

Esser, Günter und Blank, Sarah

Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 60 (2011) 8, S. 607-638

urn:nbn:de:bsz-psydok-52256

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/

Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

Günter Esser und Sarah Blank

Summary

Efficacy of Psychotherapy with Children and Adolescents

Psychotherapeutic interventions require empirical as well as scientific assessment. Specifically, the proven efficacy of psychotherapy for children and adolescents is essential. Thus, studies examining treatment efficacy and meta-analyses are necessary to compare effect sizes of individual therapeutic interventions between treatment groups and waiting control groups. Assessment of 138 primary studies from 1993-2009 documented the efficacy of psychotherapy for children and adolescents. Furthermore, behavioural therapy outperformed non-behavioural interventions, as 90 % of behavioural interventions showed larger effect sizes compared to non-behavioural psychotherapy. Analysis of moderator variables demonstrated an improved treatment efficacy for individual therapy, inclusion of the family, treatment of internalised disorders, and in clinical samples. Stability of psychotherapeutic treatment effects over time was demonstrated.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60/2011, 626-638

Keywords

psychotherapy – efficacy – child and adolescent psychotherapy – meta-analysis

Zusammenfassung

Die Anwendung psychotherapeutischer Interventionen bedarf einer empirisch und wissenschaftlich fundierten Abklärung, wodurch der Nachweis der Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter maßgebend ist. In diesem Zusammenhang sind Wirksamkeitsstudien und Metaanalysen notwendig um die Effektstärken der einzelnen Therapieverfahren im Behandlungs- und Wartekontrollgruppenvergleich zu bestimmen. Durch die Integration und Beurteilung von insgesamt 138 Primärstudien aus den Jahren 1993-2009 konnte die Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter belegt werden. Ferner wurde eine Überlegenheit behavioraler Therapieverfahren im Vergleich zu nonbehavioralen Therapieverfahren deutlich. Die Überlegenheit spiegelt sich sowohl in der Anzahl der durchgeführten Therapiestudien (90 % behaviorale Verfahren) als auch durch höhere Effektstärken behavioraler Verfahren im Vergleich zu nonbehaviorale Psychotherapieverfahren wider. Die Analyse von Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg beschreibt eine verbesserte Therapiewirksamkeit bei Einzeltherapie, Einbezug der Familie, der Behandlung von überkontrollierten Störungen und in klinischen Stichproben. Die Stabilität der Therapieeffekte psychotherapeutischer Interventionen konnte nachgewiesen werden.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60: 626 – 638 (2011), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2011

Schlagwörter

Psychotherapie – Wirksamkeit – Effektivität – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Metaanalyse

1 Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

Die Psychotherapie integriert, als Teilgebiet der wissenschaftlich-klinischen Psychologie und klinisch-psychologischen Intervention, alle wissenschaftlich begründbaren und empirisch als wirksam nachgewiesenen psychologischen Interventionen, die zur Behandlung von psychischen Störungen und Problemen eingesetzt werden (Perrez u. Baumann, 1991). Nach Weisz, Weiss, Han, Granger und Morton (1995) wird Psychotherapie als Intervention definiert, die unter Verwendung von Beratung und strukturierter Intervention Stress mildert, fehlangepasstes Verhalten reduziert und angepasste Reaktionen erhöht. Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter muss eine Vielzahl von Besonderheiten dieser Altersgruppe berücksichtigen und die psychotherapeutischen Interventionen dem jeweiligen Entwicklungsniveau anpassen. Bei Kindern und Jugendlichen bestimmen Entwicklungsvorgänge und ihre Auswirkungen häufig die Symptomatik der Störungen und sind für die Therapie maßgebend (Remschmidt u. Mattejat, 1997). Ableitend daraus sollte sich die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der Herausforderung stellen, die qualitativen und quantitativen Charakteristika von Verhalten im Hinblick auf Fehlanpassung oder Verhalten im normativen Bereich einer kindlichen Entwicklungsphase zu beurteilen (Kazdin u. Weisz, 2003). Im Zuge dessen ist es notwendig, dass auch die Psychotherapie einen empirischen Nachweis ihrer Wirksamkeit zu erbringen hat. Die Einschätzung der Wirksamkeit angewandter Psychotherapie beruht auf der Beurteilung einer Vielzahl von Variablen. Als entscheidende Einflussfaktoren für den Behandlungseffekt und -erfolg gelten Patienten- und Therapeutenvariablen, die Vielzahl von Störungsbildern, Therapiemethoden, Erfolgskriterien, Messmethoden und Merkmale der Behandlungsmethoden. Resultierend aus diesen Faktoren postuliert Kazdin (2000) folgende Forschungsfragen:

- Welche Wirksamkeit hat eine Behandlung im Vergleich zu einer Nichtbehandlung und welche Komponenten tragen zu einer beobachtbaren Veränderung bei?
- Welche Behandlungsmethoden können hinzugefügt werden, um den Behandlungserfolg zu optimieren und welche Parameter können verändert werden, um den Therapieerfolg zu beeinflussen bzw. zu verbessern?
- Wie wirkungsvoll ist die Behandlung im Vergleich zu alternativen Therapien?
- Welche Merkmale des Kindes, der Eltern, der psychosozialen Umgebung und der Therapeuten beeinflussen den Therapieerfolg?
- Welche Prozesse während der Behandlung beeinflussen den Therapieerfolg und in welchem Ausmaß sind die Behandlungseffekte generalisierbar auf andere Stichproben, Problembereiche und Behandlungsbedingungen?

Zudem sind klinisch-psychologische Interventionen aus drei Perspektiven einer wissenschaftlichen und methodologischen Reflexion zu unterziehen: Die wissenschaftliche Begründung verfolgt den Aspekt, Interventionen als begründbares Handeln und Forschungsgegenstand wissenschaftlicher Theorien und empirischer Untersuchungen zu betrachten. Die gesundheitspolitische Begründung deklariert klinisch-psychologische Interventionen als Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsversorgung, die gesetzlichen Regelungen unterliegen und mittels wissenschaftlicher Forschung legitimiert werden sollten. Die ethische Begründung zielt auf eine durch Interventionsforschung begründete Ausrichtung von klinisch-psychologischen Interventionen auf psychisch hilfsbedürftige Menschen. Dementsprechend sollte die Wirksamkeit angewandter Psychotherapie einer wissenschaftlich-methodologischen Betrachtung unterzogen werden, die die aufgeführten Einflussfaktoren beachtet. Nachweislich sollten aus der Literatur festgesetzte Bestimmungen zur Psychotherapieforschung im Rahmen der Wirksamkeitsforschung berücksichtigt werden und die durch die American Psychological Association (APA Task Force on Psychological Intervention Guidelines, 1995) definierten „Goldstandards“ für die Bewertung von Interventionsstudien überprüft werden. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (2009) determiniert evident analoge Vorgaben zur Beurteilung von Interventionsstudien. Demnach gelten Interventionen als „empirisch gut bewährt“, wenn sie im Vergleich zu medikamentöser oder psychologischer Placebobehandlung in mindestens zwei Kontrollgruppenstudien überlegen waren oder sich im Vergleich zu einer bereits bewährten Alternativtherapie als genauso wirkungsvoll erwiesen haben. Der überlegene Vergleich mit einer nicht behandelten Kontrollgruppe (z. B. Wartekontrollgruppe) über mindestens zwei Studien bzw. die Bewährung der Therapiemethode im Vergleich mit einem Kontrollgruppen-Design (analog den Kriterien empirisch gut bewährter Studien) in einer Studie, kennzeichnet „vermutlich effektive Interventionen“ (Döpfner, 2003).

2 Ziele der Psychotherapieforschung

Die Psychotherapieforschung verfolgt den Wirksamkeitsnachweis von psychotherapeutischen Behandlungsmethodiken mit zwei verschiedenen Ansätzen. Die „Efficacy-Forschung“ überprüft die Wirksamkeit von Interventionen unter idealen Bedingungen, welche die Freiwilligkeit der Teilnehmer, trainierte Therapeuten und klinische Laborbedingungen als Forschungsbedingungen voraussetzen. Demgegenüber untersucht die „Effectiveness-Forschung“ die Effektivität angewandter Therapien im klinischen Alltag mit typischen Klienten, die von einem durchschnittlichen Therapeuten unter gewöhnlichen klinischen Bedingungen durchgeführt werden (Weisz u. Jensen, 2001).

Die zentralen Anliegen der Psychotherapieforschung sind im engeren Sinne die Verbesserung der Effektivität und Nachhaltigkeit psychotherapeutischer Behandlungen

sowie die Eruierung wirksamerer Behandlungskonzepte. Die von Remschmidt und Mattejat (1997) postulierten Forderungen an die Psychotherapieforschung umfassen die Aspekte Wirksamkeitsnachweis, Wirkungsvergleich, Therapieprozessforschung, Evaluationen von Therapieprogrammen und -methoden sowie die Erarbeitung von zusätzlichen Variablen für den Therapieerfolg (z. B. Einbezug der Familie). Die Wirksamkeit angewandter Psychotherapieverfahren wird durch mehrere einzelne oder Multicenter Studien sowie durch Metaanalysen belegt. Dazu werden die statistische Signifikanz, die klinische Relevanz und die Effektstärken der Psychotherapieverfahren überprüft. Mit Hilfe der Psychotherapieforschung und der Evaluation der Wirksamkeit von psychotherapeutischen Behandlungsprogrammen können Hinweise für die klinische Praxis abgeleitet und verbesserte Behandlungsansätze und -ergebnisse ermöglicht werden. Die Bewertung des Psychotherapieerfolges und die Einführung verbesserter Behandlungsbedingungen tragen zur Implementierung verbesserter Psychotherapieverfahren bei und begründen den Fortschritt der Wirksamkeit der psychotherapeutischen Praxis.

3 Bisherige Ergebnisse der Psychotherapieforschung

Die Analysen von Barnett, Docherty und Frommelt (1991) belegen ebenso wie die Studien von Lonigan, Elbert und Johnson (1998) die Wirksamkeit der Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Die Wirksamkeit kann durch die ermittelten mittleren ($d = 0.71$) bis starken ($d = 0.90$) Effektstärken psychotherapeutischer Behandlungen im Kindes- und Jugendalter von Weisz et al. (1995) und Sell (2000) bestätigt werden. Die Effektstärken weisen darauf hin, dass Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter ähnlich wirkungsvoll ist wie Psychotherapie bei Erwachsenen. Die beiden Arbeiten zeigen bei psychotherapeutisch behandelten Kindern und Jugendlichen bessere Effekte als bei nicht-behandelten beziehungsweise Wartekontrollgruppen. Zudem überwiegen die Anzahl verhaltenstherapeutischer, kognitiv-behavioraler kontrollierter Psychotherapiestudien (ca. 90 %) und die Effektstärken kognitiv-behavioraler Verfahren im Kindes- und Jugendalter ($d = 0.76-0.91$). Diese beiden Aspekte belegen nach Weisz et al. (1995) und Casey und Berman (1985) die erhöhte Wirksamkeit behavioraler Verfahren gegenüber anderen psychotherapeutischen Verfahren (Effektstärken nonbehavioraler Verfahren $d = 0.35-0.40$). Die höheren Effektstärken kognitiv-behavioraler Verfahren könnten jedoch auch durch den Standardisierungsgrad der Kognitiven Verhaltenstherapie, der größer ist als bei nonbehavioralen Studien, begründet sein. Zudem beschreiben die Metaanalysen häufiger behaviorale Therapieverfahren ($N = 197$) im Vergleich zu nonbehavioralen Therapieverfahren ($N = 27$) (Weisz et al., 1995).

Neben dem Moderatoreffekt der Therapieklassen (behavioral vs. nonbehavioral) beeinflussen weitere Moderatoren den Therapieerfolg psychotherapeutischer Verfahren im Kindes- und Jugendalter. Beim Vergleich der Therapiemodalitäten (Einzel- vs. Gruppentherapie) konnte eine Tendenz hinsichtlich einer besseren Wirksamkeit von

Einzeltherapie ($d = 0.82$ vs. Gruppentherapie: $d = 0.52$) festgestellt werden (Casey u. Berman, 1985). Die Gegenüberstellung der behandelten Problemtypen „überkontrolliert“ und „unterkontrolliert“ (analog internalisierende vs. externalisierende Störungen) indiziert nach Casey und Berman (1985) eine bessere Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen mit überkontrollierten Störungen. Zudem beschreibt der Schweregrad der Störung einen Einfluss auf den Behandlungserfolg. Interventionsstudien unterscheiden zumeist zwischen analogen und klinischen Stichproben, wobei analoge Stichproben vorwiegend Klienten mit einem geringeren Schweregrad und klinische Stichproben häufiger schwerere Störungen umfassen. Die bisher angeführten Metaanalysen konnten höhere Effektstärken für analoge Stichproben ermitteln, so dass sich subklinische Auffälligkeiten wirksamer therapieren lassen.

Neben den durch die aufgeführten Metaanalysen nachgewiesenen Moderatoreffekten auf die Wirksamkeit von Psychotherapie, konnte belegt werden, dass psychotherapeutische Verfahren im Kindes- und Jugendalter eine Stabilität der Therapieeffekte über mindestens sechs Monate aufweisen (Weisz, Weiss, Alicke, Klotz, 1987). Die starken Follow-up-Effektstärken ($d = 0.93$) waren den mittleren Post-Therapie-Effektstärken ($d = 0.79$) überlegen. Hingegen konnten spätere Studien (Weisz et al., 1995; Kazdin, Bass, Ayers, Rodgers, 1990) keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Therapiewirksamkeit zwischen den Post-Therapie- und den Follow-up-Effektstärken feststellen. Die Ergebnisse deuten auf eine uneinige Befundlage und die Schlussfolgerung hin, dass die in Psychotherapien im Kindes- und Jugendalter erzielten Effekte dauerhaft bestehen bleiben, aber nicht zwangsläufig mit einer Zunahme bzw. Abnahme des Therapieeffektes nach der Behandlung einhergehen. Weiterhin zeigen Weisz et al. (1995) die Spezifität von Therapieeffekten auf, die durch eine erhöhte Wirksamkeit von psychotherapeutischen Verfahren auf spezifische, durch die Behandlung fokussierte Probleme nachgewiesen werden konnte. Im Vergleich dazu, waren psychotherapeutische Verfahren bei nicht fokussierten bzw. unspezifischeren Probleme weniger wirksam.

4 Darstellung und Diskussion neuerer Forschungsergebnisse

Reimert (2008) hat in ihrer Arbeit die Effektstärken früherer Analysen mit aktuellen Forschungsergebnissen verglichen und beurteilt. Dazu wurden Psychotherapiestudien des Zeitraums von 1993 bis 2006 einer metaanalytischen Auswertung unterzogen. In einer Untersuchung von Andres (2010) wurden weitere Primärstudien zur Therapiewirksamkeit im Kindes- und Jugendalter ergänzt. Beide Arbeiten haben die allgemeine Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter und den Einfluss verschiedener Merkmale auf den Therapieerfolg untersucht. Mittels der Analysen der Einflussfaktoren konnten differenzierte Aussagen darüber getroffen werden, unter welchen Bedingungen welches therapeutische Vorgehen besonders erfolgreich ist. Neben der Beurteilung einflussnehmender Faktoren und der Wirksamkeit von Psychotherapie wurde die Stabilität des Behandlungserfolges untersucht.

4.1 Einschlusskriterien und Stichproben

Die Analysen von Reimert (2008) und Andres (2010) orientierten sich an den in Metaanalysen gängigen Einschlusskriterien. Dabei galten insbesondere der Status der Veröffentlichung in einer Fachzeitschrift als Qualifikationskontrolle. Die Auswahl und Recherche nach Primärstudien zur Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter erfolgte mittels der Suche nach Schlüsselbegriffen in einschlägigen Datenbanken und Fachzeitschriften. Veröffentlichte Übersichtartikel und Literaturlisten wurden als weitere Quelle herangezogen. In die Metaanalysen wurden Interventionen aufgenommen, die psychische Störungen lindern oder gewünschtes Verhalten durch Gespräche, Interaktionen oder Trainingsprogramme fördern. Das Fehlen einer Kontrollgruppe bzw. eine begleitende pharmakologische Mitbehandlungen galten als Ausschlusskriterien. In der Arbeit von Reimert (2008) konnten insgesamt 111 Primärstudien aus den Jahren 1993-2006 in die Metaanalyse integriert werden. Die Re-Analyse von Andres (2010) konnte weitere 27 relevante Studien berücksichtigen, so dass insgesamt 138 Studien aus dem Zeitraum 01/1993-03/2009 in die Analyse eingingen. Die Stichprobenbeschreibung beider Arbeiten ist in Tabelle 1 gegenübergestellt.

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der Metaanalysen von Reimert (2008) und Andres (2010)

Kriterien	Andres (2010) (Teilstichprobe Reimert, 2008)
Anzahl Studien	99 (70)
Anzahl Vergleichsgruppen	138 (111)
Eingeschlossene Studien	121 (100) englischsprachig 17 (11) deutschsprachig
Altersdurchschnitt der behandelten Kinder und Jugendlichen	9.67 Jahre; SD = 3.91 (9.41 Jahre; SD = 3.93)
Altersgruppen	
- jüngere Kinder (bis 7 Jahre)	36 (33) Studien
- ältere Kinder (8-12 Jahre)	64 (53) Studien
- Jugendliche (ab 13 Jahre)	35 (22) Studien
Geschlechterverteilung	
- jungendominiert	62 % (66 %)
- mädchendominiert	31 % (28 %)
Störungsdiagnosen	
- Verhaltensstörungen	26 % (27 %)
- Angststörungen	22 % (26 %)
- Depressionen	15 % (11 %)
- Aufmerksamkeitsstörungen	9 % (7 %)
über- vs. unterkontrollierte Störungen	42 % vs. 40 % (43 % vs. 41 %)

Die Gegenüberstellung zeigt, dass die Stichprobe von Andres (2010) trotz zusätzlicher Fälle der Stichprobenbeschreibung von Reimert (2008) sehr ähnelt. Bezüglich

des Studiendesigns berichten beide Arbeiten über eine vorwiegend randomisierte Zuteilung (87 %) der Versuchspersonen zu den jeweiligen Behandlungs- oder einer Wartekontrollgruppe. Zudem war die Art der Stichprobe zu 57 % klinisch und zu 43 % analog. Bei der Betrachtung der Therapieklassen wurde ein klarer Überschuss behavioraler Therapien (87 %) im Vergleich zu nonbehavioralen Therapien (13 %) deutlich. Die therapeutischen Verfahren wurden nach Reimert (2008) zumeist von professionellen Therapeuten (73 %) durchgeführt, gefolgt von Studenten (12 %) und paraprofessionellen Therapeuten (8 %). Bezogen auf die Therapiemodalität zeigten sich vor allem Gruppentherapien (57 %). Einzel- bzw. Familientherapien wurden deutlich seltener beschrieben (25 % bzw. 14 %).

4.2 Allgemeine Wirksamkeitsbeurteilung der verschiedenen Therapieformen

Die allgemeine Wirksamkeit der Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter wurde in den Arbeiten von Reimert (2008) und Andres (2010) mittels der Berechnung des Gesamteffekts beurteilt. Der Gesamteffekt wurde anhand der für jede Studie berechneten Median-Studieneffektstärken durch Mittelwertbildung ermittelt. Dabei resultierten für die allgemeine Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter Effektstärken von $d = 0.79$ (Reimert, 2008) und $d = 0.73$ (Andres, 2010). Die Ergebnisse der beiden Behandlungs- und Kontrollgruppenvergleiche beschreiben einen hohen Effekt von Psychotherapie in dieser Altersgruppe und bestätigen frühere Untersuchungen (Barnett et al., 1991; Weisz et al., 1995; Sell, 2000). Folglich kann gerechtfertigterweise eine hohe Wirksamkeit der Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter angegeben werden.

Tabelle 2: Anzahl kontrollierter Studien (1993-2009) verschiedener Therapieformen und deren Effektstärke (Andres, 2010)

Therapiekategorie	Therapieform	N	%	Effektstärke
Behavioral	Kognitiv-behaviorale Therapie	60	43.5	0.85
	Elterntraining	26	18.8	0.71
	Training sozialer Fertigkeiten	10	7.2	0.35
	Entspannungstraining	4	2.9	0.62
	Diskussionsgruppe	1	0.7	0.44
	Andere behaviorale Therapien	19	13.8	0.96
	Gesamt:		120	87.0
Nonbehavioral	Psychodynamische Therapien	6	4.4	0.53
	Klientenzentrierte Therapie	5	3.6	0.47
	Diskussionsgruppe	1	0.7	0.26
	Andere nonbehaviorale Therapien	6	4.4	0.20
	Gesamt:		18	13.0

Tabelle 2 führt die Anzahl kontrollierter Studie (1993-2009) über die verschiedenen Therapieformen und die dazugehörigen Effektstärken nach Andres (2010) an. Die differenzierte Betrachtung ergab höhere Effektstärken für behaviorale Psychotherapien ($d = 0.80$), insbesondere für kognitiv-behaviorale Therapieverfahren ($d = 0.85$) und im Vergleich zu nonbehavioralen Psychotherapien ($d = 0.41$). Die Therapieklasse, als ein Moderator des Therapieeffektes, verdeutlicht die Überlegenheit behavioraler Therapieverfahren über nonbehaviorale Verfahren bezogen auf die Anzahl der durchgeführten Behandlungs-Kontrollgruppenvergleiche und deren Effektstärken. Entsprechend früherer Studien (Casey u. Berman, 1985; Weisz et al., 1995) lassen sich behaviorale Therapieverfahren als wirksamer beschreiben. Dieser Umstand wird vielfach dadurch begründet, dass behaviorale Therapien sich stärker an der zu behandelnden Symptomatik orientieren, wohingegen nonbehaviorale Therapien eher allgemeinere Veränderungen (z. B. der Persönlichkeit) verfolgen. Während behaviorale Behandlungen direkt auf das Beheben der Störung bzw. der durch sie verursachten Beeinträchtigung abzielen, erfolgt die Intervention bei nonbehavioralen Verfahren weitaus häufiger indirekt über die Veränderung der Person. Aufgrund der unterschiedlichen Zielsetzungen beider Therapieklassen lassen sich möglicherweise direkt nach Therapieabschluss unterschiedliche Effekte feststellen. Bei nonbehavioralen Therapieverfahren werden der Therapieerfolg bzw. die tatsächlichen Verhaltensänderungen unter Umständen nicht sofort nach Therapieende deutlich, eine ausreichende Anzahl von Studien mit Katamnese fehlt jedoch bis jetzt. Als weitere Erklärung für die niedrigen Effektstärken nonbehavioraler Therapien könnte die schlechtere Datenbasis aufgrund der niedrigen Anzahl von Therapiestudien dienen.

Auf Therapieklassenebene wurde im Bereich behavioraler Psychotherapie die Überlegenheit kognitiv-behavioraler ($d = 0.85$) und anderer (z. B. operanter und responder) behavioraler Psychotherapien ($d = 0.96$) deutlich. Bei den nonbehavioralen Verfahren erzielten psychodynamische ($d = 0.53$) und klientenzentrierte ($d = 0.47$) Verfahren Effektstärken im mittleren Bereich. Die beschriebenen Ergebnisse stimmen mit denen von Reimert (2008) überein. Weitere Unterschiede beider Therapieklassen werden unter Einbezug zusätzlicher Moderatoren diskutiert.

4.3 Moderatoren des Therapieeffektes

Einbezug der Familie. Als Moderatoren des Therapieerfolges kommen verschiedene unabhängige Variablen infrage, die als Einflussgrößen auf das erzielte Behandlungsergebnis in den Studie gelten. Der Einbezug der Familie in das therapeutische Setting wurde als ein Moderator des Therapieerfolges untersucht. Die Analysen von Andres (2010) bestätigen einen größeren Behandlungseffekt unter Einbezug der Familie ($d = 0.87$, $N = 66$) im Vergleich zu therapeutischen Behandlungen ohne Einbezug der Familie ($d = 0.61$, $N = 72$). Der Einbezug weiterer Variablen, wie beispielsweise das Geschlecht und Alter, erzielte keine zusätzlichen Effekte. Die differenzierte Betrachtung des Effektes des Einbezuges der Familie bei behavioralen vs. nonbehavioralen Therapieverfahren zeigte

entgegengesetzte Ergebnisse. Behaviorale Therapien waren bei Einbezug der Familie erfolgreicher ($d = 0.94$, $N = 57$) als ohne Einbezug der Familie ($d = 0.63$, $N = 63$), wohingegen bei nonbehavioralen Verfahren ein umgekehrter Trend deutlich wurde. Hier waren Therapien ohne Familieneinbezug wirksamer ($d = 0.47$, $N = 12$) als mit Familieneinbezug ($d = 0.23$, $N = 6$). Die Unterschiede beider Therapieklassen sind unter Berücksichtigung des Einbezugs der Familie bei der Intervention (behavioral: $d = 0.94$; nonbehavioral: $d = 0.23$) deutlich größer als bei Behandlungen ohne Einbezug der Familie (behavioral: $d = 0.63$; nonbehavioral: $d = 0.47$). Ableitend daraus kann geschlossen werden, dass die Inhalte und Methoden beider Therapieklassen auf unterschiedliche Weise auf den Einbezug der Familie abgestimmt sind, wodurch gegensätzliche Effekte zustande kommen.

Modalität der Therapie. Andres (2010) und Reimert (2008) konnten in ihren Untersuchungen bezüglich des Vergleiches der Therapiemodalitäten (Einzel- vs. Gruppentherapie) die Ergebnisse von Casey und Berman (1985) replizieren, so dass einzeltherapeutische Behandlungen ($d = 0.82$, $N = 22$) eine höhere Effektstärke aufweisen als Gruppensitzungen ($d = 0.61$, $N = 69$). Zudem wurden Therapien mit Einbezug der Familie in den Untersuchungen zur Therapiemodalität berücksichtigt. Der Vergleich der drei Therapiemodalitäten zeigt, dass neben der Überlegenheit der Einzeltherapie über die Gruppentherapie auch die Familientherapie der Gruppentherapie überlegen zu sein scheint. Nach Andres (2010) führen Therapien mit Einbezug der Familie ($d = 1.25$, $N = 17$) zu besseren Behandlungseffekten als Gruppentherapien ($d = 0.61$, $N = 69$). Zwischen Einzel- und Familientherapie werden ähnlich hohe Effektstärken beschrieben, so dass sich schlussfolgern lässt, dass die Anwendung von Einzeltherapie mit oder ohne Einbezug der Familie wirksamer ist als die Anwendung von Gruppentherapie. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Therapiesitzungen zusammen mit anderen Kindern und Jugendlichen nicht wirksamer sind und ein einzeltherapeutisches Setting (mit oder ohne Einbezug der Familie) als erfolgversprechender beschrieben werden kann. Innerhalb einer Einzeltherapie (mit oder ohne Einbezug der Familie) kann der Therapeut intensiver auf die individuelle Problematik des Klienten eingehen als es in einem Gruppensetting möglich wäre, so dass der Klient durchaus stärker davon profitieren kann. Nicht zu vernachlässigen ist jedoch der Umstand, dass die Unterlegenheit der Gruppentherapie in den Analysen aufgrund der Konstellation von Störungsdiagnose und Therapiemodalität zustande gekommen sein könnte. Vereinzelt wurden Störungsbilder mit Gruppentherapie behandelt, bei denen sich diese Modalität als eher ungünstig auf den Therapieerfolg auswirkt.

Unter Berücksichtigung des Alters konnten die dargestellten Ergebnisse weiter differenziert werden. Bei jüngeren Kindern (bis 7 Jahre) und Jugendlichen (ab 13 Jahre) erwiesen sich Einzeltherapien am wirksamsten (jüngere Kinder: $d = 1.28$, $N = 8$; Jugendliche: $d = 0.78$, $N = 9$), wohingegen ältere Kinder (8-12 Jahre) am stärksten von einer Psychotherapie mit Beteiligung der Familie ($d = 1.89$, $N = 6$) profitieren. Im Jugendalter weisen Psychotherapien mit Einbezug der Familie im Vergleich zu den anderen Altersgruppen nur mittelstarke Effektstärken auf. Das Streben nach Un-

abhängigkeit und das Bedürfnis nach Loslösung vom Elternhaus scheinen hier eine entscheidende Rolle zu spielen und sollten bei der Therapieindikation berücksichtigt werden. Jugendliche sollten im Vergleich zu Kindern eher in Einzel- oder Gruppentherapie behandelt werden. Bei Kindern sollten der Einbezug der Familie bzw. die Einzeltherapie der Gruppentherapie vorgezogen werden.

Problemtyp. Die Analysen von Reimert (2008) konnten entgegen der Befunde von Weisz et al. (1987; 1995) bedeutende Unterschiede zwischen den Problemtypen (über- vs. unterkontrolliert) und den Behandlungseffekten feststellen. Dahingehend zeigt die Behandlung überkontrollierter Störungen ($d = 0.95$) größere Effektstärken als die von unterkontrollierten Störungen ($d = 0.67$). Bei der Betrachtung des Problemtyps sollte jedoch der Faktor Schweregrad der Störung mitberücksichtigt werden.

Schweregrad der Störung. Die Analyse des Schweregrades der Störung zeigt nach Andres (2010) einen eindeutigen Effekt, wonach die Behandlung von klinischen Stichproben zu höheren Behandlungseffekten ($d = 0.88$) führt als die Behandlung von analogen Stichproben ($d = 0.58$). Dieser Effekt ist über beide Therapieklassen hinweg signifikant. Insgesamt betrachtet ist der Behandlungseffekt bei behavioralen Therapien mit klinischen bzw. analogen Stichproben ($d = 0.91$ bzw. $d = 0.65$) jedoch höher als bei nonbehavioralen Therapien klinischer bzw. analoger Stichproben ($d = 0.56$ bzw. $d = 0.12$). Die Effektstärken erlauben die Annahme, dass eine behaviorale Therapie unabhängig vom Schweregrad der Störung höhere Behandlungseffekte erzielt, während in einer nonbehavioralen Therapie klinischer Stichproben mittlere Effekte und bei analogen Stichproben lediglich unbedeutende Effekte erzielt werden können. Demnach ist die behaviorale Therapie der nonbehavioralen Therapie vorzuziehen.

Bei der Betrachtung der Therapieeffekte in Abhängig vom Schweregrad der Störung und dem Problemtyp (über- vs. unterkontrolliert) konnten bedeutsame Interaktionseffekte beider Faktoren festgestellt werden. Ableitend aus den Ergebnissen kann postuliert werden, dass die Behandlung überkontrollierter Probleme bei schwerwiegenderen Störungen zu größeren Effekten ($d = 1.24$) führt als bei leicht ausgeprägter Symptomatik ($d = 0.68$). Demgegenüber fallen die Effekte bei unterkontrollierten Störungen leicht zugunsten der Probleme mit geringerem Schweregrad ($d = 0.71$ vs. $d = 0.65$) aus (Reimert, 2008).

4.4 Differentielle Therapieindikation

Die Wirksamkeit verschiedener Therapien bei unterschiedlichen Störungsbildern wurde anhand der vier am häufigsten in den Studien behandelten Störungsbilder ermittelt. Reimert (2008) beschreibt mit ihrer Metaanalyse die höchsten Effektstärken im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter ($d = 1.04$, $N = 29$). Im Vergleich dazu zeigt die Behandlung von Verhaltensstörungen ($d = 0.66$, $N = 66$), Depressionen ($d = 0.58$, $N = 12$) und Aufmerksamkeitsstörungen ($d = 0.49$, $N = 8$) mittlere Effektstärken auf.

4.5 Stabilität des Therapieerfolgs

In der von Reimert (2008) angebrachten Gegenüberstellung der Therapieergebnisse beim ersten Follow-up im Vergleich zur Post-Therapie-Erhebung wurde deutlich, dass die Therapieerfolge bei den Studien mit Follow-up-Erhebung ($N = 66$) beibehalten werden bzw. sogar leichte Verbesserungen erzielt werden konnten. Beim Großteil der Studien mit Follow-up-Erhebungen konnten schwach zunehmende Therapieeffekte (d. h. Verbesserungen $> 5-20\%$; $N = 32$) bzw. auf dem gleichen Niveau bleibende Therapieeffekte (d. h. Verbesserungen -5% bis 5% ; $N = 23$) ermittelt werden. In sieben weiteren Studien konnten Verbesserungen von $> 20\%$ der Ergebnismaße von Post-Erhebung hin zur Follow-up-Erhebung festgestellt werden. Bei lediglich vier Studien kam es zu einer schwachen Abnahme der Ergebniswerte (Verschlechterung um $> 5-20\%$), starke Verschlechterungen ($> 20\%$) traten nicht auf. Die stärksten Verbesserungen der Therapieeffekte zwischen Post-Therapie-Erhebung und Follow-up konnten bei einem mittleren Abstand von 3,5 bis 6 Monaten zur Post-Therapie-Erhebung festgestellt werden. Damit lassen sich die Befunde von Weisz et al. (1987) bestätigen, so dass die Wirksamkeitsstabilität von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter nachgewiesen werden konnte. Zudem konnte ein Einfluss des Problemtypes auf die Stabilität der Therapieerfolge festgestellt werden. Bei überkontrollierten Störungen werden nach Therapieende und im Follow-up stärkere Verbesserungen sichtbar als bei unterkontrollierten Störungen, $F(1, 53) = 12,508$; $p = .001$.

5 Diskussion

Im Rahmen der sich überschneidenden Metaanalysen von Reimert (2008; Zeitraum: 1993-2006) und Andres (2010; Zeitraum: 1993-2009) wurden Forschungsergebnisse vieler einzelner Untersuchungen zusammengefasst und integrativ betrachtet. Auf diese Weise konnten ein Gesamteffektstärkewert für alle durchgeführten Psychotherapien und die Effektivitätsstärkewerte für Subgruppen (z. B. Therapieklassen, Therapieformen) berechnet und miteinander verglichen werden. Die Arbeiten von Reimert (2008) und Andres (2010) konnten bisherige Studien (Weisz et al., 1995, Lonigan et al., 1998) bestätigen und die Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter belegen. Zudem wurden Analysen relevanter Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg durchgeführt. Hierbei wurden die Therapiekategorie, der Einbezug der Familie, die Modalität der Therapie, der Problemtyp und Schweregrad der Störung und das Alter der Klienten berücksichtigt. Neben der allgemeinen Wirksamkeit konnte insbesondere die Wirksamkeit behavioraler Therapien gegenüber nonbehavioraler Therapien verdeutlicht werden. Der Vorteil zugunsten der behavioralen Therapien wird auch in der Anzahl der durchgeführten Studien beider Therapieklassen ersichtlich. Insgesamt betrachtet kann eine deutlich höhere Anzahl zu behavioralen Therapien verzeichnet werden. Eine signifikant höhere Therapiewirk-

samkeit wird durch den Einbezug der Familie in Unabhängigkeit vom Alter und Geschlecht der Klienten, der Anwendung von Einzeltherapie und der Behandlung von überkontrollierten und klinischen Stichproben erzielt. Die Überprüfung der Stabilität der Therapieeffekte akzentuiert die Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter auf kurz- und langfristige Sicht.

Literatur

- American Psychological Association Task Force on Psychological Intervention Guidelines (APA) (1995). *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders* (Vol. 47). Washington, DC.
- Andres, C. (2010). *Metaanalyse zur Wirksamkeit der Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*. München: GRIN Verlag.
- Barnett, R. J., Docherty, J. P., Frommelt, G. M. (1991). A review of child psychotherapy research since 1963. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 1-14.
- Casey, R. J., Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98, 388-400.
- Döpfner, M. (2003). Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 4, 258-266.
- Kazdin, A. E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents: Directions for research and practice*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E., Bass, D., Ayers, W., Rodgers, A. (1990). Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 729-740.
- Kazdin, A. E., Weisz, J. R. (2003). Context and background of evidence-based psychotherapies for children and adolescents. In A. E. Kazdin, J. R. Weisz (Hrsg.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (S. 3-20). New York: The Guilford Press.
- Lonigan, C. J., Elbert, J. C., Johnson, S. B. (1998). Empirically supported psychosocial interventions for children: overview. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 138-145.
- Perrez, M., Baumann, U. (1991). Systematik der klinisch-psychologischen Intervention: Einleitung. In M. Perrez, U. Baumann, M. Perrez, U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (1. Aufl., Bnd. 2: Intervention, S. 21-29). Stuttgart: Hans Huber.
- Reimert, A. (2008). *Metaanalyse zur Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Potsdam.
- Remschmidt, H., Mattejat, F. (1997). Psychotherapieforschung. In H. Remschmidt (Hrsg.), *Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter* (S. 45-68). Stuttgart: Thieme.
- Sell, S. (2000). *Die Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Potsdam.
- Weisz, J. R., Jensen, A. L. (2001). Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, I/12-I/18.
- Weisz, J., Weiss, B., Alicke, M., 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., Han, S. S., Granger, D. A., Morton, T. (1995). Effects of psychotherapie with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450-468.

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2009). Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie – Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie. www.wbpsychotherapie.de

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. Günter Esser, Universität Potsdam, Department Psychologie, Karl-Liebknecht-Str. 24-25, 14476 Potsdam OT Golm;
E-Mail: gesser@uni-potsdam.de

Günter Esser und Sarah Blank, Klinische Psychologie/Psychotherapie, Universität Potsdam