

Aba, Otto und Hendrichs, Armin

Die stationäre Klientel einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38 (1989) 10, S. 358-362

urn:nbn:de:bsz-psydok-33770

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

Erziehungsberatung

- Bittner, C./Göres, H. G./Götting, S./Hermann, J.:* Bewältigungsstrategien von Jugendlichen und ihre Bedeutung für die Beratung (Adolescents Problem Solving Strategies and their Significance for Counseling) 126
- Ehrhardt, K. J.:* Sind Erziehungsberatungsstellen mittelschichtorientiert? Konsequenzen für die psychosoziale Planung (Are Child Guidance Clinics orientated along Middle-Class Standards?) 329
- Gerlicher, K.:* Prävention – erfolversprechendes Ziel oder illusionäre Aufgabe für die institutionelle Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung? (Prevention – Promising Goal or Illusory Task for the Child, Youth, and Family Counseling?) 53

Familientherapie

- Buchholz, M. B./Kolle, U.:* Familien in der Moderne – Anti-Familie – Familien? (Families Today – Anti-Family-Families?) 42
- Gehring, T. M./Funk, U./Schneider, M.:* Der Familiensystem-Test (FAST): Eine dreidimensionale Methode zur Analyse sozialer Beziehungsstrukturen (The Family System Test (FAST): A Three Dimensional Method to Analyze Social Relationships) 152

Forschungsergebnisse

- Aba, O./Hendrichs, A.:* Die stationäre Klientel einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen (The In-Patients of a Psychiatric Hospital for Children and Adolescents in Hessen) 358
- Brinich, E. B./Drotar, D. D./Brinich, P. M.:* Die Bedeutung der Bindungssicherheit vom Kind zur Mutter für die psychische und physische Entwicklung von gedeihschwachen Kindern (The Relevance of Infant-Mother Attachment Security for the Psychological and Physical Development of Failure-to-thrive Children) 70
- Brumby, A./Steinhausen, H.-C.:* Der Verlauf der Enuresis im Kindes- und Jugendalter (The Course of Enuresis in Childhood and Adolescence) 2
- Ernst, H./Klosinski, G.:* Entwicklung und familiales Umfeld bei zwangsneurotischen Kindern und Jugendlichen: eine Retrospektiv- und Vergleichsstudie (Development of Personality and Family Dynamics of Children and Adolescents Suffering from Compulsive Neurosis) 256
- Hüffner, U./Mayr, T.:* Behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder in bayerischen Regelkindergärten – erste Ergebnisse einer Umfrage (Handicapped Children in Bavarian Preschools/Kindergartens – First Results of a Representative Survey) 34
- Kammerer, E.:* Bewertung stationärer jugendpsychiatrischer Therapie – eine Gegenüberstellung der Urteile von Jugendlichen und Eltern (Parental and Juvenile Satisfaction with Psychiatric Inpatient Treatment – Opinions and Judgements in Contrast) 205
- Mempel, S.:* Therapiemotivation bei Kindern: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung (Children's Motivation for Treatment) 146
- Petermann, F./Walter, H. J.:* Wirkungsanalyse eines Verhaltenstrainings mit sozial unsicheren, mehrfach be-

- einträchtigten Kindern (Effects of a Behavior Training with Social Incompetent Children with multiple Systems) 118
- Ruckgaber, K. H.:* Die Einrichtung von externer psychoanalytischer Supervision in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (How to institute External Psychoanalytical Supervision in an Child-Psychiatric-Clinic) 210
- Saile, H.:* Zur Erfassung des Temperaments bei Kindern (To Assess the Temperament of Infants) 6
- Wisniak, U. V./Posch, C./Kitzler, P.:* Erlebtes Erziehungsverhalten bei juvenilen Diabetikern in der Pubertät (Experienced Parental Rearing Behaviour of Juvenile Diabetic Children) 354
- Zimmermann, W.:* Interventionsorientierte Diagnostik der Aggressivität im Kindesalter (Intervention-oriented Diagnosis of Aggressive Social Behaviour in Childhood) 335

Frühförderung

- Artnet, K./Barthlen-Weis, M./Offenberg, M.:* Intelligenzbeurteilung mit der Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC): Pilotstudie an einer Stichprobe sprachentwicklungsgestörter Kinder (Assessing Cognitive Development with the Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC): A Pilot Study with Speech- and Language-Disordered Children) 299
- Kilian, H.:* Einige Anmerkungen zu Frühförderung und -theapie aus systematischer Sicht (Some Remarks on Early Education from a Systemic Point of View) 277
- Krause, M. P.:* Die „bessere Elternschaft“ – Erziehungshaltung von Müttern behinderter Kinder und deren Bewertung durch Fachleute (The „Better Parenthood“. Educational Attitudes in Mothers of Handicapped Children and their Evaluation by Experts) 283
- Pfeiffer, E. M.:* Bewältigung kindlicher Behinderung (Coping with a Handicapped Child) 288
- Sarimski, K./Deschler, J.:* Grundlegende soziale Kompetenzen bei retardierten Kindern: Probleme der Förderung und Evaluation (Social Skills Training with Retarded Children: Treatment Issues and Evaluation) 293

Praxisberichte

- Hürtner, A./Piske-Keyser, K.:* Das gemeinsame Muster physiologischer und beziehungs-dynamischer Prozesse bei einer langjährigen Enkopresis (The Common Patterns of Physiological and Dynamical Processes of a Chronic Encopresis) 171
- Hummel, P./Biege-Rosenkranz, G.:* Anorexia nervosa in der zweiten Generation? – Eine Fallstudie (Anorexia nervosa in the Second Generation? – A Case Study) 372
- Kilian, H.:* Eine systematische Betrachtung zur Hyperaktivität – Überlegungen und Fallbeispiele (Some Considerations about Hyperactivity form a Systemic Point of View) 90
- Räder, K./Specht, F./Reister, M.:* Anorexia nervosa und Down-Syndrom (Anorexia nervosa and Down's Syndrome) 343

Psychosomatik

- Hirsch, M.: Körper und Nahrung als Objekte bei Anorexie und Bulimie (Own Body and Food as Representation of Objects in Anorexia and Bulimia) 78

Psychotherapie

- Günter, M./du Bois, R./Kleefeld, H.: Das Problem rasch wechselnder Ich-Zustände in der stationären Langzeittherapie psychotischer Jugendlicher (The Problem of Rapidly Changing Ego-states in Long Term In-patient Treatment of Psychotic Adolescents) 250
- Herzka, S./Nil, V.: Gemeinsame Strukturen der Psychotherapie und Bewegungstherapie (Analogies of Psychotherapy and Movement Therapy) 216
- Rohse, H.: Zwangsneurose und Adoleszenz (Compulsive Neurosis and Adolescence) 241
- Streeck-Fischer, A.: Zwang, Ichorganisation und Behandlungsvorgehen (Compulsion, Organisation of Ego, and Approaches to Treatment) 236
- Süsslenbacher, G.: Die „Hornbärprinzessin“: Anorexie als gelebte Katachrese in der Tochter-Vater-Beziehung – ein Fallbericht (The „Hornbear-Princess“: Anorexia Nervosa as „performed“ Katachresis in Daughter-father Relationship) 164

Übersichten

- Berger, M.: Klinische Erfahrungen mit späten Müttern und ihrem Wunschkind (Clinical Experiences with Late Mothers and their „Wished for“ Children) 16
- Blesken, K. W.: Systemisch orientierte Supervision in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Systemically orientated Supervision of Psychotherapy with Children and Adolescents) 322
- Brack, U. B.: Die Diagnose der mentalen Retardierung von Kindern im Spannungsfeld von Medizin, Psychologie und Pädagogik (The Diagnosis of mental Retardation in Children from a Medical, Psychological and Pedagogical Point of View) 83
- Frey, E.: Über-Ich und Gewissen. Zum Unterschied der beiden Begriffe und seiner Bedeutung für die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Superego or Conscience. On the Differentiation of both Terms and its Function for the Psychotherapy of Children and Adolescents) 363
- Rothaus, W.: Die Auswirkungen systemischen Denkens auf das Menschenbild des Therapeuten und seine therapeutische Arbeit (The Consequences of Systemic Thinking on the Therapist's Idea of Man and his Therapeutic Work) 10
- Schlaginhausen, F./Felder, W.: Sprachliche Form des Columbustests für Sehbehinderte (Langeveld Columbus Test: Adapted for the Testing of Visually Handicapped Children) 133
- Specht, F.: „Fremdplazierung“ und Selbstbestimmung („Outside Placement“ and Self-Determination) 190
- Steinhausen, H. C.: Zur Klassifikation und Epidemiologie „psychosomatischer“ Störungen im Kindes- und Jugendalter (On Classification and Epidemiology of „Psychosomatic Disorders“) 195

Tagungsberichte

- „Was heißt Aufarbeiten nationalsozialistischer Vergangenheit?“ – Bericht über die XXIII. Wissenschaftliche Jahrestagung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e. V. 97
- Bericht über das VIII. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters 100

- Bericht über die 21. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 8. bis 10. Mai 1989 in München 263

Buchbesprechungen

- Alvin, J.: Musik und Musiktherapie für behinderte und autistische Kinder 308
- Arens, C./Dzikowski, S. (Hrsg.): Autismus heute. Bd. 1: Aktuelle Entwicklungen in der Therapie autistischer Kinder 139
- Balint, M.: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse 107
- Beland, H. et al. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 22 222.
- Berner Datenbuch der Pädiatrie. 3. vollst. bearb. u. ergänzte Aufl. 179
- Bierhoff, H. w./Montada, L. (Hrsg.): Altruismus. Bedingungen der Hilfsbereitschaft 221
- Bodenheimer, A. R.: Verstehen heißt antworten. Eine Deutungslehre aus Erkenntnissen der Psychotherapie 27
- Brakhoff, J. (Hrsg.): Kinder von Suchtkranken. Situation, Prävention, Beratung und Therapie 102
- Bürgin, D. (Hrsg.): Beziehungskrisen in der Adoleszenz 226
- Chasseguet-Smirgel, J.: Kunst und schöpferische Persönlichkeit – Anwendung der Psychoanalyse auf den außertherapeutischen Bereich 269
- von Cube, F./Storch, V. (Hrsg.): Umweltpädagogik – Ansätze, Analysen, Ausblicke 227
- Daly, R./Sand, E. A. (Eds.): Psychological Treatment of mental illness 60
- Erning, G./Neumann, K./Reyer, J. (Hrsg.): Geschichte des Kindergartens. Bd. 1: Entstehung und Entwicklung der öffentlichen Kleinkindererziehung in Deutschland von den Anfängen bis zur Gegenwart. Bd. 2: Institutionelle Aspekte, systematische Perspektiven, Entwicklungsverläufe 62
- Esser, U.: Rogers und Adler. Überlegungen zur Abgrenzung und zur Integration 110
- Esser, U./Sander, K. (Hrsg.): Personenzentrierte Gruppentherapie – therapeutischer Umgang mit der Person in der Gruppe 223
- Flammer, A.: Entwicklungstheorien. Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung 379
- Flosdorf, P. (Hrsg.): Theorie und Praxis stationärer Erziehungshilfe. Bd. 1: Konzepte in Heimen der Jugendhilfe; Bd. 2: Die Gestaltung des Lebensfeldes Heim 182
- Franke, U. (Hrsg.): Aggressive und hyperaktive Kinder in der Therapie 140
- Freedman, A. M./Kaplan, H. I./Sadock, B. J./Peters, U. H. (Hrsg.): Psychiatrie in Praxis und Klinik. Bd. 3: Neurosen, Bd. 4: Psychosomatische Störungen 179
- Fröhlich, A. D. (Hrsg.): Kommunikation und Sprache körperbehinderter Kinder 380
- Gerlinghoff, M./Backmund, H./Mai, N.: Magersucht. Auseinandersetzung mit einer Krankheit 139
- Graf-Nold, A.: Der Fall Hermine Hug-Hellmuth. Eine Geschichte der frühen Kinder-Psychoanalyse 266
- Gruen, A.: Der frühe Abschied. Eine Deutung des plötzlichen Kindstodes 305
- Haberkorn, R./Hagemann, U./Seehausen, H. (Hrsg.): Kindergarten und soziale Dienste 182
- Heckerens, H. P.: Die zweite Ehe – Wiederheirat nach Scheidung und Verwitwung 312
- Herzog-Bastian, B./Jacobi, V./Moser, P./Scheuring, A.: Straftaten Jugendlicher. Ursachen, Folgen, sozialpädagogische Maßnahmen 377
- Holle, B.: Die motorische und perzeptuelle Entwicklung des Kindes 180
- Hooper, S. R./Willis, G.: Learning Disability Subtyping 379

<i>Iben, G.</i> (Hrsg.): Das Dialogische in der Heilpädagogik	313	der Heimerziehung: Ein empirischer Beitrag zum Problem der Indikation	105
<i>Innerhofer, P./Klicpera, C.</i> : Die Welt des frühkindlichen Autismus. Befunde, Analysen, Anstöße	138	<i>Pothmann, R.</i> (Hrsg.): Chronische Schmerzen im Kindesalter	348
<i>Institut für soziale Arbeit e. V.</i> (Hrsg.): Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Zwischen Konkurrenz und Kooperation	307	<i>van Quekelberghe, R.</i> : Anna – eine Lebenslaufanalyse	228
<i>Jäger, R. S.</i> (Hrsg.): Psychologische Diagnostik – Ein Lehrbuch	109	<i>Quindt, H.</i> : Die Zwangsneurose aus psychoanalytischer Sicht	102
<i>Kammerer, E.</i> : Kinderpsychiatrische Aspekte der schweren Hörschädigung	308	<i>Reinhard, H. G.</i> : Formen der Daseinsbewältigung psychisch gestörter Jugendlicher	380
<i>Kast, V.</i> : Familienkonflikte im Märchen	224	<i>Reiter, L./Brunner, E./Reiter-Theil, S.</i> (Hrsg.): Von der Familientherapie zur systematischen Perspektive	311
<i>Kauter, H./Klein, G./Laupheimer, W./Wiegand, H. S.</i> : Das Kind als Akteur seiner Entwicklung. Idee und Praxis der Selbstgestaltung in der Frühförderung entwicklungsverzögerter und entwicklungsgefährdeter Kinder	346	<i>Reiter-Theil, S.</i> : Autonomie und Gerechtigkeit. Das Beispiel der Familientherapie für die therapeutische Ethik	310
<i>Kisker, K. P./Lauter, H./Meyer, J. E./Müller, C./Strömgen, E.</i> (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart; Bd. 7: Kinder- und Jugendpsychiatrie	306	<i>Remschmidt, H./Schmidt, M.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Bd. 1: Grundprobleme, Pathogenese, Diagnostik, Therapie	105
<i>Klockhaus, R./Trapp-Michel, A.</i> : Vandalistisches Verhalten Jugendlicher	378	<i>Remschmidt, H./Schmidt, M.</i> (Hrsg.): Alternative Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	220
<i>Klosinski, G.</i> (Hrsg.): Psychotherapeutische Zugänge zum Kind und Jugendlichen	305	<i>Rerrich, M. S.</i> : Balanceakt Familie. Zwischen alten Leitbildern und neuen Lebensformen	184
<i>Kratz, B.</i> : Freuds Ehrgeiz – seine Lehrer und Vorbilder	304	<i>Rijnaarts, J.</i> : Lots Töchter. Über den Vater-Tochter-Inzest	26
<i>Kühler, H. D./Kuntz, S./Melchers, C.</i> : Angst wegspielen. Mitspieltheater in der Medienerziehung	104	<i>Rosenberger, M.</i> (Hrsg.): Ratgeber gegen Aussonderung	183
<i>Kühne, H. H.</i> (Hrsg.): Berufsrecht für Psychologen	28	<i>Rudolf, G.</i> : Therapieschemata für die Psychiatrie	25
<i>Kutter, P.</i> : Moderne Psychoanalyse	270	<i>Schneider-Henn, K.</i> : Die hungrigen Töchter. Essstörungen bei jungen Mädchen	25
<i>Lamnek, S.</i> : Qualitative Sozialforschung. Bd. 1: Methodologie	180	<i>Schuhmacher, D.</i> : Sprechen und Sehen	381
<i>Landenberger, G./Trost, R.</i> : Lebenserfahrungen im Erziehungsheim	313	<i>Schwob, P.</i> : Großeltern und Enkelkinder. Zur Familiendynamik der Generationsbeziehung	311
<i>Lempp, R.</i> (Hrsg.): Reifung und Ablösung. Das Generationenproblem und seine psychopathologischen Randformen	61	<i>Speck, O.</i> : System Heilpädagogik – eine ökologisch-reflexive Grundlegung	26
<i>Liedtke, R.</i> : Familiäre Sozialisation und psychosomatische Krankheit. Eine empirische Studie zum elterlichen Erziehungsstil bei psychosomatisch erkrankten Kindern	220	<i>Spiel, G.</i> : Hemisphärendominanz – Lateralität	347
<i>Lohaus, A.</i> : Datenerhebung in der Entwicklungspsychologie	309	<i>Spiel, W./Spiel, G.</i> : Kompendium der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie	60
<i>McDougall, J.</i> : Theater der Seele – Illusion und Wahrheit auf der Bühne der Psychoanalyse	268	<i>Spring, J.</i> : Zu der Angst kommt die Scham. Die Geschichte einer sexuell mißbrauchten Tochter	225
<i>Merkens, L.</i> : Einführung in die historische Entwicklung der Behindertenpädagogik in Deutschland unter integrativen Aspekten	184	<i>Steiner, G.</i> : Lernen. 20 Szenarien aus dem Alltag	109
<i>Merkens, L.</i> : Aggressivität im Kindes- und Jugendalter	378	<i>Steller, M.</i> : Psychophysiologische Aussagebeurteilung. Wissenschaftliche Grundlagen und Anwendungsmöglichkeiten der „Lügendetektion“	103
<i>Merz, M.</i> : Schwangerschaftsabbruch und Beratung bei Jugendlichen – eine klinisch-tiefenpsychologische Untersuchung	225	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das menschliche Schicksal zwischen Individuation und Identifizierung. Ein Psychoanalytischer Versuch	268
<i>Moosmann, H.</i> : Der Kampf um die kindliche Imagination oder Annäherung an das Kind Jesu	61	<i>von Tetzchner, S./Siegel, L./Smith, L.</i> (Eds.): The Social and Cognitive Aspects of Normal and Atypical Language Development	380
<i>Müller-Hohagen, J.</i> : Verleugnet, verdrängt, verschwiegen – Die seelischen Auswirkungen der Nazizeit	228	<i>Thomasius, R.</i> : Lösungsmittelmißbrauch bei Kindern und Jugendlichen. Forschungsstand und praktische Hilfen	349
<i>Mutzek, W./Pallasch, W.</i> (Hrsg.): Integration von Schülern mit Verhaltensstörungen	181	<i>von Trad, P.</i> : Psychosocial Scenarios for Pediatrics	63
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Allgemeine Therapie psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	307	<i>von Uslar, D.</i> : Sein und Deutung. Grundfragen der Psychologie	223
<i>Petermann, F.</i> (Hrsg.): Verhaltensgestörtenpädagogik	28	<i>Volpert, W.</i> : Zauberlehrlinge. Die gefährliche Liebe zum Computer	349
<i>Petermann, U.</i> : Sozialverhalten bei Grundschulern und Jugendlichen	221	<i>Walper, S.</i> : Familiäre Konsequenzen ökonomischer Deprivation	312
<i>Petermann, F./Petermann, U.</i> : Training mit aggressiven Kindern	110	<i>Watzlawick, P.</i> : Münchhausens Zopf oder Psychotherapie und „Wirklichkeit“	311
<i>Petermann, F./Noeker, M./Bochmann, F./Bode, U./Grabisch, B./Herlan-Criado, H.</i> : Beratung mit krebserkrankten Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse	178	<i>Weiss, T.</i> : Familientherapie ohne Familie	108
<i>Petri, H.</i> : Erziehungsgewalt – Zum Verhältnis von persönlicher und gesellschaftlicher Gewaltausübung in der Erziehung	377	<i>Welsch, U./Wiesner, M.</i> : Lou Andreas-Salome. Vom „Lebensurgrund“ zur Psychoanalyse	267
<i>Pikler, E.</i> : Laßt mir Zeit. Die selbständige Bewegungsentwicklung des Kindes bis zum freien Gehen	348	<i>Wendeler, J.</i> : Psychologie des Down Syndroms	140
<i>Planungsgruppe PETRA</i> : Analyse von Leistungsfeldern		<i>Witte, W.</i> : Einführung in die Rehabilitations-Psychologie	108
		<i>Zöller, D.</i> : Wenn ich mit euch reden könnte . . . Ein autistischer Junge beschreibt sein Leben	381
		Editorial: 276, 322	
		Autoren der Hefte: 25, 58, 101, 137, 178, 219, 266, 304, 346, 376	
		Diskussion/Leserbriefe: 58	
		Tagungskalender: 30, 64, 111, 141, 185, 229, 271, 315, 350, 382	
		Mitteilungen: 30, 65, 112, 142, 186, 231, 272, 316, 351, 382	

Die stationäre Klientel einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen

Von Otto Aba und Armin Hendrichs

Zusammenfassung

Die Inanspruchnahmepopulation von 1108 Patienten, die in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik Herborn in den Jahren 1978 (2. Halbj.) bis 1985 stationär behandelt wurde, ist nach ICD-Diagnosen und ausgewählten demographischen Merkmalen dargestellt. Die gefundenen hohen sozialen Belastungsfaktoren sind aufgeschlüsselt. Im Erhebungszeitraum sank die Rate geistig behinderter Patienten stark; in den letzten Jahren stieg der Anteil jüngerer Kinder deutlich an.

1 Einleitung

In Hessen bestehen 4 Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Trägerschaft des Landeswohlfahrtsverband Hessen. An dieser Stelle wird über die stationäre Inanspruchnahme der Klinik Rehberg in Herborn berichtet, die eine überwiegend ländliche Region zu versorgen hat.

Die Klinik Rehberg wurde mit einer Planbettenzahl von 96 und einem hohen Anteil an behinderten Langzeitpatienten 1975 eröffnet. Hiervon waren 1977 71 Betten mit geistig und mehrfachbehinderten Langzeitpatienten belegt, entsprechend 81,3 Prozent. Heute hat die Klinik eine Planbettenzahl von 88, einschließlich der neu geschaffenen tagesklinischen Plätze und nachtklinischen Betten. Die Zahl der behinderten Langzeitpatienten beträgt nur noch 15 entsprechend 17% und dieser Anteil nimmt weiter ab. Nach entsprechender lebenspraktischer Förderung wurden die behinderten Patienten überwiegend in Heime bzw. nach Vollendung des 18. Lebensjahres in das zuständige Psychiatrische Krankenhaus verlegt. Neue behinderte Patienten kommen in viel geringerer Zahl als früher zur stationären Aufnahme. Das liegt nicht allein am Rückgang der Geburtenzahlen, sondern auch an der in kinderklinischen Zentren verbesserten perinatalen Versorgung der Risikokinder, wodurch weniger schwere neurologische Störungen und geistige Behinderungen entstehen. Zudem bieten sich heute außerklinische Institutionen wie die Schulen für Praktisch Bildbare und heilpädagogisch geleitete Heime als Alternative zur klinischen Unterbringung an. Damit wandelte sich in den Jahren ihres Bestehens die Belegungsstruktur der Klinik.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse der Erhebung ist zu berücksichtigen, daß die Zahlen Durchschnittswerte aus 7½ Jahren darstellen und nicht den letzten Stand der Entwicklung wiedergeben. Die Klinik Rehberg ist jetzt

eine Akutklinik mit wenigen Langzeitfällen und Entlassungsziffern von 192 im Jahre 1986 und von 183 im Jahre 1987 sowie 197 im Jahre 1988.

2 Stichprobe

Die Erhebung erfaßt die Diagnosen aller 1108 Patienten der Klinik Rehberg, die dort zwischen Juli 1978 und Dezember 1985 aus stationärer Behandlung entlassen wurden. Nicht erfaßt sind die demographischen Angaben derjenigen Patienten, deren Eltern uns ihre Zustimmung zum Sammeln und Verarbeiten von Daten mit dem Basisdokumentationsbogen verweigert haben. Es handelt sich insgesamt um 122 Verweigerer, entsprechend einem Anteil von 11%. Die übrigen 986 Patienten gingen auch bezüglich ihrer demographischen Daten in die Statistik ein.

Die soziologischen Daten wurden mit Hilfe des Basisdokumentationsbogens erhoben, den einer der Verfasser zusammen mit Mitgliedern der Kommission Erhebungsbogen der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. und Mitarbeitern des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim 1976 entwickelt hatte. Die diagnostischen Daten basieren auf dem multiaxialen Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge in der deutschen Bearbeitung von Remschmidt und Schmidt.

3 Ausgewählte Ergebnisse

3.1 Inanspruchnahme nach Landkreisen 1976–1984

Tab. 1: Inanspruchnahme nach Landkreisen im Vergleich zur Wohnbevölkerung

	N	Pat./100 000 der Wohnbev. am 31. 12. 1984
Lahn-Dill-Kreis	348	16,4
Kreis Gießen	78	3,8
Kreis Limburg-Weilburg	113	8,3
Hochtaunus-Kreis	39	2,1
Wetterau-Kreis	149	6,6
Main-Kinzig-Kreis	174	5,3
andere hessische Landkreise und andere Bundesländer	159	

Die Aufstellung läßt erkennen, daß die Inanspruchnahme der Klinik durch die geographische Nähe gefördert wird. Sie hängt aber auch von weiteren Faktoren ab, wie die relativ geringe Zahl der Patienten aus dem vergleichsweise nahe gelegenen Stadt- und Landkreis Gießen zeigt. Auffällig ist auch die starke Inanspruchnahme aus dem fernen Gelnhausener Raum (Kreis Main-Kinzig) aufgrund der vorzüglichen Zusammenarbeit mit den dortigen Kinderärzten. Unbestritten ist der Einzugsbereich flächenmäßig sehr groß. Da im gesamten Einzugsbereich aufgrund der bislang ungünstigen Voraussetzungen kein einziger Kinder- und Jugendpsychiater niedergelassen ist, bieten wir seit Jahren ambulante Sprechstunden außer in Herborn auch in Wetzlar und Gelnhausen an (seit 1988 auch in Hanau).

3.2 Verweildauer

Für die Verweildauer berechneten wir den Medianwert, d. h. diejenige mittelständige Verweildauer, die eingerahmt ist von der gleichen Anzahl von höheren und niedrigeren Werten. Er betrug im Berichtszeitraum 78 Tage. Auf die Wiedergabe des Mittelwertes haben wir verzichtet. Er kommt zustande durch Addition von sehr unterschiedlichen Verweildauern von 1 Tag bis zu 11 Jahren und ist insofern wenig aussagekräftig.

3.3 Aufnahmealter

Abbildung 1 zeigt, daß fast die Hälfte der Patienten Jugendliche über 15 Jahre waren. Etwa $\frac{1}{3}$ betrug der Anteil älterer Schulkinder von 11 bis 14 Jahren. Kleinkinder bis zu 5 Jahren waren nur zu 3,6% vertreten. Die Tendenz der letzten Jahre wies allerdings in Richtung einer

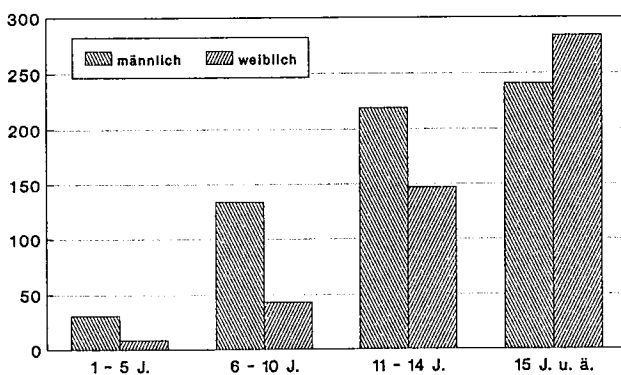


Abb. 1: Alter bei Aufnahme (2. Halbj. 1978-1985)

deutlichen Zunahme jüngerer Patienten, obgleich die Geburtenraten dieser Jahrgänge rückläufig sind. Es scheint, daß ein größerer Teil der Eltern sich früher an die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik wendet und nicht erst dann, wenn keine andere Wahl mehr bleibt und die Therapieprognose sich verschlechtert hat. Andere junge Kinder beeindrucken durch ausgeprägte Verhaltensstörungen.

3.4 Geschlechtsverteilung

Bezüglich der Geschlechtsverteilung fanden wir das in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen und auch in Erziehungsberatungsstellen gewohnte Bild: Bei den Kindern überwiegen die Jungen mit 2:1. Mit zunehmendem Alter schwächt sich dieses Verhältnis ab und kehrt sich im Alter ab 15 Jahren um, in dem dann die Mädchen überwiegen. Eine ähnliche Verteilung fanden wir auch in Erziehungsberatungsstellen¹.

3.5 Schulzugehörigkeit

Tab. 2: Patientenanteile nach Schulzugehörigkeit

	N	%
Schulpflichtige insgesamt	685	69,5
Regelschulen	312	31,6
weiterführende Schulen	77	7,8
Sonderschulen für Lernbehinderte	170	17,2
Sonderschule für Geistigbehinderte	104	10,6
Sonstige Schule	22	2,2

Die Aufstellung läßt erkennen, daß Schüler von Regelschulen am häufigsten anzutreffen waren. Die Zahl der Sonderschüler überwog bei weitem die der weiterführenden Schulen. Allerdings weist die Entwicklung einen Rückgang der Schüler von Sonderschulen für Geistigbehinderte aus.

3.6 Geburtsstatus

Die Geburt war bei 86,3% der Patienten ehelich, in 9,0% unehelich, in 4,7% unbekannt. Die Rate der Unehelichen ist bei unseren Patienten gegenüber dem Bevölkerungsdurchschnitt wenig erhöht. Dieser betrug in der Bundesrepublik Deutschland 1978 bis 1984 im Durchschnitt 8%.

3.7 Wohnsituation in der Familie

Die Mehrzahl der Patienten stammte aus broken-home-Verhältnissen. Nur 47,5% der Patienten waren vor der Aufnahme bei beiden leiblichen Eltern untergebracht. 19,4% wohnten nicht in einer Familie, sondern in einem Heim bzw. in einer anderen Institution. Bei 12,1% handelte es sich um eine alleinerziehende Mutter, bei 1,4% um einen alleinerziehenden Vater. Die Konstellation Mutter und Ersatzvater (Stief- bzw. Adoptivvater oder ständiger Freund der Mutter) fand sich bei 7,9%, Vater und Ersatzmutter in 3,8%. In 6,1% handelte es sich bei beiden Eltern um Ersatzeltern.

¹ Rey, E. R./Aba, O./Pfeifer, W. K. (1978): Erste Ergebnisse einer Basisdokumentation für Kinder und Jugendliche aus Erziehungsberatungsstellen. Z. Kinder- Jugendpsychiat. 6: 40-55.

3.8 Soziale Schicht

Die soziale Schichtzugehörigkeit der Väter lag mit 41,7% in der Mittelschicht. 18% stammten aus der Unterschicht, 4,5% aus der Oberschicht. 33% der Kinder lebte nicht bei Vater/Ersatzvater. In 2,6% war die Schichtzugehörigkeit des Vaters unbekannt.

3.9 Nationalität

Die Nationalität des Vaters war in 87,2% deutsch, nur in 7,3% ausländisch, meist türkisch bzw. italienisch. In 5,5% der Fälle war die Nationalität des Vaters unbekannt.

3.10 Berufstätigkeit der Eltern

Die Arbeitslosenrate der Väter betrug 5% und entsprach der durchschnittlichen Arbeitslosenquote der hessischen Bevölkerung in der Erhebungszeit (ebenfalls 5%). Offensichtlich stellt Arbeitslosigkeit der Väter für die schweren und chronischen Störungen unserer stationären Patienten keinen hervorgehobenen Risikofaktor dar. Die Erwerbstätigkeit der Mütter ganztags bzw. in regelmäßiger Teilzeitbeschäftigung betrug 27%.

4 Ergebnisse der multiaxialen Klassifikation

4.1 Achse 1: Klinisch-psychiatrische Syndrome

Die Tabellen 3 und 4 zeigen, daß der Schwerpunkt der Diagnosen bei den emotionalen, neurotischen und reaktiven Störungen sowie bei Störungen des Sozialverhaltens liegt. Es handelt sich in der Regel um ausgeprägte Störungen, insbesondere bei Jugendlichen.

Tab. 4: Emotionale, neurotische und reaktive Störungen (N = 361; 32,6%)

Diagnosen ICD 9 Nr.	Klinik Rehberg 1978 (2. Hj.)–1985 abgeschl. Behandl.	
	N	%
Neurosen ICD 300	7	0,6
– mit Angst 300.0		
– Hysterie 300.1	21	1,9
– Zwangssymptomen 300.2	12	1,1
– Depression 300.4	116	10,5
– sonstige neurotische Störungen 300.5–300.9	23	2,1
Akute Belastungsreaktion 308	1	0,1
Anpassungsreaktion 309	25	2,3
Emotionale Störungen 313	164	15,0

Der Anteil der psychotischen Störungen entspricht den Befunden in anderen Kliniken. Monosymptomatische Störungen wie Einnässen, Einkoten, Stottern (ICD 307) sind in Relation zu den Vergleichskliniken selten. Die Abbildungen 2–4 zeigen die Alters- und Geschlechtsabhängigkeit der Diagnosen (ICD 300, 312, 313).

Während die Diagnose spezifische emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters (ICD 313) auch schon im Grundschulalter relativ häufig gestellt wird, werden neurotische Störungen (ICD 300) und Störungen des Sozialverhaltens (ICD 312) erst ab dem Hauptschulalter häufiger diagnostiziert. Neurotische Störungen (ICD 300) und spezifische emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters (ICD 313) werden öfter bei weiblichen, Störungen des Sozialverhaltens häufiger bei männlichen Jugendlichen gefunden. Spezifische emotionale Störungen

Tab. 3: Diagnosen, Achse 1 im Vergleich zu anderen Erhebungen

Diagnosen ICD 9 Nr.	Klinik Rehberg abgeschl. Behandl. 1978 (2. Hj.)–1985		ZI Mannheim ² abgeschl. Behandl. 1980–1983		4 Berliner Kliniken ³ stat. Behandl. Stichtag 15.2.83	
	N	%	N	%	N	%
Psychosen ICD 292–299	192	17,3	159	17,5	30	22,9
Emotionale, neurotische und reaktive Störungen ICD 300, 306, 308, 309, 311, 313	372	33,6	243	26,8	55	42,0
Monosymptomat. Störungen ICD 307	58	5,2	117	12,9	19	14,5
Störungen d. Sozialverh. ICD 312	337	30,4	217	23,9	38	29,0
Hyperkinet. Syndrom ICD 314	46	4,2	99	10,9	9	6,9
Andere ICD 301–305, 316	103	9,3	55	6,1		
Σ	1 108	100	908	100	151	100

² 1975–1985 10 Jahre kinder- und jugendpsychiatrische Klinik ZI für Seelische Gesundheit Mannheim

³ H.-Ch. Steinhäuser, A. Spilimbergo, F. Bussewitz: Die stationäre Klientel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Dtsch. Ärzteblatt Heft 24 vom 15.6.84

gen im Kindes- und Jugendalter überwiegen bis 13 Jahren bei den Jungen, später bei den Mädchen.

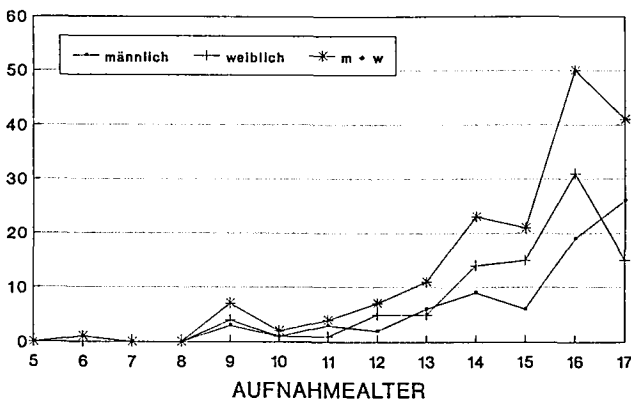


Abb. 2: Neurotische Störungen (ICD 300) nach Aufnahmealter (2. Halbj. 1978-1985)

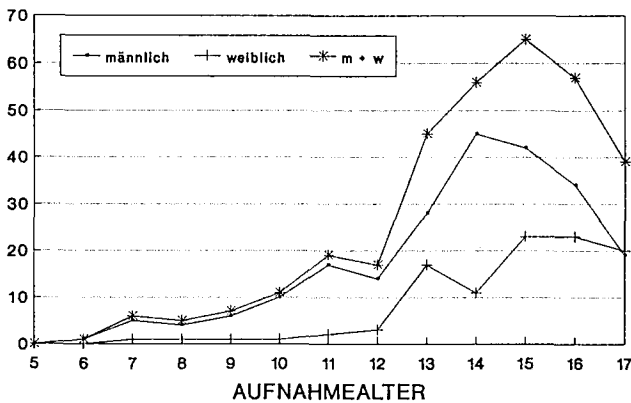


Abb. 3: Störungen des Sozialverhaltens (ICD 312) nach Aufnahmealter (2. Halbj. 1978-1985)

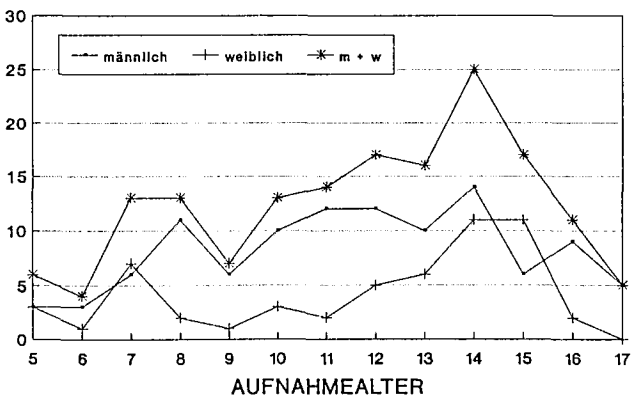


Abb. 4: Spezifische emotionale Störungen (ICD 313) nach Aufnahmealter (2. Halbj. 1978-1985)

4.2 Achse 2: Umschriebene Entwicklungsrückstände

Auf dieser Achse sind Mehrfachnennungen möglich. Umschriebene Entwicklungsrückstände zeigten insgesamt 14,4% der Patienten. Im einzelnen ergaben sich folgende Häufigkeiten:

Tab. 5: Häufigkeit der umschriebenen Entwicklungsrückstände in Prozenten

Lese- und Rechtschreibschwäche	4,2
Rechenschwäche	1,4
Andere Lernschwächen	1,4
Umschriebener Rückstand in der Sprech- und Sprachentwicklung	4,0
Motorischer Entwicklungsrückstand	3,8
Multiple Entwicklungsrückstände	4,1

4.3 Achse 3: Intelligenz

Die Hälfte aller Patienten hatte eine durchschnittliche Intelligenz. Stark vertreten waren im Berichtszeitraum die niedrigen Intelligenzklassen. Diese Linksverschiebung der Verteilung hat sich aber in den letzten Jahren aufgrund der veränderten Zusammensetzung des Klientels deutlich vermindert.

4.4 Achse 4: Körperliche Symptomatik

Auffallend hoch ist die Rate der körperlichen Krankheitssymptome von 55,1%. 36,7% der Patienten hatte eine neurologische Symptomatik. Hierbei wurden nicht nur manifeste neurologische Krankheiten erfasst, sondern auch Zeichen für leichte Hirnfunktionsstörungen im Sinne von minimaler cerebraler Dysfunktion bzw. Zustand nach frühkindlicher Hirnschädigung.

4.5 Achse 5: Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

Die Achse 5 ließ maximal 3 Angaben zu abnormen psychosozialen Umständen zu. In der Regel, nämlich bei 93,6% aller Patienten, lagen abnorme psychosoziale Umstände vor. Es dominierten übermäßig ausgeprägte familiäre Beziehungen im Sinne von ausgeprägter Einmischung, zu starker Überbehütung und Einschränkung sowie im Sinne unangemessener emotionaler Stimulation (34,7%). Etwa gleich oft fanden wir besondere familiäre Verhältnisse im Sinne von Heimaufenthalt, Erziehung durch nur einen Elternteil, durch Pflegeeltern, durch wechselnde Erziehungspersonen (32,8%). Unzureichende oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation wurde in 20,7% diagnostiziert. Deutliche psychosoziale Störungen bei anderen Familienmitgliedern wurden in 18,8% angegeben. Mangel an emotionaler Wärme wurde bei 18,1%, unzureichende oder inkonsistente elterliche Kontrolle bei 17,0%, Disharmonie in der Familie bei 16,2% festgestellt.

5 Vor und nach dem Klinikaufenthalt

5.1 Einweisung

Die Einweisung erfolgte zu 65,6% durch praktische Ärzte. 16,3% der Patienten kamen aus anderen Kliniken. Psychiater und Psychotherapeuten waren nur zu 10,8% an Einweisungen beteiligt. Behörden wiesen in 6% der Fälle ein. Sonstige Einweisungen erfolgten in 1,3%.

5.2 Empfohlene ärztliche Weiterbetreuung

30,1% der Patienten wurden in hausärztliche Weiterbetreuung entlassen. 13,5% der Patienten erhielt die Empfehlung zur ambulanten kinderpsychiatrischen Behandlung. In 10,9% der Fälle wurde zur Weiterbehandlung bei einem anderen Facharzt geraten. 5,7% der Patienten wurde in andere Kliniken verlegt bzw. weiterempfohlen. In 39,9% der Fälle gab es keine ausdrückliche Empfehlung zur ärztlichen Weiterbehandlung.

5.3 Empfohlene Weiterbetreuung

Die Basisdokumentation bietet bei diesem Item ebenfalls die Möglichkeit von Mehrfachnennungen. 47,9% der Patienten erhielt die Empfehlung zu einer Psychotherapie. 25,6% wurden an eine Erziehungsberatungsstelle verwiesen. Nachgehende Fürsorge wurde in 32,8% für erforderlich gehalten. Psychotherapie der Eltern bzw. Familientherapie wurde in 21% als Maßnahme nach der Entlassung empfohlen. 10,9% der Patienten wurde an die Lebenshilfe bzw. eine beschützende Werkstatt verwiesen.

5.4 Entlassung nach

61,3% der Patienten wurden zu den Eltern entlassen. 22,8% kamen in ein therapeutisches oder heilpädagogisches Heim bzw. eine Anstalt. Zu 5,2% wurden Patienten zu Pflegeeltern, Verwandten oder zur Adoption vermittelt. 3,3% der Entlassenen gingen in Wohnheime bzw. Internate.

6 Diskussion

Bemerkenswert sind der starke Rückgang des anfänglich hohen Anteils an heilpädagogisch zu fördernden behinderten Langzeitpatienten und die entsprechende Zunahme von Akutkranken (worauf auch der niedrige Medianwert der Verweildauer von 78 Tagen hinweist). Dadurch erwuchs der Klinik ein neuer therapeutischer Schwerpunkt speziell bei tiefenpsychologisch-analytischen und verhaltenstherapeutischen Techniken.

Das zugewiesene Einzugsgebiet ist flächenmäßig sehr groß. Hinzu kommt ein erheblicher Anteil von Patienten aus den benachbarten Landkreisen von Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz. Seit 1986 übernimmt die Klinik auch die Regelversorgung des Landkreises Siegen-Wittgenstein (NRW). Das Einzugsgebiet ließe sich aber nicht ohne weiteres auf evtl. zu gründende weitere Kliniken aufteilen, da eine Klinik erst ab einer gewissen Größe an alle notwendigen Versorgungsangebote vorhalten kann. Größere Gemeindenähe suchen wir durch den Einsatz von mobilen Ambulanzen zu erreichen.

Die soziale Schichtzugehörigkeit zeigte ein ausgeprägtes Maximum in der Mittelschicht. Dies spricht für das überlegene Hilfe-Such-Verhalten in diesem Bevölkerungsanteil. Allerdings war die Schichtzugehörigkeit bei 33,6% nicht zu ermitteln, weil die betreffenden Kinder nicht beim Vater bzw. Ersatzvater lebten, sondern zum überwiegenden Teil in Heimen untergebracht waren. Es ist zu vermuten, daß unter diesen Patienten Unterschichtangehörige überwiegen. Die Arbeitslosigkeit des Vaters spielte statistisch offensichtlich keine bedeutende

Rolle, ebenfalls nicht generell die Berufstätigkeit der Mütter, wie in der Literatur häufig angenommen wird. Die broken-home-Situation, der die Mehrzahl der Patienten ausgesetzt war, liegt weit über dem Bevölkerungsdurchschnitt und kann zweifellos in vielen Fällen als pathogener Belastungsfaktor bzw. als Indikator für psychosoziale Belastungen gewertet werden. Neben den harten Fakten der Wohnsituation wurde eine Reihe von diagnostischen Aussagen über abnorme psychosoziale Umstände getroffen. Psychosoziale Belastungen lagen regelmäßig vor (93,6%). Am häufigsten fanden wir bei unseren Patienten neurotisierende Verhältnisse im Sinne von ausgeprägten, durch Einmischung, Überbehütung und Einschränkung gekennzeichneten Familienbeziehungen (34,7%).

Wie die klinischen Diagnosen zeigen, lag der Schwerpunkt bei milieureaktiven und neurotischen Störungen des Verhaltens und der Emotionalität. Die Diagnosen wiesen Alters- und Geschlechtsabhängigkeiten auf. Auffällig ist der hohe Anteil der Patienten mit neurologischer Symptomatik (36,7%) überwiegend im Sinne von Hinweiszeichen auf früherworbene zerebrale Dysfunktionen.

Die Einweisungen erfolgten zum größeren Teil durch Allgemeinärzte (65,6%), was wohl dahingehend gewertet werden kann, daß die erste Intanz für hilfesuchende Eltern häufig der Hausarzt war.

Die empfohlene Weiterbetreuung nach der Entlassung aus stationärer Behandlung streute erheblich als Ausdruck der weit gespannten Zusammenarbeit nicht nur mit den niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten, sondern auch mit weiteren Teilen des psychosozialen Netzes wie Erziehungsberatungsstellen, Jugendämtern, heilpädagogischen Heimen, Sonderkindergärten, Sonderschulern, beschützenden Werkstätten. Den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken kommen hier gerade bei den schweren Störungen neben diagnostischen und therapeutischen Aufgaben wichtige Weichenstellfunktionen zu.

Summary

The In-Patients of a Psychiatric Hospital for Children and Adolescents in Hessen

The total number of 1108 in-patients treated in the psychiatric hospital Herborn between mid-1978 and 1985 are listed according to ICD-diagnosis and selected demographic characteristics. The high social stress factors are subdivided. In the course of the collection period the rate of mentally handicapped persons decreased while in recent years the proportion of younger children increased significantly.

Literatur

Remschmidt, H./Schmidt, M. (Hrsg.) (1986): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. Bern: Huber, 2., revidierte Aufl.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Otto Aba, Austraße 40, 6348 Herborn