

Kühnapfel, Bernward und Schepker, Renate

Katamnestiche Nachbefragung von freiwillig und nicht freiwillig behandelten Jugendlichen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55 (2006) 10, S. 767-782

urn:nbn:de:bsz-psydok-47023

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.; Meng, H.: Die Funktion von Besprechungen für multidisziplinäre Behandlungsteams kinder- und jugendpsychiatrischer Stationen (The function of team-meetings for treatment teams on child and adolescent psychiatric wards)	198
Henke, C.: Peer-Mediation an Schulen: Erfahrungen bei der Implementierung und der Ausbildung von Streitschlichtern (Peer-mediation in schools: Experiences in implementation and training of mediators)	644
Krabbe, H.: Eltern-Jugendlichen-Mediation (Mediation between parents and youth) . . .	615
Mayer, S.; Normann, K.: Das Praxismodell des Familien-Notruf München zum Einbezug der Kinder in die Mediation (Children in family mediation: A practice model)	600
Mickley, A.: Mediation an Schulen (Mediation in schools)	625
Sampson, M.: Psychotherapeutischer Leitfaden zum technischen Umgang mit Schulängsten (A psychotherapeutic guide for dealing with school phobia)	214

Originalarbeiten / Original Articles

Barkmann, C.; Schulte-Markwort, M.: Psychosoziale Lebenssituation und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland (Life situation and health status of children and adolescents)	444
Boeger, A.; Dörfler, T.; Schut-Ansteeg, T.: Erlebnispädagogik mit Jugendlichen: Einflüsse auf Symptombelastung und Selbstwert (Project adventure with adolescents: Influence on psychopathology and self-esteem)	181
Bullinger, M.; Ravens-Sieberer, U.: Lebensqualität und chronische Krankheit: die Perspektive von Kindern und Jugendlichen in der Rehabilitation (Quality of life and chronic conditions: The perspective of children and adolescents in rehabilitation)	23
Desman, C.; Schneider, A.; Ziegler-Kirbach, E.; Petermann, F.; Mohr, B.; Hampel, P.: Verhaltenshemmung und Emotionsregulation in einer Go-/Nogo-Aufgabe bei Jungen mit ADHS (Behavioural inhibition and emotion regulation among boys with ADHD during a go-/nogo-task)	328
Fetzer, A.E.; Steinert, T.; Metzger, W.; Fegert, J.M.: Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (A prospective analysis of coercive measures in an inpatient department of child and adolescent psychiatry)	754
Fricke, L.; Mitschke, A.; Wiater, A.; Lehmkuhl, G.: Kölner Behandlungsprogramm für Kinder mit Schlafstörungen – Konzept, praktische Durchführung und erste empirische Ergebnisse (A new treatment program for children with sleep disorders – Concept, practicability, and first empirical results)	141
Grimm, K.; Mackowiak, K.: Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger und aufmerksamkeitsgestörter Kinder (KES) (KES – Training for parents of children with conduct behaviour problems)	363
Hampel, P.; Desman, C.: Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (Coping and quality of life among children and adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)	425
Kühnapfel, B.; Schepker, R.: Katamnestische Nachbefragung von freiwillig und nicht freiwillig behandelten Jugendlichen (Post hoc interviews with adolescents after voluntary and involuntary psychiatric admission)	767

1	Leins, U.; Hinterberger, T.; Kaller, S.; Schober, F.; Weber, C.; Strehl, U.: Neurofeedback der langsamen kortikalen Potenziale und der Theta/Beta-Aktivität für Kinder mit einer ADHS: ein kontrollierter Vergleich (Neurofeedback for children with ADHD: A comparison of SCP- and Theta/Beta-Protocols)	384
2		
3		
5	Preusche, I.; Koller, M.; Kubinger, K.D.: Sprachfreie Administration von Intelligenztests nicht ohne Äquivalenzprüfung – am Beispiel des AID 2 (An experiment for testing the psychometric equivalence of the non verbal instruction of the Adaptive Intelligence Diagnosticum) . .	559
	Retzlaff, R.; Hornig, S.; Müller, B.; Reuner, G.; Pietz, J.: Kohärenz und Resilienz in Familien mit geistig und körperlich behinderten Kindern (Family sense of coherence and resilience. A study on families with children with mental and physical disabilities)	36
10		
	Richardt, M.; Remschmidt, H.; Schulte-Körne, G.: Einflussfaktoren auf den Verlauf Begleiteter Umgänge in einer Erziehungsberatungsstelle (Influencing factors on the course of supervised visitations in a parental counselling office)	724
	Roessner, V.; Banaschewski, T.; Rothenberger, A.: Neuropsychologie bei ADHS und Tic-Störungen – eine Follow-up-Untersuchung (Neuropsychological performance in ADHD and tic-disorders: A prospective 1-year follow-up)	314
15		
	Romer, G.; Stavenow, K.; Baldus, C.; Brüggemann, A.; Barkmann, C.; Riedesser, P.: Kindliches Erleben der chronischen körperlichen Erkrankung eines Elternteils: Eine qualitative Analyse von Interviews mit Kindern dialysepflichtiger Eltern (How children experience a parent being chronically ill: A qualitative analysis of interviews with children of hemodialysis patients)	53
20		
	Sarimski, K.: Spektrum autistischer Störungen im frühen Kindesalter: Probleme der Beurteilung (Autistic spectrum disorders in very young children: Issues in the diagnostic process) .	475
	Schick, A.; Cierpka, M.: Evaluation des Faustlos-Curriculums für den Kindergarten (Evaluation of the Faustlos-Curriculum for Kindergartens)	459
	Schmid, M.; Nützel, J.; Fegert, J.M.; Goldbeck, L.: Wie unterscheiden sich Kinder aus Tagesgruppen von Kindern aus der stationären Jugendhilfe? (A comparison of behavioral and emotional symptoms in German residential care and day-care child welfare institutions)	544
25		
	Stadler, C.; Holtmann, M.; Claus, D.; Büttner, G.; Berger, N.; Maier, J.; Poustka, F.; Schmeck, K.: Familiäre Muster bei Störungen von Aufmerksamkeit und Impulskontrolle (Familial patterns in disorders of attention and impulse control)	350
30		
	Suchodoletz, W. v.; Macharey, G.: Stigmatisierung sprachgestörter Kinder aus Sicht der Eltern (Stigmatization of language impaired children from the parents' perspective) . .	711
	Trautmann-Villalba, P.; Laucht, M.; Schmidt, M.H.: Väterliche Negativität in der Interaktion mit Zweijährigen als Prädiktor internalisierender Verhaltensprobleme von Mädchen und Jungen im Grundschulalter (Father negativity in the interaction with toddlers as predictor of internalizing problems in girls and boys at school age)	169
35		
	Wiehe, K.: Zwischen Schicksalsschlag und Lebensaufgabe – Subjektive Krankheitstheorien als Risiko- oder Schutzfaktoren der Bewältigung chronischer Krankheit im Kindesalter (Stroke of fate or personal challenge – Subjective theories of illness as risk or protective factors in coping with chronic pediatric illness)	3
40		
	Übersichtsarbeiten / Review Articles	
42		
43	Bastine, R.; Römer-Wolf, B.; Decker, F.; Haid-Loh, A.; Mayer, S.; Normann, K.: Praxis der Familienmediation in der Beratung (Family mediation within the counselling system) .	584
44	Frölich, J.; Lehmkuhl, G.; Fricke, L.: Die medikamentöse Behandlung von Schlafstörungen im Kindes- und Jugendalter (Pharmacotherapy of sleep disorders in children and adolescents) . .	118
45		

1	Gantner, A.: Multidimensionale Familientherapie für cannabisabhängige Jugendliche – Ergebnisse und Erfahrungen aus der „INCANT“-Pilotstudie (Multidimensional Family Therapy for adolescent clients with cannabis use disorders – Results and experience from the INCANT pilot study)	520
2		
3		
5	Hardt, J.; Hoffmann, S. O.: Kindheit im Wandel – Teil I: Antike bis zur Neuzeit (Childhood in flux – Part I: Ancient world until modern times)	271
	Hardt, J.; Hoffmann, S. O.: Kindheit im Wandel – Teil II: Moderne bis heute (Childhood in flux – Part II: Modern times until today)	280
	Jockers-Scherübl, M. C.: Schizophrenie und Cannabiskonsum: Epidemiologie und Klinik (Schizophrenia and cannabis consumption: Epidemiology and clinical symptoms) . . .	533
10	Libal, G.; Plener, P. L.; Fegert, J. M.; Kölch, M.: Chemical restraint: „Pharmakologische Ruhigstellung“ zum Management aggressiven Verhaltens im stationären Bereich in Theorie und Praxis (Chemical restraint: Management of aggressive behaviours in inpatient treatment – Theory and clinical practice)	783
15	Nitschke-Janssen, M.; Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen – Eine retrospektive Auswertung in einer Schweizer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik (Factors contributing to the use of seclusion and restraint – a retrospective analysis in a Swiss clinic for child and adolescent psychiatry)	255
	Ollefs, B.; Schlippe, A. v.: Elterliche Präsenz und das Elterncoaching im gewaltlosen Widerstand (Parental presence and parental coaching in non-violent resistance)	693
20	Paditz, E.: Schlafstörungen im Kleinkindesalter – Diagnostik, Differenzialdiagnostik und somatische Hintergründe (Sleep disorders in infancy – Aspects of diagnosis and somatic background)	103
	Papoušek, M.; Wollwerth de Chuquisengo, R.: Integrative kommunikationszentrierte Eltern- Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen (Integrative parent-infant psychotherapy for early regulatory and relationship disorders)	235
25	Schepker, R.; Steinert, T.; Jungmann, J.; Bergmann, F.; Fegert, J. M.: Qualitätsmerkmale freiheitseinschränkender Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Quality characteristics of freedom-restricting coercive measures in child and adolescent psychiatry)	802
	Schnoor, K.; Schepker, R.; Fegert, J. M.: Rechtliche Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Legal and practical issues on coercive measures in child and adolescent psychiatry)	814
30	Schredl, M.: Behandlung von Alpträumen (Treatment of nightmares)	132
	Seiffge-Krenke, I.; Skaletz, C.: Chronisch krank und auch noch psychisch beeinträchtigt? Die Ergebnisse einer neuen Literaturrecherche (Chronically ill and psychologically impaired? Results of a new literature analysis)	73
35	Tossmann, P.: Der Konsum von Cannabis in der Bundesrepublik Deutschland (The use of cannabis in the Federal Republic of Germany)	509
	Zehnder, D.; Hornung, R.; Landolt, M. A.: Notfallpsychologische Interventionen im Kindesalter (Early psychological interventions in children after trauma)	675

Buchbesprechungen / Book Reviews

40		
42	Asendorpf, J. B. (Hg.) (2005): Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung. Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie. Bd. 3. (L. Unzner)	740
43		
44	Aster, M. v.; Lorenz, J. H. (Hg.) (2005): Rechenstörungen bei Kindern. Neurowissenschaft, Psychologie, Pädagogik. (A. Seitz)	410
45		

1	Becker, K.; Wehmeier, P.M.; Schmidt, M.H. (2005): Das noradrenerge Transmittersystem bei ADHS. Grundlagen und Bedeutung für die Therapie. (<i>M. Mickley</i>)	575
2	Behringer, L.; Höfer, R. (2005): Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. (<i>D. Irblich</i>)	574
3	Bernard-Opitz, V. (2005): Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Ein Praxis- handbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. (<i>K. Sarimski</i>)	411
5	Bieg, S.; Behr, M. (2005): Mich und Dich verstehen. Ein Trainingsprogramm zur Emotio- nalen Sensitivität bei Schulklassen und Kindergruppen im Grundschul- und Orientie- rungsstufenalter. (<i>F. Caby</i>)	299
	Bois, R. d.; Resch, F. (2005): Klinische Psychotherapie des Jugendalters. Ein integratives Praxisbuch. (<i>R. Mayr</i>)	664
10	Bortz, J. (2005): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. (<i>J. Fliegner</i>)	744
	Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2006): Kinder ohne Bindung: Deprivation, Adoption und Psychotherapie. (<i>L. Unzner</i>)	842
	Christ-Steckhan, C. (2005): Elternberatung in der Neonatologie. (<i>K. Sarimski</i>)	157
	Cierpka, M. (2005): FAUSTLOS – wie Kinder Konflikte gewaltfrei lösen lernen. (<i>W. Nobach</i>)	95
15	Claus, H.; Peter, J. (2005): Finger, Bilder, Rechnen. Förderung des Zahlverständnisses im Zahlraum bis 10. (<i>M. Mickley</i>)	226
	Damasch, E.; Metzger, H.-G. (Hg.) (2005): Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische Perspektiven. Frankfurt a. (<i>A. Eickhorst</i>)	494
	Diepold, B. (2005): Spiel-Räume. Erinnern und entwerfen. Aufsätze zur analytischen Kin- der- und Jugendlichenpsychotherapie (herausgegeben von P. Diepold). (<i>M. Schulte- Markwort</i>)	419
20	Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.; Steinhausen, H.-C. (2006): KIDS-1 Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). (<i>D. Irblich</i>)	841
	Doherty-Sneddon, G. (2005): Was will das Kind mir sagen? Die Körpersprache des Kindes verstehen lernen. (<i>L. Unzner</i>)	294
25	Eiholzer, U. (2005): Das Prader-Willi-Syndrom. Über den Umgang mit Betroffenen. (<i>K. Sarimski</i>)	158
	Feibel, T. (2004): Killerspiele im Kinderzimmer. Was wir über Computer und Gewalt wis- sen müssen. (<i>G. Latzko</i>)	158
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 50. (<i>M. Hirsch</i>)	304
30	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 51. (<i>M. Hirsch</i>)	745
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2006): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 52. (<i>M. Hirsch</i>)	843
	Häußler, A. (2005): Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus. (<i>K. Sarimski</i>)	411
	Hopf, C. (2005): Frühe Bindungen und Sozialisation. (<i>L. Unzner</i>)	294
	Jacobs, C.; Petermann, F. (2005): Diagnostik von Rechenstörungen. (<i>D. Irblich</i>)	495
35	Katz-Bernstein, N. (2005): Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diag- nostik, Therapie. (<i>D. Irblich</i>)	496
	Lackner, R. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Therapeutische Unterstützung für traumatisierte Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
	Langer, I.; Langer, S. (2005): Jugendliche begleiten und beraten. (<i>M. Mickley</i>)	96
40	Leyendecker, C. (2005): Motorische Behinderungen. Grundlagen, Zusammenhänge und Förderungsmöglichkeiten. (<i>L. Unzner</i>)	160
	Nissen, G. (2005): Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. (<i>L. Unzner</i>)	571
43	Oelsner, W.; Lehmkuhl, G. (2005): Adoption. Sehnsüchte – Konflikte – Lösungen. (<i>H. Hopf</i>)	302
44	Pal-Handl, K. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Elternratgeber für traumatisierte Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
45		

1	Pal-Handl, K.; Lackner, R.; Lueger-Schuster, B. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Ein Bilderbuch für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
2	Petermann, F.; Macha, T. (2005): Psychologische Tests für Kinderärzte. (<i>D. Irblich</i>)	156
3	Plahl, C.; Koch-Temming, H. (Hg.) (2005): Musiktherapie mit Kindern. Grundlagen – Methoden – Praxisfelder. (<i>K. Sarimski</i>)	412
5	Resch, F.; Schulte-Markwort, M. (Hg.) (2005): Jahrbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma. (<i>K. Fröhlich-Gildhoff</i>)	416
	Ritscher, W. (Hg.) (2005): Systemische Kinder und Jugendhilfe. Anregungen für die Praxis. (<i>G. Singe</i>)	847
10	Rittelmeyer, C. (2005): Frühe Erfahrungen des Kindes. Ergebnisse der pränatalen Psychologie und der Bindungsforschung – Ein Überblick. (<i>L. Unzner</i>)	742
	Rohrmann, S.; Rohrmann, T. (2005): Hochbegabte Kinder und Jugendliche. Diagnostik – Förderung – Beratung. (<i>D. Irblich</i>)	665
	Ruf, G.D. (2005): Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. (<i>R. Mayr</i>)	741
15	Ruppert, F. (2005): Trauma, Bindung und Familienstellen. Seelische Verletzungen verstehen und heilen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	300
	Sarimski, K. (2005): Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen. (<i>D. Irblich</i>)	94
	Schäfer, U.; Rüter, E. (2005): ADHS im Erwachsenenalter. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. (<i>E. Rhode</i>)	413
20	Schindler, H.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Anwendungsfelder systemischer Praxis. Ein Handbuch. (<i>I. Bohmann</i>)	573
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf. (<i>K. Sarimski</i>)	661
	Schlottke, P.; Silbereisen, R.; Schneider, S.; Lauth, G. (Hg.) (2005): Störungen im Kindes- und Jugendalter – Verhaltensauffälligkeiten. (<i>K. Sarimski</i>)	661
25	Schott, H.; Tölle, R. (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. (<i>S. Auschra</i>)	840
	Schütz, A.; Selg, H.; Lautenbacher, S. (Hg.) (2005): Psychologie: Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder. (<i>L. Unzner</i>)	666
30	Seiffge-Krenke, I. (Hg.) (2005): Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie. (<i>U. Kiefling</i>)	297
	Siegler, R.; DeLoache, J.; Eisenberg, N. (2005): Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. (<i>L. Unzner</i>)	492
	Simon, H. (2005): Dyskalkulie – Kindern mit Rechenschwäche wirksam helfen. (<i>M. Mickley</i>)	226
	Speck, V. (2004): Progressive Muskelentspannung für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	663
35	Speck, V. (2005): Training progressiver Muskelentspannung für Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	663
	Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2005): Früherkennung von Entwicklungsstörungen. Frühdiagnostik bei motorischen, kognitiven, sensorischen, emotionalen und sozialen Entwicklungsauffälligkeiten. (<i>D. Irblich</i>)	572
40	Suhr-Dachs, L.; Döpfner, M. (2005): Leistungsängste. Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ), Bd. 1. (<i>H. Mackenberg</i>)	414
	Thun-Hohenstein, L. (Hg.) (2005): Übergänge. Wendepunkte und Zäsuren in der kindlichen Entwicklung. (<i>L. Unzner</i>)	295
42	Unterberg, D.J. (2005): Die Entwicklung von Kindern mit LRS nach Therapie durch ein sprachsystematisches Förderkonzept. (<i>M. Mickley</i>)	743
43	Venzlaff, U.; Foerster, K. (Hg.) (2004): Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen. (<i>B. Reiners</i>)	230
44		
45		

1	Weiß, H.; Neuhäuser, G.; Sohns, A. (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. (<i>M. Naggl</i>)	227
2	Westhoff, E. (2005): Geistige Behinderung (er-)leben. Eine Reise in fremde Welten. (<i>D. Irblich</i>)	296
3	Wirsching, M. (2005): Paar- und Familientherapie. Grundlagen, Methoden, Ziele. (<i>A. Zellner</i>)	497

Neuere Testverfahren / Test Reviews

10	Grob, A.; Smolenski, C. (2005): FEEL-KJ. Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. (<i>C. Kirchheim</i>)	499
	Mariacher, H.; Neubauer, A. (2005): PAI 30. Test zur Praktischen Alltagsintelligenz. (<i>C. Kirchheim</i>)	162
	Rossmann, P. (2005): DTK. Depressionstest für Kinder. (<i>C. Kirchheim</i>)	669

15	Editorial / Editorial	1, 101, 313, 507, 581, 751
	Autoren und Autorinnen / Authors	91, 155, 225, 293, 408, 491, 570, 660, 739, 838
	Gutachter und Gutachterinnen / Reviewer	93, 839
	Tagungskalender / Congress Dates	98, 165, 233, 309, 421, 502, 577, 672, 748, 849
20	Mitteilungen / Announcements	167, 674

Katamnestische Nachbefragung von freiwillig und nicht freiwillig behandelten Jugendlichen

Bernward Kühnapfel und Renate Schepker

Summary

Post hoc interviews with adolescents after voluntary and involuntary psychiatric admission

We examined the influence of the admission mode of adolescents into inpatient psychiatric therapy – voluntary or involuntary – on the outcome. For statistics, a fully structured self-assessment form was applied some months after dismissal, partly drawn up independently and partly containing items from the inventory for quality of life in children and adolescents (ILK). The initial psychological state was less favourable in patients who were admitted under constraint. However, both patient groups showed a comparable outcome. Positive effects of the patient information on their compliance and attitude towards the therapy were demonstrated, as well as a positive influence of the confidence in the therapeutic staff. Regarding the quality of life obtained at the end of treatment, the admission mode is apparently less important or is put into perspective by staff-patient-relations within the therapeutic relationship. On the other hand, the possibilities for participation and the patients' feeling to be taken seriously play a major role in improving compliance and, as a moderator variable, for therapeutic success as well. The results underline the importance of improving participation processes of hospitalized adolescent patients in psychiatry. This seems to be constitutive for a positive long-term treatment outcome.

Key words: self-assessment form – involuntary hospital admission – inventory for quality of life in children and adolescents – participation

Zusammenfassung

Es wurde der Einfluss des Aufnahmemodus von Jugendlichen in die stationär psychiatrische Therapie – freiwillig versus unter Zwang – auf den Therapieerfolg untersucht. Für die Erhebung wurde ein zum Teil eigenständig erstellter, zum Teil Items aus dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) enthaltender voll strukturierter Selbstbeurteilungsbogen verwendet und katamnestisch eingesetzt. Die Eingangsbefindlichkeiten waren für die unter Zwang aufgenommenen Patienten schlechter. Unabhängig davon erzielten beide Patientengruppen einen vergleichbar guten Therapieerfolg gemessen an der selbst eingeschätzten Lebensqualität. Nachweisen lassen sich Effekte der Patientenzentrierung und der Informiertheit der Patienten auf deren Compliance und Einstellung gegenüber der Therapie. Ein positives Vertrauensverhältnis zu den therapeu-

tischen Mitarbeitern trug ebenfalls bei beiden Gruppen zum Outcome bei. Der Aufnahmemodus hat in Hinblick auf die erreichte Lebensqualität offenbar nur eine geringe Bedeutung, oder die Bedeutung wird im Behandlungsverlauf im Rahmen der therapeutischen Vertrauensbeziehung kompensiert. Dagegen spielen die Mitsprachemöglichkeit, die Teilhabe und das Gefühl der Patienten, ernst genommen zu werden, eine zentrale Rolle für die Verbesserung der Compliance und als Moderatorvariable auch für den Therapieerfolg. Die Optimierung der Partizipation minderjähriger Psychatriepatienten wurde mit den Ergebnissen als konstituierend für positive Behandlungsergebnisse belegt.

Schlagwörter: Selbstbeurteilungsbogen – ILK – Partizipation – unfreiwillige Krankenhausaufnahme – Jugendpsychiatrie

1 Einleitung

Die Qualität einer kinder- und jugendpsychiatrischen Therapie lässt sich unter anderem an der Prozessqualität, der Behandlungszufriedenheit und der erreichten Lebensqualität als Outcome-Variable messen, in denen die Perspektive der Patienten bzw. der „Nutzer“ stärker zur Geltung kommt (Mattejat u. Remschmidt 1995; Mattejat 1997). Nach Wiethoff sind das emotionale Erleben, die Wahrnehmung und die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen, die sich in der stationären psychiatrischen Behandlung befinden, von zentraler Bedeutung für den Behandlungsverlauf und -erfolg (Wiethoff et al. 2003). Damit könnte auch der Modus, durch welchen die Patienten in die stationäre psychiatrische Behandlung eintreten – freiwillig, durch das Landesgesetz für psychisch kranke Personen (PsychKG) oder über das Familiengericht – von Bedeutung sein.

Die vorliegende Arbeit stellt die Teilhabe unfreiwillig in die Behandlung gelangter Jugendlicher bezüglich der Aufnahmeentscheidung, des Therapieablaufs und der Therapie beeinflussender Entscheidungen der Partizipation freiwillig stationär behandelter Jugendlicher gegenüber. Es wird untersucht, welche Auswirkung die Art des Eintritts in die stationäre psychiatrische Behandlung auf Einstellungen gegenüber der notwendigen Therapie hat und ob sie den Therapieerfolg beeinflusst. Als ein für alle Störungsbilder gleichermaßen zutreffender Parameter des Therapieerfolgs hat sich in den letzten Jahren die Beurteilung der Lebensqualität bzw. die Lebenszufriedenheit durchgesetzt und sich auch in der Einschätzung durch die jungen Patienten im Anschluss an die Entlassung aus der stationären Behandlung bewährt. Das hier eingesetzte Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen ILK (Mattejat u. Remschmidt 1998) wurde multizentrisch erprobt und zeigt eine gute Validität. Darüber hinaus wurde anhand unserer Befragung untersucht, ob, wie von der UN-Konvention über die Rechte des Kindes gefordert, auch eine Aufnahme unter Zwang in die stationäre psychiatrische Behandlung eine adäquate Aufklärung und Information des Betroffenen bezüglich der bevorstehenden Therapie umfasst (Reiter-Theil et al. 1993; Derichs u. Höger 2001). Artikel 13 der UN-Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen besagt, dass jedem Kind unabhän-

gig von seinem Alter eine umfassende Information auch dann zu gewähren ist, wenn es (noch) nicht einwilligungsfähig ist (Artikel 13 der UN-Kinderrechtskonvention von 1989).

2 Methode

Für die Befragung der Jugendlichen wurde ein zum Teil hinsichtlich der Items zur Freiwilligkeit und Befindlichkeit bei Aufnahme eigenständig erstellter, zum Teil für die Fragestellung relevante Items aus dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (ILK) enthaltender, voll strukturierter Beurteilungsbogen verwendet (Schmidt u. Remschmidt 1998; Mattejat et al. 1998). Der überwiegende Anteil der aufgelisteten Aussagen sollte anhand einer fünfstufigen Rating-Skala und zusätzlich „weiß nicht“ von den Jugendlichen beurteilt werden (Tab. 1).

Tab. 1: Aussagen, die von allen Jugendlichen beurteilt werden sollten

1. Du wurdest vor deiner stationären Aufnahme nach deiner Meinung gefragt.
2. Deine stationäre Behandlung in der Psychiatrie war wichtig, damit du gesund werden konntest.
3. Du hattest zum Zeitpunkt deiner stationären Aufnahme Angst davor, was auf dich zukommen würde.
4. Deine Behandlung wurde dir ausführlich erklärt.
5. Fragen, die du zu deiner Behandlung hattest, wurden dir verständlich beantwortet.
6. Dir wurden Medikamente gegeben, durch die du ruhiger und entspannter wurdest.
7. Die Wirkung der Medikamente wurde dir verständlich erklärt (nur zu beantworten, wenn Pkt. 6 als zutreffend eingeschätzt wurde).
8. Über Gespräche, die über dich geführt wurden, ohne dass du anwesend warst, wurdest du informiert.
9. Dir wurde gesagt, wie lange dein stationärer Aufenthalt wahrscheinlich dauern würde.
10. Deine Betreuer und Therapeuten hatten genügend Zeit für dich, deine Sorgen und Probleme.
11. Du hast deinen Betreuern und Therapeuten vertraut.
12. Deine Betreuer hatten Verständnis für dich und deine Probleme.
13. Du hattest das Gefühl, dass dein Zufriedener-Sein, dein Glücklicher-Sein und dein Gesundwerden im Vordergrund standen.
14. Du wurdest zum richtigen Zeitpunkt aus der stationären Behandlung entlassen.
15. Dein Klinikaufenthalt hat dir geholfen.
16. Du bist jetzt zufriedener und glücklicher als vor deiner stationären Behandlung.

Um die Wahrung der Rechte, Würde und Selbstbestimmung der durch PsychKG und durch § 1631 b BGB in die stationäre Behandlung Gelangten überprüfen zu können, wurden dieser Patientengruppe gesondert zusätzliche Items zur Einstufung vorgelegt.

Tab. 2: Ausschließlich den unter Zwang behandelten Jugendlichen vorgelegte Aussagen

- | | |
|-----|--|
| 17. | Du wurdest vor deiner stationären Aufnahme von einer Richterin bzw. einem Richter angehört und befragt. |
| 18. | Du bist über deine Rechte aufgeklärt worden, z. B. zu telefonieren, Briefe zu schreiben, Besuch zu haben, eine Person zu benennen, welcher du vertraust. |
| 19. | Als du erfahren hast, dass du aufgenommen werden sollst, warst du wütend. |
| 20. | Man hat ernst genommen, was du gegen deine stationäre Behandlung gesagt hast. |
| 21. | Du standest deinen Therapeuten und der Therapie hilflos gegenüber. |

Die im Anschluss an die stationäre Behandlung von den Patienten subjektiv empfundene Lebensqualität wurde über Items des ILK (Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen) erfasst. Folgende Bereiche der Lebensqualität wurden dabei erfasst: Schule, Familie, soziale Kontakte zu Gleichaltrigen, Interessen und Freizeitgestaltung (sich allein beschäftigen können), körperliche Gesundheit, psychische Gesundheit (Nerven/Laune) und Gesamtbeurteilung der Lebensqualität (Mattejat et al. 1998). Die Teilnahme der Jugendlichen an der Erhebung war freiwillig, streng vertraulich und anonym.

An 83 konsekutiv stationär unter Zwang aufgenommene Jugendliche, das heißt Patienten, deren Aufnahme durch PsychKG oder nach § 1631 b BGB erfolgte, wurden mindestens drei Wochen und längstens 18 Monate nach Beendigung der stationären Behandlung standardisierte Beurteilungsbögen gesandt. Als Vergleichsgruppe wurden an 73 freiwillig in die stationäre psychiatrische Behandlung aufgenommene Jugendliche Antwortbögen versandt. Die stationäre psychiatrische Therapie der angeschriebenen Jugendlichen erfolgte im Zeitraum Juli 2002 bis September 2004, die Jugendlichen bzw. Eltern hatten qualitätssichernden Nachbefragungen zugestimmt. Die angeschriebenen Patientengruppen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich des Diagnosespektrums, insbesondere fand sich keine Überrepräsentanz schizophrener Erkrankungen bei den unter Zwang aufgenommenen und keine Überrepräsentanz von neurotischen und Anpassungsstörungen bei den freiwillig behandelten (χ^2 -Quadrat = 5,63, $df = 11$, $p = 0.90$; vgl. Kühnapfel 2005). Es ergab sich lediglich eine Tendenz zu häufigeren Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis bei den angeschriebenen Unfreiwilligen (13 Patienten) im Vergleich mit den angeschriebenen freiwillig Behandelten (8 Patienten).

Die statistische Auswertung erfolgte mit deskriptiven und inferenzstatistischen Verfahren mit Hilfe des SPSS-Programmpakets.

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobe

Von den 83 unter Zwang stationär behandelten und im Rahmen der Befragung angeschriebenen Jugendlichen sandten 33 (40 %) die Antwortbögen ausgefüllt zurück. In der Vergleichsgruppe der „Freiwilligen“ wurden von 73 angeschriebenen Jugendlichen 32 (44 %) Antwortbögen ausgefüllt zurückgesandt. Ein primärer Selektionseffekt qua Aufnahmezustand erfolgte somit nicht.

Die Geschlechtsverteilung und Altersstruktur unterschieden sich in beiden Gruppen deutlich, in der Gruppe der unfreiwillig Behandelten waren hochsignifikant mehr Jungen (χ^2 nach Pearson 8,400; $df = 1$; $p < 0,01$) und durchschnittlich ältere Jugendliche (t -Test für unabhängige Stichproben: $t = 2,42$; $df = 63$; $p < 0,05$) (Tab. 3).

Tab. 3: Geschlechtsverteilung und Altersstruktur der Patienten

	<i>freiwillig behandelt</i>	<i>unter Zwang behandelt</i>
Mädchen	24 (75 %)	13 (39,4 %)
Jungen	8 (25 %)	20 (60,6 %)
Mittleres Alter in Jahren	15,88 (14–18)	16,64 (14–19)

Die Verteilung entspricht bezüglich der Geschlechtsverteilung derjenigen in den jeweils angeschriebenen Ausgangsstichproben, bezüglich des Alters waren die antwortenden unter Zwang behandelten Jugendlichen signifikant älter als die Gesamtstichprobe der angeschriebenen ($t = 2,027$; $df = 114$; $p < 0,05$).

3.2 Subjektives Erleben, Rechte, Würde und Selbstbestimmung

In Bezug auf das subjektive Erleben des stationären Aufnahmegeschehens und der emotionalen Reaktion der Jugendlichen beider Vergleichsgruppen ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den unter Zwang und den freiwillig stationär psychiatrisch Behandelten. Die Aussage, zum Aufnahmezeitpunkt Angst davor gehabt zu haben, was auf die Jugendlichen während ihres stationären Aufenthaltes zukommen würde (Item 3), wird in beiden Vergleichsgruppen mit eher zutreffend bewertet ($f = 63$, t -Wert 0,076, $p = n. s.$).

Da eine Behandlung nach PsychKG oder auf der Grundlage von § 1631 b BGB nur dann durchgeführt wird, wenn ein Einverständnis mit dem betroffenen Kind oder Jugendlichen nicht erzielt werden kann (beim PsychKG auch nicht mit dessen Eltern), oder wenn eine Einsichtsfähigkeit und Absprachefähigkeit krankheitsbedingt nicht gegeben ist, wurde die rückblickende Bewertung des Umgangs der professionellen Helfer mit dem Nicht-Einverständnis ausschließlich der unfreiwilligen Patientengruppe vorgelegt (Items 17 bis 21, Tabelle 2). Der überwiegende Anteil dieser Jugendlichen sieht sich rückblickend „teils, teils“ hilflos den Therapeuten und der Therapie gegenüber stehen (Item 21, skaliert nach Schulnoten: Mittelwert 2,84; Standardabweichung 1,439). 12 der 33 unter Zwang stationär behandelten jungen Patienten be-

urteilten die Aussage, hilflos den Therapeuten und der Therapie gegenübergestanden zu haben mit „sehr zutreffend“ ($n = 9$) bzw. mit „eher zutreffend“ ($n = 3$). Darüber hinaus geben die Jugendlichen dieser Patientengruppe an, eher wütend gewesen zu sein, als sie erfuhren, dass sie stationär in die psychiatrische Behandlung aufgenommen werden sollten (Item 19: Mittelwert 2,06; Standardabweichung 1,456). Andererseits schätzen die unter Zwang stationär psychiatrisch behandelten Kinder und Jugendlichen auch die Aussage, man habe ihre Bedenken gegenüber der stationären Behandlung von Seiten der Therapeuten ernst genommen, mit „teils, teils“ ein (Item 20: Mittelwert 2,81; Standardabweichung 1,302). Die Frage nach der richterlichen Anhörung und Befragung vor der stationären Aufnahme (Item 19) wird von 14 (42,4 %) der Befragten mit zutreffend beantwortet. 19 Jugendliche (57,6 %) geben an, vor Aufnahme nicht von einer RichterIn oder einem Richter befragt worden zu sein.

Bezogen auf die Frage, vor der stationären Aufnahme nach der eigenen Meinung gefragt worden zu sein (Item 1), ergab sich zwischen den beiden Vergleichsgruppen ein signifikanter Unterschied (χ^2 -Test nach Pearson: $\chi^2 = 4,275$; $df = 1$; $p < 0,05$).

3.3 Informationsbedürfnisse und Informationspraxis

Über die wahrscheinlich zu erwartende Dauer des stationären Aufenthaltes (Item 9) sahen sich die Patientinnen und Patienten beider Gruppen in der Mehrzahl informiert. Ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen bestand nicht (χ^2 -Quadrat nach Pearson: $n = 61$; $\chi^2 = 0,403$; $df = 1$; $p = n. s.$).

Sowohl die unter Zwang als auch die freiwillig aufgenommenen Jugendlichen empfanden ihre Behandlung mäßig ausführlich erklärt (Item 4). Besonders positiv wird die verständliche Beantwortung der Fragen, welche die Jugendlichen bezogen auf die Therapie und den Therapieablauf hatten, bewertet (Item 5). Beide Patientengruppen sahen sich über Gespräche, welche über sie geführt wurden, ohne dass sie selbst bei diesen Gesprächen anwesend waren, mäßig gut informiert (Item 8). Aus Sicht der Kinder und Jugendlichen bestehen in Bezug auf die Informationspraxis und die Befriedigung der Informationsbedürfnisse keine signifikanten Unterschiede beider Stichproben (zusammenfassend siehe Tab. 4).

Medikamentös behandelt (Item 6) wurden 25 % der unfreiwillig Behandelten und 23 % der freiwillig behandelten Kinder und Jugendlichen (n. s.). Hinsichtlich der Beurteilung der verständlichen Erklärung der Medikamentenwirkung (Item 7) ergab sich ein signifikanter Unterschied zu Ungunsten der zwangsweise Behandelten, die sich nur teils, teils gut aufgeklärt sahen (MW 3,09) verglichen mit gut bis sehr gut aufgeklärten freiwilligen Patienten (MW 1,75) ($df = 16,904$; t -Wert = 2,181; $p < 0,05$).

3.4 Lebensqualität nach Entlassung

Die Mitglieder beider Stichproben schätzen die im Anschluss an die stationäre Behandlung erreichte Lebensqualität, ermittelt anhand der Items des ILK als eher positiv ein. Die erfragte Funktionsfähigkeit in den verschiedenen Lebensbereichen wird von der Gruppe der unter Zwang stationär behandelten jungen Patienten im Vergleich zu den freiwillig stationär aufgenommenen Jugendlichen nicht signifikant schlechter bewertet (Tab. 5).

Tab. 4: Informationspraxis*

	<i>unter Zwang behandelt</i>		<i>freiwillig behandelt</i>		<i>df-Wert</i>	<i>t-Wert</i>	<i>p</i>
	<i>Mittelwert</i>	<i>SD</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>SD</i>			
Aussage 4: Deine Behandlung wurde dir ausführlich erklärt.	2,79	1,474	2,32	1,326	62	1,325	n. s.
Aussage 5: Fragen, die du zu deiner Behandlung hattest, wurden dir verständlich beantwortet.	2,24	1,324	1,97	1,14	62	0,887	n. s.
Aussage 6: Über Gespräche, die über dich geführt wurden, ohne dass du dabei warst, wurdest du informiert.	2,88	1,536	2,59	1,411	63	0,778	n. s.

* Rating-Skala: sehr zutreffend (1) – eher zutreffend (2) – teils, teils (3) – eher nicht zutreffend (4) – nicht zutreffend (5) – weiß nicht (9)

Tab. 5: Mittelwerte und Standardabweichungen der Selbsteinschätzungen des ILK der Stichproben*

<i>Item</i>	<i>unter Zwang behandelt</i>		<i>freiwillig behandelt</i>		<i>df</i>	<i>t-Wert</i>	<i>p</i>
	<i>Mittelwert</i>	<i>SD</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>SD</i>			
Schule	2,33	1,350	2,26	1,35	55,13	0,242	n. s.
Familie	1,93	1,285	2,22	1,07	60	0,953	n. s.
Gleichaltrige (soziale Kontakte)	2,23	1,251	2,13	1,26	60	0,339	n. s.
Interessen und Freizeitgestaltung	1,83	1,167	2,22	1,18	59	1,297	n. s.
Körperliche Gesundheit	1,79	1,166	2,10	1,22	62	1,035	n. s.
Nerven und Seele	2,55	1,201	2,53	1,16	63	0,048	n. s.
Gesamtbeurteilung der Lebensqualität	1,88	1,083	2,16	1,08	63	1,034	n. s.

* Rating-Skala: sehr zutreffend (1) – eher zutreffend (2) – teils, teils (3) – eher nicht zutreffend (4) – nicht zutreffend (5) – weiß nicht (9)

3.5 Vertrauensverhältnis zwischen den Patienten und ihren Therapeuten

Sowohl die unter Zwang als auch die freiwillig therapierten Jugendlichen geben an, dass sich die Betreuer und Therapeuten eher ausreichend Zeit für sie nahmen (Item 10). Die Jugendlichen beider Patientengruppen haben ihren Betreuern und Therapeuten während der stationären Therapie eher vertraut (Item 11) – der hier schlechtere Wert für die zwangsweise aufgenommen zeigte sich jedoch nicht signifikant verschieden. Darüber hinaus erlebten die Minderjährigen eher Verständnis für ihre Sorgen und Probleme (Item 12). Auch bezogen auf die Items Zeit und Vertrauen (10 und 11) ergibt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Einschätzungen beider Gruppen (zusammenfassend siehe Tab. 6).

Tab. 6: Vertrauen und Verständnis, subjektiver Therapieerfolg*

<i>Aussage</i>	<i>unter Zwang behandelt</i>		<i>freiwillig behandelt</i>		<i>df-Wert</i>	<i>t- Wert</i>	<i>P</i>
	<i>Mittelwert</i>	<i>SD</i>	<i>Mittelwert</i>	<i>SD</i>			
10. Deine Betreuer hatten genügend Zeit für dich, deine Sorgen und Probleme.	2,25	1,270	2,31	1,120	62	0,209	n. s.
11. Du hast deinen Therapeuten und Betreuern vertraut.	2,70	1,510	2,13	1,204	62	1,657	n. s.
12. Deine Betreuer und Therapeuten hatten Verständnis für deine Sorgen und Probleme.	2,39	1,519	2,03	0,999	61	1,101	n. s.
13. Dein Klinikaufenthalt hat dir geholfen.	2,16	1,483	2,09	1,422	62	0,172	n. s.

* Rating-Skala: sehr zutreffend (1) – eher zutreffend (2) – teils, teils (3) – eher nicht zutreffend (4) – nicht zutreffend (5) – weiß nicht (9)

3.6 Behandlungserfolg

Rückblickend waren die unter Zwang aufgenommenen Patienten ebenso häufig ($n = 19$ entsprechend 57,58 %) der Meinung, die Therapie habe geholfen (Item 15), wie die freiwillig behandelten ($n = 14$ entsprechend 43,75 %; vgl. Tabelle 6). Auch hinsichtlich der aktuellen subjektiven Befindlichkeit (Item 16) fand sich kein signifikanter Unterschied.

Die Auswertung der Erhebungsbögen hinsichtlich der Korrelationen macht deutlich (Tab. 7), dass zwischen dem Gefühl der behandelten Jugendlichen, die Hauptperson innerhalb der stationär psychiatrischen Behandlung gewesen zu sein (Item 13), dem positiv eingeschätzten Beitrag der Behandlung zur Gesundung (Item 2) und dem Behandlungserfolg (Items 15 und 16) jeweils ein hochsignifikanter Zusammenhang besteht.

Tab. 7: Hauptperson sein, Patientencompliance und Behandlungserfolg

<i>Korrelationen</i>		Aussage 15: Dein Klinikauf- enthalt hat dir geholffen.	Aussage 16: Du bist jetzt zufriedener und glück- licher als vor deiner stationären Behand- lung.	Aussage 2: Deine sta- tionäre Be- handlung in der Psy- chiarie war wich- tig, damit du gesund werden konntest.	Aussage 13: Du hattest das Gefühl, dass dein Zufrie- dener-Sein, dein Glückli- cher-Sein und dein Gesund- werden im Vordergrund standen.
Aussage 15: Dein Kli- nikaufenthalt hat dir geholffen.	Korrelation nach Pearson	1	0.624**	0.619**	0.451**
	Signifikanz (2-seitig)	.	0.000	0.000	0.000
	N	64	61	62	61
Aussage 16: Du bist jetzt zufriedener und glücklicher als vor dei- ner stationären Be- handlung.	Korrelation nach Pearson	0.624*	1	0.490**	0.293*
	Signifikanz (2-seitig)	0.000	.	0.000	0.000
	N	61	61	59	58
Aussage 2: Deine stati- onäre Behandlung in der Psychiarie war wichtig, damit du ge- sund werden konntest.	Korrelation nach Pearson	0.619**	0.490**	1	0.556**
	Signifikanz (2-seitig)	0.000	0.000	.	0.000
	N	62	59	62	60
Aussage 13: Du hattest das Gefühl, dass dein Zufriedener-Sein, dein Glücklicher-Sein und dein Gesundwer- den im Vordergrund standen.	Korrelation nach Pearson	0.451**	0.293*	0.556**	1
	Signifikanz (2-seitig)	0.000	0.026	.000	.
	N	61	58	60	62

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

Die Bewertung der Bedeutung des Aufenthaltes für das Gesundwerden (Item 2) korrelierte darüber hinaus mittelhoch mit der erlebten Informationspraxis (Pearson r : 0.372, p = 0.003 für die ausführliche Erklärung der Behandlung – Item 4 und r : 0.315, p = 0.012 für die verständliche Beantwortung von Fragen – Item 5).

Die Abhängigkeiten der in Tabelle 7 aufgeführten Variablen zueinander wurden des Weiteren mit einer für jeden Indikator des Behandlungserfolges dreifach gestuften schrittweisen Regression untersucht. Der jeweilige Indikator des Behandlungserfolges stellte dabei das Kriterium der Regression dar. Bei den unabhängigen Variablen wurde als erster Schritt die Einschätzung, die Hauptperson innerhalb der Behandlung gewesen zu sein, ausgewählt (Item 13). Als zweiter Schritt erfolgte die Einstellung der Jugendlichen gegenüber der Behandlung („Wichtigkeit der Behandlung für die jungen Patienten, gesund zu werden“, Item 2) und schließlich die Zugehörigkeit der Jugendlichen zu der entsprechenden Behandlungsgruppe, also entweder unter Zwang oder freiwillig behandelt worden zu sein. Die Frage nach dem Gefühl, die Hauptperson innerhalb der Behandlung gewesen zu sein („Du hattest das Gefühl, dass dein Zufriedener-Sein, dein Glücklicher-Sein und dein Gesundwerden im Vordergrund standen“, Item 13) zeigt einen signifikanten Zusammenhang mit der Beurteilung des Behandlungserfolges („Dein Klinikaufenthalt hat dir geholfen“, Item 15). Wird die Frage nach dem Stellenwert der stationären Behandlung gesund zu werden (Item 2) in die Vorhersagegleichung aufgenommen, verliert der Einfluss des Items „Hauptperson sein“ seine Signifikanz. Der Zusammenhang der Variablen „Hauptperson sein“ und „Dein Klinikaufenthalt hat dir geholfen“ kann fast vollständig durch die Betrachtung der Einstellung zu der Behandlung erklärt werden.

Die anschließende Aufnahme der Patientengruppenzugehörigkeit in die Regressionsgleichung – unter Zwang versus freiwillig behandelt – führt weder zu einer signifikanten Varianzaufklärung noch zu einer bedeutsamen Veränderung der Gewichtung der anderen Prädiktoren. Zu dem gleichen Ergebnis führt die Analyse der Variablen „Du bist jetzt zufriedener und glücklicher als vor deiner stationären Behandlung“ (Item 16). Daraus ergibt sich, dass die unter Zwang in die stationäre psychiatrische Behandlung aufgenommenen Jugendlichen sich weder im Ausmaß des erlebten Behandlungserfolges noch in dem Zusammenspiel zwischen der Patientenzentrierung, der Einstellung zur Behandlung und dem Behandlungserfolg von den freiwillig stationär psychiatrisch behandelten Jugendlichen unterscheiden. Der rückblickend angegebenen Einstellung der Jugendlichen zur Behandlung kommt somit die Rolle einer zentralen Mediatorvariablen zu.

3.7 Faktorenanalyse

Die therapeutische Beziehung, die Lebenszufriedenheit, die Informationspraxis und der Behandlungserfolg wurden abschließend mit Hilfe einer Hauptkomponenten-Faktorenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation in Beziehung zueinander gebracht. Es wurde das Kaiser-Kriterium angewendet, dies führte zu einer Faktorenlösung mit den folgenden Komponenten:

1. die Einschätzung der therapeutischen Beziehung zwischen den Kindern und Jugendlichen und deren Therapeuten und Betreuern (Items: Vertrauen; Verständnis der Therapeuten und Betreuer; Patientenzentrierung; genügend Zeit von Seiten der Therapeuten; Information über Gespräche, die ohne Anwesenheit der Patienten über sie geführt wurden);

2. die Beurteilung der Lebensqualität nach Entlassung mittels des ILK;
3. die Bewertung der durch die Therapeuten gegebenen Erklärungen bezüglich der Therapie (Items: ausführliche Erklärung der Behandlung; ausführliche Beantwortung der Fragen bezüglich der Therapie) und
4. die Bewertung des Behandlungserfolges (Items: Wichtigkeit der stationären psychiatrischen Behandlung, um gesund zu werden; der Klinikaufenthalt hat geholfen, zufriedener und glücklicher zu sein als vor der stationären Behandlung).

Das Cronbach α ergab für diese vier Komponenten Werte zwischen 0,76 für die Informationspraxis der Therapeuten gegenüber den jungen Patienten (Komponente 3) und 0,87 für die therapeutische Beziehung (Komponente 1). Bezogen auf die Lebenszufriedenheit (Komponente 2) ergab sich der Wert 0,83. Für den Behandlungserfolg (Komponente 4) wurde der Wert 0,85 ermittelt. Daraus folgt, dass die beobachteten internen Konsistenzen als Maß der Reliabilität in einem zufriedenstellenden bis guten Bereich liegen. Die Erstellung der Korrelationen zwischen den vier Komponenten führte schließlich zu dem Ergebnis, dass diese teilweise substantiell interkorrelieren. Insbesondere das vertrauensvolle therapeutische Verhältnis zwischen den Jugendlichen und ihren Therapeuten und Betreuern hängt signifikant damit zusammen, inwieweit die Behandlung verständlich erläutert wird ($p < 0,01$). Bezüglich der durch die Patienten erfolgten Beurteilungen der zuvor dargestellten Komponenten ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den unter Zwang und den freiwillig behandelten Jugendlichen.

4 Diskussion

Die im Gesundheitsbereich Tätigen neigen dazu, das Informationsbedürfnis ihrer Patienten zu unterschätzen, Minderjährige häufig nicht als direkte Adressaten relevanter Informationen zu betrachten und diese selten direkt und ausführlich über ihre Krankheit und Behandlung zu informieren (Dippold et al. 2003; Luderer 1989; Petermann 1997; Rushford 1990). In frühen empirischen Untersuchungen der Motivationspsychologie wurde belegt, dass Unzufriedenheit mit Entscheidungen und unfaire Prozeduren Ärger und aggressive Tendenzen sowie eine verringerte Leistungsbereitschaft auslösten (Mark 1983; Hasselbrauck 1984).

Wiethoff und Mitarbeiter („Ich durfte ja nichts sagen, ich musste hier rein“, 2003) legten anhand qualitativer Interviews an freiwillig behandelten Patienten dar, dass „sowohl für Kinder als auch für Jugendliche gilt, dass das Ausmaß an Fremdbestimmung über die Entscheidung stationär in psychiatrische Behandlung aufgenommen zu werden als zu groß erlebt wird und das Bedürfnis nach Einflussnahme die erlebten Möglichkeiten übersteigt.“ Es kann, wie hier nachgewiesen wurde, auch trotz der eher ungünstigen Eingangsvoraussetzungen durch die zeitweise Anwendung von Zwang eine Compliance erreicht und es können ebenso gute Therapieerfolge erzielt werden. Steinert und Schmid (2004) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Compliance als klinischer Begriff und die Zwangsanwendung als ethisch-rechtlicher Begriff unabhängig voneinander zu betrachten sind und dass

sich auch bei erwachsenen Patienten beide im Verlauf der Behandlung in jede Richtung entwickeln können.

Die Ergebnisse lassen den Rückschluss zu, dass Patienten unabhängig vom Aufnahmemodus ein großes Interesse daran haben, ihre Meinung in Bezug auf die eigenen während der stationären psychiatrischen Behandlung gemachten Erfahrungen zu äußern, indem sie vergleichbar hohe Rücklaufquoten aufwiesen. Der Stellenwert der Mitsprache und Partizipation (Wiethoff et al. 2003; Fegert 2000; Reiter-Theill et al. 1993) zeigt sich auch in Zwangskontexten: Fehlendes Einverständnis, aber die mögliche Mitsprache der jugendlichen Patienten im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen richterlichen Anhörungen und der psychiatrischen Aufklärung über die Rechte (für die untersuchte Klinik vorgeschrieben im PsychKG NRW) sind konstituierende Elemente einer unfreiwilligen stationären Aufnahme von Jugendlichen in die psychiatrische Therapie.

Hierbei wurden die rechtlichen Grundlagen für eine verbesserte Mitsprache nach der Verabschiedung der UN-Kinderrechtskonvention und Ratifizierung durch die Bundesrepublik Deutschland 1992 verbessert (Artikel 12 und 13 der UN-Kinderrechtskonvention von 1989; Gesetz zum PsychKG NRW 1999; Freiwillige Gerichtsbarkeit im Zusammenhang mit § 1631 b BGB 2003).

Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Möglichkeit der Mitsprache, der Teilhabe und das Gefühl, ernst genommen zu werden, *unabhängig* vom Aufnahmemodus zu einer positiven Einstellung von Jugendlichen gegenüber der Behandlung führen. Ebenso beeinflusst eine gute Informationspraxis die Einstellung der Behandelten gegenüber der Therapie signifikant positiv durch die Abnahme von Widerstand und Reaktanz (Deci 1980; Taylor et al. 1983; Weithorn 1983).

Nach Häßler (2001) besteht das Ziel freiheitsentziehender Maßnahmen gegenüber Kindern nicht in der Entweichungssicherheit, sondern in der „Schaffung eines adäquaten Behandlungssettings“. Somit kommt den Therapeuten die Aufgabe zu, unfreiwillig aufgenommene Patienten in gleicher Weise für die Behandlung zu gewinnen wie die eingangs bereits besser teilhabenden freiwilligen Patienten. Gelingt dieses hinreichend, sind die Behandlungsergebnisse, wie hier mittels der Fragen zum subjektiven Behandlungserfolg und mittels der ILK-Bögen nachgewiesen, vergleichbar gut.

Es kann hinterfragt werden, was die jeweilige individuelle Aufnahmesituation an Kommunikation zwischen den jungen Patienten, Therapeuten und Eltern überhaupt zulässt, um Mitsprache zu artikulieren. Die Tatsache allein, an einer Therapie teilzunehmen, kann nicht zuletzt erhebliche Nachteile für die Jugendlichen mit sich bringen, wie zum Beispiel die Einschränkung der sozialen Kontakte (Mattejat u. Remschmidt 1998). So scheint eine ängstliche Ambivalenz gegenüber einer Behandlung eher die Regel als die Ausnahme zu sein, relevante Sorgen sind auf die bevorstehende Behandlung gerichtet (Dippold et al. 2003). Die Befragung der Jugendlichen widerlegt die Vermutung, dass unfreiwillig stationär psychiatrisch behandelte Jugendliche ein subjektiv negativeres Erleben und Empfinden zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme haben als die freiwillig behandelten Patienten. Das bedeutet andererseits, dass auch bei freiwillig behandelten Patienten eine stationäre Aufnahme nicht als unproblematisch erlebt wird. Von Seiten der Therapeuten muss somit bei *allen* Pa-

tienten um die Mitarbeit gerungen werden und ist – zunächst über Information und Teilhabe – Vertrauen in die Behandlung herzustellen. Die hohe gegenseitige Abhängigkeit dieser Aspekte ist mit dieser Arbeit deutlich geworden. Möglicherweise ist dieses mit mehr Informationen über die Psychiatrie im Allgemeinen auch unter Jugendlichen zu erleichtern. Dass Vorurteilen und Befürchtungen gegenüber der Psychiatrie im Bildungswesen entgegengetreten werden kann, wird jüngst mit den Antistigmakampagnen in Leipzig und Hamburg nachgewiesen (Angermeyer 2004; Bock 2000).

Wenn zwischen beiden Vergleichsgruppen kein signifikanter Unterschied in der Bewertung der Informationspraxis festzustellen war, spricht dies für das erfolgreiche Bemühen der Therapeuten um Partizipation auch der zum Teil schwer erkrankten unfreiwillig aufgenommenen Patienten. Allein bezüglich der Aufklärung über die Medikamentenwirkungen und -nebenwirkungen fand sich ein signifikanter Unterschied zwischen freiwillig und unfreiwillig Behandelten. Dabei wurden unfreiwillig Behandelte nicht häufiger mediziert. Aufgrund der Anonymität der Daten lässt sich nicht nachvollziehen, ob sich zum Beispiel mehr Psychosekrankte unter den Antwortenden in der Gruppe der unfreiwillig Behandelten fanden und ob es gegebenenfalls krankheits- und kognitionsbedingte Gründe gibt, die den Unterschied hinsichtlich dieses kognitiv besonders anspruchsvollen Punktes der Partizipation erklären könnten. Auch ist wahrscheinlich, dass sich in der Gruppe der zwangsweise aufgenommenen Patienten häufiger eine Verabreichung von Bedarfsmedikation bei Erregung ohne lange Erklärungen ereignet haben wird (vgl. Fetzer et al. 2006). Obwohl idealtypisch eine hundertprozentige Aufklärung über die verabreichte Medikation auch bei Jugendlichen anzustreben ist und auch nach Zwangsmedikation eine Nachbesprechung erfolgen sollte (vgl. Schepker et al. 2006), scheint der Gruppenunterschied in Bezug auf die Medikamentenaufklärung zu Ungunsten der unter Zwang behandelten jungen Patienten mit Blick auf den Therapieerfolg eine untergeordnete Rolle zu spielen.

Nach Bastine (1992) lässt sich mit einer gründlichen Patientenaufklärung die Therapiewirkung insgesamt deutlich verbessern. Bezüglich der durch die Therapie erreichten Lebensqualität und auch hinsichtlich der subjektiven Bewertung des Stellenwerts der Behandlung haben unsere Ergebnisse das bestätigt. Die Einstellung der Jugendlichen gegenüber der stationär psychiatrischen Behandlung kann als Mediator zwischen dem Erleben einer patientenzentrierten Behandlung und dem erlebten Behandlungserfolg angesehen werden (Kenny et al. 1998).

Die mit dieser Arbeit vorgelegten Ergebnisse machen deutlich, dass sich die Patienten beider Stichproben weder im Zusammenspiel zwischen der Patientenzentrierung und dem erlebten Vertrauen noch der Einstellung zu ihrer Behandlung und im Ausmaß des erlebten Behandlungserfolges voneinander unterscheiden. Somit sind die Vorraussetzungen für eine effektive Behandlung der durch PsychKG oder der familiengerichtlich in die stationäre Behandlung gelangten Kinder und Jugendlichen und für den damit verbundenen, angestrebten Therapieerfolg nicht ungünstiger. Das widerlegt schlussendlich Haltungen wie die von Hummel et al. (2003) vertretene, Aufnahmen unter Zwang seien eher kontraproduktiv und geeignet, die Eltern-Kind-Beziehung zu belasten und den Therapieerfolg zu gefährden. Der Beginn ei-

ner Behandlung unter Zwang ist nicht ungünstiger für das Outcome, so dass nach den vorgelegten Ergebnissen keine Zurückhaltung bestehen sollte, eine medizinisch notwendige Behandlung trotz nicht bestehender Einsicht zu beginnen.

Mit der vorliegenden Untersuchung wird belegt, dass die therapeutische Beziehung, die Informationspraxis, die Lebenszufriedenheit und der Therapieerfolg in einer positiven Beziehung zueinander stehen und einander positiv verstärken. Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf die verständliche Erläuterung der Therapie zu richten, die ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Patienten und Betreuern nach sich zieht. Von zentraler Bedeutung ist dabei, dass bezüglich dieser Faktoren zwischen den freiwillig Behandelten auf der einen Seite und den unter Zwang in die Therapie gelangten Jugendlichen kein signifikanter Unterschied besteht. Damit sind die in der Revision des PsychKG NRW eingeführten Informationsrechte der Patienten über ihre Behandlungsplanung als auch für Jugendliche relevant belegt worden (§ 18 PsychKG NRW).

Für die untersuchte Institution bestätigte sich, dass die von Wiethoff et al. (2003) beschriebene und von den Patienten bestätigte schlechtere Eingangsbedingung bei unfreiwilliger Aufnahme (nur 59 % wurden nach ihrer Meinung gefragt) durch das Gewährleisten möglichst hoher Partizipation ausgeglichen wurde, das heißt, es resultiert ein positives Ergebnis in Hinsicht auf die Qualitätssicherung der therapeutischen Arbeit.

Gleichzeitig stellt dies eine Begrenzung der Aussagefähigkeit der Arbeit dar: Die Ergebnisse sind nicht ohne Weiteres zu generalisieren und sollten Replikation finden. Bezogen auf die untersuchten Patienten wäre dabei eine Differenzierung hinsichtlich Störungen mit und ohne Beeinträchtigung des Realitätsbezugs sehr wünschenswert, die hier aufgrund der zugesicherten Anonymität der Datenbearbeitung nicht möglich war. Für erwachsene schizophrene Patienten haben Steinert und Schmid (2004) keinen Unterschied hinsichtlich des Therapieerfolgs dahingehend finden können, ob die Behandlung freiwillig oder unfreiwillig erfolgte. Hierbei wurde als objektives Erfolgsmaß das PANSS-Rating der Therapeuten bei Entlassung zugrunde gelegt und keine subjektive Bewertung aus Patientensicht.

Begrenzungen der Studie liegen darin, dass sie die Praxis nur einer Institution evaluiert, dass ein Diagnosebezug nicht herstellbar war und dass die befragten unter Zwang behandelten Jugendlichen älter als die freiwillig behandelten waren. Auch war nicht feststellbar, inwieweit es zur Anwendung weiterer Zwangsmaßnahmen während der Behandlung kam und wie schnell im Verlaufe der jeweiligen Behandlung nach § 1631 b BGB persönliche Freiheiten der Patienten vergleichbar denen der freiwillig behandelten wieder eingeführt wurden.

5 Schlussfolgerungen

Aufnahmen unter Zwang führen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu vergleichbar guten Behandlungserfolgen wie freiwillige Behandlungen, sofern durch therapeutische und pflegerische Mitarbeiter eine vertrauensvolle und offene Beziehung gefördert und den Informationsbedürfnissen der Patienten in gleicher Weise Rech-

nung getragen wird. Eine übergroße Zurückhaltung gegenüber erzwungenen Behandlungen erscheint daher nicht begründet. Die geringen Unterschiede in den Angaben zur Informationspraxis zwischen freiwillig und unfreiwillig Behandelten markieren andererseits möglicherweise einen generellen Verbesserungsbedarf gegenüber Jugendlichen, zumal bei allen Befragten eher eine Angst vor dem, was mit einer Behandlung auf sie zukomme, artikuliert wurde.

Literatur

- Angermeyer, M. C. (2004): Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft. *Psychiatrische Praxis* 31: 246–250.
- Bastine, R. (Hg.) (1992): *Klinische Psychologie*. Band 2. Stuttgart: Kohlhammer.
- Berger, E. (2003): Welchen ethischen Grundsätzen folgt die Kinder- und Jugendpsychiatrie? In: Lehmkuhl, U. (Hg.): *Ethische Grundlagen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 21–28.
- Bock, T. (2000): Gemeinsam gegen Vorurteile. Zur Auseinandersetzung um eine Anti-Stigma-Kampagne. *Soziale Psychiatrie*: 16–18.
- Deci, E. L. (1980): *The Psychology of Self-determination*. Lexington: Lexington Books.
- Derichs, G.; Höger, C. (2001): Informierte Zustimmung: Eine ethische Herausforderung bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. In: Rotthaus, W. (Hg.): *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Dippold, I.; Wiethoff, K.; Rothärmel, S.; Wolfslast, G.; Konopka, L.; Naumann, A.; Keller, F.; Fegert, J. M. (2003): „Dass ich verbessert werde mit Therapie“ – Kenntnisse und Unkenntnisse minderjähriger Patienten bei Behandlungsbeginn. In: Lehmkuhl, U. (Hg.): *Ethische Grundlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 105–122.
- Fegert, J. M.; Wiethoff, K.; Dippold, I. (2000): Partizipation von Kindern und Jugendlichen bei medizinischen, insbesondere kinderpsychiatrischen Behandlungsentscheidungen. In: Fegert, J. M.; Dippold, I. (Hg.): *PARTITUR: Partizipation und Informationsrechte für Kinder und Jugendliche – Themenzentrierter interdisziplinärer Forschungsverbund an der Universität Rostock*, S. 61–76.
- Hasselbrauck, M. (1984): *Emotionale Konsequenzen distributiver Ungerechtigkeit: Experimentelle Untersuchung zur Equity-Theorie*. Regensburg: Roderer-Verlag
- Fetzer, A. E.; Steinert, T.; Metzger, W.; Fegert, J. M. (2006): Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 55: 754–766.
- Hummel, P.; Jaenecke, B.; Humbert, D. (2003): Admission with freedom restriction of minors to child and adolescent psychiatrics clinics-medical decisions without regard for psychodynamic sequelae? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 52 (9): 719–735.
- Häßler, F.; Schläfke, D.; Buchmann, J.; Fegert, J. M. (2001): Praktische Erfahrungen hinsichtlich der Verfahrenswege nach § 1631 b BGB, § 42.3 SGB VIII und PsychKG. In: Fegert, J. M.; Späth, K.; Ludwig, S. (Hg.): *Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Münster: Votum, S. 205–214.
- Kenny, D. A.; Kashy, D. A.; Bolger, N. (1998): Data analysis in social psychology. In: Gilbert, D.; Fiske, S.; Lindzey, G. (Hg.): *The handbook of social psychology*. Bd. 1. 4. Aufl. Boston: McGraw-Hill, S. 233–265.
- Kühnapfel, B. (2005): *Therapieerfolg unter Zwang – Analyse des Therapieerfolges psychiatrisch behandelter Kinder und Jugendlicher in Abhängigkeit von der Art ihres Eintretens in die stationäre Behandlung (unfreiwillig versus freiwillig)*. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin. Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen.

- Luderer, H.-J. (1989): Aufklärung und Information in der Psychiatrie. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 57: 305–318.
- Mark, M. M. (1983): Expectations, procedural justice, and alternative reactions to being deprived of a desired outcome. *Journal of Experimental Social Psychology* 21: 114–137.
- Mattejat, F. (1997): Qualitätssicherung. In: Remschmidt, H. (Hg.): *Psychotherapie im Kinder- und Jugendalter*. Stuttgart: Thieme, S. 69–77.
- Mattejat, F.; Jungmann, J.; Meusers, M.; Moik, C.; Nölkel, P.; Schaff, C.; Schmidt, M. H.; Remschmidt, H. (1998): Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) – Eine Pilotstudie. Bern: Huber, S. 174–182.
- Mattejat, F.; Remschmidt, H. (1995): Aufgaben und Probleme der Qualitätssicherung in der Jugendpsychiatrie. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 23 (2): 71–83.
- Mattejat, F.; Remschmidt, H. (1998): Zur Erfassung der Lebensqualität bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen – Eine Übersicht. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 26: 183–196.
- Petermann, F. (1997): *Patientenschulung und Patientenberatung: Ein Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Reiter-Theil, S.; Eich, H.; Reiter, L. (1993): Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 42: 14–20.
- Rushforth, H. (1990): Practitioner review: Communicating with hospitalized children: Review and application of research pertaining to children's understanding of health and illness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40: 683–691.
- Schepker, R.; Steinert, T.; Jungmann, J.; Bergmann, F.; Fegert, J. M. (2005): Qualitätsmerkmale freiheitseinschränkender Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 55: 802–813.
- Steinert, T.; Schmid, P. (2004): Effect of Voluntariness of Participation in Treatment on Short-Term Outcome of Inpatients With Schizophrenia. *Psychiatr. Serv.* 55: 786–791.
- Taylor, L.; Adelman, H. S.; Kaser-Boyd, N. (1983): Perspectives of children regarding their participation in psychoeducational decisions. *Professional Psychology* 14: 882–894.
- UN-Kinderrechtskonvention (1989): Übereinkommen über die Rechte des Kindes vom 20. November 1989.
- Weithorn, L. (1983): Involving children in decisions affecting their own welfare. In: Melton, G. B.; Koocher, G. P.; Saks, M. J. (Hg.): *Children's competence to consent*. New York: Plenum Press, S. 21–40.
- Wiethoff, K.; Dippold, I.; Rothärmel, S.; Wolfslast, G.; Konopka, L.; Naumann, A.; Keller, F.; Fegert, J. M. (2003): „Ich durfte ja nichts sagen, ich musste hier rein“ – Bedingungen und Folgen der stationären Aufnahme aus der Sicht minderjähriger Patienten. In: Lehmkuhl, U. (Hg.): *Ethische Grundlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 89–104.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Bernward Kühnapfel, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Evangelisches Krankenhaus Hamm, Werler Straße 110, 59063 Hamm;
E-Mail: kuehnapfels@web.de