

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Urteil von Kindern und Jugendlichen

Ergebnisse einer nachgehenden Befragung

Hans-Jürgen Friese und Gerhardt Nissen

Aus der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
(Direktor: Professor Dr. med. Gerhardt Nissen)
der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Die vorliegende Befragung von Kindern und Jugendlichen, die sich wegen einer psychischen Erkrankung in klinischer Behandlung befunden hatten, widerlegt weitverbreitete Vorurteile der Öffentlichkeit. Das Bekanntwerden solcher Beurteilungen durch die eigentlich Betroffenen ist geeignet, das Vertrauen zwischen den Kindern, ihren Eltern sowie dem Klinikteam und Personal einer Kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik wesentlich zu verbessern.

Einführung

Für die meisten Eltern und Kinder stellt die Überweisung eines Kindes zum Kinder- und Jugendpsychiater, besonders aber die Einweisung in eine *Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie* ein einschneidendes Erlebnis dar. Das hat verschiedene, teils historische, überwiegend aber irrationale Gründe.

Die Psychiatrie allgemein und, wenn auch abgeschwächt, die Kinder- und Jugendpsychiatrie übt auch heute noch, besonders auf Angehörige weniger aufgeklärter Sozialschichten, eine beängstigende und abschreckende Wirkung aus. Die Massenmedien haben, von wenigen Ausnahmen abgesehen, kaum etwas zur Beseitigung von Vorurteilen gegenüber der Psychiatrie beigetragen – eines Faches, das inzwischen durch die Erkenntnisse der biochemischen und biophysikalischen Hirnforschung in breiter Front Anschluß an seine medizinischen Nachbardisziplinen gefunden hat.

Schon Tramer (9) hat darauf hingewiesen, daß die Prognose psychischer Krankheiten von Kindern und Jugendlichen nicht weniger günstig ist als die Prognose körperlicher Erkrankungen in einer ärztlichen Allgemeinpraxis. Aber

die Eltern von Kindern mit psychischen Erkrankungen zögern oft lange, manchmal zu lange, bevor sie ihr Kind – häufig erst nach zeitraubenden Umwegen über wenig kompetente Stellen – einem Kinder- und Jugendpsychiater vorstellen. Das Vorurteil der „Kinder-Klasmühle“ mag, unterstützt von apodiktisch-monokausal argumentierenden „Propheten“, weiterhin in bestimmten Gazetten und Magazinen Raum finden. Es wird aber von den betroffenen Mädchen und Jungen nach der vorliegenden Studie nicht bestätigt.

Fast alle Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügen heute über ein breitgefächertes *Potential therapeutischer Angebote*. Neben Kinder- und Jugendpsychiatern, Schwestern, Pflegern und Krankengymnasten sind

- ▷ Psychologen,
- ▷ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- ▷ Heil- und Sozialpädagogen,
- ▷ Musik- und Beschäftigungstherapeuten

tätig. Außerdem stehen Klinikintern *Lehrer* zur Verfügung, die nicht nur dafür sorgen, daß keine schulischen Defizite entstehen,

sondern darüber hinaus auch kognitive Rückstände im Einzel- und Gruppenunterricht aufarbeiten.

Dies erleichtert auch leistungsorientierten Kindern und Eltern den Entschluß, die Behandlung ohne Berücksichtigung schulischer Versäumnisse zu einem befriedigenden Abschluß zu bringen.

Die Untersuchungen von Spitz (7) ergaben, daß psychopathologische Syndrome, die bislang dem Erwachsenenalter vorbehalten schienen, sich schon im Säuglingsalter manifestieren können.

Seither wird sorgfältig darauf geachtet, daß frühe Mutter-Kind-Separationen nach Möglichkeit unterbleiben, um *Deprivationen* zu vermeiden. Tatsächlich lassen sich die Bedeutung und die Konsequenzen der Erforschung des „psychischen Hospitalismus“ kaum überschätzen. Nicht allein das Schicksal der Kinder, die in früheren Jahrhunderten in Findel- und Waisenhäuser eingewiesen wurden, dort erkrankten und häufig starben, wurde durch die Spitzsche Erkenntnis transparenter. Man weiß heute auch, daß sowohl irreversible als auch reversible Stagnationen und Regressionen der psychischen und physischen Entwicklung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen durch eine

Kinder- und Jugendpsychiatrie

zu frühe Trennung des Kindes von der Mutter verursacht bzw. mitverursacht werden. Die ursprünglich von Pädiatern mitgeteilten, später von Kinderpsychiatern und Psychotherapeuten bestätigten Beobachtungen fanden in der sozialpädagogischen, soziologischen und pädagogischen Literatur eine besonders große Beachtung.

Die *Separationsforschung* der letzten Jahrzehnte hat jedoch gezeigt, daß zwar seltene und kurzfristige Trennungen nicht zu langfristigen Störungen führen (6), es besteht aber Übereinstimmung darüber, daß längere häufige Wechsel von Beziehungspersonen, verursacht auch durch Krankenhaus- und Heimaufenthalte, im *frühen* Kindesalter mit einem zunehmenden Risiko für psychische Störungen verbunden sind. Im Säuglings- und Kleinkindalter sollte deshalb der kinderpsychiatrische Grundsatz, psychisch kranke Kinder nach Möglichkeit *ambulant* zu behandeln, besonders sorgfältig beachtet werden.

Eigene Untersuchungen

1. Zur Situation von Eltern und Kindern vor der Klinikaufnahme

Eltern und Kinder, die vor der stationären Aufnahme in eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik stehen, haben viele, manchmal brennende Fragen, auf die sie nicht immer eine befriedigende Antwort erhalten. Beruhigende Versicherungen des Arztes genügen meistens nicht, da die vorhandenen Vorurteile alt und emotional fest verankert sind. Es hat sich deshalb als zweckmäßig erwiesen, dem Kind und seinen Eltern vor der Aufnahme in die Klinik die Station sowie die Schlaf-, Aufenthalts- und Beschäftigungsräume zu zeigen und einen ersten Kontakt zu Schwestern und Erziehern herzustellen. Dabei kann es auch zu Begegnungen mit bereits aufgenommenen Kindern und Jugendlichen kommen, die manch-

mal wesentlich, gelegentlich entscheidend dazu beitragen, vorhandene Ängste und Befürchtungen abzubauen.

2. Einweisungsgründe, ätiologische Klassifizierung und Anzahl der befragten Kinder

Die Einweisung zur stationären Behandlung erfolgte in 51 Prozent durch niedergelassene Ärzte, vorwiegend Kinderärzte, 16 Prozent waren vorher bei Nervenärzten oder Psychotherapeuten behandelt worden.

Aus anderen Kliniken wurden 18 Prozent aller Kinder überwiesen, insgesamt 12 Prozent aus nicht-psychiatrischen Krankenhäusern. Als Notaufnahme oder zur Krisenintervention kamen 3 Prozent aller Kinder und Jugendlichen in die Klinik.

Die Gründe für die Einweisung lassen sich bei phänomenologisch-deskriptiver Betrachtung wie folgt darstellen, wobei sich manche Symptome überlagern:

- ▶ Kommunikations- und Kontaktstörungen 41%
- ▶ Lern- und Leistungsschwächen 31%
- ▶ aggressives bzw. autoaggressives Verhalten 20%
- ▶ Suizidversuche und parasuizidale Handlungen 17%
- ▶ Eßstörungen, vorwiegend Magersucht 14%
- ▶ Antriebsschwäche oder Passivität 10%
- ▶ Schulverweigerung 5%
- ▶ motorische Sterotypien 5%
- ▶ Enuresis und Enkopresis je 5%
- ▶ verschiedene Formen von Schlafstörungen 7%

Eine grobe *ätiologische Klassifizierung* ergab folgende Verteilungen:

- ▶ neurotische Reaktionen bzw. Persönlichkeitsstörungen 51%
- ▶ körperliche Symptome aufgrund psychischer Verursachung (vorwiegend Anorexia nervosa) 27,5%
- ▶ schizophrene oder affektive Psychosen 8%
- ▶ hirnorganische Psychosyndrome und zerebrale Anfallsleiden 6%
- ▶ Krisen in der Pubertät 4%
- ▶ Schulverweigerung (Schulfurcht, Schulphobie, Schulschwänzen) 3,5%

Befragt über den Klinikaufenthalt wurden 100 Kinder im Alter zwischen 8 und 18 Jahren, zum Teil in mündlicher, zum Teil in schriftlicher Form. 50 Kinder wurden am Tag der Entlassung befragt, 50 weitere mindestens drei Monate nach der Entlassung.

3. Methode und Ergebnisse der Befragung

Den Kindern und Jugendlichen wurden *Erhebungsbögen* mit geschlossenen und offenen Fragen vorgelegt bzw. übersandt. Bei der Auswahl der Fragen wurden Erfahrungen berücksichtigt, die Stoss und Menardi (8) an Kindern gewonnen hatten, die sie nach stationären Aufenthalten in chirurgischen Kliniken befragt hatten.

Die durch unsere Befragung gewonnenen Informationen erlauben

1. Aussagen über das Erleben der Kinder während der ersten zwei Tage und der beiden letzten Tage in der Klinik,
2. eine Beurteilung des Aufenthaltes in der Klinik überhaupt und

3. subjektive Angaben über therapeutische Maßnahmen der Klinik.

3.1 Eingewöhnung und Entlassung

Erwartungsgemäß war die *Eingewöhnungssituation* bei kleineren Kindern durch einen „Trennungsschock“ (3), bei älteren Kindern durch Heimwehgefühle gekennzeichnet. Von den meisten Kindern, aber auch von den Jugendlichen, wurden die ersten Tage als schwierig bzw. „äußerst schwierig“ bezeichnet.

Die Befragung von 50 Kindern und Jugendlichen am *Entlassungstag* und von weiteren 50 mehrere Monate nach der Klinikentlassung erlaubte Vergleiche zwischen diesen beiden Gruppen. Der Trend, daß nach länger zurückliegender Entlassung ein gewisser Erinnerungsoptimismus Negatives in den Hintergrund treten läßt, bestätigte sich. In der Gruppe der später befragten sanken auch die Beliebtheitswerte der Eltern deutlich ab, dafür stiegen die Sympathiewerte des Klinikpersonals an.

► Insgesamt wurde deutlich, daß die Erfahrungen der Kinder und Jugendlichen über Aufenthalte in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie *nicht den Vorurteilen* dieser Kinder und Jugendlichen vor ihrer Einweisung und ebenso nicht den Vorurteilen ihrer Eltern oder denen der Öffentlichkeit entsprechen.

Der allgemeine Eindruck, daß Kinder und Jugendliche sich nach einer Zeit der Eingewöhnung immer seltener nach dem Datum der Entlassung oder nach Besuchen der Eltern erkundigen, wurde durch die Befragung bestätigt. Darüber hinaus gab es Kinder und Jugendliche, die sich in der Atmosphäre der Klinik so wohlfühlten, daß sie sich um eine *Verschiebung des Entlassungstermines* bemühten oder in Einzelfällen Symptombesserungen dissimulierten, um nicht entlassen zu werden.

sehr gut	19
gut	37
befriedigend	31
schlecht	5

Tabelle 1: Beurteilung des Klinikaufenthaltes durch entlassene Mädchen und Jungen (n = 92)

Ja	76
Nein	24

Tabelle 2: Stellungnahme zu den Fragen, ob die Patienten im Fall der Notwendigkeit erneut in die Klinik kommen oder Freunden einen notwendigen Klinikaufenthalt empfehlen würden (n = 100)

Einzelgespräche (Psychotherapie)	64
Gruppengespräche (Gruppenpsychotherapie)	32
Beschäftigungstherapie	28
Bewegungstherapie	26
Musiktherapie	16
Medikamente	16

Tabelle 3: Beurteilung der Wertigkeit verschiedener therapeutischer Maßnahmen durch die befragten Kinder und Jugendlichen (n = 100)

Kontakt mit anderen Kindern in der Klinik	64
Betreuung durch Schwestern und Erzieher	48
Ausgang in die Stadt	44
Freizeitangebote	32
Trennung von zu Hause	26
Landschaftliche Umgebung	22

Tabelle 4: Beurteilung der Wertigkeit anderer Faktoren während des Klinikaufenthaltes aus der Sicht der befragten Patienten (n = 100)

3.2 Pauschale Beurteilung des Klinikaufenthaltes

Während oder nach dem Klinikaufenthalt werden Kinder und Jugendliche naturgemäß von Eltern und anderen Besuchern nach ihren Erlebnissen und nach der *Einschätzung eines klinischen Aufenthaltes* gefragt.

Solche Beurteilungen und Berichte sind entscheidend für die Prägung des Rufbildes einer Klinik mitverantwortlich.

Die *Ergebnisse der Beurteilung* differierten *nicht* zwischen den Gruppen, die am Tage der Entlassung (n = 50) und erst ½ Jahr (n = 50) später befragt wurden (Tabelle 1). Es war naheliegend, sich jene 5 Kinder näher anzusehen, die mitteilten, daß ihnen der Klinikaufenthalt *nicht* gefallen habe. Ergebnis: 3 Mädchen mit einer Anorexia nervosa gaben wegen vorübergehender Zwangsmaßnahmen und Einschränkungen (Sonderernährung, Verhaltensprogramme) ein negatives Urteil ab. Ein dissozialer Jugendlicher empfand das „Rauchverbot auf Station“ als autoritär. Ein Mädchen mit Anfällen ungeklärter Genese, das ständig beobachtet werden mußte und deshalb nur teilweise an Gruppenaktivitäten teilnehmen konnte, empfand ihre eingeschränkte Beweglichkeit als belästigend.

Schließlich interessierte uns noch, ob die Mädchen und Jungen auch ihrem Freund oder einer Freundin bei Vorliegen entsprechender Notwendigkeit den stationären Aufenthalt empfehlen würden. Dies wurde eindeutig *positiv* beantwortet (Tabelle 2).

3.3 Beurteilung der Behandlungsmaßnahmen durch die Kinder und Jugendlichen

In mehreren Gesprächsgruppen mit Kindern und Jugendlichen wurden Merkmale der subjektiven Einschätzung bestimmter therapeutischer Maßnahmen bzw. zwi-

	Beurteilung hinsichtlich:		
	Aktivität (Erregung)	Beliebtheit (Valenz)	Führung (Potenz)
Klinikpersonal im Urteil von Erwachsenen (n = 100)	0,08	0,23	0,12
Klinikpersonal im Urteil von Kindern und Jugendlichen (n = 80)	0,81	1,58	1,19

Tabelle 5: Vergleichende Beurteilungen von psychiatrisch kranken Erwachsenen und von psychiatrisch kranken Kindern und Jugendlichen über das medizinische Personal der Klinik (Werte variieren zwischen +/- 3)

schenmenschlicher Beziehungen gesammelt, die der Gesamtgruppe zur Beurteilung vorgelegt wurden.

Aus der Rangfolge ergibt sich eine *hohe Einschätzung der therapeutischen Einzelgespräche* gegenüber den nicht primär therapeutisch intendierten Gesprächen mit anderen Patienten auf der Station. Im Bereich der Kontaktfindung rangieren die anderen Kinder in der Klinik an erster Stelle (Tabelle 4). Die Kontakte mit Schwestern und Erziehern wurden denjenigen bei Ausgängen in die Stadt annähernd gleichgestellt.

Diese Angaben ermöglichen es, Erlebensweisen und gefühlsmäßige Bewertungen der Kinder und Jugendlichen nachzuvollziehen. Sie erlauben aber keine qualitative Beurteilung von wirksamen oder weniger wirksamen therapeutischen Methoden.

4. Beurteilung der Eltern und des Klinikteams sowie Selbstbeurteilung der Kinder und Jugendlichen

Nach den Schätzskalensätzen von Bach und Feldes (2) wurden *Vergleichsuntersuchungen* darüber durchgeführt, wie beliebt die Kinder sich selbst oder ihre Bezugspersonen (Eltern, Mitarbeiter der Klinik) sehen, insbesondere ob sie diese als autoritär bzw. dirigistisch erleben. Die Valenz-, Potenz- und Erregungswerte der einzelnen Kinder wurden zu einer Gesamt-

aussage zusammengefaßt und mit der von etwa 400 erwachsenen psychiatrischen Patienten verglichen, die von 1976 bis 1978 mit dem Schätzskalensatz (4) befragt wurden (Tabelle 5).

Auffallend sind die Angaben der Mädchen und Jungen über die Aktivität des Klinikpersonals, das sie als lebhafter, anregender und impulsgebender erlebten, als erwachsene Patienten das tun (Tabelle 5). Auch die Beliebtheit der Mitarbeiter ist bei Kindern weitaus größer als bei erwachsenen psychiatrisch Kranken.

Die Selbsteinschätzung der Kinder (Schätzskalensätze nach Bach und Feldes) bestätigte erwartungsgemäß, daß sie sich selbst weniger fordernd und bestimmend erleben, als sie dies in bezug auf ihre Eltern und das Klinikteam tun.

Bezüglich der Eltern und der Mitarbeiter der Klinik besteht dabei kein wesentlicher Unterschied. Der etwas höher liegende Beliebtheitswert des Klinikpersonals weist jedoch auf eine gewisse Verwöhnungsgefahr in der Klinik hin.

Literatur beim Verfasser

Anschrift für die Verfasser:
Professor Dr. med.
Gerhardt Nissen
Direktor der Universitätsklinik
für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Füchsleinstraße 15
8700 Würzburg

Immunoglobulin bei Hepatitis A in Kindertagesstätten

Das Auftreten von Hepatitis-A-Epidemien in Kindertagesstätten machte adäquate Maßnahmen zur Bekämpfung erforderlich. Neben der Verbesserung der allgemeinen Hygiene wurde hierzu hauptsächlich Immunoglobulin (Ig) eingesetzt, dessen Wirksamkeit über 21 Monate untersucht wurde. Alle Kinder und Angestellten der Tagesstätten erhielten Immunoglobulin (ca. 0,02 ml/kg KG) bei Auftreten von Hepatitis bei einem Kind, einem Angestellten der Tagesstätte oder aber bei Eltern.

Durch die Gabe von Ig bis im Mittel 17 Tage nach Auftreten der Krankheit ging die durchschnittliche Zahl der Erkrankungen einer Hepatitisepidemie einer Tagesstätte leicht zurück (von 7,3 Fällen in unbehandelten Tagesstätten gegenüber 6,0 Fällen bei mit Ig-behandelten Tagesstätten; $P < 0,05$). Die Hepatitis-A- oder unspezifizierte Hepatitisfälle im Versuchsgebiet gingen um 75 Prozent zurück; die Zahl neuer Hepatitisepidemien reduzierte sich während der Versuchsdauer um 77 Prozent.

Ein Rückgang trat nicht nur bei Krankheitsfällen in Zusammenhang mit den Kindertagesstätten auf, sondern auch in Fällen, die nicht direkt damit in Zusammenhang standen, möglicherweise aufgrund der reduzierten tertiären Verbreitung durch Familienangehörige der Kindertagesstättenbesucher.

Die Autoren kommen zu dem Schluß, daß Immunoglobulin zur Prophylaxe der in Kindertagesstätten verbreiteten Hepatitis und ebenso generell ein ausgezeichnetes Mittel zur Bekämpfung dieser Krankheit ist. Dpe

Hadler, S. C. et al.: Effect of Immunoglobulin on Hepatitis A in Day-care Centers, JAMA 249 (1983) 48-53. Dr. Hadler, Division of Hepatitis and Viral Enteritis, Centers for Disease Control, 4402 N Seventh St, Phoenix, AZ 85014, U.S.A.