

Schandl, V. und Löschenkohl, E.

Kind im Krankenhaus: Evaluierung eines Interventionsprogrammes bei Verhaltensstörungen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 29 (1980) 6, S. 252-258

urn:nbn:de:bsz-psydok-28139

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

F. Bittmann: Motivationale Bedingungen des Leistungsverhaltens von Heimkindern und Familienkindern (Conditions for Achievement Behaviour)	124
G. Bovensiepen, R. Oesterreich, K. Wilhelm u. M. Arndt: Die elterliche Erziehungseinstellung als Ausdruck der Familiendynamik bei Kindern mit Asthma bronchiale (Asthmatic Children: Parental Child-Rearing Attitudes and Family Dynamics)	163
G. Brandt: Symbolik und Symptomatik (Symbolism and Symptoms)	79
G. Bronder, K. Böttcher und Siegrid Rohlf: Diagnose: Entwicklungsstillstand — Ein Therapiebericht (Diagnosis: Developmental Arrest — A Therapeutic Program)	95
A. K. S. Cattell, S. E. Krug u. G. Schumacher: Sekundäre Persönlichkeitsfaktoren im Deutschen HSPQ und ihr Gebrauchswert für die Diagnose, für interkulturelle Vergleiche, für eine empirische Überprüfung tiefenpsychologischer Modellvorstellungen sowie für die Konstruktvalidität des HSPQ (Second Stratum of the German HSPQ and their Value for Diagnosis Cross-Cultural-Comparisons, Verification of Analytic Theory and for Conceptual Validity of the HSPQ)	47
R. Castell, A. Biener, K. Artner u. C. Beck: Artikulation und Sprachleistung bei drei- bis siebenjährigen Kindern. Ergebnisse der Untersuchung einer Zufallsstichprobe aus der Bevölkerung (Articulation and Language Development in Children)	203
W. Ferdinand: Über Merk-male der Ersterinnerungen verhaltensgestörter und psychosozial integrierter Kinder (Earliest Recollections of Psychosocially Well Integrated Children and of Disturbed Children) ...	51
H.-P. Gilde, G. Gutezeit: Ergebnisse einer vergleichenden Untersuchung zu visuellen Perzeptionsleistungen von Risikokindern im Vorschulalter (Results from a Comparative Study on Visual Perception in Pre-School-Children Who Had Been Premature Infants)	213
W. Göttinger: Ein Konzept für die Beratung von Stotternden (A Concept for the Guidance of Stutterers)	55
R. Haar: Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen in Klinik und Heim (Group Psychotherapy with Children and Adolescents in Hospital Treatment)	182
G. Haug: Enuresis in langfristiger Familienbeobachtung (Enuretics in Long-Term Observation in Their Families)	90
F. Henningsen: Die psychische Belastung des Knochenmarkspenders und die Bedeutung begleitender Psychotherapie (The Psychological Stress on Bone Marrow Donors and the Contributions of Attendant Psychotherapy)	37
B. Hobrucker, V. Rambow, G. Schmitz: Problemanalyse bei weiblichen Jugendlichen nach Suizidversuchen (Problem Analysis on Female Adolescents after Attempted Suicide)	218
F. Hofmann u. H. Kind: Ein eineiiges Zwillingsspaar diskordant für Anorexia nervosa (Monozygotic Twins Discordant for Anorexia Nervosa—A Contribution to the Pathogenesis from a Case History)	292
K. Krisch: Eine vergleichende Untersuchung zum „Enkopretischen Charakter“ (A Comparative Study on the “Encopretic Character”)	42
K. Krisch: Die stationäre Behandlung dreier Enkopretiker: Planung, Verlauf und Ergebnisse einer verhaltenstherapeutischen Intervention (In-patient Therapy with Three Encopretics: Design, Course of Treatment and Results of a Behavioral Intervention)	117

F. Mattejat, G. Niebergall u. V. Nestler: Sprachauffälligkeiten von Kindern bei aphasischer Störung des Vaters — Eine entwicklungspsycholinguistische Fallstudie (Speech Disorders in Children with an Aphasie Father—a Case Study in Developmental Psycholinguistics)	83
W. Mall: Entspannungstherapie mit Thomas (Relaxation Therapy with Thomas—First Steps on a New Path)	298
J.-E. Meyer: Die Bedeutung der Adoleszenz für die Klinik der Neurosen (The Influence of Adolescence on the Clinical Development of Neuroses)	115
T. Neraal: Autonomie — ein Mehrgenerationenproblem am Beispiel einer analytischen Familienberatung (Autonomy—A Multi-Generational Problem—A case of analytic family counseling)	286
H. Otte: Überlegungen zur Arzt-Patient-Beziehung bei der stationären Therapie der Anorexia nervosa (Considerations on the Patient-Therapist-Relationship in Connection with In-Patient Treatment of Anorexia Nervosa)	243
H. Rau u. Chr. Wolf: Zusammenarbeit mit Eltern in Einrichtungen der Öffentlichen Jugendhilfe — Darstellung einer speziellen Familienbehandlung (Cooperation with Parents in Youth Welfare)	8
U. Rauchfleisch: Zur Entwicklung und Struktur des Gewissens dissozialer Persönlichkeiten (Development and Structure of the Conscience in Dissocial Personalities)	271
A. Reinelt u. M. Breiter: Therapie einer Trichotillomanie (Therapy of a Case Trichotillomania)	169
A. Salanczyk: Das prosoziale Kind (Prosocial Activity in the Pre-school-child)	1
H. Sasse, G. Stefan, A. v. Taube u. R. Ullner: Zu unserer Arbeit mit behinderten und nichtbehinderten Kindern (Open Integration of Handicapped and Not Handicapped Children)	63
V. Schandl u. E. Löschenkohl: Kind im Krankenhaus: Evaluierung eines Interventionsprogrammes bei Verhaltensstörungen (The Child in the Hospital: Evaluation of an Intervention Program on Behavioral Disorders)	252
G. M. Schmitt: Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Behandlung der Pubertätsmagersucht (Client-Centered Group Psychotherapy in the Treatment of Anorexia Nervosa)	247
L. Verhofstadt-Deneve: Adoleszenzkrisen und soziale Integration im frühen Erwachsenenalter (Crises in Adolescence and Social Integration in Early Adulthood—A Psycho-Dialectic Approach with Clinical Implications)	278
B. Wiesler: Zur Psychologie des Serienhelden (The Psychology of a Hero Called Lassiter)	175

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

S. Bäuerle u. H. Kury: Streß in der Schule. Eine experimentelle Untersuchung an 13–16jährigen Schülern (School Stress)	70
P. Birkel: Intelligenzentwicklung und Intelligenzmessungen bei körperbehinderten Kindern (Cognitive Development and Measurement of Intelligence in Physically Handicapped Children)	264
R. Bodenstein-Jenke: Eine vergleichende Untersuchung psychomotorischer Testleistungen von autistischen, lern- und geistigbehinderten Schülern mit Hilfe des LOS aus der Testbatterie für Geistigbehinderte (A Comparative Study of Psycho-motoric Test Performances by Autistic, Mentally and Educationally	

- Handicapped School-Children with the Help of the LOS Method from the Test Battery for the Mentally Handicapped) 24
- Ch. Ertle: Schwierige Kinder und ihre Erzieherinnen — Praxisanleitung als konkrete Weiterbildung — (Pedagogic Personnel in Confrontation with Emotionally Disturbed Children — Practice Related Supervision as a Form of On-the-Job Training) 308
- J. Jungmann: Adoption unter Vorbehalt? Zur psychischen Problematik von Adoptivkindern (Adoption with Reservations? On Psychic Problems in Adopted Children) 225
- J. Kahlhammer: Das Leistungsverhalten von Schihaupt- schülern (Achievement Behaviour in Pupils at the "Schihauptschule") 100
- U. Klein: Lehrer und suchtgefährdete Schüler (Teachers and School-children in Danger of Addiction) 302
- H. Kury, W. Dittmar u. M. Rink: Zur Resozialisierung Drogenabhängiger — Diskussion bisheriger Behandlungsansätze (On Resocialization of Drug Addicts — A Discussion of Current Approaches to Treatment) .. 135
- M. Müller: Bericht über die Mitarbeit des Schulpsychologischen Dienstes Spandau im Rahmen der psychologisch-therapeutischen Betreuung von verhaltens- problematischen (verhaltensgestörten) Schülern in Beobachtungs-Klassen im Schuljahr 1977/78 (Report on the Collaboration of a Psychological School Advisory Board in "Observation-Classes" 1977/78; Psychological-Therapeutic Work with Maladjusted Pupils) 13
- M. Müller: 20 Jahre Schulpsychologischer Dienst im Bezirk Spandau von Berlin (20 Years of School Psychological Service in Berlin-Spandau) 231
- M. Nagy: Die Arbeit des Psychotherapeutischen Kinderheimes Wolfshagen im Harz (A Multimethodical Approach Including Family-Therapeutic Goals Applied to Institutional Care) 152
- W. Schmidt: Ein Beitrag zur Frage der Eignung von Adoptionsbewerbern (The Qualification for Adoption) 66
- R. Westphal: Erfahrungen mit strukturierter Gruppenarbeit in der Teestube einer Kontakt- und Beratungsstelle für Jugendliche (Experiences with Structured Groupwork in the Teashop of a Counseling-Service for Adolescents) 194
- J. Wienhues: Krankenhausaufenthalt aus der Sicht erkrankter Schulkinder der Sekundärstufe I. Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary-School — Results from a Questionnaire) 259
- H. Zern: Zum Prestige des gewählten Berufes bei Erzieherinnen in der Ausbildung (The Prestige of the Chosen Profession in Trainees at Training Colleges for Welfare Workers) 132
- Tagungsberichte**
- H. Moschtaghi u. J. Besch: Bericht über die 6. Tagung der ISSP vom 2. 9. bis 6. 9. 1979 in Basel (Report on the 6th ISSP-Conference from September 2nd-6th 1979 in Basel) 108
- H. Remschmidt: Bericht über die 16. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Münster vom 26. 9. bis 29. 9. 1979 (Report on the 16th Session of the German Society for Child- and Juvenile Psychiatry in Münster, Sept. 16-29, 1979) 31
- Bericht aus dem Ausland**
- T. Nanakos: Wege der Heilpädagogik in Nordgriechenland — Tessaloniki (Methods of Medico-Pedagogic Treatment in Northern Greece — Tessaloniki) 111
- Literaturberichte: Buchbesprechungen**
- Benedetti, Gaetano: Psychodynamik der Zwangsneurose 201
- Duska, Ronald u. Whelan, Mariellen: Wertentwicklung — eine Anleitung zu Piaget und Kohlberg 316
- Fenichel, Otto: Neurosenlehre Band 1, 2, 3 159f.
- Friedrich, H., Fränkel-Dahlmann, I., Schaufelberger, H.-J., Streack, U.: Soziale Deprivation und Familiendynamik 160f.
- Fürstenau, Peter: Zur Theorie psychoanalytischer Praxis 201
- Grüttner, Tilo: Legasthenie ist ein Notsignal 201f.
- Spitz, René A.: Eine genetische Feldtheorie der Ichbildung 158f.
- Werry, J. S. (Ed.): Pediatric Psychopharmacology. The Use of Behavior Modifying Drugs in Children 161
- Mitteilungen (Announcements) 34, 76, 113, 161, 202, 242, 269, 317

Kind im Krankenhaus: Evaluierung eines Interventionsprogrammes bei Verhaltensstörungen*

Von V. Schandl und E. Löschenkohl

Zusammenfassung

Zur Verhütung von Verhaltensstörungen bei Kindern im Krankenhaus wurde ein psychologisches Interventionsprogramm durchgeführt, das an einer kognitiven und einer psychoanalytisch-kathartischen Theorie orientiert war und aus einem Fingerpuppenspiel, dem Spiel mit einem Arztkoffer und einem Foto-Bilderbuch bestand. An dem Versuch nahmen 90 Kinder im Alter von 3 und 4 Jahren teil, 42 Mädchen und 48 Jungen. Eine Kovarianzanalyse mit regressionsanalytischem Design erbrachte eine signifikant niedrigere Quote von Verhaltensstörungen bei der Versuchsgruppe im Krankenhaus und auch in der häuslichen Umwelt nach der Entlassung. Dabei wurden das Alter, das Geschlecht, die Intelligenz, die soziale Herkunft, die Dauer des Krankenhausaufenthaltes, frühere Krankenhausaufenthalte und frühere Traumen konstant gehalten. Wie im Versuch von Wanschura und Löschenkohl (1979) wurden eine Reihe von Rahmenbedingungen durch multiple Regressionsanalysen statistisch getestet. Von den Bedingungen des Krankenhauses wirkten 1. Freies Spiel, 2. Kontakt zu anderen Kindern, 3. Positiver Arztkontakt und 4. frühere Krankenhausaufenthalte hemmend auf Verhaltensstörungen im Krankenhaus bzw. 1. Freies Spiel und 2. Positiver Arztkontakt außerdem hemmend auf die Verhaltensstörungen nach der Entlassung. Von den Bedingungen in der Persönlichkeit des Kindes wirkten 1. die Aktive Verarbeitung des Krankenhausaufenthaltes durch das Kind in Erzählungen, Zeichnungen etc., 2. Aktive Kontaktsuche des Kindes hemmend auf Verhaltensstörungen bzw. 1. Aktive Kontaktsuche, 2. Aktive Verarbeitung und 3. höhere Intelligenz hemmend auf die Verhaltensstörungen nach der Entlassung. Von den Bedingungen in der familiären Umwelt wirkten 1. eine intakte Familie hemmend, 2. die Angst der Mutter vor Krankheiten und 3. frühere ernste Erziehungsprobleme verstärkend auf Verhaltensstörungen im Krankenhaus bzw. 1. die Vorbereitung auf den Krankenhausaufenthalt hemmend, 2. die Angst der Mutter vor Krankheiten und 3. frühere ernste Erziehungsprobleme verstärkend auf Verhaltensstörungen nach der Entlassung in der häuslichen Umwelt.

1. Vorbemerkung

1.1 Ausgehend von psychoanalytischen und lerntheoretisch orientierten Befunden hatten Wanschura und Löschenkohl (1979) eine komplexe Untersuchung über die Bedin-

* Die Ergebnisse beruhen auf Daten, die von V. Schandl im Rahmen einer Dissertation der Universität Wien erhoben wurden. Die Leitung erfolgte durch E. Löschenkohl (Universität Klagenfurt), der auch die Berechnungen durchführte.

gungen von Verhaltensstörungen während des Krankenhausaufenthaltes und nach der Entlassung an $1\frac{1}{2}$ - bis 5-jährigen Kindern durchgeführt.

1.1.1 Von den Bedingungen im Krankenhaus wirkten signifikant hemmend auf Verhaltensstörungen, 1. wenn die Mutter (primäre Bezugsperson) mit dem Kind im Krankenhaus verblieb (Rooming-In), 2. wenn das Kind Spielmöglichkeiten hatte, 3. wenn mit dem Kind gespielt wurde (Beschäftigung mit dem Kind), 4. wenn es Kontakt zu anderen Kindern hatte (Neuaufnahme sozialer Beziehungen), 5. wenn es positiven Arztkontakt hatte (Annahme neuer Sozialbeziehungen). Durch 1. Rooming-In, 2. Spielmöglichkeiten, 3. Beschäftigung mit dem Kind und 4. positiven Arztkontakt wurden auch die Störungen nach dem Krankenhausaufenthalt signifikant vermindert.

1.1.2 Von den Bedingungen der familiären Umwelt wirkten sich bedeutsam günstig im Krankenhaus aus, 1. wenn das Kind auf den Krankenhausaufenthalt vorbereitet wurde, d.h. eher wußte, was mit ihm geschieht und warum, 2. wenn die Mütter mehr Vertrauen zu Ärzten hatten, weil sie dann nicht ihre eigenen Ängste auf die Kinder übertrugen, 3. wenn sie eher an psychologisch-pädagogischen Fragen interessiert waren, weil sie dann eher wußten, wie sie sich richtig verhalten sollten. Die soziale Herkunft der Kinder wirkte sich bedeutsam auf die Störungen nach der Entlassung in der häuslichen Umwelt aus und zwar in der Weise, daß Kinder höherer Sozialschichten mehr Störungen zeigten. Das lag daran, daß in höheren Sozialschichten die emotionalen Persönlichkeitsqualitäten mehr beachtet und in der Entwicklung mehr differenziert werden. Die Kinder sollen und dürfen ihre Gefühle mehr äußern.

1.1.3 Von den Bedingungen in der Persönlichkeit des Kindes wirkten sich während des Krankenhausaufenthaltes hemmend aus, 1. das Alter, weil ältere Kinder eher verstehen, was, warum, mit ihnen geschieht und weil sie nicht mehr so stark an primäre Bezugspersonen gebunden sind, 2. die aktive Kontaktsuche des Kindes, weil das Gegenteil, die Introversion, der Rückzug auf sich selbst, eher dazu führt, sich mit seinen Problemen zu beschäftigen, so daß förderliche neue Sozialkontakte und Bindungen erschwert werden. Früher bereits erlebte psychische Traumen wirkten verstärkend auf die Störungen im Krankenhaus, ebenso wie sie auch die Nachwirkungen nach der Entlassung vergrößerten. Aktive Kontaktsuche reduziert hingegen die negativen Wirkungen nach der Entlassung. Eine zu große Bindung an die primäre Bezugsperson (zu starke Anhänglichkeit) war schädlich. Verhaltensstörungen in der häuslichen Umwelt nach der Entlassung traten in diesem Fall vermehrt auf.

1.2 Maßnahmen, die zu treffen wären, wenn die Kinder im vorschulischen Alter ins Krankenhaus kommen, können aus diesen Ergebnissen direkt abgeleitet werden: Bei ganz kleinen Kindern sollte die Mutter (primäre Bezugsperson)

mit im Krankenhaus verbleiben, sonst sollten Spielmöglichkeiten (Material + Raum) vorhanden sein, jemand sollte sich aktiv mit den Kindern beschäftigen, der Arzt sollte versuchen, einen positiven Kontakt zum Kind herzustellen, die Eltern sollten das Kind auf den Krankenhausaufenthalt gründlich vorbereiten, die Kinder sollten an Kontakte zu anderen Kindern gewöhnt sein und fähig, von sich aus Kontakte aufzunehmen, und Möglichkeiten zu Kontakten mit anderen Kindern im Krankenhaus haben und sie sollten nicht allzu anhänglich gegenüber der primären Bezugsperson erzogen werden, die Eltern sollten ihre Ängste nicht auf die Kinder übertragen, sondern bezüglich der Heilung zuversichtlich sein.

2. Das Interventionsprogramm

2.1 Weil es oft den primären Bezugspersonen nicht möglich ist, im Krankenhaus zu verbleiben, sollte in dieser Untersuchung bei 3- bis 4-jährigen Kindern ein Interventionsprogramm, das von einer psychologisch-pädagogisch geschulten Fremdperson durchgeführt wurde, auf seinen Wert bezüglich der Hemmung von Verhaltensstörungen im Krankenhaus und nach der Entlassung überprüft werden.

2.2 Das Programm orientierte sich an zwei Theorien, 1. an der psychoanalytisch-kathartischen, nach der eine Verminderung bestimmter Verhaltensstörungen dann eintritt, wenn Kinder ihre negativen Affekte (Ängste, Unsicherheit) im Spiel (Rollenspiel) abreagieren (Saatsmann 1953, Wolff 1969, Gold 1973, Hartmann 1973, Smilansky 1973), 2. an einer kognitiven, nach der Verhaltensstörungen dann vermindert auftreten sollen, wenn das Kind eine klare Orientierung über die jeweiligen Umwelteinwirkungen und deren Verlauf gewinnen kann, d.h. in unserem Fall, den Grund seines Krankenhausaufenthaltes, die dort vorfallenden Geschehnisse und deren Entwicklung versteht. Dabei machen wir die Annahme, daß vor allem auch eine realistischere geistige Vorwegnahme zukünftigen Geschehens einschließlich der Genesung und der Entlassung angstreduzierend wirken. Allerdings wird auch die Auffassung vertreten, daß durch Beschäftigung mit eigenen Problemen, z.B. im Rollenspiel, aber auch durch die kognitive Vorwegnahme unangenehmer Ereignisse, z.B. der medizinischen Behandlung, die Verhaltensstörungen verstärkt würden. Dies dürfte jedoch nur dann eintreten, wenn die zur Verfügung stehenden Kognitionen, die aus der Erfahrung stammen oder neu gebildet werden, nichts zur Problemlösung beitragen.

2.3 Das Interventionsprogramm besteht im Prinzip aus zwei Teilen entsprechend den oben genannten Theorien: 1. einem Fingerpuppenspiel und einem Arztkoffer (mit Spritze, Thermometer, Verbandmaterial und Schere, Schürze u.a.), mit denen Arzt- und Patientenrollen gespielt werden konnten. „Oft wurde die Identifikation der Kinder mit den Figuren, die sie spielten, besonders deutlich, wenn sie einer Puppe ihren eigenen Namen oder den der sie betreuenden Schwester oder Ärztin gaben“ (Schandl 1979, S. 76). „Das Spiel mit dem Arztkoffer ... machte den Kindern viel Spaß ... So hatten auch die Kinder selbst einmal Gelegenheit, Injektionen zu verabreichen, Fieber zu messen etc. und auf diese Weise Gelegenheit, ihre Erlebnisse abzureagieren.

Dieses Spiel förderte auch den Kontakt zu anderen Kindern im Zimmer, da die Kinder oft andere aufforderten, mitzuspielen“ (Schandl 1979, S. 77).

Der 2. Teil bestand aus einem Bilderbuch aus Fotografien, die im entsprechenden Krankenhaus mit dort arbeitenden Personen aufgenommen worden waren und verschiedene Situationen des Krankenhausaufenthaltes zwischen Einweisung und Entlassung demonstrierten. Das Kind konnte so Personen und Räumlichkeiten in bezug auf seine eigene Situation wiedererkennen. Fertige Bilderbücher (Biermann 1972, Becken und Niggemeyer 1972) wurden aufgrund des zu hohen Fremdcharakters nicht verwendet. Nachdem genügend positiver Kontakt zwischen Versuchsleiter und Kind hergestellt war, besprach dieser mit dem Kind die Bilder, wobei sich das Kind an bereits erlebte Situationen bei der Aufnahme erinnern, seine gegenwärtige Situation erkennen und den zukünftigen Verlauf anhand eines abgebildeten Modellkindes vorwegnehmen konnte. „Sowohl am zweiten bzw. dritten Tage verlangten viele Kinder nach dem Foto-Bilderbuch ... Daß das Buch die Kinder beeindruckte, merkte ich auch, wenn die Eltern mich anlässlich des Erstinterviews danach fragten. Die Kinder hatten ihnen während der Besuchszeit bereits darüber berichtet“ (Schandl 1979, S. 77).

Zusätzlich zu diesen beiden Methoden sah der Versuchsleiter öfter nach dem Kind und sprach mit ihm über sein Befinden.

3. Die Stichprobe

Um den Effekt der Intervention zu testen, wurden mit 90 Kindern (42 weiblich, 48 männlich, Alter 3 und 4 Jahre, 11,1% aus der Oberschicht, 40% aus der Mittelschicht und 48,9% aus der Unterschicht) zwei Gruppen gebildet, eine Versuchsgruppe, bei der das Interventionsprogramm durchgeführt wurde und eine Kontrollgruppe, bei der kein experimenteller Eingriff in das Krankenhauseschehen erfolgte. Die Versuchsgruppe umfaßte 47 Kinder, die Kontrollgruppe 43 Kinder.

4. Erhebung anderer Bedingungen (Rahmenbedingungen)

4.1 Neben dieser Hauptuntersuchung wurde wie im ersten Versuch von Wanschura und Löschenkohl (1979) eine Reihe von Rahmenbedingungen erhoben, indem 1. das Kind systematisch im Time-sampling-Verfahren beobachtet und seine Verhaltensweisen registriert wurden, 2. indem die Eltern direkt und auch mit Fragebogen über verschiedene Merkmale befragt wurden.

Die Erhebung dieser Bedingungen ist schon deshalb notwendig, weil einige zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe konstant gehalten werden müssen, um den wahren Effekt der Intervention zu erfassen. Man kann in Versuchs- und Kontrollgruppe z.B. nicht unterschiedlich alte Kinder mit einer unterschiedlichen Zahl früherer Traumatisierungen, unterschiedlicher Krankenhausaufenthaltsdauer etc. vergleichen. Zum anderen dienten diese Erhebungen aber

auch einer komplexen Kontrolle der Untersuchung von *Wanschura* und *Löschenkohl* (1979).

4.2 Die fördernden bzw. hemmenden Bedingungen wurden wieder 3 Hauptgruppen zugeordnet:

4.2.1 Bedingungen im Krankenhaus

4.2.2 Bedingungen der Persönlichkeit des Kindes

4.2.3 Bedingungen der familiären Einwirkung

4.3 Als Bedingungen im Krankenhaus gelten im folgenden hypothetisch:

4.3.1 Freie Spielmöglichkeit und Ausübung freien Spiels

(weil dadurch eine Ablenkung von der Problemsituation erfolgt bzw. das Kind negative Affekte ausagiert, wobei Entspannungen erfolgen können)

4.3.2 Kontakt zu anderen Kindern

(weil durch neue soziale Kontakte die Trennung von der primären Bezugsperson erleichtert wird und eine Ablenkung von der Problemsituation erfolgt)

4.3.3 Positiver Arztkontakt

(weil durch Vertrauen zu dieser nun wesentlichen Bezugsperson Angst abgebaut wird)

4.3.4 Frühere Krankenhausaufenthalte

(weil das Kind die Krankenhaussituation, vor allem den Genesungsprozeß und die Entlassung bereits erlebt hat und sich dadurch kognitiv besser orientieren kann)

4.3.5 Dauer des Krankenhausaufenthaltes

(Weil es sein könnte, daß die Kinder im Laufe der Zeit eher begreifen, warum sie im Krankenhaus sind und was mit ihnen dort geschieht, könnte allmählich eine Hemmung von Verhaltensstörungen auftreten. Andererseits könnten, falls die Kinder keine klare Einsicht in die Gründe des Krankenhausaufenthaltes erlangen, die Verhaltensschwierigkeiten allmählich stärker werden. Es wird also von den Bedingungen im Krankenhaus abhängig sein, was von beidem eintritt.

Es könnte aber auch sein, daß kein linearer Verlauf vorliegt, so daß es nicht zu einer allmählichen Abnahme oder Zunahme von Verhaltensstörungen kommt, sondern zu einer Schwankung: Am Anfang starke Störungen, weil der Trennungsschmerz am größten und die neue Situation im Krankenhaus am meisten fremd ist, dann setzt Gewöhnung ein oder das Kind wartet ab, was geschieht und hofft auf Entlassung. Dauert dieser Zustand aber zu lange, kommt es wieder zur Verschlechterung)

4.3.6 Organisiertes Spiel wurde zum Unterschied von *Wanschura* und *Löschenkohl* (1979) im Interventionsprogramm angewandt, so daß ein Effekt bereits im signifikanten Unterschied zwischen Versuchsgruppe und Kontrollgruppe zum Ausdruck kommt. Außerhalb des Interventionsprogrammes stattfindendes organisiertes Spiel während der Besuchszeit wurde ebenfalls erhoben und sein Effekt zusätzlich geprüft.

4.4. Hypothetische Bedingungen in der Persönlichkeit des Kindes:

4.4.1 Alter

(Ältere Kinder sollten die Situation besser bewältigen, weil sie nicht mehr so stark an die primären Bezugspersonen gebunden sind und weil sie kognitiv eher in der Lage sind, neue Situationen zu verstehen)

4.4.2 Frühere Traumata

(Traumata hinterlassen Spuren in der Persönlichkeit des Kindes, die bei neuen Traumata aktiviert werden, was zu einer Verstärkung von Verhaltensstörungen führt)

4.4.3 Aktive Kontaktsuche

(Neue Kontakte werden eher möglich. Kontakte lenken von Problemen ab, der Trennungsschmerz von primären Bezugspersonen wird leichter überwunden)

4.4.4 Aktive Verarbeitung des Krankenhausaufenthaltes

(Zu Eigenaktivitäten dieser Art zählen alle Versuche des Kindes, sich mit der neuen Situation z. B. in Spielen, Erzählungen, Zeichnungen u. a. auseinanderzusetzen. Sie werden als hemmend auf Verhaltensstörungen prognostiziert, weil auf diese Weise eine Lösung der Spannung im Sinne der Psychokatharsis im Kind erfolgt und Affekte nicht angestaut oder verdrängt werden. Die gegenteilige These wäre, daß durch eine zu große Beschäftigung mit den Problemen ein immer stärkeres Involvement in negative Affekte erfolgt, was die Verhaltensstörungen erhöht. Dies sollte jedoch nur bei Introversion und nicht bei Ausagierung geschehen)

4.4.5 Intelligenz (nach *Stanford-Binet*, S-I-T)

(Die Wirkung der Intelligenz ist nicht einfach zu prognostizieren. Höher intelligente Kinder könnten im Krankenhaus stärker nach Gründen für die neue Situation suchen. Wird die Situation nicht einsichtig, könnten die Verhaltensstörungen erhöht werden. Wird die Situation transparent gemacht und von intelligenteren Kindern eher verstanden, könnte eine Reduktion der Verhaltensstörungen erfolgen)

4.5 Hypothetische Bedingungen in der familiären Umwelt:

4.5.1 Soziale Herkunft

(In höheren Sozialschichten erfolgt ein stärkeres Bewußtmachen und Beachten emotionaler Vorgänge. Die Kinder dürfen Emotionen negativer Art mehr zeigen. Dies könnte zu stärkeren Verhaltensstörungen vor allem in der häuslichen Umwelt führen. Die Unterdrückung von Affekten ist jedoch nur eine Scheinlösung)

4.5.2 Vorbereitung des Kindes auf den Krankenhausaufenthalt

(Besseres Verständnis der neuen Situation sollte angstreduzierend wirken und die Verhaltensstörungen verringern)

4.5.3 Angst der Mutter vor Krankheiten

(Wird als verstärkend für Verhaltensstörungen prognostiziert, weil die Mutter ihre Ängste zusätzlich auf das Kind überträgt)

4.5.4 Frühere Erziehungsprobleme

(Sind schwerwiegende Erziehungsprobleme aufgetreten, weist dies häufig auf ein gestörtes Eltern-Kind-Verhältnis hin. Den Eltern dürfte es nicht so gut gelingen, dem Kind zu helfen, die schwierige Situation des Krankenhausaufenthaltes zu bewältigen. Erziehungsschwierigkeiten müssen zum Teil auch als psychische Traumata für das Kind aufgefaßt werden, die als verstärkend auf Verhaltensstörungen prognostiziert werden)

4.5.5 Nicht intakte Familie

(Weil das Erlebnis des durch Scheidung oder Tod aufgetretenen Verlustes von Bezugspersonen seine eigene dauerhafte Trennung von Bezugspersonen für das Kind wahrscheinlicher macht, müßte die nicht intakte Familie Verhaltensstörungen verstärken)

5. Erhebung der Verhaltensstörungen

5.1 Im Krankenhaus wurden die Verhaltensstörungen der Kinder im Time-Sampling-Verfahren systematisch registriert und folgend aufgelistet:

5.1.1 Proteste gegen den Aufenthalt

(mindestens 10 Minuten dauerndes Weinen, Schreien nach der Besuchszeit)

5.1.2 Nahrungsverweigerung

(Zwangsfütterung)

5.1.3 Weinen

(ohne ersichtliche äußere Ursache)

5.1.4 Regressionen

(bezüglich Selbständigkeit, Sprachausdruck, Sauberkeit, Kontaktverhalten)

5.1.5 Nägelbeißen

(wenn vor dem Krankenhausaufenthalt in der Familie nicht beobachtet)

5.1.6 Daumenlutschen

(wenn vor dem Krankenhausaufenthalt in der Familie nicht akut)

5.1.7 Stereotype Schaukelbewegungen mit dem Körper

5.1.8 Stereotype Zupfbewegungen am Körper

5.1.9 Widerstand gegen die medizinische Behandlung

Um die Regression richtig beurteilen zu können, wurden die Mütter über solche Verhaltensweisen beim Kind vor dem Krankenhausaufenthalt befragt. Als Regressionen galten nur Verhaltensweisen, die das Kind in früherem Alter alterstypisch gezeigt, aber bereits abgelegt hatte und die nun von neuem auftraten.

5.2 Zur Eruierung der Verhaltensänderungen nach dem Krankenhausaufenthalt zu Hause wurden die Eltern der Kinder befragt. Die Eltern sollten zu bestimmten Verhaltensmerkmalen angeben, ob ihnen Änderungen im positiven oder negativen Sinne gegenüber der Zeit vor dem Krankenhausaufenthalt aufgefallen seien bzw. sich keine Änderungen ergeben hätten. Dazu zählten folgende:

5.2.1 Allgemeine Entwicklung

(sprachlich, motorisch, etc.)

5.2.2 Selbständigkeit

(Tätigkeiten selbständig oder neu durchgeführt)

5.2.3 Gestimmtheit

(negativ verstimmt, stimmungslabil, empfindlich)

5.2.4 Appetitstörungen

(Nahrungsverweigerung, Überessen u. a.)

5.2.5 Schlafenssituation

(Dunkelangst, Einschlafstörungen, Pavor nocturnus u. a.)

5.2.6 Ängstlichkeit

(ängstlich, sich bestimmte Tätigkeiten nicht mehr zutrauen, Feigheit)

5.2.7 Nervöse Gewohnheiten

(Stereotypien, Erbrechen, Tick, Nägelbeißen, exzessive Masturbation u. a.)

5.2.8 Aggression

(streitsüchtig, unfolgsam, eigensinnig, frech u. a.)

5.2.9 Verhalten gegenüber der Mutter zu Hause

(Ablehnung, überstarke Anhänglichkeit u. a.)

5.2.10 Verhalten gegenüber dem Arzt zu Hause

(weinen, sich verweigern u. a.)

5.2.11 Verhalten gegenüber der Umwelt zu Hause

(Kontaktabwehr, Egoismus u. a.)

Für beide Arten von Verhaltensstörungen, im Krankenhaus und nach der Entlassung, wurde auch ein Gesamtpunktwert bestimmt.

6. Statistische Probleme

6.1. Die Kinder der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe sollten sich, außer daß die einen am Interventionsprogramm teilnahmen, die anderen jedoch nicht, bezüglich des Alters, des Geschlechts, der sozialen Herkunft, der Intelligenz, der Dauer des Krankenhausaufenthaltes, der Anzahl früherer Krankenhausbefuche, der Zahl früherer Traumatisierungen, der Intaktheit der Familie nicht unterscheiden. Sie sollten streng genommen jeweils Zwillinge mit genau gleichen Bedingungen mit Ausnahme der psychologisch-pädagogischen Intervention sein. Da man solche Kinder jedoch nicht auffinden kann, ist es notwendig, die unterschiedlichen Bedingungen zwischen den beiden Gruppen durch mathematische Verfahren konstant zu halten und den Unterschied in den Verhaltensstörungen zwischen diesen beiden Gruppen unter mathematischer Gleichhaltung von Zusatzbedingungen statistisch auf Signifikanz zu testen. Als Verfahren können die Kovarianzanalyse oder die multiple Regressionsanalyse angewandt werden. Dies geschah bei der Testung des Haupteffektes „Psychologisch-pädagogische Intervention“ und auch bei der Testung der anderen Bedingungen der Verhaltensstörungen.

7. Ergebnisse

7.1 Die Wirkung des Interventionsprogrammes

Die Wirkung der im Krankenhaus durchgeführten psychologisch-pädagogischen Intervention auf die Hemmung von Verhaltensstörungen konnte sowohl während des Krankenhausaufenthaltes ($p = .023$) als auch nach der Entlassung in der häuslichen Umwelt ($p = .011$) statistisch signifikant nachgewiesen werden. Dabei wurden die aufgetretenen Verhaltensstörungen pro Kind zu einem Gesamtsummenscore verrechnet.

Die Häufigkeit der registrierten Verhaltensstörungen bei der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe in Prozent ist in Tab. 1 eingetragen. Dabei ist zu beachten, daß diese Daten etwas verfälschend sind, weil in Tab. 1 die Bedingungen zwischen den beiden Gruppen nicht konstant gehalten werden konnten.

Aus dem Ergebnis folgt, daß eine systematische Betreuung der Kinder durch eine speziell dieser Aufgabe gewidmeten Person erforderlich ist. Die Arbeit mit den Kindern ist sehr aufwendig und muß zur rechten Zeit erfolgen. Sie kann nicht

durch eine anderweitig verpflichtete Person genügend effektiv übernommen werden.

7.2 Die Wirkung anderer Bedingungen

7.2.1 Die Wirkung im Krankenhaus (Abb. 1)

7.2.1.1 Von den Bedingungen des Krankenhauses wirken

7.2.1.1.1 Freie Spiele signifikant hemmend auf Verhaltensstörungen ($p = .003$)

7.2.1.1.2 Kontakte zu anderen Kindern signifikant hemmend auf Verhaltensstörungen ($p = .007$ bis $.04$)

7.2.1.1.3 Positiver Arztkontakt signifikant hemmend auf Verhaltensstörungen ($p = .000$)

7.2.1.1.4 Frühere Krankenhausaufenthalte signifikant hemmend auf Verhaltensstörungen ($p = .019$)

7.2.1.2 Von den Bedingungen der Persönlichkeit des Kindes wirken

7.2.1.2.1 Aktive Verarbeitung des Krankenhausaufenthaltes signifikant hemmend auf Verhaltensstörungen ($p = .03$)

7.2.1.2.2 Aktive Kontaktsuche des Kindes signifikant hemmend auf Verhaltensstörungen ($p = .011$)

7.2.1.3 Von den Bedingungen der familiären Umwelt wirken

7.2.1.3.1 Die Angst der Mutter vor Krankheiten verstärkend auf Verhaltensstörungen ($p = .084$), insbesondere auf das Weinen ($p = .043$)

Tabelle 1: Verhaltensstörungen in der Versuchsgruppe und der Kontrollgruppe in Prozent

Verhaltensstörung	Versuchsgruppe n = 47 %	Kontrollgruppe n = 43 %
Daumenlutschen	4,25	20,93
Regressionen	14,89	37,20
Weinen	40,42	55,81
Zupfen am Körper	8,51	16,27
Nahrungsverweigerung	12,76	18,60
Widerstand	6,38	9,30
Nägelbeißen	4,25	4,65
Protest gg. Aufenthalt	31,91	30,23
Schaukelstereotypie	6,38	4,65

Tabelle 1.1: Prozentsatz von Verhaltensstörungen verteilt auf die Zahl von Verhaltenskategorien

Verhaltensstörungen pro Anzahl an Kategorien	Versuchsgruppe n = 47 %	Kontrollgruppe n = 43 %
in keiner	31,91	20,93
in einer	29,78	23,25
in zwei	21,27	23,25
in drei	12,76	18,60
in vier	2,12	2,32
in fünf	2,12	9,30
in sieben	0,00	2,32

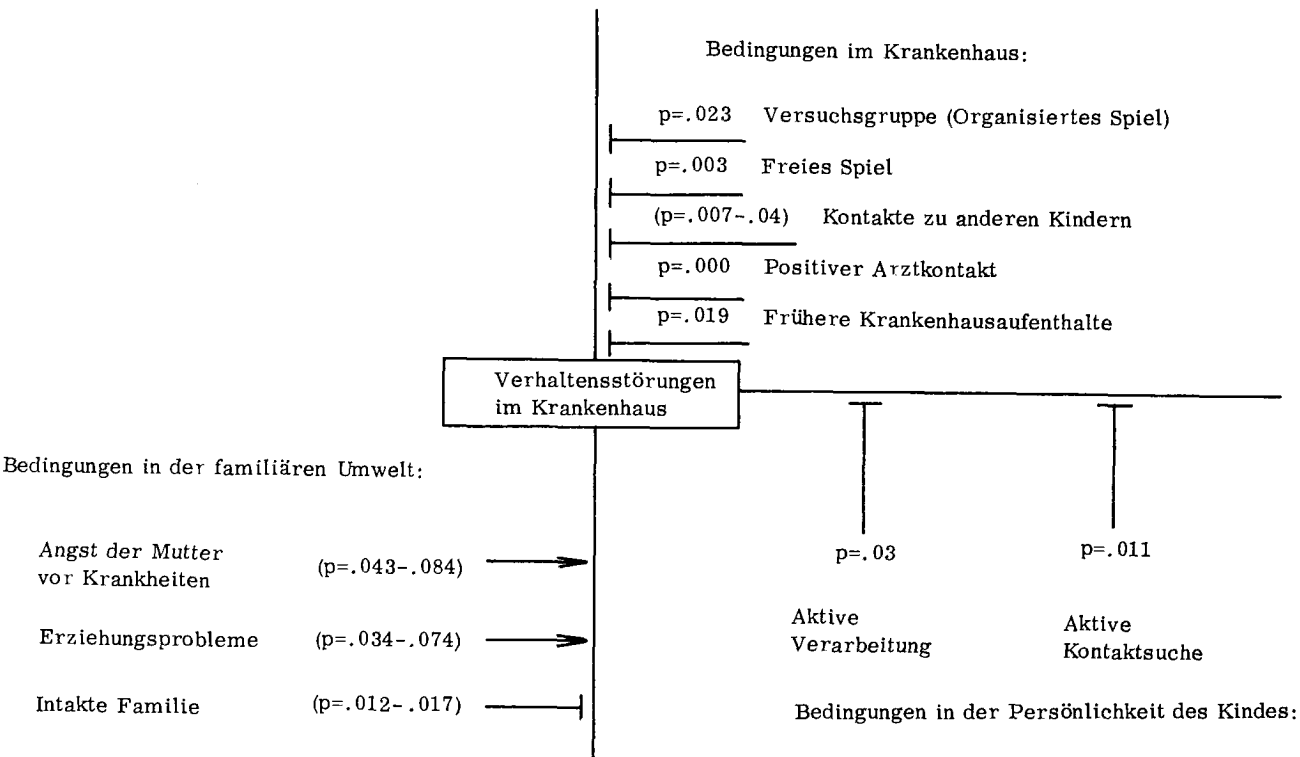


Abbildung 1: Bedingungsmodell für Verhaltensstörungen im Krankenhaus*

*Eingeklammerte p-Werte beziehen sich auf Einzelmerkmale und nicht auf die Summe der Verhaltensstörungen
Ferner bedeuten: \vdash Hemmung, \leftarrow Verstärkung von Verhaltensstörungen.

7.2.1.3.2 Frühere schwerwiegende Erziehungsprobleme verstärkend auf Verhaltensstörungen ($p = .034$ bis $.074$)

7.2.1.3.3 Eine nicht intakte Familie verstärkend auf Verhaltensstörungen ($p = .012$ bis $.017$)

7.2.2. Die Wirkung nach der Entlassung (Abb. 2)

7.2.2.1 Von den Bedingungen des Krankenhauses wirken

7.2.2.1.1 Freies Spiel hemmend auf Verhaltensstörungen ($p = .003$)

7.2.2.1.2 Positiver Arztkontakt hemmend auf Verhaltensstörungen ($p = .017$)

7.2.2.2 Von den Bedingungen der Persönlichkeit des Kindes wirken

7.2.2.2.1 Aktive Verarbeitung des Krankenhausaufenthaltes hemmend auf Verhaltensstörungen ($p = .006$)

7.2.2.2.2 Aktive Kontaktsuche des Kindes hemmend auf Verhaltensstörungen ($p = .002$)

7.2.2.2.3 Höhere Intelligenz hemmend auf Verhaltensstörungen, insbesondere auf Ängstlichkeit ($p = .022$)

7.2.2.3 Von den Bedingungen der familiären Umwelt wirken

7.2.2.3.1 Vorbereitung auf den Krankenhausaufenthalt hemmend auf Verhaltensstörungen, insbesondere auf Angst ($p = .026$) und nervöse Gewohnheiten ($p = .045$)

7.2.2.3.2 Die Angst der Mutter vor Krankheiten verstärkend auf Verhaltensstörungen ($p = .013$)

7.2.2.3.3 Frühere schwerwiegende Erziehungsprobleme verstärkend auf Verhaltensstörungen ($p = .022$)

8. Diskussion

Eine Reihe von Bedingungen des Krankenhauses konnte in ihrer Wirkung auf Verhaltensstörungen während des Krankenhausaufenthaltes als auch nach der Entlassung wie in der ersten Untersuchung von Wanschura und Löschenkohl (1979) wieder als signifikant nachgewiesen werden. Es sind dies Freies Spiel, Kontakt zu anderen Kindern und positiver Arztkontakt. Das Organisierte Spiel, das in der ersten Untersuchung schon während der Besuchszeit eine bedeutende Rolle spielte, wurde in einem psychologisch-pädagogischen Interventionsverfahren zur Verhütung von Verhaltensstörungen angewandt und erwies sich sowohl während des Krankenhausaufenthaltes als auch nach der Entlassung in der häuslichen Umwelt als bedeutsam effektiv. Zusätzlich erbrachte das Organisierte Spiel während der Besuchszeit keinen positiven signifikanten Effekt. Von den Bedingungen in der Persönlichkeit des Kindes konnte die aktive Kontaktsuche als störungsreduzierende Variable wiederbestätigt werden. Hinzu kommen aber nun mit signifikanter Wirkung die von V. Schandl neu erhobenen Aktionen des Kindes zur thematischen Bewältigung der Beeinträchtigung durch den Krankenhausaufenthalt in Erzählung, Zeichnung u. a. Das Alter der Kinder erreichte im Gegensatz zur 1. Untersuchung keine Signifikanz, wahrscheinlich weil

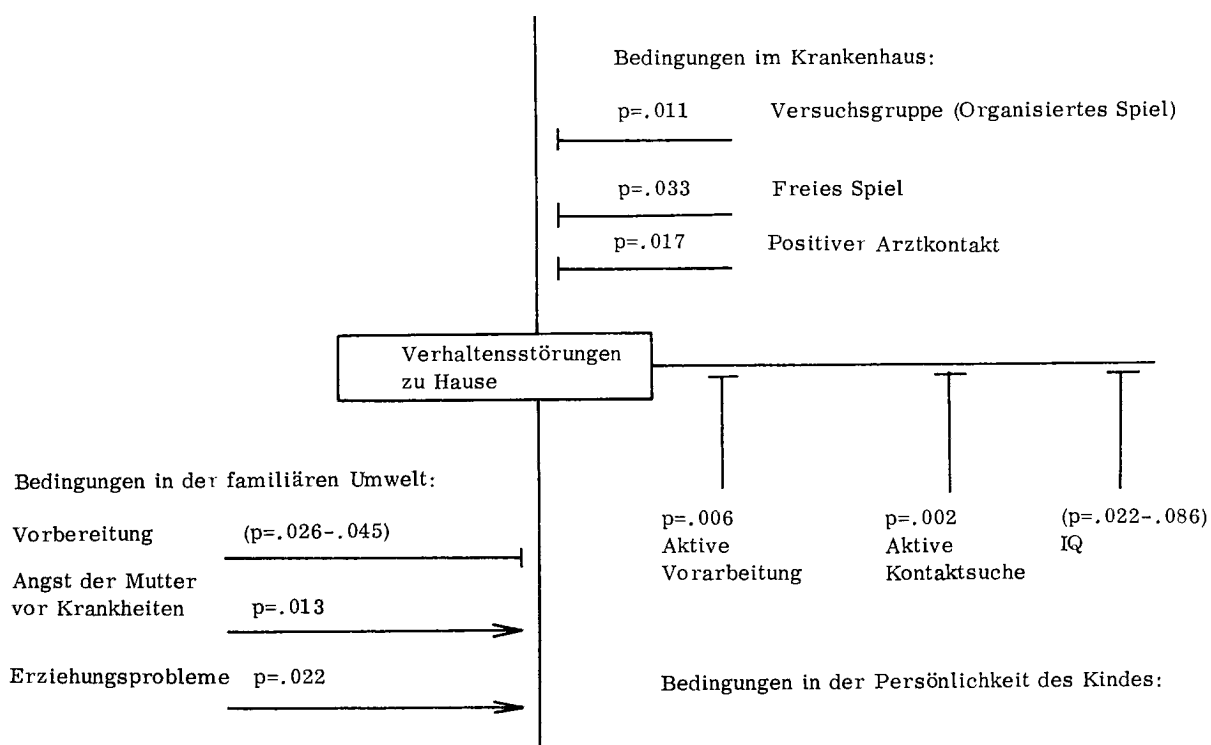


Abbildung 2: Bedingungsmodell für Verhaltensstörungen nach der Entlassung*

*Eingeklammerte p-Werte beziehen sich auf Einzelmerkmale und nicht auf die Summe der Verhaltensstörungen. Ferner bedeuten: T-Hemmung, L-Verstärkung von Verhaltensstörungen

die Altersspanne jetzt wesentlich kleiner war. Es handelte sich nur um 3- bis 4jährige Kinder. Von den Bedingungen der häuslichen Umwelt konnte die Vorbereitung auf den Krankenhausaufenthalt wieder als günstig nachgewiesen werden. Im ersten Versuch hatte sich gezeigt, daß Interesse der Eltern an pädagogisch-psychologischen Problemen einen günstigen Effekt hat, weil die Eltern dann eher imstande sind, sich richtig in erziehungsschwierigen Situationen, wie es der Krankenhausaufenthalt darstellt, zu verhalten. Im neuen Versuch tritt an Stelle dessen der ungünstige Effekt von stärkeren Erziehungsschwierigkeiten vor dem Krankenhausaufenthalt. Im ersten Versuch (Wanschura und Löschenkohl 1979) erwies sich das Vertrauen der Mutter zu Ärzten als reduzierend auf Verhaltensstörungen, weil sie dadurch ihre Ängste nicht auf das Kind überträgt. In der neuen Untersuchung ist es ihre Angst vor Krankheiten, die sich ungünstig auswirkt, was gleichartig interpretiert werden könnte. Günstig wirkte sich ferner noch eine intakte Familie aus, weil durch den Verlust einer Bezugsperson wie durch Scheidung oder Tod, das Kind ein zu deutliches Modell für eine möglicherweise immerwährende Trennung von primären Bezugspersonen vor Augen hat.

Summary

The Child in the Hospital: Evaluation of an Intervention Program on Behavioral Disorders

A psychological intervention program for the prevention of behavioral disorders in hospitalized children was carried out. It was based on a cognitive and a psychoanalytic katharsis theory, and consisted of finger-doll play, playing with a doctor's bag, and a book with photographs. The investigation included 90 children aged 3 and 4 years, 42 girls and 48 boys. A covariance analysis with a regression analytic design showed a significantly lower level of behavioral disorders in the test group both during hospitalization and after release from the hospital, provided age, sex, intelligence, social status, duration of hospitalization and previous psychic traumata were kept constant. A variety of basic conditions was tested statistically in accordance with the earlier research by Wanschura and Löschenkohl (1979). The following conditions within the hospital 1. free play, 2. contact to other children, 3. positive contact to medical staff, and 4. previous hospitalization had a inhibiting effect on behavioral disorders during hospitalization and 1. free play and 2. positive contact to doctors additionally had a inhibiting effect on behavioral disorders after the release

from the hospital. Among the conditions inherent to the personalities of the children the following had an inhibiting effect on behavioral disorders during hospitalization: 1. active working out of the hospitalization by the child in play, 2. active search for contact, whereas 1. active working out 2. active search for contact, and 3. a higher intelligence level had an inhibiting effect on behavioral disorders after release from the hospital. From the conditions grounded on the family milieu 1. an intact family had an inhibiting effect on behavioral disorders, but 2. maternal anxiety concerning illness, and 3. earlier child rearing problems had a reinforcing effect, while 1. cognitive training of the child before hospitalization inhibited 2. maternal anxiety concerning illness and 3. earlier child rearing problems reinforced behavioral disorders after release from the hospital.

Literatur

Arp-Wystreil, E. M.: Die lernpsychologische Beeinflussung der Angst der Kinder vor dem Krankenhaus. Unveröff. Diss., Wien, 1973. – Becken, Niggemeyer: Ich bin jetzt im Krankenhaus. Ravensburg, O. Maier. – Biermann, G., Biermann, R.: Gabi geht ins Krankenhaus. München, Reinhardt, 1972. – Frey, R., Gerbershagen, H. U., Müller, K. P.: Psychische Führung am Krankenbett. Stuttgart, Fischer, 1975. – Ginott, H. G.: Die Spielzeugauswahl in der Kinderpsychotherapie. In: G. Biermann, Handbuch für Kinderpsychotherapie. München, Reinhardt, 1969, S. 598–605. – Gold, V., Kanftl, W. L., Vogel, M., Wagner, M., Weber, I.: Kinder spielen Konflikte. Neuwied/Berlin, Luchterhand, 1973. – Hartmann, K.: Über psychoanalytische Funktionstheorien des Spiels, In: A. Flitner (Hrsg.), Das Kinderspiel, München: Piper, 1973, S. 76–88. – Jacobs, R.: Spielprophylaxe und -therapie des seelischen Hospitalismus. Praxis 1954, 3, 223. – Plank, E. N.: Hilfen für Kinder im Krankenhaus. München, Reinhardt, 1973. – Robertsen, J.: Kinder im Krankenhaus. München, Reinhardt, 1974. – Saatmann, L.: Kinder spielen sich gesund. Stuttgart, Klett, 1972. – Schandl, V.: Versuch einer Prophylaxe von psychischen Traumatisierungen von Kleinkindern durch psychosoziale Betreuung während ihres Krankenhausaufenthaltes. Unveröff. Diss., Wien, 1979. – Smilansky, S.: Wirkungen des sozialen Rollenspiels. In: A. Flitner (Hrsg.): Das Kinderspiel, München, Piper, 1973, S. 151–187. – Troschke, J.: Das Kind als Patient im Krankenhaus. München, Reinhardt, 1974. – Veneklaas, G. M., Gobbe, J., Klootmeijburg, W. J.: Kind im Krankenhaus. Stuttgart, Thieme, 1975. – Wanschura, T., Löschenkohl, E.: Kind im Krankenhaus: 2 Bedingungsmodelle für die Verstärkung/Hemmung von Verhaltensstörungen. Praxis 1979, 28, 51–55. – Wanschura, T.: Kind und Krankenhaus. Unveröff. Diss., Universität Wien, 1978. – Wolff, S.: Kinder in Bedrängnis. Stuttgart, Klett, 1969.

Ansch. d. Verf.: Prof. Dr. Erich Löschenkohl, Institut für Psychologie der Universität für Bildungswissenschaften, Universitätsstraße 65–67, A 9010 Klagenfurt.