

Seiffge-Krenke, Inge

Psychoanalytische Therapien mit Jugendlichen: Diagnostische Unsicherheiten, Behandlungsprobleme, Qualitätssicherung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 60 (2011) 8, S. 649-665

urn:nbn:de:bsz-psydok-52273

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/

Psychoanalytische Therapien mit Jugendlichen: Diagnostische Unsicherheiten, Behandlungsprobleme, Qualitätssicherung

Inge Seiffge-Krenke

Summary

Psychoanalytic Psychotherapy with Adolescents: Challenges, Technical Problems, and Treatment Outcome

Psychoanalytic treatment of adolescents has a long tradition and is currently one of the most frequent treatments in this age group. However, not many studies document the efficacy of psychoanalytic treatments of adolescents. This article analyses the background of this deficit by focusing on recent changes in symptomatology, the widespread diagnostic insecurity and the special challenges, which such treatment demands of the therapist. The task of researching the efficacy of adolescent psychotherapy is of considerable complexity. Recent own studies about efficacy of adolescent therapy will be presented. The evidence suggests that different approaches in therapy (psychoanalytic vs. psychodynamic) are of similar efficacy. However, long-term treatments ensure a consolidation of symptom reduction. The inclusion of different perspectives (adolescent, parents, therapist) and work with parents may be effective.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60/2011, 649-665

Keywords

psychoanalytic treatment – diagnostic problems – treatment problems – efficacy

Zusammenfassung

Die analytische Psychotherapie ist zwar historisch das älteste Instrument zur Behandlung von Jugendlichen und wird auch gegenwärtig intensiv angeboten und genutzt, jedoch liegen vergleichsweise wenige Studien vor, die die Wirksamkeit überprüften. Der vorliegende Beitrag analysiert die Hintergründe vor der Folie des Krankheitswandels, der großen diagnostischen Unsicherheiten, der speziellen Herausforderungen, die eine solche Behandlung an den Therapeuten stellt und verdeutlicht, wie komplex die Fragen sind, die sich aus einer Überprüfung der Effizienz von Jugendlichen-Behandlungen ergeben. Neuere Studien zur Effizienz von Jugendlichen-Behandlungen werden vorgestellt. Es wird deutlich, dass verschiedene Behandlungsformen (psychoanalytisch vs. tiefenpsychologisch fundiert) ähnlich effizient sind, zu stabilen Symptomreduktionen jedoch Langzeittherapien notwendig sind. Die Berücksichtigung unterschiedlicher Perspektiven (Jugendlicher, Eltern, Therapeuten) und die Einbeziehung der Elternarbeit erweist sich dabei als sinnvoll.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60: 649 – 665 (2011), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2011

Schlagwörter

psychoanalytische Behandlung – diagnostische Probleme – behandlingstechnische Probleme – Effizienz

1 Hintergrund

Traditionell werden psychische Störungen von Jugendlichen schon sehr lange analytisch behandelt (Freud, 1958; Geleerd, 1957). Daran hat sich auch durch die Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999 nichts geändert. Nach wie vor zählen die tiefenpsychologisch fundierte und die psychoanalytische Behandlung von Jugendlichen zu den am häufigsten beantragten Richtlinienverfahren für diese Altersgruppe. Allerdings stellt diese Altersgruppe insofern einen Sonderfall dar, als sich hier zahlreiche behandlingstechnische Probleme ergeben, die vom Therapeuten gemeistert werden müssen, damit die Behandlung ein Gewinn für den Patienten und seine Eltern wird. Dieser Beitrag beschäftigt sich mit der Effizienz von analytischen Jugendlichen-Behandlungen vor der Folie des Krankheitswandels, der großen diagnostischen Unsicherheiten und der speziellen Herausforderungen, die eine solche Behandlung an den Therapeuten stellt und verdeutlicht, wie komplex die Fragen sind, die man an eine Überprüfung der Effizienz von Behandlungen stellen muss.

2 Forschungsstand: Defizitäre Situation und Ursachen

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS, Erhart et al., 2007) an 6.691 Kindern und Jugendlichen der Altersstufen 11 bis 17 Jahre hat eine große Zahl belasteter Kinder und Jugendlicher ermittelt und bestätigt damit frühere Erhebungen (Hurrelmann, Klocke, Melzer, Raven-Sieberer, 2003). Auch die epidemiologischen Studien der letzten Jahre zeigen übereinstimmend, dass etwa 18 % aller Kinder und Jugendlichen psychisch auffällig sind (Döpfner et al., 1998). Eine Analyse aktueller Gesundheitsberichte verschiedener gesetzlicher Krankenkassen demonstriert eine zunehmende Bedeutung psychischer Störungen beim Krankenstand (je nach Krankenkasse zwischen 6 und 13 %) und insbesondere eine starke Zunahme bei den 15- bis 24-Jährigen (Lademann, Mertesacker, Gebhardt, 2006). Eine erhebliche Zahl von Kindern und Jugendlichen wird ambulant in Praxen von niedergelassenen Kinder- und Jugendlichentherapeuten behandelt, von denen die Mehrzahl eine analytische Ausbildung hat. Allerdings ist der Bedarf größer als die Inanspruchnahmeraten; nur etwa jeder zweite psychisch gestörte Patient kommt in Behandlung (Lehmkuhl, Köster, Schubert, 2009). Die gegenwärtige Unterversorgung in diesem Bereich hat zur Forderung einer Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von 20 % geführt.

In den letzten Jahren haben verstärkt Initiativen u. a. der Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichentherapeuten (VAKJP, 2009) stattgefunden, dennoch ist die gegenwärtige empirische Beweislage zur Effizienz von Jugendlichenbehandlungen nicht so systematisch und umfangreich wie bei erwachsenen Patienten (z. B. Leichsenring, 2004; Leichsenring et al., 2008). Die Situation ist kritisch, da die Überprüfung der etablierten Richtlinienverfahren durch den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ansteht.

Bereits im Jahre 2000 hatte Kazdin festgestellt, dass ca. 1.500 Studien zu Jugendlichenpsychotherapie vorliegen. Spätere Analysen von Döpfner (2003) zeigten, dass die Effektstärke mit .80 ähnlich hoch ist wie in der Therapie von Erwachsenen, d. h. Jugendlichenpsychotherapien sind ähnlich wirksam, jedoch liegen vergleichsweise wenig Studien an analytischen Therapieformen vor, während drei Viertel der Studien kognitiv-behaviorale Therapieformen zum Gegenstand haben; dies ist insbesondere in Deutschland der Fall.

Eine vergleichende Analyse des Psychotherapie-Outcomes von Studien an Jugendlichen und Erwachsenen zeigt, dass zwischen 1970 und 2009 etwa 10.000 Studien über kognitiv-behaviorale Therapie mit Erwachsenen und knapp 1.000 Studien mit Jugendlichen durchgeführt wurden, während im gleichen Zeitraum nur ein relativ geringer Anteil von 3.214 bzw. 328 Studien über psychodynamische Psychotherapien publiziert wurden (s. Abb. 1).

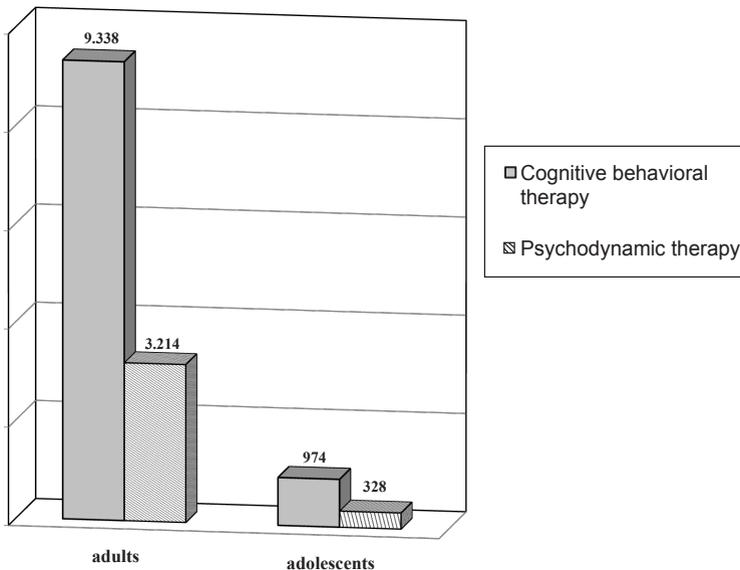


Abbildung 1: Anzahl der Studien über kognitiv behaviorale Therapieformen vs. analytische Therapieformen und Jugendliche vs. Erwachsene in englischer Sprache zwischen 1970 und 2009 (Quelle: PubMed - <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>)

Warum gibt es so wenige Studien an Jugendlichen, bei denen psychoanalytische Therapien durchgeführt wurden? Zum einen ist zu bedenken, dass die psychoanalytische Ziele komplex sind und mehr umfassen als die Symptomreduktion. Zum zweiten ist zu bedenken, dass aus analytischer Sicht die Symptome mehrfach determiniert sind und sich ändern können, d. h. die Symptomreduktion ist für diese Behandlungsform kein eindeutiger Indikator für die Güte oder Effizienz der durchgeführten Therapie. Des Weiteren ist bekannt, schon seit den frühen Arbeiten von Anna Freud (1968), dass der Behandlungsverlauf von Jugendlichen durch zahlreiche „Ups“ und „Downs“ gekennzeichnet ist, d. h. Regression und Progression können in einem schnellen Wechsel auftreten und somit die Einschätzung des Verlaufs über die Zeit erschweren. Ein sehr wichtiger weiterer Grund ist, dass Psychoanalytiker eine Scheu haben, einen Dritten in die Behandlung zu lassen. Versuche, in der therapeutischen Praxis zu evaluieren, stehen daher immer wieder vor einer großen Schwundquote der potentiellen Studienteilnehmer (Weber, 2005). Auch die Abgrenzung zwischen normalen und pathologischen Verläufen, d. h. die Frage, was ist „gesund“ und „normal“, beschäftigt Psychoanalytiker stärker als etwa Verhaltenstherapeuten. Schon vor über 25 Jahren wurde von Target und Fonagy (1994) betont, dass in diesen Studien in der Regel die Entwicklungsperspektive fehlt. Hinzu kommt, dass Jugendliche auch nicht ohne weiteres bereit sind, in Therapie zu gehen bzw. die entsprechenden Qualitätssicherungsbögen auszufüllen (Zwaanswijk, van der Ende, Verhaak, Bensing, Verhulst, 2003).

Psychische Störungen haben demnach zugenommen und die Notwendigkeit der Überprüfung der Behandlung psychischer Störungen ist immer dringlicher geworden – allerdings sind die Probleme für die Altersgruppe der Jugendlichen aber auch besonders groß, wie die folgenden Ausführungen zu diagnostischen und behandlingstechnischen Problemen zeigen.

3 Diagnostische Herausforderungen: Komorbidität, neue Krankheitsbilder und die Frage „Was ist normal?“

Die Diagnostik ist eine zentrale Schnittstelle in der Beantragung der Kostenübernahme für eine ambulante Therapie. Im Rahmen des Gutachterverfahrens, bei der die Kostenübernahme festgestellt wird, ist sie von herausragender Bedeutung, von der alle weiteren Gesichtspunkte (Psychodynamik, Behandlungsplan, Prognose) abhängen (Borowski, 2002). Das Forschungsgutachten (vgl. Strauss et al., 2009) hat ergeben, dass auch für die Ausbildungsteilnehmer im Bereich der Kinder- und Jugendlichentherapien diagnostische Sicherheit als wichtigste Kompetenz angegeben wird, d. h. in ihrer Ausbildung legen die Ausbildungsteilnehmer verstärkt Wert darauf, sicher einschätzen zu können, welche krankheitswertige Störung bei den Patienten vorliegt.

Für Jugendlichen-Therapeuten stellt die Komorbidität von Störungen ein Problem dar, dass den weiteren Behandlungsverlauf bestimmt und die Einschätzung der Ef-

fizienz erschwert. Zwischen 20 und 60 % der Störungen im Jugendalter weisen eine Komorbidität auf, so z. B. besonders prominent zwischen Depression und Angststörungen, Zwangsstörungen und Essstörungen, in den letzten Jahren wurde verstärkt eine Komorbidität mit externalisierenden Störungen (F92) festgestellt.

Es ist schwierig, psychische Störungen mit krankheitswertigen Ausprägungen von normalen Stimmungsschwankungen und Körperbeschwerden in der Adoleszenz abzutrennen. Dies trifft v. a. auf die Diagnose von Major Depression zu. Für die F32 liegen klare Kriterien vor, die eine deutliche Zunahme von 2 % aller präadoleszenten Kinder auf 4 % aller Jugendlichen (Döpfner et al., 1998; Shugart u. Lopez, 2002) belegen. Ein erheblicher Teil der Jugendlichen leidet allerdings unter subklinischen depressiven Stimmungen (40 %), und bei rund 15 bis 20 % aller Jugendlichen wurden im Rahmen von repräsentativen Schulerhebungen depressive Syndrome (YSR, CBCL) festgestellt (Döpfner et al., 1998; Seiffge-Krenke, 2007). Auch die häufigen diffusen Körperbeschwerden, die bei Jugendlichen in unausgelesenen Populationen gefunden wurden, besonders häufig sind Schlafstörungen und Müdigkeit (Hurrelmann et al., 2003), machen die Diagnose einer krankheitswertigen depressiven Störung nicht gerade einfach.

Ein ähnliches Problem der Differenzierung zwischen normal und krankheitswertig ergibt sich bei der F91 im ICD-10, bei der die Störung des Sozialverhaltens mit Beginn in der Kindheit (also dem Auftreten von Symptomen vor dem 10. Lebensjahr), und dem Beginn in der Adoleszenz, während die Patienten im Verlauf ihrer Kindheit symptomfrei waren, festgelegt wurden. Die früh beginnenden Störungen sind demnach die problematischeren, aber auch hier bleibt die Schwierigkeit, die krankheitswertige Störung von alltäglichen Formen der Aggression abzutrennen, bei denen keine Schädigungsabsicht und keine sadistische Komponente vorliegt. Aber auch die relationale Aggression, die immerhin die Mehrzahl aller aggressiven Akte im Jugendalter ausmacht (zwischen 54 und 57 %, insbesondere häufig bei Mädchen, vgl. Ittel u. von Salisch, 2005) kann noch positive Funktionen haben, z. B. die der Stabilisierung des Freundschaftsnetzwerkes. Wir wissen inzwischen, dass auch die so genannten Mobbing-Patienten, d. h. die Patienten, die Opfer von relationaler Aggression werden, oft auch Auslöser von Aggression sind (Seiffge-Krenke u. Welter, 2008). Von dieser Aggressionsform zu unterscheiden ist eine schwer pathologische Form, das Bullying, bei dem in internationalen Studien zwischen 5 und 7 % Täter im europäischen Sprachraum gefunden wurden. Diese Störung ist komplex, die Merkmale (dauerhafte Täter-Opfer-Beziehung, ein starkes Machtgefälle, die Gewalt wurde nicht provoziert, ein Gruppenphänomen mit stabilen Rollen von Bullies, Victims und By-Standern) zeigt, dass dies eine Störung ist, die komplexe Interventionen benötigt, die das schulische Umfeld, die Nachbarschaft, den betroffenen Jugendlichen als Täter, seine Familie, aber auch die übrigen daran beteiligten Personen mit ihren unterschiedlichen Rollen (By-Stander, Silent Audience) einschließen müssen (Olweus, 1996).

Hinzu kommt, dass neue Störungen entdeckt wurden, die gegenwärtig noch keinen Eingang in das DSM-IV und das ICD-10 gefunden haben. Es ist jedoch geplant, diese

im Jahr 2012 aufzunehmen, so z. B. die Internetabhängigkeit, Cyber-Bullying und Bullying. Insbesondere im Jugendalter zeigt sich der Einfluss der neuen Medien verstärkt, weil Jugendliche diese Entwicklungen intensiv aufgreifen, oft aber noch nicht über ausreichende Bewältigungsmechanismen verfügen, um die zeitlichen Limitierungen und die langfristigen Folgen von beispielsweise langen Spielzeiten eingrenzen zu können (Seiffge-Krenke, 2009b).

Was die neuen Krankheitsbilder angeht, wird die Computerspielabhängigkeit intensiv beforscht. So haben wir in den letzten zehn Jahren etwa 200 Publikationen zur Internetsucht und über 1.500 Zitationen. In vielen Städten gibt es inzwischen spezielle Ambulanzen für dieses Krankheitsbild; die Definition stützt sich maßgeblich auf das Suchtmodell im ICD-10 für stoffgebundene Abhängigkeiten.

4 Vermischung von äußerer und innerer Realität und Konsequenzen für das Krankheitsmodell

Es ist aber nicht nur so, dass die Abgrenzung zwischen normal und pathologisch oftmals schwierig ist. Durch die körperliche Akzeleration und die Verlängerung der Ausbildungszeiten hat sich die Jugendphase insgesamt stark verlängert auf Kosten der Kindheit, es ist eine neue Entwicklungsphase aufgetaucht, die zwischen Adoleszenz und Erwachsenenalter angesiedelt ist und als „*Emerging Adulthood*“ bezeichnet wird (Arnett, 2007). Bemerkenswert ist allerdings nicht nur die Verlängerung der Jugendzeit mit dem Hinausschieben von typischen Erwachsenenmarkern bis in das 3. Lebensjahrzehnt, sondern dass die Merkmale von Instabilität, Exploration und verringertem Commitment auch bei dem bislang als stabil angesehenen mittleren und höhere Erwachsenenalter zutreffen, sodass die Eltern den Jugendlichen heute oftmals keinen stabilen Rahmen anbieten können.

Dieser Prozess lässt sich auch an einer veränderten Identitätsentwicklung feststellen, insbesondere der Zunahme an diffuser Identität seit dem 1970er Jahren. Die Meta-Analyse von Kroger, Martinussen und Marcia (2010) verdeutlicht einen besorgniserregenden Anstieg in diffuser Identität und Moratorium und zeigt, dass im Alter von über 30 Jahren erst ein relativ kleiner Prozentsatz, nämlich rund 34 % eine reife Identität („*achieved identity*“) entwickelt hat. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, frühere Konzepte über die Adoleszenz, wie den Begriff der pathologisch prolongierten Adoleszenz (Blos, 1954) kritisch zu hinterfragen. Therapeuten müssen umdenken, denn inzwischen gelten durch die normative Phase des *Emerging Adulthood* viele der früher typischen Merkmale der pathologisch prolongierten Adoleszenz inzwischen für die gesamte Alterskohorte und sind gleichsam als normal anzusehen. Dies hat Konsequenzen für die Elternarbeit insofern, als eine verlängerte Elternschaft erforderlich ist, aber auch für die therapeutische Arbeit, da mehr Strukturaufbau geleistet werden muss und mehr supportive Techniken eingesetzt werden müssen.

Probleme bei der Diagnostik von Störungen ergeben sich auch dadurch, dass wir in den letzten Jahren einen starken Einfluss von veränderten Kontextbedingungen auf die Therapien und damit auf die Patienten ausmachen können. So haben wir etwa mehr Armut, höhere Arbeitslosigkeit, mehr Familienstrukturvarianten, mehr Migranten, eine höhere Mobilität der Familie und den Einfluss der neuen Medien, die insgesamt als Faktoren in dieser Häufung und Dichte vor einigen Jahrzehnten noch nicht vorhanden waren (Franz u. Lensche, 2003; Goetze u. Julius, 2001; Mayer, Fuhrer, Uslucan, 2005; Seiffge-Krenke, 2006; von Widdem, Häßler, von Widdern, Richter, 2004). Dies ist vermutlich eine Ursache für die starke Zunahme von psychischen Störungen, denn nach dem Krankenkassenbericht von Lademann et al. (2006) ist bei diesen Störungen sowohl ambulant (18 %) als auch stationär (11 %) ein starker Anstieg zu verzeichnen und sie stellen inzwischen die vierthäufigste Krankheitsgruppe dar.

Unter der Voraussetzung, dass mehr kritische Belastungen im Lebenskontext von Jugendlichen auftreten als früher, gleichzeitig aber die Erziehung und die familiären Rahmenbedingungen weniger stabil geworden sind, ist die Frage, ob das Konfliktmodell, das der Freud'schen Neuroseentstehung noch zugrunde lag, tatsächlich noch angemessen ist als Grundlage für die Behandlung von psychischen Störungen. In Arbeiten über Persönlichkeitsstörungen (Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2001) wird zurecht vermutet, dass wir vielfach eher von einem Defizitmodell ausgehen müssen. Zu dieser Wende in der Psychotherapie von Jugendlichen gehört auch, dass neben supportiven Techniken strukturgebende Verfahren auch im analytischen Setting eine immer stärkere Verbreitung finden (Rudolf, 2004).

Hier sind diagnostische Befunde hilfreich, die neben seiner Diagnose zusätzliche Informationen über den Patienten erheben. Zielsetzung der OPD-KJ (Arbeitskreis OPD-KJ, 2007) ist es beispielsweise, zusätzliche diagnostische Kriterien für die Indikation zur Behandlung über die Analyse der therapeutischen Beziehung, des typischen Konflikts, der die Entwicklung des Patienten behindert, zu erfassen und wesentliche Strukturmerkmale des Patienten, z. B. seine Fähigkeit zur Steuerung, zur Selbst-Objekt-Differenzierung und Kontaktfähigkeit zu analysieren. Im Rahmen der Entwicklung dieses diagnostischen Instrumentariums wurde die Frage intensiv diskutiert, inwieweit das dort zugrunde liegende Modell, das letztlich auf dem Freud'schen neurotischen Konfliktmodell basiert, noch angemessen ist. Für die OPD-KJ ist ein Konflikt nämlich dann zu diagnostizieren, wenn er zeitlich überdauernd und internalisiert ist, die Entwicklung des Jugendlichen nachhaltig behindert und in verschiedenen Lebensbereichen nachweisbar ist. Die bisherigen Ergebnisse zur Reliabilität und Validität des Verfahrens zeigen eine relativ gute Cross-Informant Korrelation bei der Konfliktachse und der Strukturachse (Benecke et al., 2011; Seiffge-Krenke, Mayer, Winter, 2011). Insbesondere Arbeiten mit der OPD-KJ zeigen, dass die Orientierung am Symptom wenig sinnvoll sind, dass Konfliktfoci sich im Laufe einer Behandlung verschieben können (Welter u. Seiffge-Krenke, 2006) und Therapeuten flexibel reagieren müssen, um die Behandlung effizient zu Ende zu führen.

5 Herausforderungen an die Behandlungstechnik

Im Folgenden geht es um wesentliche Schwierigkeiten und Herausforderungen in der Behandlung von Jugendlichen (vgl. zur Übersicht Seiffge-Krenke, 2009a), die die Effizienz von analytischen Jugendlichenbehandlungen beeinträchtigen können.

Ein wichtiges und typisches Phänomen in Jugendlichenbehandlungen sind die Attacken auf den *Rahmen*. Der Beginn hat viele Funktionen: Der Patient lernt, was der Rahmen bedeutet, das Bindungsverhalten wird aktiviert und sichtbar, es wird ein Arbeitsbündnis hergestellt mit den gesunden Ich-Anteilen des Patienten und es kann notwendig sein, dass der Therapeut am Anfang aktiver ist (Timmermann, 2001). Die Attacken, die der Patient gegen den Rahmen richtet (z. B. Zuspätkommen, ausgefallene Stunden, Umgang mit der Ausfallregelung), einschließlich der Verletzung des Rahmens in der Elternarbeit, haben immer zwei verschiedene Perspektiven, nämlich die der Autonomie des Jugendlichen bzw. der Eltern und die des Widerstandsverhaltens. Der Rahmen ist unter den oben beschriebenen gegenwärtigen Kontextbedingungen wichtiger denn je, Veränderungen sind möglich und wahrscheinlich, müssen aber reflektiert werden. Für Therapeuten ist es besonders wichtig, die kommunikative Funktion der Attacken auf den Rahmen wahrzunehmen. Hat der Jugendliche Strukturdefizite, narzisstische Probleme oder nur ein typisches Adoleszenzkolorit? Die Attacken auf den Rahmen geben wichtige Hinweise auf die Behandlungsmotivation des Patienten und seiner Eltern (Grieser, 2004). Es kann aber auch sein, dass der Patient die Zuverlässigkeit, Grenzfestigkeit und Unzerstörbarkeit des Therapeuten austestet. Schließlich sind, wie schon erwähnt, die Attacken auf den Rahmen auch Hinweise auf den Widerstand, insbesondere den Übertragungswiderstand des Jugendlichen (Du Bois u. Resch, 2005; Freud, 1968).

Ein weiteres typisches Phänomen in Jugendlichenbehandlungen ist die Tatsache, dass die Patienten häufiger *schweigen* (Berns, 2000). Entwicklungspsychologisch ist dieses Verhalten richtig und altersangemessen. Wir finden im Jugendalter einen typischen Schereneffekt, d. h. dass Jugendliche nicht mehr ohne weiteres bereit sind, Erwachsenen Vertrauliches mitzuteilen, dass vielmehr die gleichaltrigen Freunde und Freundinnen als Enthüllungspartner zur Verfügung stehen (Seiffge-Krenke, 2009c). Auch das Coolsein, d. h. das Verbergen von Information oder Emotionen ist als ein entwicklungsgemäß positives Zeichen von Reife anzusehen, das wir nicht bei Patienten mit Strukturdefiziten finden, die ihre negativen Affekte ungehindert in der Therapie stunde äußern. Beide Phänomene haben Konsequenzen für die Arbeit in der Therapie (Seiffge-Krenke, 2009a). Die Therapie ist aber auch ein Bruch mit Alltagserfahrungen, der ungewöhnlich ist. Anna Freud (1968) hat schon vom „Kampf um die Einhaltung der Grundregel“ gesprochen. Wie informativ das Schweigen ist, wurde schon vor einigen Jahren durch die Arbeit von Cremerius (1969) durch die sieben Formen des Schweigens bei Erwachsenen deutlich. Schweigen hat produktive, regressive und Widerstandsfunktionen. Vielfach ist auch der Bezug zur Parentifizierung deutlich, oder eine paranoide Thematik. Schließlich ist zu bedenken, dass traumatische Erfahrungen sich nicht kohärent erzählen lassen. Zahlreiche klinische Beispiele zeigen, dass man

mit Geschichten, Filmen, Zeichnungen, Medien schaffen kann, durch die sich der Jugendliche mitteilen kann ohne zu sehr auf die Verbalisierung konzentriert zu sein (Ladame, 1995; Seiffge-Krenke, 2009a)

Massive Widerstände wie Schweigen, Verweigerung der Mitarbeit oder Entwertung können die Geduld des Therapeuten sehr stark strapazieren; damit sind wir bei den Gefühlen des Therapeuten, d. h. bei seiner *Gegenübertragung* angelangt. Der Therapeut fühlt sich unter Druck gesetzt, von den Eltern etwas zu tun, und mag auch Angst vor einem Behandlungsabbruch haben. In der Arbeit von Lewinsky-Aurbach (1980) an suicidalen Jugendlichen ging dem Suizid in der Regel eine längere Schweigephase voraus.

Für die Jugendlichenbehandlung ist die Wahl der richtigen *Intervention* eine Schlüsselfrage. Eine Deutung ist ja nur eine Form der Intervention und bei weitem nicht die häufigste. Sehr viel häufiger sind Spiegeln, Konfrontation, Klarifikation und Containen (Bion, 1967). Es ist auffällig, dass wir gegenwärtig sehr viel mehr Klarifikation und Konfrontation bzw. Spiegeln als Interventionen benutzen, d. h. mehr Benennung der Realitäten und damit auch Arbeit am bewussten Material und den realen Lebensumständen, und weniger Arbeit am unbewussten Material. Das hängt mit den stark strukturgeschädigten Patienten zusammen, bei denen der Therapeut ein Hilfs-Ich übernimmt. In diesem Fall übernimmt der Therapeut die Funktion der Selbstwahrnehmung (reflektierte Selbstfunktion, Fonagy, 2006). Klarifikation und Konfrontation sind auch wichtig, um Unterscheidungsvermögen und den Unterschied zwischen Realität und Phantasie zu fördern. Dies kann von großer Bedeutung sein bei Patienten, die von ihren Eltern als Container für deren negative Affekte benutzt werden und die daher immer wieder Schwierigkeiten haben, zwischen eigenen und fremden Affekten zu unterscheiden.

Für Jugendliche besonders typisch ist das Agieren, das *Agieren* statt zu erinnern, aber im Zeichen des Widerstandes. Die starke Bereitschaft zum Handeln scheint ein jugendtypisches Phänomen zu sein (Blos, 1964), insbesondere dann, wenn es sich um traumatische Erfahrungen, insbesondere Körpererfahrungen handelt, die agiert werden, weil sie nicht verbalisiert werden können (Branik, 2002). Bei Mädchen findet man agierte Heterosexualität und das Zerstören von Körpergrenzen; männliche Jugendliche dagegen zerstören die Grenzen der Institutionen und kommen eher mit äußeren Bedingungen in Konflikt.

Für viele Jugendliche ist *Grenzsetzen* eine wichtige therapeutische Erfahrung, die sie teilweise zum ersten Mal machen. Diese Defizite hängen mit Veränderungen in den Erziehungsprinzipien zusammen, die zu einer großen Verunsicherung der Eltern geführt haben in Richtung auf eine Erosion von Macht und eine immer stärkere Zunahme psychologischer Kontrolle (Seiffge-Krenke, 2010). Dabei vermeiden Eltern vielfach, die Grenzen zu ziehen, auch die Generationsgrenzen, was u. a. mit den oben beschriebenen schlecht abgegrenzten Lebensphasen zwischen der Eltern- und der Jugendlichengeneration zusammenhängt. Beim Agieren von Jugendlichen sollte die Intervention die Funktion haben, den Jugendlichen zu schützen. Man sollte taktvoll und moralisch neutral auf das Agieren reagieren und ein Verständnis für die Neigung zur Aktionssprache zeigen, schließlich handelt es sich um eine Botschaft, die „erhört“

werden soll. Die Sorge muss deutlich werden. Durch behutsame Interventionen muss der Jugendliche allmählich lernen, dass Agieren zurückzunehmen und mehr und mehr durch Sprache zu ersetzen.

Zusammengenommen zeigt dieser kurze Einblick in die Behandlungstechnik, dass vielfach aufgrund der veränderten Lebensbedingungen und veränderten Eltern-Kind-Beziehungen ein Strukturaufbau nötig ist, in dem Emotionsregulierung, Grenzsetzung, Selbst-Objekt-Differenzierung erlernt werden muss, oftmals auch in der Elternarbeit. Wir müssen Realitäten benennen und eine klare Identität zur Identifikation anbieten. In der *Übertragung* müssen allerdings auch die negativen Aspekte aus der Elternbeziehung, d. h. Angst, Wut Scham und Trauer verarbeitet werden (Bauers, 1994). Eine Gefahr besteht in der starken *Idealisierung* durch den Patienten. Dies ist eine Verführung zur besseren Elternfigur und kann in Zusammenhang mit den Rettungsphantasien, die der Therapeut hat, negative Folgen für den weiteren Verlauf der Behandlung haben. Hier sollte man sich verdeutlichen, dass eine „hinreichend gute Bemutterung“ (Winnicott, 1974) reicht, und dass neben den in den letzten Jahren stark betonten Bindungsaspekten, die eher mütterlichen Anteil in der therapeutischen Beziehung herausheben, auch die väterlichen Aspekte (Strukturierung, Grenzsetzung, Differenzierung) stärker zum Tragen kommen müssen.

6 Welchen Nutzen können Therapeuten aus der Qualitätssicherung ziehen?

Neuere Übersichten zur Wirksamkeit von psychoanalytischen Therapien bei Kindern und Jugendlichen zeigen, dass insgesamt 21 kontrollierte Studien gemäß den Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien vorliegen sowie sechs umfangreiche Katamnesen (vgl. Übersicht in Seiffge-Krenke, 2009a und bei Windaus, 2005). Schon in den ersten Studien, die von Dührssen (1963) sowie Petri und Thieme (1978) durchgeführt wurden, fand man sehr gut gebesserte bis befriedigende Behandlungsergebnisse bei etwa 79 % der Patienten. Fonagy und Target (1996) berichten aus ihrer Untersuchung der Wirksamkeit von psychoanalytischen Therapien, die im Anna-Freud-Center in London durchgeführt wurden, dass zu 80 % erfolgreiche Behandlungen durchgeführt wurden. Fahrig, Kronmüller und Rudolf (1996), die den analytischen Therapieerfolg bei Kindern und Jugendlichen untersuchten, fanden bei 92 % eine Symptomreduktion, bei 89 % eine Verbesserung des intrapsychischen Konfliktes und bei 84 % eine Verbesserung der in den Elterngesprächen bearbeiteten Konflikte. Von der Heidelberger Gruppe liegen weitere Studien vor (z. B. Winkelmann et al., 2000; Horn et al., 2005), die die Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter bzw. analytischer Kurzpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen untersuchen und die in einem Themenheft der *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 2005, zusammengefasst sind. Sie unterstreichen, dass insbesondere für internalisierende Störungen wie Depression doch längerfristige analytische Behandlungen indiziert sind, um eine wesentliche Verbesserung zu erreichen.

Eigene Studien, die in den letzten Jahren durchgeführt wurden, zeigen, dass es sinnvoll ist, zwischen der Perspektive des Therapeuten, der Perspektive des Jugendlichen und der Perspektive seiner Eltern zu trennen (Seiffge-Krenke, 2010; Seiffge-Krenke, Rauber, Nitzko, 2010). Untersucht wurde die Effizienz von 30 Kurz- und Langzeittherapien an Jugendlichen, wobei die Messungen dreimal über einen Zeitraum von 1,5 Jahren erfolgte (Gesamtstundenumfang 97 Std.). Eine Einschätzung der Symptombelastung zu den drei Messzeitpunkten (zu den probatorischen Sitzungen, vor der Verlängerung und am Ende der Therapie) durch diese drei Personengruppen zeigt eine unterschiedlich starke Symptomreduktion (s. Abb. 2).

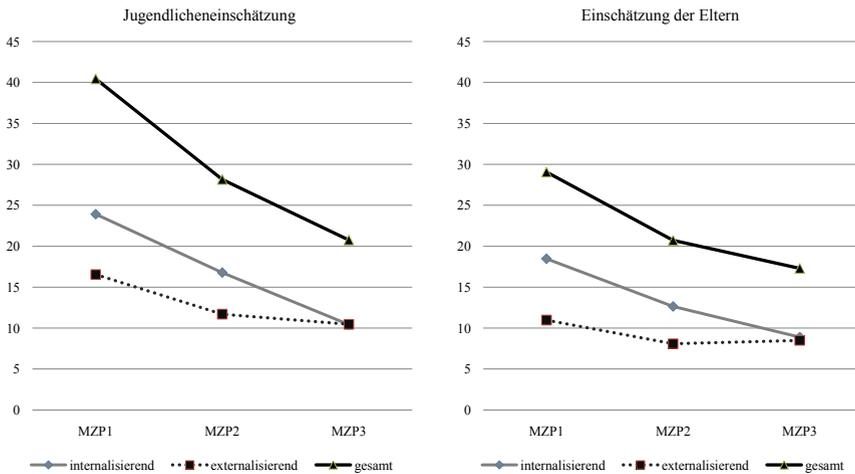


Abbildung 2: Einschätzung der Symptomreduktion durch die Jugendlichen (YSR) und durch die Eltern (CBCL) zu Beginn (T1), vor der Verlängerung (T2) und am Ende der Therapie (T3)

So ist der Rückgang der Symptombelastung aus der Perspektive der Jugendlichen sehr viel massiver als aus der seiner Eltern und bezieht sich insbesondere auf einen starken Rückgang in den internalisierenden Störungen (Angst und Depression), dem klassischen Indikationsbereich für eine ambulante analytische Therapie. Aus Sicht des Therapeuten hat sich die körperliche und psychische Beeinträchtigung stark zurückgebildet. Insgesamt stimmen Therapeut und Jugendlicher in ihrer Einschätzung eher überein als Jugendliche und ihre Eltern. Dies lässt darauf schließen, dass die therapeutische Beziehung, eine wesentliche Variable der Effizienz (Shirk u. Karver, 2003), relativ gut ist, eine Vermutung, die in weiteren Studien geprüft werden sollte. Jugendliche und Therapeuten nehmen also die stärksten Veränderungen wahr, während Eltern eher die Höhe der Symptombelastung unterschätzen (am Beginn der Behandlung, aber auch am Ende). Die Effekte, die wir gefunden haben, sind schon vor dem Verlängerungsantrag deutlich und stabilisieren sich bis zum

Behandlungsende. Ähnlich wie in den Übersichten bei Windaus (2005) und Seiffge-Krenke (2009a) wurden in der vorliegenden Studie mehr Patienten mit Angst und Depressionen, also internalisierenden Störungen, einbezogen. Dies weist darauf hin, dass dieser Störungsbereich besonders gut auf analytische oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie anspricht, aber dass für einen stabilen Behandlungserfolg Langzeittherapien notwendig sind. Frühere Meta-Analysen (Weisz, McCarty, Valeri, 2006) belegen ebenfalls die Effizienz von analytischen Psychotherapien bei Jugendlichen mit internalisierenden Störungen. Von externalisierenden Störungen wird dagegen häufiger berichtet (vgl. Kazdin, Whitley, Marciano, 2006), dass sie schlechter auf analytische Behandlungsformen ansprechen und die therapeutische Beziehung sehr zentral für eine positive Veränderung durch die Therapie ist.

Obwohl die Richtlinien nicht deutlich zwischen beiden Verfahren unterscheiden (Borowski, 2002), wird allgemein davon ausgegangen, dass hochfrequente Behandlungen, d. h. analytische Therapien mit einem Umfang von zwei Stunden und mehr wöchentlich, eine größere Effizienz zeigen. In unserer Studie zeigte sich, dass, wenn der Stundenumfang kontrolliert wurde, sich kein Unterschied in der Reduktion der Symptombelastung zwischen tiefenpsychologisch fundierten und psychoanalytischen Behandlungen fand. Differenziertere Outcome-Maße wie die Güte der Therapeutischen Beziehung, die Zielerreichung in Bezug auf Veränderungen in der Konfliktbewältigung, der Emotionsregulierung, der Mentalisierung sowie der Selbst- und Objektwahrnehmung würden aber vermutlich Unterschiede zeigen. Hier ist weitere Forschung notwendig.

Eine Auswertung der Effizienz von Kurzzeittherapien (KZT) zeigte darüber hinaus, dass dieser kurze Stundenumfang nicht zu einer wesentlichen und signifikanten Symptomreduktion aus der Sicht aller Beteiligten beitrug. Ähnlich wie in den Ergebnissen der Heidelberger Gruppe (Horn et al., 2005; Winkelmann et al., 2003) konnte nach Ende der KZT keine nennenswert Reduktion der Symptombelastung gefunden werden – zumindest aus Sicht der Jugendlichen und ihrer Therapeuten. Eltern beurteilen dies etwas günstiger. Wir sehen darin einen Hinweis darauf, dass selbst Symptomreduktionen Zeit brauchen und dass der Fokus in den KZT in der Regel auf der Bearbeitung eines umschriebenen Konfliktfokus liegt, dessen Veränderung wir nicht überprüft haben.

Deutlich ist auch, dass die Elternarbeit einen Einfluss auf die Effizienz der Behandlung hat. Die Elternarbeit wurde zwar in unserer Studie von 78 % der Therapeuten als gut eingeschätzt, in Abbruchfällen (9 %) jedoch dreimal häufiger als schwierig beurteilt. Offenkundig ist es in der begleitenden Elternarbeit gelungen, die Eltern zu motivieren und am therapeutischen Prozess zu beteiligen unter Wahrung der Therapie mit dem Jugendlichen als geschütztem Raum (Seiffge-Krenke, 2009a).

7 Abschließende Bemerkungen

Wie eingangs erwähnt, gibt es nicht sehr viele Studien über psychoanalytische Jugendlichenbehandlung, verglichen mit Behandlungen an Erwachsenen, aber auch mit

verhaltenstherapeutischen Behandlungen bei Jugendlichen, insbesondere in Deutschland. Die Ansprüche, die an eine solche Evaluation gestellt werden, sind hoch (Kazdin, 2000) und entsprechen im wesentlichen jenen Kriterien, die auch an die Effizienzprüfung von Erwachsenentherapien gestellt werden (Wamboldt, 2000). Wir haben in diesem Beitrag verdeutlicht, vor welchen Schwierigkeiten Therapeuten stehen, die mit Jugendlichen arbeiten und haben insbesondere diagnostische und behandelungs-technische Herausforderungen dargestellt. Diese besondere therapeutische Situation erschwert auch die Überprüfung der Effizienz von Jugendlichenbehandlungen.

Ein wesentliches Ziel der geschilderten eigenen Studie war es darüber hinaus, neben der Überprüfung der Effizienz von Jugendlichenbehandlungen klinisch relevante Hinweise für den weiteren therapeutischen Prozess im Sinne eines „*moving beyond efficacy*“ (LaGreca, Silverman, Lochman, 2009, S. 373) zu erhalten. Die eigenen Studien zeigen, dass es sinnvoll ist, Patienten, ihre Eltern und Therapeuten gleichermaßen in den Prozess der Evaluation einzubeziehen. Die hohe Übereinstimmung zwischen Jugendlichen und ihren Therapeuten in der Sicht des therapeutischen Fortschritts ist bemerkenswert. Sie zeigt, dass, wenn es gelingt, Jugendliche in Therapie zu nehmen, d. h. die vielfach beschriebene motivationale Barriere zu überwinden (Zwaanswijk et al., 2003), die Effekte durchaus positiv sind.

In den vorliegenden Daten gaben die jugendlichen Patienten erheblich höhere Symptomwerte an als ihre Eltern und nehmen eine deutliche Reduzierung über die Zeit wahr, die Eltern nehmen allerdings keine signifikante Verbesserung wahr. Hier scheint sich zu bestätigen, dass Eltern wenig Einblick in ihre jugendlichen Kinder haben bzw. nur so weit, wie es ihnen ihre Kinder gestatten. Zugleich scheint sich anzudeuten, dass der Therapeut als neues, drittes Objekt (Seiffge-Krenke, 2009a) angesehen wurde, Patient und Therapeut wesentliche Perspektiven über den erzielten Behandlungsfortschritt teilen.

Auch wenn Eltern bei jugendlichen Patienten auf Grund des Ablösungsprozesses wenig Einblick in deren psychische Befindlichkeit haben, ist eine konstruktive Elternarbeit sinnvoll und unterstützt den therapeutischen Prozess, wie die dramatisch schlechte Elternarbeit in den Abbruchfällen zeigt. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche therapeutische Arbeit mit Jugendlichen ist daher die Fähigkeit der Eltern, die anstehenden Veränderungen mitzutragen. Eltern psychisch gestörter Jugendlicher sind zur Bereitstellung dieses Entwicklungsraumes nicht von vornherein in der Lage. Dies scheint insbesondere bei Eltern der Fall zu sein, deren Kinder unter externalisierenden Störungen leiden (Kazdin et al., 2006). Entsprechend ist es ein wichtiges Ziel der begleitenden Elternarbeit, die Elternkompetenzen zu stärken. Anna Freud hatte schon 1968 geschrieben: „Eine Behandlung, die von den Eltern nicht ausreichend gewünscht wird, wird früher oder später scheitern“ (S. 128). Für die Eltern eher überraschend ist die regelmäßige begleitende Mitarbeit. Man arbeitet an den Elternfunktionen, die stabilisiert und aufgebaut werden müssen, in dem Sinne, dass die Eltern die zunehmende Verselbständigung und die Autonomie ihres jugendlichen Kindes fördern und zulassen können. Es ist auch wichtig, an der Differenzierung zwischen Kind und Eltern zu arbeiten und immer wieder zwischen der Paar- und Elternebene

zu treffen, eine Aufgabe, die besonders bei Trennungsfamilien oder in Scheidungsfamilien von sehr großer Bedeutung ist.

In der eigenen Studie wurden relativ einfache Effizienzkriterien herangezogen. Vor dem Hintergrund der eingangs geschilderten Strukturdefizite vieler Jugendlicher (und ihrer Eltern) wäre für zukünftige Studien der Einsatz komplexerer Effizienzkriterien (wie verbesserte Fähigkeiten zur Mentalisierung und Emotionsregulierung, verbesserte Selbst- Objektdifferenzierung im Sinne der OPD-KJ, 2007) wünschenswert. Wichtig wäre auch, die therapeutische Beziehung (Shirk u. Karver, 2003) direkt zu erfassen. Alle diese Variablen könnten hilfreiche Informationen für den therapeutischen Prozess darstellen und so über die Messung der Effizienz hinaus für Therapeuten wirklich nützlich sein.

Literatur

- Arnett, J. J. (2007). *Adolescence and Emerging Adulthood: A Cultural Approach*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bauers, W. (1994). Das Übertragungsgeschehen in der psychoanalytischen Kindertherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 43, 84-89.
- Benecke, C., Bock, A., Wieser, E., Tschiesner, R., Lochmann, M., Küspert, F., Schorn, R., Viertel, B., Steinmayr-Gensluckner, M. (2011). Reliabilität und Validität der OPD-KJ Achsen Struktur und Konflikt. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 60-73.
- Berns, I. (2000). Die psychoanalytische Grundregel. Ihre Verwirklichung und Wirkung in der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie*, 106, 173-189.
- Bion, W. R. (1967/1993). *Second thoughts: Selected papers on psychoanalysis*. London: Karnac Maresfield Library.
- Blos, P. (1954). Prolonged adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 24, 733-742.
- Blos, P. (1964). Die Funktion des Agierens im Adoleszenzprozess. *Psyche*, 18, 120-138.
- Borowski, D. (2002). Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter aus der Sicht des Gutachters. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51, 49-58.
- Branik, E. (2002). Inszenierung unter Einsatz des Körpers in der Psychotherapie von Jugendlichen. *Kinderanalyse*, 10, 40-61.
- Cremerius, J. (1969). Schweigen als Problem der psychoanalytischen Technik. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 6, 69-103.
- Döpfner, M. (2003). Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichentherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 4, 258-266.
- Döpfner, M., Plück, J., Berner, W., Englert, E., Fegert, J. M., Huss, M., Lenz, K., Schmeck, K., Lehmkuhl, G., Lehmkuhl, U., Poustka, F. (1998). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in neuen und alten Bundesländer – Ergebnisse einer bundesweiten repräsentativen Studie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 9-19.
- du Bois, R., Resch, F. (2005). *Klinische Psychotherapie des Jugendalters*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dührssen, A. (1963). *Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie.

- Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., Schlack, R. (2007). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 50, 800-809.
- Fahrig, H., Kronmüller, K. T., Rudolf, G. (1996). Therapieerfolg psychoanalytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Die Heidelberger Studie zur analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 4, 375-395.
- Fonagy, P. (2006). Bindungstheorie und Psychoanalyse. Klett-Cotta: Stuttgart.
- Fonagy, P., Target, M. (1996). Predictors of outcome in child psychoanalysis: A retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, 27-77.
- Franz, M., Lensche, H. (2003). Allein erziehend – allein gelassen? Die psychosoziale Beeinträchtigung allein erziehender Mütter und ihrer Kinder in einer Bevölkerungsstichprobe. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, 115-138.
- Freud, A. (1958). Adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 13, 255-278.
- Freud, A. (1968/1982). Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Geleerd, E. R. (1957). Some aspects of psychoanalytic technique in adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 12, 263-283.
- Goetze, H., Julius, H. (2001). Psychische Auffälligkeiten von Kindern in den neuen Bundesländern am Beispiel der Ueckermark. *Heilpädagogische Forschung*, 27, 15-22.
- Grieser, J. (2004). Triangulierungsprozesse und die Funktion des Rahmens. *Kinderanalyse*, 12, 85-103.
- Horn, H., Geiser-Elze, A., Reck, C., Hartmann, M., Stefani, A., Victor, D., Winkelmann, K., Kronmüller, K. T. (2005). Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 578-597.
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Raven-Sieberer, U. (Hrsg.) (2003). *Jugendgesundheitsurvey*. Weinheim: Juventa.
- Ittel, A., Salisch, M. v. (Hrsg.) (2005). Lügen, lästern, leiden lassen: Aggressives Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kazdin, A. E. (2000). Developing a research agenda for child and adolescent psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 57, 829-835.
- Kazdin, A. E., Whitley, M., Marciano, P. (2006). Child therapist and parent-therapist alliance and treatment change on the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 436-445.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S., Bardenstein, K. K. (2001). Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kroger, J., Martinussen, M., Marcia, J. E. (2010). Identity status change during adolescence and young adulthood: A meta-analysis. *Journal of Adolescence*, 33, 683-698.
- Ladame, F. (1995). The importance of dreams and action in the adolescent process. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 1143-1153.
- Lademann, J., Mertesacker, H., Gebhardt, B. (2006). Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsberichte der Krankenkassen. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 123-129.
- LaGreca, A. M., Silverman, W. K., Lochman, J. E. (2009). Moving beyond efficacy and effectiveness in children and adolescent intervention research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 373-382.

- Lehmkuhl, G., Köster, I., Schubert, I. (2009). Ambulante Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen – Daten einer versichertenbezogenen epidemiologischen Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 170-185.
- Leichsenring, F. (2004). Studien zur Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie bei Erwachsenen. *Forum Psychoanalyse*, 20, 34-39.
- Leichsenring, F., Kreische, R., Biskup, J., Staats, H., Rudolf, G., Jakobsen, T. (2008). Die Göttinger Psychotherapiestudie: Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapie bei depressiven Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen. *Forum der Psychoanalyse*, 24, 193-204.
- Lewinsky-Aurbach, B. (1980). *Suizidale Jugendliche. Grenzen und Möglichkeiten psychologischen Verstehens*. Stuttgart: Enke.
- Mayer, S., Fuhrer, U., Uslucan, H.-H. (2005). Intergenerationale Weitergabe von physischer Gewalt in Familien türkischer und deutscher Herkunft. In I. Seiffge-Krenke, *Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie* (S. 238-263), Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Olweus, D. (1996). *Gewalt in der Schule: Was Lehrer und Eltern wissen sollten – und tun können*. Bern: Huber.
- OPD-KJ (Hrsg.) (2007). *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter*. Bern: Huber.
- Petri, H., Thieme, E. (1978). Katamnese zur analytischen Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. *Psyche*, 32, 21-51.
- Rudolf, G. (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Shugart, M. A., Lopez, E. M. (2002). Depression in children and adolescents: When “moodiness” merits special attention. *Postgraduate Medicine*, 112, 59-61.
- Seiffge-Krenke, I. (2006). Nach Pisa. Stress in der Schule und mit den Eltern. Bewältigungskompetenz deutscher Jugendlicher im internationalen Vergleich. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Seiffge-Krenke, I. (2007). Depression bei Kindern und Jugendlichen: Prävalenz, Diagnostik, ätiologische Faktoren, Geschlechtsunterschiede, therapeutische Ansätze. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 277-297.
- Seiffge-Krenke, I. (2009a). *Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie mit Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Seiffge-Krenke, I. (2009b). „Erwachsen? Noch lange nicht!“. Kindliche Entwicklung heute. In F. Resch, M. Schulte-Markwort (Hrsg.), *Kindheit im digitalen Zeitalter. Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie* (S. 62-79). Weinheim Basel: Beltz.
- Seiffge-Krenke, I. (2009c). *Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderungen, Ressourcen, Risiken*. Heidelberg: Springer.
- Seiffge-Krenke, I. (2010). „Beyond efficacy“: Welche Faktoren beeinflussen die Effizienz analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Therapien bei Jugendlichen? *Forum Psychoanalyse*, 26, 291-312.
- Seiffge-Krenke, I., Mayer, S., Winter, S. (2011). Beurteilerübereinstimmung bei der OPD-KJ: Wovon hängt sie ab und welchen Erfolg bringt das Training? *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 4, 176-193.
- Seiffge-Krenke, I., Rauber, J., Nitzko, S. (2010). Sind analytische und tiefenpsychologisch fundierte Langzeittherapien wirksam? Erste Befunde zur Qualitätssicherung. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 35, 259-266.

- Seiffge-Krenke, I., Welter, N. (2008). Mobbing, Bullying und andere Aggressionen unter Schülern als Quelle von Schulstress. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 60-74.
- Strauß, B., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J., Fliegel, S., Freyberger, H. J., Goldbeck, L., Leuzinger-Bohleber, M., Willutzki, U. (2009). Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologisches PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. http://www.mpsy.uk-j.de/data/mpsy_/Endfassung_Forschungsgutachten_Psychotherapieausbildung.pdf.
- Target, M., Fonagy, P. (1994). The efficacy of psychoanalysis for children: Prediction of outcome in a developmental context. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33, 1134-1144.
- Timmermann, F. (2001). Psychoanalytische Indikationsgespräche mit Adoleszenten. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- VAKJP, Verein Analytischer Kinder- und Jugendlichentherapeuten (Hrsg.) (2009). Mitgliederuntersuchen 3/2009.
- Ittel, A., von Salisch, M. (2005). Lügen, lästern, leiden lassen. Aggressives Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Welter, N., Seiffge-Krenke, I. (2006). Essstörung oder dissoziative Störung? Diagnostische Probleme und Verschiebung des Konfliktfokus im Verlauf einer Jugendlichentherapie. *Kinderanalyse*, 14, 307-334.
- von Widdern, S., Häßler, F., von Widdern, O., Richter, J. (2004). Ein Jahrzehnt nach der Wiedervereinigung: Wie beurteilen sich Jugendliche einer nordostdeutschen Schülerstichprobe hinsichtlich ihrer psychischen Befindlichkeit? *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 53, 652-673.
- Weber, M. (2005). Analytische Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 30, 6-27.
- Weisz, J. R., McCarty, C. A., Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 132, 132-149.
- Windaus, E. (2005). Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Eine Übersicht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54, 530-558.
- Winkelmann, K., Hartmann, M., Neumann, K., Hennch, C., Reck, C., Victor, D., Horn, H., Uebel, T., Kronmüller, K.-T. (2000). Stabilität des Therapieerfolges nach analytischer Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapie- eine Fünf-Jahres-Katamnese. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49, 315-328.
- Winnicott, D. W. (1974/2002). Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Giessen: Psychosozial Verlag.
- Zwaanswijk, M., van der Ende, J., Verhaak, P., Bensing, J. M., Verhulst, F. C. (2003). Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1-9.

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. Inge Seiffge-Krenke, Psychologisches Institut, Wallstrasse 3-5, 55112 Mainz.