

Kammerer, E. / Grüneberg, B. und Göbel, D.

Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 33 (1984) 4, S. 141-148

urn:nbn:de:bsz-psydok-30393

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

<i>Bahr, J., Quistorp, S., Höger, Ch.:</i> Datenschutz und Forschung: Konflikte und Lösungen (Data-Protection and Research: Conflicts and Solutions)	296	<i>Kallenbach, K.:</i> Visuelle Wahrnehmungsleistungen bei körperbehinderten Jugendlichen ohne Cerebralschädigung (A Comparative Study of the Visual Perception of Physically Disabled Juveniles without Brain Injury)	42
<i>Biermann, G.:</i> Macht und Ohnmacht im Umgang mit Kindern (Power and Powerless in Dealing With Children)	206	<i>Kammerer, E., Grüneberg, B., Göbel, D.:</i> Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil (Parental Satisfaction with the Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	141
<i>Broke, B.:</i> Diagnose, Ätiologie und Therapie des Hyperkinese-Syndroms (Diagnosis, Etiology and Therapy in the Case of Hyperkinesis-Syndrome)	222	<i>Knoke, H.:</i> Familiäre Bedingungen bei Konzentrations- und Leistungsstörungen (Family Conditions and Disturbances of Concentration and Performance)	234
<i>Büttner, M.:</i> Diagnostik der intellektuellen Minderbegabung – Untersuchung über die Zuverlässigkeit von Testbefunden (Intelligence of Mentally Retarded Persons)	123	<i>Löchel, M.:</i> Das präsuizidale Syndrom bei Kindern und Jugendlichen (The "Presuicidal Syndrom" in Children and Adolescents)	214
<i>Burchard, F.:</i> Praktische Anwendung und theoretische Überlegungen zur Festhaltungstherapie bei Kindern mit frühkindlichem autistischen Syndrom (Practice Of and Theoretical Consideration On Holding Therapy With Autists)	282	<i>Mangold, B., Rather, G., Schwaighofer, M.:</i> Psychotherapie bei Psychosen im Kindes- und Jugendalter (Psychotherapy on Psychoses in Childhood and Adolescents)	18
<i>Diepold, B.:</i> Depression bei Kindern – Psychoanalytische Betrachtung (Depression in Children – Psychoanalytic Consideration)	55	<i>Merkens, L.:</i> Modifikation des 'Frostig-Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW)' zur Anwendung bei Schwerstbehinderten (Modification of the 'Frostig Test for Development of Visual Perception' for Testing the Severely Handicapped)	114
<i>Frank, H.:</i> Die stationäre Aufnahme als Bedrohung des familiären Beziehungsmusters bei psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (Admission to Hospital as a Threat to Family Relation Pattern of the Psychosomatically Ill Child and Adolescent)	94	<i>Merz, J.:</i> Aggressionen von ein- bis zweijährigen Kindern aus der Sicht der Mütter (Aggressions in One-to Two-Year-Old Children from the Point of View of Their Mothers)	192
<i>Gehring, Th. M.:</i> Institution und Ökosystem – Aspekte kinderpsychiatrischer Problemlösungen (Institution and Ecosystem – Approaches to Problem-Solving in Child Psychiatry)	172	<i>Pelzer, G.:</i> Supervision in der Gruppe (Group Supervision)	183
<i>Gutezeit, G., Marake, J.:</i> Untersuchungen zur Wirksamkeit verschiedener Einflußgrößen auf die Selbstwahrnehmung bei Kindern und Jugendlichen (Studies of the Effects of Various Factors Upon the Self Perception of Children and Juveniles)	133	<i>Reich, G.:</i> Der Einfluß der Herkunftsfamilie auf die Tätigkeit von Therapeuten und Beratern (The Family of Origin's Influence on the Professional Activities of Therapists and Counselors)	61
<i>Hampe, H., Kunz, D.:</i> Integration und Fehlanpassung Drogenabhängiger nach der Behandlung in einer Therapeutischen Gemeinschaft (Adjustment and Maladjustment of Drug Addicts after Treatment in a Therapeutic Community)	49	<i>Reinhard, H. G.:</i> Geschwisterposition, Persönlichkeit und psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen (Birth Order, Personality, and Psychological Disorders in Children and Juveniles)	178
<i>Hartmann, H., Rohmann, U.:</i> Eine Zwei-System-Theorie der Informationsverarbeitung und ihre Bedeutung für das autistische Syndrom und andere Psychosen (A Two-System-Theory of Information Processing and Its Significance for The Autistic Syndrome and Other Psychoses)	272	<i>Reinhard, H. G.:</i> Streßbewältigung bei verhaltensgestörten Kindern (Coping Styles and Behaviour Disorders)	258
<i>Herzka, H. St.:</i> Kindheit wozu? – Einige Folgerungen aus ihrer Geschichte (Childhood – Where to? Some Conclusions Drawn from Its History)	3	<i>Rotthaus, W.:</i> Stärkung elterlicher Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen (Enhancing Parental Competence During Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	88
<i>Höger, Ch., Quistorp, S., Bahr, J., Breull, A.:</i> Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Polikliniken im Vergleich (A Comparison of the Attendance of Child Guidance Clinics and Outpatient Units of Child Psychiatric Hospitals)	264	<i>Schwabe-Höllein, M.:</i> Kinderdelinquenz – Eine empirische Untersuchung zum Einfluß von Risikofaktoren, elterlichem Erziehungsverhalten, Orientierung, Selbstkonzept und moralischem Urteil (Juvenile Delinquency)	301
<i>Jungjohann, E. E., Beck, B.:</i> Katamnestiche Ergebnisse einer Gesamtgruppe von Patienten eines regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums (Results of a Follow-Up-Study of a Total Group of Patients of a Regional Child Psychiatric Therapeutic Service)	148	<i>Sohni, H.:</i> Analytisch orientierte Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Grundlagen, Indikation, Ziele (Analytically Orientated Family Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Fundamentals, Indication, Goals)	9
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Literaturübersicht (Transsexualism in Juveniles)	70
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.:</i> Transsexualität im Jugendalter – Ein Fallbericht (Transsexualism in Juveniles – A Case Report)	97
		<i>Vogel, Ch.:</i> Multiple Tics und Autoaggressionen – Ein Fall sekundärer Neurotisierung bei postvaccinaler Enzephalopathie (Multiple Tics and Auto-Aggressive Tendencies. A Case Report of Secondary Neurosis by a Cerebral Dysfunction after Vaccination)	188

Pädagogik und Jugendhilfe

- Goldbeck, L.*: Pflegeeltern im Rollenkonflikt – Aufgaben einer psychologischen Betreuung von Pflegefamilien (Foster Parents in Role Conflicts – Tasks for the Guidance of Foster Families) 308
- Hess, Th.*: Systemorientierte Schulpsychologie (System-oriented School Psychology) 154
- Krebs, E.*: Familienorientierung in der Heimerziehung – Die konzeptionelle Weiterentwicklung des therapeutisch-pädagogischen Jugendheimes „Haus Sommerberg“ in Rösrath (Family Orientation in Institutions for Disturbed Adolescents – The Conceptional Development of the Therapeutic-Pedagogic Institution “Haus Sommerberg” in Rösrath near Cologne) 28
- Quenstedt, F.*: Neurotische Kinder in der Sonderschule – Therapeutische Einflüsse und Probleme (Neurotic Children in Special Schools – Therapeutic Influences and Problems) 317
- Wartenberg, G.*: Perspektivlosigkeit und demonstrative Lebensstil-Suche – Der junge Mensch im Spannungsfeld gesellschaftlicher Entwicklung (Lack of Prospects and the Demonstrative Search for a Life Style – Young People in the Conflicts of Societal Developments) 82
- Wolfram, W.-W.*: Im Vorfeld der Erziehungsberatung: Psychologischer Dienst für Kindertagesstätten (On the Perimeter of Child Guidance Clinics: Psychological Services for Kindergartens) 239

Tagungsberichte

- Diepold, B., Rohse, H., Wegener, M.*: Anna Freud: Ihr Leben und Werk – 14./15. September 1984 in Hamburg 322
- Hoffmeyer, O.*: Bericht über das 3. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindesalters am 28./29.10.1983 159
- Weber, M.*: Bericht über die Tagung „Beratung im Umfeld von Jugendreligionen“ vom 3.–6. November 1983 in Lohmar 34

Ehrungen

- Hans Robert Ietzner – 60 Jahre 105
- Ingeborg Jochmus zum 65. Geburtstag 244
- Friedrich Specht zum 60. Geburtstag 322
- Johann Zauner – 65 Jahre 323

Literaturberichte (Buchbesprechungen)

- Aulagnier, P.*: L'apprenti-historien et le maître-sorder. Du discours identifiant au discours délirant 325
- Awiszus-Schneider, H., Meuser, D.*: Psychotherapeutische Behandlung von Lernbehinderten und Heimkindern . . . 36

- Beland, H., Eickhoff, F.-W., Loch, W., Richter, H.-E., Meistermann-Seegeer, E., Scheunert, G.* (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse 251
- Breuer, C.*: Anorexia nervosa – Überlegungen zum Krankheitsbild, zur Entstehung und zur Therapie, unter Berücksichtigung familiärer Bedingungen 292
- Corsini, R. J., Wenninger, G.* (Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie 105
- Davidson, G. C., Neale, J. M.*: Klinische Psychologie – Ein Lehrbuch 325
- Drewermann, E., Neuhaus, I.*: Scheeweissen und Rosenrot. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet 75
- Faust, V., Hole, G.* (Hrsg.): Psychiatrie und Massenmedien . . 165
- Friedrich, M. H.*: Adoleszentenpsychosen, pathologische und psychopathologische Kriterien 77
- Hackenberg, W.*: Die psycho-soziale Situation von Geschwistern behinderter Kinder 163
- Herzka, H. St.* (Hrsg.): Konflikte im Alltag 165
- Hoyler-Herrmann, A., Walter, J.* (Hrsg.): Sexualpädagogische Arbeitshilfen für geistigbehinderte Erwachsene . . 324
- Kast, V.*: Familienkonflikte im Märchen – Beiträge zur Jungschen Psychologie 199
- Lipinski, Ch. G., Müller-Breckwoldt, H., Rudnitzki, G.* (Hrsg.): Behinderte Kinder im Heim 199
- Loch, W.* (Hrsg.): Krankheitslehre der Psychoanalyse . . . 292
- Maker, C. J.*: Curriculum Development for the Gifted . . . 36
- Maker, C. J.*: Teaching Models in Education of the Gifted . 36
- Minuchin, S., Fishman, H. Ch.*: Praxis der strukturellen Familientherapie, Strategien und Techniken 161
- Nielsen, J., Sillesen, J.*: Das Turner-Syndrom. Beobachtungen an 115 dänischen Mädchen geboren zwischen 1955 und 1966 107
- Paeslack, V.* (Hrsg.): Sexualität und körperliche Behinderung 200
- Petermann, U.*: Training mit sozial unsicheren Kindern . . 37
- Postman, N.*: Das Verschwinden der Kindheit 76
- Probst, H.*: Zur Diagnostik und Didaktik der Oberbegriffsbildung 38
- Reimer, M.*: Verhaltensänderungen in der Familie. Home-treatment in der Kinderpsychiatrie 107
- Rett, A.*: Mongolismus. Biologische, erzieherische und soziale Aspekte 162
- Reukauf, W.*: Kinderpsychotherapien. Schulbildung-Schulenstreit-Integration 164
- Richter, E.*: So lernen Kinder sprechen 325
- Schuschke, W.*: Rechtsfragen in Beratungsdiensten 201
- Sperling, E., Massing, A., Reich, G., Georgi, H., Wöbbe-Mönks, E.*: Die Mehrgenerationen-Familientherapie . . . 198
- Stockenius, M., Barbuceanu, G.*: Schwachsinn unklarer Genese 245
- Tscheulin, D.* (Hrsg.): Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie: zur Diskussion um eine differentielle Gesprächspsychotherapie 198
- Walter, J.* (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung . . 324
- Zlotowicz, M.*: Warum haben Kinder Angst 291

Mitteilungen: 39, 78, 108, 167, 202, 253, 293, 326

Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil

Von E. Kammerer, B. Grüneberg, D. Göbel

Zusammenfassung

Mit Hilfe eines Fragebogens wurde versucht, die elterliche Zufriedenheit mit den Eindrücken und Leistungen einer kinderpsychiatrischen stationären Therapie retrospektiv zu erfassen. 70 Items zu praktisch wichtigen Problembereichen im Beziehungs„dreieck“ Eltern-Kind-Klinik, eine kinderpsychiatrische Symptomliste in zeitlicher Beziehung zum Verlauf der stationären Therapie sowie eine Reihe von Globalbewertungen bildeten die Bestandteile des Fragebogens. Während globale wie spezielle Effizienzbeurteilungen der Eltern auch aus der Expertensicht sehr realistisch wirken, erscheinen die elterlichen Urteile zum Beziehungsangebot durch Therapeuten bzw. Betreuer für Eltern wie

Kind ausgesprochen positiv. Mit Hilfe einer Clusteranalyse ließen sich aus dem ersten Teil des Fragebogens 4 Scores bilden. Quantitative wie qualitative Auswertungen eines derartigen Ansatzes werden empfohlen.

1. Einleitung

Zahlreiche Elterngespräche, bei denen sowohl elterliche Betroffenheit über die stationäre Aufnahme ihres Kindes als auch offene Kritik oder Zustimmung zum therapeutischen Angebot sowie dem gesamten stationären Setting geäußert wurden, waren der Anlaß für die vorliegende Untersuchung. Hauptziel war die Gewinnung einer differenzierte-

ren, standardisierten Katamnese aus Elternsicht mit Hilfe eines mehrteiligen Fragebogens. Eine kurze Beschreibung des stationären Bereichs unserer Abteilung soll zum Verständnis der nachfolgenden Untersuchung beitragen. Der stationäre Bereich umfaßt eine Kinderstation mit 11 Betten sowie eine Jugendlichenstation mit 7 Betten. Die Altersspanne der aufgenommenen Patienten erstreckt sich von 3–13 Jahren auf der Kinderstation, von 14–18 Jahren auf der Jugendlichenstation. Die Aufnahmeindikationen umfassen Psychosen, neurotische Störungen, psychosomatische Störungen, cerebrale Anfallsleiden mit zusätzlichen psychischen Störungen, cerebrale Schädigungen leichteren Grades mit zusätzlichen psychischen Störungen, Entwicklungsrückstände unterschiedlicher Ausprägungen und seltene chronische neurologische Erkrankungen. Aus dem psychiatrischen Krankheitspektrum ausgenommen bleiben Drogenabhängigkeit, Zustände schwerer Verwahrlosung mit vor allem aggressiven Verhaltenstendenzen und geistige Behinderungen stärkeren Grades. Auf den Stationen arbeiten Ärzte und Psychologen, für die ärztliche Leitung beider Stationen ist ein Oberarzt zuständig. Im pädagogisch-pflegerischen Bereich sind Schwestern und Erzieher tätig.

2. Untersuchungsmethodik

2.1 Fragebogen

Als Ausgangspunkt für den ersten Teil des Elternfragebogens wählten wir einen von *Steinhausen* (1983) bearbeiteten Fragenbogen zur Zufriedenheit von Klienten von *Gould* und *Shaffer* (1981), dem allerdings stationsspezifische Aspekte fehlten. Diese wurden in einer Gemeinschaftsarbeit mit Mitarbeitern der Stationen ergänzt.

Im einzelnen erschienen uns dabei folgende Problemfelder wichtig: allgemeine Einstellung gegenüber der Klinik, elterliche Urteile zur kindlichen Therapiemotivation, elterliche Wahrnehmungen zur Rolle der Mitpatienten, elterliche Urteile zur Kompetenz des Therapeuten bzw. Effizienz seiner Bemühungen, Beurteilung der eigenen Beziehung zum Therapeuten, Beurteilung des Therapeut-Kind-Verhältnisses, Wahrnehmungen zum Eltern-Kind-Verhältnis im stationären Verlauf, Elternmeinungen zu den Betreuern, globale (Miß-)Erfolgserwartungen, emotionale Reaktionen auf das äußere Setting sowie auf die gesamte Klinik, ferner Urteile zur Vertraulichkeit bzw. Datenschutz. Bei der Präsentation der Items wurden schließlich noch Aspekte des zeitlichen Ablaufs berücksichtigt. Es wurden so 70 Items zusammengestellt, die auf einer fünfstufigen Skala vorgegeben wurden.

Der zweite Teil des Fragebogens umfaßte eine in unserer Poliklinik gebräuchliche kinderpsychiatrische Symptomliste für Eltern mit 35 Items. Dieser Fragebogen basiert auf dem von *Rutter u. a.* (1970) für die epidemiologische Forschung entwickelten Instrument und wurde von *Steinhausen* (1979) übersetzt und faktorenanalytisch bearbeitet. Wir erweiterten diese dahingehend, daß die Eltern in einer Art Drei-Punkte-Erhebung Auffälligkeiten ihres Kindes vor, unmittelbar nach der stationären Therapie sowie zum Beurteilungszeitpunkt dreistufig skaliert bewerten sollten. Dies mußte allerdings

retrospektiv geschehen, wobei hypothetisch davon ausgegangen wurde, daß eine stationäre Therapie von im Schnitt zwei bis drei Monaten Dauer auch von den Eltern als ein erheblicher Eingriff erlebt wird, der eine zeitlich derart differenzierende Rückfrage sinnvoll erscheinen läßt.

Die Symptomliste sollte schließlich zum dritten und letzten Teil unseres Gesamtfragebogens hinführen, in welchem wir die Eltern um eine Benennung der Hauptprobleme ihres Kindes baten. Weiterhin sollten global die kurz- und langfristige Effizienz der Therapie für Kind bzw. Familie eingeschätzt sowie ein Gesamturteil zur Zufriedenheit mit allen Leistungen der Klinik abgegeben werden.

2.2 Stichprobe und Ablauf der Untersuchung

Der Fragebogen wurde an die Eltern von Patienten aus drei Jahrgängen ($N = 176$) verschickt, wobei entsprechend dem Thema Kinder ausländischer Eltern und Kinder aus Heimen, mit deren Eltern in der Regel keine Kooperation bestand, ausgeklammert wurden.

Die Nachbefragung erfolgte durchschnittlich im Abstand von 1½ Jahren nach Ablauf der stationären Therapie. Nach einer einmaligen Mahnaktion wurde eine Rücklaufquote von $N = 106$ (60 %) erreicht. Da in unsere Auswertung Daten aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation einbezogen werden sollten, diese jedoch nicht in allen Fällen vollständig erhoben worden waren, reduzierte sich die Stichprobe auf 96 Probanden (53,6 %). Eine Gegenüberstellung von Verweigerern und Teilnehmern zur Überprüfung der Repräsentativität der Teilnehmerstichprobe ergab, daß beide Gruppen hinsichtlich Alter, Geschlecht und Diagnosenverteilung der Kinder gut vergleichbar sind. In der Stichprobe der Verweigerer sind die unteren Sozialschichten hingegen mit fast 85 % gegenüber 63 % in der Teilnehmergruppe deutlich überrepräsentiert. Der in der Basisdokumentation festgehaltene Entlassungsmodus „gegen ärztlichen Rat“ trennt Verweigerer und Teilnehmer gleichfalls deutlich. Die Kontrastierung beider Gruppen mit den von uns empfohlenen Maßnahmen brachte zwei interessante Details: durchgeführte Heimverlegungen erhöhten den relativen Anteil von Verweigerern nicht, eine Weiterbetreuung durch die eigene Klinik schien die Tendenz zur Teilnahme in die Höhe zu treiben. Unsere Bewertung (Dokumentation) des Behandlungserfolges für die Symptomatik wie auch für die sogenannte Gesamtsituation des Kindes trennte Verweigerer und Teilnehmer tendenziell (25 % „deutlich gebessert“ bei den Verweigerern gegenüber 30 % bei den Teilnehmern der Befragung).

2.3 Statistische Methodik

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

Für den ersten Fragebogen wurden vier Scores gebildet, die wesentliche Aspekte des Fragebogens zusammenfassen. Die Einteilung der Items in Gruppen geschah zunächst durch hierarchische Clusteranalysen (Abstandsmaß: Korrelation). Auf der Basis dieser Gruppierungen wurde nach inhaltlichen

Gesichtspunkten und klinischer Erfahrung schließlich die endgültige Zuordnung zu vier Itemgruppen vorgenommen. Als Score wurde das arithmetische Mittel der jeweiligen Items verwendet. Die Berechnungen wurden mit den Statistik-Programmpaketen SPSS und BMDP durchgeführt.

3. Ergebnisse

Die Darstellung der Resultate erfolgt zunächst auf Itemebene, d.h. es werden die Resultate von uns ausgewählter zentraler Items für alle genannten Problembereiche dargestellt, Differenzen der Antworten von Eltern Jugendlicher bzw. jüngerer Kinder werden gesondert aufgeführt. Danach werden einzelne elterliche Angaben zum Symptomverlauf dargestellt, schließlich die aus den Scores sowie den globalen Erfolgsbeurteilungen gewonnenen Resultate. Ein besonderer Abschnitt ist den Eltern gewidmet, die aus eigener Sicht die stationäre Therapie abgebrochen haben, aber dennoch an unserer Befragung teilgenommen haben.

3.1 Elternfragebogen zur Zufriedenheit

Über 40% der Eltern berichteten große Trennungsprobleme ihres Kindes am Aufnahmetag, was sich prozentual auch mit der elterlichen Wahrnehmung deckt, daß das Kind es ihnen anfangs übelgenommen hat, in die Klinik gebracht worden zu sein. Erhebliche Sorgen um die Vertraulichkeit von schriftlichen bzw. Videoaufzeichnungen machten sich nur wenige Eltern (ca. 10%). Die Einschätzung der Kompetenz des Therapeuten („Er verstand das Wesentliche vom Problem des Kindes“) erscheint mit knapp 70% positiver Wertungen recht günstig, deutlich skeptischer wirken die elterlichen Urteile zur Effizienz der Bemühungen, sowohl was eigenen Verständniszuwachs für die Probleme des Kindes als auch praktischen Gewinn im erzieherischen Umgang mit dem Kind betrifft (jeweils ca. 40% positiver Urteile). Das persönliche Verhältnis der Eltern zum Therapeuten wiederum wird mit gut 70% positiver Urteile insgesamt günstig eingeschätzt, dies mit mehreren, sich bestätigenden Items. Dem korrespondiert auch ganz gut, daß nur ca. 20% der Eltern angaben, sich in den Gesprächen mit dem Therapeuten ungerecht kritisiert zu fühlen. Überwiegend erfreulich wirken die Elternurteile zum Therapeut-Kind-Verhältnis, knapp 60% der Eltern bewerten dieses deutlich positiv, über 70% der Eltern attestieren den Therapeuten eine für das Kind gut verständliche Sprache. Die Betreuer (Schwestern, Erzieher) kommen im Elternurteil besonders gut weg. Sowohl die Aufgeschlossenheit gegenüber den Eltern selbst als auch deren Verhältnis zum Kind wird mit über 80% bzw. über 60% sehr positiv bewertet. Elterliche Meinungen zur Teilnahme von Betreuern an Elterngesprächen im Rahmen eines auf der Kinderstation praktizierten Bezugspersonenprinzips erbrachten mit jeweils ca. 2/3 positiver Wertungen eine Bestätigung unseres Vorgehens.

Nicht wenige Eltern räumen die Sorge ein, daß ihr Kind während der stationären Behandlung von anderen Kindern Schlechtes lernen könnte (ca. 50%). Die Sorge um Entfrem-

dung des eigenen Kindes gestehen in massiver Form ca. 15% der Eltern, in leichterer Form („etwas“) ein weiteres Viertel der Eltern ein. Wiederum bestätigen gut 30% der Eltern ganz deutlich, weitere 20% abgeschwächt, daß die Trennung vom Kind beiden Seiten ganz gut getan habe. Fast 30% der Eltern meinen aber auch retrospektiv, daß sie ihrem Kind gegenüber ein schlechtes Gewissen hatten, weil sie es in diese Klinik gebracht hatten. Ein Gefühl allgemeinen Unbehagens auf der Station für sich bzw. das Kind artikulieren deutlich ca. 35% bzw. etwas über 40% der Eltern, an den geschlossenen Stationstüren stören sich ca. 45% der Eltern deutlich (s. Abbildung 1).

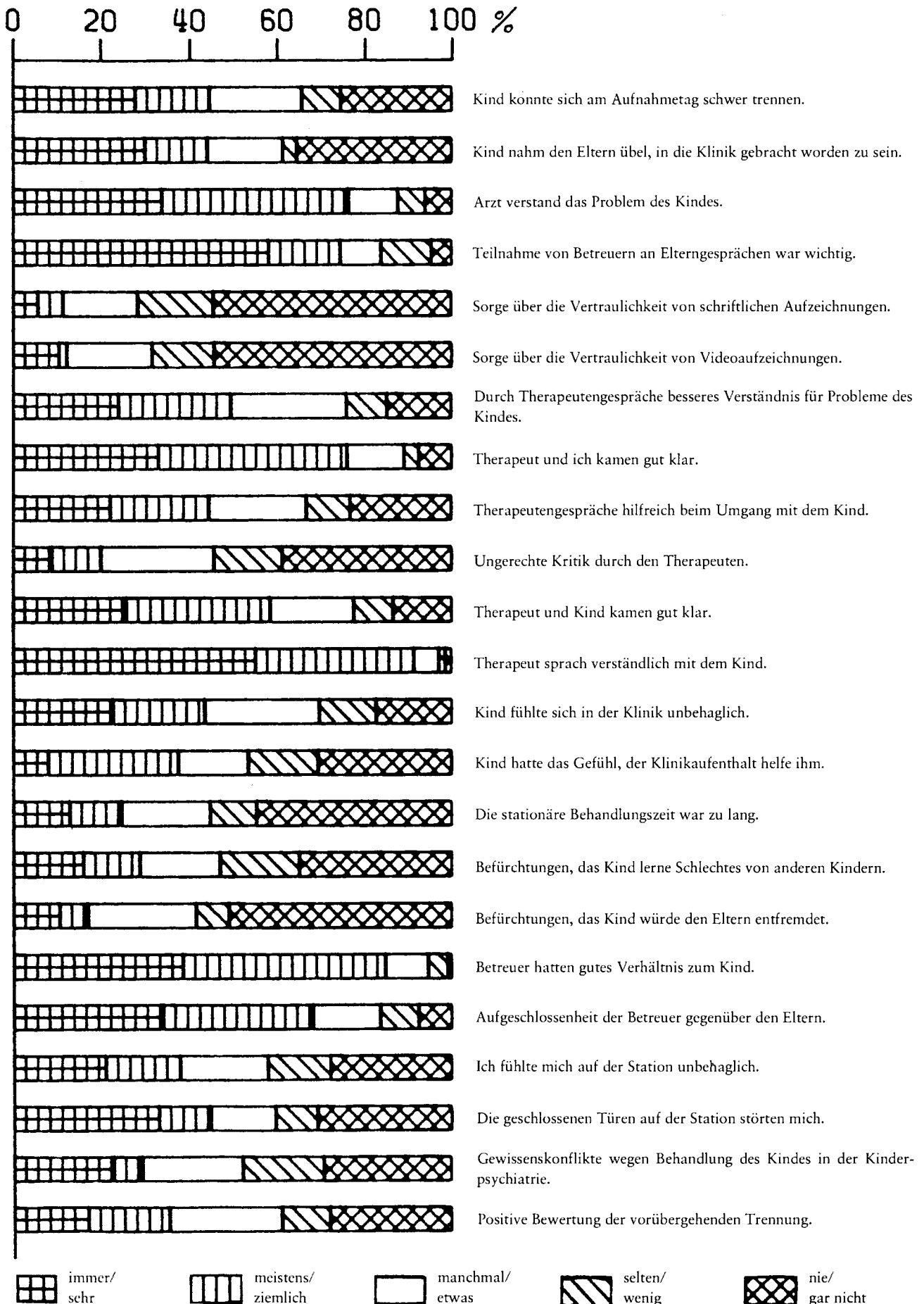
Eine Differenzierung der Itemresultate nach dem Alter der Kinder (Kinder, Jugendliche) spiegelt wider, daß die Eltern sich insgesamt um vom Alter ihrer Kinder her plausible Antworten bemüht haben. Dies soll an einigen Beispielen aufgezeigt werden. Während immerhin gut die Hälfte der Eltern Jugendlicher die Überzeugung äußerten, ihr Kind sei mit der stationären Aufnahme einverstanden, meinten dies für die jüngeren Kinder nur knapp 35%. Wie zu erwarten, werden deutliche Trennungsschwierigkeiten für ca. 50% der Kinder gegenüber ca. 30% der Jugendlichen angegeben. Das Therapeut-Kind-Verhältnis wird altersunabhängig gleich positiv beantwortet. Starkes Unbehagen des Kindes an der Klinik wird von den Eltern für ca. 45% der Kinder (ca. 35% bei Jugendlichen) angegeben. Knapp 50% der Eltern Jugendlicher gaben an, daß ihre Kinder die stationäre Therapie als hilfreich angesehen haben, während dies bei den Eltern von jüngeren Kindern nur in ca. 25% der Fall war.

3.2 Symptomliste

Eine Vielzahl von „Symptomen“ der Symptomliste steht subjektiven Wertungen und Gewichtungen weit offen (z.B. Fragen nach Essen, Schlaf, Unruhe, „Gehorsam“ und Wahrheitsliebe).

Bei der Darstellung der elterlichen Bewertungen soll daher nur die Kategorie „stimmt sicher“ herangezogen werden, ferner das Schwergewicht auf die Veränderungen zwischen Zeitpunkt 1 (Z1 = vor der Aufnahme) und 2 (Z2 = Zeitpunkt der Entlassung) gelegt werden.

Die Häufigkeit sogenannter psychogener Beschwerden (Kopf- und Bauchschmerzen) hat sich im Elternurteil kurz nach der Entlassung gegenüber der Zeit vor der Aufnahme halbiert. Bescheidener nehmen sich die Häufigkeitsangaben zu Veränderungen des Einnässens und Einkotens aus, es muß jedoch berücksichtigt werden, daß es sich hierbei um eine eher therapieresistente Selektion handelt. Das Symptom „Angst vor der Schule“ reduziert sich zwischen Z1 und Z2 um ca. ein Drittel, im weiteren Verlauf zum Zeitpunkt der Beantwortung des Fragebogens nochmals um mehr als die Hälfte. Weniger günstig erscheinen die elterlichen Angaben zum Schulschwänzen. Die Besserungsrate der sozialen Auffälligkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen wie häufiges Streiten, Nicht-Beliebt-Sein und Schikanieren anderer Kinder, erscheint im Elternurteil recht günstig. Es zeigen sich Reduzierungen um die Hälfte zwischen Z1 und Z2 bei deutlich geringerer Abnahme im weiteren Verlauf.



„Ungehorsam“ und „Lügen“ reduzieren sich aus Elternsicht zwischen beiden Zeitpunkten um die Hälfte bzw. ein Drittel ohne nennenswerte Abnahmetendenz. Das in unserer Klientel überwiegend der Verwahrlosung zuzurechnende Symptom „Stehlen“ erfährt im Elternurteil durch die stationäre Behandlung selbst keine bedeutsame Reduktion.

„Zuwenig essen“ reduziert sich zu den drei Zeitpunkten um jeweils ein Drittel, wobei hier neben den Eßstörungen sicher auch die Anorexien eingehen, unsere wenig respektablen Zahlen zum Symptom „zu viel essen“ spiegeln unsere weitgehend vergeblichen Bemühungen in der stationären Therapie einiger schwerer Adipositasfälle wider ($N = 8$).

Einschlafstörungen und Alpträume bessern sich im Elternurteil um ca. die Hälfte bei weiterer schwächerer Abnahmetendenz, wobei hier besonders heterogene Diagnosen im Hintergrund zu vermuten sind (z.B. auch Psychosen).

Motorische Unruhe bessert sich im Urteil der Eltern im ersten Beurteilungszeitraum um die Hälfte, im weiteren Verlauf nochmals um ein Drittel; dies gilt fast so deutlich auch für die elterliche Bewertung der Ausdauer bei einer Sache.

Die mehr den emotionalen bzw. neurotischen Störungen zuzuordnenden Items „sich sorgen wegen vieler Dinge“, „sich allein beschäftigen“ werden von über der Hälfte der Eltern zu Beginn der Therapie sicher bejaht, „unglücklich und traurig sein“ als häufigste Nennung überhaupt sogar in fast zwei Drittel der Fälle. Die beiden erstgenannten Auffälligkeiten reduzieren sich zwischen Z1 und Z2 um gut ein Drittel, im weiteren Verlauf jedoch nicht mehr nennenswert, „unglücklich und traurig sein“ im stationären wie weiteren Verlauf jeweils um die Hälfte. Allgemeine Ängstlichkeit, Vorsichtigkeit reduzieren sich sowohl im stationären als auch poststationären Verlauf jeweils um ca. die Hälfte. Unsere beste Symptomreduktion aus Elternsicht erzielten wir beim Symptom „übergenu und penibel“ mit einem Rückgang um zwei Drittel ohne weitere Änderungen im Verlauf. Leicht „verwahrlosende“ Nebeneffekte bei einem gelegentlich permissiven stationären Milieu waren hierbei vielleicht wirksam.

3.3 Scores und Globalbeurteilungen

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

Score 1: Zufriedenheit mit dem stationären Setting:

Ich fühlte mich auf der Station unbehaglich.
Die verschlossenen Türen auf der Station störten mich.
Beim Abholen meines Kindes zur Besuchszeit wollte ich die Station am liebsten schnell verlassen.
Während der Gespräche mit Videoaufzeichnungen fühlte ich mich befangen.
Ich empfand die Teilnahme von Betreuern an Gesprächen mit dem Therapeuten als störend.

Score 2: Einverständnis des Kindes mit der Klinik:

Ich hatte den Eindruck, mein Kind war mit der stationären Aufnahme einverstanden.
Meinem Kind fiel es schwer, sich am Aufnahmetag von mir zu trennen.
Mein Kind hat es mir anfangs übelgenommen, daß ich es in die Klinik gebracht habe.

Ich hatte das Gefühl, das Kind fühlte sich in der Klinik unbehaglich.

Es gab Dinge, die mein Kind am Therapeuten offensichtlich ärgerten.

Meines Erachtens hatte mein Kind das Gefühl, daß der Klinikaufenthalt ihm half.

Score 3: Vertrauen zum Therapeuten:

In diesen Score gehen eine größere Anzahl sinnähnlicher Items ein, die z.T. auch in Abb. 1 erscheinen.

Score 4: Erfolgsorientierung (Negativerwartungen):

Durch die Gespräche mit dem Therapeuten wurde alles nur schlimmer.

Ich hatte während der stationären Therapie den Eindruck, daß mir mein Kind entfremdet würde.

Ich hatte die Sorge, daß mein Kind von anderen Kindern Schlechtes lernen könnte.

Ich hatte das Gefühl, daß die Probleme meines Kindes nur noch größer würden.

Mein Verhältnis zum Kind hat durch den Klinikaufenthalt längerfristig Schaden gelitten.

Die Items, welche in die Scores eingingen, wurden sämtlich so gepolt, daß positiven Iteminhalten hohe Werte entsprachen; damit sind auch alle Scores positiv orientiert. Während die elterliche Zufriedenheit mit dem stationären Setting sowie das Elternurteil zum kindlichen Einverständnis mit der Klinik nur mittelmäßige Werte erreichen, findet global das elterliche Vertrauen zum Therapeuten ferner die persönliche Erfolgsorientierung in höheren Scores ihren Ausdruck (Abbildung 2).

Die allgemeine Erfolgsbewertung, differenziert nach kürzer- und längerfristigem Therapieerfolg für Kind bzw. Familie, ergänzt um eine Globalbewertung der Leistungen und Hilfen insgesamt, zeigt, daß die kürzerfristigen Erfolge insgesamt günstiger als die längerfristigen Erfolge eingestuft werden, wobei sich die Globalbewertung für alle Leistungen und Hilfen an der günstigeren Einschätzung der kurzfristigen Erfolge zu orientieren scheint.

Die Korrelationen der globalen Erfolgsbeurteilungen untereinander lassen den Schluß zu, daß die Eltern zwi-

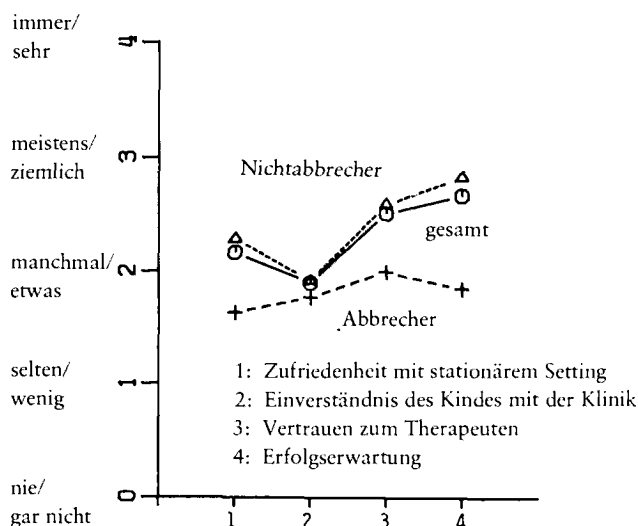


Abbildung 2: Mittlere Werte der Scores auf dem Elternfragebogen

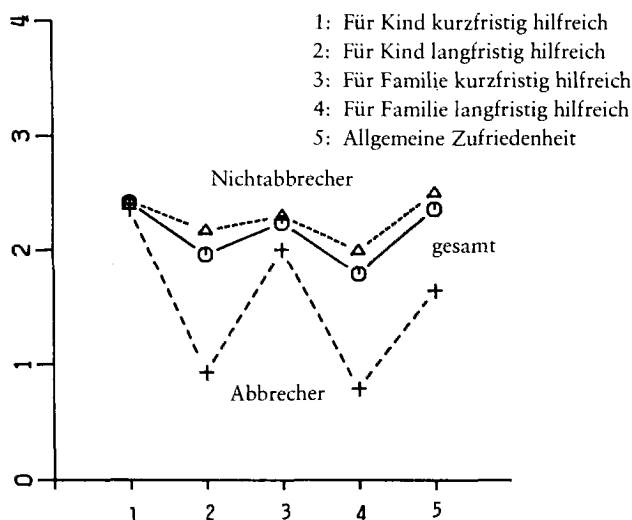


Abbildung 3: Mittlere Werte der globalen Erfolgsbeurteilung

schen ihren Bewertungen des kurz- bzw. langfristigen Therapieerfolges differenzieren. Die Bewertungen des jeweils kurz- bzw. langfristigen Therapieerfolges korrelieren zwischen den Bereichen Kind und Familie durchweg höher als im Vergleich von Kurz- und Langfristigkeit des Therapieerfolges bei Kind bzw. Familie (s. Tab. 1)

Score 3 korreliert mit steigenden Werten der Koeffizienten von der elterlichen Zufriedenheit mit dem kurzfristigen Therapieeffekt über die elterliche Zufriedenheit mit dem langfristigen Effekt bis zur Bewertung der allgemeinen Zufriedenheit. Die Korrelationen der globalen Erfolgseinschätzung mit den Scores 1 und 2 hingegen liegen durchweg niedrig (siehe Tab. 1).

Tab. 1: Korrelationskoeffizienten zwischen den Scores untereinander sowie zwischen den Scores und den globalen Erfolgseinschätzungen. Mit * sind die Werte gekennzeichnet, die auf dem nominalen Niveau von 0.001 signifikant von 0 abweichen.

	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
Kind kurzfristig	.283	.324	.573*	.431*
Kind langfristig	.214	.307	.635*	.591*
Familie kurzfristig	.480*	.187	.582*	.495*
Familie langfristig	.297	.225	.671*	.605*
Allgemein	.369*	.273	.740*	.669*
Score 2	.145			
Score 3	.234	.239		
Score 4	.436*	.201	.585*	

3.4 Abbrecher

Die Definition von Therapieabbruch durch die teilnehmenden Eltern deckte sich nur teilweise mit dem von uns definierten Entlassungsmodus. Aufgrund der kleinen Stichprobe ($N = 14$) können auch deutliche Unterschiede in der Itemkodierung gegenüber Nichtabbrechern nur mit Vorbehalt bewertet werden.

Das Vertrauen dieser Eltern auf eine im „Notfall“ mögliche Hilfe sowohl durch den Therapeuten als auch durch

die anderen Mitarbeiter der Station fällt deutlich geringer aus als bei der Hauptgruppe. Die insgesamt stärkere Unzufriedenheit dieser Eltern mit der stationären Therapie schlug sich auch in den Antworten zum allgemeinen Unbehagen des Kindes in der Klinik, zur Länge der Behandlungszeit, zur Gefährdung durch andere Kinder sowie in der Bekundung einer Mißerfolgsorientierung gegenüber den Problemen des eigenen Kindes nieder.

Eigenes Unbehagen auf der Station wurde von diesen Eltern auch eher zugegeben als von den anderen Eltern, ebenso bejahten sie auch seltener, daß die Betreuer ihnen aufgeschlossen gegenüber ständen. So ergab sich im Vergleich von Nichtabbrechern und Abbrechern auf Itemebene eine zwar nicht überstrapazierbare, aber doch ganz plausible Verschiebung vieler Antworten (s. Abb. 4).

Die Scores 1, 3 und besonders 4 differenzieren deutlich zwischen Abbrechern und Nichtabbrechern, während das elterliche Schätzurteil zum Einverständnis des Kindes mit der Klinik nicht zwischen beiden Untergruppen differenziert (s. Abb. 2).

Bei Betrachtung der Globalbewertungen erscheint es interessant, daß die Bewertung der kurzfristigen Erfolge durch die Abbrecher mit derjenigen der Nichtabbrecher in etwa parallel geht. Die längerfristige Effekts- und Gesamtbewertung durch die Abbrecher fällt hingegen negativer aus (s. Abb. 3).

4. Diskussion

Wir waren uns bewußt, daß wir mit unserem umfangreichen Fragebogen die Eltern erheblich forderten, um so überraschender erschien uns die hohe Teilnehmerquote. Bereits dieser Umstand kann zu weiteren Forschungen mit einem prospektiven Evaluationsansatz ermutigen, der sicherlich dazu geeignet ist, offengebliebene Fragen eines retrospektiven Ansatzes zu korrigieren. Der prospektive Ansatz könnte unseres Erachtens auch die Bedeutung einer möglichst partnerschaftlichen Einbeziehung der Eltern in einen komplexen therapeutischen Gesamtprozeß unterstreichen helfen, indem den Eltern therapiebegleitend die Wichtigkeit ihrer Einstellung zur stationären Therapie signalisiert wird.

Eine zwar zeitaufwendige, jedoch wünschenswerte Ergänzung dieses Ansatzes wären sicher standardisierte Interviews, z.B. im Anschluß an stationäre Therapien. Dadurch könnte sicher auch geklärt werden, ob und inwieweit sich Teilnehmer und Verweigerer einer derartigen Studie tatsächlich bezüglich allgemeiner oder spezieller Zufriedenheit unterscheiden.

Die überraschend hohe Bereitschaft der (Teilnehmer-)Eltern, zu einem einmaligen Gespräch „über diese Fragen“ nochmals in die Klinik zu kommen (ca. 95%) scheint dafür zu sprechen, daß auch schon mit unserem methodisch bescheideneren Ansatz ohne Rücksicht auf seine wissenschaftliche Wertigkeit Kommunikationsbedürfnisse zwischen „Eltern“ und „Klinik“ geweckt und vielleicht ansatzweise befriedigt werden.

Die inhaltliche Betrachtung der Antworten auf Itemebene bringt für den erfahrenen Praktiker sicherlich Bekanntes, ja

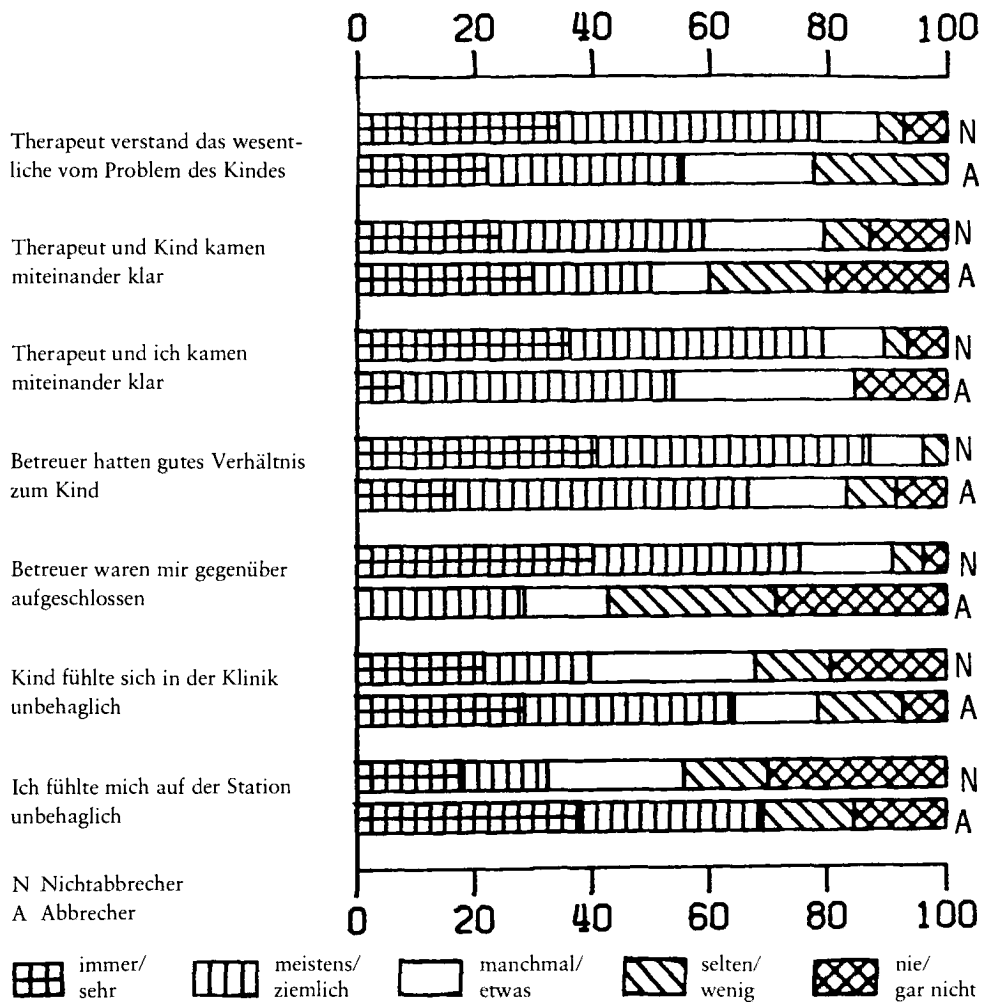


Abbildung 4

Triviales. Dennoch kann die differenzierte Auseinandersetzung mit elterlichen Antworttendenzen, z.B. bei Trennungsproblemen, Ängsten in bezug auf eigene Kompetenz, Veränderung der Beziehungsqualität zum eigenen Kind, vor einer allzu routinierten „Betriebsblindheit“ gegenüber solchen fortbestehenden Problemen bewahren helfen.

Auf der einen Seite stehen (unseres Erachtens allzu) positive Urteile über die Beziehung zum Therapeuten und geradezu hervorragende Beurteilungen der Betreuer, auf der anderen Seite stehen realistisch wirkende, auch gut mit unserer skeptischen Praktikervision vereinbare globale oder spezielle Effektivitätsbeurteilungen. Der Faktor „soziale Erwünschtheit“ mag für einen Teil dieser Urteilsdiskrepanzen mit verantwortlich sein. Elterlicher Realismus in der Bewertung des symptomatischen Erfolges scheint uns auch aus den Urteilen zum Symptomverlauf zu sprechen. Global betrachtet deckt sich dieser Teil der Elternantworten durchaus mit unserer „Expertenerfahrung“.

Die deutlich positivere Beurteilung der kurz- gegenüber den langfristigen Effekten weist auf die Bedeutsamkeit einer gelingenden poststationären Betreuung oder Therapie hin. Die Orientierung der Globalbewertungen an den kurzfristigen Erfolgen könnte auch für elterlichen Realismus gegenüber den zu erwartenden Effekten unserer durchschnittlich kurzfristigen stationären Aufenthalte sprechen. Es scheint,

daß Eltern doch nicht generell „Alles“ erwarten, wie so oft von unserer Seite kritisch abwehrend angenommen wird. Eventuelle Stützen für diese Interpretation könnten auch z.T. die „Abbrecher“ liefern, deren Einschätzung der kurzfristigen Erfolge kaum von derjenigen der Gesamtgruppe abweicht. Möglicherweise möchte diese spezielle Elterngruppe unter Hinweis auf einen als zufriedenstellend erlebten kurzfristigen Therapieeffekt den Behandlungsabbruch noch nachträglich rechtfertigen. Ganz generell betonen die „Abbrecherantworten“ die Wichtigkeit einer möglichst sorgfältigen, um Vertrauen werbenden Vorbereitung der ganzen Familie auf eine stationäre Behandlung.

Quantitative, auch institutionsübergreifende und qualitative Ausweitungen solcher Ansätze sind denkbar und wünschenswert. Man sollte sich andererseits aber nicht aus übertriebener methodischer Skrupelhaftigkeit heraus scheuen, stationär „mittherapierte“ d.h. immer auch in Frage gestellte, beunruhigte, auch verärgerte Eltern über eigene, institutionsspezifische Aspekte zu befragen, um möglichst viele differenzierte Meinungen zu erhalten. In diesem Zusammenhang war uns z.B. die elterliche Rückmeldung zur Akzeptanz unseres Bezugspersonenprinzips auf der Kinderstation sehr wichtig. Dieses Detail stellt eine von vielen Ermutigungen dar, die wir aus Teilaspekten unserer Studie für unsere Arbeit gewonnen haben. Darüber

hinaus hält eine solche Studie das Bewußtsein dafür wach, Eltern als kompetente Mitbeurteiler der eigenen Arbeit ernst zu nehmen.

Summary

Parental Satisfaction with the Inpatient Treatment of Children and Adolescents

Our paper reports methods and findings of a retrospective study on this subject. In contrast to realistic looking parental judgements about differential aspects of the efficacy of such an intervention the parental attitudes toward therapists and staff of our inpatient units seemed to be rather positive. Desirable quantitative and qualitative amplifications of our study are discussed.

Literatur

Gould, M., Shaffer, D. (1981): Client Satisfaction Scale, unveröff. Manuskript, Division of Child Psychiatry, Psychiatric Institute Columbia University, New York. – Rutter, M., Tizard, J., Whitmore, K. (1970): Education, Health and Behaviour. London: Longman. – Steinhausen, H.-Ch. (1983): Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik. In: Prax. Kinderpsych. Kinderpsychiat. 32, 286–292. – Steinhausen, H.-Ch. (1979): Parents' Report on Childs Behaviour as a Diagnostic Tool in Child Psychiatry. VI. Congress of the Union of European Paidopsychiatrists, Madrid.

Anschr. d. Verf.: Oberarzt Dr. Emil Kammerer, Dr. med. Dipl.-Psych. Berthild Grüneberg, Dipl.-Math. Dr. Dietmar Göbel, Abt. f. Psychiatrie und Neurologie des Kindes- u. Jugendalters der FU Berlin, Platanenallee 23, 1000 Berlin 19.