecht ist. Es gilt zu beurteilen, für wen sie gut und für wen problematisch ist.

■ *Liegen Studien vor zur weiteren Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, die eine Behandlung hinter sich haben?*

Felder: Generell lässt sich feststellen, dass sich einfache Störungen wie leichte Depressionen, Angst- oder Aufmerksamkeitsstörungen in aller Regel gut behandeln lassen. Bei komplexeren Krankheitsbildern mit verschiedenen Facetten, also beispielsweise einer aggressiven Verhaltensstörung, gekoppelt mit einer Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung, ist die Langfristprognose deutlich weniger günstig. Je komplexer das Bild, je vielfältiger die Belastungsfaktoren, desto schlechter wird sie. Das darf aber nicht zu therapeutischer Resignation führen. Es ist wichtig, dass versucht wird, in jedem einzelnen Fall das Mögliche zu erreichen. Wenn ein Jugendlicher an sich das Potenzial hätte, eine Lehre zu machen, aufgrund einer Störung aber in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist, kann man ihn so weit stützen und fördern, dass er zumindest eine Anlehre abschliesst. Dann ist immer noch mehr gewonnen, als wenn er die Leistung völlig verweigern und am Schluss im Gefängnis oder einer geschützten Werkstatte landen würde. ■



Für gesunde Jugendliche ist die moderne Form des Schulunterrichts eine Befreiung, für handikapierte eine Belastung.

etwas leisten und haben Erfolgserlebnisse. Es wäre sicher falsch, wegen unglücklichen einzelnen Vorkommnissen die ganze Time-out-Idee zu verdammen.

■ *Auch in Heimen und Kliniken sind die schwierigen Kinder und Jugendlichen unter ihresgleichen.*

Felder: Das ist der Nachteil solcher Institutionen. Ich vertrete schon lange die Ansicht, dass Problemjugendliche am optimalsten in Gruppen von gesunden Jugendlichen behandelt werden können. Zwei Problemjugendliche und acht Gesunde, das

mit Gleichaltrigen mit Schwierigkeiten.

■ *Sind durchschnittliche Volksschulklassen zu wenig tragfähig für einzelne Problemjugendliche?*

Felder: Hier gibt es Unterschiede von Quartier zu Quartier. Ich höre immer wieder, dass Lehrer auch von Regelklassen stöhnen, sie hätten es fast nur mit auffälligen Jugendlichen zu tun.

■ *War das früher anders?*

Felder: Die Entwicklung im didaktischen Stil hat zu Veränderungen geführt. Leicht ablenkbare, unruhige

Wilhelm Felder ist Direktor und Leiter des Bereichs Lehre und Forschung der Kinder- und Jugendpsychiatrie (DKJP) der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern und Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (SGKJPP).