

Branik, Emil

Gefahren und mögliche negative Auswirkungen von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen – Erkennen und Vorbeugen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50 (2001) 5, S. 372-382

urn:nbn:de:bsz-psydok-43042

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 Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Branik, E.: Gefahren und mögliche negative Auswirkungen von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen – Erkennen und Vorbeugen (Risks and possible unwanted effects of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – recognition and prevention)	372
Buchholz-Graf, W.: Wie kommt Beratung zu den Scheidungsfamilien? Neue Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit für das Kindeswohl (How can counseling be brought to families in the process of divorce? New forms of interdisciplinarian cooperation for child's benefit)	293
Dierks, H.: Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter („Aurynggruppen“) (Preventive groups for school-age children of mentally ill parents („Autyn-groups“))	560
Lüders, B.; Deneke, C.: Präventive Arbeit mit Müttern und ihren Babys im tagesklinischen Setting (Preventive work with mothers and their babies in a psychiatric day care unit)	552
Pavkovic, G.: Erziehungsberatung mit Migrantenfamilien (Counseling help for immigrant families)	252
Pingen-Rainer, G.: Interdisziplinäre Kooperation: Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“ (Interdisciplinary cooperation: Results of a multisite project “Development of criteria for the counselling of pregnant women expecting a handicapped child at birth”)	765
Seckinger, M.: Kooperation – eine voraussetzungsvolle Strategie in der psychosozialen Praxis (Cooperation – A strategy with a lot of requisites for personal social services)	279
Seus-Seberich, E.: Erziehungsberatung bei sozial benachteiligten Familien (Educational counseling for social discriminated families)	265
Staets, S.; Hipp, M.: KIPKEL – ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt für Kinder mit psychisch kranken Eltern (KIPKEL – An interdisciplinary out-patient project of prevention aiming at children of psychiatrically ill patients)	569
Wagenblass, S.; Schone, R.: Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen (Between psychiatry and youth welfare – Help and treatment for children of parents with mental illness in the tension of the disciplines)	580

Originalarbeiten / Original Articles

Böhm, B.; Emslander, C.; Grossmann, K.: Unterschiede in der Beurteilung 10- bis 14jähriger Söhne geschiedener und nicht geschiedener Eltern (Differences in ratings of 9- to 14 years old sons of divorced and non-divorced parents)	77
Braun-Scharm, H.: Coping bei schizophrenen Jugendlichen (Schizophrenia in adolescence and coping)	104
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.; Schabmann, A.: Wahrnehmung der Schwierigkeiten lese- und rechtschreibschwacher Kinder durch die Eltern: Pygmalion im Wohnzimmer?	

(Perception of the problems of paar readers and spellers by the parents – Pygmalion in the living room?)	622
Götze, B.; Kiese-Himmel, C.; Hasselhorn, M.: Haptische Wahrnehmungs- und Sprachentwicklungsleistungen bei Kindergarten- und Vorschulkindern (Haptic perception and developmental language achievements in kindergarten and preschool children)	640
Hain, C.; Többen, B.; Schulz, W.: Evaluation einer Integrativen Gruppentherapie mit Kindern (Evaluation of integrative group therapy with children)	360
Huss, M.; Jenetzky, E.; Lehmkuhl, U.: Tagesklinische Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in Deutschland: Eine bundesweite Erhebung unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten (Day treatment in German child and adolescent psychiatry: A Germany wide analysis with respect to cost-effectiveness)	32
Klosinski, G.; Bertsch, S. L.: Jugendliche Brandstifter – Psychodynamik, Familiendynamik und Versuch einer Typologie anhand von 40 Gutachtenanalysen (Adolescent arsonists: Psychodynamics and family dynamics – a typology based on 40 expert opinions) . .	92
Kühle, H.-J.; Hoch, C.; Rautzenberg, P.; Jansen, F.: Kurze videounterstützte Verhaltensbeobachtung von Blickkontakt, Gesichtsausdruck und Motorik zur Diagnostik des Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) (Video assisted observation of visual attention, facial expression, and motor skulls for the diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD))	607
Meyer, C.; Matzejat, F.; König, U.; Wehmeier, P. M.; Remschmidt, H.: Psychische Erkrankung unter mehrgenerationaler Perspektive: Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie mit Kindern und Enkeln von stationär behandelten depressiven Patienten (Psychiatric illness in multigenerational perspective: Results from a longitudinal study with children and grandchildren of formerly depressive inpatients)	525
Mildenberger, K.; Noterdaeme, M.; Sitter, S.; Amorosa, H.: Verhaltensstörungen bei Kindern mit spezifischen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, erfaßt mit dem psychopathologischen Befundbogen (Behavioural problems in children with specific and pervasive developmental disorders, evaluated with the psychopathological documentation (AMBP))	649
Nieder, T.; Seiffge-Krenke, I.: Psychosoziale Determination depressiver Symptome im Jugendalter: Ein Vergleich der Geschlechter (Psychosocial determination of depressive symptoms in adolescence: A gender comparison)	342
Pauli-Magnus, C.; Dewald, A.; Cierpka, M.: Typische Beratungsinhalte in der Pränataldiagnostik – eine explorative Studie (Typical consultation issues in prenatal diagnostics – An explorative study)	771
Seiffge-Krenke, I.: „Liebe Kitty, du hast mich gefragt ...“: Phantasiegefährten und reale Freundschaftsbeziehungen im Jugendalter (“Dear Kitty, you asked me ...”: Imaginary companions and real friends in adolescence)	1
Sommer, R.; Zoller, P.; Felder, W.: Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation (Parenthood and psychiatric hospitalisation)	498
Wagenblass, S.: Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern (Lifetime experiences of children of mentally ill parents)	513
Wiemer, P.; Bunk, D.; Eggers, C.: Gesprächsmanagement bei gesunden, neurotischen und schizophrenen Jugendlichen (Characteristics of communication of schizophrenic, neurotic, and healthy adolescents)	17
Zander, B.; Balck, F.; Rotthaus, W.; Strack, M.: Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (The effectiveness of a systemic treatment model in an inpatient department of child psychiatry)	325

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Baldus, M.: Von der Diagnose zur Entscheidung – Entscheidungsprozesse von Frauen im Kontext pränataler Diagnostik (From diagnosis to decision – Decision making processes of women in context of prenatal diagnosis)	736
Cierpka, M.: Geschwisterbeziehungen aus familientherapeutischer Perspektive – Unterstützung, Bindung, Rivalität und Neid (Sibling relationships from a family therapeutic perspective – Support, attachment, rivalry, and enoy)	440
Dahl, M.: Aussonderung und Vernichtung – Der Umgang mit „lebensunwerten“ Kindern während des Dritten Reiches und die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Selection and killing – The treatment of children “not worth living” during the period of National Socialism and the role of child and adolescent psychiatry)	170
Dewald, A.: Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung (Problems concerning the interfaces between the medical and the psychosocial field)	753
Geier, H.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: psychosoziale Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A psychosocial view)	723
Hartmann, H.-P.: Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern (Psychiatric inpatient treatment of mothers and children)	537
Hirsch, M.: Schuld und Schuldgefühl im Zusammenhang mit Trennung und Scheidung (Guilt and feelings of guilt in the context of separation and divorce)	46
Karle, M.; Klosinski, G.: Die Bedeutung von Geschwisterbeziehungen bei einer Trennung der Eltern (The relevance of sibling relationships when parents separate)	401
Lehmkuhl, G.: Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ (From the prevention to the annihilation of “unworthy life”)	156
Lehmkuhl, U.: Biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpsychiatrie: Kontroversen und Ergänzungen (Biological child and adolescent psychiatry and social psychiatry: controversies and remarks)	664
Münchmeier, R.: Aufwachsen unter veränderten Bedingungen – Zum Strukturwandel von Kindheit und Jugend (Growing up in a changing world)	119
Nedoschill, J.; Castell, R.: „Kindereuthanasie“ während der nationalsozialistischen Diktatur: Die „Kinderfachabteilung“ Ansbach in Mittelfranken (Child euthanasia during National Socialism 1939-1945: the “Specialized Children’s Department” of Ansbach, Germany)	192
Nedoschill, J.; Castell, R.: Der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik im Zweiten Weltkrieg (The president of the „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“ during the Second World War)	228
Rauchfuß, M.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: medizinische Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A medical view)	704
Seiffge-Krenke, I.: Geschwisterbeziehungen zwischen Individuation und Verbundenheit: Versuch einer Konzeptualisierung (Sibling relationship between individuation and connectedness: A conceptualization)	421

Sohni, H.: Geschwisterbeziehungen in der Verarbeitung sexueller Traumatisierung: Der Film „Das Fest“ (Sibling relationship in coping with sexual traumatization: The movie „Das Fest“ („The Celebration”))	454
Walter, B.: Die NS-„Kinder-Euthanasie“-Aktion in der Provinz Westfalen (1940-1945) (The National Socialist “child euthanasia” action in the province Westphalia (1940-1945))	211
Wooßen, C.: Ethische Fragestellungen in der Pränataldiagnostik (Ethical problems in prenatal diagnosis)	695

Buchbesprechungen

Altmeyer, M.: Narzißmus und Objekt. Ein intersubjektives Verständnis der Selbstbezogenheit (<i>W. Schweizer</i>)	386
Armbruster, M. M. (Hg.): Mißhandeltes Kind. Hilfe durch Kooperation (<i>L. Goldbeck</i>)	480
Bergmann, W.: Die Welt der neuen Kinder. Erziehen im Informationszeitalter (<i>E. Butzmann</i>)	385
Borchert, J. (Hg.): Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie (<i>D. Irblich</i>)	596
Dahlmann, D. (Hg.): Kinder und Jugendliche in Krieg und Revolution. Vom Dreißigjährigen Krieg bis zu den Kindersoldaten Afrikas (<i>M. Hartmann</i>)	790
Diederichs, P.: Urologische Psychosomatik (<i>J. Wiese</i>)	319
Edelmann, W.: Lernpsychologie (<i>D. Gröschke</i>)	240
Ehrensaft, D.: Wenn Eltern zu sehr ... Warum Kinder alles bekommen, aber nicht das, was sie wirklich brauchen (<i>G. Fuchs</i>)	70
Eickhoff, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 42 (<i>M. Hirsch</i>)	312
Endres, M.; Hauser, S. (Hg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie (<i>D. Gröschke</i>)	388
Ettrich, K.U. (2000): Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter. Grundlagen – Verfahren – Neuentwicklungen – Screenings (<i>D. Gröschke</i>)	68
Fendrich, B.: Sprachauffälligkeiten im Vorschulalter. Kinder mit Sprach- und Sprechstörungen und Möglichkeiten ihrer pädagogischen Therapie (<i>D. Gröschke</i>)	481
Fuhr, R.; Screckovic, M.; Gremmler-Fuhr, M. (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie (<i>D. Irblich</i>)	137
Götze, P.; Richter, M. (Hg.): Aber mein Inneres überlaßt mir selbst. Verstehen von suizidalem Erleben und Verhalten (<i>W. Schweizer</i>)	141
Gruen, A.: Ein früher Abschied. Objektbeziehungen und psychosomatische Hintergründe beim Plötzlichen Kindstod (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	238
Guggenbühl, A.: Pubertät – echt ätzend. Gelassen durch die schwierigen Jahre (<i>H. Liebenow</i>)	69
Heinzel, F. (Hg.): Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive (<i>D. Gröschke</i>)	315
Julius, H.; Schlosser, R. W.; Goetze, H.: Kontrollierte Einzelfallstudien (<i>J. Koch</i>)	384
Klauß, T.: Ein besonderes Leben. Was Eltern und Pädagogen von Menschen mit geistiger Behinderung wissen sollten (<i>D. Irblich</i>)	136
Krapp, A.; Weidenmann, B. (Hg.): Pädagogische Psychologie (<i>K.-H. Arnold</i>)	788
Kronig, W.; Haeblerlin, U.; Eckhart, M.: Immigrantenkinder und schulische Selektion (<i>C. Irblich</i>)	789
Mohr, A.: Peer-Viktimisierung in der Schule und ihre Bedeutung für die seelische Gesundheit von Jugendlichen (<i>W. Schweizer</i>)	142

Osten, P.: Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis (<i>H. Heil</i>)	683
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XV (<i>P. Dettmering</i>)	136
Palitzsch, D. (Hg.): Jugendmedizin (<i>O. Bilke</i>)	241
Pervin, L.A.: Persönlichkeitstheorien (<i>D. Gröschke</i>)	477
Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie (<i>K. Sarimski</i>)	317
Peters, H.: Psychotherapeutische Zugänge zu Menschen mit geistiger Behinderung (<i>D. Irblich</i>)	598
Radebold, H.: Abwesende Väter. Folgen der Kriegskindheit in Psychoanalysen (<i>B. Gusson</i>)	478
Rost, D. H. (Hg.): Hochbegabte und hochleistende Jugendliche (<i>K.-H. Arnold</i>)	316
Rost, D.H.: Handwörterbuch Pädagogische Psychologie (<i>K.-H. Arnold</i>)	788
Sauter, S.: Wir sind „Frankfurter Türken“. Adoleszente Ablösungsprozesse in der deutschen Einwanderungsgesellschaft (<i>G. Nummer</i>)	65
Schneewind, K.A.: Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis (<i>C. von Bülow-Farber</i>)	66
Scholz, A.; Rothenberger, A.: Mein Kind hat Tics und Zwänge. Erkennen, verstehen und helfen beim Tourette-Syndrom (<i>M. Mickley</i>)	482
Schringer, W.: Zeichnen und Malen als Instrumente der psychologischen Diagnostik. Ein Handbuch (<i>D. Irblich</i>)	139
Sigman, M.; Capps, L.: Autismus bei Kindern. Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlung (<i>K. Sarimski</i>)	787
Sohns, A.: Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland (<i>D. Gröschke</i>)	594
Steinhausen, H.-C.: Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen und verstehen (<i>M. Mickley</i>)	680
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Antisemitismus unter Jugendlichen. Fakten, Erklärungen, Unterrichtsbausteine (<i>W. Schweizer</i>)	314
Thurmair, M.; Naggl, M.: Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld (<i>D. Gröschke</i>)	682
Warschburger, P.: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche (<i>K. Sarimski</i>)	595
Weiß, R. H.: Gewalt, Medien und Aggressivität bei Schülern (<i>H. Mackenberg</i>)	483
Westhoff, K.; Terlinden-Arzt, P.; Klüber, A.: Entscheidungsorientierte psychologische Gutachten für das Familiengericht (<i>E. Bretz</i>)	681
Will, H.; Grabenstedt, Y.; Völkl, G.; Banck, G.: Depression. Psychodynamik und Therapie (<i>C. von Bülow-Farber</i>)	599
Wirth, G.: Sprachstörungen, Sprechstörungen, kindliche Hörstörungen. Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen (<i>D. Gröschke</i>)	680

Neuere Testverfahren

Fritz, A.; Hussy, W.: Das Zoo-Spiel (<i>K. Waligora</i>)	685
Steinsmeier-Pelster, J.; Schürmann, M.; Eckert, C.; Pelster, A.: Attributionsstil-Fragebogen für Kinder und Jugendliche (ASF-KJ) (<i>K. Waligora</i>)	144
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Familien- und Kindergarten-Interaktionstest (FIT-KIT) (<i>K. Waligora</i>)	390

Editorial / Editorial	153, 249, 399, 491, 693
Autoren und Autorinnen /Authors	59, 135, 238, 311, 383, 469, 593, 676, 786
Diskussion / Discussion	678
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	60, 470
Tagungskalender / Calendar of Events	72, 147, 242, 321, 393, 485, 602, 688, 792
Mitteilungen / Announcements	75, 151, 246, 396, 605, 795

Gefahren und mögliche negative Auswirkungen von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen – Erkennen und Vorbeugen

Emil Branik

Summary

Risks and possible unwanted effects of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – recognition and prevention

Psychiatric hospitals for children and adolescents have for a period of time many possibilities of impact on their patients who cannot be treated successfully in other conditions. However, inpatient treatment may display unwanted effects, too, which compromise the treatment goals. Ten possible areas of unfavourable collusion occurring with patients and their families will be presented. Measures to prevent them will be proposed. The relative lack of reliable research data on how inpatient treatment works and on outcome will be mentioned. The knowledge of emotional pitfalls pointed out help clinicians to cope with clinical problems arising within this area.

Zusammenfassung

Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken haben für eine vorübergehende Zeit vielfältige Einwirkungsmöglichkeiten auf ihre Patienten zur Verfügung, die unter anderen Bedingungen in der Regel nicht erfolgreich behandelt werden können. Stationäre Behandlungen können jedoch auch unerwünschte Wirkungen entfalten, die den möglichen Effekt schmälern. Es werden zehn häufig und in unterschiedlicher Zusammensetzung und Ausprägung anzutreffende Problembereiche und Maßnahmen zur Vorbeugung dargestellt. Bei relativem Mangel an verlässlichen Daten über die Wirkungsweise und Ergebnisse stationärer Behandlungen hilft die Beachtung der dargestellten, in der Regel emotional beeinflussten Fallstricke die klinischen Herausforderungen besser zu bewältigen.

1 Einleitung

Wie andere medizinische Maßnahmen im allgemeinen und psychiatrische Therapiemethoden im besonderen sehen sich kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken zunehmend mit der Forderung konfrontiert, durch verbessertes Qualitätsmanagement ihre Arbeitsmethoden und Behandlungsstrategien nach Kriterien der Wissenschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeit auszuweisen. In Hinblick auf psychisch kranke Kinder und Jugendliche, die stationär behandelt werden, gibt es fachlich verständliche Gründe, nicht nur die Indikation und den Verlauf kritisch zu prüfen, sondern auch mögliche negative Auswirkungen des Klinikaufenthalts zu erkennen, um geeignete Präventionsmaßnahmen in Betracht zu ziehen (Barker 1993; Green u. Jones 1998). Die Forderung nach sorgfältiger Prüfung der Auswirkungen einer stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen stützt sich vor allem auf folgende Argumente:

1. Stationäre psychiatrische Behandlungen stellen für Kinder und Jugendliche sowie ihre Familien ein einschneidendes Ereignis und neben möglicher Entlastung auch spezifische Belastungen dar. Als Beispiele seien hier lediglich die Angst vor Stigmatisierung, Herausnahme aus dem vertrauten Milieu, Kränkung, Angst und/oder Schuldgefühle genannt.
2. Durch verbesserte ambulante, teilstationäre und sozialpsychiatrische Behandlungsstrukturen können im Vergleich zu früher in deutlich mehr Fällen adäquate Therapien unter Umgehung einer Hospitalisation geleistet werden. Dies führt unter anderem dazu, daß sich die Klientel kinder- und jugendpsychiatrischer Abteilungen zunehmend in Richtung sehr schwerer und aufwendiger Fälle verlagern wird, die an das Behandlungssetting hohe Anforderungen stellen.
3. Stationäre Behandlungen sind teuer, ein im Verteilungskampf unter den einzelnen Versorgungssparten um die spärlicher werdenden Gelder nicht zu unterschätzendes Argument.

Es besteht jedoch kein Zweifel, daß bei Kindern und Jugendlichen mit komplexen psychischen und Entwicklungsstörungen, schweren psychosozialen Beeinträchtigungen, folgenschweren Traumatisierungen oder anderen, aus welchen sozialen oder innerpsychischen Gründen auch immer bestehenden Faktoren, die eine erfolversprechende ambulante Massnahmen verunmöglichen, die stationäre Therapie ihre Berechtigung besitzt – und daran dürfte sich in absehbarer Zukunft nichts ändern.

2 Problembereiche bei Klinikbehandlungen – Erkennung und Vorbeugung

Nachfolgend werde ich zehn exemplarische, keinen Vollständigkeitsanspruch erhebbende Problembereiche aufzeigen, mit welchen man es – in unterschiedlicher Ausprägung und Zusammensetzung – im Verlauf von stationären Behandlungen zu tun bekommt, und deren Nicht-Beachtung die ursprünglichen Ziele der Klinikbe-

handlung in Frage stellen können. Damit einhergehend werde ich Maßnahmen benennen, die solchen unerwünschten Entwicklungen vorbeugen sollen. Ich werde die einzelnen Abschnitte mit etwas akzentuierten oder vielleicht sogar als polemisch empfundenen Titeln überschreiben, um deutlich zu machen, daß bei den zu behandelnden Problemen intensive Gefühle eine große Rolle spielen. Deshalb können wir bei dieser Art von Problemen nicht allein mit einem Rückgriff auf empirisch gesicherte Daten für Klarheit sorgen, selbst wenn es sie geben sollte, was aber zum großen Teil nicht der Fall ist. Die Zahl und erst recht die Verlässlichkeit von Evaluationsstudien über stationäre Behandlungen sind gering (Hersov 1994), der Nachholbedarf ist erheblich (Pfeifer u. Strzelecki 1990). Die methodischen Probleme sind groß, nicht nur, weil es bei schwer gestörten Kindern und Jugendlichen ethisch bedenklich und kaum praktikabel wäre, eine unbehandelte oder nicht-stationär behandelte Kontrollgruppe zu bilden, sondern auch wegen der Vielfalt der Einflüsse, die während eines stationären Aufenthalts auf die Patienten und ihre Familien einwirken. Schließlich sind die sozialen Variablen und Nachbehandlungsoptionen kaum in dem Maße qualitativ anzugleichen und zu operationalisieren, daß eine Vergleichbarkeit ermöglicht würde.

2.1 Die „Auszeit“ hat ihren Preis

Einweisungen in eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik erfolgen in der Regel in bedrohlichen Krisensituationen und/oder nach einer langen Kette von Versuchen, mit den Problemen auf eine andere Weise – sei es selbst oder unter Zuhilfenahme von ambulanten medizinischen oder paramedizinischen Angeboten – fertig zu werden, die jedoch allesamt nicht erfolgreich waren. Dies kann den Blick dafür verdecken, daß der Patient trotz seiner noch so problematischen Situation in der häuslichen Umgebung auch wichtige, ihn unterstützende Ressourcen haben mag, die ihm durch die Klinikaufnahme verloren gehen (Green u. Jones 1998). Dies können, abgesehen von der Primärfamilie, Beziehungen zu Freunden, Großeltern, Trainern, Lehrern, ambulanten Therapeuten, Haustieren sein. Es können förderliche, von der Krankheit noch nicht gänzlich in Mitleidenschaft gezogene, vielmehr stabilisierende und entlastende Aktivitäten sein wie Schule, Sport, Musik oder andere Hobbys. Schließlich kann das Verlassen der vertrauten Umgebung, des eigenen Zimmers, wichtiger Gegenstände und Gewohnheiten als herber Verlust erlebt werden.

Wenn es sich um eine geplante Einweisung handelt, ist es sehr empfehlenswert, sich bereits im Vorfeld über etwaige Ressourcen gründlich zu informieren. Neben dem Gespräch mit dem Patienten und seinen Eltern/Betreuern kann ein Schulbericht oder auch ein Hausbesuch durch einen Sozialarbeiter wertvolle Informationen liefern. Die Mitnahme von persönlichen Gegenständen in die Klinik sollte gefördert werden. Es kann geprüft werden, welche außerklinischen Aktivitäten auch vom Krankenhaus aus fortgeführt werden können (z.B. sportliches Training). Vorbestehende Kontakte zu ambulanten Diensten sollten nicht völlig abreißen. Diese sollten über den Verlauf und die geplanten Maßnahmen rechtzeitig informiert werden, damit die Behandlungskontinuität nach der Entlassung gewährleistet bleibt.

2.2 Die Einweisung als „Strafe“

Es ist häufig so, daß Kinder und Jugendliche die stationäre Behandlung als Bestrafung erleben. Je nach Alter fühlen sie sich – wie es bei den Eltern regelmäßig der Fall ist – durch die Psychiatrie stigmatisiert, vor Freunden und ihrem Umfeld beschämt. Dies kann verschiedene Ausdrucksformen annehmen wie herabgesetzte Selbstachtung, Resignation, Flucht in kompensatorische Größenphantasien, Renitenz oder Wendung in die negative Identität („wenn ich schon schlecht, gestört oder verrückt sein soll, dann kann ich die Sau auch voll rauslassen“). Die Klinikaufnahme stellt einen massiven Einschnitt in die Lebenssituation dar. Hoffnungen, Träume, Pläne, Phantasien über die Geltung und Freiheiten, die man mit zunehmenden Alter zu nutzen erhofft hat, erfahren einen jähen Dämpfer. Neben Verzweiflung können Wut und Protest aufkommen.

Die Schwierigkeiten vor der Aufnahme und die Ziele des Klinikaufenthalts sollten von Anfang an immer wieder geklärt, benannt, unter verschiedenen Aspekten herausgearbeitet werden – immer unter Berücksichtigung der bestmöglichen Entwicklungsperspektive für das Kind. Statt Schuldzuweisungen sollten die Bewältigungskräfte aller Familienmitglieder gefördert werden. Die therapeutischen Gespräche und die Elternarbeit sollten keinen moralisierenden Unterton haben, sondern soweit möglich das Verständnis dafür fördern, warum die Entwicklung diesen und keinen anderen Ausgang genommen hat – je nach Verarbeitungskapazität und Belastbarkeit der Betroffenen. Es sollte akribisch untersucht werden, welches Symptom und/oder Problemverhalten in der Klinik mit der ursprünglichen Störung und welches mit den Folgen der Institutionsbehandlung zu tun hat.

2.3 Die „Kartenhaus“-Variante

Die Entscheidung, ein Kind in stationäre Behandlung zu geben, kann der Kulminationspunkt einer in solchen Fällen in der Regel chronischen familiären Konfliktsituation sein, wobei es keine Rolle spielt, ob die Störung des Kindes oder die Überforderung der Familie als primär angesehen werden. Das Gefühl des Versagens (von wem auch immer) und seine Bewältigungsformen greifen um sich. Die stationäre Einweisung des Kindes kann in prädisponierten Fällen das Familiensystem derart verändern oder labilisieren, daß es zu psychischen Störungen bei einzelnen anderen Familienmitgliedern und/oder zum Auseinanderbrechen der Familie kommen kann. Latente oder offene Ausstoßungstendenzen oder die Sündenbockrolle des Kindes innerhalb der Familie – beides unter Umständen als Abwehr gegen die vorgenannte Drohung des Systemzusammenbruchs eingesetzt – stellen eine relative Kontraindikation zur stationären Behandlung dar (Green u. Jones 1998; Hersov 1994).

Möglichst schon im Vorfeld sollten in entsprechend gelagerten Fällen solche Eventualitäten in Betracht gezogen werden. Gegebenfalls muß zuerst oder gleichzeitig ein Helfernetz für die Familie geknüpft werden, bevor eine stationäre Behandlung des Kindes aussichtsreich sein soll, ohne daß dieses sich schuldig, für die Eltern verantwortlich, als Verräter, potentieller Retter oder ähnliches fühlen muß. Setzen solche

Entwicklungen unerwartet während des stationären Aufenthalts ein, sollte genügend Energie für die psychosoziale Versorgung der Familie investiert werden, wenn die Erfolgsaussichten für die aktuelle Behandlung des Kindes realistisch ausgeschöpft und beurteilt werden sollen. Ernstnehmen der Schwierigkeiten der Eltern macht in aller Regel mehr Sinn, als formelhaftes Beschwichtigen, indem man die Eltern zu Experten erklärt, während sie vor einem Zusammenbruch stehen. Ressourcenorientiertes Arbeiten setzt voraus, daß man die tatsächlichen Ressourcen auch einigermaßen zutreffend einschätzen kann, bevor man an sie appelliert. Die Klinik oder einzelne Betreuer sollten der Versuchung widerstehen, die „besseren Eltern“ sein zu wollen. Sollte eine stationäre Aufnahme des Kindes trotz einer familiendynamisch begründeten relativen Kontraindikation unumgänglich sein, sollte die Familienarbeit im Vordergrund stehen und dem Kind geholfen werden, sich weder in der Opferrolle einzurichten noch sich in einen destruktiven Widerstand z.B. in Form von blindem oppositionellen Verhalten hineinzusteigern.

2.4 *Die Klinik (der Helfer in Not) wird zum Feind*

Durch die Abgabe des Kindes an eine Klinik fühlen sich die Eltern gar nicht selten tief gekränkt, entwertet oder angegriffen und haben dazu noch Schuldgefühle (vgl. Branik 1995). Diese sehr belastenden Gefühle können nicht toleriert werden, so daß die Klinik und die ihr Kind behandelnden Personen zu Feindbildern werden. Waren es noch vor kurzem die Schwierigkeiten draußen, die zur Klinikbehandlung geführt haben, ist flugs die Klinik die Ursache allen Übels und schuld an der Misere mit dem Kind. Wenn es nicht gelingt, den Neid, die Rivalität, die Kränkung und die jeweiligen Rollen in bezug auf den Patienten konstruktiv in die therapeutischen Gespräche hineinzunehmen, wird das skizzierte Agieren zu einer ernsten Belastung für den Behandlungsprozeß. Die Klinik kann zu Projektionsfläche für eigene Versagensgefühle dem Kind gegenüber und die daraus entstehende Kränkungswut werden. Es ist immer leichter bei anderen die Fehler zu sehen, als sich mit eigenen Unzulänglichkeiten auseinanderzusetzen. Eine ähnliche Dynamik entsteht, wenn an die Klinik unrealistische Erwartungen gestellt werden, die zwangsläufig enttäuscht werden müssen, was wiederum Wut nachsichzieht.

Beschwichtigung und Augenverschließen helfen hier selten, taktvolle, jedoch sehr klare Klärung der Gefühle und der Situation führen in der Regel weiter. Wie in der Einzeltherapie gilt auch hier: Negative Übertragung soll möglichst umgehend in einer angemessenen, taktvollen, für die Eltern tolerablen Form gedeutet werden. Es macht wenig Sinn, längere Zeit die anfänglich idealisierenden Übertragungen zu genießen. Die Quittung kommt in dem Moment, wenn klar wird, daß wir weder ein neues Kind hervorbringen noch biologische Anlagen, stattgehabte Fehlentwicklungen, Traumen, Versäumnisse, soziale Verhältnisse oder Schicksalsschläge ungeschehen machen, noch das „Fell waschen“ können, ohne daß es naß wird. Bei allem notwendigen Einsatz in der Familienarbeit in der modernen Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte nicht übersehen werden, wenn die Eltern unserer Patienten selbst eine Therapie benötigen, bevor psychoedukative Unterstützung, wie sie mit ihren Kindern am besten umgehen sollen, fruchten kann (Barker 1993; Branik 1995).

2.5 Die Klinik als „Insel der Seligkeit“

Eine Klinik- und Stationsgemeinschaft hat die Tendenz, sich wie eine kleine Welt für sich zu erleben unter Ausblendung des immer nur befristeten Aufenthalts der Patienten. Gerade sozial benachteiligte Kinder wecken leicht einen „Schutzinstinkt“, indem sich mehr oder weniger ausgesprochen die Haltung einstellt, die Kinder vor den „bösen“ Eltern oder der „bösen“ Umwelt schützen zu wollen. Man neigt dazu, die Bedeutung der Fäden nach draußen zu unterschätzen, zumal es schmeicheln mag, wenn Patienten gern bei uns sind. Diejenigen Patienten, die draußen große Schwierigkeiten hatten, empfinden unter Umständen eine große Erleichterung, sich in die überschaubare, warme, freundliche Welt der Station fallen zu lassen mit der – womöglich mit den Betreuern geteilten – Phantasie, aus diesem einzigartigen therapeutischen Universum nie hinaus zu müssen. Die nachhaltig negativen Folgen solcher Entwicklungs- und Realitätsvermeidung, wenn sie über eine vorübergehende Zeit der Krise hinausgeht, liegen auf der Hand. Es wird schwierig, den Patienten zu entlassen. Die Entlassungsabsichten werden mit Symptomen auf Seiten des Patienten beantwortet, die wiederum die Schwere der Störung bestätigen, und irgendwann ist nicht mehr leicht zu unterscheiden, was die ursprüngliche Entwicklungsstörung und was eine Art von Hospitalismus ist.

Man ist gut beraten, von Anfang an im Auge zu behalten, daß alles, was während der Behandlung getan wird, im Dienste der Funktionsfähigkeit des Patienten in der Zeit *nach* dem stationärem Aufenthalt stehen sollte. Überspitzt ausgedrückt sollte die Trennung von der Klinik und den Betreuern vom Aufnahmetag an vorbereitet und bearbeitet werden. Die Klinik ist kein Zuhause, sondern ein Ort für eine bestimmte Art von Behandlung, an dem hart gearbeitet wird. Wenn der spezifische Beitrag, den nur eine Klinik leisten kann, unscharf wird, steht die Frage an, ob die Klinik für den Patienten immer noch der förderlichste Lebensraum ist. Es mag für einen regrediierten Patienten notwendig sein, gehalten und gestützt zu werden (und für die Betreuer angenehm, so unentbehrlich für ihn zu sein). Doch regressive Bedürfnisse von Patienten sollten stets darauf geprüft werden, wann sie im Dienst eines Neubeginns bzw. Wiederaufnahme der Entwicklung stehen und wann sie die realistischen Möglichkeiten eines Klinikaufenthalts auf die Dauer übersteigen und dann die Gefahr der Stagnation und Fortsetzung des Entwicklungsstillstands beinhalten.

2.6 Kontamination der Patienten mit den Störungen der anderen

Es ist nicht nur eine Befürchtung von gegenüber der stationären Behandlung ambivalenten Eltern, daß ihr Kind auf der Station von den anderen Patienten negativ beeinflusst, zu noch schlimmerem Verhalten verführt oder bedroht werden würde. Solche Dinge kommen auch tatsächlich vor (Green u. Jones 1998). Destruktive Dynamik innerhalb der Patientengruppe und womöglich ein durch sie induziertes Mitagieren auf Seiten der Betreuer können den Nutzen eines stationären Aufenthalts für manche oder alle Patienten in Frage stellen (Streeck-Fischer 1995).

Nicht jede Patientenzusammensetzung auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station paßt. Wachsamkeit gegenüber Mobbing, Opfer-Täter-Dynamiken, Zersetzung

des therapeutischen Milieus durch massiv destruktives Agieren, welches unter dem Rest der Gruppe Angst, Spaltungen und chronisch-oppositionelles Verhalten sät, sollten früh, intensiv, umsichtig und konsequent angegangen werden. Wenn die therapeutischen und pädagogischen Mittel versagen, kann eine Verlegung oder Entlassung derjenigen, die sich vor diesem Hintergrund nicht mehr auf einen therapeutischen Prozeß einlassen können, notwendig werden. Jede Station kann nur ein bestimmtes Maß solcher Herausforderungen tragen. Der Hinweis, daß das antitherapeutische Verhalten doch gerade die Krankheit ist, die es zu behandeln gilt, ist nur solange hilfreich, wie das Milieu, in dem die Behandlung einen Erfolg verspricht, standhalten kann und existiert. Patienten, die in einer bestimmten Konstellation nicht gedeihen, können es in einer anderen sehr wohl, und die Chance hierfür steht ihnen zu. Ein endloses Leiden des Behandlungsteams samt der Patientengruppe ist genauso unproduktiv wie ein Rausschmiß der „Unruhestifter“ aus dem Gefühl des Gekränktseins heraus. Eine sorgfältige Analyse der Reinszenierungen und der daraus entstehenden Verstrickungen, wie sie vor allem bei traumatisierten Patienten, Eß- und Persönlichkeitsentwicklungsstörungen eintreten (Streck-Fischer 1995, 2000), führt in der Regel zu patientenorientierten Lösungen, und zwar sowohl für diejenigen, die sich in der Opferrolle als auch diejenigen, die sich in der Täterrolle wiedergefunden haben.

2.7 Die Entlassung – ein Sprung ins kalte Wasser

Je länger der stationäre Aufenthalt dauert, desto mehr entfremdet sich der Patient von seinem vorherigen Lebensumfeld, seiner Schule; er verliert immer mehr Kontakte und Anknüpfungspunkte. Die Schwelle zurückzugehen wird immer höher und die Anfangsschwierigkeiten größer, wenn die Rückkehr tatsächlich erfolgt. Dies kann genauso der Fall sein, wenn die verständlicherweise zu erwartenden Schwierigkeiten verleugnet werden und das Verlassen der Station als „Befreiung“ und als Lösung aller Probleme deklariert wird, nachdem die Erinnerung, daß diese Probleme es eigentlich waren, die zur stationären Einweisung führten, vergessen und uminterpretiert worden ist.

Wenn eine lange stationäre Behandlung nötig ist, sollte besonderes Augenmerk auf die Aufrechterhaltung der Kontakte nach draußen gelegt werden. Dies erfolgt z.B. durch Besuche, Beurlaubungen, Probeentlassungen, Bereitstellung einer sozialen Betreuung vor Ort. Die psychotherapeutische Bearbeitung der vorwegzunehmenden Schwierigkeiten stellt ungeachtet etwaiger Verleugnungstendenzen auf Seiten des Patienten einen essentiellen Bestandteil der Abschluß- und Trennungsphase der Klinikbehandlung dar. Alle stationären Maßnahmen sollten in ihren Zielvorstellungen die wesentlichen Lebensbereiche des Kindes draußen berücksichtigen (Whittaker 1979).

2.8 Der Graben zwischen den Kulturen bei der Behandlung ausländischer Patienten

In einer Welt übergreifender Mobilität und vor dem Hintergrund der mitteleuropäischen Migrationslandschaft stellen Kinder und Jugendliche aus ausländischen Familien einen nicht zu vernachlässigenden Teil unserer Patienten dar. Daraus ergeben sich

besondere Schwierigkeiten für die Behandlung wie Mißverständnisse über die Erwartungen aneinander, unterschiedliche Krankheits- und Gesundheitskonzepte, Loyalitätskonflikte der Patienten zwischen der Welt ihrer Eltern und der von Gleichaltrigen im Aufnahmeland, aber auch zwischen den Behandlungsvorstellungen der Eltern und der Klinik.

Diese Schwierigkeiten machen nicht nur möglichst viel Wissen über die kulturellen und sozialen Besonderheiten der Klienten, sondern auch Flexibilität und Toleranz nötig. Das Behandlungsteam muß es ertragen, in seiner therapeutischen Identität verunsichert zu werden, wenn seine angestammten Haltungen und Techniken auf kein Verständnis seitens der ausländischen Patienten stoßen. Mißverständnisse bezüglich gegenseitiger Erwartungen können zu affektiven Äußerungen führen, die anderen Mustern folgen, als wir sie in unserem Kulturkreis gewohnt sind.

2.9 Entlassung in eine Nachsorgeinstitution

Ein nicht geringfügiger Prozentsatz der Klientel kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken – nämlich zwischen 20 und 35% (Martin 1997; Presting et al. 1998) – wird nicht nach Hause, sondern in Nachfolgeinstitutionen entlassen. Das sind existentielle Weichenstellungen in der Biographie der jungen Menschen und ihrer Familien, und sie beunruhigen nicht nur die Betroffenen, sondern auch diejenigen Patienten der Station und deren Eltern, bei denen solche Maßnahmen nicht anstehen. Wenn es grundsätzlich um die Frage der Entlassung, Nachbetreuung und Fremdplatzierung geht, wird manches schwieriger als man erhofft hat. Denn es wird nicht nur von Patienten, Eltern und Nachbetreuern kritische Bilanz in Hinblick auf die Behandlungsergebnisse gezogen, sondern alte Konflikte können aufflammen, neue Gleichgewichte müssen gesucht werden, angepeilte oder auch nur insgeheim erhoffte Ziele erweisen sich gegebenenfalls als nicht realistisch.

Offenheit und Transparenz bei der Bewertung der Probleme, der Diagnose, Therapie, Prognose und in Hinblick auf die beabsichtigten Nachsorgemaßnahmen sind immer günstiger und weniger verunsichernd als Taktieren aus der Angst heraus, keine Konfrontationen beispielsweise mit Patienten oder Eltern herbeizubeschwören. Es gibt genügend Fälle, bei welchen ein mehr oder weniger großer Rest an Unsicherheit übrigbleibt, ob man es will oder nicht. Ein klarer Standpunkt – einschließlich Offenheit in bezug auf eventuelle Unsicherheiten – stößt nicht immer auf Beifall, aber sein Fehlen erzeugt falsche Erwartungen, Unzufriedenheit, Mißtrauen, Orientierungslosigkeit, Ärger oder beläßt Positionen unangetastet, die eigentlich ein zentrales Thema der gemeinsamen Arbeit hätten sein sollen.

2.10 Die „hilflosen Helfer“

In einer Art Helfer- und Retterhaltung mag die Klinik als die letzte Stufe der vorangegangenen erfolglosen Interventionen bei einem Patienten den Anspruch haben, nur sie könne und müsse mit solchen schweren Fällen erfolgreich fertig werden. Unter Umständen blendet sie aus, daß für eine erfolgreiche psychiatrische Behandlung in der Re-

gel viele Voraussetzungen gegeben sein müssen. Desolater sozialer Hintergrund, fehlende Motivation auf Seiten der Patienten und/oder der Eltern, unzureichende Fähigkeit, aus welchen Gründen auch immer von dem gegebenen therapeutischen Angebot profitieren zu können, oder auch für manche Fragestellungen unzulängliches professionelles Niveau des Klinikangebots oder noch banaler, wenn ein bestimmter Patient nicht zu einem bestimmten Team, Therapeuten oder einer bestimmten Behandlungsphilosophie paßt, sind nur einige Gründe, die unvermeidlich zu Fehlschlägen führen.

Stationäre Therapie kann nur einige, nicht alle Probleme eines psychisch kranken Kindes und seiner Familie lösen oder lindern (Hersov 1994). Wir sollten bedenken, daß wir in dem, was wir können, weder die einzigen noch einzigartig sind. Wir können nur fördern, was in irgendeiner Weise im Patienten und/oder in seinem Umfeld angelegt ist, zumindest als Potential bereitliegt. Wir können nichts, was dem Patienten in seiner Anlage und seiner Entwicklung mangelt, wirklich ersetzen oder neu erschaffen. Schwierigkeiten gehören zum kinder- und jugendpsychiatrischen Alltag, man sollte sich hüten, bei unerwünschten Ausgängen sofort einen Schuldigen zu suchen (sei es unter den Mitarbeitern, sei es unter den Angehörigen), an dem man seinen Frust darüber ausläßt, daß die Dinge anders laufen als man es sich gewünscht hat. Die Psychiatrie als Wissenschaft ist noch weit von einem Wissensstand entfernt, der es ihr erlauben würde, apodiktisch zu sein. Dies gilt für den einzelnen Psychiater um so mehr.

3 Schlußfolgerungen

Stationäre Therapie wird nach wie vor zumindest für vorübergehende Zeit die Behandlung der Wahl für psychisch und in ihrer Entwicklung erheblich gestörte, ihr soziales Umfeld überfordernde bzw. von ihm nicht adäquat unterstützte Kinder und Jugendliche bleiben. Die Indikationskriterien werden allerdings wegen steigender Kosten und bislang unscharfer Wirksamkeitskriterien zunehmend strenger und auf komplex und schwer gestörte Patienten eingeengt werden. Die Anforderungen an die Flexibilität der ohnehin multimodalen Behandlungsstrategie gehen in Richtung von mehr Spezifität. Jeder Patient benötigt die ihm angemessene Behandlung, es gibt keine einheitliche Therapie für alle Patienten (Hersov 1994; Bürgin 2000). Trotz in der Zukunft weiter verbesserter ambulanter Versorgungsnetze wird es dennoch immer wieder Konstellationen geben, in welchen es trotz strenger werdenden Indikationsstellungen auch bei nicht schwerst kranken Patienten zu stationären Einweisungen kommen wird, sei es wegen Umfeldvariablen, sei es wegen der spezifischen Interaktionsdynamik des jeweiligen Falls, sei es wegen organisatorischer oder versorgungsstruktureller Gegebenheiten. Und wenn wir ehrlich sind, müssen wir zugeben, daß es manchmal vom Zufall, Glück, von sozialer Schichtzugehörigkeit, fallbezogenen affektiven Reaktionen des jeweiligen Untersuchers oder auch nur vom Wohnort oder Zeitpunkt einer Krise abhängt, ob ein Kind bzw. eine Familie in der Klinik landet oder anderweitig unterstützt wird. Umso wichtiger ist es, sich der möglichen Gefahren und unerwünschten Wirkungen eines stationären Verlaufs bewußt zu sein. Die Qualität der Behandlung kann da-

durch verbessert, die Wirkung intensiviert und die Dauer verkürzt werden. Der letztgenannte Gesichtspunkt sollte jedoch nicht im Dienste des Wohlgefallens gegenüber den Kostenträgern zum Allgemeinprinzip erhoben werden, denn genauso wie man den richtigen Zeitpunkt für die Entlassung verpassen kann, kann die Zeit, welche für die Entfaltung wichtiger Entwicklungsprozesse benötigt wird und in manchen Fällen eben nur im Schutzraum der stationären Behandlungsbedingungen aussichtsreich genutzt werden kann, zu kurz angesetzt werden – zum Nachteil der längerfristigen Prognose.

Leider liefert uns die Therapieprozeßforschung noch keine verlässlichen Instrumente für die Beurteilung solcher Fragen, und eine reine Symptomorientierung kann hierbei zu kurz greifen. Wir wissen immerhin, daß beispielsweise Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens und hohen psychosozialen Belastungen tendenziell und längerfristig wenig von stationären Klinikaufenthalten profitieren, obwohl sie einen nennenswerten Anteil zwischen 12 und 34% von der Klientel bilden (von Aster et al. 1998 und dortige Literaturhinweise). Allgemein gültige prognostische Aussagen über die Erfolgsaussichten bei verschiedenen Störungen sind schon deshalb schwierig, weil es trotz mancher Gemeinsamkeit von Kliniken keinen Prototyp stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt (Presting et al. 1998). Die deskriptive Ebene unserer diagnostischen Klassifikationssysteme greift auf die Behandlung bezogen zu kurz, da die Struktur, Beziehungsdynamik, psychologische Ebene insgesamt, wie auch protektive Faktoren und Ressourcen im Umfeld bei Patienten mit phänomenologisch sich gleichenden Störungen äußerst unterschiedlich sein können, jedoch Auswirkungen nicht nur auf das Therapieangebot, sondern auch auf die Therapieansprechbarkeit ausüben (Branik 2001). Jenseits der Therapieschulrichtung wird die Qualität des Behandlungsangebots auch unabhängig von der Diagnose Einfluß auf die Ergebnisse haben, denn welche Methode auch immer eingesetzt wird, die Diagnostik und Therapie finden innerhalb einer Beziehung statt – im stationären Setting innerhalb eines komplex ineinanderwirkenden Beziehungsgeflechts. Speziell in der Psychotherapie können interpersonale und technische Faktoren jedoch nicht auseinandergehalten werden (vgl. z.B. Strupp 2000). Diese Aussage dürfte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie darüber hinaus für das gesamte Behandlungsprogramm – einschließlich Pharmakotherapie – gelten.

Die Beachtung der skizzierten zehn möglichen Problemfelder im stationären Beziehungsfeld, wie sie sich in der einen oder anderen Kombination regelmäßig abzeichnen, kann auf dem heutigen Stand des Wissens letztlich nur als Hilfe verstanden werden, die jeweils spezifische klinische Situation besser zu bewältigen.

Literatur

- Aster, von M.; Meier, M.; Steinhausen, H.-C. (1998): Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 47: 668-682.
- Barker, P.: The Future of Residential Treatment for Children. In: Schaefer, C.E., Swanson, A.J.: *Children in Residential Care. Critical Issues in Treatment*. Northvale, NJ: J. Aronson, S. 1-16.
- Branik, E. (1995): Zum Behandlungsbündnis mit den Eltern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik. *Sozialpädiatrie in der Pädiatrie für Praxis und Klinik* 17: 110-114.

- Branik, E. (2001): Zum Stellenwert der Psychoanalyse in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Kinderanalyse* 9: 1-21.
- Bürgin, D. (2000): Psychotherapie und stationäre Behandlung. *Kinderanalyse* 8: 254-265.
- Green, J.; Jones, D. (1998): Unwanted effects of in-patient treatment: anticipation, prevention, repair. In: Green, J.; Jacobs, B. (ed.): *In-patient child psychiatry. Modern practice, research and the future*. London: Routledge, S. 212-219.
- Hersov, L. (1994): Inpatient and Day-Hospital Units. In: Rutter, M.; Taylor, E.; Hersov, L. (Hg.): *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*, 3. Aufl. Oxford: Blackwell, S. 983-995.
- Martin, M. (1997): Stationäre Psychotherapie. In: Remschmid, H. (Hg.): *Stationäre Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart: Thieme, S. 430-438.
- Presting, G.; Höger, C.; Witte-Lakemann, G.; Specht, F.; Rothenberger, A. (1998): Variationsbreite stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse einer multizentrischen Studie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 26: 97-112.
- Streeck-Fischer, A. (1995): Stationäre Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit sog. Frühstörungen. Oder: Vom „honeymoon“ zum „deadly-dance“. *Psychotherapeut* 40: 79-87.
- Streeck-Fischer, A. (2000): Jugendliche mit Grenzstörungen – Selbst- und fremddestruktives Verhalten in stationärer Psychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49: 497-510.
- Strupp, H.H. (2000): Ein zeitgemäßer Blick auf die psychodynamische Psychotherapie und deren Zukunft. *Psychotherapeut* 45: 1-9.
- Whittaker, J. (1979): *Caring for Troubled Children*. San Francisco: Jossey-Bass.

Anschrift des Verfassers: Dr. med. Emil Branik, Kinder- und Jugendpsychiatrisches Zentrum Sonnenhof, CH-9608 Ganterschwil/SG.