

Di Gallo, Alain / Amsler, Felix und Bürgin, Dieter

**Behandlungsabbrüche in einer kinder- und jugendpsychiatrischen
Ambulanz in Basel: eine Evaluation im Rahmen der
Qualitätssicherung**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51 (2002) 2, S. 92-102

urn:nbn:de:bsz-psydok-43511

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

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

Nutzungsbedingungen

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

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

Kontakt:

PsyDok

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

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

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Berns, I.: Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen aus der Sicht einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Psychotherapy and/or psychoanalysis with children and adolescents: Aspects contributed by a German therapist treating children and adolescents)	39
Bonney, H.: Unsichtbare Väter: Kindliche Entwicklung und Familiendynamik nach heterologer Insemination (DI) (Invisible fathers: Child development and family dynamics after heterologues insemination (DI))	118
Borowski, D.: Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter aus der Sicht des Gutachters (Depth psychologically founded psychotherapy with children and adolescents from the point of the reviewer)	49
Branik, E.: Störungen des Sozialverhaltens – Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Conduct disorders – Therapeutical possibilities and limits of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry)	533
Bräutigam, B.; Schnitker, A.: „Es paßt nichts mehr rein“ – Kasuistik einer eßgestörten kurdischen Jugendlichen vor dem familiären Hintergrund politischer Verfolgung (‘‘There isn’t room for anything more’’ – The casuistry of a Kurdish adolescent before the family background of political persecution)	559
Fagg, M.: Beverly Lewis House – Bericht über den Aufbau einer Zufluchtseinrichtung für von Mißbrauchserfahrungen betroffene Frauen mit Lernschwierigkeiten (Beverly Lewis House – Setting up a safe house for women with learning disabilities who have experienced abuse)	653
Frölich, J.; Döpfner, M.; Biegert, H.; Lehmkuhl, G.: Praxis des pädagogischen Umgangs von Lehrern mit hyperkinetisch-aufmerksamkeitsgestörten Kindern im Schulunterricht (Teacher training in the management of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder)	494
Gensecke, J.; Bauer, A.; Scheder-Bieschin, F.; Lehmkuhl, U.: Drogenkonsum und psychische Störungen bei Jugendlichen mit Straßenkarrieren (Drug usage and psychiatric disorders in street youths)	385
Meng, H.; Bilke, O.; Braun-Scharm, H.; Zarotti, G.; Bürgin, D.: Zur Indikation einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung (About the indication for in-patient adolescent psychiatric treatment)	546
Meng, H.; Bürgin, D.: Soll eine Jugendpsychiatrische Klinik offen geführt werden? – Erste Auswertung von sieben Jahren Erfahrung (Should a psychiatric inpatient treatment of adolescents take place in an open ward? Data from seven years of experience)	373
Pfleiderer, B.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Depth psychologically founded psychotherapy for children and adolescents) . . .	31

Originalarbeiten / Original Articles

Boeger, A.; Mülders, S.; Mohn, A.: Aspekte des Körperbildes bei körperbehinderten Jugendlichen (Body image of physically handicapped adolescents)	165
Bohlen, G.: Die Erhebung der Selbstwirksamkeit in einer dyadischen Konfliktgesprächssituation zwischen Mutter und Kind an einer Erziehungsberatungsstelle (Measurement	

of self-efficacy in a controversial debating of a mother-child-dyad at a child guidance centre)	341
Brettel, H.; Poustka, F.: Häufungen abnormer psychosozialer Umstände bei jugendlichen Straftätern mit Beeinträchtigungen der Schuldfähigkeit (Accumulation of associated abnormal psychosocial situations in young delinquents with attenuation of penal responsibility)	523
Buddeberg-Fischer, B.; Klaghofer, R.: Entwicklung des Körpererlebens in der Adoleszenz (Development of body image in adolescence)	697
Di Gallo, A.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Behandlungsabbrüche in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz in Basel: eine Evaluation im Rahmen der Qualitätssicherung (Dropping-out at a child psychiatry outpatient clinic in Basel: An evaluation for quality control)	92
Distler, S.: Behandlungsmotivation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität aus der Sicht der Eltern an einer kinderpsychiatrischen Einrichtung – ein Beitrag zur Qualitätssicherung (Treatment motivation, treatment satisfaction, and the assessment of life quality in the view of parents in child psychiatry – A contribution to quality assurance) . . .	711
Flechtner, H.; Möller, K.; Kranendonk, S.; Luther, S.; Lehmkuhl, G.: Zur subjektiven Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen: Entwicklung und Validierung eines neuen Erhebungsinstruments (The subjective quality of life of children and adolescents with psychic disturbances: Development and validation of a new assessment tool)	77
Frölich, J.; Döpfner, M.; Berner, W.; Lehmkuhl, G.: Behandlungseffekte kombinierter kognitiver Verhaltenstherapie mit Elternt raining bei hyperkinetischen Kindern (Combined cognitive behavioral treatment with parent management training in ADHD)	476
Haffner, J.; Esther, C.; Münch, H.; Parzer, P.; Raue, B.; Steen, R.; Klett, M.; Resch, F.: Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive – Ergebnisse zu Prävalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie (Parent-reported problems of six year old pre-school children – Prevalence and risk factors in an epidemiological study)	675
Huss, M.; Völger, M.; Pfeiffer, E.; Lehmkuhl, U.: Diagnosis Related Groups (DRG) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ergebnisse einer prospektiven Studie (Diagnosis related groups (DRG) in child and adolescent psychiatry: A prospective pilot study)	239
Kaltenborn, E.-K.: „Ich versuchte, so ungezogen wie möglich zu sein“ – Fallgeschichten mit autobiographischen Niederschriften: die Beziehung zum umgangsberechtigten Elternteil während der Kindheit in der Rückerinnerung von jungen Erwachsenen (“I tried to be as naughty as possible.” Case histories based on autobiographical narratives: the relationship with the non-residential parent during childhood remembered by young adults)	254
Ochs, M.; Seemann, H.; Franck, G.; Verres, R.; Schweitzer, J.: Familiäre Körperkonzepte und Krankheitsattributionen bei primären Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter (Family body concepts and family illness attributions in primary headache in childhood and adolescence)	209
Roth, M.: Geschlechtsunterschiede im Körperbild Jugendlicher und deren Bedeutung für das Selbstwertgefühl (Gender differences in the adolescent’s body image and their relevance for general selfesteem)	150
Rudolph, H.; Petermann, F.; Laß-Lentzsch, A.; Warnken, A.; Hampel, P.: Streßverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen mit Krebs (Coping in children and adolescents with cancer)	329
Salbach, H.; Huss, M.; Lehmkuhl, U.: Impulsivität bei Kindern mit Hyperkinetischem Syndrom (Impulsivity in ADHD children)	466

Schepker, R.: Jugendpsychiatrische Suchtstationen – notwendig und sinnvoll? Behandlungsverläufe von jugendpsychiatrischer Behandlung und Rehabilitationsbehandlung für jugendliche Drogenabhängige (Is there a need for a separate juvenile drug treatment system? Course of treatment in an adolescent psychiatry and a rehabilitation unit with adolescent drug addicts)	721
Schleiffer, R.; Müller, S.: Die Bindungsrepräsentation von Jugendlichen in Heimerziehung (Attachment representation of adolescents in residential care)	747
Siniatchik, M.; Gerber, W.-D.: Die Rolle der Familie in der Entstehung neurophysiologischer Auffälligkeiten bei Kindern mit Migräne (The role of the family in the development of neurophysiological abnormalities in children suffering from migraine)	194
Waligora, K.: Der Einfluß sozialer Unterstützung durch Eltern und Peers auf körperliche Beschwerden bei Schülerinnen und Schülern (The influence of parental and peer-support on physical complaints in a student population)	178
Zerahn-Hartung, C.; Strehlow, U.; Haffner, J.; Pfüller, U.; Parzer, P.; Resch, F.: Normverschiebung bei Rechtschreibleistung und sprachfreier Intelligenz (Change of test norms for spelling achievement and for nonverbal intelligence)	281

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Degener, T.: Juristische Entwicklungsschritte – Vom Tabu zur sexuellen Selbstbestimmung für behinderte Menschen? (Steps of legal development – From taboo to sexual determination for people with developmental disabilities?)	598
Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.: Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (Evidence based therapy of children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD))	419
Fegert, J. M.: Veränderung durch Forschung – Die multiplen Aufträge und Ziele eines Praxisforschungsmodellprojekts zur Thematik der sexuellen Selbstbestimmung und sexuellen Gewalt in Institutionen für Menschen mit geistiger Behinderung (Action research in benefit of children and adolescents and adult persons with learning difficulties. Different aims of a practical research project on sexual abuse and sexual self determination in care giving institutions)	626
Günter, M.: Reifung, Ablösung und soziale Integration. Einige entwicklungspsychologische Aspekte des Kindersports (Maturation, separation, and social integration. Children's sport from a developmental psychology perspective)	298
Häußler, G.: Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) aus psychoanalytischer Sicht (The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) from a psychoanalytic point of view)	454
Huck, W.; Thorn, P.: Kinder und Familien im Zeitalter der Fortpflanzungstechnologie – neue Fragestellungen im Rahmen der kinderpsychiatrischen Arbeit (Children and families in the age of assisted human reproduction – New challenges within the field of child psychiatry)	103
Miller, Y.; Kuschel, A.; Hahlweg, K.: Frühprävention von externalisierenden Störungen – Grundprinzipien und elternzentrierte Ansätze zur Prävention von expansiven kindlichen Verhaltensstörungen (Early prevention of conduct disorders – Basic principles and parent-based prevention trials of externalizing behavior disorders)	441
Retzlaff, R.: Behandlungstechniken in der systemischen Familientherapie mit Kindern (Working with children in systemic family therapy)	792

Ribi, K.; Landolt, M.; Vollrath, M.: Väter chronisch kranker Kinder (Fathers of chronically ill children)	357
Rüger, R.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Depth psychologically founded psychotherapy)	12
Schick, A.; Ott, I.: Gewaltprävention an Schulen – Ansätze und Ergebnisse (Violence prevention at schools: Programs and results)	766
Thomas, H.; Wawrock, S.; Klein, S.; Jeschke, K.; Martinsohn-Schittkowski, W.; Sühlfleisch, U.; Wölkerling, U.; Ziegenhain, U.; Völger, M.; Fegert, J. M.; Lehmkuhl, U.: Umgang mit sexueller Selbstbestimmung und sexueller Gewalt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung – Bericht aus einem laufenden Bundesmodellprojekt (Dealing with sexual self-determination and sexual violence in residential-institutions for young people with mental retardation – Report form an on-going study process)	636
Walter, J.: Vom Tabu zur Selbstverwirklichung – Akzeptanzprobleme und Lernprozesse in der Arbeit mit behinderten Menschen (From taboo to self realization – Problems of acceptance and learning processes in working with people with disabilities)	587
Zemp, A.: Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung in Institutionen (Sexualised violence against people with development disabilities in institutions)	610

Buchbesprechungen

Andresen, B.; Mass, R.: Schizotypie – Psychometrische Entwicklungen und biopsychologische Forschungsansätze (O. Bilke)	317
Barthelmes, J.; Sander, E.: Erst die Freunde, dann die Medien. Medien als Begleiter in Pubertät und Adoleszenz (C. von Bülow-Faerber)	408
Bornhäuser, A.: Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Versorgungskonzepte der modernen Suchtkrankenhilfe (R. Ebner)	741
Buddeberg-Fischer, B.: Früherkennung und Prävention von Eßstörungen. Eßverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen (I. Seiffge-Krenke)	406
Cierpka, M.; Krebeck, S.; Retzlaff, R.: Arzt, Patient und Familie (L. Goldbeck)	318
Dutschmann, A.: Das Aggressions-Bewältigungs-Programm, Bd. 1-3 (D. Gröschke)	67
Eickhoff, E. W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 43 (M. Hirsch)	315
Frank, R.; Mangold, B. (Hg.): Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen. Kooperationsmodelle zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (J. Wilken)	411
Gabriel, T.: Forschung zur Heimerziehung. Eine vergleichende Bilanzierung in Großbritannien und Deutschland (L. Unzner)	740
Gauda, G.: Theorie und Praxis des therapeutischen Puppenspiels. Lebendige Psychologie C. G. Jungs (B. Gussone)	410
Gloger-Tippelt, G. (Hg.): Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis (K. Brüggemann)	132
Greenspan, S. I.; Wieder, S.: Mein Kind lernt anders. Ein Handbuch zur Begleitung förderbedürftiger Kinder (L. Unzner)	514
Günder, R.: Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe (L. Unzner)	138
Heineman Pieper, M. H.; Pieper, W. J.: Smart Love. Erziehen mit Herz und Verstand (D. Irlich)	516
Henn, F.; Sartorius, N.; Helmchen, H.; Lauter, H. (Hg.): Contemporary Psychiatry (J. Koch)	230
Heubrock, D.; Petermann, F.: Aufmerksamkeitsdiagnostik (D. Irlich)	669

Heubrock, D.; Petermann, F.: Lehrbuch der Klinischen Kinderneuropsychologie. Grundlagen, Syndrome, Diagnostik und Intervention (<i>K. Sarimski</i>)	66
Hoops, S.; Permien, H.; Rieker, P.: Zwischen null Toleranz und null Autorität. Strategien von Familien und Jugendhilfe im Umgang mit Kinderdelinquenz (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	226
Keenan, M.; Kerr, K. P.; Dillenburg, K. (Hg.): Parent's Education as Autism Therapists. Applied Behavior Analysis in Context (<i>H. E. Kehr</i>)	225
Kilb, R.: Jugendhilfeplanung – ein kreatives Missverständnis? (<i>L. Unzner</i>)	130
Krucker, W.: Diagnose und Therapie in der klinischen Kinderpsychologie: Ein Handbuch für die Praxis (<i>L. Unzner</i>)	131
Lamprecht, F.: Praxis der Traumatherapie – Was kann EMDR leisten? (<i>P. Diederichs</i>)	135
Lauth, G.; Brack, U.; Linderkamp, F. (Hg.): Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch (<i>D. Gröschke</i>)	228
Lenz, A.: Partizipation von Kindern in Beratung (<i>M. Seckinger</i>)	811
Lutz, R.; Stickelmann, B. (Hg.): Weglaufen und ohne Obdach. Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	407
Menzen, K.-H.: Grundlagen der Kunsttherapie (<i>D. Gröschke</i>)	671
Milch, W. E.; Wirth, H.-J. (Hg.): Psychosomatik und Kleinkindforschung (<i>L. Unzner</i>)	668
Muntean, W. (Hg.): Gesundheitserziehung bei Kindern und Jugendlichen. Medizinische Grundlagen (<i>E. Sticker</i>)	136
Nissen, G. (Hg.): Persönlichkeitsstörungen. Ursachen – Erkennung – Behandlung (<i>W. Schweizer</i>)	229
Noterdaeme, M.; Freisleder, F. J.; Schnöbel, E. (Hg.): Tiefgreifende und spezifische Entwicklungsstörungen (<i>M. Mickley</i>)	667
Petermann, F.; Döpfner, M.; Schmidt, M. H.: Aggressiv-dissoziale Störungen (<i>G. Roloff</i>)	814
Petersen, D.; Thiel, E.: Tonarten, Spielarten, Eigenarten. Kreative Elemente in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen (<i>C. Brückner</i>)	667
Petzold, H. (Hg.): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte (<i>D. Gröschke</i>)	319
Poustka, F.; van Gooor-Lambo, G. (Hg.): Fallbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erfassung und Bewertung belastender Lebensumstände nach Kapitel V (F) der ICD 10 (<i>D. Gröschke</i>)	69
Pretis, M.: Frühförderung planen, durchführen, evaluieren (<i>H. Bichler</i>)	512
Rich, D.: Lernspiele für den EQ. So fördern Sie die emotionale Intelligenz Ihres Kindes (<i>A. Held</i>)	575
Sarimski, K.: Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe (<i>M. Naggl</i>)	127
Sarimski, K.: Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung (<i>D. Irblich</i>)	572
Schacht, I.: Baustelle des Selbst. Psychisches Wachstum und Kreativität in der analytischen Kinderpsychotherapie (<i>B. Gussone</i>)	576
Steinhausen, H.-C.: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 4. neu bearb. Aufl. (<i>E. Sticker</i>)	128
Sturzbecher, D. (Hg.): Spielbasierte Befragungstechniken. Interaktionsdiagnostische Verfahren für Begutachtung, Beratung und Forschung (<i>D. Irblich</i>)	739
Szagon, G.: Wie Sprache entsteht. Spracherwerb bei Kindern mit beeinträchtigtem und normalem Hören (<i>L. Unzner</i>)	738
Timmermann, F.: Psychoanalytische Indikationsgespräche mit Adoleszenten. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung (<i>W. Bauers</i>)	578
von Gontard, A.: Einnässen im Kindesalter. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie (<i>H. Hollmann</i>)	509

von Tetzchner, S.; Martinsen, H.: Einführung in die Unterstützende Kommunikation (<i>D. Gröschke</i>)	68
Walter, M.: Jugendkriminalität. Eine systematische Darstellung, 2. Aufl. (<i>G. Roloff</i>)	815
Weinberger, S.: Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung (<i>D. Gröschke</i>)	572
Weiß, H. (Hg.): Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen (<i>E. Seus-Seberich</i>)	510
Wittmann, A. J.; Holling, H.: Hochbegabtenberatung in der Praxis. Ein Leitfaden für Psychologen, Lehrer und ehrenamtliche Berater (<i>H. Mackenberg</i>)	574

Neuere Testverfahren

Cierpka, M.: FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern der Klassen 1 bis 3 (<i>K. Waligora</i>)	580
Grimm, H.; Doil, H.: Elternfragebogen für die Früherkennung von Risikokindern (ELFRA) (<i>K. Waligora</i>)	321
Melfsen, S.; Florin, I.; Warnke, A.: Sozialphobie und –angstinventar für Kinder (SPAIK) (<i>K. Waligora</i>)	817
Petermann, F.; Stein, J. A.: Entwicklungsdiagnostik mit dem ET 6-6 (<i>K. Waligora</i>)	71

Editorial / Editorial	1, 147, 417, 585
Autoren und Autorinnen / Authors	59, 126, 224, 331, 399, 507, 571, 665, 736, 811
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	59, 400
Tagungskalender / Congress Dates	74, 141, 232, 324, 413, 518, 582, 673, 744, 819
Mitteilungen / Announcements	144, 328, 521, 745, 821

Behandlungsabbrüche in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz in Basel: eine Evaluation im Rahmen der Qualitätssicherung

Alain Di Gallo, Felix Amsler und Dieter Bürgin

Summary

Dropping-out at a child psychiatry outpatient clinic in Basel: An evaluation for quality control

Attrition in child and adolescent psychiatry occurs frequently and has often been investigated. Attempts to establish general criteria that are associated with dropping-out have produced contradictory results. In the present study, factors that influenced attrition at a child psychiatry outpatient clinic in Basel were assessed during two separate periods. Between the two assessments, the results of the first period were presented to the staff and were discussed. At first assessment, attrition was increased in patients who were referred as emergencies or by somatic hospitals. In contrast, attrition was low in patients who were referred involuntarily. At second assessment, there was a significant decrease in dropping-out for the total sample and for emergencies. This result may be explained by a more careful clarification of the setting before first consultation and, as a consequence, by higher congruence between patients' expectations and the clinic's offers. Further studies on the subject of attrition in child and adolescent psychiatry should focus on clearly defined clinical situations and samples and include measures of patients' expectations as well as of the therapeutic relationship.

Zusammenfassung

Behandlungsabbrüche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind häufig und die Studien zu diesem Thema zahlreich. Versuche, allgemein gültige, mit Abbrüchen assoziierte Kriterien zu erstellen, ergaben widersprüchliche Ergebnisse. In der berichteten Untersuchung wurden während zweier Erhebungsperioden Faktoren evaluiert, die das Abbruchverhalten in einer kinderpsychiatrischen Ambulanz in Basel beeinflussten. Zwischenzeitlich wurden die Ergebnisse der ersten Erhebungsperiode dem Behandlungsteam vorgestellt und diskutiert. In der ersten Phase brachen Patienten, die von somatischen Spitälern zur konsiliarischen Beurteilung oder als Notfälle zugewiesen wurden, im Vergleich zum Gesamtkollektiv häufiger ab. Patienten, die auf unfreiwilliger Basis zugewiesen wurden, brachen seltener ab. Die zweite Erhebungsperiode zeigte einen signifikanten Rückgang der Gesamtzahl der Abbrüche und der Abbrüche bei Notfallkonsultationen. Der Grund könnte bei einer sorgfältigeren Auf-

tragsklärung und daraus folgender höherer Kongruenz zwischen den Erwartungen der Patienten und den Angeboten der Klinik liegen. Zukünftige Studien zum Thema Behandlungsabbrüche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollten sich auf klar definierte klinische Situationen und Patientenkollektive beschränken und die Erwartungen der Patienten sowie die therapeutische Beziehung einschließen.

1 Einführung

Behandlungsabbrüche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind ein noch wenig verstandenes, obwohl bereits häufig untersuchtes Phänomen (Armbruster u. Fallon 1994; Beitchman u. Dielman 1983; Cottrell et al. 1988; Lai et al. 1997, 1998). Die Folgen abgebrochener Abklärungen und Therapien sind in verschiedener Hinsicht von Bedeutung. Die betroffenen jungen Patientinnen und Patienten erhalten die vielleicht dringend notwendige Behandlung nicht. Ihre weitere Entwicklung und die Beziehungen innerhalb ihres sozialen Umfelds können dadurch nachhaltig beeinträchtigt werden. Beim Therapeuten bleibt oft ein Gefühl von ineffizienter Arbeit und ungerechtfertigtem Zeitaufwand zurück (Weisz u. Weiss 1993). Abbrüche untergraben die Arbeitsmoral, sie führen zu Selbstzweifeln, Skepsis an der persönlichen Arbeitsweise und nicht selten zu Schuldzuweisungen an die betroffenen Familien. Das Problem der Abbrüche betrifft nicht nur den klinischen Alltag, sondern auch die Forschung. Behandlungsabbrüche beeinflussen z.B. die Auswertungen von Therapieeffektivitätsstudien, deren Ergebnisse ein unterschiedliches Bild spiegeln, je nach dem, ob die Abbrüche als Mißerfolge gewertet oder von den Auswertungen ausgeschlossen werden.

Die möglichen Gründe für Abbrüche von Abklärungen oder Therapien in der Psychiatrie lassen sich in vier Kategorien einteilen (Rapaport et al. 1988):

- *Patientenfaktoren*: Hier spielen soziale und kulturelle Einflüsse, die Motivation des Kindes und besonders seiner Eltern sowie deren Vorstellungen, welcher Art Hilfe ihr Kind bedarf, eine Rolle.
- *Krankheitsfaktoren*: Von Bedeutung sind Art, Stärke und Dauer der Symptome, der damit verbundene Leidensdruck und die Auswirkungen auf die Entwicklung und die Beziehungen des Kindes.
- *Behandlungsfaktoren*: Sie betreffen einerseits die Umstände der psychiatrischen Intervention, wie Art (z.B. systemisch, analytisch, verhaltenstherapeutisch), Dauer, Frequenz, Wartezeit, Kosten, Distanz zwischen Wohnort und Klinik etc., andererseits den fachlichen Hintergrund und die Persönlichkeit des Therapeuten.
- *Faktoren der Patient-Therapeuten-Beziehung*: Hier spielen besonders die Kongruenz der Erwartungen von Patient und Therapeut, die Zufriedenheit mit dem Verlauf sowie gegenseitiger Respekt und Empathie eine Rolle.

Weisz und Weiss (1993) versuchten in einer Metaanalyse der bis dahin publizierten Studien zu ergründen, welche dieser Faktoren Abbrüche in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung tatsächlich beeinflussen. Ihre Untersuchung er-

gab nur eine geringe Anzahl signifikanter Einflußvariablen und widersprüchliche Ergebnisse zwischen den einzelnen Studien. Abella und Manzano (2000) bringen in ihrem Übersichtsartikel einen einzigen Faktor, über den in der Literatur weitgehend Einigkeit besteht, mit weniger Abbrüchen in Verbindung: Die Einsicht der Eltern über die Notwendigkeit einer Abklärung der Symptome ihres Kindes.

Die bis heute bescheidene Erkenntnislage betrifft nicht nur die Frage, *weshalb* Abklärungen und Therapien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie abgebrochen werden, sondern auch die Frage, *wie oft* dies geschieht. Der Prozentsatz der vorzeitig beendeten Behandlungen reicht in den bekannten Studien von 20 bis 75 % (Gould et al. 1985; Lai et al. 1998; Abella u. Manzano 2000) oder gar bis zu 85 %, wenn Überweisungen an andere Institutionen als Abbrüche gewertet wurden (Novick et al. 1981). Diese kontroversen Ergebnisse sind hauptsächlich in der unterschiedlichen Methodik der einzelnen Studien und in der Heterogenität der untersuchten Kollektive begründet. So gibt es keine einheitliche Definition des Begriffs „Abbruch“. Im Gegenteil, er variiert stark von Studie zu Studie. In fast allen Untersuchungen definiert der Therapeut, ob ein Abbruch vorliegt oder nicht. Die Sichtweise der Patienten, die vielleicht aufgrund ihrer Befindlichkeit das Gefühl hatten, der Auftrag des Therapeuten sei erfüllt und weitere Gespräche seien deshalb nicht mehr notwendig, wird kaum berücksichtigt. Schürmann (1986) und Pekarik (1992) zeigten mit ihren nachträglichen Befragungen von Familien, die eine Abklärung oder eine Therapie abgebrochen hatten, daß ein vom Therapeuten definierter Abbruch nicht Ausdruck von Unzufriedenheit bei der Familie sein oder in Verbindung mit einem ungünstigen Verlauf der Symptomatik stehen muß.

Die bisher durchgeführten Studien erfaßten unterschiedliche Phasen des Abklärungs- oder Therapieprozesses. Hinzu kommt die Mannigfaltigkeit der zur Datenerfassung eingesetzten Methoden. Untersuchungen wurden retrospektiv oder prospektiv durchgeführt, mit standardisierten oder selbstentwickelten Instrumenten, in der Beurteilung durch Therapeuten, Patienten oder Eltern. Auch die Einschlußkriterien zur Teilnahme an den Studien sowie die Struktur der Kliniken, an denen die verschiedenen Untersuchungen durchgeführt wurden, zeigen große Unterschiede. Alle Versuche, allgemein gültige Kriterien zu erstellen, die mit Abbrüchen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie assoziiert sind, brachten kaum neue Erkenntnisse.

Die Forschung sollte sich von dieser, durch zu viele Einflußvariablen beeinträchtigten Richtung ab- und einer Perspektive zuwenden, die den therapeutischen Prozeß (Abella u. Manzano 2000) und die individuellen Ziele und Aufgaben der Klinik, in der die Untersuchung stattfindet, ins Zentrum rückt.

In unserer Untersuchung wurden während vier Jahren die Patientinnen und Patienten, die eine ambulante Abklärung oder Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik und -poliklinik Basel (KJUP) im Einvernehmen mit dem Therapeuten abschlossen, mit denjenigen, die eine ambulante Abklärung oder Behandlung gegen den Willen des Therapeuten abbrachen, verglichen. Das Ziel der Studie lag in der Evaluation der für das Patientenkollektiv und die Arbeitsabläufe in der KJUP spezifischen Faktoren, welche die Art des Abschlusses beeinflussten und der Auswirkungen einer team-internen Information und Diskussion der Ergebnisse auf das Abbruchverhalten. Die Untersuchung be-

zieht sich ausschließlich auf die ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie. Obwohl sicher Verbindungen zu Abbrüchen in der stationären Behandlung bestehen, lassen sich die Resultate und die Diskussion nicht ohne weiteres auf diesen Bereich übertragen.

2 Methodik

2.1 *Die Kinder- und Jugendpsychiatrische Universitätsklinik und -poliklinik Basel (KJUP)*

Die KJUP ist eine staatliche Institution, deren Hauptaufgabe in der ambulanten und stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung der Bevölkerung der Stadt Basel mit knapp 200.000 Einwohnern liegt. Patienten aus übrigen Gebieten der Schweiz und dem benachbarten Ausland machen ca. einen Drittel der Zuweisungen aus. Anmeldungen erfolgen durch die Eltern oder Elternvertreter, durch Jugendliche selbst, freipraktizierende Ärzte, Spitäler, Jugendämter und straf- oder zivilrechtliche Behörden. Es werden alle Patienten aufgenommen, wenn der Auftrag an die KJUP hinreichend geklärt ist. Die interne Zuteilung neuer Fälle an Ärzte und Psychologen erfolgt dreimal pro Woche. Mitarbeiter in Weiterbildung werden bei ihrer Arbeit von Oberärzten der Klinik supervidiert.

2.2 *Kollektiv*

In einer ersten Erhebungsphase wurden alle ambulanten Patienten im Alter von bis zu 18 Jahren, die zwischen dem 1.1.1994 und 30.06.1997 eine Abklärung in der KJUP begannen und diese zwischen dem 1.1.1994 und dem 31.12.1997 abschlossen, in die Studie einbezogen. Die sechs Monate zwischen dem Abschluß der Aufnahme neuer Patienten und dem Abschluß der Datenerhebung wurde gewählt, um eine Überrepräsentation kürzerer Betreuungen und damit auch Abbrüchen unter den während der letzten Monate in die Studie aufgenommenen Patienten zu begegnen (ausgehend von der Hypothese, daß abbrechende Patienten im Durchschnitt weniger Konsultationen und deshalb kürzere Abklärungszeiten als einvernehmlich abschließende Patienten aufweisen). Patienten, die während der Datenerhebungsperiode mehrmals in der KJUP vorgestellt oder deren Untersuchung/Behandlung mehrmals abgeschlossen wurde, wurden mehrmals für die Studie gezählt. Nach Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse dieser ersten Datenerhebungsperiode innerhalb des Teams wurden in einem zweiten Schritt alle ambulanten Patienten im Alter von bis zu 18 Jahren, die eine Abklärung oder Therapie zwischen dem 1.1.1999 und dem 31.12.1999 in der KJUP abschlossen haben, erfaßt.

2.3 *Durchführung*

Die Art des Abschlusses (Abbruch vs. einvernehmlicher Abschluß) wurde als abhängige Variable definiert und mit möglichen Einflußvariablen in Beziehung gesetzt. Aufgrund der aus der Literatur bekannten Ergebnisse geschah dies unter der Hypothese, daß es keine konsistenten Faktoren gibt, die die Art des Abschlusses von Abklärungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beeinflussen. Entsprechend wurde im Sinne einer Qualitätskontrolle ein exploratives Vorgehen gewählt, mit dem Ziel, spezifische Faktoren und Arbeitsabläufe zu eruieren, die mit Abklärungs- und Therapieabbrüchen in der KJUP in Beziehung stehen.

Die meisten kinderpsychiatrisch/psychologischen Abklärungen an der KJUP nehmen ca. 3-7 Konsultationen in Anspruch. Nach der Abklärung folgt der Abschluß, eine weitere Beratung oder Therapie oder eine Überweisung zur Weiterbehandlung an andere Fachstellen. Obwohl es Ausnahmen gibt und sich die Begriffe Abklärung, Beratung und Therapie nicht immer scharf voneinander abgrenzen lassen, wurden aufgrund der klinischen Erfahrungen folgende Zeitpunkte für die Vergleiche der abbrechenden mit den einvernehmlich abschließenden Patienten gewählt:

1. *Phase der Kontaktaufnahme*: Abbruch nach einer oder zwei Konsultationen,
2. *Phase der Abklärung*: Abbruch nach drei bis sieben Konsultationen,
3. *Phase der Therapie oder Beratung*: Abbruch nach mehr als sieben Konsultationen.

Für den Vergleich abbrechender mit abschließenden Patienten wurden nicht die nach einer bestimmten Anzahl Konsultationen abbrechenden Patienten mit den zum gleichen Zeitpunkt einvernehmlich abschließenden Patienten, die keiner Konsultationen mehr bedurften, verglichen, sondern die „Abbrecher“ wurden mit denjenigen Patienten verglichen, denen weitere Konsultationen empfohlen wurden und die diese annahmen. Das Vorgehen läßt sich an einem „Türmodell“ erklären (Abb. 1). Beim Erstkontakt mit der KJUP betritt der Patient den psychiatrisch-psychotherapeutischen Raum (a). Im Verlaufe der folgenden Behandlung gibt es zu jedem Zeitpunkt für das vom Therapeuten vorgeschlagenen Prozedere zwei Möglichkeiten: Erstens die Weiterbehandlung mit späterem einvernehmlichem Abschluss (b) oder späterem Abbruch (b') oder zweitens den Abschluss (c), bildhaft als Verlassen des therapeutischen Raumes dargestellt. Der Abbruch zu diesem Zeitpunkt bedeutet das Verlassen des Raumes durch einen „Seitenausgang“ (d). Diesem Modell folgend wurden die Kollektive (b) und (d) mit einander verglichen, da die Patienten, die abbrachen (d) analog der Patienten der Gruppe (b) aus Sicht des Therapeuten einer weiteren Behandlung bedurft hätten. Das Kollektiv (c) hingegen wurde nicht in den Vergleich einbezogen, da bei diesen Patienten zum entsprechenden Zeitpunkt bereits keine Notwendigkeit mehr für eine weitere Behandlung bestand.

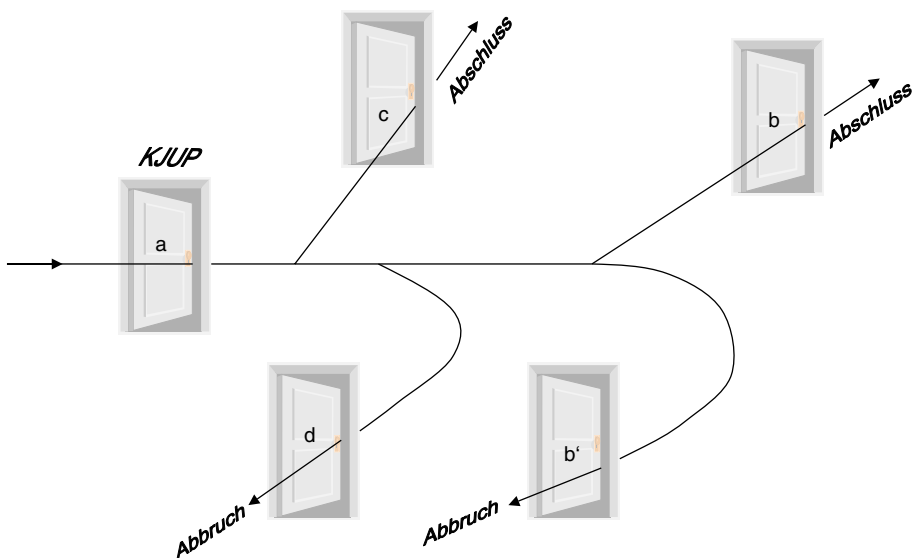


Abb. 1: Modell für den Verlauf von Abklärungen und Therapien an der KJUP

2.4 Datenerhebung und statistische Auswertungen

Die Daten dieser Untersuchung beruhen auf der standardisierten Basisdokumentation der KJUP, die anhand einer schriftlichen Anleitung vom behandelnden Arzt oder Psychologen zum Zeitpunkt des Abschlusses oder Abbruchs einer Abklärung oder Therapie für jeden Patienten erstellt wird. Folgende Angaben wurden erfaßt: Zuweisende Instanz, Umstand und Grund der Vorstellung, frühere psychiatrische Behandlungen, Schulstatus, soziales Umfeld, Diagnose, Anzahl der Konsultationen, Art der Intervention. Als Abbruch wurde die Beendigung der Abklärung oder der Therapie entgegen des Rates des verantwortlichen Mitarbeiters der KJUP definiert. Diejenigen Fälle, die als „Abbruch“ oder „in beidseitigem Einvernehmen“ abgeschlossen wurden, bildeten das Studienkollektiv. Fälle, die wegen äußerer Umstände (z.B. Wegzug oder fehlende Kostengutsprache), Tod oder aus nicht feststellbarem Grund abgeschlossen wurden, wurden nicht in die Analyse einbezogen.

Alle erhobenen Daten, insbesondere die Art des Abschlusses, wurden somit ausschließlich aus der Sicht des Behandelnden erfaßt. Die Fragestellung der Untersuchung wurde erst nach der ersten Erhebungsperiode, aber vor der retrospektiven Datenanalyse formuliert. Nach der Auswertung der ersten Erhebungsperiode wurden die Ergebnisse den Ärzten und Psychologen der KJUP vorgestellt. Sie lösten im Team eine Diskussion aus, es wurden aber keine Änderungen in den Arbeitsabläufen festgelegt, und die Basisdokumentation wurde unverändert beibehalten. Anschließend folgte die zweite Erhebungsperiode und der Vergleich der Faktoren, die das Abbruchverhalten in der ersten Erhebungsperiode beeinflußt hatten. Die Mitarbeiter wurden nicht über die Durchführung der zweiten Erhebung informiert.

Die individuellen Einflüsse einzelner Variablen auf die Art des Abschlusses wurden mittels Chi Quadrat-Tests bei nominalen Variablen (z.B. Geschlecht, freiwillige vs. unfreiwillige Zuweisung) und mittels T-Test für unabhängige Stichproben bei numerischen Variablen (z.B. Alter, Anzahl Konsultationen etc.) berechnet. Für den Vergleich zwischen den beiden Erhebungsperioden wurden ebenfalls Chi Quadrat-Tests verwendet. Zur Analyse des kollektiven Einflusses der unabhängigen Variablen auf die Art des Abschlusses wurden schrittweise Regressionsanalysen durchgeführt. Die statistischen Analysen erfolgten mittels SPSS for Windows 9.0.

3 Ergebnisse

In der ersten Erhebungsperiode (1994-1997) erfüllten 1.425 Patienten die Einschlusskriterien der Studie und wurden in die Auswertungen aufgenommen. 298 (20.9%) brachen die Behandlung gegen den Willen des Therapeuten ab. 117 Patienten brachen nach der ersten oder zweiten Konsultation ab, 115 zwischen der dritten und siebten Konsultation und 66 nach mehr als sieben Konsultationen. Der individuelle Einfluß der erfaßten unabhängigen Variablen auf die Art des Abschlusses war gering. Ein gewisser Prozentsatz signifikanter, aber schwacher Zusammenhänge war aufgrund des explorativen Vorgehens, des großen Kollektivs und der über 20 getesteten Variablen zu erwarten. Auf diese Resultate wird hier nicht eingegangen.

In Anbetracht der geringen individuellen Zusammenhänge zwischen der Art des Abschlusses und den unabhängigen Variablen, wurden für die Regressionsanalysen nur die Zuweisungsvariablen in die Gleichung aufgenommen (Abb. 2). Nach den ersten beiden Konsultationen brachen Patienten häufiger ab, die als Notfälle (nicht geplante, innerhalb von 12 Stunden erforderliche Konsultation) oder Konsilien

(Auftrag zur psychiatrischen Beurteilung durch das nahegelegene Kinderspital oder andere somatische Spitäler) zugewiesen wurden. Patienten, die unfreiwillig die KJUP aufsuchten (im Sinne einer zivil- oder strafrechtlichen Maßnahme oder wegen eines Gutachtens), brachen hingegen seltener ab. Diese drei Variablen erklären 7.6% der Varianz zwischen Abbrüchen zu diesem frühen Zeitpunkt und späteren einvernehmlichen Abschlüssen. Nach drei bis sieben Konsultationen waren Abbrüche positiv mit Konsilien und negativ mit unfreiwilliger Zuweisung assoziiert, die zusammen 8.4% der Varianz definieren. Bei späteren Abbrüchen (mehr als sieben Konsultationen) übt lediglich die Unfreiwilligkeit einen signifikanten Einfluß aus (3.9% der Varianz).

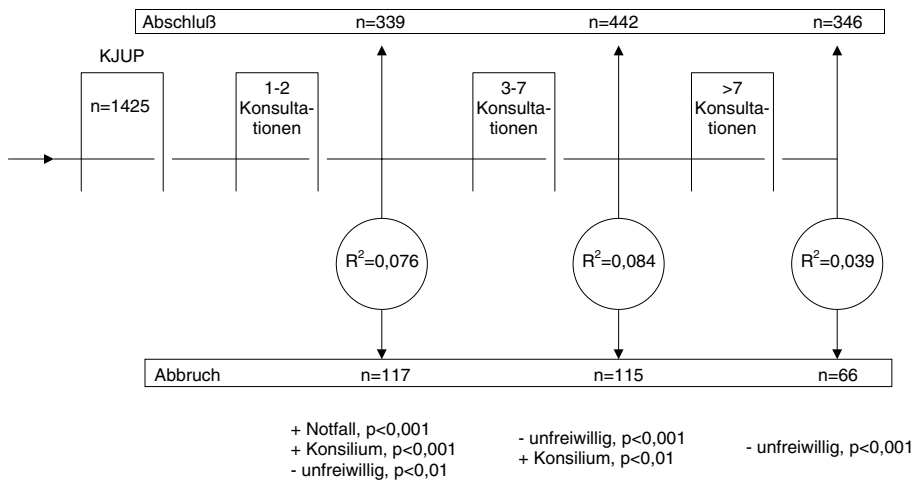


Abb.2: Kollektiver Einfluß der untersuchten Faktoren auf Abbrüche nach 1-2, 3-7 und >7 Konsultationen

10.0% (n=143) aller Aufnahmen wurden als Notfälle registriert. 48 (33.6%) endeten mit einem Abbruch. Von den 280 Konsilien (19.6% des gesamten Kollektivs) wurden 71 (25.4%) abgebrochen, von den 243 (17.1%) unfreiwillig zugewiesenen Patienten brachen lediglich 31 (12.8%) vorzeitig ab.

Der Vergleich der beiden Datenerhebungsperioden zeigt eine signifikante Abnahme der Gesamtzahl der Abbrüche von 20.9% auf 15.5% und einen signifikanten Rückgang der Abbrüche nach Notfallkonsultationen von 33.6% auf 17.2%. Bei den Konsilien war das Ergebnis trotz tendenzieller Abnahme der Zahl der Abbrüche nicht signifikant, und die Abbruchrate bei unfreiwillig zugewiesenen Patienten blieb unverändert tief (Tab. 1).

4 Diskussion

21% der ambulanten Patienten, die von 1994-1997 in der KJUP behandelt wurden, brachen ihre Abklärung oder Therapie vorzeitig gegen den Wunsch des Therapie-

Tab. 1: Vergleich der Abbrüche 1994-1997 versus 1999

		1994-1997	1999	Unterschied
Gesamt	Anzahl	1425	373	
	Abbrüche	298	58	
	% Abbruch	20,9%	15,5%	p<0,05
Notfall	Anzahl	143	52	
	% Fälle	10,0%	13,9%	
	% Abbruch	33,6%	17,2%	p<0,05
Konsilium	Anzahl	280	56	
	% Fälle	19,6%	15,0%	
	% Abbruch	25,4%	17,9%	n.s.
Unfreiwillig	Anzahl	243	58	
	% Fälle	17,1 %	15,5 %	
	% Abbruch	12,8 %	12,1 %	n.s.

ten ab. Die Abbrüche geschahen meist zu einem frühen Zeitpunkt, in vier von zehn Fällen bereits nach der ersten oder zweiten Konsultation. Die ermittelte Abbruchrate ist relativ niedrig im Vergleich mit ähnlichen Untersuchungen. Ein Grund könnte darin liegen, daß – im Gegensatz zu anderen Arbeiten – in der vorliegenden Studie Patienten, die angemeldet waren, jedoch nicht zur ersten Konsultation erschienen waren, nicht als Abbrüche gewertet, sondern aus der Untersuchung ausgeschlossen wurden. Vielleicht verbirgt sich auch hinter den Abschlüssen „aus äußeren Gründen“, z.B. einer angeblich zu großen Entfernung zur Klinik, die ebenfalls nicht in die Auswertungen einbezogen wurden, eine Anzahl verdeckter Abbrüche.

Trotz einfacher und verbindlicher Definition des Begriffs „Abbruch“ ist diese Studie von den Schwierigkeiten und Einschränkungen beeinflusst, die der Einbezug einer wissenschaftlichen Fragestellung in den klinischen Alltag bedeutet. Die Codierung wurde jeweils durch die fallverantwortlichen Ärzte und Psychologen vorgenommen, ca. 30 verschiedenen Personen während der vier Jahre dauernden Datenerhebung. Die fachliche Beurteilung und der Entscheid, ob eine weitere psychiatrische/psychologische Betreuung im einzelnen Fall notwendig und ob der einseitige Abschluß durch den Patienten als Abbruch zu bewerten sei, war letztlich jedem Mitarbeiter selbst überlassen. Auch unterschiedliche Selbstkritik, sowie Furcht und Scham vor Kritik oder Mißerfolg mögen die Codierung beeinflusst haben.

Nur wenige Faktoren unterscheiden abbrechende von weiter in Behandlung bleibenden Patienten, und zu keinem der untersuchten Abbruchzeitpunkte definierte ein einzelner Faktor mehr als 5 % der Varianz der beiden Gruppen. Die bedeutendsten signifikanten Einflußvariablen betreffen die Art der Zuweisung. Die Tatsache, daß unfreiwillige Zuweisungen seltener mit Abbrüchen assoziiert sind, läßt sich wahrscheinlich aufgrund des zivil- oder strafrechtlichen Druckes erklären. Die ge-

häuften Abbrüche bei Notfallzuweisungen und bei konsiliarischen Zuweisungen durch das Kinderspital und andere somatische Kliniken könnten auf eine Inkongruenz zwischen den Erwartungen der Patienten oder der zuweisenden Instanzen einerseits und unseren Interventionen andererseits hinweisen. Es ist eine in der Literatur verbreitete Annahme, daß das Zusammenspiel zwischen Erwartung und Angebot den Verlauf von Abklärungen und Therapien in der Psychiatrie beeinflusst (Plunkett 1984; Rapaport et al. 1988). Zwei kurze Fallbeispiele aus dem Kollektiv der vorliegenden Studie helfen, diese Hypothese zu illustrieren.

Die 12jährige, an einer rechtsseitigen Hemiparese leidende Tanja wurde von einem Neurologen zur entwicklungspsychologischen Beurteilung an die KJUP überwiesen. Die Abklärungen zeigten, daß die Beschulung in der Regelklasse, die Tanja bisher besucht hatte, für das Mädchen eine deutliche Überforderung darstellte. Das Informationsgespräch mit den Eltern über die Befunde war von großer Spannung geprägt. Die Eltern konnten die schulische Überforderung ihrer Tochter nicht akzeptieren, brachen das Gespräch ab und wollten nicht auf das Angebot eingehen, die Möglichkeiten einer Tanja entsprechenden Förderung mit der Psychologin zu diskutieren.

Der 14jährige Pablo wurde notfallmäßig von seiner erwachsenen Schwester in die KJUP gebracht, unmittelbar nachdem er sich selbst geschlagen, sich das aus der Nase fließende Blut über sein Gesicht geschmiert und Todesgedanken geäußert hatte. Die berufstätige Mutter wagte nicht, ihren Sohn allein zu Hause zu lassen, fürchtete aber um ihren Arbeitsplatz bei diesbezüglichen Arbeitsausfällen und forderte deshalb ihre Tochter auf, Pablo zur Beurteilung der Suizidalität in die KJUP zu bringen. Die Eskalation mit der Beunruhigung der ganzen Familie schien für Pablo zumindest vorübergehend eine Entlastung zu bedeuten. Akute Suizidalität bestand zum Zeitpunkt der Notfallkonsultation nicht. Das Gespräch mit dem Patienten und seiner Schwester ließ aber eine tiefgreifende familiäre und transkulturelle Problematik erahnen. Wir empfahlen dringend eine jugendpsychiatrische Abklärung mit Einbezug der Familie. Pablo und seine Schwester waren einverstanden, die Familie erschien aber nicht zum nächsten Termin. Auf unsere telefonische Nachfrage hin erklärte die Mutter, es gehe Pablo wieder gut, die Probleme seien gelöst und eine psychiatrische Behandlung des Sohnes oder gar der ganzen Familie sei nicht angebracht.

In beiden Fällen war die Kluft zwischen der Bereitschaft der Familien, Hilfe anzunehmen und unserem Angebot, den von uns wahrgenommenen Problemen entsprechend zu handeln, offensichtlich. Bei Tanja bestand der Auftrag an die KJUP in einer Beurteilung ihres Entwicklungsstands. Der Versuch der Psychologin, weitere Verantwortung zu übernehmen, überforderte die Eltern, die Zeit brauchten, um sich mit der Enttäuschung und der Wut über die Befunde auseinanderzusetzen. Diese Wut wurde zum Teil gegen die Psychologin gerichtet und machte weitere Bemühungen in diesem Moment sinnlos.

Bei Pablo befürchtete die Familie suizidale Handlungen. Sein autoaggressiver Ausbruch hatte eine kathartische Wirkung, führte kurzfristig zu einer Entlastung, und es bestand keine akute Selbstgefährdung mehr. Die Familie erachtete somit unseren Auftrag als beendet. Eine Bereitschaft zur Abklärung möglicher Ursachen der Krise fehlte.

Die Ergebnisse unserer Studie unterliegen methodisch bedingten Einschränkungen. Die Basisdokumentation der Patientendaten wird in der KJUP seit Jahren laufend erhoben. Bei Beginn der Erfassung der in dieser Studie verwendeten Daten lag somit keine a priori-Hypothese über die im Nachhinein untersuchten Zusammenhänge von Zuweisungen und Abbrüchen vor, sondern die Fragestellung entwickelte sich aus der klinischen Arbeit heraus. Die Datenerhebung erfolgte im Prinzip pro-

spektiv, doch die Entwicklung der Hypothesen und die Analysen retrospektiv. Dieses Vorgehen entspricht nicht strengen wissenschaftlichen Kriterien zur Hypothesenbildung und -prüfung. Das Vorgehen hat aber den Vorteil, daß neu auftretende Fragen schnell an einem schon bestehenden großen Kollektiv untersucht werden können und bietet sich aus diesem Grund für Qualitätssicherungsmaßnahmen an.

Die Ergebnisse der ersten Erhebungsperiode lösten in der KJUP eine teaminterne fachliche Auseinandersetzung über die Vorgehensweise bei Notfallkonsultationen und bei konsiliarischen Zuweisungen aus. Sie gaben auch Anstöße für die Diskussion über die Zuweisungen von Konsilien, die nicht selten zu Verunsicherung und Mißverständnissen führten. Einerseits lag es an den Mitarbeitern der KJUP, entsprechend dem definierten konsiliarischen Auftrag zu handeln, andererseits hätten eine genügende Auftragsklärung und ausreichende Information der Patienten durch die zuweisenden Stellen über Arbeitsweise oder den erforderlichen Zeitrahmen einer psychiatrischen oder psychologischen Abklärung in einigen Fällen wohl falschen Vorstellungen und Mißverständnissen vorbeugen können.

Der Rückgang der Gesamtzahl der Abbrüche und besonders der Abbrüche nach Notfallkonsultationen im Jahre 1999 stellt möglicherweise eine Konsequenz der Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der ersten Erhebungsperiode dar. Das Patientenkollektiv und die Art der Zuweisungen bleiben über die gesamte Dauer der Untersuchung weitgehend konstant. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, daß der Effekt hinsichtlich der Abbruchrate durch eine sorgfältigere Auftragsklärung und die daraus folgende höhere Kongruenz zwischen den Erwartungen der Patienten und den Angeboten der KJUP zustande kam. Diese Schlußfolgerungen sind jedoch noch spekulativ und müssen durch weiterführende Analysen bestätigt oder widerlegt werden. Grundsätzlich entsprechen die gefundenen Ergebnisse den Kenntnissen aus der Literatur, wonach Abbrüche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein für allgemeingültige Aussagen zu heterogenes und von zahlreichen Faktoren beeinflusstes Problem darstellen. Zukünftige Untersuchungen sollten sich auf umrissene Fragestellungen, bestimmte klinische Situationen und klar definierte Patientenkollektive beschränken und – in erster Linie – auch die Vorstellungen und Erwartungen der Patienten und ihrer Familie sowie die therapeutische Beziehung einschließen. Solche Studien können allerdings nur prospektiv durchgeführt werden.

Literatur

- Abella, A.; Manzano, T. (2000): Les ruptures de traitement (drop-out) en pédopsychiatrie: une revue. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 151: 86-92.
- Armbruster, P.; Fallon, T. (1994): Clinical, sociodemographic, and systems risk factors for attrition in a children's mental health clinic. *American Journal of Orthopsychiatry* 64: 577-585.
- Baruch, G.; Gerber, A.; Fearon, P. (1998): Adolescents who drop out of psychotherapy at a community-based psychotherapy centre: A preliminary investigation of the characteristics of early drop-outs, late drop-outs and those who continue treatment. *British Journal of Medical Psychology* 71: 233-245.
- Beitchman, J.; Dielman, T. (1983): Terminators and remainders in child psychiatry: The patient-treatment fit. *Journal of Clinical Psychiatry* 44: 413-416.

- Cottrell, D.; Hill, P.; Walk, D.; Dearnaley, J.; Ierotheou, A. (1988): Factors influencing non-attendance at child psychiatry out-patient appointments. *British Journal of Psychiatry* 152: 201-204.
- Gould, M.S.; Shaffer, D.; Kaplan, D. (1985): The characteristics of dropouts from a child psychiatry clinic. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 24: 316-328.
- Lai, K.Y.C.; Chan, T.S.F.; Pang, A.H.T.; Wong, C.K. (1997): Dropping out from child psychiatric treatment: Reasons and outcome. *International Journal of Social Psychiatry* 43: 223-229.
- Lai, K.Y.C.; Pang, A.H.T.; Wong, C.K.; Lum, F.; Lo, M.K. (1998): Characteristics of dropouts from a child psychiatry clinic in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33: 45-48.
- Novick, J.; Benson, R.; Rembar, J. (1981): Patterns of termination in an outpatient clinic for children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 20: 834-844.
- Pekarik, G. (1992): Posttreatment adjustment of clients who drop out early vs. late in treatment. *Journal of Clinical Psychology* 48: 379-387.
- Plunkett, J.W. (1984): Parents' treatment expectations and attrition from child psychiatric service. *Journal of Clinical Psychology* 40: 372-377.
- Rapaport, M.H.; Zisook, S.; Lyons, L.E. (1988): Factors influencing outpatient attrition. *Psychiatric Medicine* 6: 41-54.
- Schürmann, K. (1986): Unvollständige kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 14: 258-267.
- Weisz, J.R.; Weiss, B. (1993): Effects of psychotherapy with children and adolescents. *Developmental Clinical Psychology and Psychiatry*. Newbury Park: Sage Publications 27: 14-29.

Anschrift der Verfasser: Dr. Alain Di Gallo, Kinder- und Jugendpsychiatrische Universitätsklinik und -poliklinik, Schaffhauser Rheinweg 55, CH-4058 Basel.