

Winkelmann, Klaus / Stefini, Annette / Hartmann, Mechthild / Geiser-Elze, Annette / Kronmüller, Andreas / Schenkenbach, Caroline / Horn, Hildegard und Kronmüller, Klaus-Thomas

Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 54 (2005) 7, S. 598-614

urn:nbn:de:bsz-psydok-45857

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

Buchholz, M. B.: Herausforderung Familie: Bedingungen adäquater Beratung (Family as challenge: Contexts of adequate counselling)	664
Pachaly, A.: Grundprinzipien der Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter (Basic principles of crisis intervention in children and adolescents)	473
Sannwald, R.: Wie postmoderne Jugendliche ihren Weg ins Leben finden – Einblicke in die Katathym Imaginative Psychotherapie von Adoleszenten (How postmodern youths find their way into life – Views on imaginative psychotherapy of adolescents)	417
Stephan, G.: Vom Schiffbruch eines kleinen Bootes zur vollen Fahrt eines Luxusliners (Children's drawings: A case study of the psychotherapeutic treatment of a seven year old boy)	59
Stumpfner, K.; Thomsen, C.: MusikSpielTherapie (MST) – Eine Eltern-Kind- Psychotherapie für Kinder im Alter bis zu vier Jahren (MusicPlayTherapy – A parent-child psychotherapy for children 0 – 4 years old)	684
Walter, J.; Hoffmann, S.; Romer, G.: Behandlung akuter Krisen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Treatment of acute crisis in child and adolescent psychiatry)	487
Welter, N.: Vom Rambo-Jesus zu einer gut integrierten Männlichkeit (From Rambo-Jesus to well integrated masculinity)	37

Originalarbeiten / Original Articles

Giovannini, S.; Haffner, J.; Parzer, P.; Steen, R.; Klett, M.; Resch, F.: Verhaltensauffälligkeiten bei Erstklässlern aus Sicht der Eltern und der Lehrerinnen (Parent- and teacher-reported behavior problems of first graders)	104
Gramel, S.: Die Darstellung von guten und schlechten Beziehungen in Kinderzeichnungen (How children show positive and negative relationships on their drawings)	3
Hampel, P.; Kümmel, U.; Meier, M.; Dickow, C.D.B.: Geschlechtseffekte und Entwicklungsverlauf im Stresserleben, der Stressverarbeitung, der körperlichen Beanspruchung und den psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Gender and developmental effects on perceived stress, coping, somatic symptoms and psychological disorders among children and adolescents)	87
Hessel, A.; Geyer, M.; Brähler, E.: Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Jugendliche wegen körperlicher Beschwerden (Occupation of health care system because of body complaints by young people – Results of a representative survey)	367
Horn, H.; Geiser-Elze, A.; Reck, C.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Victor, D.; Winkelmann, K.; Kronmüller, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with depression)	578
Jordan, S.: www.drugcom.de – ein Informations- und Beratungsangebot zur Suchtprävention im Internet (www.drugcom.de – an internet based information and counselling project for the prevention of addiction)	742
Juen, F.; Benecke, C.; Wyl, A. v.; Schick, A.; Cierpka, M.: Repräsentanz, psychische Struktur und Verhaltensprobleme im Vorschulalter (Mental representation, psychic structure, and behaviour problems in preschool children)	191

Kienle, X.; Thumser, K.; Saile, H.; Karch, D.: Neuropsychologische Diagnostik von ADHS-Subgruppen (Neuropsychological assessment of ADHD subtypes)	159
Krischer, M.K.; Sevecke, K.; Lehmkuhl, G.; Steinmeyer, E.M.: Minderschwere sexuelle Kindesmisshandlung und ihre Folgen (Less severe sexual child abuse and its sequelae: Are there different psychic and psychosomatic symptoms in relation to various forms of sexual interaction?)	210
Kronmüller, K.; Postelnicu, I.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Geiser-Elze, A.; Gerhold, M.; Horn, H.; Winkelmann, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with anxiety disorders)	559
Lenz, A.: Vorstellungen der Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern (Children's ideas about their parents' psychiatric illness – An explorative study)	382
Nagenborg, M.: Gewalt in Computerspielen: Das Internet als Ort der Distribution und Diskussion (Violent computer games: Distribution via and discussion on the internet)	755
Nedoschill, J.; Leiberich, P.; Popp, C.; Loew, T.: www.hungrig-online.de: Einige Ergebnisse einer Online-Befragung Jugendlicher in der größten deutschsprachigen Internet-Selbsthilfegruppe für Menschen mit Essstörungen (www.hungrig-online.de: Results from an online survey in the largest German-speaking internet self help community for eating disorders)	728
Nützel, J.; Schmid, M.; Goldbeck, L.; Fegert, J.M.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern (Psychiatric support for children and adolescents in residential care in a german sample)	627
Rosbach, M.; Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines Lehrergruppentrainings bei Kindern mit ADHS – eine Pilotstudie (Development and evaluation of an ADHD teacher group training – A pilot study)	645
Sevecke, K.; Krischer, M.K.; Schönberg, T.; Lehmkuhl, G.: Das Psychopathy-Konzept nach Hare als Persönlichkeitsdimension im Jugendalter? (The psychopathy-concept and its psychometric evaluation in childhood and adolescence)	173
Thomalla, G.; Barkmann, C.; Romer, G.: Psychosoziale Auffälligkeiten bei Kindern von Hämodialysepatienten (Psychosocial symptoms in children of hemodialysis patients)	399
Titze, K.; Wollenweber, S.; Nell, V.; Lehmkuhl, U.: Elternbeziehung aus Sicht von Kindern, Jugendlichen und Klinikern (Parental relationship from the perspectives of children, adolescents and clinicians. Development and clinical validation of the Parental-Representation-Screening-Questionnaire (PRSQ))	126
Winkel, S.; Groen, G.; Petermann, F.: Soziale Unterstützung in Suizidforen (Social support in suicide forums)	714
Winkelmann, K.; Stefini, A.; Hartmann, M.; Geiser-Elze, A.; Kronmüller, A.; Schenkenbach, C.; Horn, H.; Kronmüller, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with behavioral disorders)	598

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Bartels, V.: Krisenintervention bei sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Jungen (Crisis intervention in child sexual abuse)	442
Franz, M.: Wenn Mütter allein erziehen (When mothers take care alone)	817

Hagenah, U.; Vloet, T.: Psychoedukation für Eltern in der Behandlung essgestörter Jugendlicher (Parent psychoeducation groups in the treatment of adolescents with eating disorders)	303
Herpertz-Dahlmann, B.; Hagenah, U.; Vloet, T.; Holtkamp, K.: Essstörungen in der Adoleszenz (Adolescent eating disorders)	248
Ley, K.: Wenn sich eine neue Familie findet – Ressourcen und Konflikte in Patchwork- und Fortsetzungsfamilien (Finding the way in a new family – Resources and conflicts in patchwork and successive families)	802
Napp-Peters, A.: Mehrelternfamilien als „Normal“-familien – Ausgrenzung und Eltern-Kind-Entfremdung nach Trennung und Scheidung (Multi-parent families as “normal” families – Segregation and parent-child- alienation after separation and divorce)	792
Pfeiffer, E.; Hansen, B.; Korte, A.; Lehmkuhl, U.: Behandlung von Essstörungen bei Jugendlichen aus Sicht der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik (Treatment of eating disorders in adolescents – The view of a child and adolescence psychiatric hospital)	268
Reich, G.: Familienbeziehungen und Familientherapie bei Essstörungen (Family relationships and family therapy of eating disorders)	318
Reich, G.: Familiensysteme heute – Entwicklungen, Probleme und Möglichkeiten (Contemporary family systems – Developments, problems, and possibilities)	779
Retzlaff, R.: Malen und kreatives Gestalten in der Systemischen Familientherapie (Drawings and art work in systemic family therapy)	19
Ruhl, U.; Jacobi, C.: Kognitiv-behaviorale Psychotherapie bei Jugendlichen mit Essstörungen (Cognitive-behavioral psychotherapy for adolescents with eating disorders)	286
Schnell, M.: Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter (Suicidal crises in children and adolescents)	457
Windaus, E.: Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht (Efficacy studies in the field of psychotherapy – psychoanalytical and psychodynamic psychology – for children and adolescents: a survey)	530
Wittenberger, A.: Zur Psychodynamik einer jugendlichen Bulimie-Patientin (On the psychodynamics of an adolescent bulimia patient)	337

Buchbesprechungen / Book Reviews

Balloff, R. (2004): Kinder vor dem Familiengericht. (L. Unzner)	429
Beebe, B.; Lachmann, F.M. (2004): Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. (L. Unzner)	71
Ben-Aaron, M.; Harel, J.; Kaplan, H.; Patt, R. (2004): Beziehungsstörungen in der Kindheit. Eltern als Mediatoren: Ein Manual. (L. Unzner)	149
Brackmann, A. (2005): Jenseits der Norm – hochbegabt und hochsensibel? (D. Irblich)	768
Cierpka, M. (Hg.) (2005): Möglichkeiten der Gewaltprävention. (L. Unzner)	701
Deegener, G.; Körner, W. (Hg.) (2005): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. (L. Unzner)	837
Eckardt, J. (2005): Kinder und Trauma. (L. Unzner)	835
Eggers, C.; Fegert, J.M.; Resch, F. (Hg.) (2004): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. (D. Irblich)	428
Emerson, E.; Hatton, C.; Thompson, T.; Parmenter, T. (Hg.) (2004): The International Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities. (K. Sarimski)	231

Fegert, J.M.; Schrapper, C. (Hg.) (2004): Handbuch der Jugendhilfe –Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. (<i>U. Kießling</i>)	704
Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.L.; Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. (<i>L. Unzner</i>)	72
Gerlach, M.; Warnke, A.; Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie. (<i>A. Zellner</i>)	146
Gerlach, M.; Warnke, A.; Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. (<i>J.M. Fegert</i>)	834
Grawe, K.: (2004): Neuropsychotherapie. (<i>O. Bilke</i>)	622
Grossmann, K.; Grossmann, K.E. (2004): Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. (<i>L. Unzner</i>)	355
Haas, W. (2004): Familienstellen – Therapie oder Okkultismus? Das Familienstellen nach Hellinger kritisch beleuchtet. (<i>P. Kleinfurchnner</i>)	619
Hawellek, C.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Entwicklung unterstützen – Unterstützung entwickeln. Systemisches Coaching nach dem Marte-Meo-Modell. (<i>B. Westermann</i>)	706
Hinz, H.L. (2004): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 49. (<i>M. Hirsch</i>)	76
Holling, H.; Preckel, F.; Vock, M. (2004): Intelligenzdiagnostik. (<i>A. Zellner</i>)	507
Hoppe, F.; Reichert, J. (Hg.) (2004): Verhaltenstherapie in der Frühförderung. (<i>D. Irblich</i>)	74
Immisch, P.F. (2004): Bindungsorientierte Verhaltenstherapie. Behandlung der Veränderungsresistenz bei Kindern und Jugendlichen. (<i>B. Koob</i>)	151
Jacobs, C.; Heubrock, D.; Muth, D.; Petermann, F. (2005): Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER. (<i>D. Irblich</i>)	769
König, O. (2004): Familienwelten. Theorie und Praxis von Familienaufstellungen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	617
Kollbrunner, J. (2004): Stottern ist wie Fieber. Ein Ratgeber für Eltern von kleinen Kindern, die nicht flüssig sprechen. (<i>L. Unzner</i>)	771
Kühl, J. (Hg.) (2004): Frühförderung und SGB IX. Rechtsgrundlagen und praktische Umsetzung. (<i>L. Unzner</i>)	506
Landolt, M.A. (2004): Psychotraumatologie des Kindesalters. (<i>D. Irblich</i>)	232
Lehmkuhl, U.; Lehmkuhl, G. (Hg.) (2004): Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung. (<i>L. Unzner</i>)	359
Lenz, A. (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. (<i>L. Unzner</i>)	702
Möller, C. (Hg.) (2005): Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen. (<i>U. Knölker</i>)	621
Neuhäuser, G. (2004): Syndrome bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen. (<i>K. Sarimski</i>)	509
Pauls, H. (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. (<i>K. Sarimski</i>)	234
Ruf-Bächtiger, L.; Baumann, T. (2004): Entwicklungsstörungen. ADS/ADHD/POS: Das diagnostische Inventar (Version 3.0). (<i>D. Irblich</i>)	147
Sachse, R. (2004): Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie. (<i>K. Mauthe</i>)	358
Sachsse, U. (2004): Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. (<i>D. Irblich</i>)	510
Salewski, C. (2004): Chronisch kranke Jugendliche. Belastung, Bewältigung und psychosoziale Hilfen. (<i>K. Sarimski</i>)	150

Scheuing, H.W. (2004): „... als Menschenleben gegen Sachwerte gewogen wurden“. Die Geschichte der Erziehungs- und Pflegeanstalt für Geistesschwache Mosbach/Schwarza-cher Hof und ihrer Bewohner 1933 bis 1945. (<i>M. Müller-Küppers</i>)	233
Schmela, M. (2004): Vom Zappeln und vom Philipp. ADHS: Integration von familien-, hypno- und verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen. (<i>D. Irblich</i>)	620
Seiffge-Krenke, I. (2004): Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderung, Ressource, Risiko. (<i>M.B. Buchholz</i>)	228
Steiner, T.; Berg, I.K. (2005): Handbuch Lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern. (<i>B. Mikosz</i>)	769
Weinberg, D. (2005): Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie. (<i>D. Irblich</i>)	836
Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Zwänge bei Kindern und Jugendlichen. (<i>D. Irblich</i>)	357
Wilken, E. (2004): Menschen mit Down-Syndrom in Familie, Schule und Gesellschaft. (<i>K. Sarimski</i>)	508
Wüllenweber, E. (Hg.) (2004): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinde-rung. (<i>K. Sarimski</i>)	431
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2004): Handbuch Krisenintervention. Bd. 2: Pra-xis und Konzepte zur Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>)	432

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Ahrens-Eipper, S.; Leplow, B. (2004): Mutig werden mit Til Tiger. Ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder. (<i>C. Kirchheim</i>)	513
Langfeldt, H.-P.; Prücher, F. (2004): BSSK. Bildertest zum sozialen Selbstkonzept. Ein Ver-fahren für Kinder der Klassenstufen 1 und 2. (<i>C. Kirchheim</i>)	237
Seitz, W.; Rausche, A. (2004): PFK 9 – 14. Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren (4., überarbeitete und neu normierte Auflage). (<i>C. Kirchheim</i>)	773

Editorial / Editorial	1, 247, 439, 527, 711, 777
Autoren und Autorinnen / Authors	70, 144, 226, 354, 427, 505, 615, 700, 767, 833
Tagungskalender / Congress Dates	84, 153, 240, 362, 434, 516, 623, 709, 776, 841
Mitteilungen / Announcements	157, 245, 519
Tagungsberichte / Congress Reports	78

Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeit-psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen¹

Klaus Winkelmann², Annette Stefini³, Mechtild Hartmann², Annette Geiser-Elze³, Andrea Kronmüller³, Caroline Schenkenbach³, Hildegard Horn² und Klaus-Thomas Kronmüller³

Summary

Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with behavioral disorders

Behavioral disorders represent one of the most frequent mental disorders in children and adolescents. Even though psychodynamic psychotherapies are often used to treat behavioral disorders, to date, its efficacy has rarely been empirically evaluated. The aim of the study therefore was to evaluate psychodynamic short-term psychotherapy (PSTP) for children and adolescents with behavioral disorders. By means of a waiting-list controlled study, 26 children and adolescents fulfilling diagnosis of behavioral disorders were examined. The treatment group received 25 sessions of psychodynamic psychotherapy. Primary criterion of outcome was the Impairment-Score for Children and Adolescents (IS-CA). Furthermore, the Child Behavior Checklist (CBCL) and the Psychic and Social-Communicative Findings Sheet for Children and Adolescents (PSCFS-CA) were administered at the beginning and end of the treatment. The statistical as well as the clinical significance of changes during treatment were analysed. It could be shown, that the treatment group improved significantly more in the Impairment-Score for children and adolescents (IS-CA) compared to the waiting group. The effect size of the IS-CA total score was 0,6. 31 % of the children in the treatment group improved clinically significantly or according to the criterion of Reliable Change, whereas that was the case only for 8 % of the subject in the waiting list condition. A significant advantage was found for the therapy group in the PSCFS-CA. Effect sizes were between 0.8 and 1.4. In the CBCL significant improvement could be shown for the treatment and control group however only with small effects. These results substantiate that psychodynamic short-term psychotherapy (PSTP) is an effective intervention for children and adolescents with behavioral disorders. However, the findings also show that some of the children and adolescents are in need of a more intensive or long-term treatment.

Key words: psychodynamic short-term psychotherapy – behavioral disorders – children and adolescents – efficacy

¹ Das dieser Arbeit zugrunde liegende Forschungsprojekt wurde gefördert von der Forschungskommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg, dem Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Heidelberg, der Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e. V. (VAKJP) und der Fischer-Stiftung.

² Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Heidelberg.

³ Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg.

Zusammenfassung

Verhaltensstörungen stellen mit die häufigsten psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen dar. Obwohl psychodynamische Therapieverfahren in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen häufig eingesetzt werden, sind sie in ihrer störungsspezifischen Wirksamkeit bislang kaum evaluiert. Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Überprüfung der Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen. Im Rahmen eines Wartekontrollgruppendesigns wurden $N = 26$ Kinder und Jugendliche mit Verhaltensstörungen untersucht. Die Therapiegruppe erhielt 25 Stunden psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie über einen Zeitraum von vier Monaten. Primäres Therapieerfolgskriterium war der „Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche“ (BSS-K). Zudem wurden die „Child Behavior Checklist“ (CBCL) und der „Psychische und Sozial-Kommunikative Befund für Kinder und Jugendliche“ (PSKB-KJ) zu Therapiebeginn und -ende eingesetzt. Die statistische und klinische Signifikanz der Veränderungen während der Behandlung wurden überprüft. Es zeigte sich eine signifikante Überlegenheit der Therapiegruppe im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe im „Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche“ (BSS-K). Für den BSS-K-Gesamtwert ergab sich eine Effektstärke von 0,6. 31 % der Behandlungsfälle erreichte bei Therapieende eine klinisch signifikante oder eine reliable Verbesserung im Vergleich zu 8 % in der Wartekontrollgruppe. Im PSKB-KJ fand sich eine signifikante Überlegenheit der Therapiegruppe. Die Effektstärken lagen für den PSKB-KJ zwischen 0,8 und 1,4. In der CBCL ergaben sich signifikante Verbesserungen für die Therapie- und die Wartekontrollgruppe mit geringem Effekt. Die Ergebnisse zeigen, dass psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie ein wirksames Behandlungsverfahren bei Kinder und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen darstellt. Die Ergebnisse legen aber auch nahe, dass ein Teil der Kinder und Jugendlichen eine intensivere oder längere Behandlung benötigt.

Schlagwörter: Psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie – Verhaltensstörungen – Kinder und Jugendliche – Wirksamkeit

1 Einleitung

Neuere epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass Verhaltensstörungen mit über 10 % zu den häufigsten psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen gehören (Costello 1989). Verhaltensstörungen tendieren dabei zur Chronifizierung (Robins u. Rutter 1990) und führen nicht selten zur Entwicklung antisozialen Verhaltens im Erwachsenenalter (Offord u. Bennett 1994). Verhaltensstörungen beeinträchtigen nicht nur das soziale Funktionsniveau, sondern behindern auch die schulische und berufliche Entwicklung sowie die Entwicklung von sozialen Beziehungen. Nur in geringem Umfang kommt es bei diesen Störungen zu einer Spontanremission (Esser et al. 1990). Viele Kinder und Jugendliche mit Verhaltensstörungen

gen gelangen nicht in eine psychotherapeutische Behandlung, wenngleich Studien auch zeigen konnten, dass diese Kinder und Jugendliche häufiger Kontakt zu medizinischen und psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen haben im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen mit emotionalen Störungen (Beardslee et al. 1997; Beidel u. Turner 1997). Allerdings gelten Verhaltensstörungen im Vergleich zu vielen anderen psychischen Störungen als schwerer therapeutisch zu beeinflussen (Fonagy et al. 2002).

Störungsspezifische Behandlungskonzepte der Verhaltensstörungen liegen vornehmlich aus dem Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie und Familientherapie vor. Bei der Behandlung von Verhaltensstörungen haben sich bisher vor allem Elterntrainings als effektiv erwiesen (Döpfner u. Lehmkuhl 2002). In einer Studie von Scott et al. (2001) wurden 141 Kinder untersucht, die in eine Interventionsgruppe und eine Wartegruppe aufgeteilt wurden. Die Gruppe in der das Elterntrainig von Webster-Stratton (1994) durchgeführt wurde, erreichte eine deutliche Reduktion des antisozialen Verhaltens. Verglichen mit der unbehandelten Kontrollgruppe wurde eine Effektstärke von 1,06 erzielt. In der Meta-Analyse von Weisz et al. (1995) werden für Behandlungen von Kindern mit Verhaltensstörungen Effektstärken von 0,35–0,65 berichtet. Neben verhaltens- und familientherapeutischen Strategien wurden in den letzten Jahren für diese Krankheitsbilder auch störungsspezifische psychodynamische Behandlungsansätze entwickelt (Kernberg u. Chazan 1991). Bislang liegen jedoch nur zwei Therapiestudien zur psychodynamisch orientierte Behandlung dieser Störungen vor (Fonagy et al. 2002; Windaus 2004a, b, c, 2005). So überprüften Szapocznik et al. (1989, 1990) die Wirksamkeit psychodynamisch orientierter Kurzzeitpsychotherapie und strukturaler Familientherapie im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Die Kinder mit einer Aggressionsproblematik erhielten 12 bis 24 Behandlungssitzungen über einen Zeitraum von sechs Monaten. Es konnten keine differentiellen Effekte zwischen beiden Behandlungsverfahren, wohl aber eine Überlegenheit der Therapiegruppen gegenüber einer Kontrollgruppe aufgezeigt werden. Dennoch zeigte sich in der Untersuchung, dass Sozialverhaltensstörungen auch im Rahmen einer Kurzzeitpsychotherapie erfolgreich behandelt werden können. Im Rahmen einer Evaluationsstudie am „Anna Freud Centre“ in London untersuchten Fonagy und Target (1994) N = 135 Kinder mit Sozialverhaltensstörungen. Bei Beendigung der analytischen Psychotherapie wiesen ein Drittel der Kinder keine Störungsdiagnose mehr auf und knapp die Hälfte zeigte eine reliable klinische Verbesserung. Nach mindestens einem Jahr Behandlung konnte die Rate der Kinder die keine Verhaltensstörung mehr aufwiesen auf 69% gesteigert werden. Die Prädiktoranalyse ergab, dass jüngere Kinder, Kinder ohne Schulprobleme und Kinder mit komorbider Angststörung eine bessere Prognose aufwiesen. In dieser Studie zeigte sich aber auch, dass ein Drittel der Kinder ihre Therapie bereits im ersten Jahr vorzeitig beendeten.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass Störungen des Sozialverhaltens zu den schwerer psychotherapeutisch behandelbaren Störungen zählen. Erschwert wird die Behandlung dieser Störungen vor allem durch eine meist nur geringe Behandlungsmotivation und häufig vorkommende Therapieabbrüche (Baruch et al. 1998; Fonagy u. Target 1994; Kazdin u. Wassell 1999). Eine Ursache hierfür liegt in

der Störung selbst begründet, da der Aufbau und die Gestaltung der für die Wirksamkeit der Therapie wichtigen therapeutischen Beziehung durch die Sozialverhaltensstörung der Kinder zum Teil in hohem Maße beeinträchtigt ist. Während für die kognitive Verhaltenstherapie, Familientherapie und Eltertrainings bereits zahlreiche kontrollierte Studien zur Behandlung von Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen vorliegen (Döpfner 2003; Weisz et al. 2005), finden sich bislang für psychodynamische Verfahren nur wenige Ergebnisse zu diesen Störungsbildern.

Ziel der Untersuchung war die Überprüfung der Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen. Es wurde von der Hypothese ausgegangen, dass die psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie einer Wartekontrollgruppe signifikant überlegen war.

2 Methode

2.1 Studiendesign

Die Heidelberger Studie zur analytischen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen wurde im ersten Studienabschnitt (25 Therapiestunden) als kontrollierte Studie durchgeführt. In einem weiteren Studienabschnitt wurden die Behandlungen, die nach der 25. Therapiestunde in einer Langzeittherapie fortgeführt wurden, im Rahmen eines naturalistischen Designs weiter untersucht. Da eine unbehandelte Kontrollgruppe aus ethischen Gründen nicht vertretbar war, diente eine Wartekontrollgruppe mit einem unbehandelten Intervall von 4 Monaten als Kontrollgruppe für die Therapiefälle des ersten Studienabschnitts. Aufgrund der überregionalen Erhebungsstrategie in der Studie wurde ein Comprehensive Cohort Design (Victor 1990; Olschewski u. Scheurlen 1985) gewählt. Die kontrollierte Studie bestand im Wesentlichen aus den Behandlungsfällen, die im Raum Heidelberg rekrutiert wurden, während Behandlungsfälle aus anderen Studienzentren (Stuttgart, Frankfurt, Saarbrücken und Marburg) im Rahmen einer naturalistischen Erweiterung der Studie untersucht wurden. Die Zuweisung zur Therapie- und Wartekontrollgruppe wurde i. S. einer Quasi-Randomisierung durchgeführt. Patienten, die sich bis zu 8 Wochen vor den Schulferien im Sommer zu einer Psychotherapie anmeldeten, wurden in die Wartekontrollgruppe aufgenommen. Patienten, die sich zu anderen Zeitpunkten vorstellten, wurden dagegen direkt der Therapiegruppe zugeteilt. Mit diesem Vorgehen konnten $n = 54$ Patienten auf die Wartekontrollgruppe und die Therapiegruppe quasi-randomisiert werden. Weitere 17 Patienten, die außerhalb Heidelbergs rekrutiert wurden, wurden nicht in diese Randomisierungsstrategie einbezogen. Die Stichprobe bestand aus Patienten, bei denen aufgrund einer psychischen Störung nach ICD-10 (Dilling et al. 1994) in den Jahren 1997 bis 2002 eine ambulante psychotherapeutische Behandlung indiziert war. Alle Patienten hatten bei niedergelassenen Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten um eine Behandlung nachgesucht oder waren von Kinderärzten, Kinder- und Jugendpsychiatern oder anderen Institutionen in eine solche Behandlung verwiesen worden. Als Einschlusskriterien galten das Vorliegen einer psychischen Erkrankung nach ICD-10 und ein Alter von 6 bis 18 Jahren. Ausschlusskriterien waren psycho-

tische Erkrankungen, Suchtstörungen und akute Suizidalität. Die Therapiestudie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg genehmigt. Die Patienten sowie deren Eltern stimmten einer Teilnahme an der Studie zu. Eine schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Untersuchung wurde nach ausführlicher Aufklärung durch die Eltern und Erziehungsberechtigten der Kinder und Jugendlichen gegeben. Von den 86 auf die Studie angesprochenen Patienten und ihren Eltern lehnten $n = 15$ (17,4 %) die Teilnahme an der Studie ab. Beim Vergleich der Studienteilnehmer und -verweigerer bezüglich der Merkmale Alter, Geschlecht, Diagnose, Störungsdauer und Familiensituation ergaben sich keine signifikanten Unterschiede und damit keine Hinweise auf systematische Selektionsfaktoren. Bei 25 Patienten der Therapiegruppe und 13 Patienten der Wartekontrollgruppe wurde eine Verhaltensstörung nach ICD-10 (Dilling et al. 1994) diagnostiziert. Für die hier vorgestellten störungsspezifischen Auswertungen der Studie wurden die Therapiegruppe und die Wartekontrollgruppe parallelisiert. Für das Matching relevante Variablen waren Alter, Geschlecht und Familiensituation. Zwischen der Gruppe von Behandlungsfällen die in die vorliegende Auswertung einbezogen wurde und der die nicht einbezogen wurde ergaben sich in den zentralen Therapieergebnisvariablen keine signifikanten Unterschiede. Die Symptomatik der Kinder und Jugendlichen wurde zum Zeitpunkt des Therapiebeginns und -ende von geschulten Experten (Diplom-Psychologinnen mit klinischer Erfahrung) und den Eltern der Patienten beurteilt.

2.2 Therapiekonzept und Manualtreue

Die psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie wurde über einen Zeitraum von 4 Monaten mit 25 Therapiestunden durchgeführt. Ergänzt wurde diese Behandlung zusätzlich bei 9 Kindern (69 %) mit durchschnittlich 4,3 begleitenden Elterngesprächen. Die Therapien orientierten sich in ihrer Durchführung an einem Therapiemanual (Hartmann et al. unveröffentlichtes Manuskript). Auf der Grundlage der psychoanalytischen Theorien der Triebtheorie, der Ich-Psychologie, der Selbstpsychologie, Objektbeziehungstheorien und der Bindungstheorie wurde ein Therapiemanual entwickelt und diese Theorieperspektiven für die Bearbeitung des Therapiefokus nutzbar gemacht. Der Therapiefokus stellt die zentrale unbewusste Konfliktsituation als neurotischen Konfliktkern (Luborsky 1995) oder die strukturelle Verfassung dar. Initial wird in der Behandlung ein Behandlungsfokus als Fokussatz formuliert (Lachauer 1992) in dem sich der zentrale Beziehungskonflikt abbildet. Die Bearbeitung des bei Therapiebeginn formulierten Therapiefokus findet in der direkten therapeutischen Beziehung oder auf den, dem Kind angemessenen Spiel- oder Gestaltungsebenen statt. Die zum Einsatz kommenden Interventionstechniken sind strukturbezogen bis hin zu expressiv deutend und am Fokus orientiert. Im Rahmen des Therapiemanuals wurden anhand der drei Behandlungsabschnitte Kennenlernen, Durcharbeiten und Abschiednehmen konkrete therapeutische Vorgehensweisen beschrieben, die mit Hilfe von Fallbeispielen illustriert werden. In der begleitenden Arbeit mit den Eltern wird den Eltern Gelegenheit gegeben die Verhaltensweisen des Kindes oder Jugendlichen auf dem Hintergrund seines Ge-

wordenseins in der Familie zu verstehen und soweit als möglich das Beziehungsmuster, innerhalb dessen die Störung entstanden ist und aufrechterhalten wird, zu verändern (Horn 2003). Die Therapeuten wurden entsprechend dieses Therapiemanuals geschult und kontinuierlich in ihrer Behandlung durch erfahrene Supervisoren begleitet. Für jede einzelne Therapiestunde wurde die Manualtreue mit einem siebenstufigen Globalrating von 0 (überhaupt nicht Manualtreu) bis 6 (sehr hohe Manualtreue) beurteilt. Von den insgesamt 325 Therapiestunden wurden lediglich 3 (1 %) mit ungenügenden Werten für die Manualtreue bewertet. Durchschnittlich wurde die Manualtreue mit einem Wert von 4,1 ($SD = 0,62$) beurteilt. Es ergaben sich damit hohe Werte für die Manualtreue in der Therapiegruppe. Dies gilt auch für die Manualtreue aller drei Behandlungsabschnitte Kennenlernen, Durcharbeiten und Abschiednehmen. Weder in der Therapiegruppe noch in der Wartekontrollgruppe kam es zu einem Drop-out.

2.3 Stichprobe

Patienten: Die Therapie- und die Wartegruppe umfassten jeweils 13 Patienten (s. Tab. 1). Zudem nahmen die Eltern – meistens die Mütter – an der Untersuchung teil. In der Therapiegruppe waren 4 Mädchen und 9 Jungen, die Wartegruppe umfasste 3 Mädchen und 10 Jungen. Das Durchschnittsalter der Therapiegruppe betrug 8,9 Jahre, 11 Patienten waren Kinder (< 13 Jahre) und 2 Jugendliche. Das Alter der Wartegruppепatienten war im Durchschnitt 8,2 Jahre. Auch hier waren 11 Patienten Kinder und 2 Jugendliche. Die beiden Gruppen zeigten weder bezüglich Alter und Geschlecht noch in den Merkmalen Schulbesuch und Beziehungsstatus der Eltern signifikante Unterschiede.

In der Therapiegruppe wurde bei zwei Kindern eine Hyperkinetische Störung diagnostiziert. In jeweils drei Fällen lautete die Diagnose Störung des Sozialverhaltens bzw. Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen. Zweimal wurden Bindungsstörungen des Kindesalters diagnostiziert und dreimal lautete die Diagnose Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. Bei den Patienten der Wartegruppe wurde sechsmal die Diagnose Störungen des Sozialverhaltens vergeben und viermal die Diagnose Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen. Bei jeweils einem Kind wurde eine Hyperkinetische Störung, Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend bzw. eine Ticstörung diagnostiziert. Bei jeweils sieben Kindern (53,8 %) der Therapiegruppe und der Wartegruppe lag eine Komorbidität von zwei oder mehr Diagnosen vor. Die mittlere Störungsdauer zu Therapiebeginn lag in der Therapiegruppe bei 2,84 Jahren ($SD = 2,55$). In der Wartekontrollgruppe betrug die mittlere Störungsdauer 1,49 Jahre ($SD = 1,93$). Weder bezüglich der diagnostischen Zusammensetzung noch für die Krankheitsdauer ergaben sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen Therapie- und Kontrollgruppe.

Eltern: Die Mütter der in die Studie aufgenommenen Patienten waren im Durchschnitt 38,4 Jahre ($SD = 4,62$) alt, die Väter hatten ein Durchschnittsalter von 42,3 Jahren ($SD = 7,09$). Die Mütter der Wartekinder waren im Durchschnitt 40,1 ($SD = 6,75$) Jahre alt; die Väter 43,4 ($SD = 7,33$) Jahre. In beiden Gruppen konnten

Tab. 1: Soziodemographische Merkmale der Therapie- und Wartekontrollgruppe

	<i>Therapiegruppe</i> (<i>n</i> = 13)	<i>Kontrollgruppe</i> (<i>n</i> = 13)	<i>t / p</i>
Geschlecht			
Jungen	9	10	0,66
Mädchen	4	3	
Alter (in Jahren)	8,92 (SD = 3,52)	8,23 (SD = 2,68)	0,56 0,58
	5–16	5–13	
Kind	11	11	1,00
Jugendlicher	2	2	
Schulbesuch			
Keine	2	2	0,81
Kindergarten	2	1	
Grundschule	5	6	
Hauptschule	3	2	
Realschule	0	0	
Gymnasium	0	1	
Sonderschule	1	1	
Beziehungsstatus der Eltern			
Leben zusammen	8	7	0,59
Getrennt/geschieden	5	5	
Ein Elternteil verstorben	0	1	

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung.

alle Familien der mittleren und oberen Sozialschicht zugeordnet werden. Zum Beziehungsstatus der Eltern kann dokumentiert werden, dass 7 (53,8 %) Eltern der Wartegruppe und 8 (61,5 %) Eltern der Therapiegruppe zusammen lebten. Jeweils 5 (38,5 %) Kinder der Wartegruppe und der Therapiegruppe hatten geschiedene Eltern. Bei einem Kind (7,7 %) der Wartegruppe wurden die Eltern durch den Tod eines Elternteils getrennt.

Therapeuten: Die 13 Behandlungen der Therapiegruppe wurden von 11 Therapeuten durchgeführt. Davon waren 10 Therapeuten (90,9 %) weiblich und einer männlich (9,1 %). Das durchschnittliche Alter betrug 47,8 (SD = 4,0) Jahre. Alle Therapeuten hatten eine abgeschlossene Ausbildung zum Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und befanden sich in fortwährender Supervision. Studententherapeuten aus dem Raum Heidelberg, Stuttgart oder Frankfurt nahmen an der Untersuchung teil. Im Durchschnitt hatten die Therapeuten 5,5 Jahre Berufserfahrung (SD = 5,80).

2.4 Messinstrumente

Zur Bestimmung des Therapieergebnisses wurden verschiedene Erfolgsmaße eingesetzt. Mit Hilfe des „Beeinträchtigungsschwere-Scores für Kinder und Jugendliche“ (BSS-K) wurden die zentralen Bereiche zur Therapieevaluation auf den folgenden

vier Dimensionen beurteilt: Einschätzung der psychischen, körperlichen und sozial-kommunikativen sowie der leistungsmäßigen Beeinträchtigung durch die Störung. Hiermit kann bestimmt werden, in wie vielen und welchen Bereichen Störungen vorlagen bzw. die Kinder eine Verbesserung zeigten. Der BSS-K zeigt gute psychometrische Kennwerte für Interraterreliabilität, Reliabilität und Validität (Fahrig et al. 1996; Kronmüller et al. 2005). „Der Psychische und Sozial-Kommunikative Befund für Kinder und Jugendliche“ (PSKB-KJ) stellt die für Kinder und Jugendliche adaptierte Form des PSKB für Erwachsene dar (Rudolf 1981). Der PSKB-KJ erlaubt es, die im klinischen Interview erhobenen Daten standardisiert und quantifizierend abzubilden. Auf der Basis eines psychodynamischen Verständnisses der Symptombildung werden Expertenbeurteilung mit 104 Items in drei zentralen Bereichen vorgenommen: den Bereich der klassischen Symptome, der Interaktionsmuster und der körperlichen Symptombildung. Diese Bereiche werden durch 10 Primär- und 3 Sekundärskalen abgebildet. Der PSKB-KJ zeigt gute psychometrische Kennwerte für Reliabilität und Validität (Kronmüller et al. 2005). Zur Beurteilung der psychischen Symptomatik der Kinder aus der Elternperspektive wurde die „Child Behavior Checklist“ (CBCL) als Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen in der Version von Döpfner et al. (1994) angewendet. Mit diesem Instrument können in den Sekundärskalen internalisierende und externalisierende Störungsanteile abgebildet werden. Des Weiteren kann für die Störungsanteile ein Gesamtwert gebildet werden. Für die Reliabilität und Validität der CBCL liegen zahlreiche Hinweise vor (Achenbach 1991).

2.5 Statistische Auswertungen

Zum Vergleich der beiden Gruppen bezüglich soziodemographischer und klinischer Merkmale wurden abhängig von Skalenniveau und Stichprobengröße χ^2 -Tests, Fishers-Exact-Test sowie t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet. Das alpha-Niveau wurde auf 0,05 festgelegt. Gerichtete Hypothesen wurden durch einseitige Tests berechnet. Überlegungen zur statistischen Power der Testung führen zu dem Schluss, dass mit der vorliegenden Stichprobengröße mittelgroße bis große Effekte überprüft werden können. Um die unbehandelte Kontrollgruppe mit der Therapiegruppe zu vergleichen, wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung berechnet. Verglichen wurden dabei die Störungswerte der Kontrollgruppe bei der Eingangsuntersuchung (T_0) und nach 4 Monaten (T_1) mit den Werten der Therapiegruppe zu Therapiebeginn (T_1) und nach 25 Therapiestunden entsprechend 4 Monaten (T_2). Auf eine Last Observation Carried Forward (LOCF) Analyse konnte aufgrund fehlender Therapieabbrüche und Drop-outs in der Kontrollgruppe verzichtet werden. Des Weiteren wurden Effektstärken berechnet. Dabei wurden zwei verschiedene Varianten der Effektstärkenberechnung herangezogen (Smith et al. 1980; Buol u. Endtner 1993). Um zu Beschreiben, in wieweit mit der Reduktion der Symptomatik eine Annäherung an die Norm erreicht wurde, wurde das Konzept der klinischen Signifikanz (KS) nach Jacobson und Revenstorf (1988) angewandt. Welche und wie viele Kinder eine günstige Veränderung aufwiesen, wurde mit dem Reliable-Change-Index (RC) nach Jacobson et al. (1984) in Modifikation von Chris-

tensen und Mendoza (1986) berechnet. Die statistischen Analysen wurden mit dem Statistikprogramm SAS Version 9.1 (2002–2003) durchgeführt.

3 Ergebnisse

Die Frage nach der Wirksamkeit der psychodynamischen Kurzzeittherapie bei Verhaltensstörungen zu untersuchen, war das Hauptziel der vorliegenden Untersuchung. Zur Beurteilung des Therapieerfolgs aus Expertensicht diente dabei der „Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche“ (BSS-K) sowie die Skalen des „Psychischen und Sozial-Kommunikativen Befundes für Kinder und Jugendliche“ (PSKB-KJ). Überprüft wurden die Hypothese der Überlegenheit der Therapiegruppe über die Wartegruppe mittels Varianzanalyse mit Messwiederholung.

Betrachtet man den BSS-K-Gesamtwert so zeigte sich, dass eine signifikante Abnahme der Beeinträchtigungsschwere in der Therapiegruppe während der Behandlung statt fand (s. Abb. 1). Die Wartegruppe zeigte in diesem Zeitraum keine signifikante Veränderung der Beeinträchtigung. Demnach ergab sich ein hochsignifikanter Interaktionseffekt ($F = 8,65$; $p = 0,003$) (Tab. 2). Aufgrund des signifikanten Interaktionseffekts war der signifikante Zeit-Haupteffekt nicht interpretierbar. Bei 3 Kindern der Therapiegruppe (23,1 %) fand eine bedeutsame Veränderung der Beeinträchtigung im Sinne des Reliable Change Index (RC) statt. Nur ein Therapiekind (7,7 %) erreichte eine klinisch signifikante Verbesserung der Beeinträchtigungsschwere. Von den Kindern und Jugendlichen der Therapiegruppe konnten bis zur 25. Stunde keins i. S. einer reliablen *und* klinisch signifikanten Reduktion der Beeinträchtigungsschwere (BSS-K) erfolgreich behandelt werden. Allerdings erreichten 30,8 % der Patienten zumindest eines der beiden Erfolgskriterien. Im Vergleich hierzu erreichte nur ein Kind (7,7 %) der Wartegruppe eines der beiden Erfolgskriterien.

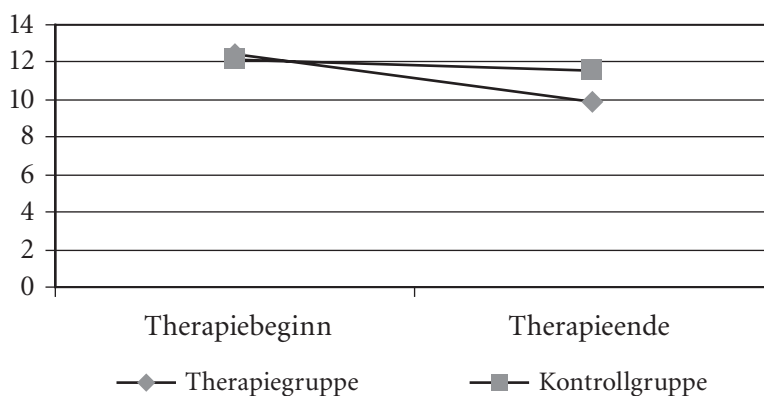


Abb. 1: Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS-K) Gesamtwert zu Therapiebeginn und Therapieende für die Therapiegruppe und die Wartekontrollgruppe

Betrachtet man die einzelnen BSS-K-Skalen, so zeigten sich auf dieser Ebene differenzielle Effekte für die Therapie- und Wartekontrollgruppe (Tab. 2). Für die BSS-K-Skalen „Psychische Beeinträchtigung“ (BSS-K1) und „Beeinträchtigung im Leistungsbereich“ (BSS-K4) ergaben sich signifikante Interaktionseffekte. Auch hier waren aufgrund der signifikanten Interaktionseffekte die signifikanten Zeit-Haupteffekte nicht interpretierbar. Die Patienten der Therapiegruppe zeigten eine signifikante Reduktion der Beeinträchtigung sowohl im psychischen Bereich als auch im Leistungsbereich. Im Unterschied hierzu veränderte sich die Beeinträchtigung der Kontrollgruppenpatienten nicht. Es konnten keine weiteren signifikanten Interaktionseffekte ermittelt werden. In den Bereichen „Sozialkommunikative Beeinträchtigung mit Geschwistern“ (BSS-K3b) sowie „Sozialkommunikative Beeinträchtigung mit Freunden“ (BSS-K3c) ergaben sich signifikante Zeit-Effekte. Betrachtet man die Mittelwerte der Gruppen genauer, so zeigt sich eine Reduktion der Beeinträchtigung mit einem Vorteil für die Therapiegruppe. Der Interaktionseffekt erreichte hier jedoch nicht ganz das gewählte Signifikanzniveau.

Als Maß zur weiteren Beurteilung der Veränderung wurden Effektstärken berechnet. Auf der Ebene der Einzel-Skalen des BSS-K findet sich die höchste Veränderung im Bereich der „psychischen Beeinträchtigungen“ (BSS-K1) mit einer Effektstärke von 0,7. Diese war gefolgt von positiven Veränderungen in der „sozialkommunikativen Beeinträchtigung mit Freunden“ (BSS-K3c). Etwas geringere Effektstärken fanden sich für die Veränderung der körperlichen Beeinträchtigung (BSS-K2) sowie der „sozialkommunikativen Beeinträchtigung mit Eltern (BSS-K3a) und Geschwistern (BSS-K3b)“. Für die Beeinträchtigung im „Leistungsbereich“ (BSS-K4) fand sich trotz eines hohen Interaktionseffekts eine geringe Effektstärke. In diesem Bereich waren die Kinder der Therapiegruppe zu Beginn der Therapie deutlich stärker beeinträchtigt als die Wartekinder. Bei der Betrachtung der Mittelwerte zeigt sich eine deutliche Verbesserung der Therapiekinder, die jedoch nur auf das Niveau der Wartegruppen-Kinder zurückgeht. Für den BSS-K-Gesamtwert fand sich eine Effektstärke von 0,6. Damit lag die Effektstärke im Hauptinstrument der Therapieerfolgsmessung im mittleren Bereich (Cohen 1988). Der Vergleich der Anzahl klinisch signifikant auffälliger BSS-K-Skalen in Therapie- und Wartegruppe zeigte einen signifikanten Zeiteffekt ($F = 6,10$; $p = 0,02$). Weitere Effekte wurden nicht signifikant.

Für den Gesamtwert des PSKB-KJ ergab sich ein signifikanter Interaktionseffekt ($F = 3,15$; $p = 0,05$) mit einem Vorteil in der Reduktion der Störungsanteile für die Therapiegruppe. Für die Störungsanteile, die mit den PSKB-KJ-Sekundär-Skalen gemessen wurden, konnten keine signifikanten Interaktionseffekte ermittelt werden. Im Bereich der psychischen Anteile sowie der sozialkommunikativen Anteile zeigte sich ein signifikanter Gruppeneffekt, da die Therapiegruppe weniger beeinträchtigt war als die Kontrollgruppe. Betrachtet man die Effektstärken der abgeleiteten PSKB-KJ-Dimensionen so ergab sich eine hohe Effektstärke für psychische und soziale Störungsanteile von 0,8 bis 1,4. Im Vergleich dazu fand sich eine geringe Effektstärke der körperlichen Anteile. Für den PSKB-KJ-Gesamtwert konnte mit 1,0 ebenfalls eine hohe Effektstärke (Cohen 1988) ermittelt werden (Abb. 2).

Die mit der „Child Behavior Checklist“ (CBCL) durchgeführte Erfolgsmessung aus der Elternperspektive, zeigte für die beiden Gruppen keine signifikanten Unter-

Tab. 2: Vergleich von Therapie- und Wartekontrollgruppe im Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche (BSS-K)

BSS-K-Skalen	Therapiegruppe (n = 13)						Kontrollgruppe (n = 13)					
	T ₁			T ₂			T ₀			T ₁		
	M	SD		M	SD		M	SD		M	SD	
BSS-K-1:	3.08	0.86		2.38	0.51		2.92	0.49		2.85	0.69	
Psychische												G
Beeinträchtigung												Z
BSS-K-2:	1.15	1.41		1.23	1.01		1.00	0.91		0.77	0.93	G × Z
Körperliche												G
Beeinträchtigung												Z
BSS-K-3a:	2.31	1.03		1.92	0.86		2.46	0.88		2.38	1.04	G × Z
Sozial-kommunikative												G
Beeinträchtigung mit Eltern												Z
BSS-K-3b:	1.08	1.04		0.77	0.83		1.46	1.39		1.38	1.26	G × Z
Sozial-kommunikative												G
Beeinträchtigung mit Geschwistern												Z
BSS-K-3c:	2.38	0.87		1.92	0.64		2.69	0.95		2.54	1.13	G × Z
Sozial-kommunikative												G
Beeinträchtigung mit Freunden												Z
BSS-K-4:	2.46	0.97		1.62	0.96		1.62	0.96		1.62	0.87	G × Z
Beeinträchtigung												G
im Leistungsbereich												Z
BSS-K-Gesamt:	12.46	2.54		9.85	2.15		12.15	2.85		11.54	3.26	G × Z
Gesamtwert												G
												Z
												G × Z

Anmerkungen: T₀: Studienbeginn Wartekontrollgruppe; T₁: Therapiebeginn; T₂: Therapieende; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; ES: Effektstärken; a: ES nach Smith et al. (1980); b: ES nach Buol und Endtner (1993); G: Gruppeneffekt; Z: Zeiteffekt; G × Z: Interaktionseffekt Gruppe × Zeit; (*) p ≤ 0.10; * p ≤ 0.05; ** p ≤ 0.01; *** p ≤ 0.001.

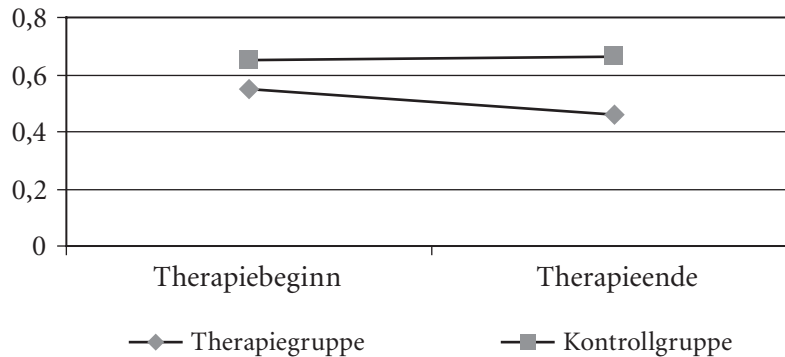


Abb. 2: Psychischer und Sozialkommunikativer Befund für Kinder und Jugendliche (PSKB-KJ)
Gesamtwert zu Therapiebeginn und Therapieende für die Therapiegruppe
und die Wartekontrollgruppe

schiede oder differentiellen Effekte für die Therapie- und Kontrollgruppe. Es fanden sich in den Sekundär- und Tertiär-Skalen der CBCL signifikante Zeit-Haupteffekte. Bei der Betrachtung der Effektstärken zeigte sich jedoch, dass trotz der signifikanten Veränderungen die Effekte aus Elternsicht mit Werten von 0,07 bis 0,2 gering ausfielen. Weitere Effekte, die auf eine stärkere Abnahme derörungsschwere der Therapiegruppe hätten hinweisen können, fanden sich nicht. Beide Gruppen verbessern sich in der Elternwahrnehmung innerhalb des Untersuchungszeitraumes von 4 Monaten. Das Ausmaß der Veränderung in der Elternwahrnehmung war jedoch gering.

4 Diskussion

Ein Ziel der Heidelberger Studie zur analytischen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen war die Überprüfung der Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie an störungshomogenen Gruppen von Patienten. Dazu wurden die störungshomogenen Teilstichproben von Patienten mit Angststörungen, depressiven Störungen und Verhaltensstörungen untersucht. Gegenstand der hier berichteten Untersuchung war die Gruppe der Verhaltensstörungen.

Die Befunde der vorliegenden Untersuchung belegen, dass eine Behandlung mit einer 25-stündigen psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie einer unbehandelten Wartekontrollgruppe signifikant überlegen war. So zeigte sich eine signifikante Abnahme der Schwere der Beeinträchtigung durch die Verhaltenstörung in der Therapiegruppe, nicht aber in der Wartekontrollgruppe. 31 % der Patienten konnten mit diesem Therapieansatz entsprechend einer klinisch signifikanten Verbesserung oder einer reliablen Veränderung des BSS-K-Gesamtwertes erfolgreich behandelt werden. Im Vergleich dazu erreichte nur ein Patient (8 %) der Wartekontrollgruppe eines dieser Erfolgskriterien. Die ermittelte Effektstärke für den BSS-K-Gesamtwert lag bei 0,6.

Zu besonders deutlichen Veränderungen in der Therapiegruppe kam es in den Bereichen der psychischen Beeinträchtigung sowie der Beeinträchtigung im Leistungsbe-
reich. In den Bereichen sozialkommunikative Beeinträchtigung mit Freunden und
Geschwistern ergaben sich signifikante Zeiteffekte. Die Reduktion der Beeinträchti-
gung zeigt jedoch auch hier einen Vorteil für die Therapiegruppe. Keine signifikanten
Veränderungen ergaben sich demgegenüber im Bereich der körperlichen Beeinträch-
tigung sowie der sozialkommunikativen Beeinträchtigung mit den Eltern. Die Ergeb-
nisse, die mit dem PSKB-KJ ermittelt werden konnten, bestätigen die Befunde, die mit
dem BSS-K festgestellt werden konnten. So fand sich für den PSKB-KJ-Gesamtwert
eine Effektstärke von 1,0 sowie eine signifikante Reduktion der Störungsanteile in der
Therapiegruppe im Vergleich zur Wartekontrollgruppe. Aus der Elternperspektive er-
gab sich zwar eine signifikante Verbesserung der Symptomatik, jedoch keine differen-
tiellen Effekte für Therapie- und Wartekontrollgruppe. Trotz der signifikanten Verän-
derungen in den Sekundär- und Tertiär-Skalen der CBCL fanden sich nur geringe
Effektstärken für die Veränderung der psychischen Symptomatik. Diese Ergebnisse
entsprechen aber auch den Befunden von Muratori et al. (2003) der bei einer Gruppe
psychodynamisch behandelter Kinder zeigen konnte, dass es zu deutlichen Verände-
rungen der CBCL-Werte erst im Rahmen der 2-Jahres-Follow-up-Untersuchung
kam. Insgesamt zeigte sich somit in allen drei Instrumenten eine Reduktion der
Beeinträchtigung durch die Symptomatik. Die ermittelten Effektstärken für die In-
strumente zur Beurteilung des Therapieerfolgs aus Expertensicht lagen im Bereich
zwischen 0,6 und 1,0. Es ergaben sich somit für die psychodynamische Kurzzeitpsy-
chotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen Effektstärken,
die im mittleren bis hohen Bereich liegen (Cohen 1988).

Vergleicht man diese Ergebnisse mit den vorliegenden Studien zur psychodyna-
mischen Behandlung bei Verhaltensstörungen, zeigt sich, dass die Therapieerfolgsra-
te, nicht ganz die Erfolgsrate, die von Target und Fonagy (1994) berichtet wurde, er-
reichten. Diese Unterschiede sind am ehesten auf differierende Behandlungszeiten
bzw. Stundenfrequenz zurück zuführen. Während Target und Fonagy (1994) keine
zeitliche Begrenzung bei ihren Therapien hatten und die Therapiestundenfrequenz
häufig 4-stündig war, war in der vorliegenden Analyse der Heidelberger Studie die
Behandlung zeitlich auf 25 Therapiestunden begrenzt. Da in der Studie von Sza-
pocznik et al. (1989, 1990) keine Effektstärken und keine Therapieerfolgsraten be-
richtet wurden, ist ein Vergleich mit dieser Studie nicht direkt möglich.

Im Rahmen der Heidelberger Studie zur analytischen Psychotherapie wurden ne-
ben Verhaltensstörungen auch Angststörungen und depressiven Störungen unter-
sucht. Im Vergleich zu diesen Störungsgruppen ergaben sich für die Patienten mit
Verhaltensstörungen die ungünstigsten Behandlungsergebnisse. So lagen die Effekt-
stärken mit 0,6 deutlich niedriger im Vergleich zu Effektstärken bei der Behandlung
von Angststörungen mit 1,6 (Kronmüller et al. 2005) und einer Effektstärke von 1,3
bei Depression (Horn et al. 2005). Im Vergleich zu Studien mit verhaltenstherapeu-
tischen Intervention ergaben sich mit einer Effektstärke von 0,6 in der vorliegenden
Untersuchung eine vergleichbare Effektstärke, wie sie auch in Metaanalysen wie der
von Weisz et al. (1995) mit 0,5 ermittelt werden konnten. Allerdings zeigt sich auch,
dass in anderen Studien zum Teil höhere Effektstärken erreicht werden konnten, wie

z. B. in der Studie von zum Elterntrainig nach Webster-Stratton (1994). Auch die Rate remittierter Patienten die von Scott et al. (2001) berichtet wurde, konnte nicht erreicht werden. Allerdings berichten auch diese Autoren von verbleibenden 21 % der Patienten mit schweren Verhaltensstörungen und von weiteren 33 % mit oppositionellem aufsässigem Verhalten. Relativiert wird dieser Unterschied jedoch durch die störungsspezifische Messung des Erfolgskriteriums. Während in den meisten Studien zur Verhaltensstörung ein störungsspezifisches Erfolgskriterium gewählt wurde um die Remission der Symptomatik zu ermitteln, war das Erfolgskriterium in der vorliegenden Studie störungsübergreifend und damit breiter angelegt. Dennoch sind für diesen Störungsbereich dringlich Vergleichsuntersuchungen notwendig, um Patienten ein möglichst effektives Behandlungsverfahren anbieten zu können. Untersuchungen, die diese Therapieverfahren direkt miteinander verglichen hätten, fehlen bislang noch.

Trotz mittlerer bis hoher Effektstärken fand sich in der vorliegenden Untersuchung nur eine relativ geringe Rate von in einem strengen Sinne erfolgreich behandelten Patienten. Unter dem Aspekt der Therapieoptimierung stellt sich die Frage, ob durch eine noch stärkere Einbindung der Eltern in die Therapie bessere Behandlungserfolge erzielt werden könnten. Ein Hinweis darauf findet sich auch darin, dass bei Verhaltensstörungen mit durchschnittlich 4,3 Elterngesprächen deutlich mehr in diesem Bereich interveniert wurde, als bei depressiven Störungen ($M = 3,5$ Elterngespräche) und Angststörungen ($M = 3,5$ Elterngespräche) (Horn et al. 2005; Kronmüller et al. 2005). Dies zeigt, welche Bedeutung die Elternarbeit gerade bei diesen Störungen hat. Eine Ausweitung der Elternarbeit könnte die Motivation sowie das Engagement der Eltern für die Therapie fördern. Dieser Aspekt könnte auch eine Erklärung für die eher untypisch niedrige Abbruchquote für dieses Störungsbild in der untersuchten Stichprobe darstellen. Ein beziehungsorientierter Therapieansatz ist demnach günstig, um diese Patienten mit Verhaltensstörungen in der Therapie zu halten und einen frühzeitigen Therapieabbruch zu verhindern. Inwieweit durch eine stärkere störungsspezifische Ausrichtung der Behandlung oder Integration von weiteren Therapiekomponenten in die psychodynamische Behandlung die Effektivität der Behandlung gesteigert werden kann, ist durch die vorliegende Untersuchung nicht zu beantworten. Dieser Gesichtspunkt stellt aber eine wichtige Perspektive für die künftige Forschung dar.

Die Untersuchung unterliegt einer Reihe methodischer Probleme, die die Interpretation der Ergebnisse einschränken. Aufgrund der kleinen Stichprobe kommt der Studie ein vorwiegend explorativer Charakter zu. Auch handelt es sich bei den untersuchten Patienten mit Verhaltensstörung um eine diagnostisch recht heterogene Gruppe. Inwieweit die Ergebnisse für einzelne Störungsbilder generalisierbar sind, bleibt weiteren Studien vorbehalten. Dennoch handelt es sich bei der vorliegenden Stichprobe um eine Inanspruchnahme-Klientel mit großer klinischer Repräsentativität. Auch kann eine Parallelisierung der Therapie- und Kontrollgruppe eine Randomisierung nicht ersetzen. Aufgrund der geringen Anzahl von Patienten in der Wartekontrollgruppe wurden sieben Patienten aus der Kontrollgruppe für die Verhaltensstörung aufgrund komorbider Störungen auch der Kontrollgruppe für die Angst- bzw. depressive Störung zugeteilt. In der Therapiegruppe gab es auf-

grund der größeren Stichprobe hier keine Überschneidungen der Teilstichproben. Dennoch geht auch ein Wartekontrollgruppendesign mit methodischen Problemen einher. Wünschenswert wäre für weitere Studien die Verwendung aktiver Kontrollgruppen oder der Vergleich mit bereits evaluierten Therapieverfahren. Weiter einschränkend für die Interpretation der Studienergebnisse kann gelten, dass aufgrund des Studiendesigns keine Follow-up-Untersuchung für die gesamte Stichprobe möglich war, da ein Teil der Kinder nach nicht-erfolgreicher Kurzzeitpsychotherapie weiterbehandelt wurde. So sind nur eingeschränkte Aussagen über die Stabilität des Behandlungsergebnisses aber auch potentieller Sleeper-Effekte möglich. Möglicherweise führt dieses Design aber auch zu einer Unterschätzung der Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeittherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörung, da zahlreiche Studien zeigen konnten, dass gerade die zeitliche Begrenzung des therapeutischen Angebotes einen wichtigen Wirkfaktor bei Kurzzeitpsychotherapie darstellt.

Trotz dieser methodischen Probleme belegen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, dass psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie ein für Kinder und Jugendliche mit Verhaltensstörungen erfolgreiches Behandlungsverfahren darstellt. Die Ergebnisse sprechen aber auch dafür, dass für ein Teil der Patienten eine intensivere oder längere oder aber auch eine andere Behandlungsform erforderlich ist. Daneben wäre es wichtig, weitere Anhaltspunkte für differentielle Indikationskriterien für dieses Behandlungsverfahren zu finden und die Mechanismen und Prozesse, die zu einer erfolgreichen Behandlung führen, detaillierter zu erforschen.

Literatur

- Achenbach, T. M. (1991): Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington (VT).
- 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 and those who continue treatment. *British Journal of Medical Psychology* 71: 233–245.
- Beardslee, W. R.; Wright, E. J.; Salt, P.; Drezner, K.; Gladstone, T. R.; Versage, E. M.; Rothberg, P. C. (1997): Examination of children's responses to two preventive intervention strategies over time. *Journal of the American Academy of Children & Adolescent Psychiatry* 36: 196–204.
- Beidel, D. C.; Turner, S. M. (1997): At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Children & Adolescent Psychiatry* 36: 918–924.
- Buol, C.; Endtner, K. (1993): Doch die Verhältnisse sind nicht so - Differentielle Wirkung von Psychotherapie. Eine Metaanalyse. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Bern: Psychologisches Institut.
- Christensen, L.; Mendoza, L. J. (1986): A method of assessing change in a single subject: An alteration of the RC Index. *Behavior Therapy* 17: 305–308.
- Cohen, J. (1988): Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Academic Press.
- Costello, E. J. (1989): Child psychiatric disorders and their correlates: A primary care paediatric sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 28: 851–855.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H.; Schulte-Markwort, E. (Hg.) (1994): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Forschungskriterien. Bern: Huber.
- Döpfner, M.; Melchers, P.; Fegert, J.; Lehmkuhl, U.; Schmeck, K.; Steinhausen, H.-C.; Poustka, F. (1994): Deutschsprachige Konsensusversionen der Child Behavior Check List (CBCL 4-18), der

- Teacher Report Form (TRF) und der Youth Self Report Form (YSR). *Kindheit und Entwicklung* 4: 54–59.
- Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. (2002): Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie. *Psychologische Rundschau* 53: 184–193.
- Döpfner, M. (2003): Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie? *Psychotherapeutenjournal* 4: 258–266.
- Esser, G.; Schmidt, M. H.; Woerner, W. (1990): Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children – results of a longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 31: 243–263.
- Fahrig, H.; Kronmüller, K.-T.; Hartmann, M.; Rudolf, G. (1996): Therapieerfolg analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Die Heidelberger Studie zur analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 42: 375–395.
- Fonagy, P.; Target, M. (1994): The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 33: 45–55.
- Fonagy, P.; Target, M.; Cottrell, D.; Phillips, J.; Kurtz, Z. (2002): What works for whom. A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents. London: Guilford Press.
- Hartmann, M.; Horn, H.; Kronmüller, K.-T. (unveröffentlichtes Manuskript): Therapieleitfaden der Heidelberger Studie zur analytischen Kurzzeittherapie bei Kindern und Jugendlichen.
- Horn, H. (2003): Zur Einbeziehung der Eltern in die analytische Kinderpsychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 52: 766–776.
- Horn, H.; Geiser-Elze, A.; Reck, C.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Victor, D.; Winkelmann, K.; Kronmüller, K.-T. (2005): Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kinder und Jugendlichen mit Depressionen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54: 578–597.
- Jacobson, N. S.; Follette, W. C.; Revenstorf, D. (1984): Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy* 15: 336–352.
- Jacobson, N. S.; Revenstorf, D. (1988): Statistics for assessing the clinical significance of psychotherapy techniques: Issues, problems, and new developments. *Behavioral-Assessment* 10: 133–145.
- Kazdin, A. E.; Wassell, G. (1999): Barriers to treatment participation and therapeutic change among children referred for conduct disorder. *Journal of Clinical Child Psychology* 28: 160–172.
- Kernberg, P. F.; Chazan, S. E. (1991): Children with conduct disorders: A psychotherapy manual. New York: Basic Books.
- Kronmüller, K.-T.; Hartmann, M.; Postelnicu, I.; Stefini, A.; Geiser-Elze, A.; Gerhold, M.; Horn, H.; Winkelmann, K. (2005): Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54: 559–577.
- Lachauer, R. (1992): Der Fokus in der Psychotherapie: Fokalsätze und ihre Anwendung in Kurztherapie. München: Pfeiffer.
- Luborsky, L. (1995): Einführung in die analytische Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Muratori, F.; Picchi, L.; Bruni, G.; Patarnello, M.; Romagnoli, G. (2003): A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalizing disorders in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 42: 331–339.
- Offord, D. R.; Bennett, K. J. (1994): Conduct disorder: Long-term outcomes and intervention effectiveness. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 33: 1069–1078.
- Olschewski, M.; Scheurle, H. (1985): Comprehensive Cohort Study: an alternative to randomized consent design in a breast preservation trial. *Methods of Information in Medicine* 24: 131–134.
- Robins, L. N.; Rutter, M. (1990) (eds.): Straight and devious pathways from childhood to adulthood. London: Oxford University Press.
- Rudolf, G. (1981): Untersuchung und Befund bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen. Materialien zum psychischen und sozialkommunikativen Befund PSKB. Weinheim: Beltz.
- SAS System for Windows, Version 9.1. (2002–2003): SAS Institute Inc., Cary, NC.

- Smith, M. L.; Glass, G. V.; Miller, T. I. (1980): The benefits of psychotherapy. Baltimore, London: John Hopkins University Press.
- Scott, S.; Spender, Q.; Doolan, M.; Jacobs, B.; Aspland, H. (2001): Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *British Medical Journal* 323: 194–198.
- Szapocznik, J.; Rio, A. T.; Murray, E.; Cohen, R.; Scopetta, M.; Rivas-Vazquez, A.; Hervis, O.; Posada, V.; Kurtines, W. (1989): Structural Family Versus Psychodynamic Child Therapy for Problematic Hispanic Boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57: 571–578.
- Szapocznik, J.; Kurtines, W.; Santisteban, D. A.; Rio, A. T. (1990): Interplay of advances between theory, research, and application in treatment interventions aimed at behavior problem children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 696–703.
- Target, M.; Fonagy, P. (1994): The efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 33: 361–371.
- Victor, N. (1990): Methodische Fragen. In: Materialien zur Gesundheitsforschung. Klinische Studien in der Psychiatrie. Bonn: Schriftenreihe zum Programm der Bundesregierung: Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit.
- Weisz, J. R.; Doss, A. J.; Hawley, K. M. (2005): Youth Psychotherapy Outcome Research: A Review and Critique of the Evidence Base. *Annual Review of Psychology* 56: 337–363.
- Weisz, J. R.; Weiss, B.; Han, S. S.; Granger, D. A.; Morton, T. (1995): Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin* 117: 450–468.
- Webster-Stratton, C. (1994): Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62: 583–593.
- Windaus, E. (2004a): Studien zur Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen. *Forum der Psychoanalyse* 20: 34–39.
- Windaus, E. (2004b): Übersicht über Studien und Katamnesen im Bereich der psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse* 20: 44–54.
- Windaus, E. (2004c): Zur Studiensituation im Bereich der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Ein Überblick. *Zeitschrift für Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie* 123: 419–442.
- Windaus, E. (2005): Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Eine Übersicht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54: 530–558.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Dipl.-Psych. Klaus-Thomas Kronmüller, Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg, Voßstraße 4, 69115 Heidelberg;
E-Mail: klaus_kronmueller@med.uni-heidelberg.de