

Hinrichs, Günter; Langkamp, Annette

Eine sozialpädagogisch orientierte Therapiestation in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42 (1993) 5, S. 167-171



Quellenangabe/ Reference:

Hinrichs, Günter; Langkamp, Annette: Eine sozialpädagogisch orientierte Therapiestation in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42 (1993) 5, S. 167-171 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-27002 - DOI: 10.25656/01:2700

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-27002>

<https://doi.org/10.25656/01:2700>

in Kooperation mit / in cooperation with:

Vandenhoeck & Ruprecht V&R

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

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird 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 der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS

DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie

Herausgegeben von R. Adam, Göttingen · A. Dührssen, Berlin · E. Jorswieck, Berlin
U. Lehmkuhl, Berlin · M. Müller-Küppers, Heidelberg · F. Specht, Göttingen
A. Streeck-Fischer, Göttingen

Verantwortliche Herausgeber:
Rudolf Adam und Friedrich Specht unter Mitarbeit von Gisela Baethge und Sabine Göbel
Redaktion: Günter Presting

42. Jahrgang / 1993

VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

nobody had ever heard his voice. The multitude of possible reasons for the mutistic behavior and reinforcing environmental facts are reviewed, the symptom's meaning for the family system considered. The plan of treatment (mostly a combination of behavioral and systemic family therapy) is presented.

Literatur

ASPERGER, H. (1968): Heilpädagogik, 5. Auflage. Wien: Springer. – DÜHRSSEN, A. (1988): Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, 14. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – HARTMANN, B. (1991): Mutismus. Berlin: Spiell. – KURTH, E./SCHWEIGERT, K. (1972): Ursachen und Entwicklungsverlauf des Mutismus bei Kindern. Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie 24, 741–749. – LORAND, B. (1960):

Katamnese elektiv mutistischer Kinder. Acta Paedopsychiatrica 27, 273–289. – RÖSLER, M. (1981): Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 30, 187–194. – SPIELER, J. (1944): Schweigende und sprachscheue Kinder. Olten: Walter. – STRUNK, P. (1980): Psychogene Störungen mit vorwiegend körperlicher Symptomatik. In: HARBAUER/LEMPP/NISSEN/STRUNK: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie, 4. Auflage. Berlin: Springer. – TRAMER, M. (1934): Elektiver Mutismus bei Kindern. Zeitschrift für Kinderpsychiatrie 1, 30–35. – WASSING, H. E. (1973): A Case of Prolonged Elective Mutism in an Adolescent Boy: On the Nature of the Condition and its Residential Treatment. Acta Paedopsychiatrica 40, 75–96. – WEBER, A. (1951): Zum elektiven Mutismus der Kinder. Acta Paedopsychiatrica 17, 1–15. – WHITE, M./EPSTON, D. (1990): Die Zähmung der Monster. Heidelberg: Auer.

Anschr. d. Verf.: Dr. Hannelore Wernitznig, Institut für Heilpädagogik, Kleßheimer Allee 81, A-5020 Salzburg.

Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Zentrum Nervenheilkunde der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (Direktor: Prof. Dr. Gerd Schütze)

Eine sozialpädagogisch orientierte Therapiestation in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Günter Hinrichs und Annette Langkamp

Zusammenfassung

Zunächst werden Konzept und Arbeitsweise einer Station unter sozialpädagogischer Betreuung in einer jugendpsychiatrischen Klinik dargestellt. Danach erfolgt die Analyse der bisherigen Arbeit bezüglich Aufnahmen, Patientendaten wie Alter und Diagnose, Behandlungsdauer und Entlassungskriterien. Von 122 Aufnahmen einer sozialpädagogisch orientierten Therapiestation mit der besonderen Aufgabe einer Entlassungsvorbereitung nach vorangegangenen Aufenthalten auf Aufnahme- und Therapiestationen konnten zwei Drittel der Patienten in ihre Herkunftsfamilien bzw. vorherige Wohnsituation zurückkehren.

1 Aufgaben der sozialpädagogisch orientierten Station

Der stationäre Bereich der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Zentrum Nervenheilkunde der Universität Kiel ist für Jugendliche in drei Stationen mit jeweils sechs Plätzen gegliedert. Es handelt sich um zwei Aufnahme- und Therapiestationen und um eine sozialpädagogisch orientierte Station, die 1984 in Betrieb genommen wurde. Die sozialpädagogisch orientierte Station dient vor allem der Behandlung von Jugendlichen mit chronifizierten oder rezidivierenden psychischen Erkrankungen bzw. mit ausgeprägten Persönlichkeitsstörungen. In der Regel sind in einem dreiphasigen Ablauf der stationären Be-

handlung auf einer der Aufnahme- und Therapiestationen vorangegangen:

- a) Erarbeitung eines therapeutischen Vertrags mit dem Jugendlichen und seinen Eltern (3 bis 7 Wochen),
- b) Förderung neuer Einstellungen, Haltungen und Fertigkeiten gegenüber den Anforderungen der Adoleszenz und Reduktion der Symptomatik (3 bis 6 Monate).

Die Verlagerung der intramuralen Beziehungen in den extramuralen, nicht mehr therapeutisch strukturierten und kontrollierten Erlebnisraum – sozusagen als dritter Behandlungsschritt – vollzieht sich dann schon auf der sozialpädagogisch orientierten Station.

Daraus leiten sich im einzelnen als Ziele ab:

- 1) Beteiligung an schulischen Bildungsangeboten und Berufsfundungsmaßnahmen,
- 2) Strukturierung von Außen- bzw. Freizeitaktivitäten,
- 3) Differenzierung lebenspraktischer Fertigkeiten,
- 4) Gleichaltrigenkontakte außerhalb der Klinik,
- 5) Gestaltung der familiären Beziehungen,
- 6) Klärung der künftigen Lebensumstände (z. B. Fremdunterbringung),
- 7) weiterer Umgang mit den Symptomen der psychischen Störung.

Die Notwendigkeit dieser dritten Behandlungsphase ergab sich aus der Feststellung, daß es bei einem unmittelbar an die zweite Phase anschließenden Übergang in ambu-

lante Behandlung des öfteren zu Rückfällen kommt. Sie erklären sich damit, daß die Wiederorientierung im sozialen Feld und die Beanspruchung durch die Anforderungen der Adoleszentensituation erhebliche Schwierigkeiten bereiten können. Deswegen müssen progressive Orientierungen und Beziehungsgestaltungen noch während des stationären Aufenthaltes entwickelt und unterstützt werden.

2 Rahmenbedingungen der sozialpädagogisch orientierten Station

Die Station liegt in einem Pavillon in der Nähe der beiden anderen Stationen. Geleitet wird sie von einer Diplompädagogin. Außer einer Kinderkrankenschwester sind auf der Station drei Sozialpädagogen/innen und zwei Berufspraktikanten/innen tätig. Die Dienstzeiten sind im Schichtsystem geregelt und schließen auch Nachtbereitschaftsdienste für die Station ein.

Nach der Übernahme auf die Station wird die Einzelpsychotherapie von den bisherigen Therapeuten/innen fortgeführt. Die Stationsleiterin und die Bezugspädagogen führen mit den Patienten ziel- und verlaufsorientierte Gespräche. Für die Jugendlichen ist die Teilnahme an folgenden Aktivitäten verbindlich: (1) wöchentliches Gruppengespräch, (2) Gruppenaktivitäten (in der Regel außerhalb der Klinik), (3) „Gruppenputz“, (4) extramuraler Schulbesuch oder Berufsfundungspraktikum, (5) wenigstens eine Freizeitaktivität außerhalb der Klinik.

Es findet wöchentlich eine patientenbezogene Besprechung (Station, Einzeltherapeuten/in, Kliniksdirektor) und eine organisatorische Besprechung statt. Die Analyse des therapeutischen Verlaufes wurde u.a. mit der GAS (Goal Attainment Scaling, RÖCKEN u. WEISS, 1987) durchgeführt. Der Alltag der Station ist nicht so durchgehend strukturiert wie auf den beiden Aufnahme- und Therapiestationen. Er bietet größere Spielräume für individuelle Betreuung und Planung. Die Zusammenarbeit mit den Eltern hat nicht mehr den Charakter einer familientherapeutischen Einbeziehung, den Jugendlichen und den Eltern wird mehr Möglichkeit zum selbständigen Umgang mit familiären Kontakten eingeräumt.

3 Übergang auf die sozialpädagogisch orientierte Station und Entlassung

Die Kriterien für einen Übergang auf die sozialpädagogisch orientierte Station werden gemeinsam mit der Herkunftsstation und den Patienten geprüft. Vorausgesetzt werden eine deutliche Symptomreduktion, eine Bewältigung der alltäglichen lebenspraktischen Anforderungen im stationären Rahmen, eine einigermaßen beständige Leistungsbereitschaft und eine Lösung von regressiven Verhaltens- und Beziehungsmustern. Die Entlassung oder der Übergang in eine Fremdunterbringung richten sich nach den vereinbarten bzw. festgelegten Behandlungszielen. Vorbereitungen für eine Fremdunterbringung (Zusammenarbeit mit entsprechenden Einrichtungen und den zustän-

digen Leistungsträgern) unternimmt die Station selber, gegebenenfalls auch für die beiden anderen Stationen.

4 Übersicht über die behandelten Jugendlichen und die Behandlungsverläufe

4.1 Aufnahmen

Von Herbst 1984 bis zum Ende des ersten Halbjahres 1991 kam es auf der sozialpädagogisch orientierten Station zu 122 Aufnahmen. Es handelte sich dabei um 103 Jugendliche, von denen 13 mehrfach aufgenommen wurden (9 Jugendliche zweimal, 4 weitere Jugendliche dreimal bis fünfmal, zur Hälfte mit Magersuchtproblemen).

Tab. 1: Anzahl unbehandelter Patienten pro Jahr (nach Aufnahmen)

Jahr	1. Hj.							
	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Patienten n	3	7	18	18	21	23	20	12

Die Aufnahmen betrafen 78 Mädchen und 44 Jungen. Unter den 13 wiederholt aufgenommenen Patienten waren 10 Mädchen und 3 Jungen. Unter den 103 aufgenommenen Jugendlichen belief sich das Geschlechterverhältnis auf 3:2.

Das durchschnittliche Alter der Jugendlichen bei der Aufnahme lag bei 17 Jahren und 8 Monaten (Mädchen 13;9 bis 20;10 Jahre, Jungen 14;4 bis 21;6 Jahre; bei Durchschnittswerten von 17;7 und 17;9 Jahren kein signifikanter Unterschied).

4.2 Zugangswege

Nicht alle auf der sozialpädagogisch orientierten Station aufgenommenen Jugendlichen sind von den beiden Aufnahme- und Therapiestationen übernommen worden.

Tab. 2: Zugangswege/Vorige Aufenthalte

Vorheriger Aufenthalt	Aufnahmen n = 122
eigene Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	76
Station J1 (u = 51)	
Station J2 (u = 24)	
Station J3 (u = 1)	
andere Kliniken (Psychiatrie, Chirurgie, Landeskrankenhaus)	6
elterliche Familie	25
eigene Wohnung	3
Heim oder Wohngemeinschaft	8
Internat	1
nicht mehr festzustellen	3

Das liegt u.a. daran, daß Jugendliche im Zusammenhang mit Kriseninterventionen auch unmittelbar Aufnahme finden. Tabelle 2 gibt die Verteilung der Zugangswege bzw. vorherigen Aufenthalte der Patienten wider.

4.3 Diagnosen

Tabelle 3 gibt die Kategorien der bei der Entlassung festgehaltenen Hauptdiagnosen wider. Sie stimmten überwiegend mit den Aufnahmediagnosen überein.

Tab. 3: Hauptdiagnosen der behandelten Jugendlichen

Diagnosegruppen	insgesamt n = 103	weiblich n = 62	männlich n = 41
Psychosen	8	4	4
Persönlichkeitsstörungen	10	7	3
„Adoleszenzkrise“	26	15	11
Eßstörungen	21	19	2
Anorexia nervosa	15	13	2
Bulimie	6	6	-
Neurosen	15	6	9
Schulphobie	4	-	4
Störung des Sozialverhaltens	5	9	2
Zustand nach Suizidversuch	11	9	2
Sexuelle Devianz	3	-	3

Bei den acht psychotischen Patienten handelte es sich sowohl um paranoid-halluzinatorische Psychosen als auch um affektive Psychosen sowie einmal um einen hebephrenen Verlauf. Bei den Eßstörungen sind Bulimarexien unter Anorexia nervosa subsummiert. Bei den Neurosen handelte es sich vor allem um ausgeprägte Angst- oder Zwangsstörungen. Die Diagnosegruppe sexuelle Devianz betrifft Jugendliche, die in Verbindung mit einer forensischen Fragestellung bei uns behandelt wurden.

4.4 Behandlungsziele für die Übernahme auf die sozialpädagogisch orientierte Station

Tabelle 4 gibt mit der Möglichkeit von Mehrfachnennungen je Aufnahme die Behandlungsziele wider, dererweitern eine Übernahme vereinbart wurde.

Im Vordergrund der Erwartungen steht die Unterstützung bei der Wiedereingliederung in Schule oder Ausbildung. Bemerkenswerterweise sind lebenspraktische Fertigkeiten nur selten ausdrücklich genannt worden. Möglicherweise sind sie aber einfach als selbstverständliches Element bei einer sozialpädagogischen Förderung angesehen worden.

Tab. 4: Übernahmekriterien für die Aufnahme auf die Station (auch therapeutische Zielvorstellungen)

Therapieziele bei Übernahme	(Mehrfachnennungen) n = 122 Patienten
Reduktion der Symptomatik	59
familiäre Beziehungsgestaltung	32
Schule/Ausbildung	89
Freizeitgestaltung/Hobbies	39
Gleichaltrigenkontakt	46
Lebenspraktische Fertigkeiten	7
Autonomie	57
Abklärung des zukünftigen Lebensrahmens/Fremdplatzierung	29

4.5 Dauer des stationären Aufenthaltes auf der sozialpädagogisch orientierten Station

Tabelle 5 gibt die Behandlungsdauer (ohne Beurlaubungen) je Aufnahme nach Zeitabschnitten wider. Nicht berücksichtigt wurden drei Aufnahmen, bei denen der stationäre Aufenthalt über den Erfassungszeitraum hinausging, d.h. am 30.6.1991 noch nicht abgeschlossen war.

Die durchschnittliche Dauer des stationären Aufenthaltes lag bei 84 Tagen (Mädchen 80 Tage, Jungen 88 Tage). Der Medianwert liegt bei zwei Monaten; 51% haben innerhalb dieses Zeitraumes die Behandlung auf der sozialpädagogisch orientierten Station beendet. Bei Patienten mit neurotischen Störungen war die Verweildauer am längsten, bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens vergleichsweise kurz. Bei Jugendlichen, die nach einem Suizidversuch aufgenommen worden waren, ging es zumeist um eine zeitlich begrenzte Krisenintervention, nach der die Behandlung ambulant fortgesetzt werden konnte.

Tab. 5: Dauer des stationären Aufenthaltes nach Geschlechtern

Aufenthaltsdauer	insgesamt n = 119	weiblich n = 78	männlich n = 41
> 1 Woche	7	3	4
1 Woche > 1 Monat	25	17	8
1 Monat > 2 Monate	29	22	7
2 Monate > 3 Monate	19	14	5
3 Monate > 6 Monate	24	13	11
6 Monate > 9 Monate	9	6	3
9 Monate > 1 Jahr	3	2	1
> 1 Jahr	3	1	2

4.6 Entlassungswege

Tabelle 6 zeigt für alle 119 Aufnahmen den Verbleib nach Abschluß der Behandlung auf der sozialpädagogisch orientierten Station.

Tab. 6: Verbleib nach Behandlungsschluß

Aufenthalt nach Verlassen der Station	Aufnahmen n = 119
Herkunftsfamilie	60
Eigene Wohnung	16
Internat	3
Heim	7
Therapeut. Wohngemeinschaft	25
Andere Klinik	2
Rückverlegung auf Aufnahmestation	3
Unbekannt	3

In 24 Fällen wurden die Patienten auf eigenen Wunsch entlassen, obwohl nach Meinung der Therapeuten ein weiterer stationärer Aufenthalt noch angezeigt war. In 79 Fällen war nach Abschluß der Behandlung auf der sozialpädagogisch orientierten Station keine weitere Form stationärer Hilfe erforderlich. Die Jugendlichen kehrten in ihre Herkunftsfamilie, ihre eigene Wohnung oder ein Internat zurück; allerdings wurde zumeist eine Psychotherapie ambulant fortgeführt. Bei acht Patienten fand eine sozialpädagogische Nachbetreuung statt, die in einem Fall einem tagesklinischen Aufenthalt entsprach.

4.7 Nachuntersuchungen

Bei den von der sozialpädagogisch orientierten Station entlassenen Patienten wurden noch keine Katamnesen vorgenommen. Soweit die Psychotherapie ambulant fortgesetzt wurde, konnte der weitere Verlauf nachverfolgt werden. Von zwei Patienten ist bekannt geworden, daß sie ums Leben gekommen sind; eine depressive Heranwachsende hat sich aus großer Höhe herabgestürzt, ein Heranwachsender mit chronifizierter Essstörung und einer ausgeprägten Persönlichkeitsstörung wurde tot aufgefunden.

5 Diskussion

Die hier wiedergegebene Zwischenbilanz der Arbeit einer sozialpädagogisch orientierten Station in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie kann dazu beitragen, die Planung einer eigenen Station für die Entlassungsvorbereitung mit einer dementsprechend sozialpädagogischen Orientierung zu überprüfen.

Bei der Inanspruchnahme der Station überwiegen weibliche Jugendliche, doch entspricht dies der ohnehin in der

Adoleszenz gegebenen Verteilung bei stationären Behandlungen. Allerdings kam es bei Jungen mit neurotischen Störungen zu langen Aufenthalten, die mit einem Mittelwert von 151 Tagen fast das Doppelte der durchschnittlichen Verweildauer bei allen Aufnahmen ausmachten.

Daß es sich bei den Wiederaufnahmen zur Hälfte um Jugendliche mit Essstörungen gehandelt hat, ist bei der Häufigkeit von Rezidiven bei diesen Störungen nicht ungewöhnlich. Zum Teil hat es sich dabei um symptombezogene Kriseninterventionen mit nur kurzen stationären Aufenthalten gehandelt.

In der ursprünglichen Planung war der Aufenthalt auf der sozialpädagogisch orientierten Station als dritter Abschnitt eines stationären Kontinuums vorgesehen, dem zwei Behandlungsphasen auf den beiden Aufnahme- und Therapiestationen vorausgehen. Tatsächlich kamen aber nur zwei Drittel der Aufnahmen von diesen beiden Stationen. Es bedarf weiterer Überprüfung, ob daraus auf einen Bedarf an Plätzen für eine besondere Entlassungsvorbereitung bei 25% der stationären Patienten geschlossen werden kann. Für die Arbeit der Station wurde es nicht als Nachteil erlebt, daß mit dem Drittel an unmittelbaren Aufnahmen sehr unterschiedliche Problem- und Entwicklungslagen eingebracht wurden. Tatsächlich wurden dabei ja auch keine Störungs- und Krankheitsbilder von vornherein ausgeschlossen. Bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens und bei den Jugendlichen, bei denen es um eine forensische Fragestellung ging, wurde allerdings eine Behandlungsbereitschaft vorausgesetzt.

Es hat sich gezeigt, daß die Dauer des Aufenthaltes auf der sozialpädagogisch orientierten Station weniger von den Behandlungszielen als von der Art der psychischen Störung abhängt und deswegen sehr unterschiedlich ausfällt. Nicht nur Jungen, sondern auch weibliche Jugendliche mit neurotischen Störungen – insbesondere mit Ängsten und Zwängen – verblieben fast doppelt so lange wie der Durchschnitt bei allen Aufnahmen. Bemerkenswert sind die verhältnismäßig kurzen Aufenthalte nach Suizidversuchen und bei schulphobischem Verhalten. Patienten mit schulphobischem Verhalten drängten selber in ihre Familie zurück. Jugendliche, die Suizidversuche unternommen hatten, konnten bei meist ausreichender Alltagskompetenz schon bald in eine ambulante Behandlung übergehen.

Das Konzept der Alltagskompetenz (THIERSCH, 1978) hat sowohl für die Übernahmeanlässe als auch für die Entlassungsvoraussetzungen ausschlaggebende Bedeutung. Ob sich die Goal Attainment Scaling (GAS; RÖCKEN u. WEISS, 1987) dabei eignet, entsprechende Dimensionen regelmäßig zu erfassen und zu vergleichen, erscheint zweifelhaft, zumal die Durchführung mit einem erheblichen Aufwand verbunden ist. Es ist deswegen beabsichtigt, Gesichtspunkte, die sich bei den patientenbezogenen Teambesprechungen als relevant erwiesen haben, systematisch zu Instrumenten für die Verlaufsbeurteilung zusammenzufassen.

Die seit 1984 beobachteten Behandlungsverläufe nach 122 Aufnahmen sprechen für die Bedeutung einer Entlassungsvorbereitung auf einer sozialpädagogisch orientierten

Station innerhalb einer Klinik. Zwar sind in deren Einzugsbereich inzwischen Anschlußeinrichtungen vorhanden (Jugendwohnheim für psychisch chronisch kranke junge Menschen, Rehabilitationsangebote für psychisch Behinderte), doch besteht deren Aufgabe in der längerfristigen stationären Betreuung und der differenzierten Rehabilitation von jungen Menschen mit langanhaltenden psychischen Störungen. Die sozialpädagogisch orientierte Entlassungsvorbereitung soll dagegen weitere stationäre Maßnahmen nach Möglichkeit überflüssig machen. Dies konnte bei 66% der Aufnahmen erreicht werden. Nur dreimal mußten Jugendliche innerhalb der Klinik wieder auf die Aufnahmestation zurückverlegt werden.

Summary

A Socio-Pedagogic Oriented Therapeutic Ward in a Clinic for Child and Adolescent Psychiatry

At first the conception and working modalities of a ward in a Child and Adolescent Department that includes social work are presented. Then the work of Hinrichs and Ruppel (1991)

today is analyzed corresponding to admissions, patients' variables such as age and diagnosis, length of treatment and discharge criteria. Two thirds of the 122 treated patients on the described ward, with the special task to prepare discharge after having been treated on another therapeutic ward, were discharged into their original families and former living conditions.

Literatur

- RÖCKEN, S./WEISS, J. (1987): Erfahrungen bei der Anwendung von Goal Attainment Scaling (GAS) in der Evaluation einer psychiatrischen Übergangseinrichtung. Zeitschrift für Klinische Psychologie 16, 158-173. - SCHÜTZE, G. (1989): Nachreifung Adoleszenter in der stationären Behandlung. Vortrag, Zürich, April 1989. - THIERSCH, H. (1978): Sozialarbeit und Therapie. Neue Praxis - Kritische Zeitschrift für Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Sonderheft. Luchterhand.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Günter Hinrichs, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Niemannsweg 147, 2300 Kiel 1.