

Goldbeck, Lutz und Göbel, Dietmar

**Stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie -
Analysen an einer Inanspruchnahmepopulation**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 39 (1990) 3, S. 87-93

urn:nbn:de:bsz-psydok-33983

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

- GERLICHER, K./SCHNEIDER, H./RUDERT, R.: Wartezeiten an bayerischen Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstellen – Ergebnisse einer Erhebung 1988 (Waiting Times in Bavarian Youth- and Family-Counseling Centers. Results of a Study Completed in 1988) 55

Familientherapie

- HEEKERENS, H.P.: Familiendiagnostik und Evaluationsforschung (Family Diagnostik and Evaluation Research) 2

Forschungsergebnisse

- GOLDBECK, L./GÖBEL, D.: Stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Analysen an einer Inanspruchnahmepopulation (Stationary Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Analysis of an Inpatients Population) 87
- GREISER, W./BRÖTZ, A.: Über den Zusammenhang von sozialer Unterstützung mit Spannungszuständen und Alkoholkonsum bei Jugendlichen (The Context of Social Support, Stress and Alcohol Consumption by Students) 306
- HOBRÜCKER, B.: Die Technik der Nachbefragung in der stationären Behandlung aggressiver Verhaltensstörungen im Kindesalter (Interviewing as a Therapeutic Technique following Children's Aggressive Acts during Inpatient Treatment) 38
- JANSEN, F./STREIT, U./STREIT, A.: Veränderung der Kreislaufaktivierung in Lern- und Leistungssituationen bei leistungsgestörten Kindern (Changes in Cardiovascular Activity during Learning in Children with Learning Problems) 244
- KLAUER, K.J.: Denktraining für Schulanfänger: Ein neuer Ansatz zur kognitiven Förderung (Training to Think for Preschoolers and First Grade Children: A new Approach to Fostering of Cognitive Development) 150
- KUSCH, M./PETERMANN, F./HARTMANN, H./ROHMANN, U.: Soziale Interaktion mit autistischen Kindern: Ansatz einer störungsspezifischen, therapieorientierten Diagnostik (Social Interaction with Autistic Children: Application of a Disorder-specific and Intervention-orientated Assessment) 114
- LEMP, R./PIETSCH-BREITFELD, B.: Die Intelligenzstruktur hypermotorischer Kinder: Vergleichende Untersuchung an 2229 HAWIK-Profilen (Intelligence Test Profiles of Hyperkinetic Children. Retrospective Evaluation of 2229 HAWIK Profiles) 80
- LÖSER, H./SCHMITT, G. M./GRÄVINGHOFF, K.: Sind Kinder mit Alkoholembryopathie trockene Alkoholiker? – Eine Untersuchung zum Risiko der Suchtentwicklung (Development of Addiction in Children with Fetal Alcohol Syndrome [Alcohol Embryopathy]) 157

- LOTZGESELLE, M.: Schuphobisches Verhalten – Entstehungsbedingungen und Verläufe (Schoolphobic Behaviour – Aetiological Circumstances and Courses) . . . 18
- STEINMÜLLER, A./STEINHAUSEN, H. C.: Der Verlauf der Enkopresis im Kindesalter (The Course of Encopresis in Childhood) 74

Identität

- DIEPOLD, B.: Ich-Identität bei Kindern und Jugendlichen (Ego-Identity during Childhood and Adolescence) . . 214
- LINDNER, W. V.: Begegnung mit Fremden (Encounter with the Alien) 210
- OCKEL, H.: Beziehungen zwischen individueller und kollektiver Identitätssuche (Relations Between Personal and Collective Search for Identity) 203
- REITER, L.: Identität aus systemtheoretischer Sicht (Identity from a System Theoretic Point of View) 222

Praxisberichte

- HUCK, W.: Wiederspiel und Abbild der nationalsozialistischen Vergangenheit in der Psychotherapie jugendlicher Patienten (Repetition of Specific Nazi Patterns in the Psychotherapy of Juvenile Patients) 180
- KILIAN, H.: Psychodiagnostik als Möglichkeit für systemische Intervention? Einige Gedanken zu Tests und systemischem Ansatz (Psychological Tests as a Possibility for Systemic Intervention? Some Considerations on Tests and the Systemic Approach) 300
- DE LORME, I.: Haben psychodynamische Überlegungen bei Hirnabbauprozessen noch ihre Berechtigung? (Are Psychodynamic Considerations Still Appropriate in Cases of Degenerative Brain Process?) 172
- LUDE, W./ADAM, G./ADAM, A.: Integratives pädagogisch-therapeutisches Vorgehen in der stationären gruppen-therapeutischen Arbeit mit verhaltensauffälligen Jugendlichen (An Integrated Educational-therapeutic Approach in Inpatient Group Therapy with Behaviourally Disturbed Adolescents) 293
- MANGOLD, B.: Einflüsse der systemischen Familientherapie auf die Organisation und Arbeitsweise einer psychotherapeutischen Kinderabteilung (Influences of Systemic Family Therapy on the Organisation and Working of a Psychotherapeutic Unit) 94

Psychotherapie

- SCHLÖSSER, A. M.: Übergangsobjekt und Objektbeziehung (Transitional Object and Object Relation) 6

Übersichten

- BRANIK, E.: Depressive Syndrome in der Adoleszenz (Depressive Syndromes in Adolescence) 126
- FINGER, P.: Die Sterilisation geistig Behinderter nach § 1905 BGB in der Fassung eines Entwurfs des Betreu-

| | | | |
|---|-----|---|-----|
| ungsgesetzes (BtG) (The Sterilization of the Mentally Handicapped According to Para. 1905 BGB [Civil Code] in the Version of the Betreuungsgesetz) | 132 | SCHMIDT, M. H.: Wichtige kinderpsychiatrische Forschungsfelder – Rückblick und Ausblick (Important Research Topics in Child Psychiatry – Review and Preview | 330 |
| FRANKE, U.: Theraplay – eine direkte kommunikative Spieltherapie („Theraplay“ – A Directive Communicative Play Therapy) | 12 | SCHÖNFELDER, T.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Integrative Perspektiven (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: Integrative Perspectives) | 364 |
| HARTKAMP, N.: Einige Befunde der Säuglingsbeobachtung und der neueren Entwicklungspsychologie (Some new Findings in the Area of Infant Observation and Current Developmental Psychology) | 120 | SPECHT, F.: Die Zusammenarbeit der beteiligten psychosozialen Systeme bei der Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher (The Care of Mentally Disturbed Children and Juveniles: Cooperation Between the Relevant Psychosocial Systems) | 347 |
| REHM, H./PFITZNER, R.: Die Diagnose „Adoleszentenkrise“ im Spiegel der Rorschach-Diagnostik (The Diagnostic Category „Adolescent Crisis“ from the Point of View of Rorschach-Tests) | 283 | ZAUNER, J.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Der Beitrag der Psychoanalyse (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Contribution of Psychoanalysis) | 358 |
| REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M. H./STRUNK, P.: Gewalt in Familien und ihre Verhinderung. Zugleich ein Plädoyer für die Abschaffung des elterlichen Züchtigungsrechtes (Violence in Families and the Prevention. Also a Pleading for Abolition of Parental Right to inflict Punishment) | 162 | | |
| SCHAUENBURG, H.: Zur familiären Bewältigung des Gilles de la Tourette-Syndroms (Coping with Tourette-Syndrome in the Family) | 167 | Tagungsberichte | |
| SEIDLER, G. H.: Rumpelstilzchen auf der Couch – ein Ensemble von Scham-, Identitäts- und Vaterthematik (Rumpelstiltsken on the Couch. An Encounter of the Subjects Shame, Identity and Father) | 261 | Bericht über die Jahrestagung der Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP) vom 27.–29. Oktober 1989 in Stuttgart: Körpererleben in der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie | 61 |
| STEINHAUSEN, H. C.: Diagnose und Klassifikation im Spannungsfeld von Beschreibung und Interpretation (Diagnosis and Classification: Suspended Between Description and Interpretation) | 255 | Bericht über das 3. Forschungssymposium zum Thema „Developmental Psychopathology“ der WHO European Child Psychiatrists Research Group in Marburg vom 1. bis 4. 10. 1989 | 62 |
| SUESS, G. J.: Arbeit mit Scheidungsfamilien – Überlegungen aus der Sicht der Bindungstheorie und kontextuellen Therapie (Working with Divorcing Families – Considerations from the Perspective of Attachment Theory and Contextual Therapy) | 278 | Bericht über die letzte Tagung der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR in Leipzig vom 7.–9. 2. 1990 | 229 |
| ULLRICH, G.: Psychosoziale Versorgung in der Medizin: Eine Frage des „management bias“? (Psychosocial Care in Medical Settings: a Question of „Management Bias“?) | 249 | Bericht über die Fachtagung „Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ vom 2.–3. März 1990 in Heidelberg anlässlich des 65. Geburtstages von Prof. Müller-Küppers | 230 |
| VOLL, R.: Neurotische Delinquenz im Jugendalter (Neurotic Delinquency in Adolescence) | 52 | Gründung einer Gesellschaft für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters der DDR | 231 |
| WALTHER, J. U.: Genetik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Genetics in Child Psychiatry) | 45 | Bericht über die Tagung anlässlich des 40jährigen Bestehens der Erziehungsberatungsstelle des Vereins für Erziehungshilfe e.V., Marburg | 232 |
| | | 2. Europäisches Symposion: Frühe Hilfen für behinderte Kinder in der Europäischen Gemeinschaft | 310 |

Wissenschaftliche Grundlagen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

| | |
|--|-----|
| LEMP, R.: Die historische Perspektive kinderpsychiatrischer Forschung im Spannungsfeld zwischen Natur- und Geisteswissenschaft (The Historical Perspective in Childpsychiatry Between Sciences and Humanities) . . | 325 |
| MARTINIUS, J.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Biologisch-psychiatrische Aspekte (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Contribution of Biological Psychiatry) | 353 |
| REMSCHMIDT, H.: Grundsätze zur Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher (Principles of the Care of Psychologically Disturbed Children and Juveniles) | 338 |
| ROTHHAUS, W.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Die systemische Perspektive (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Systemic Perspective) | 361 |

Buchbesprechungen

| | |
|--|-----|
| ANGERMEYER, M. C./KLUSMANN, D. (Hrsg.): Soziales Netzwerk – Ein neues Konzept für die Psychiatrie . . | 313 |
| ANSELMANN-SEYDLER, S.: Die Rolle des Lehrers im Krankenhaus | 104 |
| BAUMGARTEN-WEYMAR, S./TEWES, U./WOLFF, G.: Vom Recht am Kind. Leitfaden für familienrechtliche Auseinandersetzungen | 379 |
| BETTELHEIM, B.: Der Weg aus dem Labyrinth | 100 |
| BOEHNKE, K./MACPHERSON, M. J./SCHMIDT, F. (Hrsg.): Leben unter atomarer Bedrohung. Ergebnisse internationaler psychologischer Forschung | 371 |
| BOSCOLO, L./CECCHIN, G./HOFFMANN, L./PENN, P.: Familientherapie – Systemtherapie. Das Mailänder Modell: Theorie, Praxis und Konversation | 28 |
| CAPLAN, G.: Bevölkerungsorientierte Familienpsychiatrie . | 314 |
| CECI, S. J./ROSS, D. F./TOGILA, M. P. (Eds.): Perspectives on Children's Testimony | 238 |
| DOLD, P.: Szeno-Familientherapie | 101 |

| | | | |
|--|-----|--|-----|
| EGGERS, C./LEMP, R./NISSEN, G./STRUNK, P.: Kinder- und Jugendpsychiatrie | 378 | LUKESCH, H./NÖLDER, W./PEEZ, H. (Hrsg.): Beratungsaufgaben in der Schule | 105 |
| EICKHOFF, F. W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse Bd. 24 u. 25 | 312 | MAAR, M./BALLHAUS, V.: Papa wohnt jetzt in der Heinrichstraße | 65 |
| ELL, E.: Psychologische Kriterien bei der Sorgerechtsregelung und die Diagnostik der emotionalen Beziehungen | 315 | MEYER, J.: Philipp Henry Lord Stanhope. Der Gegenspieler Kaspar Hausers | 64 |
| ELL, E.: Psychologische Kriterien bei der Regelung des persönlichen Umgangs | 315 | MIETZEL, G.: Wege der Entwicklungspsychologie – Kindheit und Jugend | 139 |
| ENZMANN, D./KLEIBER, D.: Helfer-Leiden. Streß und Bournout in psychosozialen Berufen | 313 | NEUHÄUSER, G./STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Geistige Behinderung | 380 |
| FEDOR-FREYBERGH, P. G. (Hrsg.): Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen | 64 | NIEDERBERGER, J. M./BÜHLER-NIEDERBERGER, O.: Formenvielfalt in der Fremderziehung | 193 |
| FEIEREIS, H.: Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie | 102 | NIES-DIERMANN, H./PAUSEWANG, I.: Die subjektive Wertung der leiblichen Herkunft und ihre Bedeutung für die Eltern-Kind-Interaktion. Dargestellt am Beispiel der Adoptionsfamilie | 377 |
| FREEDMAN, A. M./KAPLAN, H. I./SADOCK, B. J./PETERS, U. H. (Hrsg.): Psychiatrische Probleme der Gegenwart . . | 382 | NISSEN, G. (Hrsg.): Somatogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter | 381 |
| FRIESE, H. J./TROT, G. E. (Hrsg.): Depression in Kindheit und Jugend | 194 | NITZSCHKE, B. (Hrsg.): Freud und die akademische Psychologie | 140 |
| GARZ, D.: Sozialpsychologische Entwicklungstheorien. Von Mead, Piaget und Kohlberg bis zur Gegenwart . . | 271 | OLSON, B./RETT, A.: Linkshändigkeit | 142 |
| GRISSEMAN, H.: Lernbehinderung heute. Psychologisch-anthropologische Grundlagen einer innovativen Lernbehinderten-Pädagogik | 66 | PAPP, P.: Die Veränderung des Familiensystems | 29 |
| HÄRLE, G.: Männerweiblichkeit. Zur Homosexualität bei Klaus und Thomas Mann | 63 | PETERMANN, F./PETERMANN, U.: Training mit aggressiven Kindern, 4. Aufl. | 142 |
| HEEKERENS, H. P.: Familientherapie und Erziehungsberatung | 270 | PETERMANN, U./PETERMANN, F.: Probleme im Jugendalter – Psychologische Hilfen | 316 |
| HEIGL-EVERS, A./WEIDENHAMMER, B.: Der Körper als Bedeutungslandschaft. Die unbewußte Organisation der weiblichen Geschlechtsidentität | 236 | PETERMANN, F./BODE, U./SCHLACK, G. (Hrsg.): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche: Eine interdisziplinäre Aufgabe | 382 |
| HENZE, K. H.: Chronische Krankheit in der Adoleszenz . | 237 | PÖLDINGER, W. (Hrsg.): Angst und Angstbewältigung . . | 64 |
| HIRSCH, M. (Hrsg.): Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens . . | 375 | RAUSCHENBACH, B./WEHLAND, G.: Zeitraum Kindheit – Zum Erfahrungsraum von Kindern in unterschiedlichen Wohngebieten | 375 |
| HÖRMANN, G./NESTMANN, F. (Hrsg.): Handbuch der psychosozialen Intervention | 30 | RETZLAFF, I. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder – Mißhandlung und sexueller Mißbrauch Minderjähriger | 105 |
| INSTITUT FÜR ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE ZÜRICH-KREUZLINGEN (Hrsg.): Psychoanalyse im Rahmen der demokratischen Psychiatrie, Bd. III/IV | 195 | ROUTH, D. K. (Ed.): Handbook of Pediatric Psychology . | 31 |
| ISKENIUS-EMMLER, H.: Psychologische Aspekte von Tod und Trauer bei Kindern und Jugendlichen | 370 | SACHSE, R./HOWE, J. (Hrsg.): Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie | 102 |
| JUNGE, H.: Heimerziehung im Jugendhilfeverbund. Konzepte und Konsequenzen | 272 | SALZGEBER, J.: Familienpsychologische Begutachtung . . | 315 |
| KAISER, P.: Familienerinnerungen – Zur Psychologie der Mehrgenerationenfamilie | 100 | SCHLEIFFER, R.: Elternverluste – Eine explorative Datenanalyse zur Klinik und Familiendynamik | 103 |
| KARCH, D./MICHAELIS, R./RENNE-ALLHOFF, B./SCHLACK, H. G.: Normale und gestörte Entwicklung. Kritische Aspekte zu Diagnostik und Therapie | 374 | SCHNEIDER, W.: Zur Entwicklung des Meta-Gedächtnisses bei Kindern | 28 |
| KAST, V.: Wege zur Autonomie | 235 | SEEHAUSEN, H.: Familien zwischen modernisierter Berufswelt und Kindergarten | 272 |
| KELLER, H. (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung . | 314 | SOLNIT, A. J. et al. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child. Vol. 44 | 107 |
| KERSTING, H. J./KRAPOHL, L./LEUSCHNER, G.: Diagnose und Intervention in Supervisionsprozessen | 31 | SPECK, O./THURMAIR, H. (Hrsg.): Fortschritte der Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder | 192 |
| KOELLA, W. P.: Die Physiologie des Schlafes. Eine Einführung | 33 | STAATSLNSTITUT FÜR FRÜHPÄDAGOGIK UND FAMILIENFORSCHUNG (Hrsg.): Handbuch der integrativen Erziehung behinderter und nicht behinderter Kinder | 380 |
| KÖNIG, C. (Hrsg.): Gestörte Sexualentwicklung bei Kindern und Jugendlichen. Begutachtung, Straffälligkeit, Therapie | 373 | STEPHAN, U. (Hrsg.): Langzeittherapie im Kindes- und Jugendalter | 33 |
| KOHNSTAMM, R.: Praktische Kinderpsychologie. Die ersten 7 Jahre | 379 | THIMM, W. et al. (Hrsg.): Ethische Aspekte der Hilfen für Behinderte | 237 |
| KÜHLER, T.: Zur Psychologie des männlichen Kinderwunsches. Ein kritischer Literaturbericht | 106 | THOMÄ, H./KÄCHELE, H. (Hrsg.): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 2: Praxis | 30 |
| LEBER, A./TRESCHER, H. G./WEISS-ZIMMER, E.: Krisen im Kindergarten. Psychoanalytische Beratung in pädagogischen Institutionen | 32 | TÖLLE, R.: Psychiatrie, 8. Aufl. | 66 |
| | | VERBAND KATHOLISCHER EINRICHTUNGEN DER HEIM- UND HEILPÄDAGOGIK (Hrsg.): Verbundsysteme in der Jugendhilfe | 272 |
| | | VOSS, R. (Hrsg.): Das Recht des Kindes auf Eigensinn . . | 376 |
| | | WALTER, J. (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch im Kindesalter . | 194 |

| | | | |
|--|-----|---|-----|
| WEIDEMANN, D.: Leben und Werk von Therese Benedek (1982-1977) - Weibliche Sexualität und Psychologie des Weiblichen | 235 | ZIELKE, M./STURM, J./MARK, N. (Hrsg.): Die Entzauberung des Zauberbergs. Therapeutische Strategien und soziale Wirklichkeit | 104 |
| WEISS, H.: Familie und Frühförderung | 192 | ZUSCHLAG, B./THIELKE, W.: Konfliktsituationen im Alltag | 32 |
| WEISS, L./KATZMANN, M./WOLCHIK, S.: Bulimie - Ein Behandlungsplan | 372 | Editorial: 202, 324 | |
| ZANK, S.: Zur Entwicklung des Lösungsmittelschnüffels bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen | 370 | Autoren der Hefte 25, 63, 98, 139, 190, 233, 266, 311, 367 | |
| ZEPF, S./HARTMANN, S.: Psychoanalytische Praxis und Theoriebildung: Verstehen und Begreifen - Eine erkenntnistheoretische Untersuchung | 141 | Diskussion/Leserbriefe: 233, 267 | |
| | | Zeitschriftenübersicht: 26, 98, 191, 268, 368 | |
| | | Tagungskalender: 34, 67, 108, 143, 196, 239, 274, 318, 384 | |
| | | Mitteilungen: 35, 68, 109, 144, 196, 240, 275, 318, 384 | |

Stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Analysen an einer Inanspruchnahmepopulation

Von Lutz Goldbeck und Dietmar Göbel

Zusammenfassung

Anhand der Krankengeschichten dreier Jahrgänge wird die Zusammensetzung des stationären Klientels einer Universitätsabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie analysiert. Überwiegend wurden Störungen des Sozialverhaltens sowie emotionale, neurotische und psychosomatische Störungen behandelt. Bemerkenswert ist die sehr hohe Rate an belastenden psychosozialen Lebensumständen, wodurch sich die stationären Patienten deutlich von ambulanten Patienten unterscheiden. Zusammenhangsanalysen können kaum diagnoseabhängige Binnendifferenzierungen des Therapieangebots und der Behandlungserfolge aufzeigen. Die Funktion einer stationären Therapieeinheit im übrigen Versorgungskontext wird diskutiert.

1 Einleitung

Mehr als ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsformen sollte sich die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Therapie einer kritischen Überprüfung stellen, zumal eine vorübergehende Trennung eines Kindes oder Jugendlichen von seinem gewohnten Milieu einen erheblichen Eingriff in die Kontinuität einer individuellen Entwicklungsgeschichte bildet und zu Reintegrationsproblemen führen kann. Ansätze zur Therapieevaluation gibt es bislang wohl nicht zuletzt wegen des äußerst komplexen Gegenstands nur vereinzelt (z. B. HOBRÜCKER, 1986). Bisher fehlt es weitgehend

an publizierten Angaben über die in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken stationär behandelten Störungen, über die Art und Dauer der Behandlung sowie über Behandlungserfolge. Eine Ausnahme bildet die an allen Westberliner kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken durchgeführte Stichtagerhebung von STEINHAUSEN ET AL. (1984). Im übrigen finden sich in der deutschsprachigen Literatur neben Falldarstellungen stationärer Therapien einzelne Arbeiten, in denen stationäre Therapiekonzepte bzw. die Arbeitsweise bestimmter Kliniken insgesamt oder unter einzelnen Aspekten vorgestellt werden (z. B. KÖGLER 1982, ROTHHAUS 1984, HEINZMANN ET AL. 1983, KÖGLER u. LEIPERSBERGER 1985, BAUERS 1983). Mit den hier vorgelegten Daten soll das Klientel der Berliner Universitätsabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie beschrieben werden. In einem ersten Ansatz soll eine Differenzierung der durchgeführten stationären Therapien versucht werden.

2 Methode

In den Jahren 1982, 1983 und 1984 wurden an der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters der Freien Universität Berlin insgesamt 207 Patienten stationär behandelt. Die Abteilung verfügt über zwei Stationen mit zusammen 18 Behandlungsplätzen, eine sogenannte „Kinderstation“ mit 11 Betten und eine „Jugendlichenstation“ mit 7 Betten. Über jeden Patienten wurde im Rahmen eines standardisierten Dokumentationssystems eine Reihe von Daten u. a. zur Sym-

ptomatik, zur Anamnese, zur Diagnose und zur stationären Therapie erhoben. Die Datenerhebung wurde jeweils vom behandelnden Arzt/Psychologen vorgenommen. Aus den vorliegenden Angaben zu den stationären Patienten der drei o.g. Jahrgänge wurden für die vorliegende Untersuchung die Angaben zur Diagnose und zur stationären Therapie ausgewertet. Es soll darauf eingegangen werden, welche psychiatrischen Störungen zu einer stationären Aufnahme führten (Frage der generellen Indikationsstellung). Weiterhin sollen einzelne Behandlungselemente angeführt werden, und es sollen die Ergebnisse der stationären Therapie anhand ausgesprochener Anschlußempfehlungen und einer Grobeinschätzung des Behandlungserfolges dargestellt werden. Ausgehend von der Annahme, daß bei unterschiedlichen Störungsbildern ein hinreichend differenziertes therapeutisches Vorgehen erforderlich ist, soll geprüft werden, ob sich entsprechende Differenzierungen in den dokumentierten Behandlungsverläufen erkennen lassen (Frage der differentiellen Indikation). Die statistische Beurteilung wurde überwiegend mit dem Fisher-Test bzw. dem Chi²-Test durchgeführt. Wegen der multiplen Prüfungen wurde das Signifikanzniveau von Alpha = 0,05 nach dem Verfahren von HOLM (1979) adjustiert. Nur Unterschiede, die auf diesem adjustierten Niveau auftraten, wurden als signifikant gewertet; Unterschiede, die zum Niveau 0,05 auftraten, wurden als tendenziell im Sinne einer Hypothesengenerierung angesehen.

3 Ergebnisse

3.1 Alter, Geschlecht

Die Hälfte der behandelten Patienten waren Jugendliche im Alter ab 14 Jahren. Die 6–9-jährigen bildeten einen Anteil von 21,7% an der Gesamtgruppe, die 10–13-jährigen waren zu 25,6% vertreten. Nur in seltenen Fällen (2,9%) wurden jüngere Kinder im Alter bis zu 5 Jahren stationär behandelt. Verglichen mit dem in derselben Klinik ambulant untersuchten Patienten (JUNGMAHN ET AL. 1978) ergibt sich in der stationären Klientel eine deutliche Verschiebung zugunsten des Anteils der Jugendlichen ab 14 Jahren.

Tab. 1: Altersverteilung der stationären Patienten 1982–1984

| | n | % |
|-------------|-----|------|
| ≤ 5 Jahre | 6 | 2,9 |
| 6–9 Jahre | 45 | 21,7 |
| 10–13 Jahre | 53 | 25,6 |
| ≥ 14 Jahre | 103 | 49,8 |
| | 207 | 100 |

Die Untersuchungsgruppe bestand je zur Hälfte aus männlichen (51,2%) und weiblichen Patienten (48,8%), wobei Jungen bei den Kindern bis einschließlich 13 Jah-

ren überrepräsentiert waren, Mädchen hingegen bei den Jugendlichen ab 14 Jahren die Mehrzahl der Patienten stellten. Im Vergleich zu dem üblicherweise in kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulationen gefundenen Geschlechterverhältnis von 2:1 zugunsten der Jungen (JUNGMAHN ET AL. 1978) ergibt sich hier ein zahlenmäßiges Gleichgewicht zwischen den Geschlechtern. Die stationären Patienten waren zum überwiegenden Anteil (60,7%) der sozioökonomischen Unterschicht zugehörig (gemessen nach dem Schema von KLEINING & MOORE). 39,3% waren der Mittel- und Oberschicht zuzurechnen.

Tab. 2: Sozialökonomischer Status der stationären Patienten nach Sozialschichten

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|----|------|------|-----|-----|-----|
| % | 32 | 28,6 | 18,9 | 9,7 | 9,7 | 1,0 |

60,7

39,3

3.2 Diagnosen

Die Diagnosen wurden nach dem multiaxialen Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach RUTTER, SHAFFER und STURGE (REMSCHMIDT/SCHMIDT, 1977) ermittelt. Die am häufigsten vergebenen Diagnosen auf der 1. Achse sind in Abb. 1 zusammengefaßt (es ist zu beachten, daß die

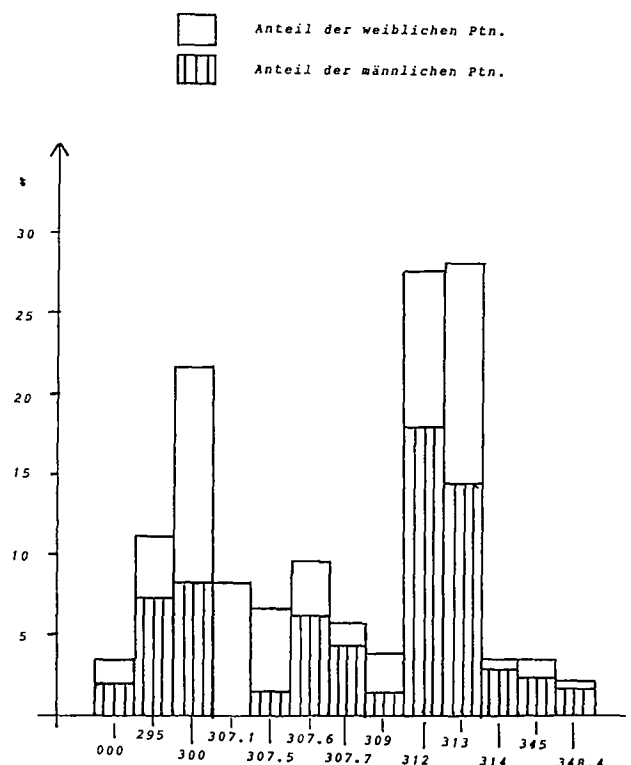


Abb. 1: Häufigkeit der psychiatrischen Diagnosen nach ICD-9 unter den stationären Ptn. in Prozent

Vergabe von bis zu zwei Diagnosen auf der 1. Achse vorgesehen ist). Bei einigen Patienten wurde die Diagnose „keine psychiatrische Störung“ gestellt. Sie wurden entweder wegen einer starken Entwicklungsverzögerung oder wegen einer körperlichen Symptomatik (z. B. MCD und Epilepsie) stationär behandelt.

Mit Abstand am häufigsten wurden Patienten mit spezifischen emotionalen Störungen (ICD 313, 28%), mit Störungen des Sozialverhaltens (ICD 312, 27,5%) und mit neurotischen Störungen (ICD 300, 21,7%) stationär behandelt. Weitere häufig vertretene Diagnosen sind schizophrene Psychosen (ICD 295, 11,1%), Enuresis (ICD 307.6, 9,7%), Anorexia nervosa (ICD 307.1, 8,2%), Eßstörungen (ICD 307.5, 6,8%) und Enkopresis (ICD 307.7, 5,8%). Betrachtet man die Diagnosen auf der 1. Achse getrennt für die beiden Stationen, so ergeben sich erwartungsgemäß deutliche Unterschiede in Folge eines Alterseffekts. Auf der sogenannten „Kinderstation“ wurden schwerpunktmäßig Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens behandelt (39,2%), gefolgt von emotionalen Störungen (25%), Enuresis (16,7%) und neurotischen Störungen (14,2%). Auf der Jugendlichenstation waren Patienten mit neurotischen und emotionalen Störungen zu je einem Drittel vertreten (32,2%), gefolgt von Patienten mit schizophrenen Psychosen (21,8%) und Anorexien (16,1%). Störungen des Sozialverhaltens bildeten auf dieser Station einen erheblich geringeren Anteil (11,5%). Vergleiche mit Untersuchungen an anderen Inanspruchnahmepopulationen (z. B. STEINHAUSEN ET AL. 1984) zeigen, daß Störungen des Eßverhaltens sowie der Ausscheidungsfunktionen ein „Spezialgebiet“ der Westberliner Universitätsabteilung sind und daß darüber hinaus schizophrene Psychosen, Neurosen und Störungen des Sozialverhaltens bei stationären Patienten sehr viel häufiger vertreten sind als bei ambulanten Patienten (JUNGMAHN ET AL. 1978).

Der überwiegende Teil der untersuchten stationären Patienten (79,2%) wies keine umschriebenen Entwicklungsrückstände auf (2. Achse des multiaxialen Klassifikationsschemas). Multiple Entwicklungsrückstände wurden bei 4,3% der Patienten diagnostiziert, Rückstände in der Sprech- und Sprachentwicklung bei 5,3%, motorische Entwicklungsrückstände bei 4,8% und eine umschriebene Lese-Rechtschreibschwäche bei 3,9%.

Hinsichtlich der Intelligenz (3. Achse des MAS) ergibt sich in der Untersuchungsgruppe eine angenäherte Normalverteilung. Lediglich Patienten mit einem IQ < 70 waren auf unseren Stationen leicht überrepräsentiert.

Tab. 3: Intelligenz der stationären Patienten 1982–1984

| | < 70 | 70–85 | 85–115 | 115–130 | > 130 |
|---|------|-------|--------|---------|-------|
| n | 8 | 14 | 159 | 21 | 2 |
| % | 3,0 | 6,9 | 77,9 | 10,3 | 1,0 |

Aufschluß über die psychosoziale Situation der stationären Patienten ergibt die Übersicht über abnorme psy-

chosoziale Umstände, hier auf der Basis einer überarbeiteten Fassung der 5. Achse des MAS erstellt. Es ergeben sich Hinweise auf erhebliche psychosoziale Belastungen unserer Klientel. Lediglich 8,3% der Untersuchungsgruppe waren in ihren psychosozialen Lebensumständen unauffällig. In 35,4% der Fälle lagen psychische Störungen und Verhaltensabweichungen bei anderen Familienmitgliedern vor. 32% der Patienten entstammten abnormen familiären Verhältnissen, worin per definitionem alleinerziehende Eltern eingehen.

Immerhin 6,3% der stationären Patienten litten unter unzureichenden materiellen Lebensbedingungen in der Familie. Die pädagogischen Fähigkeiten der Eltern unserer Patienten wurden wie folgt gekennzeichnet: in 28,2% der Fälle waren die Eltern überkontrollierend, überfordernd oder unterhielten eine überenge Beziehung zum Kind. In 19,9% übten sie eine unzureichende oder inkonsistente erzieherische Kontrolle aus, und in 14,1% regten sie die sozialen, perzeptiven, sprachlichen oder motorischen Funktionen des Kindes zu wenig an. Die familiären Beziehungen unserer stationären Patienten waren zu 28,2% durch Disharmonie, zu 26,7% durch einen Mangel an positiver emotionaler Zuwendung und zu 15,5% durch unzureichende oder verzerrte Kommunikation gekennzeichnet. Belastungen durch Auswanderungen oder soziale Verpfanzung gab es in 4,9% der Fälle.

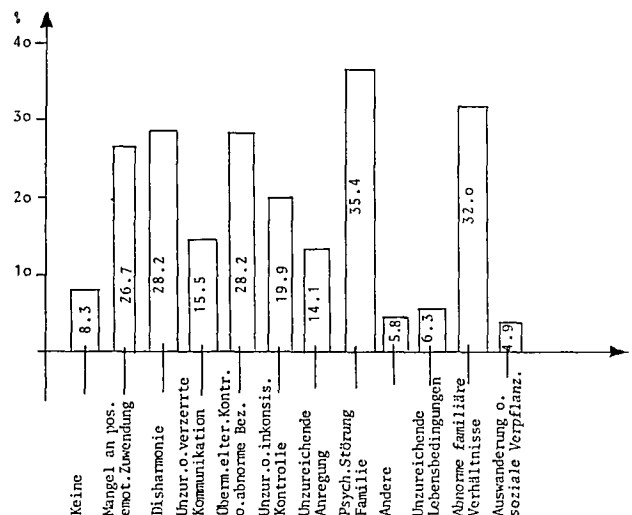


Abb. 2: Abnorme psychosoziale Umstände

3.3 Angaben zur Behandlung

3.3.1 Behandlungsdauer

Die stationäre Behandlung dauerte zwischen einem und 252 Tagen, sie betrug im Mittel 71 Tage (Median). Die Verteilung ist rechtsschief, d. h. kurze und mittlere Behandlungszeiten waren häufiger zu verzeichnen als längere.

Von Interesse sind die Faktoren, welche die Behandlungsdauer beeinflussen. Das Behandlungskonzept der Klinik sieht generell kürzere und mittlere Behandlungs-

zeiten vor. Darüber hinaus wurde untersucht, ob unterschiedliche psychiatrische Diagnosen zu unterschiedlich langen Behandlungszeiten führen (vgl. Abb.3). Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde in der Darstellung in Behandlungsdauer bis zu 6 Wochen, von 7–12 Wochen und von mehr als 12 Wochen unterteilt.

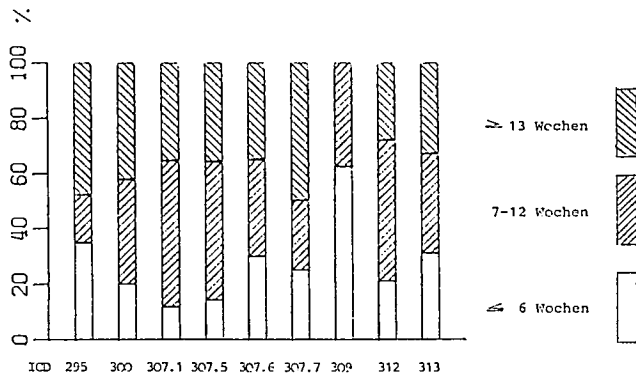


Abb. 3: Der Zusammenhang zwischen Diagnose auf der 1. Achse und Behandlungsdauer

Bis auf einige Ausnahmen lassen sich keine signifikanten Zusammenhänge von Diagnose und Behandlungsdauer feststellen. Erwartungsgemäß wurden Patienten mit Anpassungsstörungen (ICD 309) überwiegend nur kurzfristig stationär behandelt (hier ergab sich eine signifikante Differenz zwischen den Mittelwerten der Diagnosegruppe und der Restgruppe, $p < 0,0350$). Patienten mit Anorexia nervosa (ICD 307.1) und anderen Eßstörungen (ICD 307.5) wurden tendenziell seltener kurzfristig (bis zu 6 Wochen) behandelt. Hier scheint die stationäre Therapie eine gewisse Anlaufzeit zu benötigen, um erfolgreich zu sein. Bei Patienten mit schizophrenen Psychosen (ICD 295) gibt es eine Polarisierung in Kurzzeitbehandlungen einerseits und länger als 13 Wochen dauernde Behandlungen andererseits. Möglicherweise ist hier eine Gruppe von Respondern auf insbesondere pharmakotherapeutische Maßnahmen von einer Gruppe der

- | | |
|--|---|
| 11 - Mangel an Zuwendung in der Familie | 22 - unzureichende/inkonsistente elterliche Kontrolle |
| 12 - Disharmonie in der Familie | 23 - Anregungsmangel |
| 14 - Kommunikationsmängel in der Familie | 31 - psychische Störungen i. d. Familie |
| 21 - übermäßige elterliche Kontrolle | 34 - abnorme familiäre Verhältnisse |

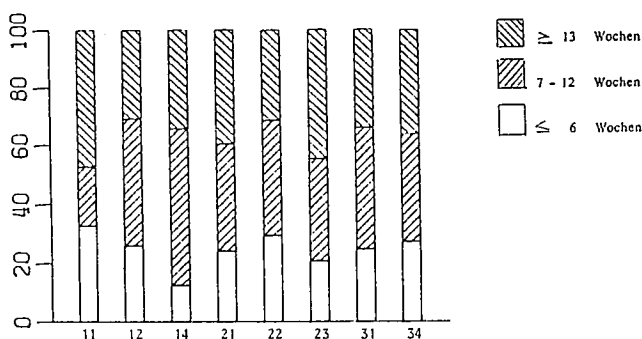


Abb. 4: Der Zusammenhang zwischen belastenden psychosozialen Umständen und Behandlungsdauer

behandlungsresistenten Patienten zu unterscheiden. Patienten mit Enkopresis (307.7) wurden tendenziell häufiger länger als 13 Wochen stationär behandelt. Dies könnte mit einer Selektion besonders therapieresistenter Fälle zusammenhängen, die mit diesem Störungsbild stationär aufgenommen wurden. Weiterhin wurde untersucht, inwieweit psychosoziale Belastungen die stationäre Behandlungsdauer beeinflussen (vgl. Abb. 4).

Je mehr Nennungen ein stationärer Patient auf der 5. Achse aufweist, desto wahrscheinlicher wird seine Behandlung länger dauern. Unter den Patienten mit einer mehr als 4monatigen Behandlungsdauer sind diejenigen mit drei und mehr Nennungen auf der 5. Achse deutlich überrepräsentiert. Herrschte in den Familien ein Mangel an positiver emotionaler Zuwendung (Item 11), blieben die Patienten in der Tendenz häufiger länger als drei Monate in stationärer Behandlung. War die Kommunikation in der Familie unzureichend oder verzerrt (Item 14), blieben die Patienten seltener nur kurzfristig auf der Station. Somit kann ein gewisser Zusammenhang insbesondere zwischen der Qualität der familiären Beziehungen und der Behandlungsdauer festgestellt werden. Gleichwohl sind eine Vielzahl von Faktoren für die Dauer der Behandlung bedeutsam. So ergibt ein Vergleich der beiden Stationen, daß Patienten auf der Jugendlichenstation häufiger kurzfristig behandelt wurden als auf der Kinderstation.

3.3.2 Pharmakotherapie

Eine psychopharmakotherapeutische Behandlung erhielt nur eine Minderzahl der untersuchten stationären Patienten. 25% auf der Jugendlichenstation (in der Regel Patienten mit schizophrenen Psychosen) erhielten Neuroleptika, 5% Tranquilizer, je 2,5% Thymoleptika bzw. Antiepileptika. Auf der Kinderstation blieb der Einsatz von Psychopharmaka auf seltene Einzelfälle beschränkt. Dort wurden 5,1% der Patienten mit antikonvulsiven Medikamenten, je 3,1% mit Neuroleptika und Thymoleptika und 1% mit Stimulantien behandelt.

3.3.3 Funktionelle Therapien

Etwa 2 von 3 stationären Patienten (63,1%) wurden beschäftigungstherapeutisch behandelt, etwa jeder zweite Patient erhielt Krankengymnastik (hier gleichzusetzen mit psychomotorischer Übungsbehandlung). Der häufige Einsatz dieser funktionellen Behandlungsmaßnahmen ist einerseits Ausdruck der breiten Indikationsstellung, andererseits auch abhängig von dem verfügbaren Therapieangebot. So erhielt nur ein Kind aus der Untersuchungsgruppe eine logopädische Behandlung, obwohl bei mindestens 11 Patienten Rückstände in der Sprech- und Sprachentwicklung diagnostiziert worden waren (vgl. 3.2). Die Abteilung verfügt über keinen Logopäden.

3.3.4 Psychotherapie und Beratung

Bei den psychotherapeutischen Methoden steht die klientenzentrierte Psychotherapie an vorderster Stelle, die

Tab. 4: Differentielle Indikation für Interventionen beim Kind/Jugendlichen im Rahmen der stationären Behandlung

| Therapie | | | | |
|----------|-----------------|------------------|--------------------------|-------|
| Diagnose | Gruppentherapie | Verhaltensmodif. | Kliententr. Psychothera. | keine |
| 000 | – | 42,9 | 28,6 | 42,9 |
| 295 | 4,8 | 14,3 | 71,4 | 14,3 |
| 300 | 27,0 | 18,9 | 81,1 | 8,1 |
| 307.1 | 43,8 | 25,0 | 87,5 | 6,3 |
| 307.5 | 14,3 | 35,7* | 71,4* | 14,3 |
| 307.6 | – | 60,0* | 20,0* | 26,7 |
| 307.7 | 18,2 | 27,3 | 54,5 | 18,2 |
| 312 | 11,9 | 31,0 | 47,6* | 31,0* |
| 313 | 22,0 | 22,0 | 72,0 | 8,0 |

(* $p < 0,05$)

bei 78,7% der Jugendlichen und 55,7% der Kinder zum Einsatz kam. Sehr viel seltener kamen Methoden der Verhaltensmodifikation zur Anwendung, und zwar bei 16,2% der Jugendlichen und 29,9% der Kinder. Gruppenpsychotherapie wurde bei 30% der Jugendlichen und nur bei 5,2% der Kinder eingesetzt. Untersucht man die differentielle Indikationsstellung für psychotherapeutische Maßnahmen in einem Vergleich der häufigsten Diagnosegruppen, so ergeben sich deutliche Unterschiede.

Besonders intensive psychotherapeutische Bemühungen galten den anorektischen Patientinnen, die zu 87,5% klientenzentriert, zu 43,8% gruppentherapeutisch und zu 25% mit Verhaltensmodifikation behandelt wurden. Eher zurückhaltend mit psychotherapeutischen Interventionen wurde bei Störungen des Sozialverhaltens gearbeitet. Hier stehen erfahrungsgemäß pädagogische Bemühungen des Stationspersonals im Vordergrund. Patienten mit Enuresis wurden überwiegend mit Verhaltensmodifikation behandelt, sie erhielten nur zu 20% eine klientenzentrierte Therapie und zu 26,7% gar keine psychotherapeutische Behandlung. Patienten mit neurotischen und emotionalen Störungen wurden in erster Linie mit klientenzentrierter Psychotherapie behandelt, so auch Patienten mit schizophrenen Psychosen.

Die Eltern der behandelten Patienten wurden zu 72,7% durch Elternberatung in die Behandlung einbezogen, in 22,4% der Fälle wurden Familiensitzungen durchgeführt. Die Beratung sozialer Dienste oder von Schulen erfolgte bei 12,7% bzw. 10,7% der Fälle.

3.4 Angaben zu den empfohlenen Anschlußmaßnahmen

Jede 5. stationäre Therapie (19,2%) mündete in der Empfehlung einer Heimunterbringung. Diese Empfehlung wurde bei Jugendlichen deutlich häufiger (29,1%) als bei Kindern (16,5%) ausgesprochen. Bei Kindern wurde darüber hinaus gelegentlich (6,2%) die Fremdplatzierung in einer Pflegefamilie empfohlen. Recht häufig gab es Überweisungen zu Erziehungsberatungsstellen,

und zwar überwiegend bei Patienten der Kinderstation (24,7%). Eine analytische Einzeltherapie wurde bei 14,7% aller Fälle empfohlen, häufiger bei Jugendlichen als bei Kindern. Eine klientenzentrierte Einzeltherapie wurde hingegen nur bis 8,8% der Patienten empfohlen, was angesichts der Bevorzugung dieser Therapieform während des stationären Aufenthaltes überrascht. Ebenso häufig (8,8%) wurde eine Familientherapie angeregt, etwas seltener (5,4%) eine Verhaltenstherapie. Bei 18,1% der stationären Patienten wurde eine sonderpädagogische Behandlung empfohlen, worunter in der Regel eine sozialpädagogische Einzelfallhilfe als Wiedereingliederungsmaßnahme nach dem BSHG zu verstehen ist.

Untersucht man, ob diagnosenspezifisch bestimmte Empfehlungen gehäuft ausgesprochen wurden, so ergeben sich zwar bis auf eine Ausnahme keine statistisch signifikanten Unterschiede. Es zeichnen sich jedoch die folgenden Tendenzen ab: Die Unterbringung in einem therapeutischen Heim wurde relativ häufig bei psychotischen und neurotischen Störungen sowie bei Störungen des Sozialverhaltens ausgesprochen. Zu einer analytischen Einzeltherapie wurde überdurchschnittlich häufig bei neurotischen und anorektischen Patienten geraten (sign. $p < 0,0015$ bzw. $p < 0,0033$ Fisher-Test), letztere wurden auch relativ häufig in eine Familientherapie überwiesen. Bei einnässenden Kindern wurde überdurchschnittlich häufig eine Verhaltenstherapie empfohlen. Es ist anzunehmen, daß sich in den unterschiedlichen Empfehlungen Vorstellungen der Behandler zur differentiellen Therapieindikation widerspiegeln.

Zum Aspekt der Fremdplatzierung geben die Angaben darüber Aufschluß, wohin die Patienten nach dem Ende der stationären Behandlung tatsächlich entlassen wurden. Eine Verlegung in andere psychiatrischen Kliniken erfolgte bei 6,5% der Patienten auf der Jugendlichenstation und nur bei 2,1% der Patienten der Kinderstation. Heimunterbringungen überwiegend in therapeutischen Heimen erfolgten bei 20,8% der Jugendlichen und bei 11,4% der Kinder. Die im Anschluß an die stationäre

Therapie realisierten Heimunterbringungen blieben also deutlich hinter den Empfehlungen zurück. Einige Patienten wurden somit nach Hause entlassen, obwohl eine Fremdplatzierung empfohlen worden war.

3.5 Behandlungserfolge

Am Ende der stationären Behandlung wurden die dokumentierenden Ärzte/Psychologen aufgefordert, den Behandlungserfolg auf einer fünfstufigen Ordinalskala zu bewerten. Insgesamt wurde die Symptomatik zu 25,3% als etwas gebessert, zu 41,1% als deutlich gebessert und zu 5,7% als völlig geheilt angesehen. Unverändert blieb die Symptomatik bei 8% der Patienten, verschlechtert hatte sie sich bei 0,6% (nicht bewertet wurde der Verlauf bei diagnostischem Schwerpunkt des Klinikaufenthaltes und bei Behandlungsabbrüchen).

Eine differenzierte Betrachtung verweist auf unterschiedliche Behandlungsergebnisse bezüglich der Symptomatik je nach Diagnose auf der 1. Achse. Für die Beurteilungsunterschiede konnte allerdings bei dem eher kleinen Stichprobenumfang keine statistische Signifikanz nachgewiesen werden (vgl. Abb. 5).

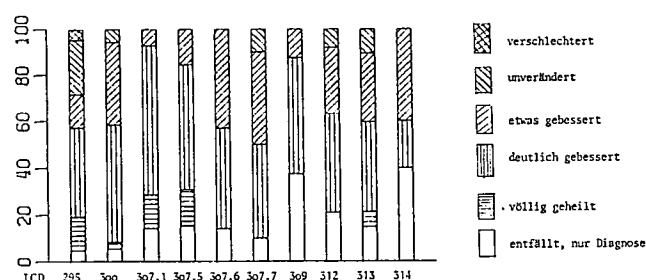


Abb. 5: Therapieerfolg bezüglich der Symptomatik bei den häufigsten Diagnosen (1. Achse) stationärer Patienten ($n = 174$) in Prozent

Im Vergleich zur Gesamtgruppe wurde die Symptomatik schizophrener Patienten häufiger völlig geheilt, blieb aber auch mit Abstand am häufigsten unverändert oder verschlechterte sich sogar in einzelnen Fällen. Gute Behandlungserfolge bezogen auf die Symptomatik waren beim Krankheitsbild der Anorexia nervosa und bei anderen Eßstörungen zu verzeichnen. Die Rate der lediglich etwas gebesserten Symptomatik lag bei Neurosen, Enuresis und Enkopresis sowie beim hyperkinetischen Syndrom mit jeweils über einem Drittel höher als bei der Gesamtgruppe.

Bezogen auf die Gesamtsituation der stationären Patienten ändert sich die Einschätzung des Behandlungserfolges nur unwesentlich. Die Gesamtsituation wurde etwa doppelt so häufig wie die Symptomatik als unverändert angesehen. Eine deutliche Besserung trat etwas seltener ein, eine völlige Besserung der Gesamtsituation wurde nur in einem Einzelfall konstatiert. Es kann also festgehalten werden, daß die stationäre Therapie bei den untersuchten Patienten einen etwas geringeren Einfluß

auf deren Gesamtsituation als auf deren Symptomatik genommen hat.

4 Diskussion

Die Zusammensetzung des Klientels einer Universitätsklinik ohne Aufnahmeverpflichtung in Akutfällen bestimmt sich aus einer Vielzahl von Selektionsvorgängen. So fehlen z.B. Suchterkrankungen und dissoziale Störungen bei älteren Jugendlichen in der Untersuchungsgruppe, weil diese Störungen in der hiesigen Klinik Ausschlusskriterien für eine stationäre Aufnahme sind. Einige wenige Störungen bilden wiederum den größten Teil der stationären Klientel. Emotionale Störungen, Störungen des Sozialverhaltens und neurotische Störungen machen zusammen über $\frac{1}{4}$ der Untersuchungsgruppe aus.

Die Analyse der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen, Interventionen und der Behandlungszeiten konnte nur in wenigen Aspekten eine Differenzierung des stationären Therapieangebots im Hinblick auf die Art der Störung nachweisen. Allerdings bieten die Daten bezüglich der Gestaltung des stationären Alltags keinerlei Aufschluß. Die genannten Daten zur Psychotherapie bilden das äußerst komplexe Geschehen einer stationären Psychotherapie nur bruchstückhaft ab. Erfasst wurden in unserer Dokumentation vorwiegend psychotherapeutische Interventionen außerhalb des stationären Alltagsablaufs. Das konzeptgeleitete zielorientierte Verhalten des Betreuungspersonals der Station im Sinne einer „integrierten Psychotherapie“ (KÖGLER) müßte mit geeigneteren Meßinstrumenten im Rahmen einer Therapieevaluation untersucht werden.

Nachdenklich stimmt die hohe Rate an psychosozialen Belastungen, denen unsere stationären Patienten in ihrem Herkunftsmilieu ausgesetzt sind. Ein Vergleich mit der psychosozialen Situation von ambulanten Patienten derselben Klinik (JUNGMAHN ET AL. 1978) zeigt eine beträchtlich höhere Belastung der stationären Patienten. Familienangehörige der stationären Patienten sind wesentlich häufiger psychisch auffällig. Die emotionale Wärme, die Kommunikation und die Harmonie in den Familien der stationären Patienten sind häufiger gestört. Bei ihnen herrschen viel häufiger „abnorme“ familiäre Verhältnisse (z.B. alleinerziehende Eltern), und die erzieherische Kontrolle durch die Eltern ist vergleichsweise häufiger unzureichend bzw. inkonsistent. Diese Feststellungen veranlassen nicht nur zu ätiologischen Überlegungen, sondern verweisen auch auf die reale Funktion der Klinik, solche günstigen Entwicklungs- und Lebensbedingungen anzubieten, die außerhalb der Klinik für unsere Patienten nicht zur Verfügung stehen (Milieuwechsel als Therapie). Die Klinik wird zum „Asyl“ im Sinne von GOFFMAN. Hier muß sich die Frage anschließen, ob eine zeitweilige Herausnahme des Patienten aus einem defizitären Milieu nicht an der eigentlichen Zielsetzung vorbeigeht, diese defizitären Lebensumstände zu verändern oder zu kompensieren und z.B. ein tragfähiges soziales Netz außerhalb der Klinik aufzubauen.

Insofern ist die am Ende der stationären Therapie von den Therapeuten getroffene eher optimistische Einschätzung der Behandlungserfolge zunächst ohne Aussagekraft für die Nachhaltigkeit dieser Effekte. Klinische Erfahrungen verweisen auf hohe Rückfallzahlen. Eine vergleichende Evaluationsstudie (REMSCHMIDT ET AL. 1988) weist sogar nach, daß bei einer erheblichen Gruppe von kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten die stationäre Therapie weder einer teilstationären noch einem „home treatment“ überlegen ist.

Auf die Notwendigkeit einer besseren Vernetzung stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlungsangebote und damit auch auf die verbesserungsbedürftige Nachbetreuung nach der Entlassung aus stationärer Therapie sollte in diesem Zusammenhang hingewiesen werden. Ein sinnvoller Versorgungsauftrag vollstationärer Therapieeinheiten bestünde in der Bereitstellung einer Intensivbehandlungsphase in einem längerfristigen Therapie- und Versorgungskonzept.

Summary

Stationary Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Analysis of an Inpatients' Population

The study deals with 207 inpatients' medical histories at a university clinic for child and adolescent psychiatry. Antisocial behavior, emotional and neurotic as well as psychosomatic disorders were the most frequent disorders to be treated. The inpatients were characterized through a remarkable high rate of psychosocial stress factors in their natural environment. The choice of special interventions and the length of treatment was not related to the diagnosis. The function of an inpatient treatment unit is discussed.

Literatur

- BAUERS, W. (1983): Familientherapie bei stationärer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 32, 224–283. – HEINZMANN, B.; KNIES, G.; KÖNIG, C.; RUCKGARBER, K.-H.; BECKER, S. (1983): Bedeutung und Veränderungsprozesse des „Alltags“ bei stationärer Psychotherapie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 11, 379–387. – HOBRÜCKER, B. (1986): Eine Verlaufsanalyse heilpädagogischer Probleme in kinderpsychiatrischen Langzeitbehandlungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 35, 82–86. – HOLM, S. A. (1979): A simple sequentially rejective multiple test procedure, *Scand. J. Statist.*, 6, 65–70. – JUNGSMANN, J.; GÖBEL, D.; REMSCHMIDT, H. (1978): Erfahrungen mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation unter Berücksichtigung des multiaxialen Diagnoseschlüssels. *Zeitschr. für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 6, 56–75. – KÖGLER, M. (1982): Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 31, 41–47. – KÖGLER, M.; LEIPERSBERGER, H. (1985): Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – Die Bedeutung der Gruppenversammlung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 34, 9–15. – REMSCHMIDT, H.; SCHMIDT, M. (1977): Multiaxiales Klassifikationsschema f. psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. Bern: Huber. – REMSCHMIDT, H.; SCHMIDT, M. H.; MATTEJAT, F.; EISERT, H.-G.; EISERT, M. (1988): Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung und Home Treatment im Vergleich. *Zeitschr. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie* 3, 124–134. – ROTHHAUS, W. (1984): Stärkung elterlicher Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 33, 88–94. – STEINHAUSEN, H.-C.; SPILIMBERGO, A.; BUSSEWITZ, F. (1984): Die stationäre Klientel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Ergebnisse einer Querschnitterhebung in West-Berlin*, in *Dtsch. Ärzteblatt* 81, 1944–1950.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Lutz Goldbeck, Abt. f. Psychiatrie und Neurologie des Kinder- und Jugendalters der FU Berlin, Platanenallee 23, 1000 Berlin 19.