

Jungjohann, Eugen E. und Beck, Berthold

**Katamnestiche Ergebnisse einer Gesamtgruppe von Patienten
eines regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums
(1975-1980)**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 33 (1984) 4, S. 148-154

urn:nbn:de:bsz-psydok-30409

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

<i>Bahr, J., Quistorp, S., Höger, Ch.:</i> Datenschutz und Forschung: Konflikte und Lösungen (Data-Protection and Research: Conflicts and Solutions)	296	<i>Kallenbach, K.:</i> Visuelle Wahrnehmungsleistungen bei körperbehinderten Jugendlichen ohne Cerebralschädigung (A Comparative Study of the Visual Perception of Physically Disabled Juveniles without Brain Injury)	42
<i>Biermann, G.:</i> Macht und Ohnmacht im Umgang mit Kindern (Power and Powerless in Dealing With Children)	206	<i>Kammerer, E., Grüneberg, B., Göbel, D.:</i> Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil (Parental Satisfaction with the Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	141
<i>Broke, B.:</i> Diagnose, Ätiologie und Therapie des Hyperkinese-Syndroms (Diagnosis, Etiology and Therapy in the Case of Hyperkinesis-Syndrome)	222	<i>Knoke, H.:</i> Familiäre Bedingungen bei Konzentrations- und Leistungsstörungen (Family Conditions and Disturbances of Concentration and Performance)	234
<i>Büttner, M.:</i> Diagnostik der intellektuellen Minderbegabung – Untersuchung über die Zuverlässigkeit von Testbefunden (Intelligence of Mentally Retarded Persons)	123	<i>Löchel, M.:</i> Das präsuizidale Syndrom bei Kindern und Jugendlichen (The "Presuicidal Syndrom" in Children and Adolescents)	214
<i>Burchard, F.:</i> Praktische Anwendung und theoretische Überlegungen zur Festhaltungstherapie bei Kindern mit frühkindlichem autistischen Syndrom (Practice Of and Theoretical Consideration On Holding Therapy With Autists)	282	<i>Mangold, B., Rather, G., Schwaighofer, M.:</i> Psychotherapie bei Psychosen im Kindes- und Jugendalter (Psychotherapy on Psychoses in Childhood and Adolescents)	18
<i>Diepold, B.:</i> Depression bei Kindern – Psychoanalytische Betrachtung (Depression in Children – Psychoanalytic Consideration)	55	<i>Merkens, L.:</i> Modifikation des 'Frostig-Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW)' zur Anwendung bei Schwerstbehinderten (Modification of the 'Frostig Test for Development of Visual Perception' for Testing the Severely Handicapped)	114
<i>Frank, H.:</i> Die stationäre Aufnahme als Bedrohung des familiären Beziehungsmusters bei psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (Admission to Hospital as a Threat to Family Relation Pattern of the Psychosomatically Ill Child and Adolescent)	94	<i>Merz, J.:</i> Aggressionen von ein- bis zweijährigen Kindern aus der Sicht der Mütter (Aggressions in One-to Two-Year-Old Children from the Point of View of Their Mothers)	192
<i>Gehring, Th. M.:</i> Institution und Ökosystem – Aspekte kinderpsychiatrischer Problemlösungen (Institution and Ecosystem – Approaches to Problem-Solving in Child Psychiatry)	172	<i>Pelzer, G.:</i> Supervision in der Gruppe (Group Supervision)	183
<i>Gutezeit, G., Marake, J.:</i> Untersuchungen zur Wirksamkeit verschiedener Einflußgrößen auf die Selbstwahrnehmung bei Kindern und Jugendlichen (Studies of the Effects of Various Factors Upon the Self Perception of Children and Juveniles)	133	<i>Reich, G.:</i> Der Einfluß der Herkunftsfamilie auf die Tätigkeit von Therapeuten und Beratern (The Family of Origin's Influence on the Professional Activities of Therapists and Counselors)	61
<i>Hampe, H., Kunz, D.:</i> Integration und Fehlanpassung Drogenabhängiger nach der Behandlung in einer Therapeutischen Gemeinschaft (Adjustment and Maladjustment of Drug Addicts after Treatment in a Therapeutic Community)	49	<i>Reinhard, H. G.:</i> Geschwisterposition, Persönlichkeit und psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen (Birth Order, Personality, and Psychological Disorders in Children and Juveniles)	178
<i>Hartmann, H., Rohmann, U.:</i> Eine Zwei-System-Theorie der Informationsverarbeitung und ihre Bedeutung für das autistische Syndrom und andere Psychosen (A Two-System-Theory of Information Processing and Its Significance for The Autistic Syndrome and Other Psychoses)	272	<i>Reinhard, H. G.:</i> Streßbewältigung bei verhaltensgestörten Kindern (Coping Styles and Behaviour Disorders)	258
<i>Herzka, H. St.:</i> Kindheit wozu? – Einige Folgerungen aus ihrer Geschichte (Childhood – Where to? Some Conclusions Drawn from Its History)	3	<i>Rotthaus, W.:</i> Stärkung elterlicher Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen (Enhancing Parental Competence During Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	88
<i>Höger, Ch., Quistorp, S., Bahr, J., Breull, A.:</i> Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Polikliniken im Vergleich (A Comparison of the Attendance of Child Guidance Clinics and Outpatient Units of Child Psychiatric Hospitals)	264	<i>Schwabe-Höllein, M.:</i> Kinderdelinquenz – Eine empirische Untersuchung zum Einfluß von Risikofaktoren, elterlichem Erziehungsverhalten, Orientierung, Selbstkonzept und moralischem Urteil (Juvenile Delinquency)	301
<i>Jungjohann, E. E., Beck, B.:</i> Katamnestiche Ergebnisse einer Gesamtgruppe von Patienten eines regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums (Results of a Follow-Up-Study of a Total Group of Patients of a Regional Child Psychiatric Therapeutic Service)	148	<i>Sohni, H.:</i> Analytisch orientierte Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Grundlagen, Indikation, Ziele (Analytically Orientated Family Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Fundamentals, Indication, Goals)	9
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Literaturübersicht (Transsexualism in Juveniles)	70
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Ein Fallbericht (Transsexualism in Juveniles – A Case Report)	97
		<i>Vogel, Ch.:</i> Multiple Tics und Autoaggressionen – Ein Fall sekundärer Neurotisierung bei postvaccinaler Enzephalopathie (Multiple Tics and Auto-Aggressive Tendencies. A Case Report of Secondary Neurosis by a Cerebral Dysfunction after Vaccination)	188

Pädagogik und Jugendhilfe

- Goldbeck, L.*: Pflegeeltern im Rollenkonflikt – Aufgaben einer psychologischen Betreuung von Pflegefamilien (Foster Parents in Role Conflicts – Tasks for the Guidance of Foster Families) 308
- Hess, Th.*: Systemorientierte Schulpsychologie (System-oriented School Psychology) 154
- Krebs, E.*: Familienorientierung in der Heimerziehung – Die konzeptionelle Weiterentwicklung des therapeutisch-pädagogischen Jugendheimes „Haus Sommerberg“ in Rösrath (Family Orientation in Institutions for Disturbed Adolescents – The Conceptional Development of the Therapeutic-Pedagogic Institution „Haus Sommerberg“ in Rösrath near Cologne) 28
- Quenstedt, F.*: Neurotische Kinder in der Sonderschule – Therapeutische Einflüsse und Probleme (Neurotic Children in Special Schools – Therapeutic Influences and Problems) 317
- Wartenberg, G.*: Perspektivlosigkeit und demonstrative Lebensstil-Suche – Der junge Mensch im Spannungsfeld gesellschaftlicher Entwicklung (Lack of Prospects and the Demonstrative Search for a Life Style – Young People in the Conflicts of Societal Developments) 82
- Wolfram, W.-W.*: Im Vorfeld der Erziehungsberatung: Psychologischer Dienst für Kindertagesstätten (On the Perimeter of Child Guidance Clinics: Psychological Services for Kindergartens) 239

Tagungsberichte

- Diepold, B., Rohse, H., Wegener, M.*: Anna Freud: Ihr Leben und Werk – 14./15. September 1984 in Hamburg 322
- Hoffmeyer, O.*: Bericht über das 3. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindesalters am 28./29.10.1983 159
- Weber, M.*: Bericht über die Tagung „Beratung im Umfeld von Jugendreligionen“ vom 3.–6. November 1983 in Lohmar 34

Ehrungen

- Hans Robert Ietzner – 60 Jahre 105
- Ingeborg Jochmus zum 65. Geburtstag 244
- Friedrich Specht zum 60. Geburtstag 322
- Johann Zauner – 65 Jahre 323

Literaturberichte (Buchbesprechungen)

- Aulagnier, P.*: L'apprenti-historien et le maître-sorder. Du discours identifiant au discours délirant 325
- Awiszus-Schneider, H., Meuser, D.*: Psychotherapeutische Behandlung von Lernbehinderten und Heimkindern . . . 36

- Beland, H., Eickhoff, F.-W., Loch, W., Richter, H.-E., Meistermann-Seegeer, E., Scheunert, G.* (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse 251
- Breuer, C.*: Anorexia nervosa – Überlegungen zum Krankheitsbild, zur Entstehung und zur Therapie, unter Berücksichtigung familiärer Bedingungen 292
- Corsini, R. J., Wenninger, G.* (Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie 105
- Davidson, G. C., Neale, J. M.*: Klinische Psychologie – Ein Lehrbuch 325
- Drewermann, E., Neuhaus, I.*: Scheeweissen und Rosenrot. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet 75
- Faust, V., Hole, G.* (Hrsg.): Psychiatrie und Massenmedien . 165
- Friedrich, M. H.*: Adoleszentenpsychosen, pathologische und psychopathologische Kriterien 77
- Hackenberg, W.*: Die psycho-soziale Situation von Geschwistern behinderter Kinder 163
- Herzka, H. St.* (Hrsg.): Konflikte im Alltag 165
- Hoyler-Herrmann, A., Walter, J.* (Hrsg.): Sexualpädagogische Arbeitshilfen für geistigbehinderte Erwachsene . . 324
- Kast, V.*: Familienkonflikte im Märchen – Beiträge zur Jungschen Psychologie 199
- Lipinski, Ch. G., Müller-Breckwoldt, H., Rudnitzki, G.* (Hrsg.): Behinderte Kinder im Heim 199
- Loch, W.* (Hrsg.): Krankheitslehre der Psychoanalyse . . . 292
- Maker, C. J.*: Curriculum Development for the Gifted . . . 36
- Maker, C. J.*: Teaching Models in Education of the Gifted . 36
- Minuchin, S., Fishman, H. Ch.*: Praxis der strukturellen Familientherapie, Strategien und Techniken 161
- Nielsen, J., Sillesen, J.*: Das Turner-Syndrom. Beobachtungen an 115 dänischen Mädchen geboren zwischen 1955 und 1966 107
- Paeslack, V.* (Hrsg.): Sexualität und körperliche Behinderung 200
- Petermann, U.*: Training mit sozial unsicheren Kindern . . 37
- Postman, N.*: Das Verschwinden der Kindheit 76
- Probst, H.*: Zur Diagnostik und Didaktik der Oberbegriffsbildung 38
- Reimer, M.*: Verhaltensänderungen in der Familie. Home-treatment in der Kinderpsychiatrie 107
- Rett, A.*: Mongolismus. Biologische, erzieherische und soziale Aspekte 162
- Reukauf, W.*: Kinderpsychotherapien. Schulbildung-Schulstreit-Integration 164
- Richter, E.*: So lernen Kinder sprechen 325
- Schuschke, W.*: Rechtsfragen in Beratungsdiensten 201
- Sperling, E., Massing, A., Reich, G., Georgi, H., Wöbbe-Mönks, E.*: Die Mehrgenerationen-Familientherapie . . . 198
- Stockenius, M., Barbuceanu, G.*: Schwachsinn unklarer Genese 245
- Tscheulin, D.* (Hrsg.): Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie: zur Diskussion um eine differentielle Gesprächspsychotherapie 198
- Walter, J.* (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung . . 324
- Zlotowicz, M.*: Warum haben Kinder Angst 291

Mitteilungen: 39, 78, 108, 167, 202, 253, 293, 326

Katamnestische Ergebnisse einer Gesamtgruppe von Patienten eines regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums (1975–1980)*

Von Eugen E. Jungjohann und Berthold Beck**

Zusammenfassung

Bei sämtlichen Kindern und Jugendlichen, die von 1975–1980 aus einem regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungszentrum nach stationärem Aufenthalt entlassen wurden (N = 162), wurde durch eine Arbeitsgruppe (Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Stationsmitarbeiter) eine Katamnese erhoben.

Der Erfolg der stationären Behandlung wurde unter folgenden Gesichtspunkten beurteilt: a) Symptomatik, b) psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit, c) legale Bewährung, d) Schule und Beruf, e) Sexualität, f) Familiensituation, g) soziales und emotionales Verhalten.

Die Vorgeschichte war bei 56% durch intensive Behandlungsphasen und bei 49% durch frühere stationäre Behandlungen (Kliniken, heilpädagogische Heime) sowie bei 50% durch ausgeprägte familiäre Störungen gekennzeichnet.

Die Einbeziehung der Familie während der stationären Behandlung bewirkte vielfach eine günstige Veränderung der Familienbeziehungen. Allerdings konnten 20% von aus den Familien aufgenommenen Kindern nicht in ihre Herkunftsfamilie oder in eine normale Pflegestelle entlassen werden.

Bei unterschiedlichen Ergebnissen hinsichtlich der einzelnen Bewährungskriterien lag die Legalbewährung bei 88,3%. Als sozialpsychiatrisch weiterhin behandlungsbedürftig mußten noch 22,7% gelten. Dafür waren zu 7,2% die Ausbildung der psychischen Störungen des Kindes, zu 8,5% die fortbestehenden Störungen der Familie, weiterhin Mängel der Nachsorge und ungünstige Schulbedingungen verantwortlich zu machen. Als außerordentlich wichtig ist das Feedback einer solchen intern durchgeführten Untersuchung auf die Einrichtung anzusehen.

* Mit finanzieller Unterstützung der Stiftung Deutsche Jugendmarke e. V., Bonn.

** Christian Busch, Christa Dietrich, Angelika Drein, Gudrun Gerbert, Jutta Grave, Imke Häcker, Gabriele Hartmann, Dorothea Herrmann, Brigitte Hojdis, Attila Kiss, Gabriele Kloes, Sabine Klück, Sibylle Lengerer, Barbara Mitdank, Günther Paetsch, Josef Peteler, Paola Quintilliani-Fichte, Hartmut Rau, Rita Stonjek, Peter Strauß, Almut Stumme, Rita Weber, Gertrud Windhöfel, Jutta Winnesheidt.

1. Literatur und Fragestellung

Die Beurteilung der Effektivität ambulanter und stationärer Maßnahmen der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird nicht nur durch die Selbstheilungstendenzen bei Indexpatient und Familiensystem erschwert, sondern auch durch die Vielfalt des therapeutischen Vorgehens, besonders aber durch die geringe Zahl von Längs-

schnittuntersuchungen in diesem Bereich klinischer Forschung.

Aus dem Bereich der Jugendhilfe haben *Pongratz* u. *Hübner* 1959 über die Lebensbewährung nach Fürsorgeerziehung und Freiwilliger Erziehungshilfe berichtet. *Raithel* u. *Wollensack* haben 1980 Kinder und Jugendliche, die in SOS-Kinderdörfern gelebt hatten, mit differenzierten Bewährungskriterien nachuntersucht. *Schüpp* schließlich untersuchte 1980 ein Gesamtkollektiv von Jugendlichen, die aus einer stationären Einrichtung für neurotisch-dissoziale Jugendliche entlassen worden waren. Er hat die Notwendigkeit eigener Nachsorge hervorgehoben. Bei den beiden zuletzt genannten Untersuchungen lagen die positiven Bewährungsergebnisse bei 70–80%.

Katamnestische Erhebungen nach Behandlung in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen beziehen sich zumeist auf den weiteren Verlauf bei umschriebenen neuro-psychiatrischen Erkrankungen oder auf die Bewertung eines bestimmten therapeutischen Vorgehens (z.B.: *Dührssen*, 1964). *Corboz* hat 1980 über die Katamnesen von neurotisch gestörten Kindern nach stationärer Psychotherapie berichtet.

Katamnestische Untersuchungen bei einem unausgesehenen kinderpsychiatrischen Kollektiv sind Gegenstand einer Untersuchung von *Lempp* u. Mitarbeitern (1981). Fragebögen, die an die Eltern aller im Jahre 1969 erstmalig ambulant oder stationär behandelten Kinder und Jugendlichen versandt wurden, hatten eine Rücklaufquote von 52%. Es wurde dabei lediglich die Veränderung der Symptomatik erfasst. Für 92% der behandelten Patienten und für 78% der Patienten, bei denen die Behandlung abgebrochen worden war, wurden Verschwinden oder Besserung der Symptome mitgeteilt. Die Ergebnisse sind allerdings nicht zu Diagnosen oder Behandlungsvorgehen in Beziehung gesetzt.

2. Eigenes methodisches Vorgehen

Das Heilpädagogisch-Psychotherapeutische Zentrum Wülfrath-Aprath ist seit 1974 zu einem regionalen Behandlungszentrum für das Kind und seine Familie entwickelt worden, in dem Kinder und Jugendliche mit allen unterschiedlichen psychischen Störungen kurz- und mittelfristig stationär behandelt werden (*Jungjohann* 1979, 1981, 1983). Kostenregelungen erfolgen dabei sowohl nach der RVO, dem Jugendwohlfahrtsgesetz und dem Bundessozialhilfegesetz. Diagnostik und Behandlung beziehen Eltern und Familien ein. Dabei wird in Einzelfällen über einen besuchsweisen Aufenthalt in den Behandlungsgruppen auch eine zeitweilige stationäre Aufnahme angestrebt.

Die Arbeitsweise des Zentrums ist gekennzeichnet durch die Prinzipien der Therapeutischen Gemeinschaft im Sinne von *Jones* mit interdisziplinärer Zusammenarbeit, gruppall definierten Entscheidungsebenen und der Bewußtmachung gruppenspezifischer Prozesse sowie therapeutischer und pädagogischer Orientierung am Familienzusammenhang unter Einsatz verschiedener einzel- und gruppentherapeutischer Methoden.

Im Sinne der Aktionsforschung wurde eine gemeinsame Beurteilung der Wirksamkeit dieser Arbeitsweise versucht.

Alle Mitarbeiter wurden in einer Vorphase mit dem Plan und den Gründen einer katamnestischen Untersuchung vertraut gemacht, die der Selbstkritik und der Verbesserung des Vorgehens dienen sollte, aber auch Befriedigung am Erfolg erwarten lassen durfte. Die Motivation der Mitarbeiter wurde besonders dadurch angesprochen, daß sie jeden ehemaligen Patienten in seiner Familie bzw. seinem derzeitigen Lebensraum aufsuchen sollten. Es waren dadurch schließlich 50% aller Mitarbeiter (Ärzte, Psychologen, Therapeuten und Sozialpädagogen) an der katamnestischen Erhebung beteiligt.

Wenn *van Krevelen* bereits 1960 gesagt hat: „Überlasse katamnestische Untersuchungen deinem schlimmsten Feind, es sei denn, du akzeptierst, daß deine Ergebnisse aus deiner Sicht überbewertet werden“ (a.a.O. S. 302), dann liegt darin bereits die Kritik, die sich – wie gegenüber jeder Selbstevaluation – auch gegenüber unserem Vorgehen einwenden läßt. Dennoch entschieden wir uns für die o.g. Vorgehensweise, da es uns wichtig erschien, mittels Eigenerhebung ein direktes Feedback zu bekommen und so neben motivationalen Aspekten neue Handlungsstrategien aus den gewonnenen Reflexionen zu entwerfen.

Das Vorgehen wurde in folgender Weise strukturiert:

1. Erstellung eines standardisierten, zum geringen Teil semistrukturierten Fragebogens mit 226 Variablen, aufgeteilt in die folgenden Ebenen bzw. Achsen:
 - a) familienrelevante Angaben
 - b) Daten der vorstationären Betreuung
 - c) Beurteilungsebene Aufnahme
 - d) Daten zur stationären Behandlungszeit
 - e) Beurteilungsebene Entlassung
 - f) Daten zur schulischen Entwicklung
 - g) Beurteilungsebene katamnestische Untersuchung
 - h) gesonderter Familienfragebogen.
2. Trainingszeit für die Mitarbeiter mit Gruppengesprächen unter Einbeziehung von Video und Rollenspiel zur Vorbereitung des katamnestischen Hausbesuches.
3. Analyse der Krankenakten bezogen auf die o.a. Ebenen und Achsen der bisher erfaßten lebensgeschichtlichen und psychopathologischen Daten.
4. Hausbesuchs-Interviews mit Probanden, Familien und/oder nachfolgenden stationären Einrichtungen.
5. Codierung der Variablen, statistische Erfassung mittels Rechenzentrum (Gesamthochschule Wuppertal, SPSS-Programm).
6. Nachbereitung der Ergebnisse sowohl in Form der wissenschaftlichen Darstellung als Anregung für Planungen im Bereich der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis als auch besonders in Richtung des Feedbacks für unsere Einrichtung.

Die Ergebnisse dieser lebensgeschichtlichen Entwicklungen wurden zunächst auf folgende Bewährungskriterien bezogen, die bei den anderen o.a. katamnestischen Untersuchungen Grundlage waren:

- a) die psychosoziale Kompetenz
- b) die Legalbewährung
- c) die Schul-/Berufsbewährung.

Der Bewährungsdimension – psychosoziale Kompetenz – haben wir besondere differenzierende Beachtung hinsichtlich

der Veränderungstendenzen bei Kind und Familie geschenkt. In diesem Bereich ist die Effizienzprüfung besonders schwierig, aber auch besonders wichtig. Sie wurde durch diagnostische Einschätzungen der Katamnester, durch Beurteilungen der Eltern und der von Mitarbeitern aus nachfolgenden stationären Einrichtungen (Heime und Kliniken) ergänzt.

Die psychosoziale Bewährung beim Kind war punktuell definiert durch:

- a) Veränderung der Symptomatik (Leitsymptome bei der Aufnahme, Entlassung und Katamnese)
- b) Krankheitssymptome allgemein
- c) Emotionalität
- d) soziale Fähigkeit
- e) familiäre Beziehungen
- f) Reintegration des Kindes
- g) Sexualität
- h) psychiatrische Bewährung.

Psychosoziale Bewährungsaspekte der Familie beziehen sich auf Veränderungstendenzen bei:

- a) Familienatmosphäre/familiäre Beziehungen
- b) soziale Isolation
- c) soziale Mobilität
- d) „broken home“
- e) Familientypen (-strukturen).

Verschiedene dieser Bewährungsaspekte wurden mit anderen zu einem psychiatrischen Bewährungskriterium herangezogen, das in dem Ergebnisteil dargestellt werden soll.

3. Beschreibung der Grundgesamtheit und des Untersuchungskollektivs

Das Heilpädagogisch-Psychotherapeutische Zentrum Wülfrath-Aprath ist eine ambulante und stationäre Kinder-einrichtung im Rahmen der sozialpsychiatrischen Regionalversorgung. Wegen der Familienorientierung müssen die Patienten aus Familien kommen, die in Reichweite der Einrichtung leben. 73,2% der Kinder und Jugendlichen kommen aus einem Einzugsgebiet bis zu 60 km, 92% aus einer Entfernung von bis zu einer Autofahrtstunde.

Die Grundgesamtheit der Untersuchung war $N = 162$ Kinder und Jugendliche, die vom 1. Januar 1975 bis zum 30. Dezember 1980 aus der stationären Behandlung des Zentrums entlassen worden waren. Zum Katamnesezeitpunkt betrug der durchschnittliche Bewährungszeitraum 47,2 Monate (ca. 4 Jahre). Bei zwei Dritteln lag die Streubreite zwischen 26 und 68 Monaten. Die katamnestiche Untersuchung erfolgte in der Regel durch zwei Untersucher in einem meist mehrstündigen Interview mit den Klienten, den Familienangehörigen und/oder anderen Bezugspersonen. Die realisierte Erhebungsquote war mit 86,4% ($N = 140$) außerordentlich hoch. Bei 6,2% kam es zu einer Verweigerung; 7,4% der ehemaligen Klienten konnten nicht aufgefunden werden.

Eine Übersicht über wesentliche Klientelvariablen ergab folgende Verteilung:

1. Das Durchschnittsalter zum Katamnesezeitpunkt betrug 16 Jahre mit einer Streubreite von 10 bis 22 Jahren und einer Standardabweichung von 13,8 bis 18,4 Jahren.

2. Die mit herkömmlichen Intelligenztestverfahren ermittelten Intelligenzquotienten verteilten sich wie folgt:
IQ < 90 : 21%/IQ 91–110 : 49%/IQ > 110 : 30%
3. 86% waren männlichen, 14% weiblichen Geschlechts.
4. Verteilung nach Diagnosen:
Neurotische Kategorie (depressiv, zwangsneurotisch, angstneurotisch, schizoid, hysterisch) 39%
Psychotische Kategorie (Psychose, primärer infantiler Autismus) 13%
Hirnorganische Kategorie (Hirnerkrankungen, hyperkinetisches Syndrom, MCD) 20,5%
Deprivationskategorie (Hospitalismus, Entwicklungshemmung, Dissozialität) 26,5%
5. Zur Struktur der Herkunftsfamilie bei der Aufnahme:
Aus eigener Familie 74,7%
davon: – Vollständige Familien 58,0%
– Alleinerziehende Mutter 14,8%
– Alleinerziehender Vater 2,0%
Adoptivfamilie 3,7%
Pflegefamilie 8,6%
Heim/Klinik 12,9%
Bezogen auf die Grundgesamtheit wurde eine Brokenhome-Situation¹ der Herkunftsfamilien festgestellt bei 43,2%
6. Zur Ehesituation der Eltern:
verheiratet 55,1%
geschieden/getrennt 26,6%
Stiefelternteil 9,5%
Tod eines Elternteils 7,0%
ledige Mütter 1,8%
7. Schichtzugehörigkeit nach *Kleining/Moore*:
untere und mittlere Unterschicht 11,9%
obere Unterschicht 33,7%
untere Mittelschicht 27,5%
mittlere Mittelschicht 19,4%
obere Mittelschicht/Oberschicht 7,5%
8. Vorstationäre Behandlungssituation:
58,6% der aufgenommenen Kinder/Jugendlichen befanden sich in ambulanter und/oder stationärer psychiatrischer/psychotherapeutischer Vorbehandlung, davon 21,6% in Heimen, 21% in Kliniken und 8% sowohl in Kliniken als auch in Heimen.

In der Region, für die das Heilpädagogisch-Psychotherapeutische Zentrum Wülfrath-Aprath im Sinne der Regionalversorgung zuständig ist, gibt es einen erheblichen Anteil bäuerlicher Bevölkerung. Es stammten aber nur 3,8% der Aufnahmen aus dörflichen Wohnbereichen, dagegen 12,5% aus städtischen sozialen Brennpunkten.

4. Ergebnisse der Untersuchung

4.1 Zur Lebenssituation des Klientels zum Katamnesezeitpunkt

Die Beschreibung des Untersuchungskollektivs bezog sich auf die Grundgesamtheit ($N = 162$) aller entlassenen

¹ Unter „Brokenhome“-Situation verstehen wir nicht nur die äußere Beschreibung des Zerbrochenseins wie Scheidung, Trennung etc., sondern auch die Beschreibung inneren Zerbrochenseins wie Zerstörungen der Familienbeziehungen etwa durch Alkohol, Inhaftierung, schwerwiegende Behinderung eines Partners etc..

Patienten aus dem genannten Zeitraum. Die folgenden katamnestiche Ergebnisse und Tabellen beziehen sich auf das Untersuchungskollektiv von bis zu 86,4% (N = 140) dieser Grundgesamtheit. Bei den folgenden Ergebnissen werden katamnestiche Befunde zum Teil denjenigen bei Aufnahme und Entlassung gegenübergestellt. Dadurch lassen sich teilweise lebensgeschichtliche Veränderungen von Einzelfaktoren verfolgen.

Trotz der außerordentlich gestörten Klientel – bezogen auf die Index-Patienten und ihre Familien (siehe o. a. Variablen) – war die stationäre Arbeit ausgerichtet auf Entlassung der Patienten in ihre Familien.

Tabelle 1: Aufenthalt der Kinder und Jugendlichen (N = 140)

	Aufnahme	Entlassung	Katamnese
eigene Familie (vollständig, alleinerziehend)	74,7%	57,0%	52,9%
Adoptiv-/Pflegeeltern	12,3%	22,4%	17,9%
Heim/Klinik	12,9%	14,9%	19,2%
Wohnheim/Internat	–	5,6%	3,6%
eigene Wohnung	–	–	7,6%

Wie aus der Tabelle zu entnehmen, wurde das Reintegrationsziel bei ca. 20% bei der Entlassung nicht erreicht, dies vor allem wegen ausgeprägter Störungen innerhalb der Familien. Ohne ein zwischenzeitlich aufgebautes sozialpsychiatrisches Programm für ein eigenes sonderpädagogisches Pflegeelternsystem (Rau, H. u. Budde, H., 1981) hätte dieser Anteil bei etwa 30% gelegen. Dazu kamen die Bemühungen um eine Entlassung, besonders der Adoleszenten, in geeignete Lehrlings- und Schülerheime oder auch Internate.

Die Untergruppe der nach unserer Behandlung stationär untergebrachten Patienten zum Katamnesezeitpunkt (19,2%) wurde einer besonderen Analyse unterzogen. In dieser Gruppe fanden sich Patienten mit chronischen Verläufen, besonders in Form des primären infantilen Autismus, der kindlichen Psychose, aber auch Jugendliche mit ausgeprägter dissozialer Entwicklung.

Die Analyse der Probandengruppe, die in die Herkunftsfamilie zurückkehrte (N = 94), zeigte, daß sich nach durchschnittlich 4 Jahren davon noch 84% in diesen Familien befanden. 5% der Eltern waren inzwischen geschieden, aber 10% der alleinerziehenden Eltern hatten sich zu einer Familie ergänzt; 5% dieses Kollektivs lebte unterdessen in einer eigenen Wohnung und 11% war zwischenzeitlich stationär erneut in Heimen/Kliniken untergebracht gewesen.

Demgegenüber ergab der Verbleib der Pflegekinder (N = 31) zum Zeitpunkt der Katamnese gegenüber dem Entlassstatus, daß sich noch 73% in dieser Pflegefamilie befanden, 11% hingegen zur leiblichen Familie zurückgekehrt waren und 11% inzwischen eine eigene Wohnung bezogen hatten.

4.2 Ausgewählte Bewährungsaspekte

a) Symptomatik:

Eine wesentliche Bewährungseinschätzung stellt die Gegenüberstellung des psychischen Befundes zum Zeitpunkt der Aufnahme, der Entlassung und der katamnestiche

Tabelle 2: Veränderungen der Leitsymptome (N = 140)

	Aufnahme	Entlassung	Katamnese
Ängstlichkeit	40%	16%	15%
Depressivität	40%	16%	16%
Suicidgefährdung	8%	> 1%	5%
Aggressivität	55%	28%	18%
Schlafstörung	23%	10%	9%
motorische Auffälligkeit	38%	21%	12%
psychosomatische Beschwerden	15%	4%	5%
neurotische Symptome	40%	15%	9%
psychotische Symptome	18%	10%	11%
Schulleistungsschwierigkeiten	75%	55%	34%
Retardierung (psychosozial, motorisch, mental)	40%	31%	23%
Dissozialität	32%	20%	21%

Untersuchung dar. Dazu wurden zwölf Leitsymptome, d. h. besonders ausgeprägte Symptome, gewählt, die sich an eine Übersicht einer Einteilung der kindlichen Verhaltensstörungen aus dem Institut für Sozialmedizin der Universität Heidelberg (Schäfer, H. u. Frederking, U., 1975) anlehnen und qualitativ bewertet wurden.

Die Beurteilung der Leitsymptome erfolgte für Aufnahme und Entlassung nach den vorliegenden Befundaufzeichnungen und Arzt- bzw. Entlassungsberichten. Der Befund zum Katamnesezeitpunkt wurde durch zwei Untersucher in mehrstündigen Interviews mit Klient und Bezugsperson erhoben. Wann immer möglich, wurde zur Kontrolle die Beurteilung der Untersucher und der jetzigen Bezugsperson einander gegenübergestellt.

Wie Tabelle 2 zeigt, gelten zusammenfassend aus unseren Erhebungen folgende Befunde:

1. Sozial definierte Auffälligkeiten zeigen sich am stärksten vertreten im Befund bei Aufnahme und Entlassung mit einer allerdings deutlich weiteren Verbesserung während des Katamneseverlaufs.
2. Neurotische Einzelsymptome (Angst, Depressivität, Schlafstörungen etc.) zeigen eine deutliche Verbesserung bis zur Entlassung, bleiben dann weitgehend unverändert erhalten. Global gesehen erfährt neurotisches Verhalten insgesamt eine tendentielle Verbesserung auch während der Katamnesezeit.
3. Besonders hinzuweisen ist auf die Entwicklung motorischer Auffälligkeiten, die sich wesentlich als psychogenes und nicht als enzephalisches Problem darstellen. Es kommt hier zu einer deutlichen Verringerung.

Die Verlaufsformen weiterer Einzelsymptome können hier nicht dargestellt werden. Hervorgehoben werden soll lediglich folgendes: Der Störungsgrad der Schulanpassung liegt bei der Aufnahme bei 53,4%, bei der Entlassung bei 36,4% und fällt weiterhin auf 25% ab. Demgegenüber verstärkt sich die neurotisch bedingte Schulangst wieder leicht, aber deutlich während der Vier-Jahres-Frist nach der Entlassung.

b) Psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit:

Die psychiatrische Bewährung wurde operationalisiert als Gesamteinschätzung, die sich bezog auf die Symptomverbesserung, die Integration des Patienten in die Familie und die

Beurteilung seiner zum Katamnesezeitpunkt vorgefundenen sozialen Bezüge, wie z.B. der Fähigkeit zu spielen und Interessen nachzugehen. So wurden zum Zeitpunkt der Katamnese 77,3% als bewährt und 22,7% als nicht bewährt eingeschätzt. Eingeschlossen in letzter Guppe sind dabei 10% Patienten mit psychotischen Erkrankungen, die sich in anderen stationären Einrichtungen befinden. Die Gründe für einen ungünstigen Verlauf lagen nach unserer durch Exploration ermittelten Einschätzung zu 7,2% bei der Schwere des Krankheitsbildes des früheren Patienten und zu 8,5% bei einer extremen Familienpathologie. Weiterhin waren für einen negativen Verlauf eindeutig verantwortlich fehlende oder inadäquate Nachsorge und ungünstige Beschulung. Über diese Ergebnisse wird an anderer Stelle ausführlich berichtet.

c) Legalbewährung:

Die Legalbewährung wurde als positiv definiert, wenn keinerlei bekanntgewordenes delinquentes Verhalten oder lediglich ein Bagatelvergehen während des Bewährungszeitraumes angegeben wurde. Nach dieser Definition galten 88,3% des Klientels als bewährt, 11,7% als nicht bewährt. Die mangelnde Legalbewährung bestand vor allem in der Verfestigung dissozialer Strukturen, Aufnahme in Erziehungsheime, Autoeinbrüchen oder -diebstählen und gelegentlich in Streunen bis in die Fremdenlegion oder nach Poona. Über Drogenmißbrauch wurde außerordentlich selten berichtet.

d) Schulbewährung:

Die schulische – bzw. berufliche – Bewährung wurde bei dem Teil des Kollektivs, das sich zum Katamnesezeitpunkt noch in der Schule befand (N = 129), als positiv beurteilt bei Besuch einer höheren Schulform im Vergleich zu früher und bei Besuch derselben Schulform mit keiner oder nur einer Klassenwiederholung seit der Entlassung. Des weiteren galt als schul- und berufsbewährt derjenige, der eine Schulform abgeschlossen und nicht abgebrochen hatte, eine Arbeitsstelle aufwies oder sich in verschiedensten berufsbezogenen Ausbildungsgängen befand. Als nicht bewährt galt derjenige, der schulisch abgestiegen bzw. mehr als einmal eine Klasse wiederholt oder die Schule abgebrochen hatte, arbeitslos war oder sich nicht in konkreter Weiterbildung befand. An diesen Kriterien gemessen konnten 79% als „arbeitsbewährt“, 21% als nicht bewährt eingestuft werden. Hinzuweisen ist darauf, daß sich 11% des Kollektivs auf einer Sekundärschule befanden oder diese abgeschlossen hatten.

e) Sexualität:

Die Index-Patienten zeigten bei der Aufnahme sehr häufig – im psychoanalytischen Sinne verstanden – eine wesentliche Störung der psychosexuellen Entwicklung, so daß das sexuelle Verhalten zum Katamnesezeitpunkt für uns ein wichtiges Entwicklungskriterium darstellte. Als auffällige Sexualität wurde registriert: Homosexualität und Transvestizismus, aber auch das Fehlen sexuell altersgemäßer Interessen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß das Durchschnittsalter 16,2 Jahre betrug. In diesem Sinne waren 12% als auf-

fällig zu bezeichnen. 3% unseres ehemaligen Klientels war inzwischen verheiratet. Bei 2% der Fälle war es zu unehelicher Schwangerschaft gekommen. Bei 84% hingegen waren gegengeschlechtliche Freundschaften oder aber ein altersadäquates Interesse und eine Beschäftigung mit diesen Themen berichtet worden.

f) Familiensituation:

Eine Typisierung der Familienbeziehungen wurde vorgenommen, um die Veränderungen durch die familienorientierte stationäre Arbeit (Familientherapie, therapeutische Elternwochenenden, sozialtherapeutische Elterntage, bifokale Therapie etc.) festhalten zu können. Die in den folgenden Tabellen mitgeteilten Daten beziehen sich nur auf jene Patienten (N = 93), die sich zum Zeitpunkt der Katamnese in ihrer Familie befanden. Die von uns vorgenommene Typisierung und darauf zielende Beurteilungen führten zu den folgenden Ergebnissen:

Tabelle 3: Veränderung der Familien-Atmosphäre in Familientypen (N = 93)

	Aufnahme	Katamnese
I kühl, distanziert	15,2%	16,3%
II fassadär, nach außen freundlich	24,5%	17,3%
III chaotisch, inkonsistent	32,6%	15,2%
IV freundlich, warm, empathisch	27,7%	52,2%

Tabelle 4: Soziale Isolation der Familie, des Kindes (N = 93)

	Aufnahme	Katamnese
Familie	38,3%	26,7%
Kind	63,8%	21,3%

Die Verdoppelung der Anzahl der Familien im Bereich des empathisch-warmen Familientypus wie die deutliche Verringerung der sozialen Isolation besonders bei den Kindern weisen auf die Verbesserung der Beziehungsfähigkeit innerhalb der Familien mit all ihren Mitgliedern hin. Jedenfalls läßt sich aus diesen Ergebnissen eindeutig entnehmen, daß eine stationäre kinderpsychiatrische Einrichtung mit eindeutiger familiengenetischer Orientierung einen positiven Einfluß auf Familien hat. Dieselbe Tendenz zeigt sich erstaunlicherweise ebenfalls in der Kategorie „broken home“, die nicht nur formal, sondern auch bezogen auf inneres Zerbrochensein von Familienbeziehungen definiert wurde. Hier wurde eine deutliche Verminderung bei der Einschätzung einer „broken home“-Situation zum Katamnesezeitpunkt feststellbar. Es fanden sich mehr reorganisierte Familien als umgekehrt.

4.3 Einschätzung von Bewährungsaspekten und elterliche Einschätzung

Besonders wichtig war uns die Gegenüberstellung bestimmter Bewährungsbewertungen durch den Untersucher

Tabelle 5: Gegenüberstellung von Untersucher- und Elternbewertung
bzgl. verschiedener Bewährungsaspekte (N = 93)

Bewährungsaspekt	Beurteiler	verbessert	unverändert	verschlechtert
Beurteilung der Veränderung der Krankheitssymptomatik und des generellen psychischen Befindens	Untersucher	69,4%	22,2%	8,3%
	Eltern	61,8%	30,4%	7,8%
Beurteilung der sozialen Fähigkeiten des Kindes	Untersucher	72,8%	19,4%	7,8%
	Eltern	68,9%	22,3%	7,8%
Beurteilung des Einflusses auf die innerfamiliären Beziehungen	Untersucher	45,5%	40,6%	13,9%
	Eltern	44,6%	46,5%	8,9%

und durch die Eltern. Anhand des vorgelegten Elternfragebogens sollten die Eltern relativ unbeeinflusst ihre eigenen Wertungen abgeben. Aus der Fülle von Daten möchten wir hier eine Gegenüberstellung von Einschätzungen durch den Untersucher und die Eltern geben bezogen auf

- Krankheitssymptome und generelle emotionale Verfassung des Kindes,
- soziale Fähigkeiten des Kindes,
- familiäre Beziehungen untereinander.

Bei dieser Gegenüberstellung von Bewährungseinschätzungen ergeben sich zum Teil deutliche Übereinstimmungen. Besonders eine Verschlechterung in diesen Ebenen wurde von den Untersuchern wie den Familien in gleicher Weise beurteilt.

Die Wirksamkeit individueller therapeutischer wie pädagogischer Maßnahmen wurde von 81% der Eltern als gegeben bezeichnet, 9,5% beurteilten diese als eher ungünstig. Bezogen auf die familienorientierte Arbeitsweise unserer Einrichtung fanden 65,2% der befragten Familien diese als positiv beeinflussend; nur 7,6% beurteilten unsere Interventionen bezogen auf die Familie als ungünstig. Hinsichtlich des schwerwiegenden Entschlusses, ein Kind aus der Familie in eine stationäre Einrichtung aufzunehmen, wurde im Nachhinein von den Eltern zu 91,9% geurteilt, daß die Entscheidung für eine Aufnahme richtig war.

Abschließend einige Daten zur Dauer des stationären Aufenthaltes bezüglich des schwerwiegenden Problems weiterer Entfremdung von ihren Familien oder der Gefahr der Entwicklung sekundären Hospitalismus'. Hierzu setzen wir die Kriterien zur „psychiatrischen Bewährung“ in Beziehung zu unterschiedlichen Behandlungszeiträumen. So gesehen wurden als psychiatrisch positiv bewährt bei einer Behandlungsdauer von

- bis 12 Monaten (N = 41): 67%,
- bis 24 Monaten (N = 64): 78%,
- bis 36 Monaten (N = 34): 88% eingeschätzt.

Bei einer darüber hinausgehenden Behandlungsdauer (N = 23) kommt es allerdings zu einem sehr deutlichen Abfall der Einschätzung positiver psychiatrischer Bewährung. Dies ist bedingt durch die Überrepräsentation genuin psychiatrischer Erkrankungen wie frühkindlichem Autismus und psychotischen Erkrankungen in dieser Gruppe.

Es läßt sich aus diesen Daten eindeutig sagen, daß eine durchschnittliche Behandlungsdauer von bis zu zwei Jahren nicht mit einer Hospitalisierung oder einer verringerten

Familienfähigkeit eines so behandelten Kindes einherzugehen braucht, wenn die stationäre Arbeit eine familienorientierte Ausrichtung verfolgt. Die positive Korrelation zwischen einer Behandlungsdauer bis zu drei Jahren und einer positiven katamnestiche Entwicklung wurde auch von Schüpp (1979) berichtet.

5. Schlußbemerkungen

Zusammenfassend ist darzustellen, daß wir die Probleme einer Effizienzbeurteilung einer katamnestiche Untersuchung, die durch involvierte Mitarbeiter durchgeführt wird, durchaus selbstkritisch sehen. Allerdings ist darauf hinzuweisen, daß die Ergebnisse zu den Bewährungskriterien, die in anderen o.g. Katamnesen benutzt wurden, wie Legalbewährung, Schul- und Berufsbewährung, psychosexueller Status etc., ähnliche Bewährungsdaten aufzeigen. Wesentlich für uns war aber, daß die Durchführung dieser Untersuchung durch eigene Mitarbeiter in erheblicher Weise auf die eigene Arbeitsweise zurückgewirkt hat. Es konnte so zu einer weiteren Präzisierung des diagnostischen Vorgehens, einer Intensivierung der familienorientierten Arbeit, zu vermehrten sozialpsychiatrischen Außenkontakten und einer gezielteren reintegrativen Phase vor der Entlassung gelangt werden. Besonders beeindruckend erschien uns, daß bei etwa 15% der katamnestiche Hausbesuche sich Beratungsgespräche entwickelten. Es kam in Einzelfällen auch zu konkreten Kriseninterventionen, Überweisungen zu Therapeuten, Einleitung einer Umschulung und zur Zurücküberweisung in die eigene Ambulanz. In weiteren Arbeiten, die zur Zeit zur Veröffentlichung anstehen, wird über die Ergebnisse der poststationären Nachsorge durch die verschiedenen psychohygienischen Einrichtungen berichtet. Hier hat sich z.B. eindeutig ergeben, daß die Prognose wesentlich von der nachstationären Weiterversorgung abhängt. Ebenfalls werden spezifizierte Angaben zur besonderen Situation eines stationären kinder- und jugenpsychiatrischen Klientels gemacht.

Summary

Results of a Follow-Up-Study of a Total Group of Patients of a Regional Child Psychiatric Therapeutic Service

This longitudinal study entails all children and adolescents (N = 162), who were discharged from a regional psychiatric

treatment center from 1975–80. The study was done by a team of psychiatrists, psychologists, therapists and ward personell as part of the hospital staff.

The results of residential treatment were evaluated according to: a) symptomatology, b) need for psychiatric treatment, c) sexual behavior, d) social and emotional traits, e) dissocial and criminal demeanor, f) scholastic and professional status, g) family background.

Regarding developmental disturbances, it was found that 56% showed periods of intensive psychiatric treatment and that 49% had been in residential homes and clinics prior to this hospitalisation. In 50% extreme family pathology was proven. Family-orientation in psychiatric treatment resulted in definite improvement in family functioning. 20% of the former patients, however, could not be reintegrated into their family of origin, or into a normal foster family. As to the differing results of residential treatment regarding a number of evaluative criteria for instance, a rate of 88,3% of clients were found to be without criminal offences. 22,7% needed further social-psychiatric and aftercare. Grounds for continuing psychopathology were found in 7,2% as a result of existing mental disorder of the child, and in 8,5% due to extreme family pathology. Further reasons were definite deficits in aftercare and adverse conditions of the school system.

A major result of this study done by a larger group of the hospital staff was the reinvigorating effect of feedback into the institution. The definite statistical results, however, were not dissimilar to the findings of some other longitudinal studies, taking to heart *van Krevelen*: „Leave catamnestic research to your worst enemy, lest your results should be overstated.“

Literatur

Aumüller, J.; Kramer, F.; Leidinger, J.; Lempp, R. (1981): 8-Jahres-Katamnese der Patienten des Jahres 1969 einer Kinder- und

Jugendpsychiatrischen Klinik. In: Z. Kinder-Jugendpsychiatrie 9. – Corboz, J. (1980): Die stationäre Behandlung neurotischer Störungen im Kindesalter – Ergebnisse von 100 Katamnesen. In: Z. Kinder- u. Jugendpsychiatrie 8. – Dührssen, A. (1964): Katamnestiche Untersuchungen bei 150 Kindern und Jugendlichen nach analytischer Psychotherapie. In: Prax. Kinderpsych. Kinderpsychiat. 13. – Jungjohann, E. E. (1983): Das regionale Behandlungszentrum für das Kind und seine Familie – Die Aprather Alternative, Berlin: Marhold. – Jungjohann, E. E. (1981): Elterntherapie bei stationärer Kindertherapie. In S. Biermann (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Erg. – B., München: Reinhardt. – Jungjohann, E. E. (1979): Kassenärztliches Modell zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. In: Z. Kinder-Jugendpsychiatrie 7. – Lapouse, R. u. N. R. Monk (1964): A method for use in epidemiologic studies of behavior disorders in children. In: Amer. J. Public Health 54, 207–222. – Lempp, R. (1983): Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Klinikum: Aufgaben – Bedürfnisse – Probleme. In: Prax. Kinderpsych. Kinderpsychiat., 32. – Pongratz, L. u. Hübner, H.-O. (1959): Lebensberatung nach öffentlicher Erziehung. Darmstadt: Luchterhand. – Raithel, M. u. Wöllensack, H. (1980): Ehemalige Kinderdorfkinder heute – eine katamnestiche Untersuchung zur Lebensbewährung. München. – Rau, H.; Budde, H. (1981): Unterbringung von verhaltensauffälligen Kindern in Pflegefamilien – Erfahrungen in Auswahl und Differenzierung im Rahmen eines Pflegeelternprojekts. In: Prax. Kinderpsych. Kinderpsychiat., 30. – Schäfer u. Frederking, U. (1975): Einteilung kindlicher Verhaltensstörungen. In: Prax. Kinderpsych. Kinderpsychiat., 24. – Schüpp, D. (1979): „Verwahrlosung“ und Lebensbewährung – Zur Untersuchung über die Wirksamkeit öffentlicher Erziehung bei „verwahrlosten“ Jugendlichen. In: Prax. Kinderpsych. Kinderpsychiat., 28, 148–158. – Shepherd, M., B. Oppenheim, S. Mittchel (1973): Auffälliges Verhalten bei Kindern, Göttingen: Verl. f. Med. Psychologie.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Eugen E. Jungjohann und Dipl.-Psych. Berthold Beck, Heilpädagogisch-Psychotherapeutisches Zentrum, Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erfurthweg 28, 5603 Wülfrath