

Branik, Emil

**Einflussfaktoren auf den Verlauf und die Dauer von stationären
kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen: Zwischen
Empirie und klinischer Realität**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (2003) 7, S. 503-516

urn:nbn:de:bsz-psydok-44545

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

Deneke, C.; Lüders, B.: Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern (Particulars of the parent infant interaction in cases of parental mental illness)	172
Dülks, R.: Heilpädagogische Entwicklungsförderung von Kindern mit psychosozialen Auffälligkeiten (Remedial education to promote the development of children with psycho-social disorders)	182
Horn, H.: Zur Einbeziehung der Eltern in die analytische Kinderpsychotherapie (Participation of parents in the psychodynamic child psychotherapy)	766
Lauth, G.W.; Weiß, S.: Modifikation von selbstverletzend-destruktivem Verhalten – Eine einzelfallanalytische Interventionsstudie bei einem Jungen der Schule für geistig Behinderte (Modification of self-injurious, destructive behavior – A single case intervention study of a boy attending a school for the intellectually handicapped)	109
Liermann, H.: Schulpsychologische Beratung (School counselling)	266
Loth, W.: Kontraktororientierte Hilfen in der institutionellen Erziehungs- und Familienberatung (Contract-oriented help in family counseling services)	250
Streeck-Fischer, A.; Kepper-Juckenach, I.; Kriege-Obuch, C.; Schrader-Mosbach, H.; Eschwege, K. v.: „Wehe, du kommst mir zu nahe“ – Entwicklungsorientierte Psychotherapie eines gefährlich aggressiven Jungen mit frühen und komplexen Traumatisierungen (“You’d better stay away from me” – Development-oriented psychotherapy of a dangerously aggressive boy with early and complex traumatisation)	620
Zierep, E.: Überlegungen zum Krankheitsbild der Enuresis nocturna aus systemischer Perspektive (Reflections on the etiology of enuresis nocturna from a systemic point of view)	777

Originalarbeiten / Original Articles

Andritzky, W.: Kinderpsychiatrische Atteste im Umgangs- und Sorgerechtsstreit – Ergebnisse einer Befragung (Medical letters of child psychiatrists and their role in custody and visitation litigations – Results of an inquiry)	794
Bäcker, Ä.; Neuhäuser, G.: Internalisierende und externalisierende Syndrome bei Lese- und Rechtschreibstörungen (Internalizing and externalizing syndromes in children with dyslexia)	329
Di Gallo, A.; Gwerder, C.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Geschwister krebserkrankter Kinder: Die Integration der Krankheitserfahrungen in die persönliche Lebensgeschichte (Siblings of children with cancer: Integration of the illness experiences into personal biography) .	141
Faber, G.: Der systematische Einsatz visueller Lösungsalgorithmen und verbaler Selbstinstruktionen in der Rechtschreibförderung: Erste Ergebnisse praxisbegleitender Effektkontrollen (The use of visualization and verbalization methods in spelling training: Some preliminary evaluation results)	677
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Warum fühlen sich Schüler einsam? Einflussfaktoren und Folgen von Einsamkeit im schulischen Kontext (Why children feel lonely at school? Influences of loneliness in the school context)	1

Helbing-Tietze, B.: Herausforderung und Risiken der Ichideal-Entwicklung in der Adoleszenz (Challenges and risks in the development of adolescent ego ideal)	653
Kammerer, E.; Köster, S.; Monninger, M.; Scheffler, U.: Jugendpsychiatrische Aspekte von Sehbehinderung und Blindheit (Adolescent psychiatric aspects of visual impairment and blindness)	316
Klemenz, B.: Ressourcenorientierte Kindertherapie (Resource-oriented child therapy) ..	297
Klosinski, G.; Yamashita, M.: Untersuchung des „Selbst- und Fremdbildes“ bei Elternteilen in familiengerichtlichen Auseinandersetzungen anhand des Gießen-Tests (A survey of the self-image of parents and their perception by their partners in domestic proceedings using the Giessen-Test)	707
Lemche, F.; Lennertz, I.; Orthmann, C.; Ari, A.; Grote, K.; Häfker, J.; Klann-Delius, G.: Emotionsregulative Prozesse in evozierten Spielnarrativen (Emotion-regulatory processes in evoked play narratives: Their relation with mental representations and family interactions)	156
Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines psychoedukativen Elterngruppen-Trainingsprogramms für Familien mit autistischen Kindern (Development and evaluation of a group parent training procedure in families with autistic children)	473
Schepker, R.; Grabbe Y.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger stationärer Behandlungen im Längsschnitt – Gibt es eine Untergrenze stationärer Verweildauern? (A longitudinal view on inpatient treatment duration – Is there a lower limit to length of stay in child and adolescent psychiatry?)	338
Schepker, R.; Toker, M.; Eberding, A.: Ergebnisse zur Prävention und Behandlung jugendpsychiatrischer Störungen in türkeistämmigen Zuwandererfamilien unter Berücksichtigung von Ressourcen und Risiken (On prevention and treatment of adolescent psychiatric disorders in migrant families from Turkey, with special emphasis on risks and resources)	689
Sticker, E.; Schmidt, C.; Steins, G.: Das Selbstwertgefühl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher am Beispiel Adipositas und angeborener Herzfehler (Self-esteem of chronically ill children and adolescents eg. Adipositas and congenital heart disease)	17

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Barkmann, C.; Marutt, K.; Forouher, N.; Schulte-Markwort, M.: Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Planning and implementing evaluation studies in child and adolescent psychiatry)	517
Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Verlauf und die Dauer von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen: Zwischen Empirie und klinischer Realität (Factors influencing the outcome and length of stay on inpatient treatments in child and adolescent psychiatry: Between empirical findings and clinical reality)	503
Branik, E.; Meng, H.: Zum Dilemma der medikamentösen Frühintervention bei präpsychotischen Zuständen in der Adoleszenz (On the dilemma of neuroleptic early intervention in prepsychotic states by adolescents)	751
Dahl, M.: Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): Verdienste als Kinder- und Jugendpsychiaterin einerseits – Beteiligung an der Ausmerzung Behinderter andererseits (Dr. Elisabeth Hecker (1895-1986): On the one hand respect for her involvement as child and adolescent psychiatrist – On the other hand disapproval for her participation in killing mentally retarded children)	98

Engel, F.: Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld zwischen alten Missverständnissen und neuen Positionierungen (Counselling – A professional field between timeworn misunderstandings and emerging standpoints)	215
Felitti, V. J.: Ursprünge des Suchtverhaltens – Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen (The origins of addiction: Evidence from the Adverse Childhood Experience Study)	547
Fraiberg, S.: Pathologische Schutz- und Abwehrreaktionen in der frühen Kindheit (Pathology defenses in infancy)	560
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: I. Allgemeine Einführung, tiefenpsychologische und personenzentrierte Zugänge (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: I. General introduction and traditional approaches)	35
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G.: Spieltherapien – Psychotherapien mit dem Medium des Spiels: II. Neue Entwicklungen (Play therapies – Psychotherapies with the medium of play: II. New developments)	88
Hirsch, M.: Das Aufdecken des Inzests als emanzipatorischer Akt – Noch einmal: „Das Fest“ von Thomas Vinterberg (Disclosing the incest as an emancipatory act – Once more: „The Feast“ by Thomas Vinterberg)	49
Hummel, P.; Jaenecke, B.; Humbert, D.: Die Unterbringung mit Freiheitsentziehung von Minderjährigen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ärztliche Entscheidungen ohne Berücksichtigung psychodynamischer Folgen? (Placement of minors with a custodial sentence in departments of child and adolescent psychiatry – Medical decisions without taking into account psychodynamic consequences?)	719
Ihle, W.; Jahnke, D.; Esser, G.: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst (Cognitive-behavioral therapy of school refusal: School phobia and school anxiety)	409
Jeck, S.: Mehrdimensionale Beratung und Intervention bei Angstproblemen in der Schule (Counselling and intervention in case of anxiety problems in school)	387
Klasen, H.; Woerner, W.; Rothenberger, A.; Goodman, R.: Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde (The German version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Overview over first validation and normative studies)	491
Landolt, M. A.: Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter (Coping with acute psychological trauma in childhood)	71
Lehmkuhl, G.; Flechtner, H.; Lehmkuhl, U.: Schulverweigerung: Klassifikation, Entwicklungspsychopathologie, Prognose und therapeutische Ansätze (School phobia: Classification, developmental psychopathology, prognosis, and therapeutic approaches)	371
Lenz, A.: Ressourcenorientierte Beratung – Konzeptionelle und methodische Überlegungen (Counselling and resources – Conceptual and methodical considerations)	234
Naumann-Lenzen, N.: Frühe, wiederholte Traumatisierung, Bindungsdesorganisation und Entwicklungspsychopathologie – Ausgewählte Befunde und klinische Optionen (Early, repeated traumatization, attachment disorganization, and developmental psychopathology – Selected findings und clinical options)	595
Oelsner, W.: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Schulverweigerung (School refusal and conditions for psychodynamic psychotherapy)	425
Sachsse, U.: Man kann bei der Wahl seiner Eltern gar nicht vorsichtig genug sein. Zur biopsychosozialen Entwicklung der Bewältigungssysteme für Distress beim Homo sapiens (You can't be careful enough when choosing your parents. The biopsychosocial development of human distress systems)	578

Schweitzer, J.; Ochs, M.: Systemische Familientherapie bei schulverweigerndem Verhalten (Systemic family therapy for school refusal behavior)	440
--	-----

Buchbesprechungen / Book Reviews

Arnft, H.; Gerspach, M.; Mattner, D. (2002): Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit. ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie. (X. Kienle)	286
Bange, D.; Körner, W. (Hg.) (2002): Handwörterbuch Sexueller Missbrauch. (O. Bilke)	359
Barkley, R.A. (2002): Das große ADHS-Handbuch für Eltern. Verantwortung überneh- men für Kinder mit Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperaktivität. (M. Mickley)	283
Bednorz, P.; Schuster, M. (2002): Einführung in die Lernpsychologie. (A. Levin)	540
Beisenherz, H.G. (2001): Kinderarmut in der Wohlfahrtsgesellschaft. Das Kainsmal der Globalisierung. (D. Gröschke)	64
Bock, A. (2002): Leben mit dem Ullrich-Turner-Syndrom. (K. Sarimski)	641
Boeck-Singelmann C.; Ehlers B.; Hensel T.; Kemper F.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2002): Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. (L. Goldbeck)	538
Born, A.; Oehler, C. (2002): Lernen mit ADS-Kindern – Ein Praxishandbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten. (A. Reimer)	819
Brack, U.B. (2001): Überselektive Wahrnehmung bei retardierten Kindern. Reduzierte Informationsverarbeitung: Klinische Befunde und Fördermöglichkeiten. (D. Irblich)	63
Brähler, E.; Schumacher, J.; Strauß, B. (Hg.) (2002): Diagnostische Verfahren in der Psy- chotherapie. (H. Mackenberg)	459
Brisch, K. H.; Grossmann, K. E.; Grossmann, K.; Köhler, L. (Hg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. (L. Unzner)	457
Broeckmann, S. (2002): Plötzlich ist alles ganz anders – wenn Eltern an Krebs erkranken. (Ch. v. Bülow-Faerber)	642
Büttner, C. (2002): Forschen – Lehren – Lernen. Anregungen für die pädagogische Praxis aus der Friedens- und Konfliktforschung. (G. Roloff)	739
Castell, R.; Nedoschill, J.; Rupps, M.; Bussiek, D. (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. (G. Lehmkuhl)	535
Conen, M.-L. (Hg.) (2002): Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. (P. Bindner)	737
Decker-Voigt, H.H. (Hg.) (2001): Schulen der Musiktherapie. (D. Gröschke)	200
DeGrandpre, R. (2002): Die Ritalin-Gesellschaft. ADS: Eine Generation wird krankge- schrieben. (T. Zenkel)	820
Dettenborn, H. (2001): Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte (E. Bauer)	62
Diez, H.; Krabbe, H.; Thomsen, C. S. (2002): Familien-Mediation und Kinder. Grundla- gen – Methoden – Technik. (E. Bretz)	358
Eickhoff, F.-W. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 44. (M. Hirsch)	460
Frank, C.; Hermanns, L. M.; Hinz, H. (Hg.) (2002): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte. (M. Hirsch)	824
Fröhlich-Gildhoff, K. (Hg.) (2002): Indikation in der Jugendhilfe. Grundlagen für die Ent- scheidungsfindung in Hilfeplanung und Hilfeprozess. (G. Hufnagel)	287
Goetze, H. (2002): Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. (D. Irblich)	363
Goswami, U. (2001): So denken Kinder. Einführung in die Psychologie der kognitiven Ent- wicklung. (J. Wilken)	130

Hackfort, D. (2002): Studententext Entwicklungspsychologie 1. Theoretisches Bezugssystem, Funktionsbereiche, Interventionsmöglichkeiten. (<i>D. Gröschke</i>)	355
Harrington, R.C. (2001): Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	129
Hermelin, B. (2002): Rätselhafte Begabungen. Eine Entdeckungsreise in die faszinierende Welt außergewöhnlicher Autisten. (<i>G. Gröschke</i>)	739
Hinckeldey, S. v.; Fischer, G. (2002): Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen. (<i>W. Schweizer</i>)	289
Hofer, M.; Wild, E.; Noack, P. (2002): Lehrbuch Familienbeziehungen. Eltern und Kinder in der Entwicklung. (<i>L. Unzner</i>)	640
Holmes, J. (2002): John Bowlby und die Bindungstheorie. (<i>L. Unzner</i>)	355
Irblich, D.; Stahl, B. (Hg.) (2003): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. (<i>D. Gröschke</i>)	646
Janke, B. (2002): Entwicklung des Emotionswissens bei Kindern. (<i>E. Butzmann</i>)	463
Joormann, J.; Unnewehr, S. (2002): Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	539
Kernberg, P. F.; Weiner, A.; Bardenstein, K. (2001): Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. (<i>Ch. v. Bülow-Faerber</i>)	357
Kindler, H. (2002): Väter und Kinder. Langzeitstudien über väterliche Fürsorge und die sozioemotionale Entwicklung von Kindern. (<i>L. Unzner</i>)	361
Krause, M. P. (2002): Gesprächspsychotherapie und Beratung mit Eltern behinderter Kinder. (<i>K. Sarimski</i>)	818
Lammert, C.; Cramer, E.; Pingen-Rainer, G.; Schulz, J.; Neumann, A.; Beckers, U.; Siebert, S.; Dewald, A.; Cierpka, M. (2002): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik. (<i>K. Sarimski</i>)	822
Muth, D.; Heubrock, D.; Petermann, F. (2001): Training für Kinder mit räumlich-konstruktiven Störungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm DIMENSIONER. (<i>D. Irblich</i>)	134
Neumann, H. (2001): Verkürzte Kindheit. Vom Leben der Geschwister behinderter Menschen. (<i>D. Irblich</i>)	738
Nissen, G. (2002): Seelische Störungen bei Kindern bei Kindern und Jugendlichen. Alters- und entwicklungsabhängige Symptomatik und ihre Behandlung. (<i>L. Unzner</i>)	644
Oerter, R.; Montada, L. (Hg.) (2002): Entwicklungspsychologie (<i>D. Gröschke</i>)	290
Passolt, M. (Hg.) (2001): Hyperaktivität zwischen Psychoanalyse, Neurobiologie und Systemtheorie. (<i>L. Unzner</i>)	201
Person, E.S.; Hagelin, A.; Fonagy, P. (Hg.) (2001): Über Freuds „Bemerkungen über die Übertragungsliebe“. (<i>M. Hirsch</i>)	130
Ritscher, W. (2002): Systemische Modelle für Sozialarbeit und Therapie. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis. (<i>J. Schweitzer</i>)	360
Rollett, B.; Werneck, H. (Hg.) (2002): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. (<i>L. Unzner</i>)	643
Röper, G.; Hagen, C. v.; Noam, G. (Hg.) (2001): Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie. (<i>L. Unzner</i>)	197
Salisch, M. v. (Hg.) (2002): Emotionale Kompetenz entwickeln. Grundlagen in Kindheit und Jugend. (<i>K. Mauthe</i>)	541
Schleiffer, R. (2001): Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung. (<i>K. Mauthe</i>)	198
Schlippe, A. v.; Lösche, G.; Hawellek, C. (Hg.) (2001): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Die Chancen des Anfangs. (<i>L. Unzner</i>)	132

Simchen, H. (2001): ADS – unkonzentriert, verträumt, zu langsam und viele Fehler im Diktat. Hilfen für das hypoaktive Kind. (<i>D. Irblich</i>)	196
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2001): Sprachentwicklungsstörung und Gehirn. Neurobiologische Grundlagen von Sprache und Sprachentwicklungsstörungen. (<i>L. Unzner</i>)	65
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2002): Therapie von Sprachentwicklungsstörungen. (<i>K. Sarimski</i>)	362
Suess, G.J.; Scheuerer-Englisch, H.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2001): Bindungstheorie und Familiendynamik – Anwendung der Bindungstheorie in Beratung und Therapie. (<i>B. Helbing-Tietze</i>)	202
Theunissen, G. (2003): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. (<i>K. Sarimski</i>)	823
Wender, P.H. (2002): Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Ein Ratgeber für Betroffene und Helfer. (<i>Ch. v. Bülow-Faerber</i>)	284
Wirsching, M.; Scheib, P. (Hg.) (2002): Paar- und Familientherapie. (<i>L. Unzner</i>)	536
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2001): Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>)	823

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Esser, G. (2002): Basisdiagnostik für umschriebene Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA). (<i>K. Waligora</i>)	205
Esser, G. (2002): Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC). (<i>K. Waligora</i>)	744
Schöne, C.; Dickhäuser, O.; Spinath, B.; Stiensmeier-Pelster, J. (2002): Skalen zur Erfassung des schulischen Selbstkonzepts (SESSKO). (<i>K. Waligora</i>)	465

Editorial / Editorial	213, 369, 545
Autoren und Autorinnen / Authors	.61, 122, 194, 282, 354, 456, 534, 639, 736, 812
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	123, 814
Tagungskalender / Congress Dates	.67, 137, 208, 292, 365, 468, 543, 649, 748, 827
Mitteilungen / Announcements	69, 139, 212, 472, 651, 750

Einflussfaktoren auf den Verlauf und die Dauer von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen: Zwischen Empirie und klinischer Realität

Emil Branik

Summary

Factors influencing the outcome and length of stay of inpatient treatments in child and adolescent psychiatry: Between empirical findings and clinical reality

In the last two decades considerable changes influenced the scope of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry. Proceeding from a literature review dilemmas between available research data and clinical practice will be pointed out. Proposals will be made to take into account the complex developmental processes, the individuality and the social context by psychic impaired children and adolescents requiring hospitalisation. This could improve the transfer of research findings into the clinical practice. It will be argued against a confusion of economical interests with research findings.

Keywords: inpatient treatment – length of stay – child and adolescent psychiatry – treatment evaluation

Zusammenfassung

Die Rahmenbedingungen stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten stark gewandelt. Ausgehend von einer Literaturübersicht werden Dilemmata zwischen den vorhandenen Forschungsbefunden und den klinischen Erfahrungen aufgezeigt. Es werden Vorschläge gemacht, wie beim Einsatz stationärer Maßnahmen die komplexen Entwicklungsprozesse von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen sowie ihre Individualität unter Einbeziehung des Umfelds berücksichtigt werden können. Der Transfer von Forschungsergebnissen in die klinische Praxis kann damit gefördert werden. Vor einer Verwechslung von ökonomischen Interessen mit wissenschaftlichen Daten wird gewarnt.

Schlagwörter: stationäre Behandlung – Verweildauer – Kinder- und Jugendpsychiatrie – Behandlungsevaluation

1 Einleitung

Knapper werdende ökonomische Ressourcen, eine sich verändernde, im Bereich des ambulanten und teilstationären Angebots breiter werdende Versorgungslandschaft, die Anforderungen, medizinisches Handeln zunehmend mit Wirksamkeitsnachweisen gemäß den Kriterien der evidenzbasierten Medizin zu begründen, sowie das steigende Bewusstsein, dass stationäre Maßnahmen durchaus auch Risiken bergen und negative Folgen haben können, führten zu einer zunehmend differenzierteren Bewertung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen (vgl. Remschmidt et al. 1988; Remschmidt u. Walter 1989; Pfeiffer u. Strzelecki 1990; Goldbeck u. Göbel 1990; Mattejat et al. 1994; Hersov 1994; Meeks 1995; Presting et al. 1998; Reisel et al. 1998; Green u. Jacobs 1998; Blanz u. Schmidt 2000; Schepker et al. 2000; Höger et al. 2001; Mattejat et al. 2001; McDermott et al. 2002). Die Organisationsformen stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Angebote sind komplex und untereinander kaum vergleichbar; es gibt keinen Prototyp kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken (Presting et al. 1998). Dies dürfte neben den methodischen Schwierigkeiten, die Vielzahl von Einflussvariablen zu operationalisieren, einer der Gründe sein, warum bislang keine an Zahl und Qualität hinreichend befriedigende Evaluation dieser Behandlungsform vorliegt, wenngleich fast alle vorliegende Studien und Metaanalysen – ungeachtet gewisser Einschränkungen und je nach Kriterien in mehr oder weniger großem Maße – positive Behandlungsergebnisse belegen (vgl. Blotcky et al. 1984; Remschmidt et al. 1988; Pfeiffer u. Strzelecki 1990; Sourander et al. 1995; Sourander u. Piha 1998; Reisel et al. 1998; Übersicht siehe bei Blanz u. Schmidt 2000). Bei allem kritischen Eifer in Bezug auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis in der stationären Psychiatrie von Kindern und Jugendlichen sollten Hinweise nicht übersehen werden, dass in Deutschland der stationäre Versorgungsgrad psychisch erkrankter Kinder und Jugendlichen 1997 dennoch nur bei 40 Prozent lag, das heißt 60 Prozent der Kinder und Jugendlichen, bei denen eine psychiatrische Hauptdiagnose vorlag und die deswegen stationär eingewiesen wurden, keine fachspezifische, also in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik stattfindende Behandlung erhielten, was nicht nur mit Kapazitäten, sondern mit Fehlplatzierungen (z.B. „organmedizinische“ Kliniken) und zögerlichem Inanspruchnahmeverhalten zusammenhängt (Pohl 2000). In der Schweiz decken Kinderkliniken, erwachsenenpsychiatrische Kliniken und gegebenenfalls Heime einen nennenswerten Anteil der Akutpsychiatrie bei Kindern und Jugendlichen ab (von Aster et al. 1998).

Dieser Beitrag versucht die Dilemmata aufzuzeigen, die sich aus den Schwierigkeiten ergeben, empirische Daten und klinische Realität zur Deckung zu bringen, wenn es um die Frage geht, stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Konzepte kritisch zu hinterfragen. Zur Debatte steht der Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis und etwaige prinzipielle oder praktische Hindernisse, die er zu überwinden hat. Die nachfolgenden Ausführungen stützen sich einerseits auf eine Auswahl relevanter Literatur, die teils mittels Datenbankrecherche (Medline) unter der Kombination von Stichwörtern „inpatient treatment“/„child and adolescent psychiatry“/„evaluation“, teils durch manuelle Bibliographiedurchsicht in verfügbaren

Übersichtsartikeln vorgenommen wurde. Andererseits werden klinische Erfahrungen und Sachkenntnis einbezogen, da sie im Sinne einer fallbezogenen Evidenz eben auch „Evidenz“ darstellen (Graham 2000), den Gegensatz zwischen quantitativer und qualitativer Forschung zu überbrücken helfen und daran erinnern, dass Behandlungsbedingungen letztlich an jeden Einzelfall angepasst werden müssen (Mattejat et al. 1994; Reisel et al. 1998).

2 Stationäre Behandlung – wann, wie und wie lange?

2.1 Indikationsstellung

Über die Indikation zur Hospitalisierung finden sich in der Literatur vor allem allgemeine Aussagen, die keine spezifischen fallübergreifenden oder gar quantitativen Entscheidungshilfen liefern. Die klinische Erfahrung und ein Teil der Evaluationsstudien belegen unmissverständlich, dass keineswegs jeder psychosozial in Not geratener und Druck auf sein Umfeld ausübender Minderjähriger von einer stationären Therapie profitieren kann. Die Diagnose allein liefert nur einen groben Anhaltspunkt für die Art der sinnvollsten Intervention (Graham 2000). Störungen des Sozialverhaltens stellen beispielsweise bis zu 35 Prozent des Patientenkollektivs in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken dar (Aba u. Hendrichs 1989; Braun-Scharm et al. 1991; von Aster et al. 1998; Remschmidt u. Walter 1989), sollten jedoch möglichst nicht länger in diesen behandelt werden, da die Therapieergebnisse unbefriedigend sind (von Aster et al. 1998; van Engeland u. Matthys 1998; Gabel u. Shindledacker 1991; Joshi u. Rosenberg 1997; Offord u. Bennett 1994; Zoccolillo et al. 1991; Branik 2002a). Gerade bei Störungen des Sozialverhaltens lassen sich die Probleme der Indikationsstellung besonders plastisch nachvollziehen. Die Grenze zwischen psychischen, trotzig-oppositionellen und aggressiven/dissozialen Störungen ist nicht scharf festzulegen. Störungen des Sozialverhaltens sind durch häufige psychische Krisen, hohe Suizidgefahr, hohe Komorbidität mit psychiatrischen Störungen und einen hohen Bedarf nach verlässlicher differentialdiagnostischer Abklärung und spezifischer differentialtherapeutischer Festlegungen gekennzeichnet (AACAP 1997; Rutter et al. 1998; Loeber et al. 2000). Eigentliche Kontraindikationen für stationäre Aufenthalte wie Zuweisungen von Sündenbockrollen, Versuche, Lösungen sozialer Notlagen an die Psychiatrie zu delegieren, Mangel an verlässlichen Partnern im sozialen Umfeld des Patienten, Unklarheiten bezüglich der juristischen Zuständigkeit, massive Widerstände des Familiensystems, zerrüttete, überforderte Familienbeziehungen oder fehlende soziale Rahmen- und Nachsorgebedingungen für die Zeit nach der geplanten Behandlung sollten selbst dann bei der Behandlungsplanung kritisch berücksichtigt werden, wenn zunächst die Aufnahme aus (oft nur kurzfristig bestehenden, situationsabhängigen) psychiatrischen Selbst- oder Fremdgefährdungsgründen unvermeidlich ist. Die Indikationsstellung wird neben versorgungsstrukturellen Gegebenheiten vor Ort (Remschmidt u. Walter 1989; Bickman et al. 1996) und Berufserfahrung der Untersucher (Morrissey et al. 1995) durch subjektive emotional gefärbte Reaktionen in der Arzt-/Patient-/Fami-

lie-Beziehung beeinflusst. Es gibt keine absoluten Kriterien für die Entscheidung zur Hospitalisation, sie kommt eher durch eine Kombination aus verschiedenen Faktoren zustande (Maskey 1998). Insbesondere durch externalisierende Verhaltensweisen von Jugendlichen, Überforderung und Mitagieren von Angehörigen und anderen Betreuern erzeugte Druck, sofort handeln und stationär aufnehmen zu müssen, kann zu Fehlentscheidungen hinsichtlich der Indikation und falschen Behandlungserwartungen bei allen Beteiligten führen, die sozusagen die eigentliche Ebene des Problems verfehlen, noch bevor sie verstanden worden ist. Die sich daraus entwickelnden negativen Erfahrungen mit einer psychiatrischen Institution können die Installation von beziehungsweise Motivation zu weiterführenden therapeutischen und Betreuungsmaßnahmen belasten.

2.2 *Diagnose und Therapiewahl*

Ungeachtet der begründeten Forderung nach störungsspezifischen Therapien (Hersov 1994; Warnke et al. 1998) lassen uns unsere rein phänomenologischen diagnostischen Klassifikationssysteme im Hinblick auf die Therapiewahl nicht selten recht hilflos zurück (Branik 2001), zumal viele sich deskriptiv gleichenden diagnostischen Gruppen ein heterogenes Patientenkollektiv umfassen. Der durch die deskriptive Klassifikation gewonnene Zuwachs an Reliabilität war nicht notgedrungen mit einer Verbesserung der Validität der diagnostischen Einschätzungen verbunden (Resch et al. 1998). Wie bereits erwähnt liefern Diagnosen nur eine grobe Richtschnur für die Wahl der Intervention (Graham 2000). Die Motivation aller Betroffenen, ihr Potential, aus verfügbaren Therapieangeboten zu profitieren, die Zusammenarbeit mit den Familien, eventuelle psychische Krankheit der Eltern und der soziale Kontext bestimmen die Behandlung stärker als die Diagnose allein (Phillips et al. 2000; Schepker et al. 2000). Selbst eindeutig durch ihre emotionalen, sozialen und Verhaltensprobleme beeinträchtigte und somit therapiebedürftige Kinder mögen zum nennenswerten Teil die diagnostischen (Forschungs-)Kriterien von DSM und ICD nicht erfüllen (Angold et al. 1999). Diese werden jedoch bei methodisch anspruchsvollen Therapieevaluationsstudien zugrunde gelegt, deren Ergebnisse dann zu Leitlinien führen, welche Störungen auf welche Methoden am besten ansprechen. Therapeutische Leitlinien werden nicht allen behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen gerecht. Hinzu kommt, dass statistische Mittelwerte oder Trends nichts zwangsläufig auf den Einzelfall übertragen werden können. Neben objektiven, den heutigen Stand unseres Wissens reflektierenden Kriterien lassen sich subjektive Faktoren bei der Indikationsstellung und Empfehlung eines Behandlungsplans nicht eliminieren. Sie können sogar zu wesentlichen und nützlichen Elementen bei der Motivationsarbeit und Entstehung eines Arbeitsbündnisses werden. Bei der Entscheidung, eine für das Kind und seine Angehörigen derart eingreifende Maßnahme wie die Behandlung in einer kinder- und jugendpsychiatrischer Klinik vorzuschlagen, sollten ungeachtet der Diagnose und des etwaigen Druckes seitens der Einweiser oder Bezugspersonen wann immer nur möglich die Rahmenbedingungen, Ziele, Zeitperspektiven, Zuständigkeiten, Arbeitsanforderungen (auch an die Eltern und das zugehörige Umfeld), Ambivalenzen und Erwartungen beziehungsweise Grenzen der Möglichkeiten vor dem Behand-

lungsantritt gründlich verhandelt werden. Dieser Aufwand ist eine lohnende Prophylaxe gegen Behandlungsabbrüche.

2.3 *Prädiktive Faktoren für den Behandlungsverlauf*

Innerhalb der meisten Patientengruppen mit derselben Diagnose lassen sich unterschiedliche Behandlungsergebnisse feststellen. Sie entstehen nicht allein durch die Qualität der Behandlung, die die Probanden erhalten (Phillips et al. 2000). Patienten bringen unterschiedliche individuelle Voraussetzungen in die Behandlung mit, deren Gewicht für die prognostischen und Verlaufsvoraussagen im Einzelnen noch nicht ausreichend empirisch überprüft ist. Als negative Faktoren im Hinblick auf das zu erwartende Behandlungsergebnis werden vor allem die Schwere der Symptomatik, bei manchen Störungen ihr früher Beginn (z. B. Störungen des Sozialverhaltens, Psychosen), das Vorliegen einer Psychose, organische oder funktionelle Beeinträchtigung, Störungen des Sozialverhaltens im Allgemeinen, Suchtmittelmissbrauch, zerrüttete soziale und familiäre Verhältnisse, psychische Erkrankung der Mutter und Kriminalität des Vaters gesehen (Pfeiffer u. Strzelecki 1990; Blanz u. Schmidt 2000 und jeweils dortige Literaturhinweise). Die Kriterien, nach welchen überhaupt Behandlungserfolg gemessen wird, sind schwer festzulegen, da Symptombesserungen keineswegs ein hinreichendes Behandlungsziel darstellen oder auch nur in jedem Fall mit einer tatsächlichen Besserung gleichzusetzen sind (Fonagy 1997). Psychiatrische Behandlungen richten sich auch gegen emotionale, schulische und soziale Beeinträchtigungen, die unabhängig von der Symptombesserung bestehen können, hohen Leidensdruck verursachen, ihrerseits Symptome erzeugen und ein wesentliches Hindernis für die Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen sein können. Sie sind ein fester Bestandteil vieler psychiatrischer Erkrankungen (organische und/oder Funktionsstörungen, ADHD mit Störungen des Sozialverhaltens, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, posttraumatische Syndrome) und sind als solche schwieriger, manchmal nur sehr unbefriedigend zu behandeln (Pfeiffer u. Strzelecki 1990; Kazdin 1997; Blanz u. Schmidt 2000).

Die Diskussion um die Spezifität von Behandlungsansätzen ist sicher noch nicht abgeschlossen, da beispielsweise für den Bereich der Psychotherapie die Datenlage keine abschließende Beurteilung über die wesentlichen Wirkfaktoren erlaubt. Über den Wirkanteil von spezifischen und unspezifischen Faktoren besteht keine Klarheit, unter Berücksichtigung der Forschungsdaten bei Erwachsenen macht es den Anschein, dass die gewählte Methode sich viel weniger auf die Effektstärke auswirkt als unspezifische Faktoren – und zwar Therapeutenvariablen, Beziehung, Arbeitsbündnis, Motivation, Wirksamkeitsüberzeugungen in Bezug auf die eingesetzte Methode und Kontextvariablen (Wampold 2001). Last, not least betont derselbe Psychotherapieforscher, dass das medizinische Modell mit Psychotherapie nicht kompatibel ist. Weitere wichtige Fragen ergeben sich hinsichtlich der klinischen Praxis, wenn einerseits der Einsatz von empirisch verlässlich evaluierten Methoden gefordert wird, andererseits aber gezeigt wurde, dass der Einsatz der in Forschungsdesigns als hochwirksam geprüften Methoden in der klinischen Anwendung außerhalb des Forschungssettings deutlich geringere Effektstärken aufweist (Weisz u. Weiss 1989; Weisz et al. 1995).

2.4 Behandlungskonzepte

Während in der wissenschaftlichen Fachdiskussion über Behandlungskonzepte die von der Zugehörigkeit zu bestimmten therapeutischen Schulen genährten, früher überwiegend unversöhnlichen Gegensätze nach und nach an Bedeutung verlieren (Fonagy 1997; Goldfried 1999), sind die therapeutischen Behandlungskonzepte in der klinischen Praxis zwangsläufig von ihnen stärker beeinflusst. Jede berufliche Sozialisation prägt die Wahrnehmung (vgl. z. B. Faller et al. 2000), bereits die Wahl von Ausbildungsgängen erfolgt nicht nach rein objektiven Kriterien, sondern wird von Persönlichkeitszügen, Erfahrungshorizonten, Zeitgeist, Zufällen und anderen nicht „nüchternen“ Faktoren mitbestimmt. Der Korpus an vorhandenen empirischen Befunden widerspiegelt letztlich nur das, was mit der bis jetzt verfügbaren Methodik untersucht wurde, andere weniger überprüfte Methoden mögen dennoch wirken. Die als wirksam geprüften Methoden gehören keineswegs zum Standardangebot von Versorgungseinrichtungen (vgl. z. B. Graham 2000; Kazdin 1997; Presting et al. 1998; Schmidt 1998). Ein Streitpunkt zwischen behavioristisch und psychoanalytisch orientierten Sichtweisen ist beispielsweise die Frage, wie pragmatisch/umschrieben beziehungsweise wie umfassend die Behandlungsziele formuliert und angestrebt werden (vgl. Fonagy u. Target 1994). Dementsprechend wird auch auf die methodischen Probleme hingewiesen, zahlreiche komplexe Persönlichkeits- und Funktionsbereiche umfassende Entwicklungen zu messen beziehungsweise in den zeitlich relativ kurz angesetzten Forschungsdesigns zu erfassen. Andererseits wird auf die Schwierigkeit aufmerksam gemacht, die Langzeitwirkung von Therapien verlässlich beurteilen zu können, denn mit dem zeitlichen Abstand zum Abschluss der Behandlung unterliegt das Individuum immer mehr Einwirkungen, die nicht ohne weiteres im Zusammenhang mit der früheren Therapie gesehen werden können und ihrerseits auf seinen Zustand Einfluss haben. Kein Zweifel besteht allerdings darüber, dass kinder- und jugendpsychiatrische Probleme aus der Entwicklungsperspektive zu betrachten sind, ihre Therapie stets auch eine „Entwicklungshilfe“ ist und somit je nach Entwicklungsprofil unterschiedliche Techniken einsetzt (vgl. Emde 2000; Shapiro u. Esman 1992). Entwicklung braucht jedoch Zeit. Die Frage nach der Kürze oder Länge von stationären Behandlungen kann von solchen Überlegungen nicht ausgeklammert werden, ebenso wie therapeutische Prozesse kaum losgelöst von verlässlichen und kontinuierlichen Beziehungen zwischen den Therapeuten und Patienten gesehen werden können. Ökonomische Interessen sollten nicht mit wissenschaftlichen Daten verwechselt werden, vor allem wenn die Letzteren nicht in ihrem gesellschaftlichen und wissenschaftstheoretischen Entstehungszusammenhang interpretiert werden (vgl. Jellinek 1999; Strupp 2000).

2.5 Behandlungsqualität und -ziele

Der bereits erwähnte relative Mangel an verlässlichen Evaluationsstudien über stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen macht den Umgang mit den offenen Fragen hinsichtlich ihrer Konzepte und Effektivität nicht einfach. Nicht nur wegen des gestiegenen Bewusstseins für die möglichen negativen Auswirkungen sta-

tionärer Aufenthalte (Green u. Jones 1998; Branik 2001) und nicht ohne Zusammenhang mit der Kostenfrage steht die Behandlungsdauer oft in der Diskussion. Sie kann nicht losgelöst von der sich in Richtung von immer schwierigeren und komplexeren Fällen veränderten Klientel der Kliniken gesehen werden. Deren Behandlung ist nicht nur anspruchsvoller, langwieriger und wird mit weniger Erfolg belohnt (Blanz u. Schmidt 2000), sondern ihre Entlassung aus der Klinik kann maßgeblich vom Vorhandensein geeigneter Rehabilitations- und Betreuungseinrichtungen mitbestimmt werden, die in der Lage wären, gerade solche anspruchsvollen Patienten zu übernehmen und zu halten (vgl. z.B. Höger et al. 2001). Die Schwere der psychosozialen Beeinträchtigung (MAS-Achse VI und der damit ausgedrückte Störungsschweregrad) korreliert hochsignifikant mit der Klinikverweildauer (Scheper et al. 2000). In dieser Studie konnte nicht von der Diagnose auf die Verweildauer geschlossen werden (ein wichtiges Argument gegen die diagnosebezogene Fallpauschalen!), vielmehr erreichten auch schwer gestörte Patienten bei guter Behandlungsmotivation und Kooperationsbereitschaft der Eltern bei längerer Verweildauer bessere Behandlungsergebnisse als weniger schwer gestörte, jedoch weniger gut motivierte Jugendliche, was wiederum auf den hohen Stellenwert der Aufnahmeindikationsstellung, Motivationsarbeit und Klärung der gesamten Rahmenbedingungen – möglichst im Voraus – hinweist, wenn man effektive stationäre Therapien anstrebt. Auch andere Studien unterschiedlicher Designs zeigen eine positive Korrelation zwischen der Länge der Behandlung und dem erreichten Erfolg (z.B. Remschmidt u. Mattejat 2001). Es scheint auch eine kritische zeitliche Grenze zu geben, unterhalb welcher keine positiven therapeutischen Effekte stationärer Aufenthalte hinsichtlich der psychosozialen Beeinträchtigung der Patienten zu erwarten sind: Nach Scheper et al. (2002) liegt eine so definierte Untergrenze der durchschnittlichen Verweildauer bei circa 55 Tagen (die durchschnittliche stationäre Verweildauer in bundesdeutschen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken betrug nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahre 1997 58,6 Tage; zitiert nach Pohl 2000).

2.6 Behandlungsgewohnheiten und Versorgungslandschaft

Neben der Therapie an sich beeinflussen zahlreiche andere Faktoren den Verlauf und das Behandlungsergebnis (Phillips et al. 2000). Das Potential der Patienten und ihrer Familien, aus Therapie zu profitieren, wird von zahlreichen Variablen bestimmt (s. unter. 2.3), die allesamt bei der Formulierung realistischer Behandlungsziele berücksichtigt werden müssen. Die Letztgenannten stellen eine der wichtigsten Voraussetzung für nützliche stationäre Behandlungen dar (vgl. z.B. Branik 2002). Es sollte bei der Bewertung stationärer Maßnahmen nicht vergessen werden, dass ihr Erfolg stark von Faktoren abhängt, die weder von den Patienten allein kommen noch mit der geleisteten Behandlung zu tun haben: Nämlich dem vorbestehenden und im Anschluss an die Behandlung vorhandenen familiären und sozialen Kontext, der Nachsorge, der adäquaten Beschulung und schließlich nicht voraussehbaren mehr oder weniger glücklichen Zufällen oder Wechselfällen der Realität.

Das Postulat nach störungsspezifischen Therapien stößt insbesondere im Bereich der Psychotherapie nicht nur im ambulanten Sektor, sondern auch in den Kliniken

an Grenzen der Praktikabilität. Erstens ist es nicht realistisch zu erwarten, dass ein Therapeut unterschiedliche, zum Teil grundverschiedenen Paradigmen gehorchende Behandlungsmethoden beherrscht, es sei denn oberflächlich und unzulänglich. Dem Patienten gleichzeitig verschiedene Therapiemethoden bei unterschiedlichen Behandlern anzubieten ist in gewissem Maße möglich, allerdings sollte man nicht aus dem Auge verlieren, dass Psychotherapie nicht nach technischen Prinzipien mechanischer Kräftekanalisierung funktioniert, sondern stark von der therapeutischen Beziehung lebt, die einer gewissen Dichte und Intensität bedarf. Der Koordinationsaufwand ist erheblich, wenn man verhindern will, dass nicht ein Neben- und Durcheinander verschiedener Bemühungen entsteht und die Zugangsweisen sich nicht widersprechen. Integration verschiedener psychotherapeutischer Vorstellungen im Behandlungsteam und die Gestaltung des Klinikmilieus ohne eine einigermaßen identifizierbare gefestigte therapeutische Identität, die in der Regel durch die therapeutische Leitung repräsentiert wird, dürfte eine aussichtslose Aufgabe sein (vgl. Branik 2002). Es scheint leichter zu sein, seine Grenzen zu kennen und zu wissen, was man nicht gut behandeln kann und wofür man ein anderes Setting braucht, als in einer Einrichtung für jede Störung jederzeit *die* spezifische Therapie vorzuhalten (falls es sie überhaupt gibt). Entsprechend schneiden stationäre Behandlungen mit klar definierten Konzepten und Zielen in den Evaluationsstudien besser ab (Pfeiffer u. Strzelecki 1990). An dieser Stelle und vor dem Hintergrund der Konvergenz und Integration der therapeutischen Schulen muss der verbreitet zu beobachtende Eklektizismus kritisch erwähnt werden. Während der Anteil von Psychotherapeuten, die sich als eklektisch betrachten, sehr hoch geschätzt wird, ist der Eklektizismus durch Forschung kaum gerechtfertigt, höchstens beiläufig in die Theorie integriert und scheint häufiger ein Hinweis auf unzureichende Ausbildung oder einen Mangel an tiefergehenden Kenntnissen zu sein (Garfield u. Bergin 1994; Lazarus et al. 1992; zitiert nach Fonagy 1997).

Das Einweisungsverhalten in die Klinik wird neben den bereits zitierten Faktoren wie Erfahrung des Untersuchers, Auswahl an Alternativen, subjektive und interaktionsabhängige Einflüsse auch von den geographisch unterschiedlichen Versorgungstraditionen und durch die mehr oder weniger eingespielte Zusammenarbeit von Institutionen bestimmt. Einen besonderen Augenmerk verdient die Unterscheidung zwischen primär kinder- und jugendpsychiatrischen und primär pädagogischen stationären Maßnahmen. Während man sich in der Theorie auf die unterschiedlichen Indikationen für diese Interventionsformen einigen kann (z. B. Zauner 1972; Sholevar 1995; Schmidt 1998; Bürgin 2000; Branik 2002a;), verwischen sich die Grenzen in der klinischen Arbeit nur allzu leicht. Die Konvergenz von Forschungsdaten mit eventuell geringer externen Validität auf der einen und Versorgungsrealitäten sowie klinischen Beobachtungen mit möglichen subjektiven, theorie- und vorurteilsgeleiteten Täuschungen auf der anderen Seite ist noch unzureichend (Fonagy 1999; Goldfried 1999). Um noch einmal die Störungen des Sozialverhaltens anzuführen, welche die oft unscharfen Grenzen zwischen der primären Zuständigkeit von Medizin, Jugendhilfe und Justiz kennzeichnen: Sie stellen eine diagnostische Kategorie dar, an der sich in der Praxis Spannungen zwischen den Institutionen besonders leicht entzünden. Vernetzung, größere Durchlässigkeit zwischen den genannten Zuständig-

keitsbereichen und Respekt vor den Grenzen des jeweils Anderen tun bei der Versorgung solcher durch erhebliche psychiatrische Komorbidität gekennzeichneten verhaltensgestörten Kinder und Jugendlichen Not (Schmidt 1998). Auf die ungünstigen Folgen bei Fehlplatzierungen von solchen Jugendlichen ist verschiedentlich hingewiesen worden ist (von Aster et al. 1998; Branik 2002a).

2.7 *Umfeldvariablen*

Auf die Bedeutung von Umfeldvariablen für die Indikation, den Verlauf und Ausgang von stationären Behandlungen, wie sie in zahlreichen Evaluationsstudien herausgehoben wurde, ist bereits unter 2.1 bis 2.3 hingewiesen worden. Nicht nur empirische Befunde, sondern auch die fallorientierte Betrachtung aus psychotherapeutischer Perspektive lässt keinen Zweifel daran, dass ohne einen Ort außerhalb der Klinik, den man als ein gewisse Sicherheit gebendes Zuhause empfinden kann, ohne ein Orientierung gebendes Umfeld, ohne soziale Perspektiven und eigenen Entwicklungsmöglichkeiten angepasste Lebensbedingungen nach der Entlassung kaum an eine Erfolg versprechende stationäre Psychotherapie eines Kindes oder Jugendlichen zu denken ist. Aus einer Situation von Unsicherheit oder gar Bedrohung ist es nicht möglich, sich auf innere Prozesse einzulassen. Ebenso schwer ist es, Motivation zur Arbeit an Symptomen aufzubringen, wenn diese das einzig mögliche Ausdrucksmittel sind, auf seelische Not, Autonomiewünsche oder Protest gegen die vorenthaltene Anerkennung von vitalen Bedürfnissen aufmerksam zu machen. Ein anschauliches Beispiel, welche innere und äußere Mindestvoraussetzungen nötig sind, bevor eine Erfolg versprechende Therapie im engeren Sinne beginnen kann, sind komplex gestörte, traumatisierte Jugendliche: Zunächst geht es darum, im stationären Setting Bedingungen von Sicherheit zu schaffen, ausreichende Affektregulation zu erlangen und selbst- und fremddestruktive Verhaltensweisen zu unterbrechen, die in ständigen Wiederholungen inszeniert werden (Streeck-Fischer 2000). Doch ohne das Vorhandensein eines sozialen Ortes, der gewisse innere Distanzierungsmöglichkeiten zum therapeutischen Kontext zu erhalten hilft, zukunftsgerichtete Hoffnung nährt und ein verlässliches Beziehungsangebot außerhalb der Therapie bietet, wird es schwer sein zu verhindern, dass die Station nicht zur Bühne wird, auf welcher der therapeutisch angestrebte Ausstieg aus den Inszenierungen der traumatischen Vergangenheit nicht gelingen mag: Im vermeintlichen „Ersatz-Zuhause“ wird und bleibt es genauso wie früher zu Hause.

2.8 *Nachbetreuungsoptionen*

In einer deskriptiv und varianzanalytisch ausgewerteten Expertenbefragung an 14 kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in Norddeutschland stellten Höger et al. (2001) fest, dass ein kompetenter fachlicher Entscheidungsprozess keine allgemeine einzelfallübergreifende Konzeption stationärer Behandlungsdauern zulässt. Sie schlagen vielmehr vor, eine effiziente Behandlungsdauer eher über qualitätssichernde Maßnahmen zu sichern als durch empirisch nicht gestützte ausschließlich diagnosebezogene Kriterien. Neben Symptombesserung, Kompetenzsteigerung der

Patienten, Fragen des am besten geeigneten Therapiesettings, Motivation und Kooperation der Patienten und ihrer Bezugspersonen wirken Nachbetreuungsoptionen bei der Entscheidung, wann ein Patient aus der Klinik entlassen wird, maßgeblich mit. Falls es keinen geeigneten Ort gibt, an dem Patienten angemessen betreut und weiterbehandelt werden können, kann die Gefahr des Rückfalls und des Verlustes der in der stationären Therapie erreichten Fortschritte erheblich sein. Übereilte Entlassung in ungeeignete Verhältnisse drohen dann weniger Kosten zu sparen als einer Chronifizierung und Drehtürpsychiatrie Vorschub zu leisten. Der Druck auf die Kliniken, ihre Verweildauern zu kürzen, verfehlt sein Ziel, wenn er nicht gleichzeitig in mindestens so intensivem Maße an die für Rehabilitation, Jugend- und Familienhilfe, soziale und berufliche Eingliederung zuständigen Institutionen gerichtet wird. Sowohl die psychosoziale Beeinträchtigung der Patienten, als auch das Umfeld, welches sie tragen und lindern kann, müssen berücksichtigt werden.

3 Schlussfolgerungen

Die Konzepte stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie haben sich in den letzten zwanzig Jahren zunehmend in Richtung kürzerer, intensiver, begrenzter Interventionen bei einer zunehmend komplex und schwer kranken Klientel entwickelt. Vorstellungen, welche das nach Prinzipien der „therapeutischen Gemeinschaft“ oder des „Übergangsraumes“ gestaltete stationäre Milieu an sich als Therapie sehen, werden in Kliniken kaum noch vertreten. Der Anspruch, infolge ungünstiger Lebensbedingungen, Traumen und Vernachlässigung stecken gebliebene Entwicklungen durch intensive Beziehungen der Patienten zu Mitgliedern des Behandlungsteams in Gang zu bringen und nachzuholen (Cohen 1998, 2000), wird gegebenenfalls in vereinzelt Therapieheimen gelebt, sofern sie die dafür erforderlichen strukturellen und fachlichen Voraussetzungen besitzen. Heute werden intensive, auf Abklärung, Krisenintervention und Therapieeinleitung begrenzte störungsspezifische stationäre Interventionen favorisiert (Übersichten bei Hersov 1994 und Blanz u. Schmidt 2000). Verschiedene gezielte, sowohl auf das Individuum, als auch sein Umfeld gerichtete, allerdings in einem Behandlungsplan zu koordinierende multimodale Maßnahmen werden beispielsweise im Komponentenmodell der Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von Remschmidt und Mattejat (2001) zusammengefasst. Stationäre Therapie stellt nur ein Glied im Versorgungskontinuum miteinander funktionell vernetzter Institutionen dar, deren Aufgabe die Behandlung und Förderung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ist (Blanz u. Schmidt 2000; Hersov 1994).

Das Wissen über die Effizienz und Effektivität stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen ist allerdings nach wie vor gering, der wissenschaftliche Beleg über die höhere Effektivität der eben skizzierten Strategie des „notwendigen Minimums“ (vgl. Green u. Jacobs 1998) mit möglichst kurzen stationären Aufenthalten steht noch aus (Blanz u. Schmidt 2000). Es ist zwar wünschenswert, bei Patienten Merkmale zu identifizieren, die Aussagen zur Erfolgsaussicht dieser oder jener Behandlungsmodalitäten erlauben. In der klinischen Realität ist jedoch der Wunsch,

Entwicklungen und Ansprechbarkeit auf Therapie sicher voraussagen zu können, noch eine Illusion. Wenn bei der Durchführung stationärer Behandlungen der Zeit- und Kostenfaktor das alleinige Primat bei der Konzipierung von Therapiestrategien erlangt, könnten bei manchen Patienten Entwicklungspotentiale verfehlt werden, die nicht mit an Laborbedingungen erinnernden Messungen erfasst, sondern nur in einem entwicklungsförderndem Beziehungsklima geweckt werden können. Fehlende Beziehungskontinuität und ein Übergewicht von „technischen“ Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verhindern jene vertrauensvolle Bindung und Compliance, die als Voraussetzung für den Erfolg sämtlicher Behandlungsmodalitäten nötig ist, sich auf Abbruchquoten auswirkt und eine potentiell günstige Wirkung von Therapien erst gestattet (Jellinek 1999). Erfahrungen im stationären Setting können unter Umständen die einzige Chance eines Teils unserer Patienten sein, den Anfang für eine Nachreifung im emotionalen und Persönlichkeitsbereich sowie Nachentwicklung im Bereich der Mentalisierungs- und Bindungsfähigkeit zu setzen. Potentielle Risiken längerer stationärer Aufenthalte, wie „maligne Regressionen“, sadomasochistische Wiederholungszirkel von traumatischen Erfahrungen oder Ausweichen vor Entwicklungsanforderungen müssen selbstverständlich verhindert werden. Letztlich ist das Geflecht aus Entscheidungskriterien, wann, wo, wie und wie lange ein Kind oder Jugendlicher stationär behandelt wird, zu komplex, um allgemein gültige, an Einzelfaktoren (Diagnose, Symptom, Dynamik im Umfeld) orientierte Aussagen zu gestatten.

Literatur

- Aba, O.; Hendrichs, A. (1989): Die stationäre Klientel einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 38: 358-363.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997): Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Conduct Disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat.* 36 (10 Suppl.): 122S-139S.
- Angold, A.; Costello, E.J.; Farmer, E. M. Z.; Burns, B.J.; Erkanli, A. (1999): Impaired but undiagnosed. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat.* 38: 129-137.
- Aster, M. von; Meier, M.; Steinhausen, H.-C. (1998): Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 47: 668-682.
- Bickman, L.; Foster, M.; Lambert, E. W. (1996): Who gets hospitalized in a continuum of care? *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat.* 35: 74-80.
- Blanz, B.; Schmidt, M.H. (2000): Practitioner review: Preconditions and outcome of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry. *J. Child Psychol. Psychiat.* 41: 703-712.
- Blanz, B. (1998): Biologische Korrelate aggressiven Verhaltens. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 26: 43-52.
- Blotcky, M.J.; Dimperio, T.L.; Gossett, J.T. (1984): Follow-up of children treated in psychiatric hospitals. *Am. J. Psychiatry* 141: 1499-1507.
- Branik, E. (2001): Zum Stellenwert der Psychoanalyse in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Kinderanalyse* 9: 1-21.
- Branik, E. (2001a): Gefahren und mögliche negative Auswirkungen von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen – Erkennen und Vorbeugen. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 50: 372-382.

- Branik, E. (2002): Stationäre Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: „Die Kunst des Unmöglichen?“ *Psychotherapeut* 47: 98-105.
- Branik, E. (2002a): Störungen des Sozialverhaltens – Möglichkeiten und Grenzen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 51: 533-545.
- Braun-Scharm, H.; Räder, K.; Martinius, J. (1991): Die stationäre Versorgung jugendpsychiatrischer Patienten. Eine Stichtaguntersuchung. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 19: 70-77.
- Bürgin, D. (2000): Psychotherapie und stationäre Behandlung. *Kinderanalyse* 8: 254-265.
- Cohen, Y. (1998): Psychoanalytic considerations on indications for residential treatment. *J. Am. Acad. Psychoanal.* 26: 369-387.
- Cohen, Y. (2000): Bindungstheorie als Grundlage zum Verständnis psychopathologischer Entwicklung und zur stationärer Behandlung. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 49: 511-521.
- Emde, R.N. (2000): Der Wandel der Psychoanalyse vom Allgemeingültigen zum Spezifischen. Das Zustandekommen von Behandlungserfolgen (Was unter welchen Umständen funktioniert). In: Schösser, A.-M.; Höhlfeld, K. (Hg.): *Psychoanalyse als Beruf*. Giessen: Psychosozial, S. 99-118.
- Engeland, H. van.; Matthys, W. (1998): Ergebnisse von Jugendhilfe-Massnahmen bei dissozialen Störungen. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 26: 63-69.
- Faller, H.; Wagner, R.F.; Weiß, H. (2000): Therapeutische Orientierung und Wahrnehmung des Patienten bei der Erstuntersuchung. Ein empirischer Vergleich von tiefenpsychologisch/analytisch und kognitiv verhaltenstherapeutisch orientierten Therapeuten. *Psychotherapeut* 45: 108-115.
- Fonagy, P. (1997): Evaluating the effectiveness of interventions in child psychiatry. *Can. J. Psychiatry* 42: 584-594.
- Fonagy, P. (1999): Relation of theory and practice in psychodynamic therapy. *J. Clin. Child Psychol.* 28: 513-520.
- Fonagy, P.; Target, M. (1994): The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat.* 33: 45-55.
- Gabel, S.; Shindlecker, R. (1991): Aggressive behavior in youth: characteristics, outcome and psychiatric diagnosis. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat.* 30: 982-988.
- Garfield, S.L.; Bergin, A.E. (1994): Introduction and historical overview. In: Bergin, A.E.; Garfield, S.L. (Hg.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley, S. 8-24.
- Goldbeck, L.; Göbel, D. (1990): Stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Analysen an einer Inanspruchnahmepopulation. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 39: 87-93.
- Goldfried, M.R. (1999): Role of theoretical bias in therapeutic interventions: To see or not to see? *J. Clinical Child Psychology* 28: 544-547.
- Graham, P. (2000): Treatment interventions and findings from research: bridging the chasm in child psychiatry. *British J. Psychiatry* 176: 414-419.
- Green, J.; Jones, D. (1998): Unwanted effects of in-patient treatment: anticipation, prevention, repair. In: Green, J.; Jacobs, B. (Hg.): *In-patient Child Psychiatry. Modern Practice, Research and the Future*; London/New York: Routledge, S. 212-219.
- Green, J.; Jacobs, B. (Hg.) (1998): *In-patient Child Psychiatry. Modern Practice, Research and the Future*; London/New York: Routledge.
- Hersov, L. (1994): Inpatient and Day-Hospital Units. In: Rutter, M.; Taylor, E.; Hersov, L. (Hg.): *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*. 3. Aufl. Oxford: Blackwell, S. 983-995.
- Höger, Ch.; Witte-Lakemann, G.; Rothenberger, A. (2001): Wann sollen stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen beendet werden? *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 29: 274-284.
- Jellinek, M.S. (1999): Changes in the practice of child and adolescent psychiatry: Are our patients better served? *J. Am. Acad. Child Adol. Psychiat.* 38: 115-117.
- Joshi, P.K.; Rosenberg, L.A. (1997): Children's behavioral response to residential treatment. *J. Clin. Psychol.* 53: 567-573.
- Kazdin, A.E. (1997): Practitioner review: psychosocial treatments for conduct disorder in children. *J. Child Psychol. Psychiat.* 38: 161-178.
- Lazarus, A.A.; Beutler, L.E.; Norcross, J.C. (1992): The future of technical eclecticism. *Psychotherapy* 29: 11-20.

- Loeber, R.; Burke, J.D.; Lahey, B.B.; Winters, A.; Zera, M. (2000): Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part, I.J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat. 39: 1468-1484.
- Maskey, S. (1998): The process of admission. In: Green, J.; Jacobs, B. (Hg.): Inpatient child psychiatry. Modern practice, research and future. London: Routledge, S. 39-50.
- Mattejat, F.; Gutenbrunner, C.; Remschmidt, H. (1994): Therapeutische Leistungen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik mit regionalem Versorgungsauftrag und ihrer assoziierten Einrichtungen. Z. Kinder-Jugendpsychiat. 22: 154-168.
- Mattejat, F.; Hirt, B.R.; Wilken, J.; Schmidt, M.H.; Remschmidt, H. (2001): Efficacy of inpatient and home treatment in psychiatrically disturbed children and adolescents. Europ. Child Adol. Psychiat. 10: I/71-I/79.
- McDermott, B.M.; McElvey, R.; Roberts, L.; Davies, L. (2002): Severity of children's psychopathology and impairment and its relationship to treatment setting. Psychiatric Services 53: 57-62.
- Meeks, J.E. (1995): Hospitalisation and Inpatient Treatment. In: Sholevar, G.P. (Hg.): Conduct disorders in Children and Adolescents. Washington/London: American Psychiatric Press, S. 299-317.
- Morrissey, R. F.; Dicker, R.; Abikoff, H.; Alvir, J.M.; DeMarco, A.; Koplewicz, H.S. (1995): Hospitalising the suicidal adolescent. An empirical investigation of decision making criteria. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat. 34: 902-911.
- Offord, D.R.; Bennett, K.J. (1994): Conduct disorder: long-term outcomes und intervention effectiveness. J. Am. Acad. Child Adolescent. Psychiat. 33: 1069-1078.
- Pfeiffer, S.I.; Strzelecki, S.C. (1990): Inpatient psychiatric treatment of children and adolescents: a review of outcome studies. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat. 29: 847-853.
- Phillips, S.D.; Hargis, M.B.; Kramer, T.L.; Lensing, S.Y.; Taylor, J.L.; Burns, B.J.; Robbins, J.M. (2000): Toward a level playing field: Predictive factors for the outcomes of mental health treatment for adolescents. J. Am. Child Adolesc. Psychiat. 39: 1485-1495.
- Pohl, P. (2000): Die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland. Gesundheitswesen 62: 627-632.
- Presting, G.; Hoyer, C.; Witte-Lakemann, G.; Specht, F.; Rothenberger, A. (1998): Variationsbreite stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie – Ergebnisse einer multizentrischen Dokumentation. Z. Kinder-Jugendpsychiat. 26(2): 97-112.
- Reisel, B.; Floquet, P.; Leixnering, W. (1998): Prozess- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: Ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 47: 705-721.
- Remschmidt, H.; Mattejat, F. (2001): The component model of treatment in child and adolescent psychiatry: Theoretical concepts and empirical results. Europ Child Adol Psychiat. 10: I/26-I/45.
- Remschmidt, H.; Schmidt, M.H.; Mattejat, F.; Eisert, H.-G.; Eisert, M. (1988): Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung und Home Treatment im Vergleich. Z. Kinder-Jugendpsychiat. 16: 124-134.
- Remschmidt, H.; Walter, R. (1989): Evaluation kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung. Analysen und Erhebungen in drei hessischen Landkreisen. Stuttgart: Enke.
- Resch, F.; Schulte-Markwort, M.; Bürgin, D. (1998): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter – ein Beitrag zur Qualitätssicherung. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 47: 373-386.
- Rutter, M.; Giller, H.; Hagell, A. (1998): Antisocial Behavior by Young People. Cambridge: University Press.
- Schepker, R.; Wirtz, M.; Jahn, K. (2000): Verlaufsprädiktoren mittelfristiger Behandlungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 49: 656-676.
- Schepker, R.; Wirtz, M.; Jahn, K.; Grabbe, Y. (2002): Verweildauerprädiktoren in der stationären Behandlung – Ergebnisse aus 3 Jahrgängen stationärer Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Vortrag beim XXVII. Kongress der DGKJPP, Berlin, 3.-6. April.
- Schmidt, M.H. (1998): Dissozialität und Aggressivität: Wissen, Handeln und Nichtwissen. Z. Kinder-Jugendpsychiat. 26: 53-62.

- Shapiro, T.; Esman, A. (1992): Psychoanalysis and child and adolescent psychiatry. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat.* 31: 6-13.
- Sholevar, G.P. (1995): Residential Treatment. In: Sholevar, G.P. (Hg.): *Conduct Disorders in Children and Adolescents*. Washington/London: American Psychiatric Press, S. 319-335.
- Sourander, A.; Kelkkilä, T.; Leijala, H.; Heinisuo, A.M.; Helenius, H.; Piha, J. (1995): Follow-up of short-term child psychiatric inpatient treatment. *Nordic J. Psychiatry* 49: 95-101.
- Sourander, A.; Piha, J. (1998): Three-year follow-up of child psychiatric inpatient treatment. *Europ. Child Adol. Psychiat.* 7: 153-162.
- Streeck-Fischer, A. (2000): Jugendliche mit Grenzstörungen – Selbst- und fremddestruktives Verhalten in der stationärer Psychotherapie. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 49: 497-510.
- Strupp, (2000): Ein zeitgemäßer Blick auf die psychodynamische Psychotherapie und deren Zukunft. *Psychotherapeut* 45: 1-9
- Wampold, B.E. (2001): *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings*. Mahwah/London: Lawrence Erlbaum Ass.
- Warnke, A.; Beck, N.; Wewetzer, Ch. (1998): Störungsspezifische Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 26: 197-210.
- Weisz, J.R.; Donenberg, G.R.; Han, S.S.; Weiss, B. (1995): Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *J. Consult Clin. Psychol.* 63: 688-701.
- Weisz, J.R.; Weiss, B. (1989): Assessing the effects of clinic-based psychotherapy with children and adolescents. *J. Consult Clin. Psychol.* 57: 741-746.
- Zauner, J. (1972): Analytische Psychotherapie und soziales Lernen in Klinik und Heim. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatrie.* 20: 166-171.
- Zoccolillo, M.; Rogers, K. (1991): Characteristics and outcome of hospitalized adolescent girls with conduct disorder. *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry* 30: 973-981.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Emil Branik, Kinder- und Jugendpsychiatrisches Zentrum Sonnenhof, CH-9608 Ganterschwil/SG; E-Mail: emil.branik@kjpz.ch