

Märtens, Michael und Petzold, Hilarion

Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 44 (1995) 8, S. 302-321

urn:nbn:de:bsz-psydok-38546

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

Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche

- FEGERT, J. M.: Theorie und Praxis der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen (The German Social Help System for Children and Adolescents with Psychiatric Disturbances) 350
- GÜNTER, M.: Hilfeangebote für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche: Qualifizierung von Regeleinrichtungen – Aufbau von Spezialeinrichtungen (Assistance Offers for Mentally Disabled Children and Youth: Qualifications of Standard Institutions – Construction of Special Institutions) 366
- SALGO, L.: Konflikte zwischen elterlichen Ansprüchen und kindlichen Bedürfnissen in den Hilfen zur Erziehung (Conflicts between Parental Demands and Children's Needs in Aids for Upbringing) 359
- SPECHT, F.: Beeinträchtigungen der Eingliederungsmöglichkeiten durch psychische Störungen. Begrifflichkeiten und Klärungserfordernisse bei der Umsetzung von § 35 a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (Impairment of Integration Possibilities due to Mental Disturbances. Terms and Clarification Necessities when Conversing § 35 a of the Child and Youth Assistance Law) 343
- WIESNER, R.: Die Verantwortung der Jugendhilfe für die Eingliederung seelisch behinderter junger Menschen (The Responsibility of Youth Aid in the Integration of Mentally Handicapped Young People) 341

Erziehungsberatung

- VOGEL, G.: Elternberatung – ein mehrperspektivischer Ansatz (Parental Consultation – a Multi Perspective Approach) 23

Familientherapie

- CIERPKA, M./FREVERT, G.: Die Indikation zur Familientherapie an einer psychotherapeutischen Universitätsambulanz (The Indication for Family Therapy at an University Outpatient Clinic) 250

Forschungsergebnisse

- AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./TEICHER, C./WEIGEL, A.: Intelligenz und sprachliche Leistungen bei Sonderschülern mit 7 und 9 Jahren (Intelligence and Language Scores from Children at a Special School for Learning Disabled at Age of 7 and 9 Years) 196
- ENDEPOHLS, M.: Die Jugendphase aus der Sicht von Kindern und Jugendlichen: Krise oder Vergnügen? (The Phase of Youth from Children's and Adolescent's Point of View: Crisis or Fun?) 377
- ESSAU, C. A./PETERMANN, F./CONRADT, J.: Symptome von Angst und Depression bei Jugendlichen (Anxiety and Depressive Symptoms in Adolescents) 322
- FABER, G.: Die Diagnose von Leistungsangst vor schulischen Rechtschreibsituationen: Neue Ergebnisse zu den

- psychometrischen Eigenschaften und zur Validität einer entsprechenden Kurzskaala (The Measurement of Students' Spelling-specific Test Anxiety: Further Psychometric and Validation Results for a Short Scale) 110
- HERB, G./STREECK, S.: Der Diagnoseprozeß bei Spina bifida: Elterliche Wahrnehmung und Sicht des klinischen Fachpersonals (The Process of Diagnosis by Spina bifida: Perceptions of Parents and Clinical Personell) 150
- KIESE-HIMMEL, C./KRUSE, E.: Expressiver Wortschatz: Vergleich zweier psychologischer Testverfahren bei Kindergartenkindern (Expressive Vocabulary: a Comparison of two Psychological Tests for Kindergarten Children) 44
- LENZ, K./ELPERS, M./LEHMKUHL, U.: Was verbirgt sich hinter den unspezifischen emotionalen Störungen (F93.8/9) – Ein Diagnosenvergleich unter Berücksichtigung der vierten Kodierungsstelle der ICD-10 (What Lies Behind the Unspecific Emotional Disorder (F93.8/9) – A Comparison of Diagnoses in Consideration of the Fourth Figure in the ICD-10 Code) 203
- STRÖSSER, D./KLOSINSKI, G.: Die Eingangssituation in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Psychological Situation-on-Entry in a Child and Adolescent Out-patient-Clinic) 72
- TRÖSTER, H./BRAMBRING, M./VAN DER BURG, J.: Schlafstörungen bei sehgeschädigten Kindern im Kleinkind- und Vorschulalter (Sleep Disorders in Visually Impaired Infants and Preschoolers) 36

Praxisberichte

- LANFRANCHI, A./MOLINARI, D.: Sind „verhaltensgestörte“ Migrantenkinder „widerspenstiger“ Eltern therapierbar? Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen systemorientierter Schulpsychologie und psychoanalytisch orientierter Therapie (Is it Possible to do Therapy with „Behaviourally Disturbed“ Migrant Children of „Stubborn“ Parents) 260
- SCHEPKER, R./VASEN, P./EGGERS, C.: Elternarbeit durch das Pflege- und Erziehungsteam auf einer kinderpsychiatrischen Station (Working with Parents in the Context of Inpatient Psychiatric Nursing) 173
- SCHLÜTER-MÜLLER, S./ARBEITLANG, C.: Der Stationsalltag als therapeutischer Raum: Multiprofessionelles Behandlungskonzept im Rahmen einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik (The Stationary Everyday Life as Psychotherapy: a Multiprofessional Treatment in a Child Psychiatry Daycare-Clinic) 85
- SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklungsbeginn bei allgemeinem Entwicklungsrückstand mit fünf Jahren (Begin of Language Development at the Age of 5 with General Developmental Retardation) 93

Psychotherapie

- KUGELE, D.: Aspekte der kinderpsychotherapeutischen Arbeit bei Kindern und Jugendlichen mit aggressiv-unkon-

troliertem Verhalten (Aspects of Child-Psychotherapeutic Work with Children and Adolescents with Aggressive-Uncontrolled Behaviour)	119	tersuchung (Documentation of Child and Youth Psychiatry: Experiences from a Multi-Centered Study)	9
STUBBE, H.: Prolegomena zu einer Transkulturellen Kinderpsychotherapie (Prolegomena of the Concept of Transcultural Child Psychotherapy)	124	RÜTH, U.: Die Sorgerechtsbeschränkung nach §§ 1666, 1666a BGB aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht – juristische und praktische Grundlagen (The Child and Adolescent Psychiatrist's View of the Restriction of Parental Rights according to German Law)	167
Übersichten		SCHEPKER, R./HAFFER, A./THRIEN, M.: Die Sozialarbeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik – Aspekte der Qualitätssicherung im Lichte der Psychiatrie-Personalverordnung (Social Work in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry)	280
BULLINGER, M./RAVENS-SIEBERER, U.: Grundlagen, Methoden und Anwendungsgebiete der Lebensqualitätsforschung bei Kindern (Foundations, Methods and Applications of Quality of Life Research in Children)	391	STREECK-FISCHER, A.: Gewaltbereitschaft bei Jugendlichen (The Readiness for Violence with Adolescents)	209
DIEPOLD, B.: Borderline-Entwicklungsstörungen bei Kindern – Zur Theorie und Behandlung (Developmental Disorders in Borderline-Children – On Theory and Treatment)	270	WITTSTRUCK, W.: Ablösung in der Mutter-Sohn-Beziehung: Ein Adoleszenzproblem in Rainer Maria Rilkes Erzählung ‚Leise Begleitung‘ (Separation in the Mother-Son-Relationship: A Problem of Adolescence in Rainer Maria Rilke's Story ‚Quiet Accompanying‘)	221
ELSNER, B./HAGER, W.: Ist das Wahrnehmungstraining von M. Frostig effektiv oder nicht? (On the Efficacy of the German Version of the Frostig Program for the Development of Visual Perception)	48	Zur Diskussion gestellt	
ENGLERT, E./POUSTKA, F.: Das Frankfurter Kinder- und Jugendpsychiatrische Dokumentationssystem – Entwicklung und methodische Grundlagen unter dem Aspekt der klinischen Qualitätssicherung (The Frankfurt Child and Adolescent Psychiatry Documentation System – Aspects of Development, Methodology, and Clinical Quality Assessment)	158	CONEN, M.-L.: Sexueller Mißbrauch durch Mitarbeiter in stationären Einrichtungen für Kinder und Jugendliche (Sexual Abuse by Professionals in Residential Agencies for Children and Adolescents)	134
ERDHEIM, M.: Gibt es ein Ende der Adoleszenz? – Betrachtungen aus ethno psychoanalytischer Sicht (Is there an End of Adolescence? – Reflections from an Ethno psychoanalytical Perspective)	81	RAMB, W.: Einige mentale Hindernisse beim Zusammenwirken von Sozialpädagogik und Jugendpsychiatrie (Some Impediments with Distinct Mentality in ‚Sozialpädagogik‘ and Child and Adolescent Psychiatry)	181
FLIEGNER, J.: „Sceno-R“ – eine Materialrevision des von Staabs-Scenotest („Sceno-R“: A Material Revision of the Sceno Test)	215	Tagungsberichte	
HAGER, W./HASSELHORN, M./HÜBNER, S.: Induktives Denken und Intelligenztestleistung – Analysen zur Art der Wirkung zweier Denktrainings für Kinder (Inductive Reasoning and Performance in Tests of Intelligence – Analyzing the Effects of two Programs to Train Inductive Reasoning)	296	Konflikte – Krisen – Krankheit. Jahrestagung der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten vom 14.–16. Oktober 1994 in Freiburg	63
HÖGER, C.: Wer geht in Beratung? Einflußgrößen auf das Inanspruchnahmeverhalten bei psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen (Who Seeks Treatment? Dimensions which Influence Utilizing Behavior in the Case of Mental Problems of Children and Youth)	3	„Alles noch einmal durchleben ...“ – Das Recht und die sexuelle Gewalt gegen Kinder	234
HUMMEL, P.: Die Abgrenzung der Strafmündigkeit (§ 3 Jugendgerichtsgesetz) von Schuldunfähigkeit bzw. verminderter Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 Strafgesetzbuch) aus jugendpsychiatrischer Sicht (Distinguishing the Age of Criminal Responsibility (§ 3 Juvenile Court Act) from Inability of Criminal Responsibility or Diminished Criminal Responsibility (§§ 20, 21 Criminal Code) from a Youth Psychiatry Point of View)	15	XXIV. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V.	287
KAVŠEK, M.J.: Das Blickverhalten im Säuglingsalter als Indikator der Informationsverarbeitung (Visual Attention Behaviour in Infancy as an Indicator of Information Processing)	383	Aggression: Destruktive Formen von Aggression und Gewalt bei Kindern und Jugendlichen – therapeutische und gesellschaftliche Aspekte	399
MÄRTENS, M./PETZOLD, H.: Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis (Psychotherapy Research and Practice of Child Psychotherapy)	302	Buchbesprechungen	
PRESTING, G./WITTE-LAKEMANN, G./HÖGER, C./ROTHENBERGER, A.: Kinder- und jugendpsychiatrische Dokumentation: Erfahrungen aus einer multizentrischen Untersuchung		ABEND, S.M./PORDER, M.S./WILLICK, M.S.: Psychoanalyse von Borderline-Patienten	101
		ASPER, J./NELL, R./HARK, H.: Kindträume, Mutterträume, Vaterträume	143
		BAECK, S.: Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen – Ein Ratgeber für Eltern, Angehörige, Freunde und Lehrer	241
		BITTNER, G.: Problemkinder. Zur Psychoanalyse kindlicher und jugendlicher Verhaltensauffälligkeiten	291
		BOSSE, H.: Der fremde Mann – Jugend, Männlichkeit, Macht. Eine Ethnoanalyse	104
		BROWN, L.M./GILLIGAN, C.: Die verlorene Stimme – Wendepunkt in der Entwicklung von Mädchen und Frauen	191
		BUCHHOLZ, M.B./STREECK, U. (Hrsg.): Heilen, Forschen, Interaktion – Psychotherapie und qualitative Sozialforschung	102

DÜHRSSSEN, A.: Ein Jahrhundert Psychoanalytische Bewegung in Deutschland	145	NASKE, R. (Hrsg.): Tiefenpsychologische Konzepte der Kinderpsychotherapie. 5. Arbeitstagung der Wiener Child Guidance Clinic	189
EGGERS, C./LEMP, R./NISSEN, G./STRUNK, P.: Kinder- und Jugendpsychiatrie	333	Österreichische Gesellschaft für Heilpädagogik (Hrsg.): Lebensqualität und Heilpädagogik. 9. Heilpädagogischer Kongreß	67
EICHHOLZ, C./NIEHAMMER, U./WENDT, B./LOHAUS, A.: Medienpaket zur Sexualerziehung im Jugendalter	190	PETERMANN, F. (Hrsg.): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. Modelle psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter	188
EICKHOFF, F.W./LOCH, W. et al. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 33	334	PETERMANN, F./WIEDEBUSCH, S./KROLL, T. (Hrsg.): Schmerz im Kindesalter	103
ENDRES, M. (Hrsg.): Krisen im Jugendalter	370	POUSTKA, F. (Ed.): Basic Approaches to Genetic and Molecularbiological Developmental Psychiatry	240
FENGLER, J./JANSEN, G. (Hrsg.): Handbuch der pädagogischen Psychologie	103	ROLLET, B./KASTNER-KOLLER, U.: Praxisbuch Autismus. Ein Leitfaden für Eltern, Erzieher, Lehrer und Therapeuten	33
FISCHER, H.: Entwicklung der visuellen Wahrnehmung	238	RUSCH, R. (Hrsg.): Gewalt. Kinder schreiben über Erlebnisse, Ängste, Auswege	239
FLECK-BANGERT, R.: Kinder setzen Zeichen. Kinderbilder sehen und verstehen	405	SACHSSE, U.: Selbstverletzendes Verhalten	370
GARBE, E./SUAREZ, K.: Anna in der Höhle. Ein pädagogisch-therapeutisches Bilderbuch mit ausführlicher Anleitung für Erwachsene	190	SCHULTE-MARKWORT, M.: Gewalt ist geil – Mit aggressiven Kindern und Jugendlichen umgehen	240
GEBHARD, U.: Kind und Natur. Die Bedeutung der Natur für die psychische Entwicklung	145	SEIFFGE-KRENKE, I.: Gesundheitspsychologie des Jugendalters	289
HAUG-SCHNABEL, G.: Enuresis: Diagnose, Beratung und Behandlung bei kindlichem Einnässen	32	SMITH, M.: Gewalt und sexueller Mißbrauch in Sekten	187
HEINRICH, E.-M.: Verstehen und Intervenieren. Psychoanalytische Methode und genetische Psychologie Piagets in einem Arbeitsfeld Psychoanalytischer Pädagogik	144	SOLTER, A.J.: Wüten, Toben, Traurig sein. Starke Gefühle bei Kindern	100
HOELSCHER, G.R.: Kind und Computer. Spielen und Lernen am PC	66	STIKSRUD, A.: Jugend und Generationen-Kontext. Sozial- und entwicklungspsychologische Perspektiven	66
HOLTZ, K.L.: Geistige Behinderung und soziale Kompetenz: Analyse und Integration psychologischer Konstrukte	372	TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie	240
KATZUNG, W.: Drogen in Stichworten. Daten, Begriffe, Substanzen	371	TOMM, K.: Die Fragen des Beobachters. Schritte zu einer Kybernetik zweiter Ordnung	67
KLAUSS, T./WERTZ-SCHÖNHAGEN, P.: Behinderte Menschen in Familie und Heim	32	TRAD, P.V.: Short-Term Parent-Infant Psychotherapy	31
KLUSSMANN, R./STÖTZEL, B.: Das Kind im Rechtsstreit der Erwachsenen	332	WAGNER, J.: Kinderfreundschaften. Wie sie entstehen – was sie bedeuten	189
KÖNNING, J./SZEPANSKI, R./v. SCHLIPPE, A. (Hrsg.): Betreuung asthmakrankender Kinder im sozialen Kontext	241	WALTER, J.L./PELLER, E.P.: Lösungs-orientierte Kurztherapie. Ein Lehr- und Lernbuch	289
KRÜLL, K.E.: Rechenschwäche – was tun?	290	WIESSE, J. (Hrsg.): Rudolf Ekstein und die Psychoanalyse	333
KRUSE, W.: Entspannung. Autogenes Training für Kinder	334	WINKEL, R. (Hrsg.): Schwierige Kinder – Problematische Schüler: Fallberichte aus dem Erziehungs- und Schulalltag	404
LANE, H.: Die Maske der Barmherzigkeit. Unterdrückung von Sprache und Kultur der Gehörlosengemeinschaft	403	ZENTNER, M.R.: Die Wiederentdeckung des Temperaments	98
LEUNER, H.: Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie	371	ZIMMERMANN, W.: Psychologische Persönlichkeitstests bei Kindern und Jugendlichen	332
LOCKOWANDT, O. (Hrsg.): Frostig Integrative Therapie	99		
LÖSER, H.: Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte	334		
MERTENS, W.: Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Eine Erwiderung auf die Meta-Analyse von Klaus Grawe	242	Editorial 2, 340	
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie Bd. 1	31	Autoren und Autorinnen der Hefte 31, 62, 97, 141, 187, 233, 287, 329, 370, 399	
MÜHL, H.: Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik	65	Zeitschriftenübersichten 63, 141, 236, 329, 401	
MÜLLER, E.: Insel der Ruhe. Ein neuer Weg zum Autogenen Training für Kinder und Erwachsene	99	Tagungskalender 34, 68, 106, 146, 187, 243, 291, 337, 373, 406	
MÜLLER, P.W.: Kinderseele zwischen Analyse und Erziehung. Zur Auseinandersetzung der Psychoanalyse mit der Pädagogik	239	Mitteilungen 34, 106, 244, 293, 407	

Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis

Michael Märtens und Hilarion Petzold¹

Zusammenfassung

Die Ergebnisse der allgemeinen Psychotherapieforschung werden hinsichtlich ihrer Relevanz und Irrelevanz für die Praxis der Kindertherapie dargestellt. Die Schwierigkeiten der Entwicklung einer erfolgreichen Psychotherapieforschung für Kinder und Jugendliche werden aufgezeigt und potentielle Forschungsperspektiven für diesen komplexen Bereich entwickelt. In Anbetracht der Variablenvielfalt und den unterschiedlichen Entwicklungsphasen von Kindern und Jugendlichen wird die extreme Schwierigkeit verdeutlicht, kurzfristig effektive Forschungsdesigns zur Klärung der Frage zu entwickeln, welche Therapieschule besser als die anderen ist. Aus vorhandenen Forschungsergebnissen werden Schlußfolgerungen für die therapeutische Praxis gezogen.

1 Einleitung

Es scheint schon Allgemeingut unter Praktikern geworden zu sein, daß Psychotherapieforschung nichts für die Praxis beitragen kann, wie dies von einigen Experten eingeräumt oder mit Bedauern festgestellt wurde (z.B. JAEGGI 1994; BENJAMIN 1993; ELLIOT 1983; STRUPP 1989) und von KLAUS GRAWE als Mißstand unter Therapeuten angeprangert wird, die ihre Unkenntnis der Forschungsergebnisse geringer als ein Kavaliersdelikt einschätzen (GRAWE 1992, S.25). Demgegenüber spricht WOLF (1993) von einem „Offenbarungseid dieser Form von Psychotherapieforschung“, wenn sie es nötig hat, nach strengen Gesetzgebern zu rufen, die ihr Gehör verschaffen sollen. Natürlich hat dieser Sachverhalt mindestens zwei Seiten, nämlich die Praktiker, die nicht hören wollen, und die Forscher, die sich nicht so mitteilen, daß sie gehört werden. So kann man in beiden Richtungen nach kritischen

Erklärungen suchen, die für diesen Mißstand verantwortlich gemacht werden könnten (TALLEY et al. 1994 setzten sich in einem Sammelband aus unterschiedlichen Perspektiven mit diesem schwierigen Verhältnis und potentiellen Kooperationsmöglichkeiten auseinander). Auch der interaktiven, historischen Entstehungsgeschichte dieser Situation soll hier nicht nachgegangen werden, sondern es soll die Situation im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auf dem Hintergrund der *allgemeinen* Forschungsergebnisse zur Psychotherapie, also der Ergebnisse im Bereich der Erwachsenenpsychologie und insbesondere der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (KJT) dargestellt werden.

2 Zur besonderen Situation der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Im „Forschungsgutachten zu Fragen des Psychotherapeutengesetzes“ (MEYER et al. 1991) werden die Ergebnisse der Psychotherapieforschung zu verschiedenen therapeutischen Verfahren systematisch dargestellt, aber Kinder tauchen dabei überhaupt nicht auf. Die gleiche Situation findet sich auch in einem Forschungsgutachten, das für die Regierung in Österreich von SBANDI und Mitarbeitern 1993 erstellt wurde. Ziel war es, „Aufschluß über Bewertungskriterien und dadurch indirekt über die Aussagekraft von Wirksamkeitsstudien“ (Vorwort) und das Vorhandensein von Evaluationsstudien zu den einzelnen Verfahren in der deutschsprachigen Literatur zu erhalten. In dieser Studie werden zwar die Bereiche der KJT nicht explizit als eigenständiger Forschungsgegenstand ausgewiesen, aber sie wurden im Gegensatz zum Forschungsgutachten für die Bundesregierung nicht ausgeschlossen. Im Überblick zum Forschungsstand im deutschen Sprachraum von SBANDI und Mitarbeitern wird dabei offensichtlich, daß Untersuchungen zur Effektivität der Therapie mit Kindern – abgesehen von einigen Studien zur Effektivität spezifischer Interventionen bei bestimmten Problemlagen im Bereich verhaltensorientierter Ansätze – ausge-

¹ Aus dem Fachbereich Gesundheitswissenschaft der Freien Universität Amsterdam und der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

sprochene Mangelware sind (zur Situation in den USA siehe NIMH 1990). In der von GRAWE und Mitarbeiterinnen 1994 vorgelegten Übersichtsarbeit zum Stand der Psychotherapieforschung, die alle Ergebnisse bis 1983 systematisch und spätere Veröffentlichungen selektiv einbezogen hatte, erfolgte explizit ein Anschluss der Forschungsergebnisse zur KJT:

„Der Ausschluss aller Studien zur Therapie von Kindern und Jugendlichen erfolgte aus rein ökonomischen Gründen. Die Kindertherapie unterscheidet sich so sehr von der Erwachsenenpsychotherapie, dass es uns nicht gerechtfertigt erschien, die Studien an Kindern und an Erwachsenen in einen Topf zu werfen. Man hätte die Kindertherapie über alle Therapieformen hinweg als einen eigenen Schwerpunkt berücksichtigen müssen“ (GRAWE et al. 1994, S. 59).

Der ökonomische Gesichtspunkt als Ausschlußkriterium – so einleuchtend er auch ist – verweist dennoch auf einen grundsätzlichen Mißstand, nämlich die Ausblendung von Kindern, die gerade im psychotherapeutischen Feld um so überraschender ist, da die Bedeutung der Arbeit mit Kindern offensichtlich ist, um schwere Fehlentwicklungen möglichst früh zu verhindern. Aber diese Ausblendung scheint nicht nur ein Forschungsphänomen zu sein, sondern sie findet auch ihre Entsprechung in der therapeutischen, gesundheitspolitischen und berufspolitischen Wertung der Kinderpsychotherapie. So konnte trotz intensiver Bemühungen (Eingaben, Gutachten) kindertherapeutischer Fachvertreter im Vorfeld der Verabschiedung des österreichischen Psychotherapiegesetzes nicht erreicht werden, daß die Kinderpsychotherapie als eigenständige Ausbildung neben der zum Erwachsenenpsychotherapeuten – wie etwa in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz üblich – eingerichtet wurde, – dies scheiterte u. a. am Widerstand österreichischer Psychotherapieverbände. Statt dessen wurde eine schmalbrüstige Kindertherapie-Aufbauausbildung für Erwachsenenpsychotherapeuten installiert. In der Debatte um ein Psychotherapeutengesetz in Deutschland wurde von namhaften Vertretern psychotherapeutischer Verbände immer wieder geltend gemacht, daß für ein eigenständiges Berufsbild des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus wissenschaftlichen und klinischen Gründen „keine sachliche Notwendigkeit“ gegeben sei (ZIMMER 1993; SCHULTE 1993, S. 10; HELLFRIEDSCH 1993, S. 17; 1995). Das Faktum, daß Kindertherapeuten mit Kindern und Jugendlichen auf mindestens sechs verschiedenen Altersniveaus mit je spezifischem kognitivem, emotionalem und sozial-interaktionalem Entwicklungsstand *umgehen* können müssen (Beherrschung der Kommunikationsformen und der „Spielkultur“; FRÜHMANN 1992), daß sie neben der Behandlung von Verhaltensstörungen, kinderpsychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen den gesamten Bereich der geistigen, körperlichen und Mehrfachbehandlungen mitzubetreuen haben, daß Eltern- und Angehörigenarbeit, -beratung und -therapie hinzukommen, wird nicht bedacht. Genausowenig wird das Spektrum der Jugendlichenpsychotherapie – eines der schwierigsten Teilgebiete der Psychotherapie – gesehen: Drogen- und Devianzproblematik, Jugendsexua-

lität, Gewaltprobleme, politischer Extremismus, Jugendsekten. Dies alles zeugt einerseits von einer gravierenden Unkenntnis der Erwachsenenpsychotherapeuten, aber auch gewisser politischer Entscheidungsträger über den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, und macht andererseits die Handlungserfordernisse für die Situation von Kindern und Jugendlichen deutlich.

Auch in der therapeutischen Praxis trifft man auf Befremdliches. So fanden KORNER und BRAUN in einer Untersuchung von 1990 (zit. n. GIL 1994, S. V), daß 25% der von ihnen befragten Familientherapeuten überhaupt keine Ausbildung für die therapeutische Arbeit mit Kindern hatten. Weitere 50% schätzten ihre Ausbildung in diesem Bereich als völlig unzureichend ein, und die restlichen 25% integrierten trotz einer Ausbildung in diesem Bereich Kinder nicht gerne in ihre Sitzungen. Sie bearbeiteten die Probleme, auch wenn sie Kinder betrafen, lieber ohne diese. Obwohl man annehmen sollte, daß Familientherapeuten doch besonders auch an Kindern interessiert sind, finden wir hier viele Ansätze, die Kinder ebenfalls lieber ausschließen oder indirekte Behandlungsstrategien verfolgen (z. B. BOWEN 1978; KERR u. BOWEN 1988; Mailänder-Gruppe: SELVINI et al. 1977, 1992; Palo-Alto-Gruppe, die vorrangig mit dem Beschwerdeführer arbeitet: WEAKLAND et al. 1971; FISCH et al. 1982). Kinder werden in familientherapeutischen Ansätzen offensichtlich als störend empfunden, obwohl die „Symptomträger“ und „Indexpatienten“ überwiegend Kinder sind. Die stigmatisierende Seite (BRUSTEN u. HOHMEIER 1975) dieser – auch unter theoretischer Perspektive äußerst fragwürdigen – Konzepte wird weder reflektiert noch untersucht. Die auf Kommunikationsregeln und Interaktionsmuster zentrierten Formen systemischer Familientherapie verwenden Interventionsmuster, die das kognitive Entwicklungsniveau des „operativen Denkens“ (PIAGET) zugrundelegen und die damit an jüngeren Kindern vorbeigehen müssen. Auffallend ist, daß in der familientherapeutischen Literatur differentielle entwicklungspsychologische Überlegungen zur Fundierung der Arbeit bei Familien mit Kindern unterschiedlichen Alters fehlen. Im Systemzusammenhang werden Kinder dann ähnlich nebensächlich behandelt, wie oft individuelle Symptome im Rahmen einer psychoanalytischen Behandlung. Dabei werden die Symptome lediglich als Chiffren verstanden, die auf die zugrundeliegenden, „eentlichen“ Zusammenhänge verweisen, mit denen man sich dann intensiv beschäftigt und darüber die Symptome vergessen kann.

Eine weitere Implikation in der Formulierung von GRAWE muß nachdenklich stimmen, nämlich die Affirmation der Andersartigkeit der Kindertherapie, die sich so grundlegend von der Therapie Erwachsener unterscheidet, womit er eine deutlich andere Position vertritt als SCHULTE (1993). SCHMIDTCHEN (1991, S. 6) führt zur Verdeutlichung dieses Unterschiedes an, daß z. B. in der Spieltherapie mit (kleinen) Kindern 95% der Zeit gespielt wird. Er lädt zu einem Gedankenexperiment ein, sich vorzustellen, wie eine Therapie mit Erwachsenen aussehen würde, wenn diese 95% mit nonverbalen Spielaktivitäten zubringen würde, um das völlig andersartige Geschehen in einer Kinder-

therapie und die spezifischen Anforderungen an Therapeuten zu verdeutlichen. Für Bemühungen der Psychotherapieforschung ergibt sich hieraus, daß Beobachtungen nonverbaler Aspekte besonders bei der Therapie mit kleinen Kindern von zentraler Bedeutung sind (BURGER 1993). Dennoch sollte eine Betonung dieser Unterschiede nicht leichtfertig dazu führen, die „Kinder mit dem Bade auszuschütten“ und so weit zu gehen, die Ergebnisse der Forschungen mit Erwachsenen als grundsätzlich aus einer anderen Badewanne stammend zu betrachten, die keinerlei Nutzen für Vorstellungen zu therapeutischen Prozessen in der Kinderbehandlung haben. Zentrale Fragen, die Therapeuten beschäftigen, sind in beiden Fällen auf einer grundsätzlichen Ebene recht ähnlich und berühren grundlegende Vorstellungen über Prozesse therapeutischen Wandels: Wie ist das therapeutische Geschehen zu gestalten? Was wirkt in Therapien? Wie lange dauert eine Behandlung? Was muß ein Therapeut wissen (*Kompetenz*) und was können (*Performanz*, vgl. PETZOLD u. ORTH 1994; PETZOLD et al. 1994b)? Oder: Wie kann Therapie besser werden?

3 Das Ziel der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Konsequenzen für die Forschung

Das führt natürlich zu der Frage, wie eine Definition von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu geben ist. Was soll überhaupt als KJT gelten, und welche Forderungen sollten an zeitgemäße Formen gestellt werden?

KAZDIN stellte in einer Überblicksarbeit 1988 fest, daß man wohl von über 230 Therapieansätzen für Kinder und Jugendliche ausgehen muß, die einen eigenständigen Stil aufweisen und sich durch unterschiedliche handlungsleitende Prämissen auszeichnen. Somit muß man also konstatieren, daß es im Felde psychotherapeutischer Verfahren drei große zersplitterte Bereiche gibt, nämlich einmal die klassische Therapie mit Erwachsenen, dann die Ansätze im Bereich der Familien- und Systemtherapien und als drittes die Kinder- und Jugendlichkeitstherapie als eigenständiger Bereich, die jeweils spezifische Kompetenzen erfordern.

Verblüffend und erschreckend ist dabei, mit welcher Selbstverständlichkeit fast alle klassischen therapeutischen Schulen Varianten entwickeln, um in diesem Tätigkeitsfeld aktiv zu werden, und mit welcher Selbstverständlichkeit ihre grundlegenden Konzepte dann in einen anderen Tätigkeitsbereich übertragen werden, indem man dann die Firmen- oder Markenbezeichnung wie z. B. „psychoanalytisch“, „klientenzentriert“, „systemisch“, „transaktionsanalytisch“ davorsetzt (z. B. PETZOLD u. RAMIN 1987)².

² Sicherlich hat in Deutschland die Diskussion um ein geplantes Therapeutengesetz die Entwicklung in diesem Feld erheblich beschleunigt, welches zwei eigenständige Berufsbilder vorsieht. Da hiermit ein abgrenzbares Berufsbild und damit ein definierter Markt deutlich geworden ist, werden damit diverse Profilierungs- und Abgrenzungsaktivitäten stimuliert, die von unterschiedlichen Interessengruppen betrieben werden, um eigenständige Profile und Marktanteile zu sichern.

Dabei scheint offensichtlich die Grundüberzeugung zentral zu sein, daß die Grundlagen der eigenen Methode überprüft und nachgewiesen sind, so daß man sich nur um deren Modifikation und Anpassung an die anderen Erfordernisse kümmern muß.

„Dabei kann man grosso modo feststellen, daß sich wohl alle gängigen Therapieschulen für alle Arten von psychischen Problemen als am besten geeignet ansehen: Dies findet nicht zuletzt seinen Niederschlag auch in den sich weit überlappenden Indikationsspektren, wie sie für verschiedenartige Behandlungsformen in der kassenärztlichen Versorgung festgelegt sind“ (v. ASTER et al. 1994, S. 360).

Die Notwendigkeit einer Definition von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird hier besonders dringlich, um etwas Klarheit darüber zu bekommen, für welchen Gegenstandsbereich sich die einzelnen Therapieschulen zuständig fühlen. SCHMIDTCHEN gibt eine Definition, die sich an der klassischen Definition für Psychotherapie von STROTZKA (1975) orientiert und eine interessante Erweiterung der Definition einführt und sie bestimmt als ein

„... strukturierter und überprüfter interaktioneller Prozeß zur Behandlung von seelischen oder seelisch-körperlichen Störungen“ von Kindern. Die Behandlung soll durch „psychologische Mittel (Maßnahmen) von einem in der Mittelanwendung ausgebildeten Psychotherapeuten“ durchgeführt werden, und die Maßnahmen sollen sich auf die heilende Beeinflussung von Erlebens- und Verhaltensprozessen des Kinderklienten und dessen Bezugspersonen „beziehen“ (...) „Die Zielpersonen der Kinderpsychotherapie“ sollen „der Kinderklient als Störungsträger und die familiären Bezugspersonen oder Sozialpartner als mögliche Mitverursacher der Störung“ sein (SCHMIDTCHEN 1989, in: 1991, S. 3).

Abgesehen von den Schwierigkeiten, Einigung schon innerhalb therapeutischer Schulrichtungen darin zu erzielen, was als „genügend“ oder „zuviel Struktur“, als überprüfbar in der Interaktion und als psychologisches Mittel zu betrachten sei, verblüfft an dieser Definition das *Ziel*, nämlich die „heilende Beeinflussung von Erlebens-, Denk- und Verhaltensprozessen des Kinderklienten und dessen Bezugspersonen“. Verblüffend ist dieses Ziel, da es eine individuumzentrierte und eine systemische Perspektive enthält, die die Frage nach der Relation zwischen diesen beiden Perspektiven aufwirft. SCHMIDTCHEN trifft hierzu eine klare Entscheidung hinsichtlich der Präferenzen. Er entscheidet sich im Gegensatz zu früheren Sichtweisen (z. B. GINOTT 1966; AXLINE 1972; SCHMIDTCHEN 1974) für einen Primat der Familien- oder Bezugspersonenbehandlung:

„Insofern muß eine Kindertherapie immer mit einer Familientherapie einhergehen; im Sonderfall ist es sogar denkbar, daß alleine eine Familientherapie (ohne eine begleitende Kindertherapie) zum Abbau der psychischen Problematik des Kindes führen kann“ (SCHMIDTCHEN 1991, S. 1)

Die vorgeschlagene Reihenfolge der Interventionsformen, nämlich zuerst bei Änderungen auf der Ebene der Familie anzusetzen, sowie die Definition wählen einen *Mittelweg* zwischen einer systemischen und einer individuumzentrierten Sichtweise. Im Gegensatz zur Definition

systemischer und familientherapeutischer Methoden, die 1984 auf einer Tagung des NIMH von Forschern und Experten in diesem Feld festgelegt wurde (WYNNE 1988) und als Gegenstand und primäres Ziel Interaktionsmuster und deren Veränderung betrachten (PINSOF 1986, 1988, 1989), wird in der Definition von SCHMIDTCHEN an einer klassischen Perspektive festgehalten. Dabei bleibt das eigentliche Ziel psychotherapeutischen Handelns die „Psyche“, also eine Eigenschaft eines Individuums, während systemische und familientherapeutische Interventionen darauf abzielen, etwas in der „Beziehung“ zwischen zwei oder mehreren Personen zu ändern, also nicht auf etwas Intrapsychisches gerichtet sind, sondern auf Charakteristika der Interaktion. Diese Charakteristika sind aber keine Eigenschaften der beteiligten Personen und auch nicht auf deren Verhalten reduzierbar oder aus diesem zwingend ableitbar, sondern stellen eine eigene Qualität dar.

Worin liegen nun die Vorteile und Nachteile der von SCHMIDTCHEN vorgeschlagenen Definition, die zwischen einer systemischen und individuumzentrierten Sicht zu liegen scheint? SCHMIDTCHEN spricht von den „Zielpersonen der Kinderpsychotherapie“. Durch den Plural wird deutlich, daß es sich neben dem Klienten noch um weitere Personen handeln kann. Diese sind im Regelfall die Eltern, was aus den Zahlen des „Fünften Familienberichts des Bundesministeriums für Familie und Senioren“ hervorgeht; denn von allen Kindern unter 18 Jahren leben 87,5% und in den neuen Bundesländern 82% mit ihren beiden leiblichen Eltern zusammen (BMFuS 1994, S.71). Familientherapeutischen Kompetenzen kommt deshalb in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen trotz der viel diskutierten „Pluralisierung der Lebensformen“ auf jeden Fall eine wesentliche Rolle zu, da Eltern immer noch die häufigsten Bezugspersonen darstellen. Dabei kann man sich natürlich über das Ausmaß der erforderlichen Fertigkeiten streiten, je nachdem, ob man ein Konzept verfolgt, in dem die Eltern lediglich als begleitende Bezugspersonen einbezogen werden müssen, damit man als Therapeut genügend Freiraum erhält, mit dem Kind die wesentlichen therapeutischen Schritte, z. B. eine Spieltherapie durchführen zu können, oder aber, ob man die Eltern ebenfalls direkt als Zielpersonen in die Therapie miteinbezieht, also das *Familiensystem* behandelt. Einmal sind die Fertigkeiten im Umgang mit der Familie nur als flankierende Maßnahmen für die Kindertherapie erforderlich, während sie im anderen Extrem den eigentlichen Kern der Arbeit darstellen und das Kind eher in den Hintergrund rückt.

Auch die „Integrative Kinder- und Jugendlichentherapie“ bewegt sich in diesem Spannungsfeld, wie sich dies in ihrem Selbstverständnis schon seit langem niederschlägt (z. B. PETZOLD 1969b, 1972a, 1973f; PETZOLD u. RAMIN 1986; PETZOLD et al. 1993, S.207–208):

„Integrative Kinder- und Jugendlichentherapie ist ein ganzheitlicher und differentieller Ansatz der Behandlung und Förderung von Kindern und Jugendlichen in Einzel- und Gruppensitzungen unter Einbeziehung ihrer Familien bzw. Bezugspersonen in Berücksichtigung der pathogenen und salutogenen Einflüsse des je-

weiligen makroökologischen und sozialen Kontextes“ ... in einem „Prozeß eines ‚Handelns um Grenzen‘, in gemeinsamem Gestalten, in liebevoller Bezogenheit und Respekt vor der sich in der Ko-respondenz entwickelnden einzigartigen Persönlichkeit des Kindes oder Jugendlichen“ (PETZOLD et al. 1993, S.207 f.).

Im Ansatz der Integrativen Therapie mit Kindern und Jugendlichen wird vom Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen gesprochen, wobei die Formulierung absichtsvoll offenläßt, in welcher Form diese Einbeziehung dann genauer erfolgen soll und mit welchen möglichen Auswirkungen auf die einbezogenen Personen dies geschieht. Die Situationen von Kindern und ihren Familien und Teilfamilien sind so unterschiedlich, daß die Möglichkeiten, diese auch in unterschiedlichen Settings und Vorgehensweisen beeinflussen zu können, gegeben bleiben muß. WACHTEL (1994, S.12) sieht in der Integration individueller und systemischer Ansätze die zentrale Herausforderung für eine „integrative Therapie“. Die Definition von SCHMIDTCHEN erwähnt den Bereich der Interaktion nicht, wie er als Spezifikum der systemischen Zielorientierung gesehen wird. Die Integrative Therapie spricht von Ko-respondenz und Aushandeln von Grenzen, d. h. von der Veränderung mehrerer Personen, wenn dies für eine Verbesserung der Situation des Kindes erforderlich ist. Diese Sichtweise ist sinnvoll, da Veränderungen von Interaktionen allein vorstellbar sind, wenn sich die beteiligten Teilnehmer an diesen Interaktionen verändert haben. Der Integrative Ansatz hat diese Annahme auf der Grundlage der ökologischen Sozialpsychologie und der interaktionszentrierten Babyforschung in einem differenzierten Interaktionsmodell ausgearbeitet (PETZOLD et al. 1994).

Wenn beide Interaktanten wieder das gleiche Verhalten zeigen, kann unmöglich eine Veränderung der Interaktion vorliegen. Eine veränderte Interaktion setzt immer Veränderungen auf der Ebene der Individuen voraus: Keine veränderte Interaktion ohne veränderte Interaktionsteilnehmer. Genau diesem Konzept trägt der Integrative Ansatz Rechnung, wenn er betont, daß Entwicklung in Netzwerken, in „convoys“ erfolgt (PETZOLD et al. 1993) und deshalb Netzwerkinterventionen – sie gehen z. T. über das engere Familiensystem hinaus (Kindergarten, Schule, Freunde, Jugendgruppen) –, wo immer dies notwendig und möglich ist, erforderlich werden (PETZOLD 1982v; PETZOLD u. SCHULWITZ 1972).

Natürlich bleibt hier noch das Problem, ein Kriterium zu bestimmen, welcher „Unterschied, der einen Unterschied macht“ (BATESON 1982), als ausreichend betrachtet wird, um eine Interaktion als verändert zu betrachten. Ist nur eine Veränderung mindestens eines Teilnehmers dazu erforderlich, die von einem Beobachter (VARELA 1979; MATURANA u. VARELA 1987) festgestellt werden kann? Aus einer individuumzentrierten Perspektive würde es genügen, wenn eine Veränderung, die z. B. nur vom Klienten selbst festgestellt werden könnte, eingetreten ist, so daß hier die Auskunft des Individuums aus seiner subjektiven Perspektive entscheidend ist (SCHÜTZ 1971; BERGOLD u. FLICK 1987; insbesondere FLICK 1987). Was subjektiv als Unterschied betrachtet wird, ist der entscheidende Unterschied, und alle anderen Maßstäbe müssen dann hinter

diesem zurücktreten. Aus einer systemischen oder familientherapeutischen Perspektive (PINSOFF 1986; WYNNE 1988) würde man erst dann von einer Veränderung sprechen, wenn sich Interaktionsmuster verändert haben. Dazu wäre es nicht ausreichend, wenn nur eine Person, die an einer Interaktion teilnimmt, ihr Verhalten ändert, wenn nicht durch diese Veränderung auch eine Veränderung im Verhalten der anderen Person festzustellen ist (zu epistemologischen Perspektiven siehe auch WACHTEL 1994, S. 1–19). Für die Kindertherapie bringt eine solche Annahme mehrere Probleme, weil von multiplen Bezugspersonen und -systemen ausgegangen werden kann: Ein Junge lernt sein aggressives Verhalten, seine Interaktionen in der Kindertherapiegruppe zu verändern, mit seinen Geschwistern gelingt es ihm nicht. Ein Mädchen kann mit der Kindertherapeutin ein anderes Interaktionsverhalten als ein verweigerndes entwickeln, mit der Mutter wird ihr das nicht möglich. Der Transfer von einem Netzwerksegment bzw. Bezugssystem in ein anderes ist insgesamt ein zentrales Problem der Psychotherapie.

Die individuumzentrierte und die systemische Perspektive erzeugen in ihren Randbereichen Schwierigkeiten, obwohl sie in den Kernbereichen und der praktischen Handhabbarkeit durchaus brauchbar sind. Im Regelfall handelt es sich bei erfolgreichen Behandlungen, die Effekte hervorgerufen haben, allerdings auch oft bei nicht erfolgreichen, um Effekte, die veränderte Interaktionen bewirken konnten.

Oft handelt es sich bei Veränderungen, die durch Psychotherapie hervorgerufen wurden, um Veränderungen in Verhaltensweisen, die soziale Dimensionen berühren und deshalb auch Veränderungen bei Menschen in der Umgebung des Klienten hervorrufen, da sie hier bedeutsam sind. So erwarten wir, daß eine Entwicklung im emotionalen Reagieren (GREENBERG u. SAFRAN 1987) auch von anderen zentralen Bezugspersonen bemerkt wird und es deshalb zu Veränderungen in Beziehungen kommt, so daß die Effekte einer Therapie auch in Interaktionen ihren Niederschlag finden und hier bemerkt werden können, sofern es sich tatsächlich um relevante Effekte handelt.

Problematisch wird ein Konzept, das nur von Veränderungen der Bezugspersonen ausgeht, ohne zu prüfen, ob es sich um „relevante“ Veränderungen handelt, nämlich solche, die zu signifikanten Veränderungen der Interaktionen führen, die wiederum symptomatisches Verhalten reduzieren oder überflüssig machen (vgl. hierzu WATZLAWICK u. COYNE 1979, die eine Depressionsbehandlung beschreiben, bei der nur Angehörige beraten wurden).

Darüber hinaus ist die kausale Implikation problematisch, daß die Bezugspersonen als Mitverursacher von Störungen gesehen werden, man also davon ausgeht, daß bei ihnen die „wirklichen“ Ursachen von Störungen liegen. Hier ist Vorsicht angesagt, da Möglichkeiten, symptomatisches Verhalten zu reduzieren oder zum Verschwinden zu bringen, noch lange nicht bedeutet, daß deshalb Ursachen behoben wurden. *Ein Wissen (Kompetenz) um Veränderungsmöglichkeiten impliziert kein gesichertes Wissen um ätiologische Zusammenhänge, sondern eben nur Kenntnisse*

über Möglichkeiten und entsprechende Fertigkeiten (*Performanz*), Schwierigkeiten zu beheben. Die Fertigkeit, einen defekten Reifen zu wechseln und ein Fahrzeug wieder fahrtüchtig zu machen, verlangt kein Wissen darüber, wie ein Reifen beschädigt wurde, obwohl es nützlich ist, über derartiges Wissen zu verfügen.

Die Annahme, daß Veränderungsstrategien immer aus kausalen Erklärungen von Störungen abgeleitet werden müssen, kann so nicht aufrechterhalten werden (DESHAZER 1991, 1994) und kann auch im Bereich der Therapie mit Kindern und Jugendlichen nicht als *sine qua non* einer Behandlung gelten (SELEKMAN 1991, 1993). Diese Entwicklung findet auch ihren Niederschlag in der ICD-10 (WHO 1992, deutsch 1993), die noch in der vorigen Ausgabe wesentlich stärker am Konzept der nosologischen Einheiten von KRAEPELIN (1921) orientiert war. Dieser hatte gefordert, daß unterschiedliche nosologische Störungsbilder deshalb unterschieden werden müssen, weil mit einer Unterscheidung ein behandlungsbedeutsamer Unterschied gegeben sein sollte. Wenn ein Krankheitsbild von einem anderen unterschieden wird, dann müssen sich daraus behandlungstechnische Konsequenzen ergeben, also eine andere Behandlung gewählt werden, weil die getroffene Unterscheidung ansonsten irrelevant sei. Des weiteren wurde in der Konzeption der nosologischen Einheiten von KRAEPELIN gefordert, daß unterschiedlichen Krankheiten unterschiedliche Ursachen zugrundeliegen.

Angesichts des derzeitigen Standes der Forschung und des klinischen Wissens kann nicht generell, ja sogar bei den wenigsten Störungsbildern davon ausgegangen werden, daß *klare* und empirisch belegbare Zusammenhänge zwischen Ursachen und Wirkungen bzw. Störungen zu finden sind, und schon gar keine linearkausalen bzw. monokausalen, so daß man nicht aus einem gesicherten Wissen um die Entstehungsbedingungen einer Störung auf notwendige therapeutische Maßnahmen schließen kann. Die meisten Konzepte und Annahmen dieser Art haben bestenfalls den Status klinischer Heuristiken bzw. Arbeitsmodelle und oft den Status schulenspezifischer Ideologien, ja Fehlannahmen, die zu Lasten der kleinen (und der erwachsenen) Patienten und Klienten gehen, wie die Ergebnisse der empirischen Säuglings- und Kleinkindforschung gezeigt haben, die beispielsweise Grundannahmen von MELANIE KLEIN (1948), MARGRETH MAHLER et al. (1975) und anderer psychoanalytischer Entwicklungstheoretiker falsifiziert haben (STERN 1985; DORNES 1993; PETZOLD 1993c, 1994g). Es verdient hervorgehoben zu werden, daß dies auch von psychoanalytischen Autoren (DORNES 1994a, b; LICHTENBERG 1983) theoretisch aufgegriffen wurde. Die Diskussion ist noch keineswegs abgeschlossen (DOWLING u. ROTHSTEIN 1989), und behandlungsmethodische Revisionen lassen noch auf sich warten bzw. stehen in der Gefahr, neue, nicht durch Longitudinalforschung abgesicherte, spekulative Ursachenerklärungen vorzulegen (PETZOLD 1994j) und neue Krankheitsbilder mit Ursachenzuweisungen oder Formen „kindlicher Neurosen“ festzuschreiben. In der ICD-10 (1993, S. 22 ff.) wurde deshalb eine Konzeption zugrundegelegt, die mit Blick auf die Forschungs-

lage ohne ätiologische Erklärungen vorgeht und einen neutralen und weiten Begriff verwendet. Es wird lediglich von „Störungen“ gesprochen und die Diskussion der Unterscheidung zwischen Psychosen und Neurosen – ähnlich wie im DSM-III-R und jetzt im DSM-IV (1994) – ausgeklammert. Darüber hinaus wird im Störungsbegriff auch die Debatte um organische und psychologische Ursachen weitgehend umgangen, womit sich eine Abkehr von den Vorstellungen KRAEPELINS zeigt. Eine klare Zuordnung von Ursachen wird immer weniger als indikationsrelevant für medizinische und psychologische Interventionen oder für unterschiedliche psychotherapeutische Vorgehensweisen gesehen. Ob hier ein Paradigmenwandel, ein Abgehen vom tiefenpsychologischen Diskurs der Kausalerklärungen zu sehen ist oder ob es sich – was wir annehmen – um eine transitorische Periode handelt, bis daß es longitudinaler, klinischer Entwicklungsforschung gelingt, aus der Interaktion von „chains of adverse events“, „chains of protective factors“ und „time extended deficits“ pathogene „Karrieretypiken“ herauszuarbeiten, werden die Zeit und der wissenschaftliche und klinische Fortschritt zeigen.

Jenseits der Befriedigung von Erkenntnisinteressen bleibt zu fragen, ob man sich angesichts mehrerer hundert Erklärungsmodelle psychotherapeutischer Schulen und der zur Zeit sehr defizienten Forschungslage nicht viel mehr um differenzierte Beschreibungen der Effekte von eingesetzten Interventionen unter Nachordnung ihrer ätiologietheoretischen Einbettungen kümmern sollte, um ihr Veränderungspotential und nicht ihren vermeintlichen „kausalexplikativen“ Wahrheitsgehalt zu ermitteln (was wissenschaftstheoretisch eher als unmöglich angesehen wird; vgl. POPPER 1935, 1972; WATZLAWICK 1976, 1981). Dies entbindet natürlich nicht von generellen anthropologischen, psychologischen und therapietheoretischen Überlegungen, die aber einen anderen Stellenwert erhalten.

Interessant sind die erweiterte Definition von SCHMIDTCHEN und das ökologische Modell von PETZOLD et al. (1994 a) unter einem epistemologischen Aspekt, da sie die Bedeutung kontextueller Bedingungen für Veränderungen betonen und eine intrapsychische Perspektive überwinden. Das hat Konsequenzen bezüglich einer Ausbildungskonzeption insofern, als „Systemkompetenzen“ als diagnostische und therapeutische Fähigkeiten gefordert werden, mit denen man sich also primär um die kontextuellen Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen zu kümmern hat und erst an zweiter Stelle die individuelle therapeutische Arbeit mit Kindern sieht. So muß besonders für den Bereich therapeutischer Arbeit mit Kindern betont werden, daß es zu einer erheblichen Veränderung hinsichtlich therapeutischer Zielvorstellungen gekommen ist, die sich weit von einer traditionellen individuumzentrierten Sicht entfernt haben (WACHTEL 1994; TRAD 1993; COONERTY 1993; GOLD 1988).

Für eine therapeutische Erweiterung der intrapsychischen Perspektive finden sich Beispiele schon bei FREUD. Es handelt sich dabei um die Arbeit mit dem „Kleinen Hans“ (1909), bei der SIGMUND FREUD den Vater eines Jungen zwischen dessen 3. und 5. Lebensjahr darüber be-

riet, wie er mit seinem Sohn und dessen Ängsten am besten umgehen sollte. Es handelte sich um eine Vaterberatung (BAETHGE 1983), die von einigen Autoren relativ großzügig schon als eine frühe Art der Supervision gesehen wird (ARGELANDER 1980; RAPPE-GIESECKE 1990) und nicht um eine Therapie in einem regulären therapeutischen oder sogar streng analytischen Setting. FREUD widmet dieser Erweiterung jedoch in seiner Darstellung keinen weiteren theoretischen Raum und gibt keine weiteren Hinweise, welche behandlingstechnischen Möglichkeiten und Klippen mit solchen Behandlungsstrategien verbunden sind³.

SPENCE setzt sich mit den besonderen Vorzügen und Gefahren der brillanten Erzähltechnik FREUDS auseinander, der den Fall so schildert, als würde es sich dabei um eine tatsächlich von ihm durchgeführte analytische Behandlung handeln. Er sieht in ihr eine faszinierende Fortsetzung einer Sherlock-Holmes-Tradition, die im scharfsinnigen Aufspüren einer einzigen Wahrheit ganz der klassischen Form einer geschlossenen Erzählung verpflichtet ist, die von Fakten ausgehend in einer – und nur in einer – möglichen Auflösung aller mitgeteilten Einzelteile gipfelt:

„Mittlerweile ist die einzige mögliche Lösung zu einem festen Bestandteil unserer klinischen Tradition geworden. In Fallberichten wird fast immer nahegelegt, daß die angebotene Interpretation die einzig mögliche sei; die abschließende Feststellung scheint stets unausweichlich vom klinischen Material diktiert zu werden. Diese Tradition mag die Lektüre erfreulich oder sogar faszinierend machen, widerstrebt jedoch jedem Versuch, (heute oder später) die vorhandenen Daten anders auszuwerten, als der Autor es getan hat“ (SPENCE 1993, S.76). MEYER (1993, S.61) pointiert noch schärfer: „Nieder mit der Novelle als Psychoanalyse – Hoch lebe die Interaktionsgeschichte“.

SPENCE (1993) sieht in dieser stillschweigenden Übernahme der Tradition der gelungenen Fallgeschichten den Grund, warum in der psychotherapeutischen Fachliteratur die Entwicklung einer „Streitkultur“ nicht gelungen ist und nur glatte und erfolgreiche Fallberichte entstanden sind. Ebenso finden sich in den Ausführungen ARGELANDERS (1980, in denen er in der Behandlung des „Kleinen Hans“ durch FREUD in Zusammenarbeit mit seinem Vater die wesentlichen Grundregeln einer Supervisorentätigkeit vorbildlich vorgeführt sieht, keine kritischen Hinweise oder Vorschläge für mögliche andere Vorgehensweisen. Insgesamt stellt die Darstellung eine prototypische Vorgehensweise dar, wie ein methodisches Vorgehen in einem anderen Kontext aufrechterhalten werden kann, wenn stö-

³ BLAIR (1991) beschreibt einen Behandlungsansatz zur Therapie von Kindern mit Erziehungsschwierigkeiten, der anstrebt, die Eltern wieder in ihre Funktion als Erzieher zu versetzen, als triadisches Modell der Behandlung. Er beurteilt dabei eine Verbesserung des elterlichen Wohlbefindens, ihrer Selbstsicherheit und der Familiendynamik als notwendig. Die Triade aus den beiden Eltern und dem Therapeuten ist eine Ersatztriade für die Triade, um die es eigentlich geht, nämlich die aus Kind und Eltern.

rende Kontextvariablen einfach ausgeblendet werden. So bezieht sich z. B. PONTALIS (1968, S. 10) auf das Fallmaterial, als habe es sich dabei um eine normale analytische Behandlung gehandelt. Man müßte eigentlich in Zweifel ziehen, daß es sich bei der Behandlung des „Kleinen Hans“ tatsächlich um eine Therapie handelt, und wenn sie von FREUD und einigen Analytikern so gesehen wird, dann um eine, die gegen alle Regeln der analytischen Theorie verstößt (der Vater analysiert den Sohn), Regeln mit denen FREUD offensichtlich selbst flexibel umging (er analysierte seine Tochter ANNA FREUD).

Es gab in der Behandlung des „Kleinen Hans“ keine „therapeutische Beziehung“ und kein „Arbeitsbündnis“, und gerade diese beiden Aspekte von Psychotherapie haben große Forschungsaktivitäten hervorgerufen. FREUD supervidierte die Arbeit des Vaters und sah den eigentlichen Patienten nur einmal während der Behandlung und im Alter von 19 Jahren, als dieser ihn noch einmal aufsuchte (FREUD 1922). Ein „Arbeitsbündnis“ gab es zwischen FREUD und dem Vater des Jungen, aber über die Gestaltung desselben erfahren wir kaum etwas. Das zentrale Handwerkszeug der Behandlung scheinen dabei die mütterlichen Befragungen und die Deutungen des Vaters gewesen zu sein, die als Agenzien von Veränderungen interpretiert werden können. Übertragungen spielen in diesem Zusammenhang offenbar keine Rolle und würden ihren Platz in der Interaktion zwischen FREUD und dem Vater haben. Im Fall des „Kleinen Hans“ haben wir es also mit einer „Behandlertriade“ zu tun, in der der Patient im Alter zwischen 3–5 Jahren im Einflußfeld von zu behandelnden Personen, nämlich seinem eigenen Vater und FREUD stand, die auf ihn – direkt und indirekt – einzuwirken versuchten. Dabei blieb aus Patientensicht der eigentliche Behandler über den größten Teil der Behandlungsdauer ein Unbekannter, der mittelbar, nämlich durch den Vater wirkte. Demgegenüber blieb der eigentliche Patient dem Behandler ebenfalls die meiste Zeit verborgen und wurde durch das, was der Vater in die Sitzungen mitbrachte, lebendig. Der Vater spricht in seinen Aufzeichnungen für FREUD öfter von „ein Stückchen Hans“, wenn er seine Zusammenfassungen der Einlassungen seines Sohnes schickt (FREUD 1909).

Schon dieser klassische Fall läßt die besondere Bedeutung multipler Perspektiven und Zielvorstellungen (FRÜHMANN 1992; PETZOLD 1994a) deutlich werden, die bei der Therapie mit Kindern und Jugendlichen eine zentrale Rolle spielen und für die Ermittlung von Erfolgsmaßen therapeutischer Behandlungen eine schwierige Herausforderung darstellen. Sie werfen überdies grundsätzliche ethische Entscheidungen auf, die zunehmend stärker wahrgenommen werden (s. a. REITER- THEIL et al. 1993 zu spezifischen Fragen der Kinder in Kinder- und Familientherapie; ARNOLD u. SONNTAG 1994 zu grundsätzlichen Aspekten; HOLMES u. LINDLEY 1989 für einen Überblick zur Bedeutung therapieschulenspezifischer impliziter und expliziter Werte; BREMS 1993, S. 28–44, zu Fragen gesetzlicher Regelungen in den USA; STANLEY u. SIEBER 1992 als umfangreiche Darstellung forschungsethischer Fragen).

Während in der Therapie mit erwachsenen Patienten/Klienten insbesondere das Problem auftaucht, wie die Einschätzungen des Klienten – dabei spielt es keine Rolle, ob diese durch Interviews oder Tests ermittelt wurden – entweder mit denen der behandelnden Therapeuten oder außenstehenden Beobachtern übereinstimmen, taucht bei Kindern das Problem auf, daß die „Auftraggeber“ für therapeutische Maßnahmen nur selten die Kinder selbst sind (HUNDSALZ 1994), sondern ihre Bezugspersonen und Funktionsträger, so daß aufgrund dieser Konstellation Erfolg primär als *Zufriedenheit der auftraggebenden Personen mit dem Behandlungsergebnis* zu sehen ist (HÖFER u. STRAUS 1991). Im Bereich der Erziehungsberatung (siehe hierzu KURZ-ADAM u. POST 1995), welches ein klassisches Setting therapeutischer Tätigkeiten mit Kindern und Bezugspersonen darstellt (LÜCKERT 1959), finden sich viele Ergebnisse, die diesen Aspekt widerspiegeln und Behandlungserfolg als Zufriedenheit der Bezugspersonen, also in den meisten Fällen der Eltern, erheben und bei ihren Erfolgsmessungen nur deren Einschätzungen untersuchen (z. B. LENZ 1994; NAUMANN u. BECK 1994, im Kontext kinderpsychiatrischer Polikliniken: STEINHAUSEN 1983).

REMSCHMIDT und MATTEJAT (1993) setzten sich mit dieser Frage differenziert auseinander. Sie stellten fest, daß die Behandlungsbewertungen bei Eltern, Kindern und Therapeuten unterschiedliche Dimensionen haben, die nicht ineinander überführbar sind und sich auch nicht zu einem Ergebnis zusammenfügen lassen (zur Therapie mit Erwachsenen vergleiche: RUDOLF 1991; PRIEBE 1992; L'ABATE et al. 1994). Allerdings konnten sie feststellen, daß aus allen Perspektiven zwei Hauptaspekte unterschieden werden, nämlich der eigentliche Erfolg und die Akzeptabilität der Behandlung, wie dies z. B. schon CALVERT und JOHNSTON (1990) unterschieden. Bei direkten Therapiebeurteilungen waren die Übereinstimmungen zwischen unterschiedlichen Beurteilern relativ niedrig:

„Dies bedeutet aber nicht, daß die Therapiebeurteilungen einfach nur subjektiv beliebig und völlig willkürlich wären. Die untersuchten Therapiebeurteilungen sind durchaus systematisch, aber sie sind von der Perspektive des jeweiligen Beurteilers abhängig: Ein Prozeß der sich für einen als erfreulich, positiv und erfolgreich darstellt, kann vom anderen vorwiegend als belastend und frustrierend wahrgenommen werden. Was für den einen ein „Erfolg“ ist, kann für den anderen eine „Niederlage“ sein. So ist es z. B. gar nicht so selten, daß die Entwicklung eines Jugendlichen von klinischen Experten übereinstimmend als positiv wahrgenommen wird, die Eltern aber nur Verschlechterungen (z. B. „hat schlechte Manieren gelernt“) sehen können“ (REMSCHMIDT u. MATTEJAT 1993, S. 229).

An diesem Punkt wird die *Mehrperspektivität* der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ganz deutlich. Die Ergebnisse einer Behandlung werden oft erst in einem komplexen Beziehungs- und Situationskontext verständlich. Den Ergebnissen von REMSCHMIDT und MATTEJAT (1993) kommt insofern eine besondere Bedeutung zu, da es ihnen gelungen ist, die Abhängigkeit bestimmter Bewertungen von spezifischen Positionen in einem Kontext – hier dem Familienkontext – zu zeigen. Überraschend bleibt trotz-

dem der Befund, daß die Therapieerfolge des Klienten sich als völlig unabhängig von der positiven Entwicklung auf der Paar- und Familienebene darstellen (REMSCHMIDT u. MATTEJAT 1993, S.212).

Im „Achten Jugendbericht“ wird im Zusammenhang mit Perspektiven für die Erziehungs- und Familienberatung kritisiert, daß diese zu wenig „lebensweltlich“ orientiert sei und daß therapeutische Ansätze die Einflüsse der weiteren Lebenswelt auf die Familienbeziehungen kaum angemessen berücksichtigen (BMJFFG 1990, S.136). Da diese Perspektiven in der Konzeption der Integrativen Therapie ausformuliert und als integrale Bestandteile enthalten sind (PETZOLD 1991 a, 1992 a, 1993 a), wäre es hier interessant, genauer zu untersuchen, welche Bedeutung ihnen in der täglichen Praxis zukommt und wie sie realisiert werden. REMSCHMIDT schreibt: „Die Familie ist auch heute noch die beste Instanz zur Erziehung von Kindern. Bisher erprobte Alternativen haben sie nicht ersetzen können“ (1993, S.97).

Zu vorübergehenden Alternativen und Hilfen für Familien zählen auch Therapeuten, die „temporäre Gäste“ werden, wenn sich Familien in schwierigen Zeiten an sie wenden. Wenn man die Behauptung ernstnimmt, daß Familien die besten Instanzen zur Erziehung sind, dann ergibt sich die Frage nach den richtigen Interventionsrichtungen für Therapeuten. Wann müssen die Eltern als Instanzen wieder instandgesetzt werden, ihre Aufgaben zu erfüllen (vgl. auch HURRELMANN 1994); und wann müssen Therapeuten für ausgefallene Funktionen einspringen und diese kompensieren oder spezifische Defizite mit störungsspezifischen Behandlungen beantworten? Notwendige diagnostische Überlegungen bei Kindern erfordern also immer eine Beschäftigung mit ihrem Lebenskontext – in den meisten Fällen einer Familie –, den es dann genauso zu berücksichtigen gilt wie den aktuellen Zustand eines Kindes aufgrund einer medizinischen und psychologischen Diagnose (z.B. nach DIPS, Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter; UNNEWEHR et al. 1995 oder MARGRAF u. SCHNEIDER 1994 sowie die Kurzversion 1994). Das DSM III-R trägt mit seinen fünf Klassifikationsdimensionen dieser Komplexität im Ansatz Rechnung und verweist explizit auf die Notwendigkeit einer Lebenskontextdiagnostik, wie sie von MARUJAMA (1991) in ihren theoretischen Grundzügen konzipiert wird.

Die Therapie mit Kindern und Jugendlichen macht die individuelle und kontextuelle Perspektive therapeutischer Arbeit, die bei allen therapeutischen Prozessen eine wesentliche Rolle spielt, unübersehbar, da die Kinder in den meisten Fällen nicht selbst als Auftraggeber für therapeutische Veränderungen auftreten, sondern dies Bezugspersonen sind. Prinzipiell ist diese Situation allerdings auch bei Erwachsenen eigentlich gar nicht anders. Erwachsene kommen zwar häufig selbst in eine therapeutische Behandlung, aber sie tun dies in der Regel deshalb, weil sie entweder Abweichungen von der allgemeinen gesellschaftlichen Norm feststellen oder mit anderen Personen Schwierigkeiten haben. Auch hier ist ein Leiden in und an einem bestimmten Kontext der entscheidende Faktor zur

Aufnahme einer Behandlung, so daß Vorstellungen von „intrinsischer Therapiemotivation“ sowieso als eine kontextignorierende Fiktion zu betrachten sind⁴.

Nur wahrgenommene Veränderungen sind Veränderungen: Im Unterschied zu den Effekten medizinischer Interventionen, die sich z.B. durch eine Veränderung relevanter organbezogener Variablen belegen lassen, sind psychologisch bedeutsam nur solche Veränderungen, die wahrgenommen werden.

Die „*perceived competence*“ zählt, und die faktische Kompetenz wiegt wenig, wenn sie vom Subjekt nicht wahrgenommen und wertgeschätzt werden kann (FLAMMER 1990). Die Debatte um „eingebildete Kranke, Simulanten und Hypochonder“ wurde zu FREUDS Zeiten ausgiebig geführt. Sie wurde dahingehend entschieden, daß eine Unterscheidung zwischen eingebildeten und tatsächlichen Krankheiten unsinnig ist, da es sich im Bereich des Psychischen ja immer um die Vorstellungen, Sichtweisen, „subjektive Theorien“ (FLICK 1987, 1991) des Patienten handelt, die verändert werden sollen. Damit ist die Vorstellung – auch wenn sie noch so unsinnig erscheint – von einer Krankheit dann die Krankheit selbst und die Vorstellung von einer Heilung die Heilung selbst, wie z.B. die Untersuchung und Therapie von Patienten, die an „eingebildeter Häßlichkeit“ leiden, zeigt (BAARDMAN 1989)⁵.

In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen taucht dieses Problem in einer erweiterten Form auf, hier können nämlich teilweise Schwierigkeiten von Kindern dadurch zum Verschwinden gebracht werden, daß die Eltern ihre Einstellungen und damit ihre Wahrnehmung verändern, so daß durch eine *Neubewertung* vormals symptomatischen Verhaltens dieses dann nicht mehr als solches betrachtet wird und die Probleme behoben sind (z.B. SELEKMAN 1993). Ein Vorgehen, das besonders in der Temperamentsberatung (ZENTNER 1993 a, b) wirksam wird, wenn Eltern verstehen, daß das Verhalten ihres Kindes weder böser Wille noch krankhaft ist, sondern Ausdruck seiner

⁴ Interessant ist, daß diese kontextuelle Sichtweise auch bei Überlegungen zur differentiellen Indikation bei der Behandlung oft kaum eine Rolle spielt. In einem Artikel zur Frage spezifischer Indikationsprofile (VON ASTER et al. 1994) werden indikative Überlegungen zur pädagogischen Einzelfallhilfe, Verhaltenstherapie, Klientenzentrierten Spieltherapie und analytischer Einzeltherapie entwickelt, aber die Frage der Behandlung im Kontext, insbesondere des Familienkontextes nicht erörtert (auch im „Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen“ von STEINHAUSEN u. VON ASTER [1993] werden bei einem Umfang von über 600 Seiten lediglich die letzten beiden Kapitel einer Einbeziehung der Eltern unter behandlungstechnischen Aspekten gewidmet).

⁵ Deshalb sollten Therapeuten darauf achten – und vielleicht machen die Anhänger bestimmter therapeutischer Schulen dies besser oder schlechter –, daß ihre Klienten berichten können, daß ihnen eine Behandlung etwas geholfen hat im Sinne einer Wertschätzung subjektiven Erlebens. Eine gute Werbung schafft einen positiven Eindruck von einem Produkt und diese Leistung hat überhaupt nichts mit dem Produkt zu tun, sondern nur etwas mit der Produktwerbung. Diese beiden Aspekte scheinen im therapeutischen Bereich nur sehr schwer trennbar zu sein.

spezifischen Persönlichkeit. In der Arbeit mit Kindern wird eine Entscheidung darüber getroffen, ob die Behandlungsanlässe, also Problemwahrnehmungen bei Bezugspersonen der Kinder, verändert werden müssen und/oder aber die Kinder selbst. Für viele Probleme gilt: Sie bestehen so lange, wie jemand sagt, es gäbe ein Problem⁶. Wenn niemand mehr ein Problem sieht, dann ist die Therapie beendet (HALEY 1994). Eine solche Auffassung kommt natürlich bei schweren Verhaltensstörungen und psychosomatischen Erkrankungen an ihre Grenzen. Dennoch darf auch hier das Moment der individuellen und familiären *Problembewertung* (appraisal) nicht unterschätzt werden. Objektivierbare Symptombesserungen (die Nägel werden nicht mehr „bis aufs rohe Fleisch“ abgekaut) und Veränderung der Symptombewertung („das Nägelkauen hält sich in erträglichen Grenzen, wir können damit leben“) müssen Hand in Hand gehen.

Kinder- und Jugendlichentherapeuten sind besonders gefordert, Problemlösungen nicht nur mit ihren Klienten, sondern auch in deren Umgebung zu suchen, und dabei kommt oftmals der Möglichkeit, Einstellungen von Bezugspersonen zu verändern, eine besondere Rolle zu, wobei deren subjektive Krankheitstheorien oder Problemkonzeptionen verändert werden müssen (z.B. MÄRTENS 1991), Netzwerkperspektiven und eine „social world perspective“ erforderlich sind (vgl. PETZOLD 1979 c, 1994 e; LAIREITER 1993). Die Multiperspektivität therapeutischer Effektbewertungen macht eine Erweiterung unter einer lebensweltlichen und longitudinalen Perspektive (z.B. PETZOLD et al. 1993; 1994) unumgänglich.

4 Keine Entscheidung zur Überlegenheit einer Methode in diesem Jahrhundert

Im Handbuch „Kinderpsychotherapie“⁷ schreibt der Herausgeber GERD BIERMANN im Vorwort: „Die Leitlinie des Gesamtwerks ist auch in diesem Band gewahrt, näm-

⁶ Ebenso verhält es sich mit den Effekten therapeutischer Interventionen oder von Therapien: Nur die Effekte, von denen ein Patient glaubt, daß sie durch eine Therapie oder einen Therapeuten hervorgerufen wurden, können von ihm als tatsächliche Effekte einer Behandlung angesehen werden. Hier sind wiederum die tatsächlichen Effekte nicht zu trennen von nur vermeintlichen Effekten. Anders gesagt, ein wichtiges Ziel einer therapeutischen Behandlung ist es, bei einem Klienten die Überzeugung zu fördern, daß ein therapeutischer Effekt erzielt werden kann und erreicht würde. Es geht also nicht nur darum, einen Klienten tatsächlich zu verändern, sondern ihm auch die Überzeugung zu ermöglichen, daß er verändert ist. Unter diesem Aspekt müßten die Erfolgsmeßinstrumente der Evaluationsforschung dahingehend untersucht werden, ob bestimmte therapeutische Methoden, z.B. VT versus GT hinsichtlich methodenspezifischer Erwartungshaltungen bestimmte Effekte besser und andere schlechter erfassen.

⁷ Welches zwar 1994 bei Fischer erschienen ist, aber Arbeiten enthält, die zwischen 1976 und 1981 schon im Reinhardt Verlag veröffentlicht sind und neue Entwicklungen und Forschungsergebnisse unberücksichtigt lassen. In keinem anderen Bereich der

lich die tiefenpsychologische Orientierung aller Autoren, ohne die, in welchem Spezialgebiet der Kinderpsychologie und -therapie auch immer, eine wirksame Behandlung seelischer Störungen im Kindes- und Jugendalter wenig Erfolg verspricht“ (1994, S.7).

Kann man diese „Erkenntnis“ – hier wie eine selbstverständliche und bewiesene Tatsache herausgestellt –, daß eine tiefenpsychologische Orientierung der Königsweg zum Erfolg in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist, heute so stehenlassen?

Wenden wir uns dem Forschungsstand im Bereich der Kinder- und Jugendlichentherapie zu, wie er sich in den Ergebnissen der empirischen Forschung der letzten Jahre niedergeschlagen hat (LEVITT 1963; WEISZ et al. 1987; HEEKERENS 1989, 1992; WEISZ u. WEISS 1993; KAZDIN 1993, 1994 a), so scheint eher das Gegenteil dem empirischen Forschungsstand zu entsprechen: Zunächst ist festzustellen, daß zentrale entwicklungspsychologische Annahmen der psychoanalytischen Entwicklungstheorie des Säuglings- und Kleinkindalters – also die Positionen von M. KLEIN, M. MAHLER, A. FREUD, z. T. von D. W. WINNICOTT – von der modernen empirischen Entwicklungsforschung (z. B. bei H. PAPOUSEK, M. RUTTER, D. STERN, K. NELSON) schwer erschüttert oder falsifiziert worden sind (LICHTENBERG 1983; DORNES 1993; PETZOLD 1993 c, 1994) und eine Rezeption der neuen Erkenntnisse und eine daraus folgende Modifikation bestimmter Seiten der Behandlungspraxis erst noch im Gange sind. Dann muß – wie auch für viele andere therapeutische Ansätze – festgestellt werden: Es liegt kaum eigenständige entwicklungspsychologische empirische Forschung vor, und es finden sich fast keine empirischen Effizienzstudien. *So wohl mit Blick auf die Theorienbildung wie mit Blick auf die Forschungslage muß deshalb betont werden, daß nicht von dem Stand eines Verfahrens für die Behandlung Erwachsener auf die Tauglichkeit und Effizienz für die Behandlung von Kindern oder Jugendlichen geschlossen werden darf.*

Die Forschung im Bereich der Therapie mit Kindern und Jugendlichen wurde durch eine Überblicksarbeit von LEVITT (1957) aufgeschreckt – ähnlich wie dies im Bereich der Therapie mit Erwachsenen durch EYSENCK (1952) geschah –, in der dieser 18 Studien zur Effektivität der Therapie von Kindern mit neurotischen Störungen aufgenommen hatte, die zeigten, daß sich bei den Kindern, die keine Behandlung erhalten hatten, zu 73% Verbesserungen fanden und die Besserungen in der Behandlungsgruppe sich auf 78% der Fälle beliefen. Somit erschien die Effektivität der Behandlungen als sehr fraglich. Nachfolgende Untersuchungen konnten aber deutlich machen, daß unter bestimmten Bedingungen die Effektivität der Therapie mit Kindern und Jugendlichen fast ähnlich erfolgreich einzuschätzen ist, wie dies bei Erwachsenen der Fall ist, und daß eine Behandlung eindeutig besser ist als keine

Psychologie bzw. klinischen Psychologie wäre eine solche Publikationsstrategie für ein „Handbuch“ denkbar, aber es machen derartige Vorgehensweisen auch die Situation und den wissenschaftlichen Status der tiefenpsychologisch orientierten Kindertherapie deutlich, wie ihn unsere Literatursuche vorgefunden hat.

(KAZDIN 1994, S. 545 ff.; LE CROY 1994, S. 2; WEISZ u. WEISS 1993; HEEKERENS 1992, S. 14). Insgesamt replizierte sich hier ein Befund der allgemeinen Psychotherapieforschung, nämlich eine leichte Überlegenheit verhaltensorientierter Methoden durch größere Verbesserungen in einer Vielzahl unterschiedlicher Veränderungsmaße (KAZDIN 1994, S. 547), während bei einsichtsorientierten und *psychoanalytischen bzw. psychodynamisch orientierten Verfahren die Versuche der Effektivitätsnachweise fehlgeschlagen sind und eine Häufung negativer Ergebnisse eher ihre Ineffektivität belegt*, wobei die Anzahl kontrollierter Therapiestudien (hier handelt es sich um drei Studien mit Kindern, einem Vergleich zwischen analytischer Kindertherapie und struktureller Familientherapie mit Kindern ohne Bezugspersonen von SZAPOCNIK et al. [1991] und zwei Arbeiten zur analytischen Einzeltherapie von FONAGY u. MORAN [1990] sowie HEINICKE u. RAMSEY-KLEE [1986]) überraschend gering ausfällt (HEEKERENS 1992, S. 15). Nicht ganz so negativ fällt die Bilanz bei KAZDIN (1994 a) sowie WEISZ und WEISS (1993) aus. Sie kommen aufgrund ihrer Zusammenfassungen von Metaanalysen (allgemeine Metaanalysen von: CASEY u. BERMAN 1985; WEISZ et al. 1987; KAZDIN et al. 1990; WEISZ et al. 1992) auch zu einem negativen Gesamtergebnis für psychoanalytische Ansätze (besonders BARNETT et al. 1991), versehen dieses allerdings mit einigen einschränkenden Anmerkungen hinsichtlich der Schlußfolgerungen (KAZDIN 1994 a, S. 548 f.; WEISZ u. WEISS 1993). WEISZ und WEISS (1993) interpretieren die Befunde von CASEY und BERMAN (1985), daß sie keine signifikanten Unterschiede zwischen den therapeutischen Ansätzen mehr fanden, wenn sie die Tests ausschlossen, die bei den Outcome-Messungen ähnliche Aktivitäten erfaßten, wie sie auch in den Interventionen vorkamen, als einen Hinweis auf methodische Probleme, die unter Umständen forschungskonzeptionsbedingte Artefakte erzeugen. Im Gegensatz zu diesen Befunden fanden sie jedoch in ihren eigenen Metaanalysen (WEISZ et al. 1987, 1992), daß eine Überlegenheit verhaltensorientierter Verfahren bestehen bleibt, selbst wenn diese Tests ausgeschlossen sowie das Alter, die Störungsbilder und das Ausmaß des Therapeutentrainings kontrolliert wurden (WEISZ u. WEISS 1993, S. 92).

Trotz einiger Einschränkungen kann also mit ziemlicher Sicherheit von deutlichen Effekten in spezifischen Symptombereichen durch verhaltensorientierte Vorgehensweisen ausgegangen werden, die in diesem Ausmaß bei anderen Vorgehensweisen nicht erreicht wurden, wenn diese im Vergleich eingesetzt wurden. Wenn von seiten der Vertreter tiefenpsychologischer bzw. psychoanalytischer Methoden in der Kindertherapie im Sinne des Anspruchs von BIERMANN (1994) vertreten wurde, daß diese Behandlungsansätze deutliche Veränderungen bei Störungsbildern bewirken, so muß man feststellen: *Es stehen empirische Befunde im Sinne kontrollierter Studien hierzu praktisch noch aus*; es gibt einige Negativbefunde, und deshalb gilt es, Therapeuten dieser Richtungen zu motivieren, ihre in der praktischen Arbeit erfahrenen Erfolge, die in – zumindest unter methodischer Perspektive nicht sehr aussagekräftigen Fallstudien (STUHR u. DENEKE 1993) – vorgestellt

werden (BIERMANN 1994), auch in Untersuchungen im Kontrollgruppendesign, in fine grained single case studies oder in der Kombination von qualitativ *und* quantitativ ausgerichteten „sophisticated designs“ zu überprüfen.

Auch im Bereich integrativer und eklektischer Vorgehensweisen besteht noch ein erheblicher Mangel an Forschungsergebnissen, der in einem besonders eklatanten Widerspruch zur Verbreitung dieser Ansätze steht, da zwischen 29% (NORCROSS et al. 1989) und 68% (JENSEN et al. 1990) der befragten Therapeuten angegeben, daß sie integrativ und richtungsübergreifend arbeiten, wobei zu prüfen ist, was sich hinter dem Label „integrativ“ verbirgt: ein unsystematischer oder systematischer Eklektizismus, eine Methodenkombination oder ein theoretisch und methodisch elaboriertes Integrationsmodell (vgl. zur Klassifizierung solcher Differenzen PETZOLD 1992 g). Nach VENNEN (1992) bezeichnen sich im Bereich der ambulanten Beratung von Paaren und Familien in der Bundesrepublik 60% der befragten Therapeuten als eklektisch vorgehend. In der Studie des BMFSFuF (1994 a, S. 123) sind es 35%. Ob und wie effektiv diese eklektische Praxis ist, und wie effektiv unter Umständen spezifische Methoden in ihrer reinen Form vielleicht bei bestimmten Störungen in bestimmten Behandlungskontexten sind, bleibt derzeit noch eine offene Frage (siehe zur Diskussion der Perspektiven und Probleme der Forschung zu integrativen Ansätzen NORCROSS et al. 1993). GARFIELD und BERGIN (1994, S. 7) erachten (unsystematische) eklektische Vorgehensweisen möglicherweise überhaupt nicht als beforschbar, da sie aufgrund ihrer Unterschiedlichkeit und eines fehlenden theoretischen und methodischen Grundkonzeptes keinen gemeinsamen Boden aufweisen bzw. keine Möglichkeiten der Abgrenzung bieten. Integrationsmodelle hingegen bieten zwar stringente Konzepte, sind aber z.T. sehr komplex und werfen deshalb für die Forschung Probleme auf, wenngleich sie der Komplexität realer Lebenswelten in der Praxis in besonderer Weise gerecht werden.

Insgesamt ist festzustellen, daß die Befundlage relativ schwierig ist, was die „Über- und Unterlegenheit“ bestimmter Methoden anbelangt, so daß für den Bereich der Therapie mit Kindern und Jugendlichen eine wesentlich unklarere Situation als für die Therapie mit Erwachsenen besteht. Vorentscheidungen über die Anerkennung einzelner Methoden sind deshalb derzeit nicht möglich, ja wären gegebenenfalls fatal, wenn wenig untersuchte, aber potentiell sehr wirksame Ansätze in der Kindertherapie ausgegrenzt würden, weil etwa das Verfahren in der Erwachsenentherapie keine Anerkennung gefunden hat, oder Verfahren, deren Effizienz für Erwachsene nachgewiesen wurde, unesehen deswegen auch für die Kindertherapie anerkannt würden, obwohl Wirkungsnachweise dort noch fehlen. Für die Situation in der KJT sind u. a. grundlegende Umstände verantwortlich, die entscheidende Unterschiede zur Erwachsenenpsychotherapieforschung darstellen: „Sowohl der Mangel an Untersuchungen über eine bestimmte Behandlungsmethode als auch die Heterogenität der Behandlungsweisen, die einer Klasse zugeordnet werden, schließen sichere Aussagen über die relative Wirkung verschiedener Interventionen aus“ (KAZDIN 1994 b, S. 346).

Neben der schon angesprochenen *Multiperspektivität von Outcome-Bewertungen* wird die Situation im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durch weitere Faktoren noch mehr kompliziert, die zu einer Vielzahl zu kontrollierender Variablen führen, deren ungenügende Berücksichtigung für viele Fragestellungen sinnfreie Ergebnisse produziert. Ein Vergleich therapeutischer Vorgehensweisen nach eindimensionalen Klassifikationen – wie z. B. verhaltenstherapeutische gegen verbale Therapieformen – erlaubt keinerlei Schlußfolgerungen über die Effektivität bestimmter therapeutischer Vorgehensweisen. FÄH-BARWINSKI (1994) fordert, die psychotherapeutische Versorgung auf *epidemiologische Fakten* zu stützen, und kritisiert am Vorgehen von GRAWE et al. (1994), daß die Frage der fehlenden epidemiologischen Grundlagen übersehen wurde und bei der Bewertung therapeutischer Methoden nicht deren *Nutzen genauer für die Behandlung unterschiedlicher Störungen* gewichtet wurde⁸. Diese Frage, welche Verfahren für welchen Störungsbereich, und weiter noch insbesondere für welche im Rahmen einer patientenorientierten Versorgungspolitik behandlungsbedürftigen Störungen, nachweislich effektiv sind, verdient zukünftig sicherlich Aufmerksamkeit, so daß nicht immer wieder Forschungsaktivitäten zur Evaluation der Effektivität schon erforschter Störungsbilder verschwendet werden sollten. *Die Effektivität bestimmter therapeutischer Methoden kann immer nur auf festumschriebene Störungsbilder bezogen werden und nicht als Indikator für ein prinzipielles Veränderungspotential einer Methode verwendet werden.*

Da Kinder und Jugendliche unterschiedlichen Alters in anderen *Entwicklungsstadien* unterschiedliche Entwicklungsschritte durchlaufen (SAMEROFF 1993) und unterschiedliche therapeutische Herangehensweisen erfordern (NOBACH 1992), *können Studien zur Effektivität spezifischer Behandlungsmethoden nur für bestimmte Altersgruppen untersucht werden, und eine Generalisierung der angewendeten Methoden über die untersuchte Population hinaus auf andere Altersgruppen ist nicht zulässig.* MORRIS und NICHOLSON (1993) kritisieren hier sicherlich zu Recht, daß die meisten Vorstellungen zu notwendigen und hinreichenden Bedingungen guter therapeutischer Beziehungen fast ausschließlich aus der Therapie mit Erwachsenen stammen, so daß differenzierte theoriegeleitete Modellvorstellungen zur Arbeit mit Kindern kaum vorhanden sind (vgl. aber RAMIN u. PETZOLD 1987; PETZOLD et al. 1994 a), geschweige denn dazu wissenschaftliche Evaluationsstudien vorlie-

gen. Für künftige Forschung in diesem Bereich sind deshalb Konzepte notwendig, die altersspezifische Prozesse im Zusammenhang mit abgrenzbaren Störungen identifizieren und deren Interaktion mit therapeutischen Angeboten untersuchen (KAZDIN 1994 b, S. 349).

Diese Variablenvielfalt allein genügt sicherlich schon, um die Hoffnungen auf eine schnelle Klärung der „Überlegenheitsfrage“ – so sie überhaupt sinnvoll ist – ins nächste Jahrtausend zu verschieben. Aber es kommen noch weitere Momente ins Spiel, die für die Einschätzung und Bewertung von Forschungsergebnissen sowie ihre praxisnahen Umsetzungen von Bedeutung sind. Hierzu muß insbesondere die Frage der *Behandlungsbedingungen* genannt werden, deren augenfälligste die Unterscheidung stationärer von ambulanten Behandlungsformen ist. Angloamerikanische Studien belegen hier, daß sich im ambulanten Setting mit regionalen Versorgungsaufgaben ebenso wie in stationären Behandlungseinrichtungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen relativ viele Ergebnisse finden, die kaum Effekte nachweisen können, also der ambulanten und stationären Therapie unter Alltagsbedingungen in diesem Bereich oft *Wirkungslosigkeit* attestieren. Z. B. verglichen SHEPHERD et al. (1966) die Behandlungseffekte einer hinsichtlich Alter, Symptombelastung und demographischer Daten parallelisierten stationären Behandlungs- und Kontrollgruppe mit Kindern im Alter zwischen 5 und 15 Jahren. Zwei Jahre nach Abschluß der Behandlung wurden 63% der Behandelten und 61% der nicht behandelten Teilnehmer von Ratern als gebessert eingeschätzt, die keine Informationen darüber hatten, ob und welche Teilnehmer eine Behandlung erhalten hatten. Auch in diesen Studien findet sich wieder das Phänomen, daß viele Schwierigkeiten mit Entwicklungsphasen verbunden erscheinen, die nicht weiter persistieren müssen, sondern wieder verschwinden. ASHCRAFT (1971), WHITEHEAD und LAB (1989) schreiben in ihrer metaanalytischen Auswertung von 50 Studien zur Behandlung abweichenden Verhaltens: „Die Ergebnisse belegen, daß Interventionen wenig positive Wirkungen haben und viele den Anschein erwecken, daß sie die Probleme verstärken“ (WHITEHEAD u. LAB 1989, S. 276; zit. in WEISZ u. WEISS 1993, S. 87).

WEISZ und WEISS (1993) fassen die ernüchternden Ergebnisse insgesamt zusammen, indem sie feststellen, daß es bisher keine Belege dafür gibt, daß die experimentell in stationären klinischen Settings gefundenen Forschungsergebnisse in ambulanten Settings repliziert werden können, also die gefundenen Ergebnisse vorerst nicht generalisiert werden dürfen, da es genügend Befunde gibt, die die Zweifel deutlich stützen (WEISZ u. WEISS 1993, S. 89).

Interessant ist, daß eine erste umfangreiche prospektive Studie in der Bundesrepublik zur ambulanten Paarberatung unter normalen Bedingungen, die die oft geforderte Forderung nach Praxisforschung umsetzte (z. B. RIEF 1994; TALLEY et al. 1994), auch erhebliche Zweifel daran bestärkt, daß die Effektstärken experimenteller Forschungssettings auf die alltäglichen ambulanten Bereiche der therapeutischen und psychosozialen Versorgung übertragen werden können. KLANN und HAHLEWEG (BMFSFuF

⁸ „Gesicherte epidemiologische Befunde über die Frage, wie viele Personen an eng umgrenzten Verhaltensproblemen (welche mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken tatsächlich relativ leicht gemildert werden bzw. beseitigt werden können) leiden und wie groß der Anteil jener ist, die an komplexen und schwieriger faßbaren Erlebnis-, Gefühls- und Verhaltensstörungen sowie an Identitäts- und Persönlichkeitsstörungen kranken (welchen nur mit differenzierten therapeutischen Methoden im Rahmen längerer Prozesse beizukommen ist), liegen z. Zt. nicht vor. Es ist erstaunlich, daß die „Berner Gruppe“ diesen Sachverhalt fehlender epidemiologischer Grundlagen bei der Bewertung ihrer Ergebnisse nicht berücksichtigt hat“ (FÄH-BARWINSKI 1994, S. 5).

1994 a, b) fanden in ihrer Untersuchung ebenfalls wesentlich geringere Effektstärken und weniger klinisch relevante Veränderungen, wobei diese eher ernüchternden Befunde noch dadurch bestärkt werden, daß aufgrund eines Stichprobenschwundes zum Katamnesezeitpunkt nach einem halben Jahr nur 25% der ursprünglichen Population erreicht wurden und für viele der nicht mehr erreichbaren Klienten auch mit eher geringen oder keinen ausreichenden positiven Veränderungen gerechnet werden muß.

FRANK und FIEGENBAUM (1994) zeigen an einer 100%-Katamnese, daß die Unwilligkeit, wieder an einer Erhebung teilzunehmen, linear mit geringerer Behandlungszufriedenheit und mit einer geringeren Verbesserung der Symptomatik einhergeht. Aufgrund dieser Zusammenhänge muß sicherlich auch für die Situation in Deutschland davon ausgegangen werden, daß die Ergebnisse, die bei kontrollierten experimentellen Studien mit größtenteils hochgradig selektierten Stichproben und besonders guten klinischen Settings und unter optimalen Forschungsbedingungen gewonnen werden, nicht einfach in den Praxisalltag übertragbar sind. Hierzu muß allerdings angemerkt werden, worauf GRAWE et al. (1994) hinweisen, daß die im Bereich erfolgreicher Psychotherapie gefundenen Effektstärken im Vergleich mit anderen im sozialen Bereich oder auch der Medizin recht beeindruckende Größenordnungen erreichen, und die Frage nach angemessenen Erwartungen hinsichtlich möglicher Verbesserungen in diesen Settings noch geklärt werden muß.

Die Frage nach der Effektivität von Behandlungsmethoden in bestimmten Settings gewinnt wieder eine größere Bedeutung, und die wahrscheinlich zu erwartenden geringeren Effekte in der alltäglichen Praxis unter normalen Bedingungen mit mehr oder weniger unausgelesenen Populationen lassen kurzfristig kaum Hoffnungen zu, klare Befunde zu direkt auf therapeutische Techniken und Methoden zurückgehende Wirkungen in der Kinder- und Jugendlichentherapie zu identifizieren⁹. Unter idealtypischen klinischen und Forschungsbedingungen gewonnene Ergebnisse für einzelne Methoden lassen keine gesicherte Aussage darüber zu, ob diese Methoden im turbulenten Praxisalltag die gleichen positiven Effekte bringen oder ob sie in solchen Settings nicht auch besonders störungsanfällig sind.

5 Forschungsergebnisse zu Störungsbildern

Auch im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie setzt sich, wie in der Darstellung der Therapieforschungsergebnisse für Erwachsene (BERGIN u. GARFIELD 1994; BEUTLER u. CRAGO 1991), immer stärker der

Trend durch, Forschungsergebnisse nach Störungsbildern zu ordnen (KAZDIN 1994 a) und Behandlungskonzepte an Störungsbildern zu orientieren (z.B. STEINHAUSEN u. ASTER 1993; KRATOCHWILL u. MORRIS 1993; LE CROY 1994; PETERMANN 1995). Dabei fällt auf, daß sich neben spezifischen Entwicklungs- und Lernstörungen bei Kindern immer stärker abzeichnet, daß die großen Störungsgruppen von Erwachsenen (vgl. UNNEWIEHR et al. 1995) auch bei Kindern und Jugendlichen anzutreffen sind. Aufgrund ihrer direkten Bedeutung für die therapeutische Arbeit fordern die Ergebnisse oft eine Modifikation der klassischen therapeutischen Vorgehensweisen heraus.

Insbesondere *depressive Störungen* geraten dabei mehr ins Zentrum der Aufmerksamkeit, die früher bei Kindern seltener festgestellt wurden (KAZDIN 1994 a, S. 564) und aufgrund besserer Operationalisierungen jetzt leichter diagnostiziert werden (ROSSMANN 1991; ESSAU u. PETERMANN 1995). Insbesondere unter psychoanalytischen Perspektiven wurden depressive Phasen bei Jugendlichen früher eher grundsätzlich als entwicklungsphasentypische Phänomene bewertet, die nicht mit einem entsprechenden Krankheitswert betrachtet wurden, wie dies bei Erwachsenen der Fall war (z.B. BLOS 1961). Epidemiologisch scheinen sich die Prävalenz- und Inzidenzraten in den letzten Jahren in den westlichen Industriestaaten auch für Kinder erhöht zu haben (LEWINSOHN et al. 1994, S. 353; MUFSON et al. 1993, S. 22 ff.), wie dies auch für Erwachsene diagnostiziert wurde (ELKIN 1994), wobei diese Feststellung natürlich dahingehend relativiert werden muß, daß möglicherweise auch die veränderten diagnostischen Vorgehensweisen hierzu einen Beitrag geleistet haben. Bei Kindern mit depressiven Symptomaten mit einer Jahresinzidenzrate von 7,7% erfüllen nach LEWINSOHN et al. (1994, S. 354) 84% die Kriterien für eine „major depression“. *Depressionen stellen damit bei Kindern ein schweres und häufiges Störungsbild dar*, das damit erhebliche Anforderungen an die therapeutische Praxis stellt, da auch Selbstmorde und Selbstmordversuche häufig sind. Die Verdoppelung des Erkrankungsrisikos stellt sich bei Mädchen erst zwischen 14 und 18 Jahren ein und folgt damit dem Muster anderer affektiver Störungen, bei denen diese Entwicklung auch oft ab dem 12. Lebensjahr einsetzt.

Interessant ist ein Unterschied zur Depression Erwachsener, da typische kognitive Stile depressiver Störungen auch nach Abklingen der Hauptsymptomatik persistieren, während man bei Erwachsenen keine Unterschiede zur Normalbevölkerung mehr feststellen kann, wenn die Symptomatik abgeklungen ist. Hieraus ist der Schluß zu ziehen, daß eine Behandlung noch über den Zeitraum der aktuellen Symptomatik hinaus fortgesetzt werden muß und daß kognitiven Prozessen eine zentrale Bedeutung zukommt und diese verändert werden müssen, wie dies in spezifischen Interventionsprogrammen umfangreich vorgesehen ist (z.B. LEWINSOHN et al. 1994; STARK et al. 1994). Einer Identifikation dieser kognitiven Muster kommt eine präventive Funktion zu, wenn es frühzeitig gelingen soll, diese zu verändern. Eine gezielte Veränderung dieser kognitiven Muster (*Kompetenzen*) scheint weiterhin in die Hände von Fachleuten zu gehören, die dar-

⁹ Eine umfassende methodische Auseinandersetzung mit den Grenzen und Möglichkeiten aus den Ergebnissen der bisherigen Psychotherapieforschung weitreichende Aussagen über die Effektivität therapeutischer Methoden zu machen, gibt der Sammelband von RUSSEL (1994), der eine umfangreiche, vor allem methodenimmanente Kritik der empirischen Variablentherapieforschung enthält und auf die Begrenztheit der Schlußfolgerungen aufgrund der gegenwärtigen Datenlage hinweist.

über hinaus eine stärkere Orientierung an den Fertigkeiten (*Performanzen*) der Kinder erfordert, also eine Diagnostik der Potentiale (PETZOLD 1993; OSTEN 1995) erfordert, auf die aufgebaut werden kann. Auch hier zeigt sich die Bedeutung der Überwindung einer überwiegend an Defiziten orientierten Vorgehensweise, die von einer vermeintlich zwingenden Verbindung zwischen Störung und Lösung ausgeht.

Da die Förderung vieler Fertigkeiten auch „übungs- und erlebniszentriert“ in Gruppen erfolgen kann (z.B. durch strukturierte Programme), liegen hier Möglichkeiten des ökonomischen Einsatzes von Ressourcen, die unbedingt genutzt werden sollten, da in Deutschland die Versorgungssituation wohl ähnlich wie in den USA ist, wo gut zwei Drittel der betroffenen Kinder und Jugendlichen keine Therapie bekommen (LEWINSOHN et al. 1994, S. 354), obgleich sie dringend erforderlich wäre. Deshalb sollte über eine bessere Verteilung der therapeutischen Arbeitskapazität nachgedacht werden, damit eine gerechtere Verteilung möglich wird, durch die mehr Klienten erreicht werden können. Dies ist für eine bevölkerungsbezogene Versorgung angemessener, als wenige Klienten aufwendig zu versorgen (siehe auch KÄCHELE u. KORDY 1992).

Der Familie kommt im Rahmen der Besserung bei Rückfällen eine so offensichtlich zentrale Rolle zu, so daß auch verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen durch den Einbezug familienorientierter Arbeit wesentliche Möglichkeiten zur Verbesserung der therapeutischen Effizienz sehen. Im Ansatz der Interpersonalen Therapie für Kinder und Jugendliche von MUFSON et al. (1993), die eine Weiterentwicklung des Interpersonalen Ansatzes für Erwachsene (KLERMAN et al. 1984) ist, steht die therapeutische Arbeit mit Bezugspersonen als ausgearbeitetes Konzept im Mittelpunkt der Behandlung und unterstreicht auch aufgrund der Forschungsergebnisse (MUFSON et al. 1993, S. 9 ff.) die zentrale Bedeutung des Einbezugs relevanter Bezugspersonen¹⁰. Trotzdem bleiben auch hier die Zusammenhänge unklar, wenn man den Outcome therapeutischer Behandlungen in einen Zusammenhang mit den Annahmen einer therapeutischen Therapietheorie stellen will. Auch im Bereich *aggressiven Verhaltens und Delinquenz* zeigen sich ähnliche Schwierigkeiten, einfache kausale Zusammenhänge zu finden.

Die Forschungsbemühungen von SZAPOCZNIK und Mitarbeitern (1991, ausführlicher in SZAPOCZNIK u. KURTINES 1989) zeigen, daß sich bei individueller psychoanalytischer und strukturell orientierter Familientherapie gleichzeitig eine Reduktion des symptomatischen Verhaltens und emotionaler Probleme erreichen läßt, die weit über den Veränderungen einer Kontrollgruppe liegt. Aus der

Arbeit mit jugendlichen Drogenkonsumenten aus spanischen Vierteln in Miami, die außerdem aufgrund dissozialen Verhaltens auffällig waren, wurde aus MINUCHINS Modell (1974) ein Ansatz, nicht mit der Familie sondern nur mit dem Indexpatienten zu arbeiten, entwickelt (siehe auch SZAPOCZNIK u. KURTINES 1989). Unter den familienorientierten Bedingungen fanden sich zum Follow-up-Zeitpunkt vergleichsweise bessere Familienfunktionen als in der psychoanalytisch orientierten Gruppe, was sich unschwer als Effekt der gewählten Behandlungsstrategie interpretieren läßt. Interessant an diesen Befunden ist, daß sie spezifische Effekte der Behandlungsstrategien katamnestisch feststellen konnten, die sich im Familiensystem manifestierten, obwohl dieses System nicht direkt behandelt wurde, da es nicht in die Behandlung einbezogen war, sondern das Familiensystem nur in der *mentalen Landkarte* der Therapeuten eine handlungsleitende Rolle spielte, gemäß der Devise: „Nicht nur jede Gruppen- oder Familientherapie, auch jede dyadische Therapie (sogenannte „Einzeltherapie“) ist eine Therapie in einem und mit einem sozialen Netzwerk, ja die Behandlung eines sozialen Netzwerkes“ (PETZOLD 1994 e), das – unter longitudinaler Perspektive – mit der therapeutischen Begleitung eines ‚convoy‘ gleichbedeutend ist.

Des weiteren konnten jedoch keine Belege dafür gefunden werden, daß veränderte Familienfunktionen für eine Symptomänderung notwendig sind, was grundlegenden ätiologischen Prämissen der strukturellen Familientherapie widerspricht (SZAPOCZNIK et al. 1991, S. 129 ff.). Natürlich besteht hier noch das Problem, ob vielleicht die relevanten Aspekte der Familienfunktionen nicht richtig erfaßt wurden, so daß Kritikern die Möglichkeit bleibt, an ihrer Theorie festzuhalten und hier Zusammenhänge zu postulieren. Die Annahme über familiäre Dysfunktionen als direkte Ursachen symptomatischen Verhaltens ist damit allerdings erst einmal getroffen. Trotz der Schwierigkeiten, kausale Zusammenhänge zwischen familiären Funktionen und Symptomen beim „Indexpatienten“ zu finden – ein Konzept, das hier problematisch wird –, bleibt die Bedeutung des Umfeldes für die Entwicklung von Lösungsstrategien sowie die Unterstützung wichtiger Veränderungsprozesse bestehen. Auch wenn eine Familie nicht als kausale Ursache für die Entstehung abweichenden Verhaltens verantwortlich gemacht werden kann, so kann sie doch eine zentrale Rolle im Veränderungsprozeß spielen, weshalb mit Recht der Zusammenarbeit mit der Familie von REMSCHMIDT und MATTEJAT (1993, S. 170) die wesentliche Rolle eingeräumt wird.

6 Die Zeiten aktiven Wartens: Katamnesen

Die Untersuchungen von SZAPOCZNIK und Mitarbeitern haben gezeigt, daß relevante differentielle Effekte, die therapeutische Methoden unterscheiden, erst nach einer gewissen Latenzzeit richtig deutlich werden. Dieser Befund, daß sich die beiden Methoden hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf Familiensysteme erst später unterscheiden, ist überraschend, findet allerdings aus einigen ande-

¹⁰ SCHAUENBURG (1994) berichtet von der Jahrestagung „Society for Psychotherapy Research“, daß im Rahmen der großen Depressionsstudie des National Institute of Mental Health (NIMH) längerfristige Katamnesen zur kognitiven und interpersonalen Therapie, die in einem Umfang von 16 Stunden durchgeführt wurden, 50% der Patienten wieder in psychiatrischer Behandlung sind, so daß die Effekte offensichtlich nicht so dauerhaft sind, wie man dies ursprünglich erhofft hatte.

ren Forschungsbereichen Unterstützung. So konnten SNYDER und Mitarbeiter (1991) zeigen, wie sich erst in einer Vierjahres-Katamnese deutliche Unterschiede der Effekte im Vergleich einer verhaltenstherapeutischen und einer einsichtsorientierten Therapie, die Einsichten in die historischen familiären Entstehungszusammenhänge des jetzigen Beziehungsverhaltens der Ehepartner förderten, in den Trennungsraten zeigten. Während sich in der einsichtsorientierten Gruppe lediglich 3% der Paare getrennt hatten, hatten sich in der verhaltensorientierten Gruppe 39% scheiden lassen.

Ein „*sleeper effect*“ (KOLVIN et al. 1981), wie er sich in der Untersuchung von SNYDER et al. (1991) zeigt, muß besonders im Bereich der Therapie mit Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden, da er hier schon lange belegt ist. Bei einem Vergleich von Gruppentherapie und Verhaltensmodifikation zeigten sich relativ wenig Effekte im Bereich Neurotizismus, antisoziales Verhalten und der Symptombelastung direkt nach der Behandlung (KOLVIN et al. 1981). Allerdings stellten sich Verbesserungen langsam im Zeitraum von 18 Monaten ein, so daß hier von „*schlafenden*“ Effekten gesprochen werden kann, die durch die Behandlung erzielt wurden, sich aber erst viel später einstellten. WEBER und STIERLIN (1989) berichten ein ähnliches Phänomen bei familientherapeutischen Behandlungen der Mager sucht, und PETZOLD et al. (1993) konnten Langzeiteffekte von Kindertherapien nach 20 Jahren dokumentieren. SHOHAM-SALOMON und ROSENTHAL (1987) fanden in einer Metaanalyse zu paradoxen Interventionen ähnliche Ergebnisse, nämlich daß die stärkeren Effekte mit einer Latenzzeit zur Wirkung gelangten. KOLVIN und Mitarbeiter weisen schon 1981 darauf hin, daß die meßbaren Effekte einer Behandlung erheblich von den Meßzeitpunkten abhängen, d.h. viele Behandlungseffekte nicht stabil sind und andere Effekte erst später deutlich werden.

Im Gegensatz dazu stehen die klassischen Befunde von SMITH et al. (1980), die lediglich einen Effektschwund feststellten, der mit dem Abstand von der Therapie immer größer wird. KAZDIN (1994, S. 42) stellt deshalb die besondere Bedeutung von Katamnesen heraus, die über eine Erfassung bei Abschluß der Behandlung hinausgehen und versuchen, der potentiellen Abhängigkeit der Effektmessung vom Meßzeitpunkt zu begegnen, die prinzipiell in Rechnung gestellt werden muß und bei der keine Entwicklung in eine bestimmte Richtung als naturgegeben angesehen werden kann.

Katamnesen erfordern unterschiedliche Meßzeitpunkte für unterschiedliche Störungen. So sind bei schwereren Störungen immer längere Zeiträume erforderlich. Bei Anorexia nervosa wurden in einer Übersicht von HERZOG und SCHWEITZER (1994) lediglich solche Studien herangezogen, die einen Beobachtungszeitraum von mindestens 10 Jahren aufwiesen (HERZOG u. SCHWEITZER 1994, S. 182). Sie stellen fest, daß es mit zunehmender Beobachtungsdauer eine Polarisierung in gute und schlechte Verläufe gibt. 40% der Fälle weisen langfristig einen guten Verlauf auf, der sich nach 10 Jahren kaum noch verändert, während nach einer Katamnesedauer von zwei Jahren lediglich bei 15% hinsichtlich ihrer körperlichen, psychischen, familiären und

sozialen Situation von einem guten Ergebnis gesprochen werden kann und sich die weiteren positiven Entwicklungen erst in den folgenden Jahren einstellen.

Als generelle Schlußfolgerung aus diesen Befunden ergibt sich, daß gerade bei Störungen, die längere und/oder auch zyklische Verläufe aufweisen, eine direkte Erfolgsmessung zum Zeitpunkt des Behandlungsendes oft wenig aussagekräftig ist, falls diese nicht noch weitere begleitende und ausschleichende sowie stabilisierende Kontakte vorsieht, deren Bedeutung für ein stabiles Behandlungsergebnis immer deutlicher wird (LEWINSOHN et al. 1994, S. 358, sprechen von „*booster-sessions*“). *So können für eine Bewertung einer Behandlungsmethode nur langfristige Katamnesen die notwendigen Befunde erbringen.* Dabei sollte unbedingt ein weiterer Bereich des Lebenskontextes von Klienten erfaßt werden, da z.B. die Befunde von SNYDER et al. (1991) zu den hohen Scheidungsraten deutlich machen, daß eine reine Konzentration auf individuelle Erfolgsmaße um eine soziale Dimension erweitert werden muß, die auch die ökologische Verträglichkeit der Ergebnisse berücksichtigt und die Einbettung der Erfolgsmaße in einen Wertehorizont deutlich werden läßt, von dem Erfolgsmaße gerade in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen nicht getrennt werden können (STANLEY u. SIEBER 1992; REITER-THEIL et al. 1993).

7 Therapeutische Annahmen

Eine weitere interessante Frage stellt sich hinsichtlich der Bedeutung der Forschungsergebnisse für die handlungsleitenden Annahmen in der therapeutischen Praxis. Hierbei sind die Ergebnisse einer differenzierten Outcome-Forschung bedeutsam, sofern sie neue Sichtweisen eröffnen. Dies ist der Fall, wenn es bestimmte Effekte nahelegen, die therapeutischen Vorgehensweisen zu hinterfragen, die für diese verantwortlich sein könnten, wie z.B.: Mit welchen Strategien haben die Therapeuten Scheidungen gefördert? Welche Interventionsrichtungen verschlechtern die Familienfunktionen? Wie müssen Verhaltensauffälligkeiten von Kindern direkter verändert werden, wenn Veränderungen im Familiensystem so wenig Effekte auf symptomatisches Verhalten haben?

Daneben kommt der Prozeßforschung (GREENBERG u. PINSOFF 1986; GREENBERG 1991), von der man sich endlich Aufschlüsse über die tatsächlichen Effekte erhofft (BERGIN u. GARFIELD 1994, S. 827 f.) eine zentrale Bedeutung zu, den Praktikern endlich zu erklären, warum ihr Tun erfolgreich ist und was sie noch mehr tun sollten, damit sie noch erfolgreicher werden. Die Spieltherapie für Kinder (AXLINE 1972) ist ein Beispiel für diese Hoffnungen. SCHMIDTCHEN, der sich schon lange mit Forschungen zur Spieltherapie beschäftigt (SCHMIDTCHEN 1973; SCHMIDTCHEN u. HOBRÜCKER 1978; SCHMIDTCHEN u. KLÄNING 1974; SCHMIDTCHEN et al. 1993), schreibt hierzu:

„Nach dem bisherigen Stand der Forschung weiß man, daß die Spieltherapie für Kinder ein sehr erfolgreiches Verfahren zum Abbau kindlicher Verhaltensstörungen und zur Verbesserung von

Kompetenzen zur Selbstverwirklichung ist“ (s.u. a. SCHMIDTCHEN 1991; SCHMIDTCHEN et al. 1993). Leider ist wissenschaftlich bisher nicht hinreichend geklärt, welche Prozesse im Verhalten der Kinder während der Therapie für die Heilung verantwortlich sind (SCHMIDTCHEN et al. 1995).

KAZDIN, der auf das erhebliche Mißverhältnis zwischen der Verbreitung unterschiedlicher Formen der Spieltherapie und ihrer wissenschaftlichen Evaluation hinweist, wirft die Frage nach den immer noch völlig ungeklärten Wirkmechanismen auf, die verständlich machen könnten, warum z.B. Effekte auf kindliche Dysfunktionen, Anpassungsstörungen im Zusammenhang mit sexuellem Mißbrauch, Depression oder Aggressionen zu erwarten sind (KAZDIN 1994b, S. 552). Hier sind Forschungen unbedingt notwendig, die Indikationskriterien und Anwendungsgrenzen aufzeigen, um eine Spieltherapie gezielt einzusetzen.

Die Prozeßforschung zur Spieltherapie wird dadurch erheblich kompliziert, daß diese immer in andere Interventionen, die die Bezugspersonen miteinbeziehen, eingebettet ist. Hier sind also spezifische Wechselwirkungen zu erwarten, die kontrolliert werden müssen. Dabei spielen z.B. Fragen eine Rolle, die untersuchen, bei welchen Formen der Vernetzung mit einer Familie die Familie positive Effekte der Spieltherapie verstärkt oder verhindert, welche Effekte Veränderungen durch eine Spieltherapie auf die Beziehungen zu Bezugspersonen haben und wo diese negative Auswirkungen zeigen, welche Funktion u.U. die Spieltherapeuten im Bezugssystem erhalten und wie diese hinsichtlich erwünschter Veränderungen zu bewerten sind.

Eine aktuell besonders kontrovers diskutierte Frage betrifft die *Behandlungsdauer*, wobei diese Frage natürlich immer hinsichtlich bestimmter Störungsbilder gestellt werden muß. Die Frage nach einer minimalen und maximalen Behandlungsdauer einer therapeutischen Methode nach dem Motto, „*wie lange dauert Psychotherapie*“, ergibt sonst keinen Sinn.

MC EACHIN und Mitarbeiter (1993) behandelten autistische Kinder in einem einzeltherapeutischen Setting mit größtenteils verhaltenstherapeutischen Methoden, wie dies schon von LOVAAS (1987) konzipiert wurde. Eine Besonderheit an ihrer Therapie ist die Intensität der Behandlung, die für ein Kind maximal 40 Stunden in der Woche betrug und in einzelnen Fällen im Laufe der Jahre 14 000 Stunden erreichte. Die Effekte wurden mit einer normalen Kontrollgruppe und einer weiteren Behandlungsgruppe verglichen, die ein reduziertes Programm mit nur 10 Behandlungsstunden in der Woche erhielt, womit außer einer Reduktion der Stunden auch eine Reduktion der Behandlungselemente verbunden war. In Katamnesen, die zwischen zwei und zehn Jahren erfolgten, konnte gezeigt werden, daß auch einige Jahre nach Abschluß der Behandlung fast 50% der Teilnehmer der Intensivbehandlung ein normales Intelligenzniveau mit ausreichenden Schulleistungen in einer normalen Schulkasse sowie ein unauffälliges Sozialverhalten entwickelt und behalten hatten. Das intensivste Behandlungssetting konnte dabei mit den beeindruckendsten Ergebnissen aufwarten. Bemerkenswert an dieser Untersuchung ist, daß sie demonstriert, welche

Veränderungen bei autistischen Kindern erreicht werden können. Natürlich stellt der hier in einem Forschungssetting realisierte Aufwand kaum realisierbare Anforderungen, die unter normalen Klinikbedingungen oder in freier Praxis nicht wiederholbar sind. Aber es konnte gezeigt werden, daß weitreichende und stabile Veränderungen erreichbar sind, so daß viele der Behandelten nach Abschluß der Therapie im normalen Verhaltensbereich lagen. Auch wenn diese Intensität an Therapie kaum wiederholbar ist, wirft sie die Frage nach den wirksamen Vorgängen innerhalb dieser Behandlungen auf, die diese Effekte hervorgerufen haben, also nach den therapeutischen Interventionen, die wirksam waren. Diese gilt es zu identifizieren, um dann zu klären, welche dieser Prozesse mit weniger Zeitaufwand ebenfalls zu befriedigenden Effekten führen können, da der Faktor Zeit keine heilende Wirkung allein entfalten kann, sondern nur die Prozesse, die in der Zeit stattfinden, auch wenn diese natürlich wiederum Zeit voraussetzen.

Demgegenüber stehen Befunde, die die Effektivität ganz kurzer Beratungen aufzeigen. Unabhängig von der therapeutischen Ausrichtung des Therapeuten ist in ambulanten Settings eine Therapiedauer von nur einer Sitzung am häufigsten.¹¹ ROSENBAUM (1994, S. 229) nennt Zahlen zwischen 20 und 60% für einmalige Beratungskontakte, unabhängig davon, ob es sich um ein Kliniksetting oder eine freie Praxis handelt. TALMON (1991) berichtet aus einer Untersuchung, daß 78% von 200 telefonisch nachbefragten Patienten – seiner eigenen ursprünglich nicht einstündig konzipierten einmaligen Sitzungen – im Gegensatz zu seiner eigenen Einschätzung sehr zufrieden mit diesen Sitzungen waren¹². Eine andere Erfahrung zeigte ihm weiter, daß telefonisch Hilfesuchende häufiger nicht kommen, selbst wenn sie sofort einen Termin erhalten. Werden die Anrufer jedoch angehalten, 48 Stunden vor ihrem Termin noch einmal anzurufen, so berichten ein Drittel der Anrufer, daß der Termin nicht mehr erforderlich ist, da sie unterdessen selber eine Lösung gefunden haben. WEISZ und WEISS (1993, S. 82) verweisen auf ein Phänomen, daß manchmal Aufnahmeinterviews mit Kindern und deren Bezugspersonen therapeutische Effekte hervorrufen können, so daß „drop outs“, wenn sie als Kontrollgruppen verwendet werden, eine unberechenbare Variable sind. In der Bewertung der Ereignisse von Therapeuten und Klienten finden sich wieder systematische Unterschiede, die offensichtlich spezifisch für eine bestimmte Wahrnehmungsperspektive sind, wobei Therapeuten offensichtlich ihre Bewertung an einem *Standardmodell therapeutischer Behandlung* messen, das völlig andere Kriterien verwendet als Klienten dies tun.

¹¹ Anders GRAWE et al. (1994, S. 725): „Ein Therapieabbruch war dadurch definiert, daß der Patient bereits an mindestens drei Therapiesitzungen teilgenommen hatte, daß also überhaupt eine Therapie aufgenommen worden war ...“.

¹² Vergleichbare Ergebnisse wurden 1981 von BLOOM referiert, auf den sich TALMON bezieht, und der seine Einsitzungs-Therapie mit expliziten Bezügen auf psychoanalytische Konzepte „focused singles-session therapy“ nannte.

Diese Befunde zeigen eine andere Tendenz, nämlich immer stärker für kurzfristige Veränderungsmöglichkeiten sensibilisiert zu werden, die durch kurze Anstöße gekennzeichnet sind und kaum Ähnlichkeiten mit den klassischen Vorstellungen von therapeutischen Prozessen mehr haben, in denen einer engen, manchmal extrem regressionsfördernden Beziehung zum Therapeuten eine zentrale Rolle zugeschrieben wird. Man könnte in diesem Zusammenhang von „therapeutischen Effekten ohne Therapie“ sprechen. Aufgrund dieser Befunde gibt es immer mehr Anleitungen für effektives Intervenieren in nur einer Stunde (BLOOM 1981; Talmon 1991; ROSENBAUM 1994), die ein neues Selbstverständnis therapeutischer Berater und Therapeuten erfordern.

Gerade diese beiden extremen Positionen, wie sie sich in einer 14000-Stunden-Therapie im Gegensatz zu einer „single-session-therapy“ zeigen, verweisen auf die Notwendigkeit einer weiteren *Flexibilisierung therapeutischer Angebote*, die sich nicht an Standardvorstellungen von Therapie orientieren sollten. In der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen ist diese Flexibilität besonders gefordert. Es bestehen hier Entwicklungsmöglichkeiten einer weiteren Differenzierung hinsichtlich unterschiedlicher Beratungs- und Therapieangebote, die die Versorgung insgesamt verbessern könnten. Hier spielt sicherlich die Entwicklung langfristiger niederfrequenter therapeutischer Angebote eine besondere Rolle, wie sie in der Behandlung von Essstörungen schon einen Platz gefunden haben (SCHAUENBURG 1994, S.387) und in Form „intermittierender Therapie“ in der Behandlung Drogenabhängiger als Karrierebegleitung praktiziert wird (PETZOLD u. HENTSCHEL 1991) oder wie sie sich in einer Kombination von Psychotherapie mit einer Frequenz von nur einer Sitzung im Monat – die niederfrequente Behandlungsform, die überhaupt in der Pittsburgh-Studie (FRANK et al. 1990) verwendet wurde – mit einer pharmakologischen Behandlung bei Depressionen bewährt hat (MUFSON et al. 1993, S. 12). In der Entwicklung störungsspezifischer und kontextangemessener Behandlungsfrequenzen spielen klinische Untersuchungen im natürlichen Setting sowie die vielen Erfahrungen der klinischen Praxis eine wichtige Rolle. Die Befunde laden dazu ein, die Effekte unterschiedlicher Behandlungsfrequenzen in der täglichen Praxis zu erproben und ihre Effekte systematisch zu verwenden.

Wenn man nach der Bedeutung der Psychotherapieforschungsergebnisse für die Praxis der Therapie mit Kindern und Jugendlichen fragt, kann natürlich die Frage der Geschlechter nicht ausgelassen werden. WEISZ und WEISS (1993) fanden, daß einer der verlässlichsten Befunde im Feld der Kinder- und Jugendlichentherapie in vielen Studien ist, daß die Therapien mit Mädchen erfolgreicher als die mit Jungen enden. Daraus könnte man den praktischen Schluß ziehen, daß man als Therapeut lieber mit Mädchen arbeiten sollte. Die früher oft zitierten Befunde, daß Therapeutinnen bessere Therapieergebnisse erzielen als ihre männlichen Kollegen, scheinen nicht mehr so klar zu sein, wenn weitere intervenierende Variablen berücksichtigt werden (BEUTLER et al. 1994, S.233 f.), so daß die erfolg-

reichere Behandlung von Mädchen vielleicht auch im Bereich der Kinder- und Jugendlichentherapie nicht so sicher ist. Hier wäre es interessant, alters- und entwicklungspezifische Passungen zu untersuchen. Da der Befund aber oft repliziert wurde, wirft er eine konzeptionelle Frage auf: Warum werden Jungen so schlecht erreicht, obwohl sie z.B. in Deutschland doppelt so oft in therapeutische Behandlungen geschickt werden wie Mädchen (z.B. Bundeskonferenz für Erziehungsberatung 1986, 1990)? Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, grundlegende Aspekte des therapeutischen Vorgehens zu reflektieren, um auch für Jungen angemessenere Versorgungsangebote zu machen, die ihren Bedürfnissen eher entsprechen.

Angesichts vieler Befunde der Forschung gewinnt man leicht den Eindruck einer „Miesmachertendenz“. Forschungsergebnisse scheinen eher auf Mängel zentriert, als ressourcenorientiert angelegt zu sein, womit sie leicht wie eine technische Kfz-Inspektion wirken, bei der auch nur die Fehler und nicht die Kapazitäten erfaßt werden. Trotz dieses Eindrucks bleibt zu hoffen, daß zumindest durch einige Ergebnisse konstruktive Weiterentwicklungen der therapeutischen Praxis angeregt werden können, die letztendlich den Klienten und ihren Therapeuten zugutekommen.

Summary

Psychotherapy Research and Practice of Child Psychotherapy

Psychotherapy research results are viewed under the aspect of relevance and irrelevance for psychotherapeutic practice. The difficulties to develop effective research designs for children, and adolescents are described, and possible research perspectives are developed for this complex domain. Especially the amount of variables in combination with developmental stages of children, and adolescents creates extrem difficulties to develop research designs to give an answer to the question, which therapeutic approach is better than others in the near future. Some conclusions from research results are made for psychotherapeutic practice.

Literatur

- ALEXANDER, J.F./HOLTZWORTH-MUNROE, A./JAMESON, P. (1994): The Process and outcome of marital and family therapy: research review and evaluation. In: BERGIN/GARFIELD, 595–630. – American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed.; dt.: DSM III (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen). Weinheim: Beltz 1984. – American Psychiatric Association (ed.) (1987): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM III-R, 3rd. ed. rev., Washington, D.C.: American Psychiatric Press. – American Psychiatric Association (ed.) (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM III, 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Press. – ARGELANDER, H. (1980): Die Struktur der Beratung unter Supervision. *Psyche* 34, 54–77. – ARNOFF, D.B./VICTOR, B.J./GLASS, C.R (1993): Empirical research on factors in Psychotherapeutic change. In: STRICK-

- KER/GOLD (1993), 9–26. – ARNOLD, E./SONNTAG, U. (Hrsg.) (1994): Ethische Aspekte der psychosozialen Arbeit – Beiträge zur Diskussion. Tübingen: dgvt. – ASHCRAFT, C. W. (1991): The later school adjustment of treated and untreated emotionally handicapped children. *Journal of School Psychology* 9, 338–342. – ASTER, M. VON/REITZLE, M./STEINHAUSEN, H.-C. (1994): Differentielle therapeutische und pädagogische Entscheidungen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapeut* 39, 360–367. – AXLINE, V. (1972): Kinderspieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. München: Reinhardt. – BAARDMAN, I. (1989): Ingebeelde Lelikhed. Amsterdam: Thesis. – BAETGHE, G. (1981): Kindertherapie oder Familientherapie? Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30, 159–165. – BARNETT, R. J./DOCHERTY, J. P./FROMMELT, G. M. (1991): A review of child psychotherapy research since 1963, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30, 1–14. – BATESON, G. (1979): Mind and nature: A necessary unity; dt.: Geist und Natur: Eine notwendige Einheit. Frankfurt: Suhrkamp 1982. – BENJAMIN, L. S. (1993): Every psychopathology is a gift of love, *Psychotherapy Research* 3, 1–24. – BERGIN, A. E./GARFIELD, S. L. (eds.) (1994): Handbook of psychotherapy & behavior change, 4 ed. New York: John Wiley & Sons. – BERGIN, A. E./GARFIELD, S. L. (1994): Overview, trends, and future issues. In: BERGIN/GARFIELD (1994), 821–833. – BERGOLD, J. B./FLICK, U. (Hrsg.) (1987): Ein-Sichten – Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung. Tübingen: dgvt. – BEUTLER, L. E./MACHADO, P. P. P./ALLSTETTER-NEUFELDT, S. (1994): Therapist variables. In: BERGIN/GARFIELD (1994), 229–269. – BIERMANN, G. (Hrsg.) (1994): Kinderpsychotherapie. Handbuch zu Theorie und Praxis. Frankfurt: Fischer. – BLAIR, A. (1991): The triadic model as applied to the treatment of conduct-disorder children: A review and critique, *Counselling Psychology Quarterly* 4, 229–245. – BLOOM, B. L. (1981): Focused single-session therapy: Initial development and evaluation. In: BUDMAN, S. H. ed.): Forms of brief therapy. New York: Guilford, 167–216. – BLOS, P. (1961): On adolescence, New York: Free Press. – BOSCOLO, L./BERTRANDO, P. (1994): Die Zeiten der Zeit: Eine neue Perspektive in systemischer Therapie und Konsultation. Heidelberg: Auer. – BOWEN, M. (1978): Family therapy in clinical practice, Northvale, NJ: Jason Aronson. – BREMS, Ch. (1993): A comprehensive guide to child psychotherapy. Boston: Allyn and Bacon. – BRUSTEN, M./HOHMEIER, H. (1975): Stigmatisierung, 2 Bde., Neuwied: Luchterhand. – Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. (1986): Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen durch Kinder, Jugendliche und junge Volljährige. Ergebnisbericht der Jahre 1980 bis 1984 (Umfrage: U01). Fürth. – Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V. (1990): Ausgewählte Auszahlungsergebnisse von Erziehungs- und Familienberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin, Fürth. – Bundesministerium für Familie und Senioren (1994): Familien und Familienpolitik im geeinten Deutschland – Zukunft des Humanvermögens, Fünfter Familienbericht, Stellungnahmen der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission für den Fünften Familienbericht. Bonn: BMFuS. – BURGER, B. (1993): Körpersprache bei Kindern. Dissertation, Philosophische Fakultät, Zürich. – CALVERT, S. C./JOHNSTON, C. (1990): Acceptability of treatment for child behavior problems: Issues and implication for future research, *Journal of Clinical Child Psychology* 19, 61–74. – CASEY, R. J./BERMAN, J. S. (1985): Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59, 785–789. – COONERTY, S. (1993): Integrative child therapy. In: STRICKER/GOLD (1993), 413–426. – DE FRIES, Z./ZENKINS, S./WILLIAMS, E. C. (1964): Treatment of disturbed children in foster care. *American Journal of Orthopsychiatry* 34, 615–624. – DESHAZER, S. (1991): Putting difference to work. New York: W. W. Norton. – DESHAZER, S. (1994): Words were originally magic. New York: W. W. Norton. – DORNES, M. (1993 a): Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt: Fischer. – DORNES, M. (1993 b): Psychoanalyse und Säuglingsforschung. *Psyche* 47 (12), 1116–1152. – DORNES, M. (1994): Können Säuglinge phantasieren? *Psyche* 12, 1154–1175. – ELKIN, I. (1994): The nimh treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. In: BERGIN/GARFIELD (1994), 114–142. – ENGELKAMP, J./PECHMANN, T. (1993): Mentale Repräsentation, Bern: Huber. – ESSAU, C. A./PETERMANN, U. (1995): Depression. In: PETERMANN (1995), 241–264. – EYSENCK, H.-J. (1952): The effects of psychotherapy: An evaluation. *J. Consult. Psychol.* 16, 319–324. – FÄHBARWINSKI, M. (1994): Psychotherapeutische Versorgung auf epidemiologische Fakten stützen! *Forum Psychotherapie Schweiz* 1, 4–5. – FELDMAN, L. B. (1989): Integrating individual and family therapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy* 8, 41–52. – FICHTER, M./WARSCHBURGER, P. (1995): Eßstörungen. In: PETERMANN (1995), 455–484. – FISCH, R./WEAKLAND, J. H./SEGAL, L. (1982): The tactics of change: Doing therapy briefly. San Francisco: Jossey Bass. – FLAMMER, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung, Bern: Huber. – FLICK, U. (1987): Subjekt als Theoretiker? – Zur Subjektivität subjektiver Theorien. In: BERGOLD/FLICK (1987), 125–134. – FLICK, U. (Hrsg.) (1991): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg: Asanger. – FONAGY, P./MORAN, G. S. (1990): Studies in the efficacy of child psychoanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58, 684–695. – FORMAN, S. G. (1993): Coping skills interventions for children and adolescents. San Francisco: Jossey Bass. – FRANK, E./KUPFER, D. F./PEREL, J. M./CORNES, C./JARRETT, B. B. (1990): Three-year outcomes for maintenance therapies of recurrent depression. *Archives of General Psychiatry* 12, 1093–1099. – FRANK, M./FIEGENBAUM, W. (1994): Therapieerfolgsmessung in der psychotherapeutischen Praxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 23, 268–275. – FREUD, S. (1909): Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. GW VII. – FREUD, S. (1922): Nachschrift zur Analyse des kleinen Hans. GW XIII. – FRÜHMANN, R. (1992): Spiele zwischen Eltern und Kindern – Die Bedeutung der „Spielkultur“ in Familien. *Gestalt und Integration H. 1* (1991/92), 29–41. – GARFIELD, S. L./BERGIN, A. E. (1994): Introduction and historical overview. In: BERGIN/GARFIELD (1994), 3–18. – GIL, E. (1994): Play in family therapy. New York: Guilford. – GINOTT, H. G. (1966): Gruppenpsychotherapie mit Kindern. Weinheim: Beltz. – GOLD, J. R. (1966): An integrative psychotherapeutic approach to psychological crisis of children and families. *Journal of integrative and Eclectic Psychotherapy* 7, 135–151. – GOLD, J. R. (1992): An integrative-systemic treatment approach to severe psychopathology of children and adolescents. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy* 2, 58–63. – GRAW, K. (1992): Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau* 3, 132–162. – GRAW, K./DONATI, R./BERNAUER, F. (1994): Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe. – GREENBERG, L. S./PINSOF, W. M. (eds.) (1986): The psychotherapeutic process – A research handbook. New York: Guilford. – GREENBERG, L. S. (1991): Research on the process of change. *Psychotherapy Research* 1, 3–16. – HALEY, J. (1994): Zen and the art of therapy. *Networker Jan./Feb.*, 55–60; auch in: ZEIG, J. K. (ed.): The evolution of psychotherapy: The second conference. New York: Brunner/Mazel 1992, 24–38. – HEEKERENS, H.-P. (1986): Zehn Jahre Familientherapie in Erziehungsberatungsstellen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 35, 294–302. – HEEKERENS, H.-P. (1989): Familienberatung und Erziehungsberatung. Heidelberg: Asanger. – HEEKERENS, H.-P. (1992): Zur Zukunft der Kinder- und Jugendlichen-

- psychotherapie. Report Psychologie 4, 8-18. – HEINIKKE, C. M./RAMSEY-KLEE, D. M. (1986): Outcome of child psychotherapy as a function of frequency of session. *Journal of the American Academy of Child Psychotherapy* 25, 247-253. – HELFRITSCH, L. (1993): Statement in: Anhörung zum Psychotherapeutengesetz vom 10.11.1993, Wasserwerk, Protokoll 75, Bundesregierung, Bonn, 17. – HELFRITSCH, L. (1995): Vorstellungen und Forderungen des BDP zur Ausgestaltung des Psychotherapeutengesetzes, Referat auf dem Symposium: Gegenwart und Zukunft der Psychotherapie im Gesundheitswesen, 9.2.1995, Bonn. – HERZOG, W./SCHWEITZER, J. (1994): Anorexia nervosa – Ergebnisse und Perspektiven in Forschung und Therapie. *Familiendynamik* 19 (2), 182-187. – HÖFER, R./STRAUS, F. (1991): Familienberatung – aus der Sicht ihrer Klienten. Zur Perspektivität der Erfolgsmessung. In: PRESTING, G. (1991), 157-198. – HÖGER, Ch. (1991): Erziehungsberatungsstellen im Kontext ambulanter psychosozialer Hilfen für Kinder und Jugendliche. In: PRESTING, G. (1991), 49-92. – HOLMES, J./LINDLEY, R. (1989): The values of psychotherapy. Oxford: Oxford University Press. – HUNDSALZ, A. (1994): Erziehungsberatung zwischen Beratung und behördlicher Mitwirkung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 43, 157-163. – HURRELMANN, K. (1994): Die Rolle der Familie für die Gesundheitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen. Expertise zum Fünften Familienbericht. München: Verlag Deutsches Jugendinstitut. – JÄGGI, E. (1994): Das Flimmern auf der Leinwand: Psychotherapieforschung und Psychotherapie, *Journal für Psychologie* 2 (1), 53-63. – JÄGER, G. (1987): Katamnese von Familientherapie: Entwicklung und Erprobung eines Erhebungsinstrumentes an Familienberatungsstellen. Dissertation, Pädagogische Hochschule Rheinland-Pfalz, Koblenz. – JENSEN, J. P./BERGIN, A. E./GREAVES, D. W. (1990): The meaning of eclecticism: New survey and analysis of components, *Professional Psychology: Research and Practice* 21, 124-130. – KÄCHELE, H./KORDY, H. (1992): Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung. *Der Nervenarzt* 63, 517-526. – KÄCHELE, H. (1984): Mißerfolg in der Psychotherapie aus psychoanalytischer Sicht. *Verhaltensmodifikation* 5, 235-248. – KAZDIN, A. E. (1988): Child psychotherapy: Developing and identifying effective treatments. Elmsford, NY: Pergamon. – KAZDIN, A. E./BASS, D./AYERS, W. A./RODGERS, A. (1990): Empirical and clinical focus on child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59, 785-798. – KAZDIN, A. E. (1993): Research issues in child psychotherapy. In: KRATOCHWILL/MORRIS (1993), 541-565. – KAZDIN, A. E. (1993): Series editor's introduction. In: WEISZ/WEISS (1993). – KAZDIN, A. E. (1994): Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In: BERGIN/GARFIELD (1994), 19-71. – KAZDIN, A. E. (1994): Psychotherapy for children and adolescents. In: BERGIN/GARFIELD (1994), 543-594. – KAZDIN, A. E. (1994): Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Aktueller Stand, Fortschritte und zukünftige Entwicklungen. *Psychotherapeut* 39, 345-352 (ungekürztes Original in: *American Psychologist* 48 [1993], 644-657). – KERR, M./BOWEN, M. E. (1988): Family evaluation. An approach based on Bowen's theory. New York: Norton. – KLEIN, M. (1948): Contributions to psychoanalysis. London: Hogarth. – KLANN, N./HAHLWEG, K. (1994a): Projekt „Beratungsbegleitende Forschung (BF)“ – Evaluation von Vorgehensweisen in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung und ihre spezifischen Auswirkungen. Köln: Kohlhammer. – KLANN, N./HAHLWEG, K. (1994b): Studie „Bestandsaufnahme in der institutionellen Ehe-, Familien- und Lebensberatung“. Köln: Kohlhammer. – KLERMAN, G. L./WEISSMAN, M./ROUNSAVILLE, B. J./CHEVRON, E. S. (1984): Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books. – KOLVIN, I./GARSIDE, R. F./NICOL, A. R./MAC MILLAN, A./WOLSTENHOLM, F./LEITCH, I. M. (1981): Help starts here: The maladjusted child in the ordinary school. London: Tavistock (zit. in KAZDIN 1994, 42). – KORNER, S./BROWN, G. (1990): Exclusion of children from family psychotherapy: Family therapists' beliefs and practices. *Journal of Family Psychology* 3, 420-430. – KRAEPELIN (1921): Einführung in die psychiatrische Klinik, Bd. 3, Leipzig: Barth. – KRATOCHWILL, Th. R./MORRIS, R. J. (eds) (1993): Handbook of psychotherapy with children. Boston, MA: Allyn and Bacon. – KURZ-ADAM, M./POST, I. (Hrsg.) (1995): Erziehungsberatung und Wandel der Familie. Probleme, Neuansätze und Entwicklungslinien. Opladen: Leske & Budrich. – LAIREITER, A. (Hrsg.) (1993): Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. Bern: Huber. – LE CROY, C. W. (ed.) (1994): Handbook of child and adolescent treatment manuals. New York: Lexington Books. – LE CROY, C. W. (1994): Introduction. In: LE CROY (1994), 1-4. – LENZ, A. (1994): Wie bewerten Eltern Erziehungsberatung? *Jugendwohl* 7, 305-312. – LEVITT, E. E. (1957): The results of psychotherapy with children: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 21, 189-196. – LEWINSOHN, P. M./ROHDE, P./HAUTZINGER, M. (1994): Kognitive Verhaltenstherapie depressiver Störungen im Jugendalter. Forschungsergebnisse und Behandlungsempfehlungen. *Psychotherapeut* 39, 353-359. – LICHTENBERG, J. D. (1983): Psychoanalysis and infant research. Hillsdale: Erlbaum; dt.: Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Berlin: Springer. – LOVAAS, O. I. (1987): Behavioral treatment and normal educational/intellectual functional in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55, 3-9. – LÜKKERT, H. R. (1959): Konfliktpsychologie. München: Reinhardt. – MAHLER, M. S./PINE, F./BERGMANN, A. (1975): The psychological birth of the human infant. New York: Basic Books; dt.: Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt: Fischer. – MARGRAF, J./SCHNEIDER, S. (1994): DIPS, Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. Berlin: Springer. – MÄRTENS, M. (1991): Meine Krankheit gehört mir gar nicht – Subjektive Krankheits-theorien und ihre therapeutische Verflüssigung aus systemischer Sicht. In: FLICK (1991), 216-229. – MARUYAMA, M. (ed.) (1991): Context and complexity – Cultivating contextual understanding. New York: Springer. – MATURANA, H. R./VARELA, F. J. (1987): Der Baum der Erkenntnis: Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Bern: Scherz. – McEACHIN, J. J./SMITH, T./LOVAAS, O. I. (1993): Longterm outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal of Mental Retardation* 97, 359-372. – MEYER, A. E. (1993): Nieder mit der Novelle als Psychoanalyse-darstellung – hoch lebe die Interaktionsgeschichte. In: STUHR/DENEKE (1993), 61-84. – MEYER, A. E./RICHTER, R./GRAW, K./GRAF, J. M./SCHULENBERG, D. v./SCHULTE, B. (1991): Gutachten zu einem Psychotherapeuten-Gesetz. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit. – MINUCHIN, S. (1974): Families and family therapy. Cambridge, MA: Harvard University Press. – MORRIS, R. J./NICHOLSON, J. (1993): The therapeutic relationship in child and adolescent psychotherapy: Research issues and trends. In: KRATOCHWILL/MORRIS (1993), 405-425. – MUFSON, L./MOREAU, D./WEISSMAN, M. M./KLERMAN, G. L. (1993): Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. New York: Guilford. – National Institute of Mental Health (NIMH) (1990): Research on children and adolescents with mental, behavioral and developmental disorders. Rockville, MD. – NAUMANN, K./BECK, M. (1994): Effekte von Erziehungsberatung: Eine katamnestic Studie. In: CREMER, H./HUNDSALZ, A./MENNE, K. (Hrsg.): Jahrbuch für Erziehungsberatung, Bd. 1. Weinheim: Juventa, 253-270. – NOBACH, W. (1992): Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung in der Kindertherapie. Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Ansätzen verschiedener therapeutischer Richtungen, *Gestalt und Integration* H. 1, 128-154. – NORCROSS, J. C./PROCHASKA, J. O./GALLAGHER, K. (1989): Clinical psychologists in the 1980's, II: Theory, research

- and practice, *The Clinical Psychologist* 3, 45–53. – NORCROSS, J. C./GOLDFRIED, M. R. (eds.) (1992): *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books. – NORCROSS, J. C./GLASS, C. R./ARNKOFF, D. B./LAMBERT, M. J./SHOHAM, V./STILES, W. B./SHAPIRO, D. A./BARKHAM, M./STRUPP, H. H. (1993): Research directions for psychotherapy integration: a roundtable, *Journal of Psychotherapy Integration* 2, 91–131. – OSTEN, P. (1995): Die Anamnese in der Psychotherapie – ein Integratives Konzept. München: Reinhardt. – PETERMANN, F. (Hrsg.) (1995): *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen: Hogrefe. – PETZOLD, H. G. (1969b): *L'analyse progressive en psychodrame analytique*. Paris: Sobor; auszugsweise dt. in: PETZOLD (1988n), 455–491. – PETZOLD, H. G. (1972a): *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft*. Paderborn: Junfermann. – PETZOLD, H. G. (1972e): Komplexes Kreativitätstraining mit Vorschulkindern. *Schule und Psychologie* 3, 146–157. – PETZOLD, H. G. (Hrsg.) (1973c): *Kreativität und Konflikte. Psychologische Gruppenarbeit in der Erwachsenenbildung*. Paderborn: Junfermann. – PETZOLD, H. G. (1973f): Gestalttherapie und direkte Kommunikation in der Arbeit mit Elterngruppen. In: PETZOLD (1973c) 271–289. – PETZOLD, H. G. (1982v): An integrated model of identity and its impact on the treatment of the drug addict, *Proceedings of the 12th. Int. Conf. on Drug Dependence*, 22.–26.3.1982, Bangkok, International Council on Alcohol and Addictions, Lausanne, Genf, 260–276. – PETZOLD, H. G. (1988n): *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I/1 und I/2*. Paderborn: Junfermann. – PETZOLD, H. G. (1991a): *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/1: Klinische Philosophie*. Paderborn: Junfermann. – PETZOLD, H. G. (1992a): *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/2: Klinische Theorie*. Paderborn: Junfermann. – PETZOLD, H. G. (1992g): Das „neue“ Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die „Schulen des Integrierens“ in einer „pluralen therapeutischen Kultur“. In: PETZOLD (1992a), 927–1040. – PETZOLD, H. G. (1993c): *Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 1: Frühe Schädigungen, späte Folgen?* Paderborn: Junfermann. – PETZOLD, H. G. (1993p): *Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik – Prinzipien, Methoden, Techniken*. In: PETZOLD/SIEPER (1993a), 267–340. – PETZOLD, H. G. (1994a): Mehrperspektivität als Metakonzzept integrativer Supervision, *Gestalt und Integration* 2. – PETZOLD, H. G. (1994g): Unterwegs zu einer allgemeinen Psychotherapiewissenschaft: „Integrative Therapie“ und ihre Heuristik der „14 healing factors“ – theoriegeschichtliche, persönliche und konzeptuelle Perspektiven und Materialien. Überarbeitete und ergänzte Fassung eines Vortrages auf dem Symposium der Rheinischen Landesklinik in Düren, 10.09.1994. In: WEISSIG, N. (Hrsg.): *Differenzierung und Integration*. Köln: Kohelet (in Vorbereitung). – PETZOLD, H. G. (1994e): *Psychotherapie mit alten Menschen – die „social network perspective“ als Grundlage integrativer Intervention*, Vortrag auf der Fachtagung „Behinderung im Alter“ am 22.–23.11.1993 in Köln. In: BERHAUS, H. C./SIEVERT, U. (Hrsg.): *Behinderung im Alter*, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln. – PETZOLD, H. G. (1994j): *Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2: Die Kraft liebevoller Blicke*. Paderborn: Junfermann. – PETZOLD, H. G./BEEK, Y. VAN/HOEK, A.-M. VAN DER (1994a): *Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“ – „Intuitive Parenting“ und „Sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne*. In: PETZOLD (1994j). – PETZOLD, H. G./LEMKE, J./RODRIGUEZ, F. (1994b): Die Ausbildung von Lehrsupervisoren. Überlegungen zur Feldentwicklung, Zielsetzung und didaktischen Konzeption aus Integrativer Perspektive. *Gestalt und Integration* 2. – PETZOLD, H. G./HENTSCHEL, U. (1991): *Niedrigschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Elemente einer Gesamtstrategie der Drogenhilfe*. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 1, 11–19. – PETZOLD, H. G./PETZOLD, CH. (1991): *Lebenswelten alter Menschen*. Hannover: Vincentz Verlag. – PETZOLD, H. G./RAMIN, G. (1987): *Schulen der Kindertherapie*. Paderborn: Junfermann. – PETZOLD, H. G./SCHULWITZ, I. (1972a): *Tetradisches Psychodrama in der Arbeit mit Schulkindern*. In: PETZOLD (1972a), 394–413. – PETZOLD, H. G./SIEPER, J. (Hrsg.) (1993): *Integration und Kreation*. Paderborn: Junfermann. – PINSOFF, W. M. (1986): The process of family therapy – The development of the family therapist coding system. In: GREENBERG/PINSOFF (1986), 201–284. – PINSOFF, W. M. (1988): Strategies for the study of family therapy research. In: WYNNE (1988), 159–174. – PINSOFF, W. M. (1989): A conceptual framework and methodological criteria for family – therapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1, 53–59. – PONTALIS, J.-B. (1968): Nach Freud. Frankfurt: Suhrkamp. – POPPER, K. (1935): *Logik der Forschung*. Tübingen: Mohr. – POPPER, K. (1972): *Objective knowledge*. Oxford: Clarendon; dt.: *Objektive Erkenntnis*. Hamburg: Hoffmann und Campe 1973. – PRESTING, G. (Hrsg.) (1991): *Erziehungs- und Familienberatung – Untersuchungen zu Entwicklung, Inanspruchnahme und Perspektiven*. Weinheim: Juventa. – PRIEBE, S. (1992): *Die Bedeutung der Patientenmeinung: Initiale Bewertung und Verlauf psychiatrischer Therapie*. Göttingen: Hogrefe. – RAMIN, G./PETZOLD, H. G. (1987): *Integrative Therapie mit Kindern*. In: PETZOLD/RAMIN (1987), 359–426; repr. in PETZOLD (1991a), 1089–1150. – RAPPE-GIESECKE, K. (1990): *Methode und Praxis der Gruppen- und Teamsupervision*. Berlin: Springer. – REITERTHEIL, S./EICH, H./REITER, L. (1993): Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie, *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 42, 14–20. – REMSCHMIDT, H. (1993): *Klinische Psychologie des Kindes- und Jugendalters*. Editorial, *Zeitschrift für klinische Psychologie* 2, 95–99. – REMSCHMIDT, H./MATTEJAT, F. (1993): *Interaktion in der Familie mit psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse zur Inter-Rater-Reliabilität der Marburger Familiendiagnostischen Skalen (MFS)*. *Zeitschrift für klinische Psychologie* 22, 170–191. – RETZER, A. (1994): Compliance. *Krankheitstheorien und familiäre Interaktion. Familiendynamik* 19 (2), 101–121. – RIEF, W. (1994): Ein Plädoyer für eine praxisorientierte Psychotherapieforschung. *Report Psychologie* 19, 16–19. – ROSENBAUM, R. (1994): Single-session therapies: Intrinsic integration? *Journal of Psychotherapy Integration* 3, 229–252. – ROSSMANN, P. (1991): *Depressionsdiagnostik im Kindesalter. Grundlagen, Klassifikation und Erfassungsmethoden*. Bern: Huber. – RUDOLF, G. (1991): PSKB- Se – ein psychoanalytisch fundiertes Instrument zur Patienten-Selbsteinschätzung. *Zsch. Psychosom. Med.* 37, 350–360. – RUSSEL, G. F. M./SZMUKLER, G. I./DARE, C./EISLER, I. (1987): An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch. Gen. Psychiatry* 44, 1047–1056. – RUSSELL, R. L. (ed.) (1994): *Reassessing psychotherapy research*. New York: Guilford. – SAMEROFF, A. J. (1993): Models of development and developmental risk. In: ZEANA, C. H.: *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford, 3–13. – SBANDI, P./RICHTER, R./BEDENBECKER, CH./MOSHEIM, R./ANGERER, CH./KOFLE-ZIMMERMANN, A. (1993): *Beschreibung und Bewertung von Evaluationsmethoden im Bereich der Psychotherapie. Eine Untersuchung der deutschsprachigen Literatur der letzten zehn Jahre*. Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung Wien. – SCHAUBURG, H. (1994): *Grenzen der Kurzzeit-Therapie – Neue Trends in der Prozeßforschung. Bericht über die Internationale Jahrestagung 1994 der Society for Psychotherapy Research (SPR) in York, England, vom 28.6. bis 2.7.1994*. *Psychotherapeut* 39, 386–388. – SCHMIDTCHEN, S./HOBRÜCKER, B. (1978): *Effektivitätsüberprüfung der klientenzentrierten Spieltherapie bei Kindern aus Erziehungsberatungsstellen*. *Praxis der Kinderpsychologie*

- und Kinderpsychiatrie 27, 117–125. – SCHMIDTCHEN, S./KLÄNING, E. (1974): Analyse des verbalen Therapeutenverhaltens in der klientenzentrierten Spieltherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 23, 303–307. – SCHMIDTCHEN, S. (1973): Effekte von klientenzentrierter Spieltherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 2, 49–63. – SCHMIDTCHEN, S. (1974): Klientenzentrierte Spieltherapie. Weinheim: Beltz. – SCHMIDTCHEN, S. (1991): Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie. München: PVU. – SCHMIDTCHEN, S./ACKE, H./HENNIES, S. (1995): Heilende Kräfte im kindlichen Spiel? – Prozeßanalyse des Klientenverhaltens in der Kindertherapie. *GwG Zeitschrift* (im Druck). SCHMIDTCHEN, S./HENNIES, S./ACKE, H. (1993): Zwei Fliegen mit einer Klappe? Evaluation der Hypothese eines zweifachen Wirksamkeitsanspruches der klientenzentrierten Spieltherapie. *Psychologie, Erziehung & Unterricht* 40, 34–42. – SCHMIDTCHEN, S./WÖRMANN, D./HOBRÜCKER, B. (1977): Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 26, 208–217. – SCHULTE, D. (1993): Statement in: Anhörung zum Psychotherapeutengesetz vom 10.11.1993, Wasserwerk, Protokoll 75, Bundesregierung, Bonn, 10. – SCHÜTZ, A. (1971): Wissenschaftliche Interpretation und Alltagsverständnis menschlichen Handelns. In: SCHÜTZ, A.: Das Problem der sozialen Wirklichkeit, Gesammelte Aufsätze, Bd. 1. Den Haag: Nijhoff, 3–54. – SELEKMAN, M. (1991): The solution oriented parenting group: A treatment alternative that works. *Journal of Strategic and Systemic Therapies* 1, 36–49. – SELEKMAN, M. (1993): Pathways to change. Brief therapy solutions with difficult adolescents. New York: Guilford. – SELVINI, M./BOSCOLO, L./CECCHIN, G./PRATA, G. (1977): Paradoxon und Gegenparadoxon: Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung. Stuttgart: Klett-Cotta. – SELVINI, M./CIRILLO, S./SELVINI, M./SORRENTINO, A. M. (1988): „I giochi psicotici nella famiglia“. Mailand: Raffaello Cortina Editore; dt.: Die psychotischen Spiele in der Familie. Stuttgart: Klett-Cotta. – SHEPHERD, M./OPPENHEIM, A. N./MITCHELL, S. (1966): Childhood behaviour disorders and the child-guidance clinic: An epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 33, 39–52. – SHOHAM-SALOMON, V./ROSENTHAL, R. (1987): Paradoxical interventions: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54, 22–28. – SMITH, M. I./GLASS, G. V./MILLER, T. I. (1980): The benefits of psychotherapy. Baltimore: The John Hopkins University Press. – SNYDER, D. K./WILLS, R. H./GRADY-FLETCHER, A. (1991): Longterm effectiveness of behavioral versus insight-oriented therapy: A 4-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59, 138–141. – SPENCE, D. P. (1993): Die Sherlock-Holmes-Tradition: Die narrative Metapher. In: BUCHHOLZ, M. B. (Hrsg.): Metaphernanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – STANLEY, B./SIEBER, J. (eds.): (1992): Social research on children and adolescents: Ethical issues. Newbury Park: Sage. – STARK, K. D./RAFFAELLE, L./REYSA, A. (1994): The treatment of depressed children: A skills training approach to working with children and families. In: LE CROY (1994), 343–398. – STEINHAUSEN, H.-Ch. (1983): Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 32, 286–292. – STEINHAUSEN, H.-Ch./ASTER, M. VON (1993): Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen. Weinheim: PVU. – STERN, D. N. (1985): The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books; dt.: Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta, 1992. – STRICKER, G./GOLD, J. R. (eds.) (1993): Comprehensive handbook of psychotherapy integration. New York: Plenum. – STROTZKA, H. (1975): Was ist Psychotherapie? In: STROTZKA, H. (Hrsg.), Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen, München: Urban & Schwarzenberg, 3–6. – STRUPP, H. H. (1989): Can the practitioner learn from the researcher? *American Psychologist* 4, 717–724. – STUHR, U./DENEKE, F.-W. (1993): Die Fallgeschichte. Beiträge zu ihrer Bedeutung als Forschungsinstrument. Heidelberg: Asanger. – SZAPOCZNIK, J./KURTINES, W. M. (1989): Breakthroughs in family treatment. New York: Springer. – SZAPOCZNIK, J./RIO, A./KURTINES, W. (1991): University of Miami school of medicine: Brief strategic family therapy for hispanic problem youth. In: BEUTLER, L. E./CRAGO, M. (eds.): Psychotherapy research – An international review of programmatic studies. Washington, DC: American Psychological Association, 123–132. – TALLEY, F./STRUPP, H. H./BUTLER, S. F. (1994): Psychotherapy research and practice. Bridging the gap. New York: Basic Books. – TALMON, M. (1991): Single session therapy. Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter. San Francisco: Jossey Bass. – TRAD, P. V. (1993): Short-term parent-infant psychotherapy. New York: Basic Book. – UNNEWEHR, S./SCHNEIDER, S./MARGRAF, H. (1995): Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Berlin: Springer. – VARELA, F. J. (1979): Principles of biological autonomy, New York: North Holland. – VENNEN, D. (1992): Behandlungsergebnisse und Wirkfaktoren von Eheberatung. Eine katamnestische Studie. Göttingen: Hogrefe. – WACHTEL, E. F. (1994): Treating troubled children and their families. New York: Guilford. – WATZLAWICK, P. (1976): Wie wirklich ist die Wirklichkeit?: Wahn, Täuschung, Verstehen. München: Piper. – WATZLAWICK, P. (Hrsg.) (1981): Die erfundene Wirklichkeit. München: Piper. – WATZLAWICK, P./COYNE, J. C. (1979): Problemzentrierte Kurzbehandlung einer Depression. *Familiendynamik* 4 (2), 148–157. – WEAKLAND, J. H./FISCH, R./WATZLAWICK, P./BODIN, A. M. (1974): Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process* 13, 141–168. – WEBER, G./STIERLIN, H. (1989): In Liebe entzweit. Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersuchtfamilie. Hamburg: Rowohlt. – WEISZ, J. R./WALTER, B. R./WEISS, B./FERNANDEZ, G. A./MIKOW, V. A. (1990): Arrests among emotionally disturbed violent and assaultive individuals following minimal versus lengthy intervention through North Carolina's Willie M. Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58, 720–728. – WEISZ, J. R./WEISS, B. (1993): Effects of psychotherapy with children and adolescents, IX–X, Newbury Park: Sage. – WEISZ, J. R./WEISS, B./ALICKE, M. D./KLOTZ, M. L. (1987): Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55, 542–549. – WEISZ, J. R./WEISS, B./MORTON, T./GRANGER, D./HAN, S. (1992): Meta analysis of psychotherapy outcome research with children and adolescents. Unpublished manuscript, University of California, Los Angeles. – WHITEHEAD, J. T./LAB, S. P. (1989): A meta-analysis of juvenile correctional treatment. *Journal of Research in Crime and Delinquency* 216, 276–295. – WHO (1993): International Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (ICD 10), 2. korr. Aufl. – WYNNE, L. C. (ed.) (1988): The state of art in family therapy research: Controversies and recommendations. New York: Family Process Press. – ZENTNER, M. R. (1993): Die Wiederentdeckung des Temperaments. Paderborn: Junfermann. – ZIMMER, H. D. (1993): Statement in: Anhörung zum Psychotherapeutengesetz vom 10.11.1993, Wasserwerk, Protokoll 75, Bundesregierung, Bonn 1993, 5.

Anschrift der Verfasser: Prof. Dr. Michael Märtens, Prof. Dr. Hilarion Petzold, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Kühlwetterstr. 49, 40239 Düsseldorf.