

Kronmüller, Klaus-Thomas / Polstelnicu, Ilinca / Hartmann, Mechthild /
Stefini, Annette / Geiser-Elze, Annette / Gerhold, Martin / Horn,
Hildegard und Winkelmann, Klaus

Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 54 (2005) 7, S. 559-577

urn:nbn:de:bsz-psydok-45820

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
Stumptner, 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. Kleinfurchner</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 Angststörungen¹

Klaus-Thomas Kronmüller², Ilinca Postelnicu², Mechtild Hartmann³, Annette Stefini², Annette Geiser-Elze², Martin Gerhold³, Hildegard Horn³ und Klaus Winkelmann³

Summary

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

Anxiety disorders can be regarded as one of the most prevalent disorders in children and adolescents. Although psychodynamic psychotherapies are frequently carried out in this field, the evaluation of its efficacy for anxiety disorders is still deficient. Therefore the aim of the study was to evaluate psychodynamic short-term psychotherapy (PSTP) comprising 25 therapy sessions for children and adolescents with anxiety disorders. In a controlled trial PSTP was compared to a waiting list control condition. 26 children and adolescents with anxiety disorders were included in the study. Treatment outcome was measured by the Impairment-Score for Children and Adolescents (IS-CA). Moreover, 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 and clinical significance of changes in these measures was evaluated. A significant advantage of the treatment group compared to the waiting control group for the IS-CA was shown. For the IS-CA total score, an effect size of 1.6 was found. Whereas 62 % of the patients in the treatment group showed clinically significant and reliable improvement at the end of therapy, this was the case for only 8 % of the subjects in the waiting list condition. Effect sizes comparable to the IS-CA were found for the PSCFS-CA. In the CBCL significant improvement could be shown for the treatment and control group. The findings support the evidence that psychodynamic short-term psychotherapy (PSTP) is an effective treatment for children and adolescents with anxiety disorders. However, some of the studied children and adolescents seem to be in need of more intensive treatment.

Key words: psychodynamic short-term psychotherapy – anxiety disorder – 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. Wir bedanken uns bei den Patienten und ihren Eltern sowie den Studientherapeuten, die diese Untersuchung möglich gemacht haben.

² Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg.

³ Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Heidelberg.

Zusammenfassung

Angststörungen stellen mit die häufigsten psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen dar. Psychodynamische Therapieverfahren sind, obwohl diese in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen häufig eingesetzt werden, in ihrer störungsspezifischen Wirksamkeit nur wenig evaluiert. Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Überprüfung der Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. Im Rahmen eines Wartekontrollgruppendesigns wurden $N = 26$ Kinder und Jugendliche mit Angststörungen untersucht. Die Therapiegruppe wurde mit 25 Stunden psychodynamischer Psychotherapie über einen Zeitraum von vier Monaten behandelt. 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 wurde 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 1,6. Während in der Therapiegruppe 62 % der Kinder bei Therapieende eine klinisch signifikante und reliable Verbesserung aufwiesen, waren dies in der Wartegruppe nur 8 % der Behandlungsfälle. Mit dem BSS-K vergleichbare Effektstärken ergaben sich für den PSKB-KJ. In der CBCL fanden sich signifikante Verbesserungen für die Therapie- und die Wartekontrollgruppe. Die Ergebnisse belegen, dass psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie ein wirksames Behandlungsverfahren bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen darstellt. Dennoch legen die Ergebnisse auch nahe, dass ein Teil der Kinder und Jugendlichen eine intensivere Behandlung benötigt.

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

1 Einleitung

In neueren epidemiologischen Studien konnte gezeigt werden, dass Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen mit 10–20 % zu den häufigsten psychischen Störungen in diesem Altersbereich zählen (Wittchen et al. 1999; Bernstein u. Borchardt 1991). Angststörungen zeigen zudem eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen und nehmen oft einen chronischen Verlauf. Dabei haben Angststörungen einen negativen Einfluss, nicht nur auf das subjektive Befinden und die Lebensqualität, sondern auch auf das soziale Funktionsniveau und die schulische und berufliche Entwicklung sowie die Entwicklung von sozialen Beziehungen (Kashani u. Orvaschel 1990; Wittchen u. Fehm 2003). Trotz dieser vielfältigen Probleme werden Angsterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen häufig nicht dia-

gnostiziert oder wenn, als klinisch nicht bedeutsam wahrgenommen (Beardslee et al. 1997; Beidel u. Turner 1997).

Bislang liegen nur wenige störungsspezifische Therapiekonzepte zur Angstbehandlung bei Kindern und Jugendlichen vor. Diese stammen vornehmlich aus dem Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie, die derzeit auch als das am Besten evaluierte Verfahren zur psychotherapeutischen Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter gelten kann (Döpfner u. Lehmkuhl 2002; Fonagy et al. 2002). Kendall et al. (1997) konnten die Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie im Vergleich mit einer Wartekontrollgruppe bei Kindern mit unterschiedlichen Angsterkrankungen nachweisen. Ähnliche Ergebnisse erbrachte die Studie von Barrett (1998), in der Kinder mit sozialer Phobie untersucht wurden. Die Therapieeffekte ließen sich in dieser Studie auch noch nach einem und nach sechs Jahren nachweisen. Die Wirksamkeit einer zusätzlichen Einbeziehung der Eltern in die kognitiven Verhaltenstherapie wurde von Spence et al. (2000) untersucht und aufgezeigt. Eine weitere Studie zur psychotherapeutischen Behandlung der sozialen Phobie stammt von Beidel et al. (2000). Im Rahmen dieser Studie wurden 67 Kinder mit einem verhaltenstherapeutischen Training sozialer Fertigkeiten – als zentraler Komponente des Therapieprogramms – untersucht. Am Ende der Behandlung wiesen 67 % der Kinder keine Diagnose einer sozialen Phobie mehr auf, im Vergleich zu 5 % in der aktiven Kontrollgruppe. Die Effektstärken lagen in dieser Studie zwischen 0,60 und 2,3. Im Rahmen einer Metaanalyse konnten Weisz et al. (1995) für die verhaltenstherapeutische Behandlung von Angststörungen bei Kindern gegenüber Kontrollgruppen eine mittlere Effektstärke von 0,57 gegenüber Kontrollgruppen ermitteln. Beelmann und Schneider (2003) fanden in einer Meta-Analyse deutschsprachiger Effektivitätsstudien für verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze Effektstärken zwischen 0,68 und 0,97.

Mittlerweile liegen auch für den Bereich Angststörungen erste störungsspezifische Studien zu psychodynamischen Therapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen vor (Windaus 2004a, b, c, 2005). Einen ersten Anhalt für die Wirksamkeit analytischer Psychotherapie bei Kindern mit Angststörung erbrachte die retrospektive Studie von Target und Fonagy (1994). Mehr als 85 % von 299 Kindern mit Angststörungen und depressiven Erkrankungen zeigten diese Diagnose bei Therapieende, das durchschnittlich 2 Jahre nach Therapiebeginn lag, nicht mehr. Ähnliche Ergebnisse erbrachte die Studie von Fahrig et al. (1996), in der zum größten Teil Kinder und Jugendliche mit emotionalen Störungen untersucht worden waren. Die Stabilität des Behandlungserfolgs konnte auch noch fünf Jahre nach Behandlungsende aufgezeigt werden (Winkelman et al. 2000). Bislang existiert nur eine einzige prospektive kontrollierte Untersuchung zur Evaluation psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie von Kindern mit Angststörungen. In der Studie von Muratori et al. (2002) wurden 58 Kinder mit emotionalen Störungen – überwiegend Angststörungen – die eine psychodynamisch orientierte Fokalthherapie mit 11 Therapiesitzungen erhielten, untersucht. Es konnte in dieser Untersuchung eine signifikante Überlegenheit der psychodynamischen Therapie gegenüber einer Kontrollgruppe ermittelt werden. Die Effektstärke lag bei 0,75. Zudem konnte gezeigt werden, dass die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung in der Therapiegruppe im Katamnesezeitraums signifikant geringer war.

Während für die kognitive Verhaltenstherapie bereits einige kontrollierte Studien zur Behandlung von Angststörung von Kindern und Jugendlichen vorliegen, finden sich hierzu bislang für psychodynamische Verfahren nur wenige Ergebnisse. Insgesamt zeigen jedoch die meisten der vorliegenden Studien einige bedeutsame methodische Schwächen (Weisz et al. 2005). So wurde häufig eine inadäquate Randomisierungsstrategie gewählt, die Behandlungsadherence nicht überprüft oder es wurden nur Patienten mit relativ gering ausgeprägter Störungsschwere und eingeschränkter klinischer Repräsentativität einbezogen. Wenig ist aus den vorliegenden Studien auch darüber zu entnehmen, welche Faktoren mit einer erfolgreichen Behandlung einhergehen, um Hinweise für differentielle Indikationskriterien zu finden. Zudem finden sich in den Studien nur wenige Aussagen über die vermittelnden Mechanismen, die mit einem Therapieerfolg einhergehen.

Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Überprüfung der Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. Dazu wurde eine Behandlungsgruppe, die 25 Stunden psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie erhalten hatte, mit einer Wartekontrollgruppe ohne Behandlung verglichen. Die Hypothese war, dass sich signifikante Unterschiede zwischen Therapie- und Wartekontrollgruppe in der Veränderung der Beeinträchtigungsschwere zwischen Therapiebeginn und -ende nachweisen lassen.

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 zweiten Studienabschnitt wurden die Behandlungen, die nach dem ersten Studienabschnitt noch nicht abgeschlossen werden konnten, 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 Behandlungsfälle im ersten Studienabschnitt. Aufgrund der überregionalen Erhebungsstrategie in der Studie wurde ein Comprehensive Cohort Design (Victor 1990; Olschewski u. Scheurlen 1985) gewählt. Die kontrollierte Therapiestudie 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. Dabei wurden Patienten, die sich bis zu 8 Wochen vor den Schulferien im Sommer zu einer Psychotherapie vorstellten, 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. Alle Patienten hatten bei niedergelassenen Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in den Jahren 1997 bis 2002 um eine Behandlung nachgesucht oder waren von Kinderärzten, Kinder- und Jugendpsychiatern oder anderen Institutionen in eine solche Behandlung überwiesen worden. Als Einschlusskriterien galten das Vorliegen einer psychischen Erkrankung nach ICD-10 und ein Alter von 6 bis 18 Jahren. Ausschlusskriterien waren psychotische 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 deren Eltern lehnten 15 (17,44 %) 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 34 Patienten der Therapiegruppe und 13 Patienten der Wartekontrollgruppe wurde eine Angststörung nach ICD-10 (Dilling et al. 1994) diagnostiziert. Für die hier vorgestellten störungsspezifischen Auswertungen der Studie wurde 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 Therapien orientierten sich in ihrer Durchführung an einem Therapiemanual (Hartmann et al. unveröffentlichtes Manuskript). Über einen Zeitraum von vier Monaten wurden 25 Therapiestunden mit dem Patienten und bei 11 Patienten zusätzlich durchschnittlich 3,5 begleitende Elterngespräche durchgeführt. 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 Interven-

tionstechniken sind am Therapiefokus orientiert und dabei strukturbezogen oder expressiv deutend. Im Rahmen des Therapiemanuals wurden anhand der drei Behandlungsabschnitte Kennenlernen, Durcharbeiten und Abschiednehmen konkrete therapeutische Vorgehensweisen beschrieben, die mit Hilfe von Fallbeispielen illustriert wurden. In der begleitenden Arbeit mit den Eltern wird den Eltern Gelegenheit gegeben, die Verhaltensweisen des Kindes oder Jugendlichen auf dem Hintergrund seines Gewordenseins 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. Lediglich 5 der Therapiestunden (1,5 %) wurden mit ungenügenden Werten für die Manualtreue eingeschätzt. Durchschnittlich wurde die Manualtreue mit einem Wert von 4,35 (SD = 0,47) beurteilt. Es ergaben sich damit hohe Werte für die Manualtreue in der Therapiegruppe. Dies gilt auch für die Manualtreue für die drei Behandlungsabschnitte Kennenlernen, Durcharbeiten und Abschiednehmen. Vorzeitige Therapieabbrüche oder Drop-outs fanden sich weder in der Therapie- noch in der Wartekontrollgruppe.

2.3 Stichprobe

Patienten: Die Therapie- und die Wartekontrollgruppe umfassten jeweils 13 Patienten (s. Tab. 1). Zudem nahmen die Eltern der Patienten, meist deren Mütter, an der Untersuchung teil. In der Therapie- und Wartegruppe waren jeweils 5 Mädchen und 8 Jungen. Das Durchschnittsalter der Therapiegruppe betrug 10,2 Jahre, 11 Patienten waren Kinder (< 13 Jahre) und 2 Jugendliche. Das Alter der Wartegruppenpatienten war im Durchschnitt 9,2 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 jeweils einmal eine Spezifische Phobie, Angst und depressive Störung gemischt und eine Zwangsstörung diagnostiziert. Bei sieben Patienten wurde die Diagnose Emotionale Störung (Trennungsangst, phobische Störung, soziale Ängstlichkeit) des Kindesalters gestellt. In drei Fällen wurden kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen diagnostiziert. Bei sieben Patienten (53,8 %) der Therapiegruppe lag eine Komorbidität mit zwei oder mehr Diagnosen vor. In der Wartekontrollgruppe wurde bei jeweils einem Patient eine Generalisierte Angststörung, Angst und depressive Störung gemischt und eine Zwangsstörung diagnostiziert. Bei acht Patienten lag eine Emotionale Störung (Trennungsangst, phobische Störung, soziale Ängstlichkeit) des Kindesalters vor. Bei zwei Patienten wurde die Diagnose Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen gestellt. 8 Patienten (61,6 %) erhielten zwei oder mehr Diagnosen. Die Diagnosen wurden von dafür geschulten Ratern (Diplompsychologen mit klinischer Erfahrung) mit dem „Diagnostischen Interview bei psychischen Störungen“ (Horn 2003) erhoben.

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	8	8	1.00
Mädchen	5	5	
Alter (in Jahren)	10.23 (SD = 2.65)	9.23 (SD = 3.85)	0.77 0.45
	7-16	6-18	
Kind	11	11	1.00
Jugendlicher	2	2	
Schulbesuch			
Kein Schulbesuch	0	2	0.38
Kindergarten	0	1	
Grundschule	7	6	
Hauptschule	1	0	
Realschule	3	1	
Gymnasium	2	3	
Beziehungsstatus der Eltern			
Leben zusammen	9	9	0.56
Getrennt/geschieden	4	3	
Ein Elternteil verstorben	0	1	

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung.

gen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS)“ (Unnewehr et al. 1995) überprüft. Für die durchschnittliche Störungsdauer ergab sich zwischen Therapiegruppe ($M = 2,66$ Jahre; $SD = 2,16$) und Kontrollgruppe (1,39 Jahr; $SD = 1,46$) kein signifikanter Unterschied.

Eltern: Die Mütter der Patienten der Therapiegruppe waren im Durchschnitt 41,1 Jahre ($SD = 6,17$) alt, die Väter hatten ein Durchschnittsalter von 46,9 Jahren ($SD = 10,87$). Die Mütter der Wartekinder waren im Durchschnitt 39,8 ($SD = 6,81$) Jahre alt; die Väter 43,2 ($SD = 9,06$) Jahre. In beiden Gruppen konnten alle Familien der mittleren und oberen Sozialschicht nach Kleining und Moore (1968) zugeordnet werden. Zum Beziehungsstatus der Eltern kann dokumentiert werden, dass jeweils 9 (69,2 %) Eltern der Wartegruppe und der Therapiegruppe zusammen lebten. 3 (23,1 %) Kinder der Wartegruppe und 4 (30,8 %) Kinder 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 10 Therapeuten durchgeführt. Von den 10 Therapeuten waren acht Frauen und zwei Männer. Das durchschnittliche Alter betrug 46,9 Jahre ($SD = 4,9$). Alle Therapeuten hatten eine abgeschlossene Ausbildung zum Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und befanden sich in fortwährender Supervision. Studententherapeuten aus dem Raum Heidelberg, Stuttgart und Frankfurt nahmen an der Unter-

suchung teil. Die durchschnittliche Berufserfahrung der Therapeuten nach Ausbildungsende betrug 4,4 Jahre ($SD = 6,01$).

2.4 Messinstrumente

Zur Bestimmung des Therapieergebnisses wurden verschiedene Erfolgsmaße eingesetzt. Als zentrales Evaluationsinstrument zur Einschätzung des Schweregrades der Störung wurde der „Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche (BSS-K)“ verwendet. Dies ist ein aus dem Erwachsenenbereich (Schepank 1995) für kinder- und jugendpsychiatrische Störungen adaptiertes und evaluiertes Verfahren (Fahrig et al. 1996). Mit Hilfe des 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 psychische Störung. Hiermit kann bestimmt werden, in wie vielen und welchen Bereichen die Patienten eine Verbesserung bzw. in wie viel und welchen Dimensionen sie eine auffällige Beeinträchtigung zeigen. Die Interraterreliabilität für die Einschätzung des BSS-K lag zwischen 0,73 und 0,84 für die einzelnen BSS-K-Skalen, sowie bei 0,80 für den Gesamtwert. Die Überprüfung der Retestrelia-bilität erbrachte Koeffizienten zwischen 0,73 und 0,86 für einzelne Skalen und 0,84 für den Gesamtwert. Die Höhe der ermittelten Koeffizienten liegt im Bereich, der auch bei Erwachsenen erzielt wurde, und spricht damit für die Zuverlässigkeit des Instruments. Der BSS-K ist auch die Basis für die Messung des Therapieerfolgs. Hierfür werden die Konzepte der Klinischen Signifikanz (KS) und des Reliable-Change-Index (RC) herangezogen. Die Klinische Signifikanz beschreibt einen Wert, der im Normbereich liegt; der Cut-off-Wert für den BSS-K-Gesamtwert liegt bei 7. Kinder und Jugendliche mit einem höheren Wert als 7 sind als klinisch auffällig einzustufen. Eine klinisch bedeutsame Veränderung der Beeinträchtigung (RC) liegt dann vor, wenn eine positive Veränderung des BSS-K-Gesamtwerts von 4 Punkten oder mehr erreicht wird (Fahrig et al. 1996).

„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 Informationen standardisiert und quantifizierend abzubilden. Auf der Basis eines psychodynamischen Verständnisses der Symptombildung werden Expertenbeurteilungen mit 104 Items in drei zentralen Bereichen vorgenommen: den Bereich der klassischen Symptome, der Interaktionsmuster und der körperlichen Symptombildung. Das Instrument wurde an einer Stichprobe von $N = 300$ Kindern und Jugendlichen evaluiert. Faktorenanalytisch konnten 10 Dimensionen ermittelt werden. Diese 10 Faktoren klärten 44,4 % der Gesamtvarianz auf. Zudem wurden drei Faktoren zweiter Ordnung ermittelt die psychische, sozial-kommunikative und körperliche Anteile psychischer Störungen erfassen. Die Koeffizienten für die interne Konsistenz der PSKB-KJ-Skalen lagen zwischen 0,66 und 0,82. Es fanden sich Interkorrelationen zwischen 0,01 und 0,55. Der überwiegende Teil der Korrelationen lag jedoch im Bereich bis 0,30. Die Koeffizienten für die Interraterreliabilität lagen bei 20 untersuchten Fällen für die 10 PSKB-KJ-Skalen zwischen minimal 0,67 und

maximal 0,85. Für die abgeleiteten Summenscores lag die Interraterreliabilität zwischen 0,75 und 0,88. Die PSKB-KJ-Skalen zeigen gute Validitätskennwerte im Vergleich zu anderen Störungsmaßen.

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. Dieses Instrument besteht aus 113 Items. Mit der CBCL kann das Ausmaß externalisierender und internalisierender Störungsanteile erfasst sowie ein Gesamtwert gebildet werden. Die CBCL ist eines der im kinderpsychiatrischen Bereich am häufigsten eingesetzten diagnostischen Verfahren. Zahlreiche Hinweise für die Reliabilität und Validität des Verfahrens liegen vor. Für dieses auch international weit verbreitete Instrument liegen alters- und geschlechtsstandardisierte Normwerte und zahlreiche Vergleichsgruppen vor. Für Reliabilität und Validität liegen zahlreiche Hinweise vor (Achenbach 1991).

2.5 Statistische Auswertungen

Zur Überprüfung von Unterschieden zwischen Therapie- und Kontrollgruppe ohne Messwiederholung wurden entsprechend dem Skalenniveau und der Stichprobengröße χ^2 -Tests, der exakte Test nach Fisher und t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet. Das Signifikanzniveau wurde auf 0,05 festgelegt. Gerichtete Hypothesen wurden einseitig getestet. Überlegungen zur statistischen Power der Testung führten zu dem Schluss, dass mit der vorliegenden Stichprobengröße mittelgroße bis große Effekte überprüft werden können (Cohen 1988). Bei der statistischen Auswertung der Erfolgsmaße orientierten wir uns an den von Schulte (1993), Rudolf (1993) und Grawe et al. (1994) vorgeschlagenen Standards zur Veränderungsmessung in der Psychotherapieforschung. Als ein klinisch praktisches Ergebnismaß wurden die Veränderungen indirekt durch einen Prä-Post-Vergleich erfasst. Um die Therapiegruppe mit der unbehandelten Kontrollgruppe 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 (T_2) mit einem entsprechenden Zeitintervall von vier Monaten. Auf eine Last Observation Carried Forward (LOCF) Analyse konnte aufgrund fehlender Therapieabbrüche und Drop-outs in der Kontrollgruppe verzichtet werden. Zudem wurden zur besseren Darstellung und Abschätzung der Therapieeffekte Effektstärken berechnet. Dabei wurden zwei Varianten der Effektstärkenberechnung bei Studien mit Kontrollgruppen herangezogen (Hartmann u. Herzog 1995). Zum einen wurden Effektstärken nach der „klassischen“ Formel von Smith, Glass und Miller (1980) ermittelt. Aufgrund unterschiedlich großer Streuungen von Therapie- und Kontrollgruppe wurde zusätzlich eine Formel nach Buol und Endtner (1993) angewandt, die eine gepoolte Streuung der beiden Gruppen zum ersten Messzeitpunkt berücksichtigt. Um zu beschreiben, inwieweit durch die Reduktion der Symptomatik eine Annäherung an die Norm erreicht wurde, wurde das Konzept der klinischen Signifikanz (Jacobson u. Revenstorf 1988) angewendet. Mit Hilfe dieses Maßes ist es

möglich, bezogen auf eine unauffällige Normgruppe von Kindern, Werte anzugeben, die Fälle im Normbereich kennzeichnen. Für alle Bereiche des BSS-K wurden so über die Verteilung einer klinisch unauffälligen Gruppe und der Behandlungsgruppe kritische Werte bestimmt (Fahrig et al. 1996). Um schließlich zu ermitteln, welche und wie viele Kinder eine günstige Veränderung aufweisen, wurde der Reliable-Change-Index (RC) nach Jacobson et al. (1984) in Modifikation von Christensen und Mendoza (1986) berechnet. Dieses Kriterium liefert unter Berücksichtigung der Reliabilität des Messinstrumentes eine kritische Differenz, bei der von einer tatsächlichen, d. h. reliablen Veränderung auszugehen ist. Um die Breite der Veränderungen durch die Behandlung abzubilden, wurde für jeden Patienten die Anzahl klinisch auffälliger BSS-K-Skalen zu Beginn der Therapie bzw. des Warteintervalls und an dessen Ende berechnet. Die statistischen Analysen wurden mit dem Statistikprogramm SAS Version 9.1 (2002–2003) durchgeführt.

3 Ergebnisse

Als eine erste Fragestellung wurde die Wirksamkeit der Behandlung in der Expertenbeurteilung untersucht. Der Therapieerfolg wurde dabei mit dem „Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche (BSS-K)“ sowie dem „Psychischen und Sozial-Kommunikativen Befund für Kinder und Jugendliche (PSKB-KJ)“ eingeschätzt. Berechnet wurden die Analysen als zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung.

Die Patienten der Therapiegruppe zeigten im Unterschied zur Wartekontrollgruppe eine signifikante Abnahme der Beeinträchtigungsschwere während der Behandlung (s. Abb. 1). Damit ergab sich für den BSS-K-Gesamtwert ein hochsignifikanter Interaktionseffekt ($F = 12,22$; $p = 0,001$) (s. Tab. 2). 69,2 % der Patienten der Therapiegruppe wiesen eine klinisch signifikante Verbesserung im BSS-K-Gesamtwert auf und bei 61,5 % wurde eine bedeutsame Veränderung im Sinne des Reliable Change Index (RC) ermittelt. Von den Kindern und Jugendlichen der Therapiegruppe zeigten bis zur 25. Stunde 8 Patienten (61,5 %) eine reliable und klinisch signifikante Verbesserung bezüglich der Beeinträchtigungsschwere (BSS-K) und konnten damit erfolgreich behandelt werden. Eines der beiden Kriterien wurde von 69,2 % der Behandlungsfälle der Therapiegruppe erreicht. Im Vergleich hierzu veränderte sich die Beeinträchtigungsschwere nur bei einem der Kinder der Wartekontrollgruppe (7,7 %) so, dass beide Erfolgskriterien erfüllt waren. Demnach waren Patienten der Therapiegruppe im Vergleich zur Wartekontrollgruppe im kombinierten Therapieerfolgskriterium hoch signifikant häufiger erfolgreich ($p = 0,01$).

Auf der Ebene der BSS-K-Einzelskalen ergaben sich differentielle Effekte für die Therapie- und Kontrollgruppe (s. Tab. 2). Für die BSS-K-Skalen „Psychische Beeinträchtigung“ (BSS-K1), „Sozialkommunikative Beeinträchtigung mit den Eltern“ (BSS-K3a), „Freunden“ (BSS-K3c) und „Beeinträchtigung im Leistungsbereich“ (BSS-K4) fanden sich signifikante Interaktionseffekte. Aufgrund der signifikanten Interaktionseffekte waren signifikante Haupteffekte nicht interpretierbar. Die Patienten der Therapiegruppe zeigten im Unterschied zur Kontrollgruppe eine signifi-

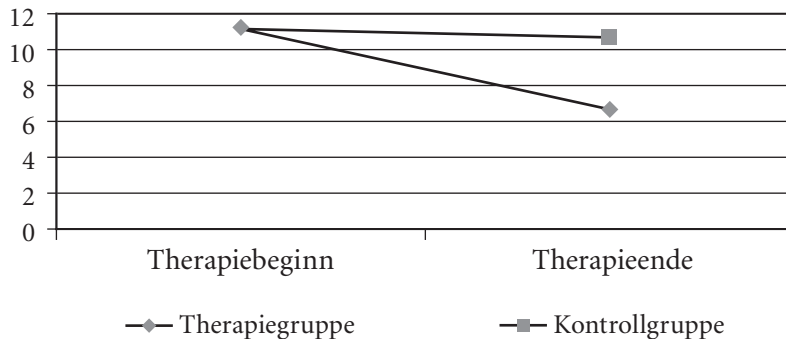


Abb. 1: Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche (BSS-K) Gesamtwert zu Therapiebeginn und Therapieende für die Therapie- und die Wartekontrollgruppe

kante Reduktion der Beeinträchtigung sowohl im psychischen Bereich als auch im sozialkommunikativen Bereich und im Leistungsbereich. Im Bereich der „sozialkommunikativen Beeinträchtigung mit Geschwistern“ (BSS-K3b) fand zwar eine Reduktion der Beeinträchtigung in der Therapiegruppe statt, diese wurde jedoch statistisch nicht signifikant. Keine signifikanten Veränderungen ergaben sich im Bereich der „körperlichen Beeinträchtigung“ (BSS-K2).

Betrachtet man die Effektstärken für den „Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche (BSS-K)“, ergab sich die höchste Veränderung im Bereich der „psychischen Beeinträchtigung“ (BSS-K1) mit einer Effektstärke von 1,8 (s. Tab. 2). Diese wurde gefolgt von positiven Veränderungen in den „sozialkommunikativen Beeinträchtigungen mit den Freunden“ (BSS-K3c), „Geschwistern“ (BSS-K3b) und „Eltern“ (BSS-K3a). Deutlich geringere Effektstärken fanden sich für die Veränderung „körperlicher Beeinträchtigungen“ (BSS-K2) sowie der Beeinträchtigung im „Leistungsbereich“ (BSS-K4). Insgesamt fand sich im BSS-K-Gesamtwert eine Effektstärke von 1,6. Damit lag die Effektstärke im Hauptkriterium zur Bestimmung des Therapieerfolgs im hohen Bereich (Cohen 1988).

Weiter wurde untersucht, in wie vielen BSS-K-Skalen die Patienten bei Behandlungsbeginn und -ende klinisch signifikant auffällige Werte aufwiesen. Für die durchschnittliche Anzahl klinisch signifikanter BSS-K-Skalen zu Therapiebeginn und -ende ergab sich ein hoch signifikanter Interaktionseffekt ($F = 8,79$; $p = 0,007$). Die Anzahl der auffälligen BSS-K-Skalen nahm bei den Patienten der Therapiegruppe von durchschnittlich 4,2 ($SD = 1,0$) bis zur 25. Stunde auf 2,2 ($SD = 1,2$) ab, während die Anzahl auffälliger BSS-K-Skalen in der Wartegruppe mit 4,5 ($SD = 2,1$) und 4,1 ($SD = 1,5$) fast unverändert bleibt.

Für die PSKB-KJ-Sekundär- und Tertiär-Skalen fand sich ein tendenziell signifikanter Interaktionseffekt ($F = 2,16$; $p = 0,08$) für die sozial-kommunikativen Anteile. Obwohl sich die Therapiegruppe sowohl in den psychischen Anteilen als auch in den körperlichen Anteilen gegenüber der Wartegruppe verbessert hatte, erreichten diese Effekte nicht das gewählte Signifikanzniveau. Auch der Gesamtwert verbesser-

Tab. 2: Vergleich von Therapie- und Kontrollgruppe 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		T ₀		F	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		p
BSS-K-1:	2.62	0.65	1.54	1.27	2.77	0.60	2.69	0.63	1.83 ^a	0.63	G	6.85 0.02*
Psychische									1.85 ^b		Z	7.46 0.01*
Beeinträchtigung											G × Z	5.60 0.02*
BSS-K-2:	1.15	1.46	0.62	0.96	1.23	1.09	1.08	1.19	0.39	0.39	G	0.40 0.53
Körperliche									0.36		Z	3.26 0.08(*)
Beeinträchtigung											G × Z	1.01 0.17
BSS-K-3a:	2.31	0.75	1.38	1.26	2.23	0.73	2.15	0.90	0.86	0.86	G	1.01 0.32
Sozial-kommunikative									1.04		Z	15.84 0.001***
Beeinträchtigung mit Eltern											G × Z	11.34 0.002**
BSS-K-3b:	1.23	1.30	0.77	0.83	1.54	0.88	1.62	0.96	0.88	0.88	G	2.74 0.11
Sozial-kommunikative									0.76		Z	1.04 0.32
Beeinträchtigung mit Geschwistern											G × Z	2.04 0.09 (*)
BSS-K-3c:	1.62	1.26	0.77	1.01	2.08	0.86	1.92	0.95	1.21	1.21	G	5.02 0.03*
Sozial-kommunikative									1.07		Z	7.29 0.01**
Beeinträchtigung mit Freunden											G × Z	3.50 0.04*
BSS-K-4:	2.31	1.03	1.62	1.26	1.23	0.93	1.23	0.93	-0.41	-0.41	G	3.47 0.07(*)
Beeinträchtigung im Leistungsbereich									-0.39		Z	8.53 0.008**
											G × Z	8.53 0.004**
BSS-K-Gesamt:	11.23	2.86	6.69	5.51	11.08	2.18	10.69	2.81	1.42	1.42	G	2.29 0.14
Gesamtwert									1.57		Z	17.16 0.001***
											G × Z	12.22 0.001***

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 x Zeit; (*) p ≤ 0.10; * p ≤ 0.05; ** p ≤ 0.01; *** p ≤ 0.001.

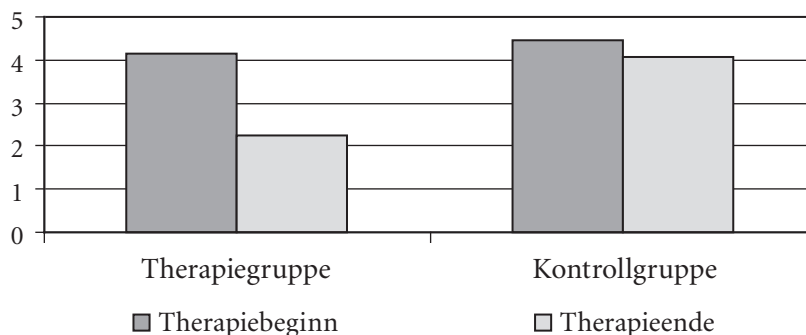


Abb. 2: Anzahl klinisch signifikant auffälliger BSS-K-Skalen für die Therapie- und die Wartekontrollgruppe zu Therapiebeginn und -ende

te sich in der Therapiegruppe nicht deutlich genug, um das gewählte Signifikanzniveau zu erreichen. Betrachtet man die Effektstärken der psychischen und sozialen Anteile sowie des Gesamtwertes, zeigt sich, dass die Veränderungen der Therapiegruppe mit Effektstärken zwischen 0,9 und 1,3 im hohen Bereich lagen. Wogegen die Veränderung der körperlichen Anteile, mit einer Effektstärke von 0,2, als gering einzustufen ist. Für den PSKB-KJ-Gesamtwert ergab sich eine Effektstärke von 1,2.

Die Erfolgsmessung aus Elternperspektive wurde mit der „Child Behavior Checklist“ (CBCL) durchgeführt. Aus Sicht der Eltern konnten für die beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede oder differentiellen Effekte für die Therapie- und Wartekontrollgruppe ermittelt werden. So fanden sich in den Sekundär- und Tertiär-Skalen der CBCL (internale und externale Symptomatik sowie Gesamtwert) signifikante Zeit-Haupteffekte. Betrachtet man jedoch die Effektstärken zeigt sich, dass trotz der signifikanten Veränderungen die Effekte aus Elternsicht nur gering ausgeprägt waren. Beide Gruppen verbesserten sich in der Elternwahrnehmung innerhalb des Untersuchungszeitraumes von 4 Monaten. Das Ausmaß der Veränderung ist jedoch mit Effektstärken zwischen 0,14 und 0,38 gering.

4 Diskussion

Ein Ziel der Heidelberger Studie zur Analytischen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen war die Überprüfung der störungsspezifischen Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie. Da die Studie primär störungsübergreifend angelegt war, wurden für diese Auswertung störungshomogene parallelisierte Teilstichproben aus der Therapie- und der Wartekontrollgruppe gebildet. Gegenstand der hier berichteten Befunde war die Teilgruppe der Angststörungen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie belegen, dass die Therapiegruppe der Wartekontrollgruppe in der Expertenbeurteilung signifikant überlegen war. Es fanden sich für die globalen Störungswerte hohe Effektstärken. Im Gegensatz zur War-

tekontrollgruppe verbesserte sich die Therapiegruppe im BSS-K-Gesamtwert signifikant. 62 % der Patienten konnten mit 25 Therapiestunden entsprechend einer klinisch signifikanten Verbesserung und reliablen Veränderung des BSS-K-Gesamtwertes erfolgreich behandelt werden. In der Wartekontrollgruppe lag diese Rate nur bei 8 %. Während die Therapiegruppe zu Therapiebeginn in durchschnittlich mehr als vier BSS-K-Merkmalen klinisch signifikant auffällige Werte aufwies waren dies bei Therapieende durchschnittlich nur noch zwei BSS-K-Skalen. In einzelnen Störungsbereichen ließen sich unterschiedlich große Effekte nachweisen. So war durch die in ihrer Dauer umschriebene Therapie bei Patienten mit Angststörungen insbesondere die Veränderung der psychischen Beeinträchtigung möglich. Ebenso erzielten Veränderungen im Bereich der sozialkommunikativen Beeinträchtigung mit den Eltern, Freunden sowie im Leistungsbereich gute Effekte. Ungünstiger verliefen Veränderungen in der sozialkommunikativen Beeinträchtigung mit Geschwistern sowie für Beschwerden die sich im körperlichen Bereich abbilden. Ein ähnliches Veränderungsmuster im BSS-K hatte sich bereits in der Untersuchung von Fahrige et al. (1996) gezeigt. Die Ergebnisse mit dem PSKB-KJ bestätigten weitgehend diese mit dem BSS-K ermittelten Befunde. Betrachtet man die Effektstärken der psychischen und sozial-kommunikativen Störungsanteile sowie des PSKB-KJ-Gesamtwertes, zeigt sich, dass die Veränderungen der Therapiegruppe mit Effektstärken zwischen 0,9 und 1,3 im hohen Bereich lagen, was den mit dem BSS-K erzielten Effektstärken weitgehend entspricht. Für den PSKB-KJ-Gesamtwert ergab sich eine Effektstärke von 1,2. Nur die Veränderung der körperlichen Anteile ist mit einer Effektstärke von 0,2 als gering einzustufen. Dass die vorliegende Interaktionseffekte für den PSKB-KJ nicht signifikant abzusichern waren, dürfte am ehesten mit der kleinen Stichprobe und der damit verbundenen geringen statistischen Power zu erklären sein. Aus der Elternperspektive fand sich zwar eine signifikante Verbesserung der Symptomatik, jedoch keine differentiellen Effekte für Therapie- und Wartekontrollgruppe. Trotz der signifikanten Veränderungen in den Sekundär- und Tertiär-Skalen der CBCL fanden sich mit Effektstärken zwischen 0,1 und 0,4 nur geringe Effekte für die Veränderung der psychischen Symptomatik. Es zeigt sich hiermit aber auch der durchaus typische Befund, dass Psychotherapieeffekte aus verschiedenen Perspektiven unterschiedlich bewertet werden. Möglicherweise ist dies vor dem Hintergrund zu verstehen, dass bereits ein minimaler Kontakt ausreicht, um einen gewissen therapeutischen Effekt zu erzielen, insbesondere für die Symptomwahrnehmung der Eltern. Ähnliches beschreiben Smyrinos und Kirkby (1993) in ihrer Studie über Kinder und Jugendliche mit emotionalen Störungsbildern bei einer so genannten minimal contact group. Diese Ergebnisse entsprechen aber auch den Befunden von Muratori et al. (2003), der bei einer Gruppe psychodynamisch behandelter Kinder mit Angststörungen zeigen konnte, dass es zu deutlichen Veränderungen der CBCL-Werte erst im Rahmen der 2-Jahres-Follow-up Untersuchung kam. Dagegen kam es in der Expertenperspektive bereits zu Therapieende zu einer deutlichen Verbesserung der Symptomatik.

Aus dem Vergleich der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung mit anderen Evaluationsstudien bei Angststörungen ergeben sich einige wichtige Gesichtspunkte. Die in der vorliegenden Studie ermittelten Effektstärke liegt mit 1,6 deutlich hö-

her als die mit 0,75 in der Studie von Muratori et al. (2002) ermittelte. Die Therapieerfolgsraten liegen jedoch niedriger als die von Target und Fonagy (1994) und Fahrig et al. (1996) berichteten Raten. Während in der vorliegenden Studie lediglich bei 62 % der Behandlungsfälle ein Therapieerfolg erzielt werden konnte, waren dies in der Studie von Target und Fonagy (1994) und der von Fahrig et al. (1996) etwa 80 %. Diese Unterschiede sind am ehesten auf die Dauer der Behandlung zurückzuführen. Während in der Muratori-Studie eine Therapie von 11 Stunden durchgeführt wurde, waren es in der vorliegenden Studie 25 Therapiestunden. Die Therapien in den Studien von Target und Fonagy (1994) und Fahrig et al. (1996) hatten aber deutlich längere Behandlungsdauern mit durchschnittlich 60 und mehr Therapiestunden. Demnach kann vermutet werden, dass bei Angststörungen mit einer sehr kurzen Intervention ungefähr 40 % der Kinder und Jugendlichen profitieren, mit einer mittellangen 60 % und einer längeren bis zu 80 % erfolgreich behandelt werden können. Es deutet sich hier also eine logarithmische Dosis-Wirkungsbeziehung an, die jedoch in weiteren Studien überprüft werden müsste.

Im Rahmen der Heidelberger Studie zur analytischen Psychotherapie wurden neben Angststörungen aber auch depressive Störungen und Verhaltensstörungen untersucht. Im Vergleich zu diesen Störungsbildern konnten Patienten mit Angststörungen erfolgreicher behandelt werden. So erreichte die psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie bei Angststörungen eine Effektstärke von 1,6 im Vergleich zu depressiven Störungen mit 1,3 (Horn et al. 2005) und Verhaltensstörungen mit 0,6 (Winkelmann et al. 2005). Der Anteil von Patienten, die im BSS-K eine klinisch-signifikante und reliable Veränderung erreichten, lag bei Angststörungen mit 62 % deutlich über den Raten, die bei Patienten mit den anderen Störungsbildern erreicht werden konnten. Demnach sind Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen mit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie besonders erfolgreich behandelbar.

Im Vergleich mit Studien zu verhaltenstherapeutischen Behandlungstechniken zeigen sich einige Ähnlichkeiten. So liegt die Mehrzahl der verhaltenstherapeutischen Angstbehandlungskonzepte bei Effektstärken zwischen 0,8 und 2,3. Durchaus vergleichbare Effektstärken wurden damit in der vorliegenden Studie ermittelt. In einer Studie von Beidel et al. (2000) konnten bei Kindern mit sozialen Ängsten 67 % erfolgreich verhaltenstherapeutisch behandelt werden. In dieser Studie konnte also mit einer ähnlichen Therapiedosis wie in der vorliegenden Untersuchung eine ähnliche Rate erfolgreicher Behandlungen erzielt werden. Diese indirekten Vergleiche sind jedoch nur bedingt aussagekräftig. Eine Untersuchung, in denen psychodynamische und verhaltenstherapeutische Behandlungsverfahren direkt verglichen worden wären, liegt bislang noch nicht vor. Im Vergleich zu meta-analytischen Untersuchungen von Weisz et al. (1995), aber auch der von Beelmann und Schneider (2003), die für psychodynamische Verfahren Effektstärken von 0,4 bis 0,7 ermitteln konnten, liegen die hier in dieser Untersuchung ermittelten Effektstärken deutlich höher. Die ermittelten Effektstärken sind als hoch einzuschätzen (Cohen 1988) und sind denen entsprechender Studien aus dem Bereich der Verhaltenstherapie vergleichbar.

Ein Teil der Kinder und Jugendlichen mit Angststörungen konnte jedoch mit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie nicht erfolgreich behandelt werden. Hier

stellt sich die Frage nach der Therapieoptimierung. Eine Vermutung wäre, dass diese Patienten nicht lang genug behandelt wurden, eine andere aber, dass ein anderes therapeutisches Vorgehen vielleicht erfolgreicher gewesen wäre. Inwieweit durch eine stärker störungsspezifische Ausrichtung der Behandlung der Therapieerfolg verbessert werden könnte, ist durch die Ergebnisse der vorliegende Untersuchung nicht zu beantworten, stellt aber eine wichtige Perspektive für künftige Evaluationsstudien dar.

Die Untersuchung unterliegt einer Reihe von methodischen Problemen, die die Interpretation der Ergebnisse einschränken. Zuerst wäre hier die kleine Stichprobe zu nennen, an der die Überprüfung der Wirksamkeit vorgenommen wurde. Aufgrund der kleinen Stichprobe kommt der Untersuchung ein vorwiegend explorativer Charakter zu. Die Ergebnisse müssen an größeren Stichproben repliziert werden. Zudem handelt es sich bei den untersuchten Patienten um eine heterogene Gruppe von Angststörungen. Inwieweit die Ergebnisse für einzelne Angststörungen generalisierbar sind, bleibt weiteren Studien vorbehalten. Dennoch bleibt festzuhalten, dass es sich bei der untersuchten Stichprobe, im Unterschied zu vielen anderen Studien, um ein Inanspruchnahme-Klientel handelt mit ausgeprägter Störungsschwere und damit verbundener hoher klinischer Repräsentativität. Als ein weiterer Punkt wäre die fehlende Randomisierung zu nennen. Eine Parallelisierung der Therapie- und Kontrollgruppe, wie sie in der vorliegenden Studie vorgenommen wurde, kann eine Randomisierung nicht ersetzen. Ein methodisches Problem bestand in der Parallelisierung von Therapie- und Kontrollgruppe. Da die Kontrollgruppe der Gesamtuntersuchung nur aus 27 Patienten bestand, gingen alle Patienten in die Kontrollgruppen für die Angststörungen, depressive Störungen und Verhaltensstörungen ein. Aufgrund vorliegender Komorbidität konnten einige Patienten der Wartekontrollgruppe in mehrere Diagnosebereiche eingeordnet werden. Demnach wurden sieben Patienten der Wartekontrollgruppe der Angststörungen auch der Kontrollgruppe der Verhaltensstörungen bzw. depressiven Störungen zugeteilt. Aufgrund der größeren Stichprobe der Therapiegruppe gab es hier keine Überschneidungen der Teilstichproben. Die Parallelisierung von Therapie- und Wartekontrollgruppe führte entsprechend der Überprüfung zahlreicher soziodemographischer und klinischer Merkmale zu gut vergleichbaren Gruppen. So fanden sich in der vorliegenden Studie keine signifikanten Unterschiede zwischen Warte- und Therapiegruppe zu Studienbeginn. 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. Die Therapien in den vorliegenden Untersuchungen wurden zwar auf der Grundlage eines Therapiemanuals durchgeführt, die Adherence-Bestimmung wurde bislang jedoch nur global überprüft. In weiteren Studien wäre eine differenzierte Untersuchung der Adherence der einzelnen Behandlungen notwendig. Weiter einschränkend für die Interpretation der Studienergebnisse kann gelten, dass aufgrund des Studiendesigns keine Follow-up-Studie für die gesamte Stichprobe möglich war, da ein Teil der Kinder nach nicht erfolgreicher Kurzzeitpsychotherapie weiter behandelt wurde. So sind aufgrund des Studiendesigns nur eingeschränkte Aussagen über die Stabilität des Therapieergebnisses, aber auch möglicher Sleeper-Effekte verzögerter

Wirkung nur eingeschränkt möglich. Fraglich führt aber das Design auch zu einer Unterschätzung der Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, da zahlreiche Studien zeigen konnten, dass gerade die zeitliche Begrenztheit des therapeutischen Angebotes einen wichtigen Wirkfaktor darstellt. Im Studiendesign aber war vorgesehen, dass nicht erfolgreich behandelte Patienten weiterbehandelt werden konnten.

Trotz dieser methodischen Probleme belegen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, dass psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie ein für Kinder und Jugendliche mit Angststörungen erfolgreiches Behandlungsverfahren darstellt. Die Befunde sprechen aber auch dafür, dass für einen Teil der Patienten eine intensivere oder längere Behandlung oder aber eine andere Behandlungsform erforderlich ist. In weiteren Studien sollte geklärt werden, welche Kinder und Jugendliche von dieser Behandlungsform profitieren, durch welche Mechanismen und Prozesse erfolgreiche Behandlungen charakterisiert sind und welche Patienten eine andere oder längere Behandlung benötigen.

Literatur

- Achenbach, T. M. (1991): Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington (VT).
- Barrett, P. M. (1998): Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology* 27: 459–468.
- 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.
- Beelmann, A.; Schneider, N. (2003): Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kinder und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 32: 129–143.
- 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.
- Beidel, D. C.; Turner, S. M.; Morris, T. L. (2000): Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68: 1072–1080.
- Bernstein, G. A.; Borchardt, C. M. (1991): Anxiety disorders of childhood and adolescence: A critical review. *Journal of the American Academy of Children & Adolescent Psychiatry* 30: 519–532.
- 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.
- 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.; Lehmkuhl, G. (2002): Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie. *Psychologische Rundschau* 53: 184–193.
- 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.

- Fahrig, H.; Kronmüller, K.-T.; Hartmann, M.; Rudolf, G. (1996): Therapieerfolg analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 42: 375–395.
- 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.
- Grawe, K.; Donati, R.; Bernauer, F. (1994): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Hartmann, A.; Herzog, T. (1995): Varianten der Effektstärkenberechnung in Meta-Analysen: Kommt es zu variablen Ergebnissen? *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 24: 337–343.
- Hartmann, M.; Horn, H.; Winkelmann, K.; Geiser-Elze, A.; Kronmüller, K.-T. (unveröffentlichtes Manuskript): Therapieleitfaden der Heidelberg Studie zur Evaluation analytischer Psychotherapie 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 Kindern 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.
- Kashani, J. H.; Orvaschel, H. (1990): A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 147: 313–318.
- Kendall, P. K.; Flannery-Schroeder, E.; Panichelli-Mindel, S. M.; Southam-Geow, M.; Henin, A.; Warman, M. (1997): Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65: 366–380.
- Kleining, G.; Moore, H. (1968): Soziale Selbsteinschätzung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 20: 502–552.
- 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.
- Muratori, F.; Picchi, L.; Casella, C.; Tancredi, R.; Milone, A.; Patarnello, M. G. (2002): Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics* 71: 28–38.
- Olschewski, M.; Scheurlen, H. (1985): Comprehensive Cohort Study: an alternative to randomized consent design in a breast preservation trial. *Methods of Information in Medicine* 24: 131–134.
- Rudolf, G. (1981): Untersuchung und Befund bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen. Materialien zum psychischen und sozialkommunikativen Befund PSKB. Beltz: Weinheim.
- Rudolf, G. (1993): Ergebnisforschung in der Psychoanalyse. Eine dringende Notwendigkeit. *Psychoanalyse im Widerspruch* 4: 85–91.
- SAS System for Windows, Version 9.1. (2002–2003): SAS Institute Inc., Cary, NC.
- Schepank, H. (1995): Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung einer psychogenen Erkrankung. Göttingen: Beltz.
- Schulte, D. (1993): Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 22: 374–393.
- Smith, M. L.; Glass, G. V.; Miller, T. I. (1980): *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, London: John Hopkins University Press.

- Smyrniotis, K. S.; Kirkby, R. J. (1993): Long-term comparison of brief versus unlimited psychodynamic treatments with children and their parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61: 1020–1027.
- Spence, S. H.; Donovan, C.; Brechman-Toussaint, M. (2000): The treatment of childhood social phobia: the effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioral intervention with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41: 713–726.
- 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.
- Unnewehr, S.; Schneider, S.; Margraf, J. (Hg.) (1995): Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS). Heidelberg: Springer.
- 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.
- 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. *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 Therapieerfolgs nach analytischer Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapie – eine Fünf-Jahres-Katamnese. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49: 315–328.
- Winkelmann, K.; Stefini, A.; Hartmann, M.; Geiser-Elze, A.; Kronmüller, A.; Schenkenbach, C.; Horn, H.; Kronmüller, K.-T. (2005): Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kinder und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54: 598–614.
- Wittchen, H.-U.; Fuetsch, M.; Sonntag, H.; Muller, N.; Liebowitz, M. (1999): Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *European Psychiatry* 14: 118–131.
- Wittchen, H. U.; Fehm, L. (2003): Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum* 417: 4–18.

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