

Kammerer, E. und Göbel, D.

Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 34 (1985) 4, S. 123-133

urn:nbn:de:bsz-psydok- 31009

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>Barthe, H.-J.</i> : Gruppenprozesse in der Teamsupervision – konstruktive und destruktive Effekte (Processes in the Course of Teamsupervision–Constructive and Destructive Effects)	142	<i>Hopf, H.H.</i> : Träume in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit präödipalen Störungen (Dreams in Psychotherapy of pre-oedipal-disturbed Children and Adolescents)	154
<i>Beck, B., Jungjohann, E.E.</i> : Zur Inanspruchnahme einer regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungseinrichtung (A Longitudinal Study on Discharged Patients from a Residential Treatment Center for Children and Adolescents)	187	<i>Jorswieck, E.</i> : Verteilung von Mädchen und Jungen bei Kindern, die während Langzeitanalysen geboren wurden (The Distribution of Girls and Boys among Children born while longtime Analyses)	315
<i>Bovensiepen, G.</i> : Die Einleitung der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung durch das Familien-Erstinterview (The First Family-Interviews as Introduction to the Psychiatric Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	172	<i>Kammerer, E., Göbel, D.</i> : Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten (Catamnestic Evaluation of an Adolescent Psychiatric Inpatient-Treatment)	123
<i>Braun, H.</i> : Sozialverteilung einiger Psychosomatosen im Kindes- und Jugendalter (Social Distribution of Some Psychosomatic Disorders in Childhood and Adolescence)	269	<i>Knöll, H.</i> : Zur Entwicklung der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin (On Development of Analytic Children and Juvenile Therapy in the Federal Republic of Germany and in West Berlin)	320
<i>Castell, R., Meier, R., Biener, A., Artner, K., Dilling, H., Weyerer, S.</i> : Sprach- und Intelligenzleistungen gegenüber sozialer Schicht und Familiensituation (Language and Intelligence Performance in 3–14 Years old Children Correlated to Social Background Variables)	120	<i>Kögler, M., Leipersberger, H.</i> : Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – Die Bedeutung der Gruppenversammlung (Psychotherapy Integrated into Inpatient Child and Adolescent Psychiatry. The Significance of the Group Meeting)	9
<i>Dellisch, H.</i> : Zwei Formen einer frühen Störung der Eltern-Kindbeziehung und ihre Auswirkung auf die Schule (Two Forms of Early Interference in Parent-Child-Relationship and Their Consequences on the School Age Level)	256	<i>Krause, M.P.</i> : Stottern als Beziehungsstörung – Psychotherapeutische Arbeit mit Eltern stotternder Kinder (Stuttering as an Expression of Disturbed Parent-Children Relationship)	15
<i>Dühlsler, K.</i> : Von den Anfängen der Kinderpsychotherapie – aufgezeigt am Schicksal eines elternlosen Mädchens (The Beginning of Child Psychotherapy in Germany–Illustrated with the Case History of an Orphaned Girl)	317	<i>Kunz, D., Kremp, M., Kampe, H.</i> : Darstellung des Selbstkonzeptes Drogenabhängiger in ihren Lebensläufen (Selfconcept Variables in Personal Records of Drug Addicts)	219
<i>Fertsch-Röver-Berger, C.</i> : Familiendynamik und Lernstörungen (Family and Learning-disorders)	90	<i>Langenmayr, A.</i> : Geschwisterkonstellation aus empirischer und klinisch-psychologischer Sicht (Empirical and Clinical Aspects of Sibling Constellation)	254
<i>Flügge, I.</i> : Nach dem Terroranschlag auf eine Schulklasse (After a Murderous Assault in a School Class)	2	<i>Lehmkuhl, G., Bonney, H., Lehmkuhl, U.</i> : Wie beeinflussen Videoaufnahmen die Wahrnehmung familiärer Beziehungen? (How do Video Recordings influence the Perception of Family Relationships?)	32
<i>Friedrich, H.</i> : Chronisch kranke Kinder und ihre Familien (Children with Chronic Diseases and Their Families)	296	<i>v. Lüpke, H.</i> : Auffällige Motorik – Versuch einer Erweiterung der Perspektive (Unusual Motoricity–New Perspectives)	210
<i>Haar, R.</i> : Die therapeutische Beziehung in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Überlegungen zur Behandlungstechnik (The Therapeutic Relationship in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	303	<i>Meijer, A.</i> : Psychotherapie von adoleszenten Asthmapatienten (Psychotherapy of Adolescent Asthma Patients)	49
<i>Heigel-Evers, A., Heigl, F., Beck, W.</i> : Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie bei Patienten mit präödipalen Störungsanteilen (Psychoanalytic Interaction Therapy with Patients Suffering from Disorders with Preodipal Components)	288	<i>Müller-Küppers, M.</i> : Der Kinderpsychiater als Vater – Der Vater als Kinderpsychiater (the Child Psychiatrist as a Father–the Father as a Child Psychiatrist)	309
<i>Hobrucker, B., Kühl, R.</i> : Eine Einschätzungsliste für Erzieher bei stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung (Rating-List for Educators During a Stationary Treatment in a Child Psychiatry)	37	<i>Panagiotopoulos, P.</i> : Integrative Eltern-Kind-Therapie. Ein Modell zur Behandlung des Erziehungsprozesses (A Modell of Integrative Parents-Child-Therapy)	263
		<i>Paul, G.</i> : Möglichkeiten und Grenzen tagesklinischer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Possibilities and Limits of Day-patient Treatment in Child Psychiatry)	84
		<i>Plassmann, R., Teising, M., Freyberger, H.</i> : Ein 'Mimikry'-Patient: Bericht über den Behandlungsversuch einer selbstgemachten Krankheit (The Mimicry Patient: A Report on the Attempt at Treating a Self-inflicted Illness)	133

<i>Reinhard, H. G.</i> : Zur Daseinbewältigung bei Kindern mit Enkopresis (Coping Styles of Children with Encoresis)	183	Ehrungen	
<i>Schattner-Meinke, U.</i> : Über die psychoanalytische Behandlung eines 10jährigen Jungen mit Gilles de la Tourette-Syndrom (Psychoanalytic Treatment of a tenyear-old Boy suffering from Tourette's Syndrome)	57	<i>Thea Schönfelder</i> zum 60. Geburtstag	70
<i>Schernus, R.</i> : Erleiden und Gestalten bei Anfallskrankheiten im Kindesalter (Suffering and Construction on Convulsive (Epileptic) Illness Amongst Children)	19	<i>Manfred Müller-Küppers</i> zum 60. Geburtstag	71
<i>Schmitt, G. M.</i> : Psychotherapie der Pubertätsmagersucht aus der Sicht kognitiver Theorien (Treatment of Anorexia Nervosa from Point of View of Cognitive Theories)	176	<i>Curt Weinschenk</i> zum 80. Geburtstag	276
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Scheidung als Familienkrise und klinisches Problem – Ein Überblick über die neuere nordamerikanische Literatur (Divorce as Family Crisis and Clinical Problem: A Survey on the American Letrature)	44	In memoriam: <i>Marianne Frostig</i>	277
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Familientherapie mit Scheidungsfamilien: Ein Überblick (Family Therapy with Families of Divorce: A Survey)	96	<i>Rudolf Adam</i> zum 65. Geburtstag	286
<i>Steinhausen, H.-Ch.</i> : Das Selbstbild Jugendlicher (The Self-Image of Adolescents)	54	Buchbesprechungen	
<i>Thimm, D., Lang, R.</i> : Angst vor dem EEG – Beispiel einer systematischen Desensitivierung (Fear of EEG-Recording – An Example of Systematic Desensitization)	225	<i>Baake, D.</i> : Die 6- bis 12jährigen	200
<i>Zschiesche, S.</i> : Psychologische Probleme bei Kindern und Jugendlichen in der Kieferorthopädie (Psychologic Problems Caused by Defective Development of Teeth or Jaws in Children and Adolescents)	149	<i>Biener, K.</i> (Hrsg.): Selbstmorde bei Kindern und Jugendlichen	281
Pädagogik und Jugendhilfe		<i>Brezovsky, P.</i> : Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens	282
<i>Brunner, R.</i> : Über Versagung, optimale Versagung und Erziehung (Frustration, Optimum Frustration and Education)	63	<i>Buchholz, M. B.</i> : Psychoanalytische Methode und Familientherapie	23
<i>Hüffner, U., Mayr, T.</i> : Formen integrativer Arbeit im Elementarbereich – erste Eindrücke von der Situation in Bayern (Forms of Integrative Preschool Education – first Impressions of the Situation in Bavaria)	101	<i>Cremerius, J.</i> : Vom Handwerk des Psychoanalytikers. Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik	279
<i>Imhof, M.</i> : Erziehung zur Konfliktfähigkeit mit Hilfe von Selbsterfahrungsarbeit in der Schule (Education towards the Ability to Conflict with the Ais of Encounter Groups in School)	231	<i>Datler, W.</i> (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik	245
<i>Schniedermeyer, P.</i> : Vergessene? – Jugendliche im Maßregelvollzug (The Forgotten Ones? – Adolescents under Corrective Punishment)	239	<i>Eggers, Ch.</i> (Hrsg.): Bindungen und Besitzdenken beim Kleinkind	75
Tagungsberichte		<i>Einsiedeln, W.</i> (Hrsg.): Aspekte des Kinderspiels	280
Kinder- und Jugendpsychiatrisches Symposium am 15. Mai 1985 in Berlin	195	<i>Farau, A., Cohn, R. C.</i> : Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Zwei Perspektiven	247
Bericht über das internationale Symposium „Psychobiology and Early Development“ vom 21.–23. Januar 1985 in Berlin	243	<i>Friedmann, A.</i> : Leitfaden der Psychiatrie	25
2. Europäisches Symposium über Entwicklungsneurologie vom 15.–18. Mai 1985 in Hamburg	244	<i>Fritz, A.</i> : Kognitive und motivationale Ursachen der Lernschwäche von Kindern mit einer minimalen cerebralen Dysfunktion	248
		<i>Freundeskreis Peter-Jürgen Boock und die Fachgruppe Knast und Justiz der Grün- Alternativen Liste (GAL) Hamburg</i> (Hrsg.): Der Prozeß – Eine Dokumentation zum Prozeß gegen Peter-Jürgen Boock	113
		<i>Gäng, M.</i> : Heilpädagogisches Reiten	163
		<i>Gerlicher, K.</i> (Hrsg.): Schule – Elternhaus – Beratungsdienste	76
		<i>Goldstein, S., Solnit, A. J.</i> : Divorce and Your Child	24
		<i>Hafer, H.</i> : Die heimliche Droge – Naturphosphat	114
		<i>Hartmann, H. A., Haubl, R.</i> (Hrsg.): Psychologische Begutachtung	24
		<i>Heun, H.-D.</i> : Pflegekinder im Heim	28
		<i>Hurme, H.</i> : Life Changes during Childhood	161
		<i>Jaffe, D. T.</i> : Kräfte der Selbstheilung	27
		<i>Jäger, S.</i> : Der diagnostische Prozeß	246
		<i>Jäger, R. S., Horn, R., Ingenkamp, K.-H.</i> (Hrsg.): Tests und Trends Bd. IV	281
		<i>Jochimsen, R. P.</i> : Spiel- und Verhaltensgestörtenpädagogik	199
		<i>Klosinski, G.</i> : Warum Bhagwan? Auf der Suche nach Heimat, Geborgenheit und Liebe	249
		<i>Konrad, R.</i> : Erziehungsbereich Rhythmik. Entwurf einer Theorie	199
		<i>Lagenstein, I.</i> : Diagnostik und Therapie cerebraler Anfälle im Kindesalter	78
		<i>Lazarus, H.</i> : Ich kann, wenn ich will	326
		<i>Lempp, R.</i> (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie	163

<i>Mangold, B.</i> : Psychosomatik nicht epileptischer Anfälle	26	<i>Simon, F.B., Stierlin, H.</i> : Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular	110
<i>Michaelis, R., Nolte, R., Buchwald-Saal, M., Haas, G.H.</i> (Hrsg.): Entwicklungsneurologie	325	<i>Tinbergen, N., Tinbergen, E.A.</i> : Autismus bei Kindern	110
<i>Mortier, W.</i> (Hrsg.): Moderne Diagnostik und Therapie bei Kindern	246	<i>Voß, R.</i> (Hrsg.): Helfen ... aber nicht auf Rezept	246
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Schulalters	200	<i>Westphal, R.</i> : Kreativitätsfördernde Methoden in der Beratungsarbeit	326
<i>Pascher, W., Bauer, H.</i> (Hrsg.): Differentialdiagnose von Sprach-, Stimm- und Hörstörungen	201	<i>Ziehe, T.</i> : Pubertät und Narzißmus	324
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit aggressiven Kindern	78	Diskussion/Leserbriefe: 73, 161, 196	
<i>Seifert, W.</i> : Der Charakter und seine Geschichten – Psychodiagnostik mit dem thematischen Apperzeptions-test (TAT)	26	Mitteilungen: 29, 80, 115, 165, 202, 250, 283, 328	

Aus der psychosomatischen Abteilung (Leitung: Prof. Dr. I. Jochmus) der Universitäts-Kinderklinik (Leitung: Prof. Dr. K.-D. Bachmann) der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters der Freien Universität Berlin (Komm. Leiter: Prof. Dr. Dr. H.-Ch. Steinhausen)

Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten

Von E. Kammerer und D. Göbel

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit werden Methodik und Resultate einer Befragung von Jugendlichen vorgelegt, die eine jugendpsychiatrische stationäre Behandlung durchlaufen haben. Es zeigt sich, daß die Jugendlichen sowohl eine Fülle differenzierter Meinungen zu Begleitumständen und Faktoren unseres stationären Behandlungsangebots

liefern können als auch symptomatische Effekte differenzierend bewerten können. Die Studie fußt methodisch voll auf einer vorausgegangenen Elternbefragung.

1 (Statt einer) Einleitung

„Ich bin froh, meine negative Einstellung der Klinik gegenüber endlich mal ausdrücken zu können.“

„Ich finde, der Klinikaufenthalt hat mir ganz schön geholfen, wenn es auch am Anfang für mich unheimlich schwer war. Ich bin froh, daß ich jetzt wieder zu Hause sein kann. Vielen Dank für die Hilfe.“

„Viele Grüße an die Therapeutin und alle anderen Ärzte, Betreuer etc. Habe im Moment sehr viel zu tun mit Schule, meinem Freund und Bekannten. Ich fühle mich im Großen und Ganzen recht gut bis auf das Verhältnis zu meinen Eltern, von denen ich mich ziemlich distanziert habe in meinen Ansichten, so daß sie enttäuscht sind, daß ich ihren Vorstellungen nicht entspreche. Ich werde so bald wie möglich mal zu euch rumkommen.“

„Ich bin nach einiger Zeit ins Internat gekommen. Hier erst haben sich meine „Probleme“ gebessert.“

„Der Fragebogen ist ziemlich schablonenhaft und darum ungenau. Insgesamt muß ich sagen, daß der Aufenthalt in der Klinik für mich selbst einiges gebracht hat. Ich konnte vernünftig über meine Probleme nachdenken und verstand sie auch besser. Allerdings konnte die Klinik nicht helfen, das Problem „Beziehung zur Außenwelt“ (Schule, äußerer Kontakt) zu lösen, da man sich dort immer in einer Art Enklave befand, also ziemlich isoliert von der Außenwelt war und so mit den eigentlichen Problemen nicht richtig konfrontiert wurde.“

„Ich habe bei den Fragen, bei denen sich für den 1. und 2. Klinikaufenthalt unterschiedliche Antworten ergeben haben, zwei Kreuze gemacht, wo die Antworten übereinstimmen, habe ich nur ein Kreuz gemacht. Ich finde es gut, daß Sie diesen Fragebogen an die Patienten geschickt haben.“

„Ich habe kein Interesse, diese Fragen zu beantworten. Eine kleine Hilfe war der Klinikaufenthalt, aber ich weiß nicht, ob es richtig war, wie mir geholfen wurde. Spaß hat es nicht gemacht.“

„Jetzt kann ich endlich mal meine Meinung schreiben, was ich über den Klinikaufenthalt denke. Der einzige Grund war, daß ich die Schule geschwänzt habe. Aber ich finde, das ist kein Grund. Meinen Sohn, drei Jahre, würde ich deswegen nicht in eine Klinik bringen. Mir hat der Aufenthalt in der Klinik auch nicht geholfen. Ich schwänzte die Schule hinterher genau wie vorher. Man sollte über die Probleme reden und keinen in eine geschlossene Anstalt bringen. Darum möchte ich mit Ihnen nichts mehr zu tun haben. Und falls Sie mir doch noch mal schreiben sollten, duzen Sie mich nicht, ich bin volljährig. Hochachtungsvoll!“

Diese Auslese spontaner Äußerungen stammt aus der Nachbefragung der jugendlichen stationären Patienten der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters der FU Berlin und führt recht plastisch in einige inhaltliche und methodische Aspekte der Arbeit ein. Auf eine ausführliche Beschreibung des stationären Settings wird verzichtet, wir verweisen auf die Einleitung zur vorausgegangenen Elternbefragung (Kammerer, Grüneberg, Göbel 1984).

2 Untersuchungsmethodik

2.1 Fragebogen

Unser fünfstufig skalierten Jugendlichenfragebogen entspricht in seinem Aufbau dem Elternfragebogen, dessen erster Teil auf dem Fragebogen zur Zufriedenheit von Klienten von Gould und Shaffer (1981), bearbeitet von Steinhausen (1983), beruht. Für den Jugendlichenfragebogen waren weitere Umarbeitungen erforderlich. Fol-

gende Problembereiche wurden als inhaltliche Ausweitungen hinzugenommen: Bedeutung jugendlicher Mitpatienten, Bewertung der elterlichen Einstellung zu Klinik, Therapeut sowie weiteren Berufsgruppen durch den Jugendlichen. Es wurde ferner versucht, möglichst viele deckungsgleiche Items herzustellen, d.h. Eltern und Jugendliche sich zu möglichst vielen identischen Sachverhalten äußern zu lassen. Die differenzierte Gegenüberstellung von Eltern- und Jugendlichenmeinungen bleibt jedoch einer weiteren Arbeit vorbehalten (Kammerer, Göbel in Vorbereitung...). Die Umarbeitung des Fragebogens stellt eine Gemeinschaftsleistung der Stationsmitarbeiter dar.

Zusätzlich wurde den Jugendlichen eine Liste von Maßnahmen und Milieufaktoren unseres Stationsbetriebes zur individuellen therapeutischen Gewichtung vorgelegt.

Eine dreistufige skalierte kinderpsychiatrische Symptomliste mit 35 Items bildete den 2. Teil des Fragebogens. Sie wurde von Rutter et al. (1970) in die epidemiologische Forschung eingeführt. Mit ihr sollten die Jugendlichen ihre Symptombelastung im Zeitraum von 6 Monaten vor, unmittelbar nach der stationären Therapie sowie zum Untersuchungszeitpunkt einschätzen.

Diese Liste sollte die Jugendlichen auch zu einer abschließenden, möglichst differenzierten Globalbewertung des Verlaufs der selbstdefinierten Hauptprobleme, sowie der kurz- und langfristigen Effizienz der stationären Therapie für die eigene Person wie Familie anregen.

2.2 Stichprobe und Ablauf der Untersuchung

Der Fragebogen wurde an 135 Jugendliche der Stationsjahrgänge 79–83 verschickt, ausländische und behinderte Jugendliche wurden ausgeklammert. Nach einmaliger Erinnerung wurde eine Rücklaufquote von 54,8% (N=74) erzielt. Die Nachbefragung wurde, um eine genügend große Stichprobe zu erhalten, in zwei Abschnitten durchgeführt. Durchschnittlich erfolgte sie ca. 1½ Jahre nach Ablauf der stationären Therapie.

Zur Überprüfung der Repräsentativität der Teilnehmer gegenüber der Gesamtstichprobe wurden Teilnehmer und Verweigerer anhand ausgesuchter Daten aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation gegenübergestellt (s. Tab. 1).

Diese Gegenüberstellung ergab, daß beide Gruppen hinsichtlich Sozialschicht der Eltern, Diagnosen, Intelligenz, besuchtem Schultyp sowie Aufenthaltsdauer vergleichbar waren. Die Bereitschaft zur Teilnahme erwies sich jedoch als deutlich geschlechtsabhängig, 68,1% der Teilnehmerstichprobe gegenüber 49,2% der Verweigerer waren Mädchen.

Entlassungsmodi, die eine vorübergehende Trennung von den Eltern zur Folge hatten, erwiesen sich als eher teilnahmebegünstigend, der Entlassungsmodus mit (gegenüber ohne) ärztliches Einverständnis trennte Teilnehmer und Verweigerer deutlich. Der von uns eingeschätzte Erfolg für die Symptomatik und die Gesamtsituation des Patienten begünstigte mit steigenden Schätz-

Tabelle 1: Charakteristika der Stichprobe aufgeschlüsselt nach Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern. Die Angaben stammen aus der Dokumentation; sie beziehen sich also auf den Zeitpunkt unmittelbar nach der stationären Behandlung.

	Teilnehmer N = 74 (54.8 %)		Nicht-Teilnehmer N = 61 (45.2 %)		Zeile Gesamt	
	N	Proz	N	Proz	N	Proz
Geschlecht						
männlich	23	31.9	31	50.8	54	40.6
weiblich	49	68.1	30	49.2	79	59.4
Alter in Jahren						
bis 14	15	20.8	16	26.2	31	23.3
15 und älter	57	79.2	45	73.8	102	76.7
Sozialökonomischer Status der Eltern						
Unterschicht	24	35.4	25	43.9	49	39.5
Mittelschicht	17	25.4	11	19.3	28	22.6
obere Mittelschicht und Oberschicht	26	38.8	21	36.8	47	37.9
Klin.-psych. Syndrom						
Psychosen	13	19.1	9	15.5	22	17.5
Neurosen	18	26.5	14	24.1	32	25.4
Psychosomat. Syndrome	14	20.6	6	10.3	20	15.9
Anpass. Reaktionen	5	7.4	5	8.6	10	7.9
Störung Sozialverh.	8	11.8	12	20.7	20	15.9
emotionale Störungen	7	10.3	10	17.2	17	13.5
sonstige	3	4.4	2	3.4	5	3.9
Entwicklungsverzögerungen						
nein	61	89.7	51	87.9	112	88.9
ja	7	10.3	7	12.1	14	11.1
IQ						
kleiner als 85	1	1.5	5	8.6	5	4.8
85–115	54	80.6	41	70.7	95	76.0
größer als 115	12	17.9	12	20.6	24	19.2
Besuchte Schule						
keine	11	16.2	14	24.1	25	19.8
Hauptschule	13	19.1	12	20.7	25	19.9
Realschule	15	22.1	7	12.1	22	17.5
Oberschule	27	39.7	20	34.5	47	37.3
sonstige	2	3.0	5	8.5	7	5.6
Entlassen wohin?						
nach Hause	48	73.8	48	84.2	96	78.7
nicht nach Hause	17	26.2	9	15.8	26	21.4
Entlassungsart						
mit ärztl. Einverst.	58	90.6	44	77.2	102	84.3
ohne ärztl. Einverst.	6	9.4	13	22.8	19	15.7
Erfolg der Behandlung für Symptomatik						
deutlich besser	36	61.0	18	40.0	54	51.9
etwas besser	18	30.5	18	40.0	36	34.6
unverändert	5	8.5	9	20.0	14	13.5
Erfolg der Behandlung für Gesamtsituation						
deutlich besser	30	50.8	12	26.7	42	40.4
etwas besser	23	39.0	21	46.7	44	42.3
unverändert	6	10.2	12	26.7	18	17.3
Dauer des stationären Aufenthaltes						
bis 4 Wochen	15	20.1	18	29.5	33	24.8
5–11 Wochen	25	34.7	20	32.8	45	33.8
12 oder mehr Wochen	32	44.4	23	37.7	55	41.4

werten die Teilnahme (Signifikanzen jeweils auf dem 5%-Niveau im Fisher-Test).

2.3 Statistische Methodik

Sämtliche relativen Häufigkeiten auf der Item-Ebene basieren auf der Anzahl der Antwort, die das jeweilige Item auf der drei- bzw. fünfstufigen Skala beurteilt hatten.

Für den ersten Teil des Fragebogens wurden 6 Scores gebildet, die wesentliche Aspekte zusammenfassen. Als Score wurde das arithmetische Mittel der Nennungen 1–5 (entsprechend „immer/sehr“, „meistens/ziemlich“, „manchmal/etwas“, „selten/wenig“, „nie/gar nicht“) bzw., falls notwendig, die umgepolten Nennungen der jeweiligen Items verwendet.

Für die Symptomliste wurde ein globaler Belastungsindex als arithmetisches Mittel aus den Nennungen 0, 1, 2 (entsprechend „nicht“, „etwas“, „sicher“) gebildet. Entsprechend wurden Indizes für die Problementwicklung und die Klinikhilfe ermittelt. Die Berechnungen wurden auf dem Rechner CYBER 175 des Wissenschaftlichen Rechenzentrums Berlin mit dem Programmsystem SPSS durchgeführt. Für die statistischen Analysen wurden non-parametrische Verfahren verwendet, wobei wegen multipler Prüfungen das Signifikanz-Niveau adjustiert wurde.

3 Resultate

Zunächst werden die Resultate von für alle Problem-bereiche repräsentativen Items dargestellt. Danach folgt eine Darstellung der Scores und Globalurteile, hierauf die Schätzurteile der Jugendlichen zum eigenen Symptomverlauf, abschließend die Bewertung der verschiedenen Maßnahmen.

Uns interessierten ferner die Antworten von zwei Sondergruppen der Stichprobe: zum einen, analog wie bei der Elternbefragung, die Antworten der selbstdefinierten „Abbrecher“, zum anderen die Antworten einer Gruppe, die sich zwar zum Befragungszeitpunkt als deutlich gebessert definiert, eine Hilfestellung der Klinik hierbei aber negiert.

3.1 Fragebogen zur Zufriedenheit

Die Verteilungen der Antworten einiger zentraler Items sind in Abbildung 1 dargestellt. Die Prozentangaben beziehen sich im folgenden immer auf die beiden höchsten Bewertungsstufen, wenn dies nicht ausdrücklich anders vermerkt ist.

Trotz überwiegend positiv erlebter Begleitumstände wie angenehmer Erstkontakt mit dem Stationspersonal und den anderen Jugendlichen gestanden ca. 75 % ein, am Aufnahmetag etwas bis sehr starke Angst gehabt zu haben.

Recht offen wirken die Antwortverteilungen der Frage nach Trennungsschwierigkeiten von den Eltern (ca. $\frac{2}{3}$,

unter Hinzunahme der Kategorie etwas) sowie nach anfänglichem Übelnehmen der stationären Einweisung.

Die generelle Sorge um Vertraulichkeit von Aufzeichnungen erwies sich im Vergleich zur Elternstichprobe als ein für die Jugendlichen erheblich gravierenderes Problem: 50–60 % äußerten deutliche bis erhebliche Besorgnisse zur Vertraulichkeit der Therapeuten- und Betreuer-aufzeichnungen, eigener (Tagebuch-)Aufzeichnungen sowie Sorge über das, was in den Bewertungen mitgeteilt wurde.

Besonders positive Bewertungen für den Therapeuten werden für die Verständlichkeit seiner Sprache, das allgemeine Verhältnis sowie auch die Zunahme an Vertrauen im stationären Verlauf vergeben. Deutlich skeptischere Bewertungen werden für die vom Jugendlichen wahrgenommene Nähe des Therapeuten zum eigenen Problem, Zunahme an Problemverständnis durch Gespräche sowie das „Funktionieren“ von Anregungen (nur 33 %) abgegeben.

Die Binnenbeziehungen des Jugendlichen innerhalb der Station im stationären Verlauf sowohl den Betreuern als auch den anderen Jugendlichen gegenüber werden insgesamt sehr positiv eingeschätzt. Hänseleien durch Mitpatienten wegen der eigenen Probleme scheinen keine Rolle zu spielen. Negative Wirkungen anderer Jugendlicher auf die eigenen Probleme wurden nur von einer Minderheit (11 %) befürchtet.

Die vorübergehende Trennung vom Elternhaus wird immerhin von fast 80 % als etwas bis sehr positiv bewertet. Die Antworten derjenigen, die Entfremdungsfurcht eingestehen bzw. sogar poststationär konstatieren, daß ihr Verhältnis zur Familie längerfristig Schaden genommen habe (16 %) wirken dagegen allerdings nicht vernachlässigbar. Sie sind in Verbindung mit insgesamt skeptischen Item- und Globalurteilen zu familienbezogenen Effekten (s. auch Abschnitt 3.2) zu sehen. So bejahten nur 21 % klar, daß Familiengespräche für den Kontakt mit den Eltern hilfreich gewesen seien.

Ein Viertel der Stichprobe gesteht starke Gefühle eigenen Versagens im Zusammenhang mit der stationären Therapie ein, ca. ein Drittel starke Schamgefühle gegenüber Klassenkameraden und Altersgenossen.

Eine ausgeprägt negative Erfolgserwartung während des stationären Verlaufs artikulieren nur 13 %.

3.2 Scores und Globalbeurteilungen

Im folgenden sollen die Scores mit den sie bildenden Items inhaltlich vorgestellt werden.

Score 1: Verhältnis Jugendlicher/Therapeut:

Beispielhaft für eine ganze Reihe weiterer Items seien aufgeführt:

- Der Therapeut verstand das Wesentliche von meinem Problem
- Der Therapeut und ich kamen gut miteinander aus
- Ich hatte das Gefühl, der Therapeut verstand, was ich ihm sagen wollte

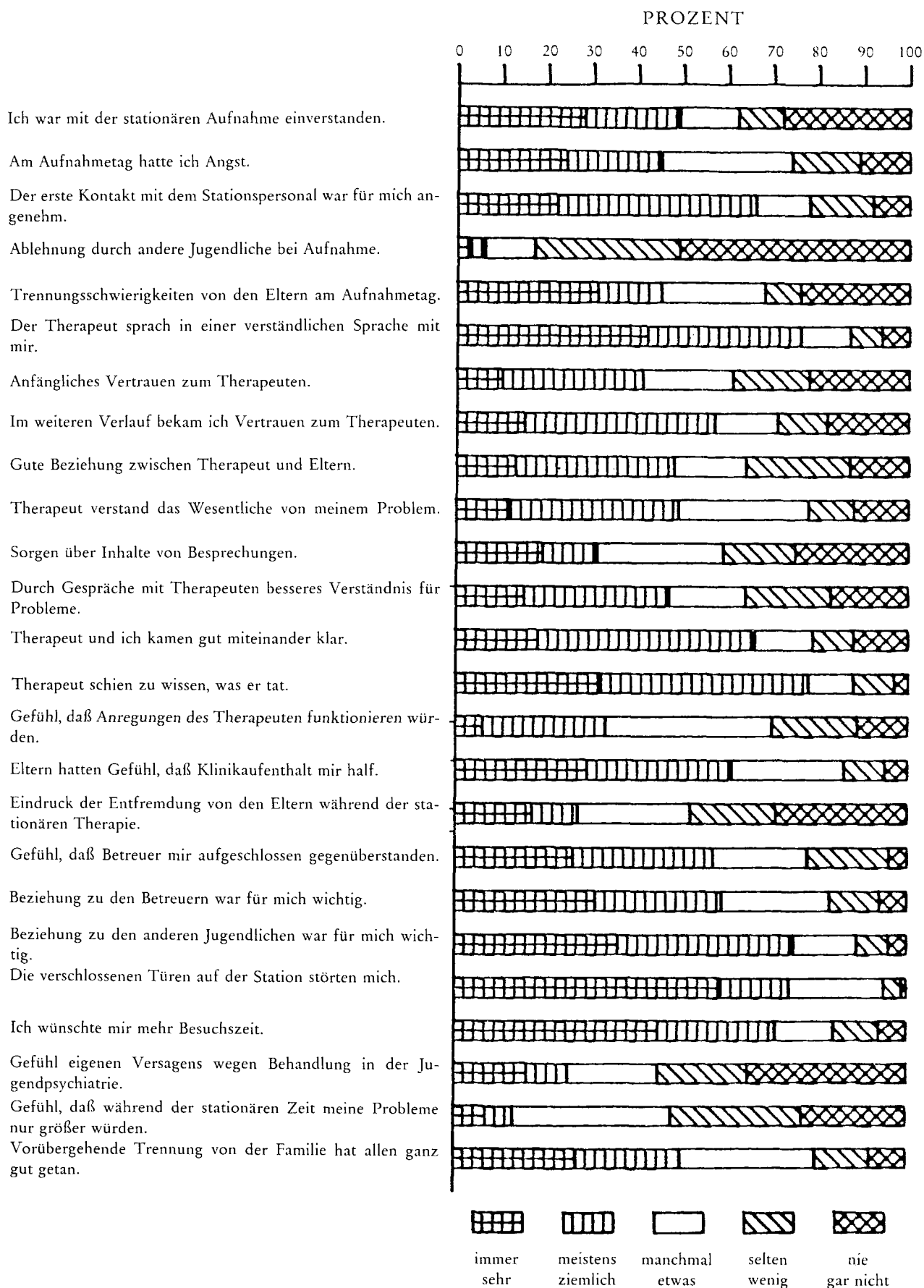


Abb. 1: Relative Häufigkeiten der Antworten bei ausgesuchten Items des Fragebogens
(Text z. T. leicht verkürzt)

Score 2: Verhältnis Jugendlicher/Betreuer:

- Der erste Kontakt mit dem Stationspersonal war für mich angenehm
- Im Notfall konnte ich von den Betreuern Hilfe bekommen
- Ich hatte das Gefühl, daß die Betreuer mir aufgeschlossen gegenüberstanden
- Die Beziehung zu den Betreuern war für mich wichtig
- Ich hatte das Gefühl, daß die Betreuer mir voreingenommen gegenüberstanden

Score 3: Verhältnis Jugendlicher/andere Jugendliche:

- Nach meinem Eindruck begegneten die anderen Jugendlichen mir bei der Aufnahme ablehnend
- Im Notfall konnte ich von den anderen Jugendlichen Hilfe bekommen
- Während der stationären Behandlung hatte ich die Sorge, daß sich meine Probleme durch den Kontakt mit den anderen Jugendlichen verschlimmerten
- Die Beziehung zu den anderen Jugendlichen war für mich wichtig
- Die anderen Jugendlichen auf Station konnten sich in meine Probleme einfühlen
- Ich wurde von den anderen Jugendlichen wegen meiner Probleme gehänselt

Score 4: Verhältnis des Jugendlichen zur Familie im stationären Verlauf:

- Ich hatte während der stationären Therapie den Eindruck, daß ich meinen Eltern entfremdet würde
- Die stationäre Therapie hat mir geholfen, unsere familiären Probleme zu verstehen
- Ich hatte das Gefühl, daß Familiengespräche mir für den Kontakt mit meinen Eltern helfen konnten
- Ich glaube, das Verhältnis zu meiner Familie hat durch den Klinikaufenthalt längerfristig Schaden gelitten
- Ich finde, die vorübergehende Trennung von meiner Familie hat uns allen ganz gut getan
- Ich finde, die vorübergehende Trennung von meiner Familie hat mir ganz gut getan

Score 5: Einverständnis mit der stationären Aufnahme:

- Ich war mit der stationären Aufnahme einverstanden
- Andere haben mich zur stationären Aufnahme überredet
- Ich war zu Beginn überzeugt, die stationäre Aufnahme würde mir helfen
- Am Aufnahmetag hatte ich Angst
- Am Aufnahmetag auf der Station kamen mir neue Zweifel

Score 6: Eigene Erfolgserwartungen:

- Durch die Gespräche mit dem Therapeuten wurde alles nur noch schlimmer
- Ich hatte das Gefühl, daß die Anregungen des Therapeuten funktionieren würden
- Während der stationären Zeit hatte ich das Gefühl, daß meine Probleme nur noch größer würden

Die Items, die in die Scores eingingen, wurden sämtlich so gepolt, daß „positiven“ Iteminhalten hohe Werte entsprachen, damit sind auch alle Scores positiv orientiert. In Abb. 2 sind die Mittelwerte der 6 Scores nach den Abbrechern und Nichtabbrechern aufgeschlüsselt. Für beide Gruppen gleichermaßen positive Scores ergeben sich für das Verhältnis zum Betreuer sowie für das Verhältnis zu den Mitpatienten, für beide Gruppen

gleich bescheiden fällt die Bewertung des Effekts auf das innerfamiliäre Verhältnis aus, ebenso wird retrospektiv das Einverständnis zur stationären Aufnahme homogen skeptisch eingeschätzt. Beide Gruppen differieren hingegen in der Bewertung des Verhältnisses zum Therapeuten sowie in der eigenen Erfolgserwartung. Die hier berücksichtigten Abbrecher (N=17) haben sich selbst so definiert, sie korrelieren wenig mit unseren Angaben zum Entlassungsmodus.

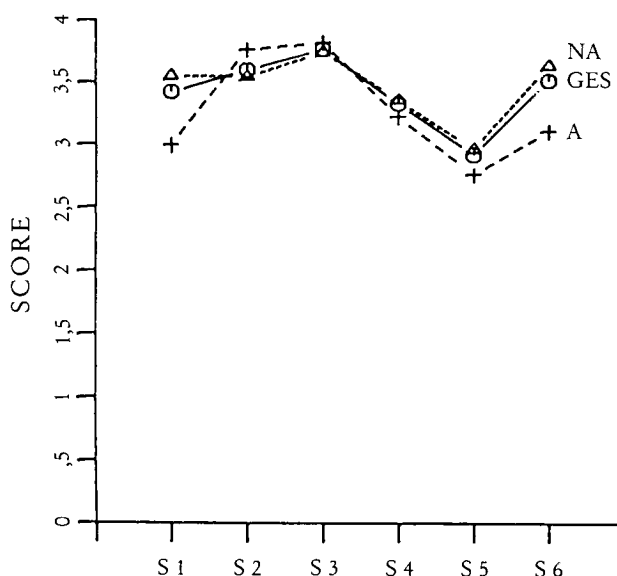


Abb. 2: Mittelwerte der 6 Fragebogen-Scores (S1-S6) für die gesamte Stichprobe (GES) sowie aufgeschlüsselt nach den selbstdefinierten Abbrechern (A) u. Nicht-Abbrechern (NA)

Unter den Globalbewertungen zur Entwicklung der selbstdefinierten Probleme wirkt zunächst erfreulich, daß 84% ihr „Hauptproblem“, das zur stationären Aufnahme führte, als aktuell vollkommen/deutlich gebessert bezeichneten, das zweitwichtigste Problem wird immerhin noch von ca. 1/4 so eingestuft.

Aus diesen fünfstufig skalierten Globalbewertungen zur Entwicklung der selbstdefinierten drei Hauptprobleme zum Befragungszeitpunkt wurde ein Index gebildet, im folgenden Index zur „Problementwicklung“ (PE) genannt. Ferner wurde aus den gleichfalls fünfstufig skalierten Globalbewertungen der kurz/langfristigen Hilfe für die eigene Person bzw. Familie ein Index gebildet, im folgenden „Klinikhilfe“ (KH) benannt. Die Werte dieser beiden Indizes wurden anhand von cutoff-points gruppiert, die aus Tabelle 2 ersichtlich sind. Es zeigte sich dabei eine sehr positive Einschätzung der eigenen Problementwicklung und eine gleichmäßige Verteilung der Bewertung der Klinikhilfe.

Um einschätzen zu können, ob einzelne Faktoren der stationären Therapie zu einer positiven oder negativen Einschätzung der Hilfe durch die Klinik oder der weiteren Problementwicklung beigetragen haben, wurden die Mittelwerte der 6 Fragebogenscores nach den Indizes für Problementwicklung und Klinikhilfe aufgeschlüsselt (s. Abb. 3).

Tabelle 2: Absolute und relative Häufigkeiten der gruppierten Indizes für die Problementwicklung (PE) und die Klinikhilfe (KH)

Gruppierung	N	PE	%	N	KH	%
$1,0 \leq \text{Index} \leq 2,4 : +$	49		72,1	25		35,7
$2,4 < \text{Index} < 3,5 : =$	18		26,5	20		28,6
$3,5 \leq \text{Index} \leq 5 : -$	1		1,5	25		35,7

Die dreistufige Gruppierung der Indexwerte steht inhaltlich für „positiv“, „etwas“, „negativ“.

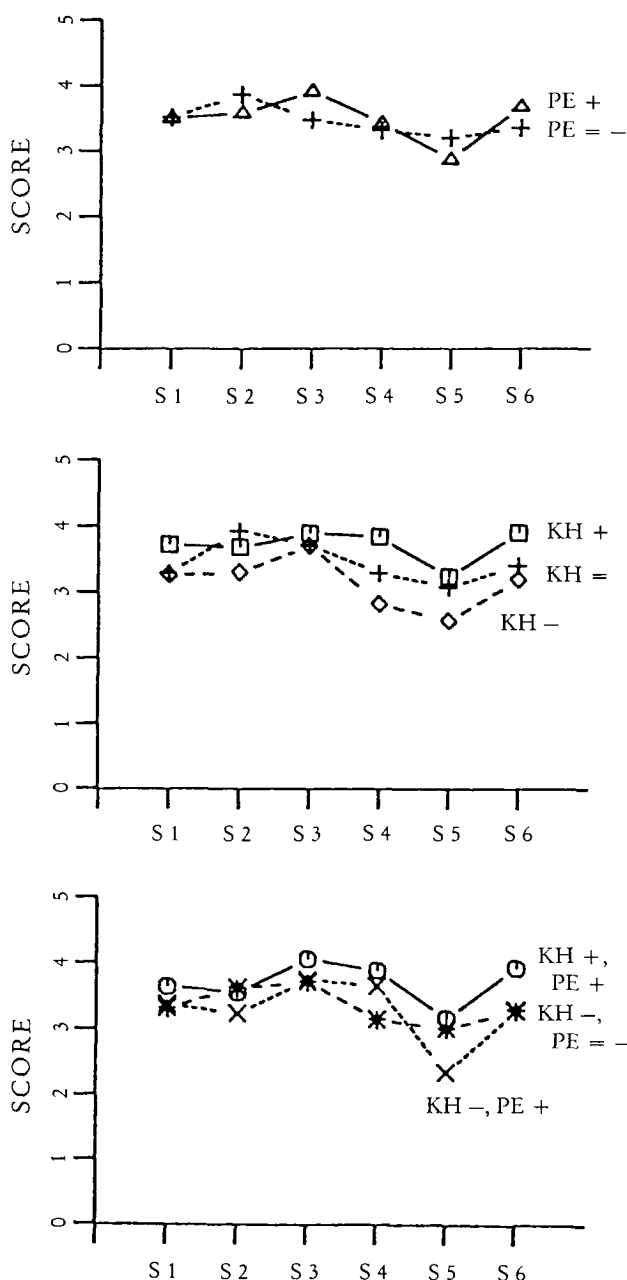


Abb. 3: Mittelwerte der 6 Fragebogen-Scores (S1-S6), aufgeschlüsselt nach den gruppierten Werten der Problementwicklung u. Klinikhilfe. Zu den Bezeichnungen vergl. Tab. 2.

Während die gruppierten Werte der Problementwicklung die Mittelwerte der Scores nicht differenzieren, geschieht dies in Abhängigkeit von der Klinikhilfe für 2 der 6 Scores deutlich: S4: Verhältnis des Jugendlichen zur Familie im stationären Verlauf (Kruskal-Wallis-Test; $p < 0.001$) und S6: eigene Erfolgserwartung (Kruskal-Wallis-Test; $p < 0.005$). Die Mittelwerte der Scores sind in Abb. 3 unten nach ausgewählten, kombinierten Werten der PE und KH dargestellt. Diese extremen Gruppen unterscheiden sich vor allem beim Score 4 (Kruskal-Wallis-Test; $p < 0.001$). Tendenzielle Unterschiede zeigen sich bei dem Score 5 und 6 (Kruskal-Wallis-Test; $p < 0.030$ bzw. $p < 0.017$). Das Einverständnis mit der stationären Aufnahme (S5) ist bei der Gruppe KH -, PE + niedriger als bei den beiden anderen, die eigene Erfolgserwartung (S6) ist bei der Gruppe KH +, PE +, deutlich größer.

Betrachtet man die in Tabelle 3 dargestellten Korrelationen, fällt diejenige zwischen Score 1 (Verhältnis Jugendlicher-Therapeut) und Score 6 (eigene Erfolgserwartung) als höchste auf, gefolgt von derjenigen zwischen dem Verhältnis zum Therapeuten und der globalen Zufriedenheit sowie der eigenen Erfolgserwartungen und der globalen Zufriedenheit. Verhältnis zur Familie im stationären Verlauf (S4) sowie eigene Erfolgserwartung korrelieren gleichfalls recht hoch.

Tabelle 3: Korrelationskoeffizienten zwischen den Scores des Fragebogens (S1-S6), der Indices für Problem-Entwicklung (PE) und Klinik-Hilfe (KH) sowie der globalen Zufriedenheit (GZ). Spearman-Rangkorrelationskoeffizienten; mit * gekennzeichnete Werte weichen bei zweiseitigem Test auf dem Niveau $p = 0.001$ statistisch signifikant von null ab.

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	PE	KH
S2	.28							
S3	.20	.01						
S4	.51*	.36	.25					
S5	.32	.40*	.03	.16				
S6	.78*	.29	.29	.62*	.19			
PE	.09	.13	.21	.13	-.06	.22		
KH	.25	.21	.11	.54*	.29	.42*	.36	
GZ	.66*	.44*	.01	.45*	.41*	.61*	.22	.57*

Betrachtet man die Mittelwerte der globalen Zufriedenheit sowie der einzelnen Globalurteile zur Klinikhilfe (s. Abb. 4), differenziert nach Abbrechern und Nichtabbrechern, so wirken die Schätzwerte zur kurzfristigen Wirksamkeit der stationären Therapie für die eigene Person recht günstig, wobei die Abbrecher sogar höher liegen, die längerfristige Wirksamkeit wird etwas skeptischer bewertet. Das Globalurteil zum kurzfristigen Effekt für die Familie differenziert deutlicher zwischen beiden Gruppen, am deutlichsten dasjenige zum langfristigen Effekt für die Familie.

In der Tabelle 4 fällt die hohe Beziehung zwischen der für die eigene Person und für die Familie erlebten langfristigen Hilfe auf.

Tabelle 4: Korrelationskoeffizienten zwischen globaler Zufriedenheit (GZ) und den Items der Klinik-Hilfe. (Hilfe für den Jugendlichen kurzfristig: JK, langfristig: JL, Hilfe für die Familie kurzfristig: FK, langfristig: FL) Spearman-Rangkorrelationskoeffizienten; mit * gekennzeichnete Werte weichen bei zweiseitigem Test auf dem Niveau $p=0.001$ statistisch signifikant von null ab.

	JK	JL	FK	FL
JL	.36			
FK	.64*	.40		
FL	.32	.84*	.43*	
GZ	.48*	.62*	.37	.39

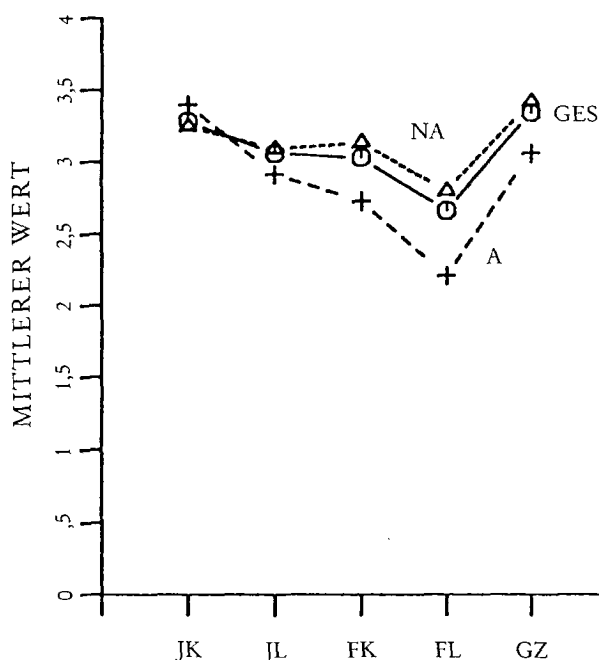


Abb. 4: Mittlere Werte der Beurteilungen der globalen Zufriedenheit (GZ) und der Klinikhilfe für den Jugendlichen kurzfristig (JK) und langfristig (JL), sowie für die Familie kurzfristig (FK) und langfristig (FL). Angegeben sind die Mittelwerte für die gesamte Stichprobe (GES) und aufgeschlüsselt nach den selbstdefinierten Abbrechern (A) u. Nichtabbrechern (NA) (Skalierung: 1 = unzufrieden bzw. nicht hilfreich bis 5 = sehr zufrieden bzw. sehr hilfreich).

3.3 Symptomliste

Mit Hilfe der Symptomliste sollten die Jugendlichen ihre eigene Symptombelastung für den Zeitraum von 6 Monaten vor, unmittelbar nach der stationären Therapie sowie zum Befragungszeitpunkt wiedergeben. Bei der Betrachtung dieser Daten wird das Schwergewicht auf die Differenzen vorher-nachher (unmittelbar poststationär) sowie die Kategorie „stimmt sicher“ gelegt.

Als psychosomatisch zu taxierende Beschwerden (Kopf- und Bauchschmerzen, Brechreiz) reduzieren sich um gut die Hälfte. Ängste vor der Schule reduzieren sich unmittelbar poststationär um 40%, im weiteren Verlauf nochmals um die Hälfte. Dem korrespondieren gut die noch höheren „Schwundraten“ bei Schulschwänzen, wo-

bei in unserer Jugendlichenklientel kaum Verwahrloste enthalten sind. Das Symptom „Zuwenigessen“ reduziert sich aus Jugendsicht besonders stark auf ein Viertel der Nennungen mit weiterer Reduktion im Verlauf. Bescheidener nimmt sich die Reduktionsrate beim Symptom „Zuvielessen“ aus.

Ein- und Durchschlafstörungen gehören gleichfalls zu den Symptomen mit starker Besserungstendenz (jeweils deutlich über die Hälfte). Besserungsraten bei emotionalen Abweichungen werden z.T. skeptischer bewertet: „Verstimmtheit, Traurigkeit“ reduziert sich poststationär um die Hälfte, Ängstlichkeit um 40%, „Sichsorgen wegen vieler Dinge“ um gut ein Drittel der Nennungen mit gleicher Tendenz im weiteren Verlauf. Isolationstendenzen vermindern sich praktisch nicht mehr. „Übergenauigkeit“ verbessert sich aus der Sicht der Antworter zu beiden Vergleichszeitpunkten jeweils um 25%.

In Abb. 5 sind die Indizes zur mittleren Symptombelastung zu den drei Befragungszeitpunkten wiedergegeben. Diese Indizes wurden nach gruppierten Werten (s. auch Tab. 2) für die Problementwicklung wie auch für die Klinikhilfe aufgeschlüsselt. Es zeigt sich dabei die Abhängigkeit der selbsteingeschätzten Symptombelastung sowohl jeweils von der Problemeinschätzung als auch von der Hilfestellung, die der Klinik zugeschrieben wird (Zur Problementwicklung: Mann-Whitney-Tests; V:ns; N:p 0.0044; J:p 0.0004. Zur Klinikhilfe: Kruskal-Wallis-Tests; V:ns; N:p 0.018; J:p 0.048.)

Der kombinierte Effekt beider Parameter differenziert nicht nur klar zwischen den Untergruppen mit jeweils positiver oder negativer Einstufung beider Größen (Kruskal-Wallis-Tests; V:ns; N:p 0.001; J:p 0.001) er macht auch einen von beiden vorgenannten Gruppen unterschiedlichen Verlauf der Symptombelastung für die Jugendlichen deutlich, die ihre Problementwicklung positiv einschätzen, eine Hilfe der Klinik dabei aber negieren. Diese „Verleugner“ der Klinikhilfe schätzen ihre eigene Symptombelastung zum Befragungszeitpunkt (J) fast so positiv ein, wie die Gruppe, die die Klinikhilfe positiv erlebt hat.

3.4 Bewertung einzelner Maßnahmen bzw. Milieufaktoren

Den Jugendlichen wurde dazu eine Liste mit Kür- und Pflichtanteilen eines durchschnittlichen Kliniktages vorgelegt mit der Aufforderung, diese hinsichtlich ihrer Wichtigkeit bei der Hilfestellung zur Lösung eigener Probleme zu bewerten. Die Antworten gerieten sicherlich teilweise „oppositionell“ gegenüber Therapeuten und Betreuern, denn „Freie Verfügung“ (68%) und „Besuchszeiten“ (65%) führten die positiven Bewertungen an, allerdings dicht gefolgt von Beschäftigungstherapie (58%) und Einzelgesprächen beim Therapeuten (55%). Gruppenaktivitäten, Bewegungstherapie, spontane Gespräche mit anderen Jugendlichen sowie Familiengespräche nahmen die folgenden Rangplätze ein (s. Abb. 6).

Unter Hinzunahme der Kategorie „etwas“ erscheint bemerkenswert, daß die Schule von insgesamt ca. $\frac{3}{4}$ als sehr bis etwas wichtig angesehen wird. Am Ende der

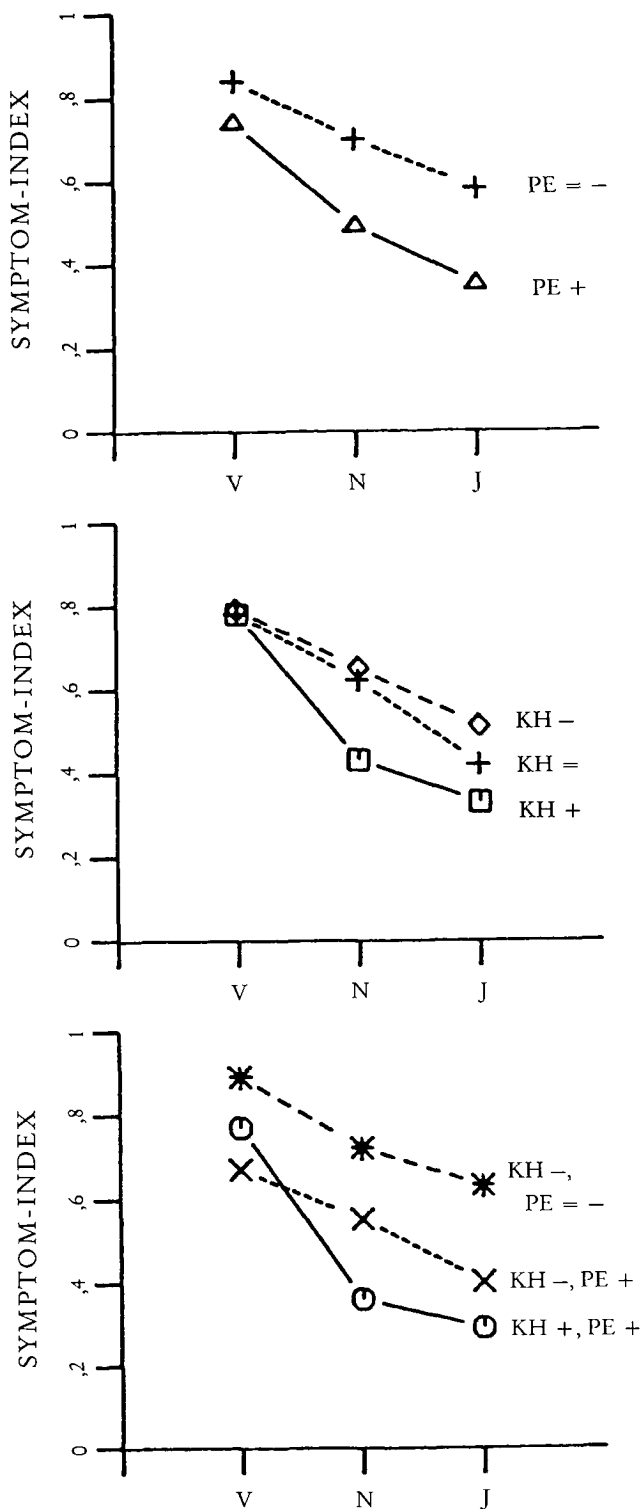


Abb. 5: Mittlerer Symptombelastungs-Index zu den Zeitpunkten vor (V), nach (N) der stationären Behandlung sowie zum aktuellen Zeitpunkt (J), aufgeschlüsselt nach den gruppierten Werten für die Problementwicklung (PE) und Klinikhilfe (KH).

- oben: Problementwicklung: gut: PE +
Problementwicklung: unverändert bzw. schlecht: PE -
- Mitte: Klinikhilfe (KH)
Klinikhilfe gut: KH +
Klinikhilfe mittel: KH =
Klinikhilfe schlecht: KH -
- unten: „extreme“ Kombination von Problementwicklung und Klinikhilfe.

Wichtigkeits-/Beliebtheitskala rangieren Wochenplanung, Jugendlichenbesprechungen, Rollenspiele als fixe Pflichtveranstaltungen, die teils Initiative teils auch emotionale Öffnung in der Gruppe unter Erwachsenensupervision erfordern. Medikamente werden von ca. $\frac{2}{3}$ der Stichprobe als wenig bis gar nicht hilfreich beurteilt, dies wahrscheinlich ohne jegliche Eigenerfahrung und im Kontrast zur kleineren Gruppe (ca. 20%), die Medikamente als für sich nützlich anerkennt.

4 Diskussion

Bei der Bewertung aller Resultate ist zu berücksichtigen, daß die Arbeit einen retrospektiven, erinnerungsabhängigen Evaluationsansatz darstellt. Ferner muß berücksichtigt werden, daß sich Teilnehmer und Nichtteilnehmer der Befragung nach unserer eigenen Erfolgseinschätzung für die Symptomatik wie auch für die Gesamtsituation differenzieren lassen.

Es muß aber dahingestellt bleiben, ob die betroffenen Nicht-Teilnehmer selbst ihren Erfolg vergleichbar skeptischer einschätzen würden. Die signifikante Geschlechtsverschiebung zugunsten der Mädchen bei den Teilnehmern kann vielleicht im Sinne einer größeren Kommunikationsbereitschaft der Mädchen interpretiert werden. Bei Betrachtung aller Item- und Globalresultate können Alters- und Geschlechtseinflüsse als insgesamt geringfügig bezeichnet werden. Die Mädchen schätzen sich allenfalls tendenziell besser auf dem Index für die Klinikhilfe ein.

Bei Betrachtung der Itemresultate wirkt erfreulich, daß die wichtigen Milieufaktoren Betreuer und Mitpatienten insgesamt sehr positiv eingeschätzt werden. Allerdings scheinen beide Faktoren auch in keiner sehr bedeutsamen Beziehung zu irgendwelchen Globalurteilen zur Effizienz zu stehen.

Die vorübergehende Trennung von den Eltern scheint auch für die Jugendlichen eine hohe Anfangsbarriere darzustellen sowie im Falle eines gelingenden stationären Verlaufs als zentrales therapeutisches Agens wirksam zu sein. Dieser Umstand findet unseres Erachtens in Itemresultaten zur Bewertung von Trennungsschwierigkeiten sowie zur Einschätzung des Trennungseffekts auf die ganze Familie wie auch in Globalbewertungen und Scores bzw. deren Beziehungen untereinander seinen Ausdruck. So definiert zumindest ein Teil der Befragten den persönlichen Therapieerfolg in engem Zusammenhang mit demjenigen für die Familie. Auch die Sondergruppe der selbstdefinierten „Abbrecher“ (mittlere Behandlungsdauer dieser Gruppe 9 Wochen gegenüber 12 Wochen bei den Nichtabbrechern) vergibt deutlich skeptischere Globalurteile gerade für die familienbezogenen Effekte (s. Abb. 3).

Die Sorge um Vertraulichkeit im Stationsalltag scheint für Jugendliche ein erhebliches Problem darzustellen, wodurch unseres Erachtens indirekt auch die zentrale Stellung des Therapeuten für die Bewertung des eigenen Wohlbefindens und Erfolges im stationären Verlauf un-

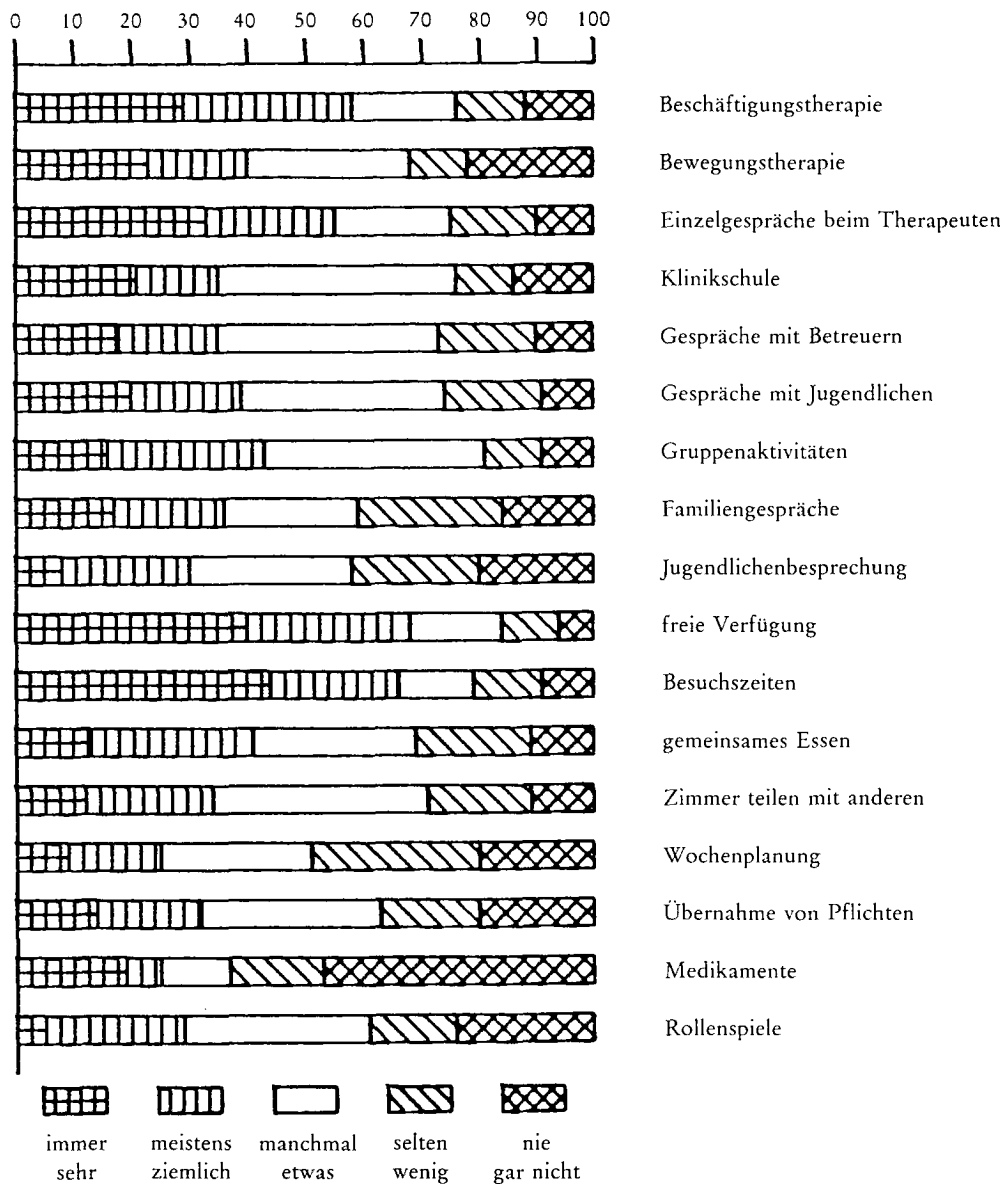


Abb. 6: Relative Häufigkeit der Bewertungen einzelner Maßnahmen als Hilfestellung zur Lösung eigener Probleme

terstrichen wird. Bei der Bewertung der Therapeuten wird analog wie bei der Elternbefragung eine gewisse Zwiespältigkeit deutlich: einerseits wirken die Bewertungen des allgemeinen Verhältnisses wie auch die Zunahme an Vertrauen im stationären Verlauf recht positiv, andererseits erscheinen die Bewertungen zur Effizienz von Gesprächen und Maßnahmen skeptischer. Allerdings rangieren Gespräche mit dem Therapeuten in der Rangskala der Wichtigkeit einzelner Maßnahmen ziemlich oben (s. Abb. 6), ferner imponiert die hohe Beziehung zwischen dem Verhältnis zum Therapeuten und der eigenen Erfolgserwartung (s. Tabelle 3). Die „Abbrecher“ definieren im entsprechenden Score ihr Verhältnis zum Therapeuten als deutlich schlechter, dies in Verbindung mit einer negativen eigenen Erfolgserwartung (s. Abb. 2).

Die aus der subjektiven Einschätzung der Symptombelastung gebildeten Indizes scheinen in einem stimmigen, realistischen Zusammenhang sowohl mit der Bewertung der Hilfe durch die Klinik als auch mit der Einschätzung

der weiteren Belastung durch selbstdefinierte Probleme zu stehen. Dies ergibt sich auch bei kombinierter Berücksichtigung beider Parameter. Die Sondergruppe von Jugendlichen mit positiver Einschätzung der Problementwicklung bei Negierung der Klinikhilfe schätzt sich als a priori am wenigsten symptombelastet und zum Befragungszeitpunkt als fast so wenig symptombelastet wie die erfolgreichste Gruppe ein. Eine Einstufung dieser Gruppe als weniger offen, problemverleugnender liegt nahe, soll aber nicht postuliert werden. Ein Hinweis in dieser Richtung ergibt sich aber aus der Betrachtung der Itemresultate dieser Sondergruppe. Sie weisen in die Richtung, daß diese Jugendlichen die durch die stationäre Therapie erfolgte Trennung von den Eltern als besonders belastend und wenig hilfreich für sich erleben konnten.

Global genommen wirken die Angaben der Jugendlichen zur Symptombelastung in einzelnen Bereichen wie auch die Globalurteile zur Klinikhilfe für den Praktiker

weder euphorisierend noch deprimierend sondern insgesamt realistisch. Das Gesamturteil zur Zufriedenheit mit allen Leistungen und Hilfen scheint sich analog wie bei der Elternbefragung (Kammerer, Grüneberg, Göbel 1984) vor allem an den am positivsten eingeschätzten kürzerfristigen Effekten für die eigene Person zu orientieren (s. Abb. 3).

Quantitative wie qualitative Erweiterungen eines derartigen Evaluationsansatzes sind wünschenswert, noch weiter nach Diagnosen differenzierende Fragestellungen an das vorliegenden Datenmaterial hätten eine größere Stichprobe erforderlich gemacht. Unter dem letztgenannten Aspekt scheint uns die Gruppe unserer psychotischen Patienten hervorhebenswert, die viele Details ihrer stationären Therapie bei uns auffallend positiv bewertet hat. Dieses differenzierte Meinungsbild unserer Jugendlichenklientel erscheint uns geeignet, weit verbreiteten pauschalen Vorurteilen von einer „Jugendlichen-Klasmühle“ zu widersprechen, wie dies auch z. B. Friese und Nissen (1983) als Resultat ihrer Untersuchung getan haben.

Summary

Catamnestic Evaluation of an Adolescent Psychiatric Inpatient-Treatment

In this study methods and findings regarding the catamnestic evaluation of an adolescent psychiatric inpatient-treatment are presented. The adolescents them-

selves had to rate their satisfaction, agreement or disagreement with a variety of demands, circumstances, and persons with which they are concerned during the treatment period. A self-evaluation of the treatment-success was also demanded. The study based on a previous investigation concerning parental opinions about the same subject.

Literatur

- Friese, H. J., Nissen, G. (1983): Die Klinik f. Kinder- und Jugendpsychiatrie im Urteil von Kindern u. Jugendlichen. In: Dt. Ärzteblatt 13, 39–42. – Gould, M., Shaffer, D. (1981): Client Satisfaction Scale. Unveröff. Manuskript, Division of Child Psychiatry, Psychiatric Institute Columbia University, New York. – Kammerer, E., Grüneberg, B., Göbel, D. (1984): Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 33, 141–148. – Kammerer, E., Göbel, D.: Jugendpsychiatrische stationäre Therapie im Urteil von Jugendlichen und Eltern – eine Gegenüberstellung (in Vorbereitung). – Rutter, M., Tizard, J., Whitmore, K. (1970): Education, Health and Behaviour. London. – Steinhausen, H.-Ch. (1983): Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen u. Erfahrungen im Rahmen einer kinder- u. jugendpsychiatrischen Poliklinik. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 32, 286–292.

Anschr. d. Verf.: Dr. E. Kammerer, Psychosomatische Abteilung der Univ.-Kinderklinik der WWU Münster, Robert-Koch-Str. 31, 4400 Münster.

Dr. D. Göbel, Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kinder- und Jugendalters der FU Berlin, Platanenallee 23, 1000 Berlin 19.