

Schulte-Markwort, Michael J. und Knölker, Ulrich

Therapieabbrüche im stationären Bereich

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40 (1991) 1, S. 28-33

urn:nbn:de:bsz-psydok-34573

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

Behinderte Interaktion

- GERLICHER, K.: Zur Psychodynamik in Familien mit einem behinderten Kind (Psychodynamics in Families with an Handicapped Child) 265
- KISCHKE, W./POHL-KROLL, K./SCHULTZ, R./SIEVERS, R./STÖRMER, N.: Therapie bei schwer geistig behinderten Menschen in stationären Langzeiteinrichtungen (Therapy of Severely Mentally Handicapped Persons with Symptoms of Depression in Long Term Facilities) 254
- SARIMSKI, K./SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklung und Spielniveau bei retardierten Kindern (Linguistic and Symbolic Development in Retarded Children) 250
- VIRTANEN, T./MOILANEN, I.: Stress und Stressbewältigung bei Müttern von Kindern mit leichten zerebralen Dysfunktionen (Stress and Coping in Mothers of Children with Minimal Brain Dysfunction) 260

Erziehungsberatung

- BOHLEN, G.: Hindernisse in der Praxis systematisch orientierter Beratung an Erziehungsberatungsstellen (Obstructing Factors in Practising Systemic Oriented Therapy at Child Guidance Centers) 222
- HUNDSALZ, A.: Methoden und Konzeptentwicklung in den Psychologischen Beratungsstellen (Development of Methods and Concepts in Psychological Counseling Services) 55

Familientherapie

- KNOKE, H.: Familiäre Wirklichkeitskonstruktionen (Constructions of Reality in the Family) 293
- V. SCHLIPPE, A.: Systemische Sichtweise und psychotherapeutische Ethik – vier Imperative (Systemic View and Therapeutic Ethics – Four Imperatives) 368

Forschungsergebnisse

- BOEHNKE, K./V. FROMBERG, E./MACPHERSON, M.: Makrosozialer Stress im Jugendalter – Ergebnisse einer Wiederbefragung zu Kriegsangst und Angst vor Umweltzerstörung (Macro-social Stress in Adolescence – Results from a Follow-up Survey on War Anxiety and Anxiety about Destruction of the Environment) 204
- BRON, B.: Die Bedeutung von Elternverlusten in der Kindheit bei depressiven und suizidalen Patienten (The Significance of Loss of Parents in Childhood for Depressive and Suicidal Patients) 322
- BUNK, D./SCHALL, U.: Die Effizienz des Hintergrund-Interferenz-Verfahrens in der psychiatrischen Differentialdiagnostik hirnnorganischer Schäden bei Kindern (The Efficiency of the Background Interference Procedure in Discriminating Brain Damages in Children) 134
- HAAG, R./GRAF, N./JOST, W.: Subjektiv erlebte Ängstlichkeit als Aspekt der Krankheitsverarbeitung bei Kindern mit bösartigen Erkrankungen (Perceived Anxiety as an Aspect of Coping Illness in Oncologically III Children) 78

- HEGEMANN, T.: Untersuchungen zum Rehabilitationserfolg eines sozialtherapeutischen Segelschiffprojekts (An Investigation about Effectiveness of a Social-Therapeutic Sailing Project) 61
- HOBRÜCKER, B.: Die jugendpsychiatrische Station als Handlungsfeld: Pflicht und Kontrolle von Tätigkeiten (The Adolescent Psychiatric Ward as an Actional Field: Obligation and Control of Everyday Conditions) 90
- LÜCKE, M./KNÖLKER, U.: Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (On Stigmatization of In-Patients of a Child-Psychiatric Unit) 138
- MÜLLNER, E.: Die Re-Integration von Kindern in die leibliche (Teil-)Familie (The Re-Integration of Children into Their Biological (Partial) Family) 184
- REICH, G./DEYDA, H.: Interaktionsmuster in Familien mit psychosomatisch und depressiv erkrankten Kindern und Jugendlichen (Pattern of Interaction in Families with Psychosomatic III and Depressive Children and Adolescents) 96
- SCHROEDER, W./GRAF, U./WAGNER, U.: Der OFFER-Selbstbildfragebogen für Jugendliche und stationärer Psychotherapieerfolg (The OFFER-Self-Image-Questionnaire reflects Psychotherapeutic Effects under Special Conditions) 85

Jugendhilfe

- SCHWEITZER, J./REUTER, D.: Systemisches Denken in der Heimerziehung: Anregungen für Pädagogik, Beratung und Organisation (Thinking in a Systemic Way in Residential Child Care: Suggestions for Pedagogy, Counseling and Organisation) 171

Praxisberichte

- BÖNNER, G.: Die Gestaltungstherapie – eine zusätzliche Möglichkeit in der Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen (Psychoanalytically Oriented Art Therapy – an Additional Opportunity in Group Psychotherapy with Adolescents) 177
- FÄRBER, H.P./LIEBENOW, H.: Integratives Betreuungskonzept für impulsiv-koordinationschwache Kinder (An Integrated Therapeutic Concept for Children with MBD-Syndrome) 375
- ROMER, G.: Methoden der Prävention psychischer Fehlentwicklungen im Rahmen der Kleinstkindpädagogik – Erfahrungen an einem amerikanischen Eltern-Kind-Zentrum (Methods of Mental Health Prevention in the Context of Infant and Toddler Education – Experiences in an American Parent-Child Center) 284

Psychotherapie

- ARNOLD, U./ARNOLD, K.H.: Dokumentation kinderspsychotherapeutischer Einzelbehandlungen – Entwurf eines Protokollbogens (Documentation of Single Treatments in Child Therapy – Outline of a Record Schedule) 298

STREECK-FISCHER, A.: Grenzgänger – Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Borderline Behavior: Dealing with Self-destructive and Outwardly Destructive Behavior during In-patient Child und Juvenile Psychotherapy)	105	TEXTOR, M.R.: Auslandsadoptionen: Forschungsstand und Folgerungen (International Adoptions: Research Results and Consequences)	42
STREECK-FISCHER, A.: Entwicklungsförderliche Laufställe – Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Development-Conductive Play-Pens – Power Factors in Stationary Psychotherapy with Children and Adolescents)	328	Werkstattberichte	
WILLE, A.: Voice Dialogue – Dialog der Stimmen (Voice Dialogue)	227	FUCHS, D.: Einzelfallhilfen für Kinder mit Entwicklungsschwierigkeiten in den Stuttgarter Kindertagesstätten ..	303
Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie		KRAUSE, C.: Aus der Arbeit der Erziehungsberatungsstelle Greifswald	112
GÜNTHER, M./GÜNTHER, W.: Stationäre Krisenintervention bei psychischen Krisen im Jugendalter (Inpatient Crisis Intervention in Adolescence)	22	Tagungsberichte	
KOWERK, H.: Qualitative Evaluation systematischer Aspekte bei stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Qualitative Evaluation of Systematic Aspects of Inpatient Therapy in Child and Adolescent Psychiatry)	4	Bericht über die 7. Bundestagung des Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind“	189
SCHULTE-MARKWORT, M.J./KNÖLKER, U.: Therapieabbrüche im stationären Bereich (Dropping-Out of Inpatient Treatment)	28	Bericht über ein internationales Symposium zum Thema „Eßstörungen“	231
Übersichten		Bericht über den Internationalen Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bad Homburg	272
BENGEL, J.: AIDS-Risikowahrnehmung und -verarbeitung bei Jugendlichen (AIDS-Risk Perception und Coping by Adolescents)	356	Bericht über den IX. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie	380
BRAUN-SCHARM, H.: Zwangssphänomene bei schizophrenen Jugendlichen (Obsessive-Compulsive Symptoms in Adolescent Schizophrenia)	166	Buchbesprechungen	
CHRISTIAN, H./ZECH, T.: Schulpsychologie im Spannungsfeld von Individuum und Systemen (A Concept of School Psychology viewing Individual and Systems)	339	ANDERSEN, T. (Hrsg.): Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge	198
DELLISCH, H.: Krankmachende Angst in der Familie (Illness-causing Anxiety within the Family)	128	ANSTÖTZ, C.: Ethik und Behinderung	238
HEIGL-EVERS, A./KRUSE, J.: Frühkindliche gewalttätige und sexuelle Traumatisierungen (Aggressive and Sexual Traumatization during Early Childhood)	122	BASTINE, R.: Klinische Psychologie, Bd. 1	316
HIRSCHBERG, W./ALTHERR, P.: Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen (Social Therapy with Dissocial Adolescents)	362	BOMMERT, H./HENNING, T./WÄLTE, D.: Indikation zur Familientherapie	313
JAKOB, P.: Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Familien mit einem Alkoholproblem (Developmental Problems Faced by Children, Adolescents and Young Adults in Families with an Alcohol Problem)	49	BUCHHEIM, P./SEIFFERT, T. (Hrsg.): Zur Psychodynamik und Psychotherapie von Aggression und Destruktion	197
LIEBECK, H.: Neue Elemente in der Verhaltenstherapie einer Hundephobie bei einem Jugendlichen mit Down-Syndrom (New Elements in Behavior Therapy of a Dog-Phobia of a Juvenile with Down-Syndrom)	289	CIERPKA, M.: Zur Diagnostik von Familien mit einem schizophrenen Jugendlichen	242
LUDEWIG, K.: Unruhige Kinder. Eine Übung in epistemischer Konfusion (Restless Children. An Exercise in Epistemic Confusion)	158	CIOMPI, L./DAUWALDER, H.P. (Hrsg.): Zeit und Psychiatrie – Sozialpsychiatrische Aspekte	197
RENNEN-ALLHOFF, B.: Wie verlässlich sind Elternangaben? (How useful are Parent Reports?)	333	CLEMENS, M./COMBE, A./BEIER, C./LUTZI, J./SPANGENBERG, N.: Soziale Krise, Institution und Familiendynamik ...	349
SOHNI, H.: Mutter, Vater, Kind – Zur Theorie dyadischer und triadischer Beziehungen (Mother, Father, Child – Attribution to a Theory of Dyadic and Triadic Relationships)	213	DZIKOWSKI, S./ARENS, C. (Hrsg.): Autismus heute, Bd. 2: Neue Aspekte der Förderung autistischer Kinder	196
		EDELSTEIN, E.L.: Anorexia Nervosa and Other Dyscontrol Syndromes	195
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 26	313
		ELBERT, T./ROCKSTROH, B.: Psychopharmakologie. Anwendung und Wirkungsweise von Psychopharmaka und Drogen	386
		ELGER, W.: Sozialpädagogische Familienhilfe	115
		FEND, H.: Vom Kind zum Jugendlichen. Der Übergang und seine Risiken	315
		FICHTER, M.: Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung	316
		FIGENBAUM, W./BRENGELMANN, J.C. (Hrsg.): Angststörungen. Diagnose und Theorie	315
		FLÖTTMANN, H.B.: Angst. Ursprung und Überwindung ..	279
		GAUDA, G.: Der Übergang zur Elternschaft. Eine qualitative Analyse der Entwicklung der Mutter- und Vateridentität ..	277
		GRISSEMAN, H./WEBER, A.: Grundlagen und Praxis der Dyskalkulithherapie	239
		HAEBERLIN, U./BLESS, G./MOSER, U./KLAGHOFER, R.: Die Integration von Lernbehinderten. Versuche, Theorien, Forschungen, Enttäuschungen, Hoffnungen	243
		HILFE FÜR DAS AUTISTISCHE KIND, REGIONALVERBAND NORDBADEN-PFALZ e.V.: Autismus: Erscheinungsbild, mögliche Ursachen, Therapieangebote	71

HUBER, G./RIEDER, H./NEUHÄUSER, G. (Hrsg.): Psychomotorik in Therapie und Praxis	348	SCHEPANK, H. (Hrsg.): Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute.	313
JONAS, M.: Trauer und Autonomie bei Müttern schwerstbehinderter Kinder	68	SCHRAML, W.J.: Kinder und Kinderpsychotherapie	117
JUNGE, H./LENDERMANN, H. B.: Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) – Einführende Erläuterungen	311	SCHRAML, W.J.: Einführung in die moderne Entwicklungspsychologie für Pädagogen und Sozialpädagogen	347
KAUFMANN, R.A.: Die Familienrekonstruktion. Erfahrungen-Materialien-Modelle	241	SEIFFGE-KRENKE, I. (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen	314
KÖHNKEN, G.: Glaubwürdigkeit. Untersuchungen zu einem psychologischen Konstrukt	317	SIELERT, U./MARBURGER, H.: Sexualpädagogik in der Jugendhilfe	69
KOLLMANN, B./KRUSE, M.: Krebskranke Jugendliche und ihre Familien. Problematik und Möglichkeiten einer psychologischen Begleitung	195	SPADA, H. (Hrsg.): Allgemeine Psychologie	150
KUSCH, M./PETERMANN, F.: Entwicklung autistischer Störungen	36	STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Das Jugendalter. Entwicklung, Probleme, Hilfen	278
MARTINIUS, J./FRANK, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern	240	STEINKE, T.: Stationäres Training mit aggressiven Kindern: Die Implementation eines verhaltenstheoretisch orientierten Behandlungsprogramms in stationäre psychosoziale Organisationen	72
MCGOLDRICK, M./GERSON, R.: Genogramme in der Familienberatung	276	STRAK, W. (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis	195
MELTZER, D.: Traumleben. Eine Überprüfung der psychoanalytischen Theorie und Technik	311	TEXTOR, M. (Hrsg.): Hilfen für Familien. Ein Handbuch für psychosoziale Berufe	312
MOLNAR, A./LINDQUIST, B.: Verhaltensprobleme in der Schule. Lösungsstrategien für die Praxis	116	TRAD, P. V.: Infant Previewing. Predicting and Sharing Interpersonal Outcome	151
OLBING, H./BACHMANN, K. O./GROSS, R. (Hrsg.): Kindesmißhandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe	34	TRESCHER, H. G.: Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik	239
OLBRICH, R. (Hrsg.): Therapie der Schizophrenie. Neue Behandlungskonzepte	309	TRESCHER, H. G./BÜTTNER, C. (Hrsg.): Jahrbuch der psychoanalytischen Pädagogik 2	198
PETERMANN, F./NOEKER, M./BOCHMANN, F./BODE, U.: Beratung von Familien mit krebskranken Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse	310	TRÖSTER, H.: Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung	68
POHLER, G./POHLER-WAGNER, L.: Atemzentrierte Verhaltenstherapie	384	UHLEMANN, T.: Stigma und Normalität. Kinder und Jugendliche mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	347
PRESTING, G. (Hrsg.): Erziehungs- und Familienberatung. Untersuchungen zu Entwicklung, Inanspruchnahme und Perspektiven	237	VOGEL, D./RAUH, H./JORDAN, D.: Therapieangebote für behinderte Kinder	309
PREYER, W.T.: Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren	35	WEINWURM-KRAUS, E.: Soziale Integration und sexuelle Entwicklung Körperbehinderter	278
PRITZ, A./SONNECK, G.: (Hrsg.): Medizin für Psychologen und nichtärztliche Psychotherapeuten	350	WIEMANN, I.: Pflege- und Adoptivkinder – Familienbeispiel, Informationen, Konfliktlösungen	308
RANDOLL, D./JEHLE, P.: Therapeutische Interventionen bei beginnendem Stottern	150	WHITE, M./EPSTON, D.: Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken	385
REMSCHMIDT, H./WALTER, R.: Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern	240		
ROEDEL, B.: Praxis der Genogrammarbeit. Die Kunst des banalen Fragens	277	Editorial 2, 248	
ROHMANN, U.H./ELBING, K.: Festhaltetherapie und Körpertherapie	70	Ehrungen 346	
ROTHENBERGER, A. (Ed.): Brain und Behavior in Child Psychiatry	308	Nachruf 189	
ROTHAUS, W.: Stationäre systematische Kinder- und Jugendpsychiatrie	69	Autoren der Hefte 34, 66, 115, 148, 193, 233, 275, 305, 347, 383	
SALZGEBER, J./STADLER, M.: Familienpsychologische Begutachtung	317	Diskussion/Leserbriefe 193, 234, 276	
SALZGEBER, J./STADLER, M./DRECHSLER, G./VOGEL, C. (Hrsg.): Glaubhaftigkeitsbegutachtung	35	Zeitschriftenübersicht 67, 148, 235, 305, 383	
		Tagungskalender 37, 73, 118, 152, 199, 244, 280, 318, 351, 387	
		Mitteilungen 37, 75, 119, 153, 200, 245, 281, 319, 351, 387	

Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Universität Lübeck
(Direktor: Prof. Dr. U. Knölker)

Therapieabbrüche im stationären Bereich¹

Von Michael J. Schulte-Markwort und Ulrich Knölker

Zusammenfassung

In einer Nachuntersuchung werden die Patienten (11,8% der stationär behandelten Patienten) der ersten zwei Jahre seit Bestehen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Universität Lübeck, die eine stationäre Therapie abgebrochen hatten (n = 15), hinsichtlich ihrer Motive zum Abbruch sowie der Beziehungsstruktur zu den Therapeuten befragt. Es zeigt sich, daß in 10 Fällen die Beziehung zum Therapeuten stark beeinträchtigt war. 13 Eltern, die eine Therapie abbrachen, erlebten die Beziehung zwischen ihrem Kind und dem Therapeuten von seiten des Kindes als ablehnend. Insgesamt erweist sich die Kommunikationsstruktur zwischen potentiellen Abbruch-Familien und dem Therapeuten als gestört. Es wird deutlich, wie wichtig es ist, therapeutische Settings mit den Familien genau abzusprechen. Die Ergebnisse werden dargestellt und mit den relevanten Ergebnissen anderer Untersuchungen verglichen und diskutiert.

1 Einleitung

Therapieabbrüche durch den Patienten bedeuten zunächst für den Therapeuten in der Regel eine Kränkung. Trotz seiner kompetenten Bemühungen, seiner Empathie für die Situation eines Kindes und seiner Familie wird an einem bestimmten Punkt die stationäre Therapie plötzlich unterbrochen. Die Familie verläßt die Klinik und läßt den Therapeuten mit einer unterschriebenen Erklärung zurück, die ihn wenigstens formal-juristisch aus der Verantwortung entläßt.

Typische Erklärungen lauten dann: die Konfliktbearbeitung in der Familie war in einen so heiklen und abwehrmobilisierenden Bereich vorgestoßen, daß die Familie – konfliktscheu – den ängstigenden Raum in der Klinik verlassen mußte. Oder: das Kind war mit seinem Symptom so mächtig, daß es nur in der Persistenz seiner „Krankheit“ das System Familie stabilisieren konnte. Häufig wird angenommen, daß die Familie bestimmte Fakten aus der aufdeckenden Arbeit nicht aushält.

Was aber sind die tatsächlichen Motive der Familien, die eine stationäre Therapie „gegen ausdrücklichen ärztlichen Rat“ abbrechen? Es könnten ja auch sehr „gesunde“ und nachvollziehbare Gründe ausschlaggebend gewesen sein.

¹ Stark veränderte Fassung eines Vortrages, gehalten auf der XXI. Wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München, 8.–10.5.1989.

2 Forschungsstand

Obwohl der Bereich der Therapieabbrüche schon immer für Psychiater und Kinderpsychiater von Interesse gewesen zu sein scheint, sind die methodischen Probleme bei einer systematischen Untersuchung groß, was die Vergleichbarkeit der Studien verringert, da die Ergebnisse sehr uneinheitlich sind (vgl. BAEKELAND und LUNDWALL 1975). So ließen sich bei 40% aller Untersuchungen bis 1975 keinerlei signifikante Unterschiede zwischen Therapieabbrechern und Nicht-Abbrechern finden (BAEKELAND und LUNDWALL 1975). Die Mehrheit der Studien zeigte allerdings, daß im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie Familien, die ihre Therapie abbrachen, einen niedrigeren sozialen Status hatten (HUNT 1962) und die Familienmitglieder bis zu 80% psychopathologisch auffällig waren (z. B. ROSS und LACEY 1961; WILLIAMS und POLLACK 1964; PISANI und MOTANSKY 1970).

Die Zahlen über die Häufigkeit der Therapieabbrüche sind sehr unterschiedlich². Eine sehr niedrige Rate mit 1% des Jahresklientels über 20 Jahre (1951–1970) gibt REMSCHMIDT (1972) an. Allerdings stammen diese Zahlen noch aus Zeiten, in denen die Patientenzusammensetzung kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken weitgefaßter und inhomogener war als heute. Andere Untersuchungen ergeben Abbrecherquoten, die sehr viel höher liegen. So berichten ZIMMERMANN-TANSELLA und COLORIO (1986) für den Bereich der Familientherapie von 34% Abbrüchen. ROSE (1987) referiert gar eine Quote von 60%, allerdings für ein Therapieprogramm zur Verhinderung von Kindesmißbrauch in den USA. Für die Therapieabbrüche bei Anorexia nervosa und Bulimie beispielsweise werden 27% (SZMUKLER et al. 1985) angegeben und für die Behandlung der Enuresis ermittelten QUASCHNER und MATTEJAT (1989) 30% Abbrüche. Für allgemeine kinder- und jugendpsychiatrische stationäre Populationen liegt die Spanne zwischen 8,27% und 13,6% (LEFEBVRE et al. 1983; GOULD et al. 1985; OVERMEYER 1990). Eine Ausnahme bildet die Abbrecherquote von knapp 50%, von der SINGH et al. (1982) berichten.

Über die Gründe des Abbruchs gibt es ebenso keine einheitlichen Ergebnisse. REMSCHMIDT (1972) berichtet an erster Stelle mit 47% von der Uneinsichtigkeit der Eltern in die Notwendigkeit einer Behandlung. Es folgen an zweiter Stelle eine übermäßige Bindung der Eltern an das Kind mit 16% und erst danach geben die Eltern zu 15% Unzufriedenheit mit der Therapie sowie zu 5% und

² Auf die Problematik der Definition des Therapieabbruches ist später noch einzugehen.

2% Unstimmigkeiten mit dem Pflegepersonal und schließlich den Ärzten an. Auch hinsichtlich der demographischen Daten der Patienten und/oder Familien gibt es keine Übereinstimmung. Von signifikanten Unterschieden der Therapieabbrecher hinsichtlich Alter, Geschlecht, Schulbildung und Beruf der Eltern sowie Unstimmigkeiten bei den Eltern im Vergleich zu einer Kontrollgruppe berichten SINGH et al. (1982), BEITCHMAN und DIELMAN (1983) und ZIMMERMANN-TANSELLA und COLORIO (1986). Das Gegenteil ergaben die Studien von SIRLES et al. (1984) und GOULD et al. (1985), die keinerlei demographische Differenzen zwischen Patienten, die ihre Therapie abbrachen und denen mit größerer Compliance, zeigen konnten. Eher übereinstimmend wird die Bedeutung der elterlichen Psychopathologie eingeschätzt. SINGH et al. (1982), HOLMES (1983), GOULD et al. (1985) sowie FIELDING (1985) zeigen, daß eine auffällige Psychopathologie der Eltern die Therapieabbruchrate signifikant erhöht. BEITCHMAN und DIELMAN (1983) berichten, daß allein die Tatsache der Hospitalisierung sowie eine Frequenzerhöhung der Therapiesitzungen die Compliance verringerte.

Bei der vergleichenden Bewertung dieser Untersuchungsergebnisse ist zu berücksichtigen, daß sehr unterschiedliche Fragestellungen zugrundelagen und nur selten eine vergleichbare Methodik angewendet wurde. Einfache Fragebögen liefern dabei eher die subjektive Einschätzung und Befindlichkeit der Eltern, während standardisierte Verfahren z.B. über die Psychopathologie der Familie Auskunft geben. Fragt man nach den subjektiven Einschätzungen, so überwiegt schlicht die Unzufriedenheit der Familien mit den Ärzten und/oder der Therapie (z.B. OVERMEYER 1990) oder die Eltern geben an, daß ihr Kind nicht mehr zurück in die Klinik wollte oder sich die Familie einer befürchteten Stigmatisierung nicht aussetzen wollte. Insgesamt können nach BEITCHMAN und DIELMAN (1989) weder Patienten- noch Therapievariablen das Problem des Therapieabbruchs befriedigend erklären. Kaum eine Untersuchung beschäftigt sich allerdings mit der Beziehung zwischen Kind/Eltern und Therapeut.

3 Untersuchungsgegenstand und Methode

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Universität Lübeck besteht seit über drei Jahren. In den ersten zwei Jahren wurden 127 Kinder und Jugendliche stationär behandelt. Von diesen wurden 15 (11,8%) gegen ärztlichen Rat und nach Unterschrift einer entsprechenden Erklärung durch die Sorgeberechtigten entlassen. Gegen ärztlichen Rat erfolgte die Entlassung immer dann, wenn nach dem Urteil des Therapeuten eine stationäre Behandlung weiterhin notwendig gewesen wäre. Dabei bestand in einem Fall eine akute Suizidalität, in allen anderen Fällen lag kein lebensgefährdender Zustand vor.

Jede Familie der Therapieabbrecher wurde von uns angeschrieben und bekam einen ausführlichen Fragebogen

zugesandt. Kinder ab 12 Jahre bekamen ebenfalls einen eigenen Fragebogen. In diesem Fragebogen wurde insbesondere die Beziehung der Eltern zum Kind sowie die jeweils vermutete oder wahrgenommene Beziehung zum Therapeuten erfragt. Dabei wurde die Einschätzung zu drei Zeitpunkten erfragt. 1. zu Beginn der Behandlung, wobei auch ein eventueller Therapeutenwechsel zwischen ambulanter und stationärer Phase miteinfaßt wurde; 2. zum Zeitpunkt des Entschlusses des Therapieabbruchs und 3. nach Beendigung der Therapie.

Weitere Fragekomplexe bezogen sich auf die Hauptmotive des Abbruchs, allgemeine Beurteilungen der Klinik sowie zwei zusätzliche Bögen über (Vor-)Urteile gegenüber der Psychiatrie, die aus einer Untersuchung zur Frage der Stigmatisierung stammten (vgl. LÜCKE 1989). Im Vordergrund unseres Interesses stand die Beurteilung der Therapie bzw. der therapeutischen Beziehung durch die Familien. Dabei erwarteten wir Antworten auf folgende Fragenbereiche:

- a) Vorbedingungen und erste Motivationen für eine stationäre Behandlung.
- b) Erleben des Therapeutenwechsels zwischen ambulanter Vorphase und stationärer Therapie.
- c) Zufriedenheit mit den Informationen über Klinik und Therapie.
- d) Erwartungen hinsichtlich des stationären Aufenthaltes.
- e) Einschätzung des Therapeuten (zu Beginn, in der Mitte, am Ende der Behandlung).
- f) Entscheidungszeitpunkt zum Abbruch der Therapie.
- g) Beziehungsstruktur zwischen Eltern, Kind und Therapeut (zu Beginn, in der Mitte, am Ende der Behandlung).
- h) Begründung der Entscheidung zum Therapieabbruch.
- i) Hauptmotive des Therapieabbruchs.
- j) Weiterer Verlauf nach dem Therapieabbruch.

4 Ergebnisse und Diskussion

Von den 15 Familien, die die Therapie abgebrochen haben, wollten vier nicht an der Nachuntersuchung teilnehmen. Die Diagnose der Kinder der untersuchten Familien verteilten sich folgendermaßen (Abb. 1).

Keine der Diagnosen ist überrepräsentiert, allerdings spiegelt die Verteilung auch nicht die durchschnittliche Verteilung der Diagnosen in der stationären Klinikgesamtpopulation wider (Abb. 2).

In der Gesamtpopulation ist der Anteil der Störungen des Sozialverhaltens sehr viel höher. Dies gilt auch für psychotische Erkrankungen und Anpassungsstörungen. Offensichtlich waren die betroffenen Eltern von Kindern und Jugendlichen mit diesen Störungen von der Notwendigkeit einer stationären Behandlung überzeugt.

Die hohe Rücklaufquote von 80% (n = 11) spricht dafür, daß die Familien keinesfalls so verärgert waren, daß sie uns nicht weiter unterstützen wollten. Allerdings ließen es nur drei (20%) Familien zu, daß die Kinder einen

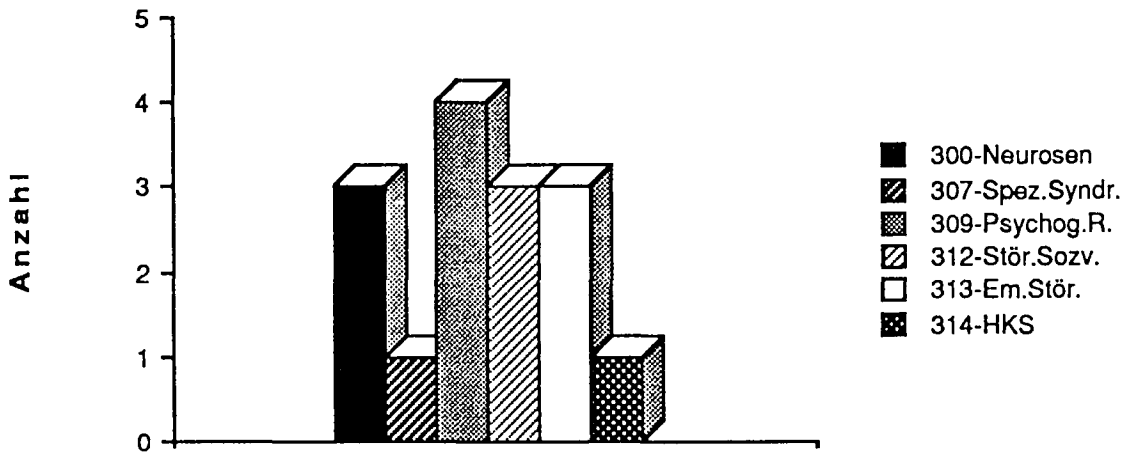


Abb. 1 Diagnosen bei Therapieabbruch (n = 15)

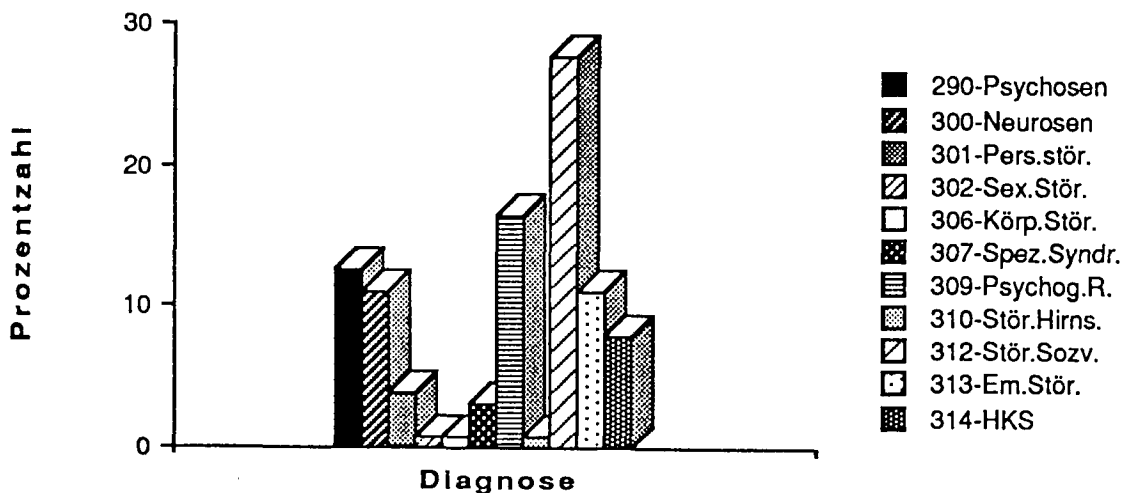


Abb. 2: Gesamtverteilung der Diagnosen stationärer Patienten 1987/88 (n = 127)

eigenen Fragebogen ausfüllten. Die übrigen äußerten die Befürchtung, daß beim Kind durch die Erinnerung an die unangenehme Zeit Ängste mobilisiert werden und die interventionsdeterminierende Symptomatik reaktualisiert werden könnte.

Hinsichtlich der Verweildauer fanden sich drei Gruppen. In der ersten Gruppe, zu der 4 Familien gehören, fiel die Entscheidung für den Therapieabbruch in den ersten drei Tagen, d.h. in der Zeit, in der es um den Abschied vom Kind und um den Aufbau eines Arbeitsbündnisses mit dem Therapeuten ging. In der folgenden Zeit bis zu 6 Wochen geht es in der Regel um die Festigung dieses Bündnisses und um den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Kind, Eltern und Therapeut. In dieser Gruppe fanden sich 7 Familien. Die Abbrüche im Zeitraum bis 4 Monate dürften Ausdruck einer Uneinigkeit um den richtigen Zeitpunkt zur Beendigung sein. In dieser Gruppe waren ebenfalls 4 Familien. Diese relativ gleichmäßige Verteilung des Zeitpunktes zum Abbruch deckt sich nicht mit den Ergebnissen von OVERMEYER (1990), in dessen Studie die meisten Abbrüche innerhalb der ersten 10 Tage zu verzeichnen waren.

Keine der untersuchten Familien war mit der Erwartung, daß eine stationäre Aufnahme des Kindes sinnvoll oder notwendig sein könnte, zum Erstgespräch gekommen. Wenn auch alle angegeben haben, daß sie mit der Aufnahme einverstanden waren, bleibt doch offen, wie überzeugt die Eltern von der Empfehlung des Therapeuten waren. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Untersuchungen, bei denen Patientengruppen, die gar nicht erst zur stationären Aufnahme nach Aussprechen der Empfehlung durch den Therapeuten gekommen waren, mit zu der Gruppe der „drop-outs“ gezählt wurden (z.B. GOULD et al. 1985). Auch wenn dies bei unserer Untersuchung nicht der Fall ist, so erscheint es uns doch wichtig, mögliche ambivalente Haltungen der Eltern möglichst früh zu registrieren, zu respektieren und zu berücksichtigen. Auf die Bedeutung der vorübergehenden Trennung von Kind/Jugendlichem und Eltern für das Gelingen des stationären Verlaufs „als zentrales therapeutisches Agens“ haben auch KAMMERER und GÖBEL (1985) aufmerksam gemacht.

Bei 66% der untersuchten Familien fand zwischen dem Erstkontakt und der stationären Aufnahme aus organisa-

torischen Gründen ein Therapeutenwechsel statt. Nur 33% der Familien war damit einverstanden. Hatte sich also schon einmal ein vertrauensvoller Kontakt hergestellt, so erlebten die Eltern die Kontaktaufnahme zu einem anderen Therapeuten als erneute Verunsicherung. In einer Nachuntersuchung von WISE und RINN (1983) an 200 Patienten erhöhte sich die Abbruchrate bei einem Therapeutenwechsel von 9,5% auf 32% und bei GOOD und HENDRICKSON (1986) stieg sie um das 2,5fache (von 8% auf 21%). Die Population unserer Untersuchung ist zu klein, als daß ein Vergleich zwischen den Familien mit einem kontinuierlichen Therapeuten und denen mit einem Therapeutenwechsel durchgeführt werden könnte. Die Tatsache, daß 66% nicht mit einem Therapeutenwechsel einverstanden waren, wirft ein Licht auf die große Bedeutung des Erstkontakts. Natürlich ist es nicht immer möglich, daß die ambulanten Vorgespräche von den Therapeuten geführt werden, die auch später die stationäre Versorgung übernehmen. Die prägende Bedeutung der ersten Kontakte sollte allerdings nicht unterschätzt werden.

Nur eine der Familien hielt die Informationen über die Klinik und über die Art der zu erwartenden Therapie für ausreichend. Alle anderen wurden von Umständen überrascht, die sie nicht oder nicht in der Form erwartet hatten. So sind z. B. die Fragen nach der Vergangenheit der Eltern für viele Familien zunächst nicht einzusehen. Der von Therapeuten oft als regelhaft unterstellte und vorschnell geäußerte Zusammenhang zwischen unbewußten Motiven der Eltern und der Symptomatik des Kindes wirkt auf hilfeschuchende Familien verunsichernd. Die Rate von 92% mit den Vorinformationen unzufriedener Eltern ist sehr ernst zu nehmen.

In unserer Klinik bemühen wir uns in allen Fällen, in denen es indiziert ist, um familientherapeutische Ansätze oder doch zumindest intensive Familiengespräche. Keine der von uns untersuchten Familien wollte dies. Die Problematik des sogenannten Indexpatienten, der innerhalb eines Familiensystems unbewußte Delegationen via Symptom austrägt, gilt es hier abzugrenzen von möglichen voreiligen Annahmen der Therapeuten, die allzu selbstverständlich Familien in therapeutische Situationen ein-

beziehen, in denen Familientherapie unmöglich oder noch nicht angemessen ist. Diese Aussage der Familien bedeutet, daß der jeweilige Therapeut in der Regel ein Setting mit ihnen versucht hat, mit dem sie erklärmaßen von Anfang an nicht einverstanden waren. Die hohe Zahl an Abbrüchen in rein familientherapeutischen Ansätzen wird durch unser Ergebnis erklärlich (vgl. ZIMMERMANN-TANSELLA und COLORIO 1986). Die Bedeutung des „Therapievertrages“ wird auch in der Untersuchung von STEINGLASS et al. (1980) deutlich. Bei Patienten, die diesen unwillig oder gar nicht eingehen, besteht mit 80% unter allen psychiatrischen Patienten die größte Wahrscheinlichkeit, die Therapie bald wieder abzubrechen. Dieser nicht unerhebliche „Fehler“ im Kommunikationssystem Familie – Therapeut bildet sich auch in anderen Bereichen ab. So gaben 66% unserer Familien an, daß sie sich vom Therapeuten unverstanden fühlten und ihn im Gegenzug ebenfalls nicht verstanden haben. Die Sprache des Therapeuten zeichnet sich als ein sensibler Faktor für das Gelingen einer therapeutischen Beziehung und damit des gesamten Ausgangs ab. Wichtig erscheint es, an dieser Stelle Unverständnis von Unstimmigkeit zu differenzieren. Das, was in der Untersuchung von REMSCHMIDT (1972) als Unstimmigkeit zwischen den Eltern auf der einen Seite und Ärzten und Pflegepersonal auf der anderen imponiert, könnte sich bei genauerer Befragung auch als Unverständnis im wörtlichen Sinn herausstellen. GOULD et al. (1985) ermittelten als Grund, die Behandlung abzubrechen, immerhin zu 15,4% (und an dritter Stelle) die Erfahrung der Familien, das Personal habe für sie zu wenig Zeit gehabt. Entsprechend der sprachlichen Schwierigkeiten wird in 66% der Fälle der Therapeut von den Familien als „arrogant“ und „nicht einfühlsam“ eingeschätzt. Ebenso hatten einige Familien (40%) den Eindruck, daß der Therapeut „unerfahren“ oder „unsicher“ sei (vgl. Abb. 3).

Wenn wir uns nicht mit der Interpretation einer projektiven Abwehr der eigenen Unsicherheit der Familien zufriedengeben, ist auch dieses Ergebnis ein Hinweis auf die sensible Kommunikationsstruktur in der Therapie. Ist sich der Therapeut seiner Beziehung und damit seiner Erfolgsaussichten nicht sicher, besteht die Gefahr, daß er

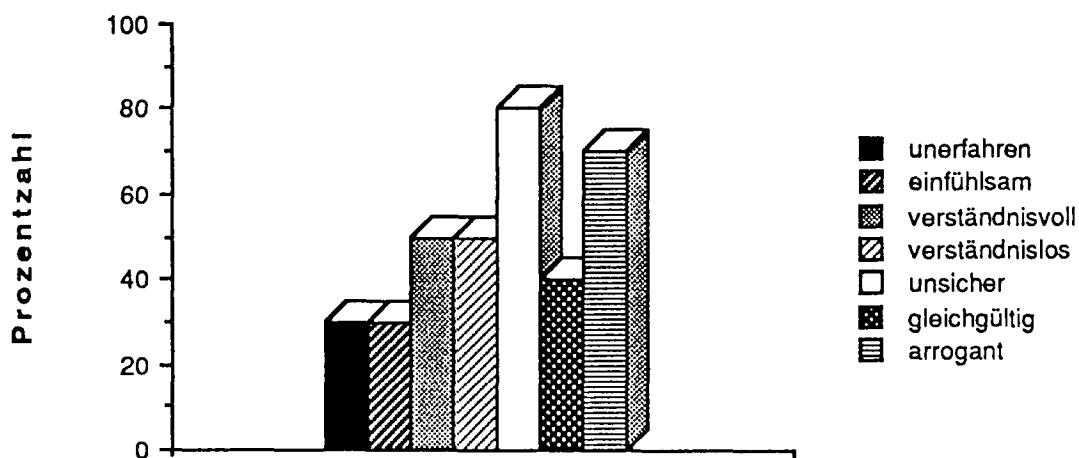


Abb. 3: Eindrucksprofil der Therapeuten durch die Eltern

sich seiner Kompetenz über seine Fachsprache vergewissert, die Verständigung damit aber erschwert. In einer Untersuchung von SLIPP und KRESSEL (1978) korreliert die Unerfahrenheit von Familientherapeuten mit den Therapieabbrüchen.

Die Familien beginnen ihre Beziehung zu ihrem Therapeuten regelmäßig „erwartungsvoll“. Gekoppelt mit „Ängstlichkeit“ und „Unsicherheit“ begegneten die Abbrecher dem Therapeuten einerseits mit hohen Erwartungen und sehr verunsichert. Es kommt sehr darauf an, ob es gelingt, die Unsicherheit und Ängstlichkeit in Bahnen zu lenken, die es den Familien ermöglicht, sich der Therapie vertrauensvoll überlassen zu können. Gelingt dies nicht, so entsteht – zumindest bei den von uns untersuchten Familien – Ärger. Dies ist das bestimmende Gefühl bei fast allen Eltern und zwar interessanterweise nicht erst kurz vor dem endgültigen Abbruch der Therapie. Viele Familien tragen dieses Gefühl sehr lange mit sich herum, ohne es deutlich auszudrücken. Die gestörte Kommunikation und das verstörte Beziehungsgeflecht ließ offenbar eine offene Auseinandersetzung nicht zu.

Die Beziehung ihres Kindes zum Therapeuten erlebte nur ein Elternpaar (6%) als vertrauensvoll. 35% schätzten die Beziehung für ihr Kind als unangenehm ein und gar 90% fanden sie ablehnend. Hier ist allerdings sicher zu berücksichtigen, daß Kinder häufiger meinen, eine gute Beziehung zu ihrem Therapeuten ihren Eltern verheimlichen zu müssen und vice versa Eifersuchts- und Neidgefühle der Eltern es erschweren, zwischen dem „fremden“ Therapeuten und ihrem Kind eine vertrauensvolle Beziehung wahrzunehmen. Immerhin konnten 50% der Eltern zugeben, daß die Beziehung ihres Kindes zu seinem Therapeuten für sie verunsichernd war. 40% waren verärgert, wohl über die in ihrer Wahrnehmung eher schlechte Beziehung. 20% zeigten sich entlastet, wobei dies sowohl für die vertrauensvollen wie für die „mißglückten“ Kontakte zum Therapeuten gelten dürfte.

Den meisten Familien war, retrospektiv gesehen, schon kurz nach der Aufnahme klar, daß sie die Therapie beenden wollten. Auch diese Information ist in den Therapien kaum zur Sprache gekommen. Vor einem Therapieabbruch muß der Entschluß dazu sehr lange von den Eltern mit sich herumgetragen worden sein, bis er, in der Regel abrupt, verwirklicht wurde.

Die von den Familien angegebenen Hauptmotive lassen sich auf zwei Bereiche reduzieren. Zum einen: die Unzufriedenheit mit der Betreuung ihres Kindes durch das ärztlich-therapeutische und pflegerische Personal (80% und 60%); und zum anderen: die Unzufriedenheit mit der Therapie (80%) bzw. dem Fortschritt der Verhaltens- oder Symptomänderung. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Untersuchung von OVERMEYER (1990), bei der 50% unzufrieden mit Ärzten/Betreuern und 35% nicht mit der Art der Therapie einverstanden waren. Die Zufriedenheit der Familien mit dem Fortgang der Therapie korreliert auch in der Erwachsenenpsychiatrie positiv mit der Compliance der Patienten (v. BULOW ET AL. 1987).

Im Gegensatz zu der von den Therapeuten zum Zeitpunkt des Abbruchs ausgesprochenen Behandlungsnot-

wendigkeit, und der damit verbundenen Prognose, ist *kein* Kind der von uns nachuntersuchten Familien in dem katamnästischen Zeitraum zwischen 4 Wochen und knapp 2 Jahren stationär in einer anderen Klinik weiterbehandelt worden. Eine ambulante Weiterbetreuung erfolgte nur in 3 Fällen. Offensichtlich mobilisiert der Therapieabbruch dermaßen viel Energie, daß vielleicht schon durch ein Motiv wie „denen werden wir es schon zeigen“ oder „das passiert uns nicht noch einmal“ anhaltende Verhaltensänderungen eintreten. Allerdings haben wir die behauptete günstige Weiterentwicklung nicht überprüft. Es ist deswegen nicht auszuschließen, daß es sich im Einzelfall auch um eine nachträgliche Rechtfertigung des Abbruchs handelt.

Umgekehrt sind die Therapeuten in der Gefahr, aufgrund der Kränkung durch den Abbruch die Prognose der Patienten schlechter einzuschätzen. In der Untersuchung von OVERMEYER (1990) wurden Therapieerfolg und Prognose durch die Therapeuten in diesen Fällen signifikant ungünstiger beurteilt. Andere Untersuchungen zeigen, daß es keine Unterschiede hinsichtlich der Verhaltenscharakteristika von „Abbrechern“ im Vergleich mit „Beendern“ gibt (GOULD et al. 1985).

Die Aggressivität, mit der eine stationäre Therapie manchmal auf beiden Seiten beendet wird, zeigt das Ausmaß der Angst auf der Seite der Familie sowie das Ausmaß der Kränkung auf der Seite der Therapeuten und des Pflegepersonals. Die Kränkung des Therapeuten kann ein Hinweis sein, daß er sich zu tief in das Familiensystem hatte einbinden lassen oder – in voller Überzeugung seiner hehren therapeutischen Ziele – der Familie und dem Kind zu manipulativ gegenübergestanden hat. REMSCHMIDT (1972) unterscheidet hier drei Haltungen: 1. die gleichgültige Haltung, 2. die verurteilende Haltung und 3. die verantwortungsbetonte Haltung. Sein Hinweis darauf, daß es bei einer verantwortungsbetonten Haltung nicht zu einem Abbruch der Kontakte kommen muß, führt zu einer grundsätzlich respektvollen Haltung gegenüber den Familien, wie auch immer sie mit ihrer Verantwortung umgehen. An dieser Stelle soll noch einmal auf die Problematik der Definition des Therapieabbruchs eingegangen werden (vgl. ZUK 1986). Letztlich liegt es immer in der Entscheidung des Therapeuten, wann er die Eltern eine Erklärung unterschreiben läßt bzw. eine „Entlassung gegen ärztlichen Rat“ konstatiert. Es wird immer Grenzfälle geben, bei denen eine Entlassung zu einem Zeitpunkt, den der behandelnde Therapeut noch nicht für geeignet hält, nicht als Handeln der Eltern gegen ärztlichen Rat beurteilt werden muß. Im Zweifelsfall sollte immer klar sein, daß die Verantwortung bei den Eltern liegt und diese auch ermuntert werden, sie wahrzunehmen.

Insgesamt sollte jedoch nicht übersehen werden, daß Kinder, Jugendliche und Eltern überwiegend zufrieden sind mit dem stationären Aufenthalt in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. FRIESE und NISSEN 1983). Letztlich zeigen die Ergebnisse unserer Untersuchung einmal mehr, wie wichtig die gemeinsame Klärung des Therapiezieles nach einer eingehenden Information

über Klinik und Therapiesetting ist. Die Bedeutung der Notwendigkeit einer gemeinsamen Sprache und Offenheit gegenüber Kritik als therapeutische Maxime sind erneut zu unterstreichen. Der erste Kontakt zwischen Therapeut und Familie ist von großer Bedeutung für den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung.

Summary

Dropping-Out of Inpatient Treatment

A retrospective study of terminators against medical advice (11.8% of all treated families) of a clinic of child and adolescence psychiatry tries to evaluate the motives of the drop-outs. The relationships between drop-out families and therapists seemed to be disturbed in 10 cases. 13 of the parents found the relationship between their child and therapist negative. Over all the communication of terminator-families and therapists seemed to be seriously disturbed. It is very important to clarify the setting with the family to prevent a situation in which the resistance of the family increases. The results are described and discussed with relevant studies on this field.

Literatur

- BAEKELAND, F./LUNDWALL, L. (1975): Dropping Out of Treatment: A Critical Review. *Psychol. Bull.* 82, 738-783. – BEITCHMAN, J./DIELMAN, T. (1983): Terminators and Remainers in Child-Psychiatry: The Patient-Treatment Fit. *J. Clin. Psychiat.* 44, 413-416. – v. BULOW, B./SWEENEY, J. A./SHEAR, M. K./FRIEDMAN, R./PLOWE, C. (1987): Family Satisfaction With Psychiatric Evaluations. *Health And Social Work* 12, 290-295. – FIELDING, D. (1985): Factors Associated with Drop-Out, Relapse and Failure in the Conditioning Treatment of Nocturnal Enuresis. *Behavioral Psychotherapy* 13, 174-185. – FLEISCHMAN, M. J. (1979): Using Parenting Salaries to Control Attrition and Cooperation in Therapy. *Behavior Therapy* 10, 111-116. – FRIESE, H. J./NISSEN, G. (1983): Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Urteil von Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt* 80, 39-42. – GOOD, M. I./HENDRICKSON, P. A. (1986): A Study of Postevaluation Change in Clinical and Treatment Drop-Out Rates. *Hospital and Community Psychiatry* 37, 76-77. – GOULD, M. S./SCHAFER, D./KAPLAN, D. (1985): The Characteristics of Dropouts from a Child Psychiatry Clinic. *J. Am. Ac. Child Psychiat.* 24, 316-328. – HOLMES, P. (1983): „Dropping-Out“ from an Adolescent Therapeutic Group: A Study of Factors in the Patients and their Parents which May Influence this Process. *J. Adoles.* 6, 333-346. – HUNT, R. G. (1962): Occupational Status and the Disposition of Cases in a Child Guidance Clinic. *J. Soc. Psychiat.* 8, 199-210. – KAMMERER, E./GÖBEL, D. (1985): Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 34, 123-133. – LEFEBVRE, A./SOMMERAUER, J./COHEN, N./WALDRON, S./PERRY, I. (1983): Where Did All the „No-Shows“ Go? *Can. J. Psychiat.* 28, 387-390. – LÜCKE, M. (1989): Zur Frage der Stigmatisierung durch den Aufenthalt in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Vortrag, gehalten auf dem VIII. Welt-Kongreß für Psychiatrie, Athen 13.-20. Oktober 1989. – OVERMEYER, S. (1990): Stationäre Therapieabbrüche in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Würzburg. Inaugural-Dissertation, Würzburg. – PISANI, V. D./MOTANSKY, G. U. (1970): Predictors of Premature Termination of Outpatient Follow-Up Group Psychotherapy among Male Alcoholics. *Int. J. Addict.* 5, 731-737. – QUASCHNER, K./MATTEJAT, F. (1989): Kooperation und Behandlungsabbruch: Eine Untersuchung zum Verlauf von Therapie bei Kindern mit Enuresis. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 17, 119-124. – REMSCHMIDT, H. (1972): Entlassung gegen Revers – über Kommunikationsstörungen zwischen Klinik und Eltern psychisch kranker Kinder. *Nervenarzt* 43, 578-583. – RICKELS, K./ANDERSON, J. (1969): The Low Socio-Economic Psychiatric Outpatient. *Disease Nerv. Sys.* 30, 322-327. – ROSE, W. F. (1987): An Analysis of Client Participation in Arizona's Child Abuse Program. *Dissertation Abstracts International* 48, 748-A. – ROSS, A. O./LACEY, H. M. (1961): Characteristics of Terminators and Remainers in a Child Guidance Clinic. *J. Consult. Psychiat.* 25, 420-424. – SINGH, H./JANES, C./SCHECHTMAN, J. M. (1982): Problem Children's treatment Attrition and Parent's Perception of the Dignostic Evaluation. *J. Psychiat. Treat. Evaluation* 4, 257-263. – SIRLES, E. A. (1984): Self-Termination From a Child Guidance Clinic. *Dissertation Abstracts International* 45, 1874-A. – SLIPP, S./KRESSEL, K. (1978): Difficulties in Family Therapy Evaluation. *Fam. Proc.* 17, 409-422. – STEINGLASS, P./GRANTHAM, C. E./HERTZMAN, M. (1980): Predeicting Which Patients Will Be Discharged Against Medical Advice: A Pilot Study. *Am. J. Psychiat.* 137, 1385-1389. – SZMUKLER, G. I./RUSSEL, G. F. M./DARE, C. (1985): Anorexia Nervosa, Parental „Expressed Emotion“ and Dropping Out of Treatment. *J. of Psychiat.* 147, 265-271. – SZYKULA, S. (1984): Reducing Dropouts from Youth-relevant Treatment Services. *Child. Youth. Serv. Rev.* 6, 37-46. – WILLIAMS, R./POLLACK, R. H. (1964): Some Non-Psychological Variables in Therapy Defection in a Child Guidance Clinic. *J. Psychol.* 58, 145-155. – WISE, M. J./RINN, R. C. (1983): Premature Client Termination from Psychotherapy as a Function of Continuity of Care. *J. Psychiat. Treat. Evaluation* 5, 63-65. – ZIMMERMANN-TANSELLA, C./COLORIO, C. (1986): Early Dropout and Clints' Experience of Family Therapy. *Int. J. Fam. Psychiat.* 7, 203-220. – ZUK, G. H. (1986): Dropouts after First Attendance. *J. Am. Ac. Child Psychiat.* 25, 138-139.
- Anschr. d. Verf.: Michael J. Schulte-Markwort, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Medizinische Universität Lübeck, Triftstr. 139, 2400 Lübeck.