

Stösser, Dieter und Klosinski, Gunther

Die Eingangssituation in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik - Zugangswege, Informiertheit, Vorbereitung, Vorstellungen, Erwartungen und Befürchtungen bei Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44 (1995) 3, S. 73-80

urn:nbn:de:bsz-psydok-37848

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

Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche

FEGERT, J. M.: Theorie und Praxis der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen (The German Social Help System for Children and Adolescents with Psychiatric Disturbances)	350
GÜNTER, M.: Hilfeangebote für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche: Qualifizierung von Regeleinrichtungen – Aufbau von Spezialeinrichtungen (Assistance Offers for Mentally Disabled Children and Youth: Qualifications of Standard Institutions – Construction of Special Institutions)	366
SALGO, L.: Konflikte zwischen elterlichen Ansprüchen und kindlichen Bedürfnissen in den Hilfen zur Erziehung (Conflicts between Parental Demands and Children's Needs in Aids for Upbringing)	359
SPECHT, F.: Beeinträchtigungen der Eingliederungsmöglichkeiten durch psychische Störungen. Begrifflichkeiten und Klärungserfordernisse bei der Umsetzung von § 35 a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (Impairment of Integration Possibilities due to Mental Disturbances. Terms and Clarification Necessities when Conversing § 35 a of the Child and Youth Assistance Law)	343
WIESNER, R.: Die Verantwortung der Jugendhilfe für die Eingliederung seelisch behinderter junger Menschen (The Responsibility of Youth Aid in the Integration of Mentally Handicapped Young People)	341

Erziehungsberatung

VOGEL, G.: Elternberatung – ein mehrperspektivischer Ansatz (Parental Consultation – a Multi Perspective Approach)	23
--	----

Familientherapie

CIERPKA, M./FREVERT, G.: Die Indikation zur Familientherapie an einer psychotherapeutischen Universitätsambulanz (The Indication for Family Therapy at an University Outpatient Clinic)	250
---	-----

Forschungsergebnisse

AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./TEICHER, C./WEIGEL, A.: Intelligenz und sprachliche Leistungen bei Sonderschülern mit 7 und 9 Jahren (Intelligence and Language Scores from Children at a Special School for Learning Disabled at Age of 7 and 9 Years)	196
ENDEPOHLS, M.: Die Jugendphase aus der Sicht von Kindern und Jugendlichen: Krise oder Vergnügen? (The Phase of Youth from Children's and Adolescent's Point of View: Crisis or Fun?)	377
ESSAU, C. A./PETERMANN, F./CONRADT, J.: Symptome von Angst und Depression bei Jugendlichen (Anxiety and Depressive Symptoms in Adolescents)	322
FABER, G.: Die Diagnose von Leistungsangst vor schulischen Rechtschreibsituationen: Neue Ergebnisse zu den	

psychometrischen Eigenschaften und zur Validität einer entsprechenden Kurzskaala (The Measurement of Students' Spelling-specific Test Anxiety: Further Psychometric and Validation Results for a Short Scale)	110
HERB, G./STREECK, S.: Der Diagnoseprozeß bei Spina bifida: Elterliche Wahrnehmung und Sicht des klinischen Fachpersonals (The Process of Diagnosis by Spina bifida: Perceptions of Parents and Clinical Personell)	150
KIESE-HIMMEL, C./KRUSE, E.: Expressiver Wortschatz: Vergleich zweier psychologischer Testverfahren bei Kindergartenkindern (Expressive Vocabulary: a Comparison of two Psychological Tests for Kindergarten Children)	44
LENZ, K./ELPERS, M./LEHMKUHL, U.: Was verbirgt sich hinter den unspezifischen emotionalen Störungen (F93.8/9) – Ein Diagnosenvergleich unter Berücksichtigung der vierten Kodierungsstelle der ICD-10 (What Lies Behind the Unspecific Emotional Disorder (F93.8/9) – A Comparison of Diagnoses in Consideration of the Fourth Figure in the ICD-10 Code)	203
STRÖSSER, D./KLOSINSKI, G.: Die Eingangssituation in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Psychological Situation-on-Entry in a Child and Adolescent Out-patient-Clinic)	72
TRÖSTER, H./BRAMBRING, M./VAN DER BURG, J.: Schlafstörungen bei sehgeschädigten Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter (Sleep Disorders in Visually Impaired Infants and Preschoolers)	36

Praxisberichte

LANFRANCHI, A./MOLINARI, D.: Sind „verhaltensgestörte“ Migrantenkinder „widerspenstiger“ Eltern therapierbar? Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen systemorientierter Schulpsychologie und psychoanalytisch orientierter Therapie (Is it Possible to do Therapy with „Behaviourally Disturbed“ Migrant Children of „Stubborn“ Parents)	260
SCHEPKER, R./VASEN, P./EGGERS, C.: Elternarbeit durch das Pflege- und Erziehungsteam auf einer kinderpsychiatrischen Station (Working with Parents in the Context of Inpatient Psychiatric Nursing)	173
SCHLÜTER-MÜLLER, S./ARBEITLANG, C.: Der Stationsalltag als therapeutischer Raum: Multiprofessionelles Behandlungskonzept im Rahmen einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik (The Stationary Everyday Life as Psychotherapy: a Multiprofessional Treatment in a Child Psychiatry Daycare-Clinic)	85
SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklungsbeginn bei allgemeinem Entwicklungsrückstand mit fünf Jahren (Begin of Language Development at the Age of 5 with General Developmental Retardation)	93

Psychotherapie

KUGELE, D.: Aspekte der kinderpsychotherapeutischen Arbeit bei Kindern und Jugendlichen mit aggressiv-unkon-	
--	--

troliertem Verhalten (Aspects of Child-Psychotherapeutic Work with Children and Adolescents with Aggressive-Uncontrolled Behaviour)	119	tersuchung (Documentation of Child and Youth Psychiatry: Experiences from a Multi-Centered Study)	9
STUBBE, H.: Prolegomena zu einer Transkulturellen Kinderpsychotherapie (Prolegomena of the Concept of Transcultural Child Psychotherapy)	124	RÜTH, U.: Die Sorgerechtsbeschränkung nach §§ 1666, 1666a BGB aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht – juristische und praktische Grundlagen (The Child and Adolescent Psychiatrist's View of the Restriction of Parental Rights according to German Law)	167
Übersichten		SCHEPKER, R./HAFFER, A./THRIEN, M.: Die Sozialarbeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik – Aspekte der Qualitätssicherung im Lichte der Psychiatrie-Personalverordnung (Social Work in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry)	280
BULLINGER, M./RAVENS-SIEBERER, U.: Grundlagen, Methoden und Anwendungsgebiete der Lebensqualitätsforschung bei Kindern (Foundations, Methods and Applications of Quality of Life Research in Children)	391	STREECK-FISCHER, A.: Gewaltbereitschaft bei Jugendlichen (The Readiness for Violence with Adolescents)	209
DIEPOLD, B.: Borderline-Entwicklungsstörungen bei Kindern – Zur Theorie und Behandlung (Developmental Disorders in Borderline-Children – On Theory and Treatment)	270	WITTSTRUCK, W.: Ablösung in der Mutter-Sohn-Beziehung: Ein Adoleszenzproblem in Rainer Maria Rilkes Erzählung ‚Leise Begleitung‘ (Separation in the Mother-Son-Relationship: A Problem of Adolescence in Rainer Maria Rilke's Story ‚Quiet Accompanying‘)	221
ELSNER, B./HAGER, W.: Ist das Wahrnehmungstraining von M. Frostig effektiv oder nicht? (On the Efficacy of the German Version of the Frostig Program for the Development of Visual Perception)	48	Zur Diskussion gestellt	
ENGLERT, E./POUSTKA, F.: Das Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentationssystem – Entwicklung und methodische Grundlagen unter dem Aspekt der klinischen Qualitätssicherung (The Frankfurt Child and Adolescent Psychiatry Documentation System – Aspects of Development, Methodology, and Clinical Quality Assessment)	158	CONEN, M.-L.: Sexueller Mißbrauch durch Mitarbeiter in stationären Einrichtungen für Kinder und Jugendliche (Sexual Abuse by Professionals in Residential Agencies for Children and Adolescents)	134
ERDHEIM, M.: Gibt es ein Ende der Adoleszenz? – Betrachtungen aus ethno psychoanalytischer Sicht (Is there an End of Adolescence? – Reflections from an Ethno psychoanalytical Perspective)	81	RAMB, W.: Einige mentale Hindernisse beim Zusammenwirken von Sozialpädagogik und Jugendpsychiatrie (Some Impediments with Distinct Mentality in ‚Sozialpädagogik‘ and Child and Adolescent Psychiatry)	181
FLIEGNER, J.: „Sceno-R“ – eine Materialrevision des von Staabs-Scenotest („Sceno-R“: A Material Revision of the Sceno Test)	215	Tagungsberichte	
HAGER, W./HASSELHORN, M./HÜBNER, S.: Induktives Denken und Intelligenztestleistung – Analysen zur Art der Wirkung zweier Denktrainings für Kinder (Inductive Reasoning and Performance in Tests of Intelligence – Analyzing the Effects of two Programs to Train Inductive Reasoning)	296	Konflikte – Krisen – Krankheit. Jahrestagung der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten vom 14.–16. Oktober 1994 in Freiburg	63
HÖGER, C.: Wer geht in Beratung? Einflußgrößen auf das Inanspruchnahmeverhalten bei psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen (Who Seeks Treatment? Dimensions which Influence Utilizing Behavior in the Case of Mental Problems of Children and Youth)	3	„Alles noch einmal durchleben ...“ – Das Recht und die sexuelle Gewalt gegen Kinder	234
HUMMEL, P.: Die Abgrenzung der Strafmündigkeit (§ 3 Jugendgerichtsgesetz) von Schuldunfähigkeit bzw. verminderter Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 Strafgesetzbuch) aus jugendpsychiatrischer Sicht (Distinguishing the Age of Criminal Responsibility (§ 3 Juvenile Court Act) from Inability of Criminal Responsibility or Diminished Criminal Responsibility (§§ 20, 21 Criminal Code) from a Youth Psychiatry Point of View)	15	XXIV. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V.	287
KAVŠEK, M.J.: Das Blickverhalten im Säuglingsalter als Indikator der Informationsverarbeitung (Visual Attention Behaviour in Infancy as an Indicator of Information Processing)	383	Aggression: Destruktive Formen von Aggression und Gewalt bei Kindern und Jugendlichen – therapeutische und gesellschaftliche Aspekte	399
MÄRTENS, M./PETZOLD, H.: Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis (Psychotherapy Research and Practice of Child Psychotherapy)	302	Buchbesprechungen	
PRESTING, G./WITTE-LAKEMANN, G./HÖGER, C./ROTHENBERGER, A.: Kinder- und jugendpsychiatrische Dokumentation: Erfahrungen aus einer multizentrischen Untersuchung		ABEND, S.M./PORDER, M.S./WILICK, M.S.: Psychoanalyse von Borderline-Patienten	101
		ASPER, J./NELL, R./HARK, H.: Kindträume, Mutterträume, Vaterträume	143
		BAECK, S.: Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen – Ein Ratgeber für Eltern, Angehörige, Freunde und Lehrer	241
		BITTNER, G.: Problemkinder. Zur Psychoanalyse kindlicher und jugendlicher Verhaltensauffälligkeiten	291
		BOSSE, H.: Der fremde Mann – Jugend, Männlichkeit, Macht. Eine Ethnoanalyse	104
		BROWN, L.M./GILLIGAN, C.: Die verlorene Stimme – Wendepunkt in der Entwicklung von Mädchen und Frauen	191
		BUCHHOLZ, M.B./STREECK, U. (Hrsg.): Heilen, Forschen, Interaktion – Psychotherapie und qualitative Sozialforschung	102

DÜHRSSSEN, A.: Ein Jahrhundert Psychoanalytische Bewegung in Deutschland	145	NASKE, R. (Hrsg.): Tiefenpsychologische Konzepte der Kinderpsychotherapie. 5. Arbeitstagung der Wiener Child Guidance Clinic	189
EGGERS, C./LEMP, R./NISSEN, G./STRUNK, P.: Kinder- und Jugendpsychiatrie	333	Österreichische Gesellschaft für Heilpädagogik (Hrsg.): Lebensqualität und Heilpädagogik. 9. Heilpädagogischer Kongreß	67
EICHHOLZ, C./NIEHAMMER, U./WENDT, B./LOHAUS, A.: Medienpaket zur Sexualerziehung im Jugendalter	190	PETERMANN, F. (Hrsg.): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. Modelle psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter	188
EICKHOFF, F.W./LOCH, W. et al. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 33	334	PETERMANN, F./WIEDEBUSCH, S./KROLL, T. (Hrsg.): Schmerz im Kindesalter	103
ENDRES, M. (Hrsg.): Krisen im Jugendalter	370	POUSTKA, F. (Ed.): Basic Approaches to Genetic and Molecularbiological Developmental Psychiatry	240
FENGLER, J./JANSEN, G. (Hrsg.): Handbuch der pädagogischen Psychologie	103	ROLLET, B./KASTNER-KOLLER, U.: Praxisbuch Autismus. Ein Leitfaden für Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten	33
FISCHER, H.: Entwicklung der visuellen Wahrnehmung	238	RUSCH, R. (Hrsg.): Gewalt. Kinder schreiben über Erlebnisse, Ängste, Auswege	239
FLECK-BANGERT, R.: Kinder setzen Zeichen. Kinderbilder sehen und verstehen	405	SACHSSE, U.: Selbstverletzendes Verhalten	370
GARBE, E./SUAREZ, K.: Anna in der Höhle. Ein pädagogisch-therapeutisches Bilderbuch mit ausführlicher Anleitung für Erwachsene	190	SCHULTE-MARKWORT, M.: Gewalt ist geil – Mit aggressiven Kindern und Jugendlichen umgehen	240
GEBHARD, U.: Kind und Natur. Die Bedeutung der Natur für die psychische Entwicklung	145	SEIFFGE-KRENKE, I.: Gesundheitspsychologie des Jugendalters	289
HAUG-SCHNABEL, G.: Enuresis: Diagnose, Beratung und Behandlung bei kindlichem Einnässen	32	SMITH, M.: Gewalt und sexueller Mißbrauch in Sekten	187
HEINRICH, E.-M.: Verstehen und Intervenieren. Psychoanalytische Methode und genetische Psychologie Piagets in einem Arbeitsfeld Psychoanalytischer Pädagogik	144	SOLTER, A.J.: Wüten, Toben, Traurig sein. Starke Gefühle bei Kindern	100
HOELSCHER, G.R.: Kind und Computer. Spielen und Lernen am PC	66	STIKSRUD, A.: Jugend und Generationen-Kontext. Sozial- und entwicklungspsychologische Perspektiven	66
HOLTZ, K.L.: Geistige Behinderung und soziale Kompetenz: Analyse und Integration psychologischer Konstrukte	372	TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie	240
KATZUNG, W.: Drogen in Stichworten. Daten, Begriffe, Substanzen	371	TOMM, K.: Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung	67
KLAUSS, T./WERTZ-SCHÖNHAGEN, P.: Behinderte Menschen in Familie und Heim	32	TRAD, P.V.: Short-Term Parent-Infant Psychotherapy	31
KLUSSMANN, R./STÖTZEL, B.: Das Kind im Rechtsstreit der Erwachsenen	332	WAGNER, J.: Kinderfreundschaften. Wie sie entstehen – was sie bedeuten	189
KÖNNING, J./SZEPANSKI, R./v. SCHLIPPE, A. (Hrsg.): Betreuung asthmakrankender Kinder im sozialen Kontext	241	WALTER, J.L./PELLER, E.P.: Lösungs-orientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch	289
KRÜLL, K.E.: Rechenschwäche – was tun?	290	WIESSE, J. (Hrsg.): Rudolf Ekstein und die Psychoanalyse	333
KRUSE, W.: Entspannung. Autogenes Training für Kinder	334	WINKEL, R. (Hrsg.): Schwierige Kinder – Problematische Schüler: Fallberichte aus dem Erziehungs- und Schulalltag	404
LANE, H.: Die Maske der Barmherzigkeit. Unterdrückung von Sprache und Kultur der Gehörlosengemeinschaft	403	ZENTNER, M.R.: Die Wiederentdeckung des Temperaments	98
LEUNER, H.: Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie	371	ZIMMERMANN, W.: Psychologische Persönlichkeitstests bei Kindern und Jugendlichen	332
LOCKOWANDT, O. (Hrsg.): Frostig Integrative Therapie	99		
LÖSER, H.: Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte	334		
MERTENS, W.: Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Eine Erwiderung auf die Meta-Analyse von Klaus Grawe	242	Editorial 2, 340	
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie Bd. 1	31	Autoren und Autorinnen der Hefte 31, 62, 97, 141, 187, 233, 287, 329, 370, 399	
MÜHL, H.: Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik	65	Zeitschriftenübersichten 63, 141, 236, 329, 401	
MÜLLER, E.: Insel der Ruhe. Ein neuer Weg zum Autogenen Training für Kinder und Erwachsene	99	Tagungskalender 34, 68, 106, 146, 187, 243, 291, 337, 373, 406	
MÜLLER, P.W.: Kinderseele zwischen Analyse und Erziehung. Zur Auseinandersetzung der Psychoanalyse mit der Pädagogik	239	Mitteilungen 34, 106, 244, 293, 407	

Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen
(Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. G. Klosinski)

Die Eingangssituation in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik

Zugangswege, Informiertheit, Vorbereitung, Vorstellungen, Erwartungen und Befürchtungen bei Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern

Dieter Stösser und Gunther Klosinski

Zusammenfassung

Diese empirische Studie an 77 Familien, die zum ersten Mal zur Untersuchung in der Ambulanz der Tübinger Kinder- und Jugendpsychiatrie erschienen waren, hatte zum Ziel, das Erleben der Eingangssituation zu untersuchen und zu beschreiben. Zu diesem Zweck wurde vor dem eigentlichen Untersuchungs- und Beratungsgespräch mit den zwischen 4 und 17 Jahren alten Kindern und Jugendlichen ein strukturiertes Interview geführt, und den Eltern wurde ein Fragebogen vorgelegt. Erfragt wurden die Zugangswege und Empfehlung zur Konsultation, Informationsquellen, Informiertheit, Vorbereitung der Kinder auf den Termin, Vorstellungen, Erwartungen und Befürchtungen gegenüber der aufgesuchten Einrichtung und der Behandlung. In den erzielten Antworten spiegelte sich häufig die Fremdbestimmung der Kinder durch ihre Eltern oder andere Entscheidungsinstanzen wider; die Kinder wurden häufig ohne ihr aktives Zutun zur Untersuchung gebracht. Die Hälfte der Kinder und Jugendlichen machten auf die offene Frage nach Hoffnung auf Besserung initial keine konkrete Angabe. Die Frage nach Angst gegenüber der Untersuchung verneinte die Mehrzahl (70%) der Befragten zunächst, auf Nachfragen und Vorgabe verschiedener eventuell angstausslösender Punkte wurden diese jedoch häufiger bestätigt. Besonders auffallend war die Beobachtung, daß die als besser aufgeklärt und vorbereitet eingeschätzten Kinder häufiger Ängste bestätigten als die eher nicht aufgeklärten. Die Ergebnisse des Elternfragebogens verdeutlichen ein weitgehendes Informationsdefizit bei den Eltern bezüglich der aufgesuchten Institution und die daraus folgende Unsicherheit in der Vorbereitung der Kinder und Jugendlichen auf die Untersuchung. Als Erwartungen nannten die Eltern in erster Linie ‚Hilfe‘ und ‚Beratung‘, Bedenken gegenüber der Untersuchung in der Ambulanz wurden nur selten genannt. Auf der Basis der Ergebnisse werden u. a. folgende Vorschläge zur Umsetzung in die therapeutische Praxis formuliert: Den Eltern können offene Gespräche

mit ihren Kindern zur besseren Vorbereitung auf die Erstuntersuchung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie empfohlen werden. Darüber hinaus erscheint es wichtig, die vorhandenen Erwartungen bei den jungen Patienten und ihren Eltern von Anfang an zu eruieren und im weiteren Vorgehen zu berücksichtigen. Das Ziel sollte sein, die Unterschiede zwischen den Erwartungen und der Erfahrungsrealität der Familien möglichst klein zu halten, damit die therapeutische Beziehung von Anfang an positiv gestaltet werden kann, und um anderenfalls begünstigte Therapieabbrüche zu vermeiden.

1 Einleitung

Die Bedeutung der Eingangssituation in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz wird allgemein bestätigt, u. a. von GERBER et al. (1990) und HERZKA (1986), zumal bekanntermaßen nur ein Teil der als kinder- und jugendpsychiatrisch behandlungsbedürftigen Kinder einer Abklärung oder Therapie zugeführt wird. Damit stellt sich die Frage, welche Faktoren eine kinder- und jugendpsychiatrische Erstkonsultation fördern oder verhindern. KÖTTGEN (1988), als Vertreterin des Arbeitskreises Kinder- und Jugendpsychiatrie der Deutschen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (DGSP), vertrat die Ansicht, daß jeder Patient eines Psychiaters – gleich welchen Alters – von seiten der Gesellschaft eine Stigmatisierung erfahre und in Zukunft mit Vorurteilen sowie mit realen Benachteiligungen rechnen müsse. In bezug auf die Frage einer möglichen Stigmatisierung von Patienten durch eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung legten LÜCKE und KNÖLKER (1991) eine Studie vor, der zufolge die Hälfte der Patienten stigmatisierende Reaktionen seitens der über den Klinikaufenthalt informierten Umwelt erfuhren. Eine Befragung, die sich schon während der Behandlung oder Vorstellung ihrer Kinder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie an die Eltern richtete, wurde von STREHLOW und PIESIOR-STREHLOW (1989) durchgeführt. Die Ergeb-

nisse zeigten, daß kinderpsychiatrisch behandelte Patienten und ihre Familien auch heute noch mit Vorbehalten im sozialen Umfeld rechnen müssen. Vorurteile scheinen demnach um so ausgeprägter zu sein, je niedriger der Informationsstand der untersuchten Gruppe war. Diese Vorbehalte gegenüber der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren Ausgangspunkt der vorliegenden Studie, in der die Zugangswege, die Informiertheit, die Vorbereitung, Vorstellungen, Erwartungen und Befürchtungen bei Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern vor der kinder- und jugendpsychiatrischen Erstuntersuchung untersucht werden sollten.

2 Fragestellung, Methodik und statistische Auswertung

2.1 Hypothesenbildung

Bei der Planung dieser empirischen Untersuchung wurden u.a. drei Hypothesen aufgestellt. Der ersten lag die Vermutung zugrunde, daß die jeweiligen Einweisungsgründe einen Einfluß auf das Aufklärungsverhalten der Eltern und somit auf die Aufgeklärtheit der Kinder und Jugendlichen ausüben. Dies sollte anhand der zahlenmäßig größten Gruppen mit den Leitsymptomen ‚Leistungsprobleme‘ und ‚Verhaltenssymptome‘ überprüft werden: „Kinder mit Leistungsproblemen sind besser über die Gründe des Kommens aufgeklärt als Kinder mit Verhaltensproblemen.“ (Bei gleichzeitig vorhandenen Leistungs- und Verhaltensproblemen wurden die Kinder entsprechend der Gewichtung durch die Eltern eingeteilt.)

Der zweiten und dritten Hypothese lag die Vermutung zugrunde, daß die Aufgeklärtheit der Kinder und Jugendlichen über die Gründe des Kommens das Erleben des Erstkontaktes in der Ambulanz beeinflusst. Somit wurde die zweite Hypothese wie folgt formuliert: „Gut über die Gründe des Kommens aufgeklärte Kinder und Jugendliche machen während des Erstkontaktes in der Ambulanz einen weniger ängstlichen Eindruck.“

Die dritte Hypothese lautete: „Gut über die Gründe des Kommens aufgeklärte Kinder und Jugendliche können eher konkrete Hoffnungen auf Besserung mit dem Erstbesuch der Ambulanz verbinden und äußern.“

2.2 Stichprobe

Die Erhebung wurde an Kindern ab 4 Jahren und Jugendlichen bis 17 Jahren sowie deren Eltern beim Erstbesuch der Ambulanz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen im Zeitraum zwischen April und August 1991 durchgeführt. Die Auswahl der Stichproben erfolgte nicht-selektiv, die Ausschlußkriterien waren folgende: Kinder unter 4 Jahren, Patienten in akuten Krisensituationen und Notfällen, die außerhalb der üblichen Ambulanzzeiten erschienen, gerichtliche Gutachten zu straf- und vormundschaftsrechtlichen Fragestellungen, Patienten, die schon früher einmal in der Tübinger Ambulanz in Behandlung waren.

2.3 Erhebungsinstrumente

Für die zu befragenden Kinder und Jugendlichen entwickelten wir ein strukturiertes, halbstandardisiertes Interview mit 7 Fragen bzw. Fragebereichen¹, wobei verschiedene Fragetypen verwendet wurden (Einteilung nach MEILI u. STEINGRÜBER 1978).

Für die Eltern wurde ein Fragebogen entworfen, der drei unterschiedliche Fragetypen beinhaltet (vgl. MUMMENDEY 1987):

- (a) Abfrage-Typ zum Ankreuzen zutreffender Vorgaben
- (b) Offener Typ zum Ausfüllen mit eigenen Worten
- (c) Mehrfachwahl-Typ, wobei vorgegebene Aussagen anhand einer vierstufigen Rating-Scale eingeschätzt werden sollten (stimmt genau – stimmt ziemlich – stimmt etwas – stimmt nicht).

Die Atmosphäre des Gesprächs sowie Eindrücke bezüglich des Verhaltens und der Ängstlichkeit der Kinder und Jugendlichen wurden vom Untersucher unmittelbar nach dem Interview festgehalten.

2.4 Setting und Ablauf der Befragung

Die befragten Kinder, Jugendlichen und Eltern waren alle zu kurz- oder langfristig vergebenen Terminen in der Ambulanz erschienen. Die Befragung erfolgte ausschließlich durch den Erstautor (Doktorand) vor der eigentlichen Untersuchung durch die Ärzte und/oder Psychologen der Ambulanz. In einem kurzen Schreiben wurde die Befragung mit wenigen Worten erläutert und die Freiwilligkeit klargestellt. Die Kinder und Jugendlichen wurden stets in Anwesenheit der Eltern befragt, unabhängig davon, ob sie eventuell eine Trennung von den Eltern toleriert hätten.

Zu Beginn des Interviews wurde den Kindern kurz der Ablauf erklärt und insbesondere wurden sie darauf hingewiesen, daß es sich weder um eine Prüfung oder einen Test handelte, noch um die eigentliche Untersuchung, daß es also nichts ausmache, wenn sie zu einigen Fragen keine Antwort wüßten. Während des Gesprächs mit den Kindern oder Jugendlichen füllten die Eltern ihren Fragebogen aus. Der besondere Befragungszeitpunkt noch vor der eigentlichen Untersuchung erforderte eine klare zeitliche Beschränkung von ca. 25 Minuten, um eine zusätzliche Belastung der Familien zu vermeiden.

¹ Die vollständigen Interview-Leitfäden sollen aus Platzgründen hier nicht dargestellt werden und können auf Wunsch bei den Autoren angefordert werden. Die Hauptfragen lauteten: 1 a (für Kinder, Jungen bis 13 Jahre, Mädchen ab 12 Jahre) Was glaubst du, was für Leute hier arbeiten? 1 b (für Jugendliche, Mädchen ab 13, Jungen ab 14) Was weißt du über diese Einrichtung? (ab Frage 2 identisch für Kinder und Jugendliche); 2. Was glaubst du, wird heute hier gemacht? 3. Was glaubst du, warum du/ihr hierher gekommen bist/seid? 4. Was haben dir deine Eltern gesagt, warum du hier bist? 5. Mit wem hast du darüber gesprochen, daß du hierher kommst? 6. Was, hoffst du, wird besser, nachdem du hier warst? 7. Hast du jetzt Angst? Vor wem oder was hast du Angst?

2.5 Statistische Auswertung

Die Abwicklung der Datenauswertung erfolgte in drei Stufen:

- Quantitativ-deskriptive Darstellung der Sozialdaten und der Antworten zu den einzelnen Fragen im Interview und im Elternfragebogen (Items).
- Korrelierungen zwischen verschiedenen Items, Darstellung in Vier-Felder- oder Mehr-Felder-Tafeln.
- Hypothesenüberprüfung anhand von Vier-Felder-Tafeln und Testung mit Hilfe des Fisher-Exact-Tests.

Da die drei Hypothesen am gleichen Datenmaterial überprüft wurden, führten wir eine α -Adjustierung (bei $\alpha = 0,05$) durch: Für jede Hypothese wurde ein lokales Signifikanzniveau von $\alpha/3 = 0,017$ zugrunde gelegt.

3 Ergebnisse

3.1 Befragte Personen

Aufgrund der von den Eltern angegebenen Vorstellungssymptomen wurden 8 Gruppen gebildet. Hierbei handelt es sich nicht um eine Einteilung nach Kriterien der ICD-10 oder DSM-IV, sondern um eine rein deskriptive, pragmatische Einteilung im Vorfeld einer Diagnosestellung, da die gemachten Angaben als „weiche“ Daten zu werten sind.

- *Gruppe 1 (Leistungssymptome)*: Schulleistung, Teilleistungsstörung, Konzentrationsschwierigkeiten, Gedächtnisschwierigkeiten, Einschulungsfragestellung;
- *Gruppe 2 (Verhaltensauffälligkeiten)*: Aggressivität, Erziehungsprobleme, Schulverweigerung, soziale Auffälligkeit, Stehlen, Kontaktprobleme, auffällige Motorik, Tics;
- *Gruppe 3 (psycho-vegetative Symptome)*: Essprobleme, Schlafstörungen, Nervosität, Einnässen;
- *Gruppe 4 (allgemeine Entwicklungsprobleme)*: hirnorganische Abklärung, verzögerte Entwicklung, Frühentwicklung, Behinderung, Anfälle;
- *Gruppe 5 (emotionale Störungen)*: Ängste, Depressionen, Eifersucht, Suicidrohungen, „Visionen“;
- *Gruppe 6 (Mißbrauch)*: sexueller Mißbrauch;
- *Gruppe 7 (Sprach- und Artikulationsstörungen)*: Stottern;
- *Gruppe 8 (Sonstiges)*: allgemeines Informationsgespräch.

Für einige Korrelationen wurden die 8 Gruppen zu drei größeren Gruppen zusammengefaßt:

- Leistungsprobleme (Gruppe 1) + allgemeine Entwicklungsproblematik (Gruppe 4)
- Verhaltensprobleme (2) + Sprachprobleme (7) + Sonstiges (8)
- psycho-vegetative Symptome (3) + emotionale Störungen (5) + Mißbrauch (6)

Bei den Einweisungsgründen wurden am häufigsten Leistungsprobleme (35%), Verhaltensauffälligkeiten (28%) und psycho-vegetative Störungen (19%) genannt, gefolgt von emotionalen Störungen mit 10% und Sprachproblemen mit 8%. Bei der Verteilung der Einweisungsgründe

auf die Geschlechter wurde deutlich, daß Verhaltensauffälligkeiten vorwiegend bei Jungen auftraten, während die Mädchen häufiger wegen psycho-vegetativen Symptomen in die Ambulanz kamen. Leistungssymptome waren auf beide Geschlechter gleich verteilt.

Bei der Patientenstruktur zeigte sich die für die Kinder- und Jugendpsychiatrie typische Geschlechterverteilung von 2:1 zugunsten der Jungen bei vorwiegend vorpubertierenden Patientinnen und Patienten. Der Häufigkeitsgipfel der Altersverteilung lag bei 10 Jahren (Mädchen 10,9 Jahre, Jungen 9,8 Jahre), 3 Kinder (4%) waren unter 6 Jahre alt, 86% der Kinder waren zwischen 6 und 14 Jahre alt. Die über 14-jährigen waren alle weiblich (8 Mädchen, d.h. 10%). Insgesamt wurden 77 Kinder und Jugendliche interviewt.

3.2 Zugangswege zur Kinder- und Jugendpsychiatrie und Informationsquellen

Bei den Informationsquellen bezüglich der Kinder- und Jugendpsychiatrie rangierten die Haus- bzw. Kinderärzte an erster Stelle: 54% der Eltern sprachen mit ihnen über die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Deutlich seltener erhielten die Eltern Informationen von Lehrern (15%), von Beratungsstellen und Psychologen (14%) oder von Freunden und Bekannten (14%). In der ersten Ankreuz-Frage (Fragentyp c) brachte der größte Teil der Eltern (88%) sehr deutlich zum Ausdruck, daß sie nicht gut über die aufgesuchte Einrichtung Bescheid wußten.

Auf die Frage, mit wem die Eltern über ihr „Problemkind“ im Vorfeld gesprochen hatten, gaben die Eltern folgende Antworten: In 80% waren es die Hausärzte, danach folgten in der Häufigkeit Lehrer (62%), Freunde und Bekannte (42%) sowie Verwandte (35%). Demgegenüber wurden Beratungsstellen und Psychologen (31%), Psychiater und psychiatrische Einrichtungen (12%) als eher spezialisierte Institutionen seltener genannt.

Bei der Frage nach der ausschlaggebenden Empfehlung gaben die Eltern wiederum am häufigsten die Haus- und Kinderärzte an (42%), gefolgt von Lehrern (13%) und Beratungsstellen/Psychologen (10%). Ebenfalls 10% gaben ihre Eigeninitiative als entscheidend für das Erscheinen an. jeweils 6% nannten Neurologen/Psychiater und das Jugendamt als ausschlaggebenden Empfehlungsgeber. Ferner wurden Freunde, Bekannte oder andere Personen und Institutionen genannt (insgesamt 15%).

Von den 9 Familien, die auf Empfehlung eines Lehrers kamen, gaben 6 (67%) als Grund des Kommens Leistungsprobleme ihres Kindes an. Bei den 7 Familien, die auf Anraten einer Beratungsstelle erschienen, verteilten sich die Gründe auf viermal Leistungsprobleme und dreimal Verhaltensprobleme. Bei den Eltern, die aus Eigeninitiative die Ambulanz aufsuchten, war keine Häufung bei bestimmten Problembereichen zu erkennen.

Auffällig war der Zusammenhang zwischen dem Jugendamt als Empfehlungsgeber und der Sozialschicht der Familien: Alle 4 Familien, die auf Empfehlung des Jugendamtes erschienen, gehörten der Unterschicht an. Bei den anderen Empfehlungsinstanzen waren die Familien gleich-

mäßig auf Mittelschicht und Unterschicht verteilt. Insgesamt ergab die Einteilung der Schichtzugehörigkeit der Familien annähernd eine gleichmäßige Aufteilung in Unterschicht 41 (53%) und Mittelschicht 36 (47%) (modifizierte Einteilung der Schichtzugehörigkeit nach KLEINING und MOORE (1968).

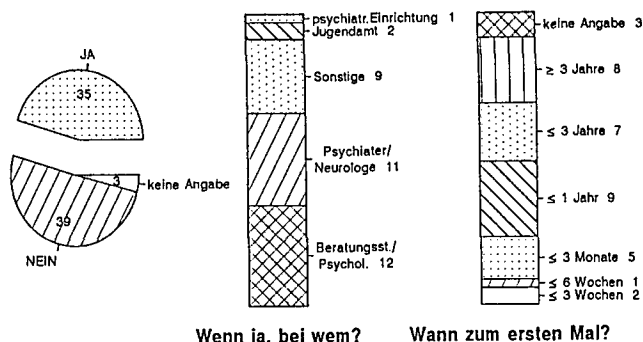


Abb. 1: Frühere Konsultationen (Antworthäufigkeiten auf die Frage: Waren sie wegen der gleichen Probleme schon bei einer anderen Einrichtung oder bei einem anderen Arzt?)

Abbildung 1 zeigt den „Weg“ in die Kinder- und Jugendpsychiatrie: Dieser verlief in unserer Untersuchungspopulation bei 47% der Familien über eine schon vorher aufgesuchte Einrichtung. Hingegen waren 53% wegen der gleichen Probleme vorher noch bei keinem anderen Arzt (außer Haus- oder Kinderärzten) oder anderen Einrichtungen gewesen. Bei 47% der Familien hatte die erste Konsultation schon vor mehr als einem Jahr stattgefunden.

3.3 Vorbereitung auf die Erstuntersuchung

Die Vorbereitung der Kinder auf die Erstuntersuchung war häufig geprägt von der Unsicherheit der Eltern, wie sie die Aufklärung adäquat durchführen könnten. Ein großer Teil (68%) der Eltern beließ es laut ihren Angaben bei einer kurzen Ankündigung ohne ausführliche Erklärung der Gründe. Die Symptome und Probleme des Kindes hatten 41% der Eltern in die Erklärung integriert, während 23% der Eltern ihre nicht oder kaum auf den Erstuntersuchungstermin vorbereiteten. Von 24% der Eltern wurde der Termin als Untersuchung angekündigt, von 19% als Gespräch, von 15% als Test und 8% kündigten eine Beratung an. Eine betont ausführliche Vorbereitung war bei 5% der Eltern aus den gemachten Angaben zu schließen.

Auf die Ankreuz-Frage (Fragentyp c): „Ich wußte nicht so recht, wie ich mein Kind auf die Untersuchung vorbereiten soll“ antworteten 47% der Eltern mit „stimmt genau“ oder „stimmt ziemlich“. Nur 25% verneinten diese Unsicherheit deutlich mit „stimmt nicht“. Ferner bestätigten in einer weiteren Ankreuzfrage 58% der Eltern, daß sie wenig über den Termin gesagt hätten, um ihr Kind nicht zu verunsichern.

Die Frage, wie die Eltern ihre Kinder einschätzten, was diese wohl über den Besuch denken, wurde folgendermaßen beantwortet: 35% der Eltern meinten, ihr Kind wisse

Bescheid über den Grund des Kommens, und immerhin 18% konnten ihr Kind diesbezüglich nicht einschätzen. Weitere 10% vermuteten, daß sich ihr Kind nicht viele Gedanken über den Grund der Untersuchung mache. Nur 12% der Eltern nannten an dieser Stelle Angst des Kindes vor dem Termin, und 4% betonten, ihr Kind sei ungern mitgekommen. Die Ängste wurden folglich seitens der Eltern nur selten explizit genannt, und sie wurden als eher niedrig eingeschätzt (die Kinder äußerten zumindest auf Nachfragen wesentlich häufiger Ängste und Befürchtungen).

3.4 Erwartungshaltung der Eltern gegenüber dem bevorstehenden Termin

Auf die offene Frage „Was erwarten Sie vom heutigen Termin?“ wurde von 46% der Eltern an erster Stelle „Hilfe“ genannt, gefolgt von „Beratung“ mit 38%. Eine Besserung der Symptome und Probleme der Kinder nach dem Besuch der Ambulanz erhofften sich 32% der Eltern. Eine klare Diagnose und Abklärung der Symptome erwarteten 22%, eine Klärung des Problems ihres Kindes 15%. Lediglich 11% der Eltern beantworteten diese Frage mit „wenig“ oder „nichts“.

Die Frage nach Bedenken gegenüber der Vorstellung in der Ambulanz beantwortete die überwiegende Mehrheit der Eltern mit „keine Bedenken“ (76%). Konkrete Bedenken nannten 24%, die sie folgendermaßen konkretisierten: 15% waren sich nicht sicher, ob dies die richtige Stelle für die Behandlung der Probleme ihrer Kinder sei, 10% beschrieben ihre Unsicherheit gegenüber dem Kommenden, eine Familie befürchtete Gerede in ihrem Umfeld über ihr Aufsuchen der Psychiatrie, und von 10% wurden sonstige Bedenken genannt. Ferner verneinten 72% der Eltern deutlich eine eventuelle Hemmschwelle vor der Konsultation, nur 4% bestätigten diese Hemmschwelle ausdrücklich.

3.5 Ergebnisse der Interviews mit den Kindern und Jugendlichen

Zur ersten Interviewfrage „Was glaubst du, was für Leute hier arbeiten?“: Nur 44% der Kinder nannten eine der Berufsgruppen Ärzte, Psychologen oder Psychiater. Von 23% der Kinder wurden Leute oder Berufe genannt, die zwar objektiv nicht falsch sein müssen (Hausmeister, Krankenwagenfahrer, Putzfrauen etc.), die aber für die Untersuchung in der Ambulanz keine Rolle spielen. Ein beträchtlicher Teil, nämlich 24% der Befragten, konnte keinerlei konkrete Angaben auf die Frage machen.

Bei den 11 Jugendlichen wurde die Eingangsfrage etwas differenzierter gestellt: „Was weißt du über diese Einrichtung?“ Dabei konnten 46% die Ambulanz als psychiatrische Einrichtung identifizieren, 27% bezeichneten sie als Therapieeinrichtung. Allerdings konnten auch in dieser Altersgruppe 36% keinerlei Angaben machen.

Bei der zweiten Frage „Was glaubst du, wird heute hier gemacht?“ zeigte sich zunächst, daß nur noch 14% der Befragten keinerlei Angaben machten. 65% konnten direkt

auf die Fragen eine Antwort formulieren, weitere 21% auf Nachfragen. 30 Befragte (39%) stellten sich das, was gemacht werden sollte, als Gespräch mit Fragen vor, 22 (29%) dachten an eine Untersuchung, 5 (7%) stellten sich eine spezielle Untersuchung vor. Fünf Kinder (7%) dachten an Spielen, 4 (5%) an zu erhaltende Hilfe und 3 (4%) rechneten mit einer Behandlung oder Therapie. Bei 2 (3%) Kindern waren die Gedanken bei einer eventuellen Blutentnahme oder Spritze.

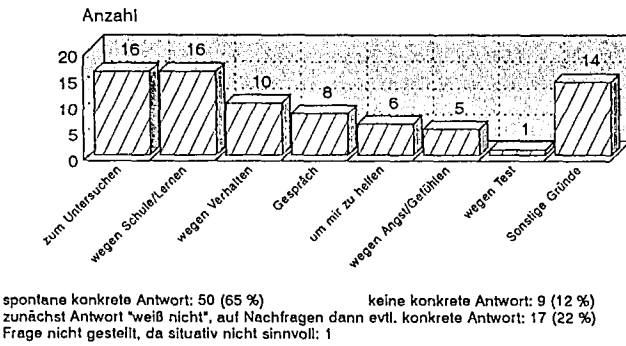


Abb. 2: Antworthäufigkeiten auf die Frage 3 (Mehrfachnennungen bei 77 Interviews)

Abbildung 2 zeigt die Ergebnisse zu Frage 3: „Was glaubst du, warum du/ihr hierhergekommen bist/seid?“ Von 11 Befragten wurde betont, daß sie den Termin selbst wollten, meist handelte es sich hierbei um Jugendliche (> 12 Jahre).

Abbildung 3 gibt Aufschluß über die Frage 4: „Was haben dir deine Eltern gesagt, warum du hier bist?“

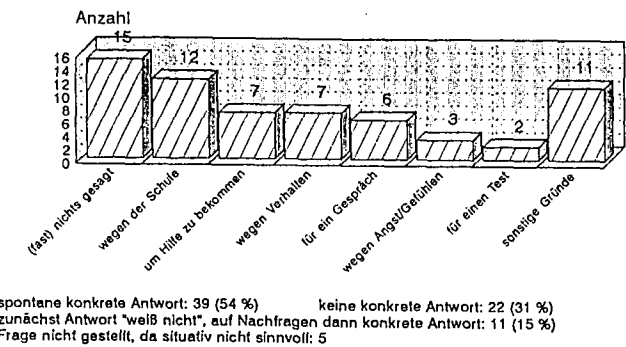


Abb. 3: Antworthäufigkeiten auf die Frage 4 (Mehrfachnennungen bei 77 Interviews)

Auf die Frage 5 „Mit wem hast du darüber gesprochen, daß du hierher kommst?“, antworteten 68% der Kinder und Jugendlichen spontan, davon meinten 32%, sie hätten mit niemandem gesprochen. Auf Nachfragen nach möglichen Gesprächspartnern bestätigten 87%, daß sie mit den Eltern, 20%, daß sie mit einem Freund oder einer Freundin und 18%, daß sie mit einem Arzt über die Untersuchung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz gesprochen hatten.

Auf die 6. Frage „Was hoffst du, wird besser, nachdem du hier warst?“, antworteten 71% der Kinder, sie hofften, daß sie mit sich selber besser zurechtkämen, 50%, daß es zu

Hause in der Familie besser gehen werde und 49%, daß es in der Schule und mit dem Lernen besser werde. 37% der Befragten hofften, daß sie sich mit den Freunden besser verstehen könnten.

Interessant waren auch folgende Ergebnisse: Die Kinder der Gruppe mit psycho-vegetativen und emotionalen Symptomen äußerten in 70% konkrete Besserungshoffnungen gegenüber 40% aus der Gruppe der verhaltens- und sprachgestörten Kinder (bzw. 48% der leistungs- und entwicklungsgestörten Kinder). Die Hoffnung, sich mit den Freunden besser zu verstehen, schien in der Gruppe „Verhalten/Sprache“ eine wichtige Rolle zu spielen: 62% bejahten die Frage, während dies in der „psychovegetativ/emotionalen“ Gruppe nur bei 33% der Fall war.

Die Abbildung 4 zeigt das Ergebnis auf die 7. Frage „Hast du jetzt Angst? Vor wem oder was hast du Angst?“

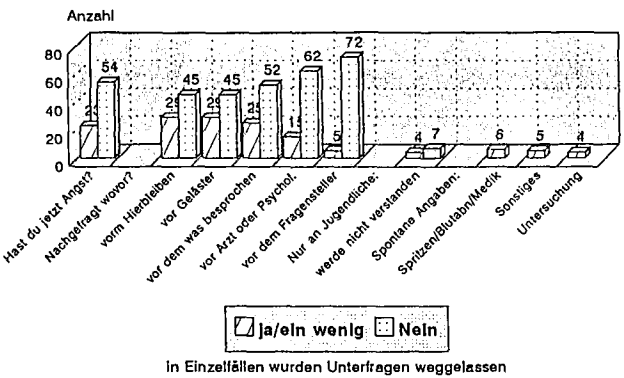


Abb. 4: Antworthäufigkeiten auf die Frage 7 (Mehrfachnennungen bei Interviews mit 66 Kindern und 11 Jugendlichen)

Die Frage an die Kinder und Jugendlichen nach Angst wurde am häufigsten von der Gruppe der psycho-vegetativ und emotional gestörten Kindern bejaht (41%). Von den älteren Kindern wurde die Frage nach der Angst häufiger bejaht als von den jüngeren. Auch bestätigten die älteren Kinder häufiger Angst davor, in der Klinik bleiben zu müssen.

Eine vergleichende Gegenüberstellung der drei häufigsten Einweisungsgründe mit dem Angsteindruck der Patienten während der Befragung ergab folgendes Ergebnis.

Tab. 1: Gegenüberstellung von Einweisungsgründen und Ängstlichkeit

	nicht/kaum ängstlich	ziemlich/sehr ängstlich
Leistungsprobleme	19	6
Verhaltensprobleme	16	4
psycho-vegetative Symptome	7	7

n = 59; p = 0,129

Von den Kindern mit Leistungs- oder Verhaltensproblemen machte der überwiegende Teil (78%) einen wenig ängstlichen Eindruck. Demgegenüber vermittelte

die Hälfte der Kinder mit psycho-vegetativen Symptomen einen eher ängstlichen Eindruck.

Die eingangs gestellten Hypothesen konnten wir wie folgt überprüfen: Kinder, die wegen Leistungsproblemen zur Vorstellung kamen, waren deutlich besser über die Gründe des Kommens aufgeklärt als Kinder mit Verhaltensproblemen. Allerdings ist dieses Ergebnis statistisch nicht signifikant, so daß die Hypothese nicht bestätigt werden kann.

Tab. 2: Vergleich der Patientengruppen mit Leistungs- und Verhaltensproblemen nach „Aufgeklärtheit“

	wenig aufgeklärt	gut aufgeklärt
Leistungsprobleme	11	14
Verhaltensprobleme	13	7

n = 45; p = 0,231

Die Ergebnisse der nachfolgenden Tabellen 3 und 4 bestätigen die Hypothesen 2 und 3: Gut über die Gründe des Kommens aufgeklärte Kinder und Jugendliche machen während des Erstkontaktes in der Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie einen weniger ängstlichen Eindruck, und sie können eher konkrete Hoffnungen auf Besserung mit dem Erstbesuch der Ambulanz verbinden und äußern.

Tab. 3: Vergleich der Antworthäufigkeiten nach den Merkmalen „aufgeklärt“ vs. „ängstlich“

	nicht bis wenig ängstlich	ziemlich bis sehr ängstlich
wenig aufgeklärt	22	21
gut aufgeklärt	29	5

n = 77; p = 0,0018

Tab. 4: Vergleich der Antworthäufigkeiten nach den Merkmalen „aufgeklärt“ vs. „Hoffnung“

	keine konkrete Hoffnungsäußerung	konkrete Hoffnungsäußerung
eher wenig aufgeklärt	27	11
eher gut aufgeklärt	8	26

n = 72; p < 0,001

Die Korrelationen zwischen den von den Eltern angegebenen Vorstellungsgründen und den genannten Hoffnungen der Kinder und Jugendlichen erbrachten interessante Zusammenhänge: Wurden in den zusammengefaßten Gruppen ‚Leistungs- und Entwicklungsprobleme‘ von 48%, und in der Gruppe ‚Verhaltens- und Sprachprobleme‘ von 40% eine konkrete Hoffnung genannt, so fiel das Ergebnis in der Gruppe ‚psycho-vegetative, emotionale

Probleme und Mißbrauch‘ auffallend anders aus: 70% dieser Gruppe nannten konkrete Hoffnungen. Hingegen bestätigten die Kinder die Hoffnung auf Besserungen in ihrer Familie weitgehend unabhängig von den Einweisungsgründen.

4 Diskussion

Ausgehend von der Tatsache, daß nur ein Bruchteil der als behandlungsbedürftig einzustufenden Kinder einer Abklärung oder Therapie zugeführt wird, stellt sich die Frage, welche Faktoren eine Konsultation unterstützen oder verhindern. Wie gelangen die Familien an die kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz, von wem erhalten sie Informationen, wer gibt die entscheidende Empfehlung? Bei den Informationsquellen wurden die Haus- bzw. Kinderärzte von den Eltern am häufigsten genannt. Deutlich seltener erhielten die Eltern Informationen von Lehrern, von Beratungsstellen und Psychologen oder von Freunden und Bekannten. Insgesamt scheinen die Eltern nicht ausreichende Informationsquellen gehabt zu haben. So brachte in der ersten Ankreuzfrage der größte Teil der Eltern (88%) sehr deutlich zum Ausdruck, daß sie nur unzureichend über die Einrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie Bescheid wußten.

Auch in der gut vergleichbaren Studie von QUISTORP (1982) gaben 68% der Eltern an, sie hätten vorher nichts über die aufgesuchte kinderpsychiatrische Ambulanz gewußt. In der Untersuchung von BOLOGNINI et al. (1984) aus der Schweiz zeigte sich ebenfalls, daß die Mehrheit der Familien kaum etwas über die aufgesuchte kinderpsychiatrische Einrichtung wußte (63%), weitere 26% hatten nur eine vage Vorstellung. Lediglich 11% der Eltern hatten eine genauere Vorstellung.

Die nächste Frage zielte auf die Gesprächspartner ab, mit denen die Eltern die *Probleme des Kindes* vorher erörterten. Hierbei wurden wesentlich mehr Angaben gemacht, sehr häufig erfolgten auch Mehrfachnennungen. Man kann daraus schließen, daß der *Anlaß*, welcher der Konsultation zugrundelag, breiter besprochen worden war.

Immerhin hatten 12% der Eltern Kontakt zu anderen Familien, die auch schon in der Ambulanz vorstellig gewesen waren. Diese Anzahl stellt sich als ein nicht zu unterschätzender Teil der Gesamtpopulation dar und weist auf die Bedeutung der Kontakte zwischen den in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelten Familien untereinander für das Konsultationsverhalten hin.

Wer oder wessen Rat gab den Ausschlag zur Konsultation der Kinder- und Jugendpsychiatrie? Das Ergebnis unserer Untersuchung deckt sich weitgehend mit der Untersuchung von QUISTORP (1982), die ähnliche Häufigkeiten angibt. HÖGER et al. (1984) sowie SUNDSTRÖM et al. (1987) kamen zu vergleichbaren Zahlen. BOLOGNINI et al. (1984) fanden in einer in Lausanne/Schweiz durchgeführten Studie einen höheren Anteil (47%) von Familien, die auf Eigeninitiative kamen, wobei auch die Empfehlung von Freunden inbegriffen war.

Ein Viertel der Eltern erklärten während oder nach dem Interview spontan, sie hätten ihr Kind kaum oder nicht auf den Termin vorbereitet. Als Motiv für diese Anmerkung erschien häufiger der Versuch, die Unsicherheit und die dürftigen Antworten des Kindes zu erklären und das Kind zu entlasten. Insgesamt konnten wir in punkto Vorbereitung der Kinder häufig eine erhebliche Unsicherheit der Eltern feststellen, welche weitgehend unabhängig von den Einweisungsgründen war.

Bei der Frage, wie die Eltern ihre Kinder einschätzten, was diese wohl über den Besuch denken, wurden die Ängste der Kinder nur selten genannt, oder sie wurden als eher niedrig eingeschätzt. Die Kinder selber äußerten zumindest auf Nachfragen wesentlich häufiger Ängste und Befürchtungen. Auf die Beobachtung, daß unter Umständen die Kinder und Jugendlichen von mehr Symptomen als ihre Eltern berichten können, weisen VERHULST und VAN DER ENDE (1992) hin.

Die zunächst plausibel erscheinende Vermutung, das Aufsuchen der Ambulanz erfordere bei den Eltern die Überwindung einer mehr oder minder hohen Hemmschwelle, kann durch unsere Ergebnisse so nicht bestätigt werden: 87% hatten das Vorhandensein einer Hemmschwelle weitgehend verneint. 88% der Eltern verneinten die Befürchtung davor, daß die Behandlung ihres Kindes zum „Gerede“ anderer Leute führen könnte. Diese Antworttendenz ließ sich weitgehend unabhängig vom Konsultationsgrund feststellen. Auch auf die *offene* Frage nach den Befürchtungen wurde die Angst vor der Reaktion und dem „Gerede“ anderer Leute nur einmal genannt. Somit scheint die Angst vor stigmatisierenden Etikettierungen und ein Zweifeln an der Entscheidung zur Untersuchung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie *im Moment* der Erstuntersuchung keine große Rolle gespielt zu haben. Von den Kindern wurde die Frage nach Angst vor dem Gerede anderer Leute jedoch von mehr als einem Drittel bestätigt.

Andererseits kann damit nicht endgültig belegt werden, ob bei den Eltern eine solche Hemmschwelle und die Furcht vor sozialer Diskriminierung *im Vorfeld* bestand oder nicht. Zum einen muß hier die Möglichkeit der Tendenz zur sozial erwünschten Antwort berücksichtigt werden, also die Tendenz, Offenheit, Vorurteilsfreiheit, „das-Beste-für-das-Kind-wollen“ vermitteln zu wollen. Zum anderen mag die Hemmschwelle bei den *erschienenen* Familien tatsächlich eher unbedeutend und leicht zu überwinden gewesen sein. Weiterhin kann aus der Überwindung eventuell vorhanden gewesener Ängste vor der *ambulant* Konsultation an sich nur vorsichtig auf das Fehlen von Befürchtungen vor *allgemeiner* sozialer Diskriminierung und Stigmatisierung geschlossen werden (s. a. THORMANN u. BARTHE 1980).

Erwartungen der Eltern waren in unserer Untersuchung vielfältig und teilweise dezidiert vorhanden. Auch QUISTORP (1982) beschrieb, weitgehend mit unseren Ergebnissen übereinstimmend, am häufigsten die Nennung von Hilfe, Beratung und Ursachenklärung.

Der Erstbegegnung zwischen Therapeut und Patient wird in der psychoanalytischen Literatur größte Bedeu-

tung zugemessen, weniger hingegen in der Literatur zur Kinder- und Jugendpsychiatrie. JEANRENAUD (1981) bildet hier eine Ausnahme; sie widmet sich dieser von ihr als sehr bedeutend eingestuften Erstbegegnung mit dem jungen Patient: Das Kind wird angemeldet, die Eltern treffen eine Entscheidung über das Kind, das Kind ist fremdbestimmt. Auch HERZKA (1986) erwähnt die elterliche Tendenz, dem Kind gegenüber das eigentliche Problem zu bagatellisieren oder etwas anderes vorzuschieben. Die Vorstellungen der Kinder gegenüber der Erstuntersuchung und der aufgesuchten Institution sind entscheidend vom Auf- und Erklärungsverhalten der Eltern geprägt. Dies zeigte sich auch in unserer Untersuchung bei den Antworten auf die Frage nach den Klinikmitarbeitern. Ein beträchtlicher Teil, nämlich 24% der Befragten, konnte keinerlei konkrete Angaben dazu machen. Selbstverständlich muß hier auch das Alter der Kinder berücksichtigt werden. Bei den 11 Jugendlichen wurde die Eingangsfrage differenzierter gestellt. Sie wurden gefragt, was sie über die Einrichtung wußten. Allerdings konnten auch in dieser Altersgruppe 36% keinerlei Angaben machen, so daß auch bei ihnen ein großes Informationsdefizit oder eine Unsicherheit zu vermuten ist. Auch JEANRENAUD (1981) beschreibt die häufig rudimentäre Vorbereitung der Kinder („zum Doktor gehen“, „dort kannst Du spielen“) und das möglicherweise daraus entstehende Unbehagen der Kinder bei der Erstuntersuchung.

Bei der dritten Frage, „Was glaubst Du, warum Du/Ihr hierher gekommen bist/seid?“, sahen nur etwa die Hälfte der befragten Kinder den Grund des Kommens in Problemen in der Schule in ihrem Verhalten, in ihren Gefühlen oder in der Suche nach Hilfe für sie. Die andere Hälfte dachte eher an „irgendeine“ Untersuchung, an ein Gespräch oder konnte nichts dazu sagen. Es sei nochmals darauf hingewiesen, daß die hier gemachten Angaben der Kinder und Jugendlichen als „weiche“ Daten zu werten sind, wobei auch die Anwesenheit der Eltern die Angaben im Sinne einer „elterlichen Erwünschtheit“ mitbeeinflusst haben kann.

Vor allem in jüngeren Jahren fehlt dem Kind die Möglichkeit zur Selbstreflexion. So fehlt ihm meistens die spontane Einsicht in seine Schwierigkeiten, und es bringt diese nicht von sich aus mit der Untersuchung in Verbindung (JEANRENAUD 1981). Auch von anderen Autoren wird vor allem jüngeren Kindern eine Krankheitseinsicht abgesprochen (z. B. FREUD 1927; SCHARFMANN 1978; REINELT 1981). Widerspruch kommt hierbei von MEMPEL (1989), der in seiner empirischen Untersuchung zur Therapiemotivation bei 9 bis 13 Jahre alten Jungen zu einem anderen Ergebnis kam: Sämtliche Patienten litten unter ihren Auffälligkeiten, wobei es sich in seiner Untersuchungspopulation um Stotterer, aggressive sowie sozial gehemmte Jungen handelte. Man darf davon ausgehen, daß diese Kinder einen besonderen Leidensdruck wahrnahmen und sich in eine Außenseiterposition bzw. Sündenbockrolle gedrängt fühlten.

Die Wahrnehmung des eigenen Verhaltens durch die Kinder im Vergleich zur elterlichen Einschätzung wurde u. a. von VERHULST und VAN DER ENDE (1992), EDELBROCK

et al. (1986), KASHANI et al. (1985) und WILLIAMS et al. (1989) untersucht. In den unterschiedlichen Studien wurden u. a. in Abhängigkeit von den untersuchten Gruppen (klinische Populationen, Feldstudien) recht unterschiedliche, zwischen gering bis mäßig liegende Übereinstimmungen zwischen den elterlichen und den kindlichen Darstellungen gefunden. VERHULST und VAN DER ENDE (1992) fanden einzelne Diskrepanzen zwischen den elterlichen und den kindlichen Angaben in Abhängigkeit vom jeweiligen Symptomkomplex, dem Alter und dem Geschlecht. Die Unterschiede betrafen mehr externalisierte als internalisierte Probleme, waren bei Mädchen größer als bei Jungen und nahmen mit dem Alter zu.

Die Erklärung der Gründe für das Kommen durch die Eltern wurde in der vierten Frage an die Kinder noch einmal explizit erfragt: Laut Angaben der Kinder wurden in über der Hälfte der Fälle die Gründe des Kommens nicht oder fast nicht besprochen. Die Angabe seitens der Kinder, sie hätten keine Ahnung, warum sie kommen müßten, sie seien nicht informiert worden, kann aber auch Ausdruck einer Abwehr oder eines Wunsches sein, den wahren Grund des Kommens vom Untersucher zu hören (s. a. JEANRENAUD 1981). BREUNINGER (1975) weist auf die Möglichkeit einer kindlichen Trotz- und Protestreaktion als Ursache scheinbarer Unkenntnis der Gründe hin. So fand er bei 31% der befragten Familien Diskrepanzen zwischen den Angaben der Kinder und jenen der Eltern, vorwiegend bei der Frage der Aufklärung über die Gründe der Behandlung.

Das Vorhandensein einer Therapiemotivation wird den Kindern und Jugendlichen beim Erstkontakt häufig abgesprochen und müsse erst geweckt werden (z. B. RAHM 1977). MEMPEL (1989) hingegen fand in seiner oben erwähnten Untersuchung bei Stotterern, aggressiven sowie sozial gehemmten Jungen sehr wohl eine Motiviertheit, die von ihnen selbst meist als negative Abweichung eingestufte Symptomatik zu verändern. Wir können dies zum Teil bestätigen: Bereits auf die Eingangsfrage nach der Hoffnung auf Besserung hin konnten 51% der Kinder eine konkrete Angabe machen. Dann wurden sie direkt zu einigen Bereichen gefragt, in denen sich eventuell etwas bessern könnte: Schule, Familie, Freunde und „Mit-sich-selber-zurechtkommen“.

Es stellt sich natürlich die Frage, inwieweit das Nachfragen ein suggestives Moment enthielt, so daß sich die Kinder gedrängt fühlten, eine Angabe zu machen. Wir können diesen Störeinfluß nicht ausschließen. Interessant scheint uns aber, daß gerade das „Mit-sich-selber-besser-zurechtkommen“ am häufigsten als Hoffnung bestätigt wurde (71%). Nicht verwunderlich ist, daß die älteren Kinder und Jugendlichen (ab 10 Jahren) signifikant häufiger konkrete Hoffnungen nennen konnten, was mit dem Alter entsprechend besseren Reflexions- und Verbalisierungsfähigkeit zu erklären ist.

Die Frage nach der ‚Angst‘ am Schluß des Interviews wurde zunächst von der Mehrheit (70%) verneint. Nicht verwunderlich ist es, daß Kinder mit psycho-vegetativen oder emotionalen Symptomen am häufigsten spontan

Angst bejahten (41%), da in dieser Gruppe die depressiven und ängstlichen Patienten enthalten sind.

Eine Bestätigung vorhandener Angst ist auch gekoppelt an die Fähigkeit zur Verbalisierung und zur Offenheit, d. h. altersabhängig: dies zeigte sich durch das Ergebnis, daß in der Altersgruppe ab 10 Jahren die Frage nach Angst auffallend häufig bejaht wurde. Eine weitere Bestätigung der Bedeutung der Reflexionsfähigkeit von Angst findet sich in der Gegenüberstellung der „Aufgeklärtheit“ und der Frage nach Angst. Hierbei bejahten die besser aufgeklärten Kinder erstaunlicherweise die angesprochenen, eventuell angstauss lösenden Vorgaben wesentlich häufiger. Die wohl tiefergehende Angst vor dem „Hierbleiben-müssen“ wird ebenfalls häufiger von den besser aufgeklärten Kindern bejaht (44% gegenüber 35%). Die besser aufgeklärten Kinder konnten wesentlich häufiger Ängste verbalisiert bestätigen, andererseits machten sie jedoch während der Befragung einen deutlich weniger ängstlichen Eindruck.

Auch BREUNINGER (1975) kam zu ähnlichen Ergebnissen: Entgegen seiner Erwartung, geringe Informiertheit führte automatisch zu mehr Angst, war die Ängstlichkeit unabhängig vom Informationsgrad der Kinder. Aus unserer Sicht darf der Schluß gezogen werden, daß sich die tendenziell besser aufgeklärten Kinder und Jugendlichen im Vorfeld der Erstuntersuchung verstärkt mit Erwartungen und Ängsten auseinandergesetzt hatten und diese Gefühle leichter äußern konnten, seien sie nun positiv oder eher bedrohlich gewesen.

5 Schlußfolgerungen

Folgende Empfehlungen können aufgrund unserer Ergebnisse ausgesprochen werden: Die Eltern sollten offene Gespräche mit ihren Kindern zur besseren Vorbereitung auf die Erstuntersuchung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie führen. Auch Unsicherheiten und mangelnde Informiertheit seitens der Eltern könnten im Vorfeld der Behandlung unter Umständen bereits durch eine bessere Aufklärung, z. B. telefonisch, gemindert werden. Darüber hinaus erscheint es wichtig, die vorhandenen Erwartungen bei den jungen Patienten und ihren Eltern im Erstgespräch zu eruieren und im weiteren Vorgehen zu berücksichtigen. Ziel sollte es sein, die Unterschiede zwischen den Erwartungen und der Erfahrungsrealität der Familien möglichst klein zu halten, um Enttäuschungen und Therapieabbrüche zu vermeiden.

Summary

Psychological Situation-on-Entry in a Child and Adolescent Out-patient-Clinic – Referral Pathways, Knowledge, Preparedness, Conceptions, Expectations and Apprehensions of Children and Their Parents –

This study investigates 77 families i.e. their children, aged 7–17, and their parents, who attended the out-pa-

tient clinic of the child psychiatric department for the first time. It was intended to examine and outline the subjective situation on entering the clinic. A structured verbal interview was conducted with the children before the start of the actual examination procedure, while a written questionnaire was submitted to the parents. Among the questioned items were modes of referral, references, sources of information, knowledge and preparedness, ideas, expectations and apprehensions about the institution and its treatments. The answer that were obtained reflected a lack of selfdetermination on the part of the children and the strength of influence exerted by the parents along with other relevant authorities. The children were often taken to the clinic without any active consent on their part. When asked about hopes of improvement they did not often confirm. Similarly fears about the impending examination were at first denied by most children but subsequently conceded, when concrete suggestions were made. Strikingly the better informed and prepared, children were able to admit to their fears more often. The results of the parental questionnaire illustrate an extensive lack of information about the institution that the families were actually attending. It may be concluded that the parents had also been little assertive when preparing their children for the examination. When asked about their expectations the parents primarily quoted „help“ and „advice“. Scepticism about the examination came only at the bottom of the list. Based on these results the following suggestions for therapeutic practice can be made: Parents should see frank discussions with their children, when preparing them for a first examination in a child psychiatric department. Moreover it seems important for the examiner to disclose the preexisting expectations of patients and parents from the onset and consider them carefully as the examination goes along. From a therapeutic viewpoint the difference between what the patient expects and what he will get should be as small as possible, so that a positive therapeutic relationship can be established from the beginning and drop-outs can be avoided.

Literatur

BREUNINGER, H. (1975): Der Informationsgrad von Kindern und Jugendlichen in bezug auf einen beginnenden stationären Aufenthalt. Medizinische Dissertation, Tübingen. – BOLOGNINI, M./FAVEZ, F./MERCER, D./BETTSCHART, W. (1984): La demande de consultation dans un service de psychiatrie d'enfants. Soc. Psychiatry Epidemiol. 19, 13–21. – EDELBROCK, G./COSTELLO, A.J./DULCAN, M.K./CONOVER, N.C./KALAS, R. (1986): Parent-Child Agreement on Child Psychiatric Symptoms Assessed via Structured Interview. J. Child Psychol. Psychiatry 27, 181–190. – FREUD, A. (1927): Einführung in die Technik der Kinderanalyse. Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag. – GERBER, G./LEIXNERING, W./REINELT, T. (1990): Probleme der Inan-

spruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Betreuung. Acta Paedopsychiatr. 53, 311–317. – HERZKA, H.S. (1986): Die Untersuchung von Kindern. Ganzheitliche Erfassung und psychischer Befund. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – HÖGER, C./QUISTORP, S./BAHR, J./BREUL, A. (1984): Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Polikliniken im Vergleich. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 33, 264–271. – JEANRENAUD, M.-L. (1981): Die Erstbegegnung von Untersucher und Kind. Bern: Lang. – KASHANI, J.H./ORVASCHEL, H./BURK, J.P./REID, J.C. (1985): Informant Variance: The Issue of Parent-Child Disagreement. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 24, 437–441. – KLEINING, G./MOORE, H. (1968): Soziale Selbsteinstufung: ein Instrument zur Messung Sozialer Schichten. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 20, 503–552. – KÖTTGEN, C. (1990): Gehören Kinder und Jugendliche wegen sozialer und emotionaler Probleme in die Psychiatrie? Dtsch. Krankenpflegez. 4, 239–243. – LÜCKE, M./KNÖLKER, U. (1991): Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 40, 138–147. – MEILI, R./STEINGRÜBER, H.J. (1978): Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Bern: Huber. – MEMPEL, S. (1989): Therapiemotivation bei Kindern: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 38, 146–151. – MUMMENDEY, H.-J. (1987): Die Fragebogenmethode. Grundlagen und Anwendung. Göttingen: Hogrefe. – QUISTORP, S. (1982): Zugangswege, Erwartungen und Vorbehalte vor der Inanspruchnahme einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik. Diplomarbeit im Fach Psychologie, Göttingen. – RAHM, D. (1977): Zur Gesprächsführung mit Jugendlichen. Kreative Ansätze zur Motivationsförderung in der Anfangsphase. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 26, 274–278. – REINELT, T. (1981): Der Erstkontakt in der Kinderpsychotherapie. In: G. BIERMANN (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie Bd. 4. München: Reinhardt, S. 84–97. – SCHARFMAN, M.A. (1978): Psychoanalytic Treatment. In: B.B. WOLMAN (Ed.): Handbook of Treatment of Mental Disorders in Childhood and Adolescence. – STREHLOW, U./PIESIUR-STREHLOW, B. (1989): Zum Bild der Kinderpsychiatrie in der Bevölkerung und bei betroffenen Eltern. Acta Paedopsychiatr. 52, 89–100. – SUNDSTRÖM, G.A./RÖSSLER, W./SCHMIDT, M.H./AN DER HEIDEN, W./JUNG, E. (1987): Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten: Erste empirische Ergebnisse. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 36, 220–225. – THORMANN, K./BARTHE, H.-J. (1980): Zum Gesprächsverhalten von Beratern bei telefonischen Erstkontakten und dessen Bedeutung für das Erleben der Klienten und deren Einstellung gegenüber psychologisch-psychiatrischer Beratung. Psychologische Diplomarbeit, Göttingen. – VERHULST, F.C./VAN DER ENDE, J. (1992): Agreements Between Parents' Reports and Adolescents' Self-Reports of Problem Behavior. J. Child Psychol. Psychiatry. 33, 1011–1023. – WILLIAMS, S./MCGEE, R./ANDERSON, J./SILVA, P.A. (1989): The Structure and Correlates of Self-Reported Symptoms in 11-year old Children. J. Abnorm. Child Psychol. 17, 55–71.

Anschrift der Verfasser: Dieter Stösser; Prof. Dr. med. Gunther Klosinski, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen, Osianderstr. 14, 72076 Tübingen.