

Windaus, Eberhard

Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 54 (2005) 7, S. 530-558

urn:nbn:de:bsz-psydok-45813

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

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

Originalarbeiten / Original Articles

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

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

Übersichtsarbeiten / Review Articles

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

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

Buchbesprechungen / Book Reviews

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

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

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

Neuere Testverfahren / Test Reviews

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

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

ÜBERSICHTSARBEITEN

Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht¹

Eberhard Windaus

Summary

Efficacy studies in the field of psychotherapy – psychoanalytical and psychodynamic psychology – for children and adolescents: a survey

An overview is given of the development of efficacy research in the field of psychoanalytically justified procedures for psychotherapy for children and adolescents in German-speaking countries and internationally. It is ascertained that there exists a shortfall in the empirical research on analytical psychotherapy for children and adolescents in comparison with other psychotherapy processes in the field of psychotherapy for children and adolescents. The available studies nevertheless give evidence for the efficacy of analytical psychotherapy for children and adolescents. The available catamneses also give a good naturalistic portrayal of the reality of treatment under delivery conditions. An allocation and evaluation of the individual studies in accordance with the application areas and minimum requirements set by the Wissenschaftliche Beirat (scientific advisory board) according to § 11 PsychThG (Psychotherapeutengesetz = law for psychotherapy). More recent studies, which present a combination of waiting control group design and naturalistic field portrayal, establish the efficacy of analytical psychotherapy for children and adolescents under supply conditions. The disorder-specific studies on depressive, anxiety and behavioural disorders (Horn et al. 2005, Kronmüller et al. 2005 and Winkelmann et al. 2005) give the first and only controlled and naturalistic evidence of the efficacy of analytical psychotherapy for children and adolescents in outpatient care in Germany.

Key words: efficacy research – catamneses – controlled naturalistic studies – areas of application and minimum requirements according to the scientific advisory board in accordance with § 11 PsychThG – psychoanalytical procedures with children and adolescents

¹ Ein gleichlautender Vortrag wurde bei der 10. Konferenz für wissenschaftlichen Austausch der VAKJP am 14. Februar 2004 in Frankfurt am Main gehalten. Dieser Text ist eine Überarbeitung, Erweiterung und Aktualisierung der Erstveröffentlichung in Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie 35: 419–442 (2004).

Zusammenfassung

Es wird eine Übersicht über die Entwicklung der Wirksamkeitsforschung im Bereich der psychoanalytisch begründeten Verfahren für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im deutschsprachigen und internationalen Bereich gegeben. Im Vergleich zu anderen Psychotherapieverfahren im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird festgestellt, dass bei der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ein Rückstand in der empirischen Forschung besteht. Gleichwohl belegen die vorhandenen Studien die Wirksamkeit analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Auch bilden die vorliegenden Katamnesen die Behandlungsrealität unter Versorgungsbedingungen naturalistisch gut ab. Es wird eine Zuordnung und Bewertung der einzelnen Studien nach den vom Wissenschaftlichen Beirat nach § 11 PsychThG festgelegten Anwendungsbereichen und Mindestanforderungen vorgenommen. Neuere Studien, die eine Kombination von Wartekontrollgruppendesign und naturalistischer Feldabbildung darstellen, stellen die Wirksamkeit von analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unter Versorgungsbedingungen fest. Die störungsspezifischen Studien zu depressiven, Angst- und Verhaltensstörungen (Horn et al. 2005; Kronmüller et al. 2005 und Winkelmann et al. 2005a, b) belegen einzig und erstmalig, kontrolliert und naturalistisch die Wirksamkeit analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der ambulanten Versorgung in Deutschland.

Schlagwörter: Wirksamkeitsforschung – Katamnesen – kontrolliert-naturalistische Studien – Anwendungsbereiche und Mindestanforderungen nach Wissenschaftlichem Beirat nach § 11 PsychThG – psychoanalytisch begründete Verfahren bei Kindern und Jugendlichen

1 Deutschsprachige Arbeiten

Die erste deutschsprachige Veröffentlichung zu katamnesticen Untersuchungen von analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, 1964 von Annemarie Dührssen² vorgelegt, beginnt mit dem Satz: „Die Frage nach den *Erfolgchancen* der analytischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen gehört zu den *brennendsten Problemen* der Kinderpsychiatrie“ (Dührssen 1964, S. 241, Hervorhebungen E. W.). Dass dieser Brand noch nicht gelöscht ist und seit über 40 Jahren schwelt, liegt daran – so Annemarie Dührssen –, dass „es zur Zeit nicht sehr viele psychotherapeutische Kinderabteilungen gibt, an denen intensive und langfristige psychoanalytische Behandlungen in größerem Umfang durchgeführt werden können“ (1964, S. 241). An dieser institutionellen Voraussetzung für psychoanalytische Forschung hat sich bis heute kaum etwas geändert, denn die Universitätslehrstühle

² Dührssen betont, dass „es sich bei den vorliegenden Befunden nicht um das Resultat einer wissenschaftlichen Studie, die von Anfang an als ein Forschungsprogramm geplant und durchgeführt worden ist (handelt)“ (1964, S. 241).

für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sind bis auf wenige Ausnahmen nicht mit Professoren besetzt, die an der Kinder- und Jugendlichenpsychoanalyse interessiert sind. Forschungsmittel werden aber im Rahmen der bundesdeutschen Forschungslandschaft fast ausschließlich an Hochschullehrer und Universitätsinstitute vergeben, so dass die psychoanalytische Therapieforschung von diesen Fördermitteln so gut wie abgeschnitten ist. Auch führt die institutionalisierte Trennung zwischen der Forschung an den staatlichen Hochschulen und der Ausbildung an privaten Ausbildungsinstituten zu divergenten Wissenschaftskulturen. Ausbildungsinstitute können auch keine Grundlagenforschung betreiben.

Verändert hat sich 1964 gegenüber, dass durch die Kassenfinanzierung die Durchführung intensiver und langfristiger psychoanalytischer Behandlungen möglich geworden ist. Leider hat die krankenkassenfinanzierte Richtlinien-Psychotherapie, die die psychoanalytischen Verfahren über Jahrzehnte privilegierte, im Kinder- und Jugendlichenbereich nicht dazu geführt, dass die analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in nennenswertem Umfang in Deutschland beforscht wurde.

Vierzehn Jahre nach Dührssens erster Katamneseerhebung legten Petri und Thieme (1978) eine „Katamnese zur analytischen Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter“ bei einer gemischtneurotischen Klientel von 78 Kindern und Jugendlichen vor, die differenzierter als Dührssens erste Auflistung bestimmte Therapievariablen identifiziert, einen Gruppenvergleich zwischen beendeten und abgebrochenen Therapien durchführt und den Therapieerfolg auf mehreren Ebenen einschätzt. Das Material zu dieser Studie wurde an der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Poliklinik der Neurologischen und Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin erhoben, was unterstreicht, dass ohne universitäre Anbindung psychoanalytische Psychotherapieforschung so gut wie nicht durchführbar ist. Die Ergebnisse dieser Katamnese, dass die durchschnittliche Zufriedenheitsrate bei lediglich 45 % bzw. 65 % lag, bei Therapiebeendigung nur ca. 70 % der Prognosen bestätigt wurden und bei Therapieabbrüchen gar eine um 50 % zu günstige Prognoseeinschätzung bestand, hätten schon damals Anlass zu weiterer Forschung geben können.

Wieder vergingen fast 20 Jahre bis 1996 die Heidelberger Gruppe um Fahrig, Kronmüller, Hartmann und Rudolf eine teils retrospektiv, teils prospektiv angelegte Studie zum „Therapieerfolg analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen“ (Fahrig et al. 1996) vorlegte. Die Stabilität des Therapieerfolgs dieser Stichprobe wurde 2000 von Winkelmann et al. (2000) mit einer Fünf-Jahres-Katamnese fundiert untermauert. Das besondere dieser Therapieerfolgsstudie war, dass sie eine naturalistische und kontrollierte Studie zur ambulanten Versorgungspraxis ist, zum ersten Mal der Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder (BSS-K) angewendet wurde und Effektstärken berechnet werden konnten. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass die errechneten Effektstärken „denen verhaltenstherapeutischen Vorgehens durchaus vergleichbar, zum Teil sogar überlegen waren“ (Fahrig et al. 1996, S. 376). Das sehr gute Resultat von 1.58 Effektstärke (gute Effektstärken sind im Mittel Werte von 0.50 bis 1.00) steht im Kontrast zu dem in der Forschungsliteratur (z. B. Kazdin 1994) oft beklagten Forschungsnotstand bei psychodynamischen Behandlungsverfahren bei Kindern und Jugendlichen. Die Heidelberger Gruppe kommt 1996 zu dem Schluss: „Berücksichtigt man ... wie häufig dieses Verfahren in

der Versorgung von Patienten angewendet wird, ist ein Wirksamkeitsnachweis dringend erforderlich“ (Fahrig et al 1996, S. 377 f.). Der besondere Wert dieser Studie liegt darin, dass sie als *naturalistische Untersuchung*, die der klinischen Inanspruchnahmepopulation in diesem Bereich (die Überweisungen wurden von Ärzten, Schulen, Heimen und Eltern vorgenommen) entspricht, konzipiert ist und zugleich *ein Warteintervall als Kontrollbedingung mit einschließt*. Die beschriebene Komorbidität entspricht der klinischen Realität und belegt, dass es sich nicht um hochselektierte, vom diagnostischen Spektrum her atypische Patienten handelt. Eine vergleichbare Studie hat bisher kein psychotherapeutisches Verfahren im Kinder- und Jugendlichen-Bereich in Deutschland vorlegen können.

Zur genannten Studie liegt als Originalarbeit *eine Fünf-Jahres-Katamnese* vor (Winkelmann et al. 2000), die die Stabilität des Behandlungserfolgs bestätigt. Darin wird der Therapieerfolg *auch von den Eltern und den Kindern* mit eingeschätzt (S. 324 f.). Deren Werte sind bei der Beurteilung der Werte der Studie Fahrig et al. (1996) unbedingt mit heranzuziehen. Die Katamnese belegt die Stabilität des Behandlungserfolgs noch nach 5 Jahren, was in der Psychotherapieforschung bei Kindern ein außerordentliches Ergebnis ist, und weist damit mögliche Einwände bezüglich der Ungeklärtheit des Ausmaßes von Spontanremissionen zurück. Das Warteintervall gibt zudem einen eindeutigen Beleg dafür, dass keine Spontanremission erfolgte. Die Katamnese kommt zu folgendem Resümee: „In der globalen Tendenz zeigte sich eine weitgehende Stabilität mit einer Tendenz zur leichten Verbesserung des Behandlungserfolgs ... Die Effektstärke sowie die Besserungsraten nach dem Kriterium der klinischen Signifikanz blieben im Katamnesezeitraum mit 70–80 % weitgehend stabil“ (Winkelmann et al. 2000, S. 325 f.).

Die Studie von Fahrig et al. (1996) ist eine zur analytischen *Langzeittherapie*. Deshalb weist sie auch keine Kontrollgruppe unbehandelter Patienten auf. Patienten über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr unbehandelt zu lassen, ist ethisch nicht vertretbar. Aus diesem Grund wurden die Kontrollbedingungen auch über sehr veränderungssensitive Messinstrumente zur Einschätzung des Therapieerfolgs (BSSK-K), über direkte und indirekte Veränderungsmaße (Reliable Change Index), die klinische Signifikanz, über die Annäherung an die Norm bei unauffälligen Kindern und Jugendlichen und über ein Warteintervall erbracht. Es liegt zudem mit einer „gesunden Stichprobe“ eine Vergleichsstichprobe vor.

Über eine *Eigenkontrollgruppe im Warteintervall* zwischen Erstinterview und Therapiebeginn konnte aber belegt werden, dass im durchschnittlichen Wartezeitraum von 3½ Monaten sich *keine Spontanremission* ergab. Die Auswertung weist nach, dass es „im Warteintervall zu keiner Verbesserung des Befundes bei der gesamten Behandlungsgruppe“ (S. 388) kam. Des Weiteren wird ausgeführt: „Keine signifikanten Unterschiede in den BSS-K-Bereichen fanden sich zwischen dem Zeitpunkt des Erstinterviews und dem Therapiebeginn ... Eine Ausnahme hiervon bildet die psychische Beeinträchtigung, bei der es im Warteintervall zu einer Verschlechterung gekommen war. Die Effektstärken liegen für diesen Wartezeitraum zwischen 0.02 und 0.17. Die Effektstärke für den BSS-K-Gesamtwert beträgt für diesen Zeitraum -0.05. Im Wartezeitraum blieb im Globalurteil bei 84,4 Prozent der Patienten die Symptomatik unverändert, bei 10,3 Prozent verbesserte sie sich leicht

und bei 5,3 Prozent verschlechterte sie sich“ (S. 388). Damit liegt eine genaue Untersuchung der Ergebnisse des Warteintervalls vor, die auf Signifikanztestung, Effekstärkenberechnung und Symptomveränderung basiert.

Auch die Tatsache, dass 76 % der Stichprobe der BSS-K-Werte der Fahrig et. al.-Studie das Niveau von klinisch nicht auffälligen Fällen erreicht haben, macht es bei den beschriebenen Störungsbildern und deren sonstigem Spontanverlauf nicht plausibel, dafür allein oder wesentlich Spontanremissionsprozesse verantwortlich zu machen. Die neue Studie Winkelmann et al. (2005a, b) stützt prospektiv die evaluierten BSS-K-Werte. Auch die Symptomverbesserung, ein weiteres Kriterium für die Erfolgsmessung bei psychischer Störung mit Krankheitswert, erreicht 90 %.

Schließlich liegt im deutschen Sprachraum noch die 1980 von Zimprich erstellte Arbeit zu Behandlungskonzepten und -resultaten bei psychosomatischen Erkrankungen im Kindesalter vor. Sie entstand durch die Zusammenarbeit der Kinderabteilung für Psychosomatik am Wilhelminenspital in Wien mit Unterstützung des Psychologischen Instituts der Universität Wien. Auch Zimprich (1980) konstatiert die Diskrepanz zwischen der Fülle an psychoanalytischer Fallliteratur und deren mangelhafter wissenschaftlicher Auswertung. „Obwohl im psychoanalytischen und im Schrifttum anderer Schulen seit Sigmund Freud unzählige Fälle psychotherapeutisch behandelter Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen geschildert sind, ist die Literatur Vergleiche therapeutischer Berichte mit quantitativ ausgewerteten Vergleichskollektiven schuldig geblieben“ (Zimprich 1980, S. 164). Der Autor kommt bei seiner Studie zu folgenden Ergebnissen:

1. In der mit tiefenpsychologisch orientierter Therapie behandelten Gruppe psychosomatisch erkrankter Kinder und deren Eltern „wiesen 35,8 % der Kinder auch nach der Therapie ihr Leitsymptom auf, in der Kontrollgruppe 56 %“ (Zimprich 1980, S. 158), was vor allem auf die hartnäckige Chronifizierung bei psychosomatischen Krankheitsbildern hinweist. Aber wenn über ein Drittel der behandelten psychosomatisch erkrankten Kinder weiterhin an starken Symptomen leidet, würde man sich eine je nach Störungsbild differenzierte Untersuchung wünschen.
2. „Betrachtet man die Familienstrukturvariablen, so ergeben sich ... interessante Verschiebungen zugunsten der Therapiegruppe, ebenso wie für die Schulsituation“ (1980, S. 158). Das heißt, dass die stationäre und auch familiendynamisch orientierte tiefenpsychologische Therapie jenseits der psychosomatischen Symptomatik doch Veränderungen bei nicht so leicht zu messenden und schwerer veränderbaren Effektmaßen erreichen konnte. Allerdings ist hier wie bei jeder Studie zur stationären Psychotherapie anzumerken, dass die Wirkung eine Kombination aus verschiedenen Variablen ist (stationäre Aufnahme, heilpädagogische Betreuung, Ergotherapie, Autogenes Training, verhaltenstherapeutische Elemente, tiefenpsychologische Psychotherapie).
3. Die „statistisch einwandfreie Überlegenheit der kombinierten Pharmakotherapie mit Familientherapie (wurde) gefunden und damit erstmals in der Pädiatrie die Überlegenheit dieses multidimensionalen Therapieschemas gegenüber der herkömmlichen symptomorientierten Pharmakotherapie bei psychodynamisch mitverursachten Krankheiten bestätigt“ (1980, S. 175). Die Studie kann insofern

als ein Beleg dafür angesehen werden, dass eine stationäre Behandlung mit überwiegend tiefenpsychologischem Konzept wirksamer ist als eine rein ambulante medikamentöse Therapie. Insgesamt konnte auch der Medikamentengebrauch reduziert werden.

25 Jahre danach muss man feststellen, dass die Ergebnisse der Zimprich-Studie heute für sämtliche Vergleichsstudien aller Psychotherapieverfahren gelten: *Kombinierte Verfahren belegen die Überlegenheit multimodaler Ansätze*. So resümieren z. B. Döpfner et al. (2000) in Bezug auf die Wirksamkeit therapeutischer Behandlungen bei hyperkinetischen Störungen: „Bei der Beurteilung der Langzeitwirksamkeit zeichnet sich eine Überlegenheit multimodaler Interventionen gegenüber einer Stimulanzientherapie ab.“ Nach einer Katamnesezeit von durchschnittlich 9 Jahren erwies sich „die Delinquenzrate der multimodal behandelten Jungen mit 8 % deutlich unter der von ausschließlich mit Methylphenidat behandelten Patienten (22 %)“ (Döpfner et al. 2000, S. 36). Mittlerweile ist die von Zimprich formulierte Perspektive psychotherapeutisches Allgemeingut geworden und keineswegs ein Spezifikum psychoanalytischer Vorgehensweisen bei der Krankenbehandlung.

2 Internationale Untersuchungen

In ihrer Übersichtsarbeit zur psychoanalytischen Therapieforschung bei Kindern und Jugendlichen stellen Kronmüller und Hartmann (1997) in ihrem auf dem 40. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie gehaltenen Vortrag mit sympathischer Milde fest: „Im Vergleich zur Erforschung der Erwachsenenpsychotherapie steht die analytische Therapieforschung bei Kindern und Jugendlichen noch am Beginn.“ Sie greifen die zunehmende Kritik an der unzureichenden Erforschung der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auf und halten entgegen, dass die berechneten Effektstärke-Differenzen zwischen kognitiv-behavioralen und nicht-behavioralen Verfahren in der Meta-Analyse von z. B. Weisz et al. (1995) weit aus geringer ausgefallen sind als bisher angenommen wurde. Da die Effektstärkeberechnung in der vielfach und besonders von Döpfner und Lehmkuhl immer wieder zitierten Metaanalyse von Weisz et al. nur auf der Basis von drei psychodynamischen Studien (Moran et al. 1991; Smyrniotis u. Kirkby 1993; Szapocznik et al. 1989) durchgeführt wurde und unter den angeführten so genannten „insight orientated therapies“ sich keine Studie über psychoanalytische Langzeittherapie befindet, kann damit weder eine aussagekräftige metaanalytische Bewertung bezüglich der Effektstärke vorgenommen werden, noch ein Urteil über den Wirksamkeitsgrad psychoanalytischer Langzeittherapie begründet werden. Das richtige, logische Argument, dass nur mit psychoanalytischen Langzeitstudien die Wirksamkeit dieser Therapiemethode belegt werden kann, wird aber zu einem Bumerang, wenn Studien dafür nicht vorliegen. Der Umstand, dass die vergleichende Psychotherapieforschung 1995 nur auf drei kontrollierte psychodynamische Studien und auf keine psychoanalytischen Langzeittherapiestudien im Kinder- und Jugendlichenbereich zurückgreifen konnte, belegt das enorme Defizit. Auch wenn darauf verwiesen wird, dass

die in zwei naturalistischen Studien ermittelten Effektstärken für psychodynamische Verfahren bei Kindern (Fonagy u. Target 1995; Fahrig et al. 1996) wesentlich höher liegen als die in Metaanalysen ermittelten Effektstärken, muss konstatiert werden, dass bis 2005 keine repräsentative, prospektive Studie zur psychoanalytischen Langzeittherapie bei Kindern und Jugendlichen vorlag.

Hartmann und Kronmüller (1997) kommen zu dem bedenklichen Resümee, dass ein großer Mangel an empirischer Forschung besteht, Nachweise für die Wirksamkeit der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie weitgehend fehlen, eine empirisch orientierte psychoanalytische Prozessforschung im Kinder- und Jugendlichbereich nicht besteht und „sich die Konstruktion analytisch orientierter Meßinstrumente noch im Entwicklungsstadium (befindet)“ (Kronmüller u. Hartmann 1997, S. 281). Auch wenn man anmerkt, dass die Autoren damals zwei Katamnesen (Petri u. Thieme 1978; Waldron et al. 1975) und drei Studien (Zimprich 1980; Lehmkuhl u. Lehmkuhl 1992; Lush et al. 1991), die 1996 bereits publiziert waren, in ihrer Übersichtsarbeit nicht berücksichtigt bzw. übersehen haben, gilt ihre Zustandsbeschreibung angesichts von damals über 500 Studien anderer Psychotherapieverfahren trotzdem weiterhin uneingeschränkt. Ihr Befund führte aber dazu, dass die Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e. V. seitdem die Evaluation der analytischen Kurzzeit- und Langzeittherapie finanziell fördert. Die ersten Ergebnisse liegen nun in einer umfangreichen Gesamtstudie (Winkelmann et al. 2005a) und in drei störungsspezifischen Einzelstudien (Horn et al. 2005; Kronmüller et al. 2005; Winkelmann et al. 2005b, siehe dieses Heft) vor.

3 Aktuelle Herausforderungen

Aktuell sieht sich die analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Evaluierung ihrer Forschungsergebnisse vor folgende Herausforderungen gestellt:

1. Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 des PsychThG hat auch die sozialrechtlich anerkannten Verfahren um Selbstevaluation gebeten. Er tat dies, um in der Öffentlichkeit nicht den Eindruck aufkommen zu lassen, dass diese Verfahren im Vergleich zu den bisher sozialrechtlich nicht anerkannten Verfahren bevorzugt behandelt werden. So wurden die Verhaltenstherapie und die psychoanalytisch begründeten Verfahren vom Wissenschaftlichen Beirat nach den gleichen Verfahrensgrundsätzen einer aktuellen Bewertung unterzogen.

Die Bewertung ergab, dass die Verhaltenstherapie für die Bereiche Erwachsene und Kinder/Jugendliche und die psychoanalytisch begründeten bzw. psychodynamischen Verfahren für den Erwachsenenbereich auch weiterhin als wissenschaftlich anerkannt gelten. Damit hat der Wissenschaftliche Beirat festgestellt, dass die tiefenpsychologischen und psychoanalytischen Verfahren im Gegensatz zu vielfach anders klingenden Verlautbarungen in der wissenschaftlichen Öffentlichkeit als wissenschaftlich überprüft gelten. Die Qualität der eingereichten Studien und die Anzahl der anerkannten Anwendungsbereiche erbrachte im Erwachsenenbereich zwischen Verhaltenstherapie und Psychoanalyse eine Gleichwertigkeit beider Verfahren, so dass die Evaluierung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie

eine Art erneuertes Gütesiegel darstellt und die sozialrechtlich bereits vor dem PsychThG anerkannten Verfahren gegen anderslautende Behauptungen schützt.

Weil für den Kinder- und Jugendlichenbereich im Rahmen der DGPT-Expertise (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie) erst Anfang September 2003 die Studien eingereicht wurden und die bereits Ende 2002 vorgelegte DFT-Expertise (Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e. V.) keine Studien zur tiefenpsychologisch fundierten oder psychodynamischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie enthielt, konnte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie am Ende seiner ersten Amtsperiode die Studien zur analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie nicht mehr prüfen. Da der Wissenschaftliche Beirat in seiner Stellungnahme zur psychodynamischen Psychotherapie mitteilte, dass „Langzeitbehandlungen (mehr als 100 Stunden) nicht berücksichtigt (wurden), da diese Behandlungsform besondere Forschungsfragen aufwirft, die in einer gesonderten Stellungnahme berücksichtigt werden sollten“ (Deutsches Ärzteblatt PP/KJP Ausgabe 1/2005, S. 45), zogen die Antragsteller ihren Antrag zunächst zurück, um die gesonderte Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats abzuwarten. Denn auf Grund dieser Vorgehensweise hätte sich die Bewertungsgrundlage für die psychoanalytische Therapie bei Kindern und Jugendliche verschmälert, da einige der vorgelegten Wirksamkeitsstudien Langzeittherapie-Studien sind. Der Antrag wurde auch zurückgezogen, weil einige Studien bisher noch nicht publiziert waren.

Auch wenn mit der freiwilligen Evaluation durch den Wissenschaftlichen Beirat kurzfristig kaum Folgen verbunden sind, weil die sozialrechtliche Prüfung dem Bundesausschuss obliegt, dürfte doch klar sein, dass im Falle einer negativen Evaluierung damit bei Patienten, in der Fachöffentlichkeit, in Wissenschaft und Forschung Irritationen verbunden wären. Schon mehrfach (u. a. Heerkerens 1992; Doepfner u. Lehmkuhl 2002; Beelmann u. Schneider 2003; Döpfner 2003) wurde in der außereanalytischen kinderpsychiatrischen oder kinderpsychologischen Literatur darauf hingewiesen, dass die Verbreitung der analytischen Verfahren in einem krassen Missverhältnis zu ihrer Erforschtheit steht: 18 psychoanalytische Evaluationsstudien und 6 Katamnesen stehen weltweit ca. 1 500 Studien (Kazdin 2000) anderer Psychotherapieverfahren gegenüber. Dies ist umso bedenklicher, da die psychoanalytisch begründeten Verfahren in der ambulanten Versorgung die in Deutschland am häufigsten zur Anwendung kommenden Methoden sind. So stehen 1.572 psychoanalytisch orientierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 194 verhaltenstherapeutisch orientierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gegenüber (Deutsches Ärzteblatt 2003, S. 2700 Ausgabe A oder Ausgabe PP, Heft 11, S. 487).

Auch der oft vorgebrachte Hinweis, dass es sich bei den zahlreichen anderen Studien vorwiegend um experimentelle Studien handle, die für die Versorgungspraxis nicht typisch seien, überzeugt nur zum Teil. Denn Tatsache ist, dass die anderen Verfahren diese Studien gemacht haben und auf analytischer Seite dies weitgehend versäumt wurde. Während die VT hier viele Studien aufzuweisen hat, ist der Anteil an solchen bei den psychoanalytischen Verfahren auf ganz wenige beschränkt (Moran et al. 1991; Robert-Tissot et al. 1996; Muratori et al. 2002). Während die VT in experimentellen Studien die Wirksamkeit experimentell ermittelter störungsspezifischer

Verhaltenstherapie belegt hat, hat die analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie diese Phase der Psychotherapieforschung fast gänzlich „übersprungen“ und vornehmlich retrospektive Katamneseauswertungen bei gemischt neurotischer Klientel vorgelegt (Dührssen 1964; Fonagy u. Target 1995; Winkelmann et al. 2000).

So richtig die Aussage ist, dass für die klinische Versorgungsrealität die Evaluierung unter naturalistischen Bedingungen einen realen Aufschluss über die Wirksamkeit im klinischen Feld gibt, so richtig ist auch, dass die durch kontrollierte Studien ermittelte Wirksamkeit ein grundsätzlicher Beweis für die Wirksamkeit eines Verfahrens ist. Allerdings stellen die unter experimentellen Laborbedingungen durchgeführten Studien auch Artefakte dar, denn Randomisierung, Kontrollgruppenzuweisung, Therapiemanual und die Zusatzeffekte durch den Forschungsinput verzerren die Wirksamkeitsprüfung unter Feldbedingungen. Deshalb kann die Perspektive nicht sein, weitere experimentelle Laborstudien bei zum Teil atypischer Klientel (z. B. nur störungsspezifisch selektiert, ohne Komorbiditäten, Probanden an einem versorgungsfernen Ort durch „Ausschreibung“ gewonnen) durchzuführen, sondern *in der Versorgungsrealität selber die kontrollierten Wirksamkeitsstudien zu implantieren*, auch wenn das für die Erforschung von Langzeittherapien mit erheblichen Problemen verbunden ist. Katamnesen, denen nicht die prospektive Erforschung als erste Phase vorausgegangen ist, können immer nur im Rückblick urteilen und haben deshalb Grenzen. Allerdings haben sie auch den Vorzug, das Feld ohne Beeinflussung zu erfassen.

Schließlich kann man auch den psychoanalytischen Katamnesen vorhalten, dass sie nicht der durchschnittlichen Versorgungsrealität entsprechen, denn die Eltern und ihre Kinder, die sich z. B. an die Hamstead Clinic und später an das Anna-Freud-Center wandten, entsprechen auch nicht der durchschnittlichen Versorgungsrealität. Die gründlichste und umfassendste kideranalytische Katamnese ist aber die in 40 Jahren an diesen Institutionen entstandene Untersuchung von Fonagy und Target, die 1995 in der Zeitschrift „Kinderanalyse“ und in etwas anderer Version 1997 in dem von Leuzinger-Bohleber und Stuhr herausgegebenen Sammelband „Psychoanalysen im Rückblick“ auf deutsch erschienen ist. Auf das Studium der umfangreichen Ergebnisse kann hier nur verwiesen werden. Fonagy und Target weisen in diesem Text selbst auf die Grenzen der retrospektiven Auswertungsmethode hin, die keine randomisierte Zufallszuordnung für die Kontrollgruppenbildung beinhaltet und insofern keine vergleichenden Aussagen über die Behandlungseffekte bei unbehandelten und behandelten Patienten ermöglicht. „Man kann deshalb nicht schlüssig beweisen, daß die Kinderanalyse im Vergleich mit anderen Methoden effektiver ist, nicht einmal, ob sie mehr bewirkt als gar keine Behandlung“ (Fonagy u. Target 1997, S. 396). Ihre Arbeit beschließen die Autoren mit dem wissenschaftstheoretischen Postulat: „Mit angemessener Ausbildung und Kenntnis der relevanten Methoden muß jeder in der Lage sein, festzustellen, ob die Ergebnisse replizierbar sind. Wissenschaftliche Arbeit ist nicht möglich, dort wo Replikation und öffentliche Überprüfung unwillkommen sind. Die Psychoanalyse hat eine Tradition des Austauschs von klinischem Material und Erfahrung. Wir versuchen Wege zu finden, diese Tradition zu erweitern, so daß die Psychoanalyse von den Fortschritten der wissenschaftlichen Methodologie profitieren kann. Dies sollte uns schließlich

ermöglichen, lang gehegte theoretische Vorstellungen in der psychoanalytischen Welt strenger zu prüfen“ (Fonagy u. Target 1995, S. 181). Diese pointiert methodologisch begründete Position möchte die Psychoanalyse letztlich davor bewahren, sich wegen der Einmaligkeit ihres Erkenntnisgegenstandes, nämlich des Unbewussten, von der übrigen Wissenschaftsöffentlichkeit zu isolieren.

2. In mehreren neueren wissenschaftlichen Publikationen zur vergleichenden Psychotherapieforschung und in Metaanalysen wird der analytischen Psychotherapie im Bereich von Kindern und Jugendlichen verstärkt vorgehalten, dass sie im Wesentlichen unevaluiert sei, über geringe Effektstärken verfüge, methodisch unzufriedenstellende Untersuchungen aufweise und zu zahlreichen Störungsbildern keine oder nur unzufriedene Ergebnisse produziere.

Döpfner und Lehmkuhl schreiben 2002 in „Psychologische Rundschau“: „Die Ineffizienz traditioneller Kinderpsychotherapie in der klinischen Routineversorgung konnte in mehreren Studien in erschreckender Deutlichkeit belegt werden (Weisz et al. 1995). Die Wirksamkeit von (überwiegend non-direktiv-/interpretativ orientierter) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erscheint somit stark in Frage gestellt, zumindest lässt sie sich in kontrollierten Studien kaum nachweisen“ (S. 185).

Im „Psychotherapeutenjournal“ formuliert Döpfner unter Berufung auf Fonagy: „Wie dramatisch schlecht die Forschungslage für psychodynamisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist, wird in dem von Fonagy und Mitarbeitern (2002) publizierten Buch *What Works for Whom?* deutlich“ (Döpfner 2003, S. 261).

Diese an berufspolitisch prominentem Ort getätigte Aussage, untermauert Döpfner mit mehreren Zitaten Fonagys, die der psychodynamischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie eine geringe Evidenz in ihrer Effektivität bescheinigen und deren geringe Wirksamkeit bei Angst-, depressiven, aggressiven oder hyperkinetischen Störungen hervorheben. Auch wenn man Fonagy entgegenhält, dass er nur die auf Englisch publizierten Arbeiten berücksichtigt hat, mindestens fünf englischsprachige Arbeiten übersehen hat und auch zu den genannten Störungen mit Ausnahme der hyperkinetischen Störung für die Angststörung (Muratori et al. 2002), die depressive Störung (Baruch u. Fearon 2002) und die aggressiven Störungen (Szapocznik et al. 1989, Lush et al. 1991) kontrollierte Studien vorliegen, wird man nicht umhin können, wenn man sich Fonagy neueste Version von „What Works for Whom?“ zur Hand nimmt, zu sehen, dass die Forschungslage für die analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie mehr als ernüchternd ist. Insofern kann man Döpfner zustimmen, wenn er sagt: „Es besteht dringender Handlungsbedarf in der Erforschung der Wirksamkeit dieser Therapieformen“ (2003, S. 261).

Für den deutschsprachigen Raum haben für die Zeit von 1952 bis 1997 Beelmann und Schneider vom Psychologischen Institut der Universität Erlangen in „Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie“ 2003 eine „Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der Effektivitätsforschung“ bei Kindern und Jugendlichen vorgelegt. Auch sie weisen auf die „deutliche Dominanz im Forschungsvolumen behavioraler Therapieverfahren“ (2003, S. 138) hin, stellen aber für die deutschsprachigen Untersuchungen fest: „Betrachtet man zunächst die Therapierichtungen und Störungsgruppen jeweils unabhängig, finden wir hinsichtlich der Therapierichtungen weitgehend signifikante Behandlungserfolge ... und zwischen den ver-

schiedenen Behandlungsalternativen keine signifikanten Wirksamkeitsunterschiede. Dieses Ergebnis gilt sowohl für die Gegenüberstellung einzelner Schulen ... als auch für den Vergleich behavioraler und nicht-behavioraler Verfahren“ (Beelmann u. Schneider 2003, S. 137). Dieses allgemeine Resümee, das die psychoanalytischen Verfahren unter nicht-behaviorale Verfahren subsummiert, relativiert sich aber schnell, wenn man sieht, dass lediglich zwei Studien (Fahrig et al. 1996; Zimprich 1980) für eine vergleichende Auswertung überhaupt berücksichtigt werden konnten. Die übrigen unter nicht-behaviorale Verfahren zusammengefassten Studien stellen im Wesentlichen gesprächstherapeutische oder familientherapeutische Behandlungen vor. Auch wenn man sieht, dass die Studien Lehmkuhl et al. (1982) und Lehmkuhl und Lehmkuhl (1992) und die Katamnesen von Winkelmann et al. (2000) und Petri und Thieme (1978) in dieser Arbeit nicht berücksichtigt sind, stehen 13 unkontrollierte tiefenpsychologische Studien 138 Studien anderer Verfahren und nur zwei kontrollierte Studien 114 kontrollierten Studien anderer Verfahren im deutschsprachigen Raum gegenüber. Dieser Befund veranlasst Beelmann und Schneider zu folgendem Kommentar: „Angesichts der Vielzahl unterschiedlicher Fragestellungen gilt der Vorwurf einer nicht ausreichenden Wirksamkeitsüberprüfung nicht-behavioraler Therapien u. E. selbst dann, wenn die kontrollierte Forschung mit einbezogen wird und trifft – wie bereits im Erwachsenenbereich und international – die psychoanalytischen und tiefenpsychologisch fundierten Therapieverfahren in besonderem Maße (vgl. Grawe et al. 1994; Weisz et al. 1995). Die Tatsache, dass psychoanalytische Therapie bei Kindern und Jugendlichen auf eine lange Tradition in Deutschland zurückblicken kann (vgl. Dührssen 1960) und mit Zimprich (1980) bestenfalls eine kontrollierte und meta-analytisch auswertbare Studie bis vor kurzem (und die stammt aus Österreich; E. W.) vorlag, zeigt, daß das Mißverhältnis zwischen praktischer Verbreitung (vgl. Streeck-Fischer 2002) und wissenschaftlicher Fundierung größer ist, als es selbst Grawe et al. (1994) für den Erwachsenenbereich konstatierte, selbst wenn einige durchaus ernstzunehmende naturalistische Untersuchungen zum Teil beträchtliche Erfolgsraten ermitteln konnten (z. B. Dührssen 1964, Fahrig et al. 1996)“ (Beelmann u. Schneider 2003, S. 138).

Die ausführliche Erwähnung dieser Arbeiten geschieht vor allem, um dem psychoanalytischen Leser, der im Allgemeinen nicht in diesen Zeitschriften blättert, zu zeigen, dass in der wissenschaftlichen Öffentlichkeit, die diese Zeitschriften für unseren Bereich maßgeblich mitgestalten, die analytischen Verfahren auf Grund ihres geringen Forschungsvolumens und der dürftigen Befunde recht negativ bewertet werden.

3. Diese Feststellungen führen zu den vom Wissenschaftlichen Beirat bisher vorgenommenen Stellungnahmen zu den einzelnen Verfahren zurück. Bisher hat der Wissenschaftliche Beirat den Kinder- und Jugendlichenbereich betreffend zur Systemischen Therapie, zur Gesprächspsychotherapie, zur Neuropsychologie, zum Psychodrama und zur Verhaltenstherapie Stellung genommen. Dabei konnte bisher lediglich die Verhaltenstherapie die Anerkennung im Kinder- und Jugendlichen-Bereich für 7 von 8 Anwendungsbereichen bekommen. Keines der anderen genannten Verfahren konnte eine Anerkennung auch für nur einen Anwendungsbereich erhalten, da die Studienlage zu unbefriedigend war. Dies galt auch für die nicht-direktive,

klientenzentrierte Spieltherapie, für die nach Beermann und Schneider ein hoher Anteil an kontrollierten Untersuchungen (12 von 19) erwähnenswert ist. Bei den Verfahren Psychodrama, Neuropsychologie und Systemische Therapie konnte von den wenigen vorgelegten Studien nicht eine als Wirksamkeitsbeleg gewertet werden.

Damit steht fest, dass im Rahmen der Konkurrenz der verschiedenen Therapiemethoden die Verhaltenstherapie im Vorweisen wissenschaftlicher Wirksamkeitsbelege und deren Anerkennung weit vor den anderen Psychotherapieverfahren liegt – und zwar in einem breiten Spektrum. Der Wissenschaftliche Beirat bestätigte die Evidenzsituation für Verhaltenstherapie bei affektiven Störungen, Belastungsstörungen, phobischen Störungen, Zwangsstörungen, somatoformen Störungen, Schlafstörungen, Schmerzstörungen, Anorexia nervosa, kombinierten Störungen von ADHS und sozialen Verhaltensstörungen, Enuresis, Enkopresis, autistischen Störungen und mit Einschränkung bei Drogenabusus und beginnenden Psychosen. Der Umfang dieser Forschungslage hat bereits heute Auswirkungen auf die Empfehlungen von Ärzten und auf die Hierarchisierung von Interventionen in den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der medizinisch wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF), in denen vorwiegend nur noch die Verhaltenstherapie als evidenzbasiertes Verfahren empfohlen wird. Wie sieht nun angesichts dieser Ergebnisse der anderen Verfahren die Evaluationssituation für die psychoanalytisch begründeten oder psychodynamischen Verfahren bezüglich ihrer aktuellen Studiensituation aus?

4 Zur Studiensituation im Bereich der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Insgesamt liegen im Bereich der psychoanalytischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen 21 zum Teil kontrollierte Studien und 6 umfangreiche Katamnesen vor. Zusätzlich befinden sich einige Studien noch in der Pilotphase (z. B. Target et al. 2002) oder sind noch nicht ganz abgeschlossen (Winkelmann et al. 2005a, b). Vor allem die Studien mit einem breiten Störungsspektrum (Winkelmann et al. 2005a; Fahrig et al. 1996) und die naturalistischen Studien (Fonagy u. Target 1995; Lush et al. 1991) belegen die Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie im klinischen Feld. In Anlehnung an die vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie festgelegten 8 Anwendungsbereiche von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ergibt sich die folgende Übersicht.

4.1 Affektive Störungen (F30–F39) und Belastungsstörungen (F43)

Umstritten ist, welchem Anwendungsbereich die Studien zu Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter zu zuordnen sind, denn in der ICD-10 gibt es keine Diagnose, die für sämtliche Regulationsstörungen gilt. Von den ICD-10-Diagnosen sind nur die Belastungsreaktion (F43.0), die Anpassungsstörung (F43.2) und die Fütterstörung im frühen Kindesalter (F98.2) den Regulationsstörungen zu zuordnen. Die häufigsten Regulationsstörungen in den vorgelegten Studien sind nicht Fütterstörungen (z. B. bei Robert-Tissot et al. nur 12 %), sondern – wie auch sonst

epidemiologisch – Schlaf- und Schreistörungen. Die nicht-organischen Schlafstörungen nach ICD-10 (F51.0–F51.9) enthalten keine Beschreibung für die spezifischen Erscheinungsformen von Schlafstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter, so dass sie für diesen Anwendungsbereich unbrauchbar sind. Es bleibt die ICD-10-Kategorie F98.9 (nicht näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen), deren diagnostischer Wert wegen seiner Unspezifität gegen Null tendiert. In der Praxis führt die Codierung unter F98.9 dazu, dass ca. 70 % der Diagnosen darunter subsumiert werden (Wiefel et al. 2004; die dortige Verwendung der ICD-10-Ziffer 98.8 ist nicht nachvollziehbar, da die nach der Legende dazugehörigen Begriffe für Säuglinge nicht zutreffen [Aufmerksamkeitsstörung, exzessive Masturbation] oder altersangemessen sind [Daumenlutschen, Nasebohren]). Zwar klassifiziert das Diagnosesystem „Zero-to-Three“ differenzierter in posttraumatische Stressstörung, Affektstörungen, Stimmungsstörungen, Reaktive Bindungsstörung, Anpassungsstörung, Regulationsstörung, Schlafverhaltensstörung, Essverhaltensstörung und Störungen der Bezogenheit und Kommunikation, aber diesem Klassifikationssystem liegt nicht die Logik der Anwendungsbereiche zugrunde.

Da die frühkindlichen Regulationsstörungen *entwicklungspsychopathologisch und ätiologisch Resultate eines noch nicht abgeschlossenen Anpassungsprozesses an die extrauterine Umwelt* darstellen, rechtfertigt dies, sie meiner Meinung nach unter *Anpassungsstörungen* (F43.2) zu subsumieren. Diese Zuordnung stützt sich auch auf die AWMF-Leitlinien zu *Regulationsstörungen im Säuglingsalter der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. „Am ehesten kann wegen der ätiologischen Rolle von Anpassungs- und Reifungsprozessen (Hervorhebung E. W.) eine Klassifikation als Anpassungsstörung (F43.2) erfolgen“ (S. 9). Ähnlich verfahren auch die Leitlinien der *Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin* zu *Störungen der frühen Eltern-Kind-Beziehungen*, die die leichteren Störungsformen den Anpassungsstörungen zuordnen. Da die Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter oft mit Belastungsstörungen bei den Eltern und insbesondere mit postpartalen Depressionen bei Müttern korrelieren, spricht auch dies dafür, sie dem Anwendungsbereich I (Affektive Störungen und Belastungsstörungen) zuzuordnen.

Zu diesem Störungsbereich liegen drei kontrollierte Studien zur Evaluation der Eltern-Säuglings-/Kleinkindpsychotherapie vor (Robert-Tissot et al. 1996; Cohen et al. 1999; Murray et al. 2003), die die Wirksamkeit analytischer Therapie bei diesem Setting belegen. Bei der von Robert-Tissot et al. an der Kinderpsychiatrischen Klinik der Universität Genf durchgeführten Studie (75 Mutter-Kind-Paare), erfolgte eine randomisierte Zuweisung auf psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch-interaktionszentriert behandelte Vergleichsgruppen. In der Säuglingstherapie bestehen im Wesentlichen diese beiden Methoden: der psychoanalytische Ansatz, der auf die inneren Objekte der Eltern, deren Projektionen über ihr Kind und auf dessen innere Repräsentanz fokussiert, und der Interaktionsansatz, der das beobachtbare Verhalten zum Ausgangspunkt für seine Interventionen nimmt (s. Stern 1998). Der psychoanalytische Fokus lag in der Robert-Tissot-Studie auf der Vergangenheitserfahrung der Mutter und ihrer damit verknüpften aktuellen Projektionen dem Baby gegenüber. Die Vergleichsbehandlung war auf die Interaktionsdynamik fokussiert. Als Er-

gebnis ist für beide Vorgehensweisen festzustellen, dass bezüglich der veränderten Symptomatik Werte einer klinisch nicht auffälligen Stichprobe erreicht werden. Beide Behandlungsmethoden kommen zu ähnlich guten Gesamtergebnissen. Zur Robert-Tissot-Studie ist anzumerken, dass es sich bei der Vergleichsgruppe „interaction guidance“ um eine verhaltenstherapeutische Form der Eltern-Kleinkind-Therapie handelt (vgl. Dornes 2000, S. 244, 247). Dabei geht es um die positive Verstärkung von Fürsorgeverhalten (positive care giving behavior, encourage positive family interaction; Robert-Tissot et al. 1996, S. 99). Beschrieben ist die Methode von McDonough (1995) und Rusconi Serpa (1992), die auch an diesem Projekt beteiligt waren. Wenn die interaction guidance als eine ungeprüfte Methode angesehen wird, stellt sich die Frage, ob die psychoanalytische Methode der interaction guidance überlegen ist? Dies ist der Fall: Zwar erreicht die interaction guidance bezüglich der mütterlichen Sensitivität einen etwas höheren Wert als die psychoanalytisch behandelte Gruppe, aber nur in dem sehr eingeschränkten Kommunikationsbereich des Umgangs mit Spielgegenständen („but only during play with objects“, Robert-Tissot et al. 1996, S. 108). Dagegen zeigte sich eine größere Verbesserung im Bereich des mütterlichen Selbstwertgefühls bei der Anwendung der psychoanalytischen Methode. Klinisch ist dies von größerem Gewicht, da ein gestärktes mütterliches Selbstwertgefühl für den Umgang mit dem Kind besonders förderlich ist. Wenn die Psychoanalyse sich einem „ungeprüften Verfahren“ als überlegen erweist, wofür die outcome-Maße sprechen (Table 4 $F = 3.44$, $df(2,112)$, $p < .05$, S. 108), dann ist dies als ein spezifischer Wirksamkeitsnachweis zu bewerten.

Die gewählten Vergleichsgruppen enthalten aber keine parallelisierte Kontrollgruppe unbehandelter Eltern-Kind-Paare, so dass die Frage nach der Wirksamkeit und der Größe der Spontanremission durch diese Studie noch nicht ausreichend beantwortet ist. Auf Grund mehrerer eingesetzter altersspezifischer und standardisierter Messinstrumente, die validiert und reliabel sind, lässt sich die Vermutung, dass die Behandlungsergebnisse *allein* dem Entwicklungsfortschritt zuzuschreiben oder als Spontanremission zu bezeichnen sind, nicht halten. Dafür sind die in den Kontrollinstrumenten gegebenen normativen Kontrollbedingungen zu messungssicher. „Die bisherigen Daten zur Spontanremission ernsthafter Störungen in der frühen Kindheit weisen allerdings darauf hin, daß sie erheblich geringer sind als die der Therapieerfolge, nämlich nur maximal 50 % (s. Fonagy 1998, S. 127)“ (Dornes 2000, S. 245).

Eher ist davon auszugehen, dass Behandlungen die Spontanremission beschleunigen. „Cooper/Murray (1997) haben Mütter untersucht, die an einer Postpartum-Depression erkrankt waren, und eine unbehandelte Kontrollgruppe (hier irrt Dornes: routine primary care war die Kontrollgruppe! E. W.) mit drei Gruppen von Müttern verglichen, die entweder kognitive Verhaltenstherapie, nicht-direktive Beratung oder psychodynamisch orientierte Beratung erhielten. ... Die Intervention hatte in diesem Fall die Spontanremission *beschleunigt*, und die behandelten Mütter standen bereits mit viereinhalb Monaten dort, wo die unbehandelten erst mit neun Monaten ankamen“ (Dornes 2000, S. 245 f.).

Auch Cohen et al. (1999) diskutieren die Frage der Spontanremission in ihrer Studie. „Because most infant problems were chronic, we must ask why such symptoms would otherwise abate after 4 to 6 month of treatment. Moreover, the three

measures of primary interest (Strange Situation, Chatoor Play Scale and Baley Scales) are measures of proven reliability and validity that were either independently scored from videotapes by raters blind to treatment group or directly administered to the child, which reduces the effects of reporter bias. Further, the fact that we observed a number of statistical interactions in predicted directions bolsters the results and supports the conclusion that the findings did not occur by chance“ (S. 447).

Weltweit gibt es für diese Störungsbilder *keine* Studie mit einer *unbehandelten* Kontrollgruppe. Dies ergibt sich aus den immer wieder geäußerten erheblichen ethischen Bedenken für eine solche Vorgehensweise (Dornes 2000, S. 245; v. Klitzing 1998, S. 166; Cohen et al. 1999, S. 447). Eltern und ihren Kindern im Stadium der frühkindlichen Reifung die fortgeschrittenste Behandlungsweise vorzuenthalten, wäre ethisch nicht akzeptabel. Dessen eingedenk hat v. Klitzing (1998) folgenden Weg für ein Kontrollgruppendesign vorgeschlagen: „Ein Weg, eine randomisierte Zuteilung in Behandlungs- oder Kontrollgruppe ethisch akzeptabel zu gestalten, könnte darin bestehen, ein Interventionsprogramm von Anbeginn an als ein wissenschaftliches Experiment zu definieren und es unter solchen Vorzeichen einer Population anzubieten, die ohne dieses Programm wahrscheinlich überhaupt nicht in den Genuß einer therapeutischen Intervention oder entwicklungspsychologischer Untersuchungen gekommen wäre“ (1998, S. 167). Der Autor räumt selbst gleich ein, dass ein solches Projekt nur mit erheblichen finanziellen Mitteln zu realisieren wäre, die in diesem Bereich bisher fehlen. Aber auch bei dieser „freiwilligen“ Zuordnung zu einer unbehandelten Kontrollgruppe, bleibt das Problem, dass sie im Sinne des Kindeswohls nicht zu vertreten ist.

Auch die Evaluierung mittels einer Kontrollgruppe „treatment as usual“ (z. B. von Kinderärzten behandelte Regulationsstörungen) stößt auf die gleichen ethischen Bedenken, da diesen Kindern im frühesten Reifungsalter die entwickeltste Methode doch vorenthalten bliebe. Überdies handelte es sich dabei auch nicht um einen Vergleich behandelt vs. unbehandelt.

Mit der Verwendung der Baley Scales of Infant Development, des Beck Depression Inventory und dem KIA/KIDIES Profile liegen outcome-Messungen auf mehreren Ebenen vor, die sich auf die Störung, die Interaktionsaspekte und den mütterlichen Status beziehen. Ähnlich verhält es sich bei den anderen beiden Säuglingsstudien. *Die Verwendung normierter Altersmaße sollte deshalb angesichts der beschriebenen Schwierigkeit, eine unbehandelte Kontrollgruppe zu finden, als ausreichende Kontrollbedingung in diesem noch jungen Forschungsbereich vorerst akzeptiert werden.*

Die zweite kontrollierte Studie (n = 67) von Nancy Cohen et al., erstellt an der Universität Toronto, vergleicht eine psychodynamische Therapieform mit einer sehr nah am Affekterleben der Mutter orientierten psychoanalytischen Vorgehensweise bei zunächst zurückhaltender Therapeutenintervention („Watch, Wait and Wonder-Methode – WWW). „Die Rolle des Therapeuten in ‚Watch, Wait and Wonder‘ ist weniger interaktiv als in anderen Formen der Psychotherapie. Sie ist gewissermaßen mehr psychoanalytisch“ (Cohen et al. 2003, S. 70). Beide Methoden waren erfolgreich bei der langfristigen Symptomverbesserung, der Reduzierung des mütterlichen Stressverhaltens und intrusiver Haltungen. Die Erfolge der WWW-Methode waren unmittelbar nach Therapieende nachzuweisen, die psychodynami-

sche Methode erreichte ähnlich stabile Werte nach sechs Monaten. Insgesamt erwies sich die abwartende WWW-Methode als überlegen, was für ihre größere Wirksamkeit spricht.

Die dritte Studie zur Säuglingstherapie von Lynne Murray et al. ($n = 193$), erarbeitet an den Universitäten Reading und Cambridge, ist eine repräsentative Vergleichsstudie, die die Effizienz von non-direktiven, kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Interventionen bei Müttern, die an einer postpartalen Depression litten, untersucht. Zwar profitierten die Mütter von allen Interventionsformen in der Sensitivität ihrer Wahrnehmung, aber statistisch signifikant sind die Ergebnisse nur zum Teil. Es wird vermutet, dass die initialen Störungen zwischen Mutter und Kind sich zu einem großen Teil auch spontan auflösen oder abklingen, so dass deren Veränderung nicht signifikant auf die eingesetzten Interventionsformen zurückgeführt werden konnte. Alle drei Studien können mit unterschiedlichen Einschränkungen als Wirksamkeitsnachweise in einem noch jungen Forschungsbereich angesehen werden.

Affektive Störungen, insbesondere depressive Störungen, sind in mehreren Studien mit einem gemischt-neurotischen Störungsspektrum zu einem nicht geringen Teil Bestandteil der Diagnosen. Die kontrolliert-naturalistische Studie von Winkelmann et al. (2005a) weist 22,2 % F3- und F4-Diagnosen aus, die Katamnese von Winkelmann et al. (2000) 12 % neurotische (und somatoforme) Störungen, ebenso die kontrolliert-naturalistische Studie von Fahrig et al. (1996), die auch 12 % Anpassungsstörungen aufführt. Die störungsspezifische Heidelberger Studie zu affektiven Störungen (Horn et al. 2005, in diesem Heft) belegt durch ein Kontrolldesign die Wirksamkeit analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Ebenso enthält die noch in der Pilotphase sich befindende prospektive Studie von Target et al. (2002) komplexe emotionale Störungen mit Depressionssymptomen. Insgesamt zeigen die genannten Studien die hohe Komorbidität mit anderen Krankheitsbildern. Bezüglich der Behandlungsfrequenz von depressiven Störungen weisen Fonyag und Target (1995) in ihrer retrospektiven Studie darauf hin, dass Kinder mit einer gravierenden Symptomatologie gut auf hochfrequente, weniger aber auf niederfrequente Behandlung ansprechen.

Die Studie mit der größten Teilstichprobe (ca. 75 von 151) an affektiven Störungsdiagnosen ist die Studie von Baruch und Fearon (2002) vom „Brandon Center for Counselling and Psychotherapy for Young People“ in London. Die Studie ist als naturalistische Therapiestudie zu bewerten, mit einer Stichprobe von $n = 151$ gezogen aus 720 Patienten über einen Zeitraum von acht Jahren. Zwar enthält die Studie keine differenzierte Angabe über die Altersverteilung zwischen 12 und 25 Jahren, aber eine Schätzung aus Mittelwert und Streuung würde ergeben, dass eine ausreichend große Stichprobe für den Bereich 12–21 Jahre vorliegt. Die Studie nimmt eine outcome-Messung auf mehreren Ebenen vor. Dabei ergeben sich signifikante Veränderungen bei internalen und externalen Effektmaßen. Ein Großteil der klinisch kranken Probanden erreicht nach der von Erwachsenen- und Kinderanalytikern durchgeführten psychodynamischen Behandlung nicht-klinische Werte.

Es kann bei dieser Studie nicht außer Acht gelassen werden, dass es sich um eine naturalistische Studie in einer kommunalen, brennpunktnahen psychotherapeutischen Beratungseinrichtung handelt, die von Kindern, Jugendlichen und jungen Er-

wachsenen aus eigenem Antrieb oder durch Überweisung von Sozialarbeitern aufgesucht wird. Die Autoren weisen ihre Studie auch als „routine monitoring study“ aus. „The method used for the routine monitoring of clinical effectiveness in this setting could be useful by other services that provide psychodynamic psychotherapy for adolescents and young adults“ (Baruch u. Fearon 2002, S. 276).

Als naturalistische Stichprobe enthält diese keine Kontrollgruppe unbehandelter Patienten, die eingesetzten Messinstrumente basieren aber auf altersspezifischer Normierung. Sowohl mit der GAF-Scale als auch mit der outcome-Messung nach YSR/YASR liegen reliable und validierte Messinstrumente vor. Insofern sind darin auch Kontrollbedingungen gegeben. Allein der Umstand, dass keine Kontrollgruppe vorliegt, reicht nicht aus, um zu behaupten, dass die durchgeführten Psychotherapien wirkungslos waren. Die Autoren selbst diskutieren den Umstand des Fehlens einer Kontrollgruppe kritisch (Baruch u. Fearon 2002, S. 273). Angesichts der methodisch guten Gesamtkonzeption der Studie, randomisierter Therapeutenzuweisung (allocated randomly), der Messung der outcome-Maße auf drei Ebenen (mean change, clinical change, reliable change) ist bei Patienten aus einer „area of high social and economic deprivation“ nicht davon auszugehen, dass die Behandlungseffekte auf „natürlichen Verlauf“ oder „Spontanremission“ basieren. Trotzdem bleibt für die Wirksamkeitsanerkennung der Einwand, dass nicht abzuschätzen ist, wie der natürliche Verlauf bei einer ähnlich auffälligen, unbehandelten Kontrollgruppe gewesen wäre. Deshalb ist es dringend erforderlich, für naturalistische Langzeitstudien andere Kriterien zur Bewertung heranzuziehen.

Zu Belastungsstörungen (F43) liegt eine hochrangig publizierte Studie von Trowell et al. (2002) zu Psychotherapie nach sexuellem Missbrauch vor. In diese Studie sind Kinder im Alter von 6–14 Jahren eingeschlossen, die nach DSM-IV die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ (PTSD) hatten. Es bestanden mit depressiven Störungen und generalisierter Angststörung hohe Komorbiditäten. Es wurde eine objektive und reliable Diagnosestellung mit Kiddie-SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Schoolage Children) und K-GAS (Kiddie Global Assessment Scale) durchgeführt. Die Kinder wurden mit einer psychoedukativen Gruppentherapie und mit einer manualisierten fokalen psychoanalytischen Kurztherapie (bis 30 Sitzungen, einmal pro Woche) behandelt, die nach einem bzw. zwei Jahren katamnestisch evaluiert wurden. Dabei fungierte die psychoedukative Gruppentherapie als Kontrollgruppe. Während im Behandlungsverlauf noch keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen im PTSD-Score festgestellt werden konnte, erreichte die fokale psychoanalytische Kurztherapie zu den follow-up-Messpunkten nach einem, nach zwei Jahren und am Studienende um 0.60, 0.79 bzw. 0.65 größere Effektstärken, was ein gutes Überlegenheitskriterium ist. Der Wirksamkeitsnachweis wird hier durch signifikante Verfahrensüberlegenheit erbracht. Auch die genannten Komorbiditäten konnten erheblich (zwischen 81 %, 69 % und 50 %) reduziert werden. Dieser Befund deckt sich mit der kognitiv-behavioralen Outcome-Studie von Deblinger et al. (1996, 1999), die die Annahme stützt, dass eine spezifische Therapie hilfreicher ist als ein unspezifischer sozialarbeiterischer Ansatz bei diesem Syndrom. Wegen der dissoziativen Störungsanteile, die die traumatische Erfahrung der Patienten isolieren, war bei einem Teil dieser Pa-

tienten eine Langzeittherapie indiziert. Die Autoren diskutieren offen die Grenzen des gewählten Kontrollgruppendesigns (Trowell et al. 2002, S. 243 ff.). Aus ethischen Gründen halten sie die Verwendung einer unbehandelten Kontrollgruppe bei diesem Syndrom für nicht vertretbar. Ebenso lehnten zwei Ethikkommissionen die Verwendung von „no treatment or minimal treatment controll group“ ab. Auch die Deblinger-Studie hatte keine Kontrollgruppe unbehandelter Patienten, sondern verglich drei unterschiedliche verhaltenstherapeutische Interventionsangebote mit einer Art Standardbehandlung im Bereich der Sozialarbeit. Die Studie belegt die Wirksamkeit von psychodynamischer Therapie bei sexuellem Missbrauch und posttraumatischer Belastungsstörung, indem sie gegenüber einem psychoedukativen Verfahren insbesondere in den Katamneseintervallen eine *große Nachhaltigkeit* erzielt. Auch sind die mittleren Effektstärken umso günstiger zu bewerten, als sie gegenüber einer Interventionsgruppe und nicht nur einer Wartegruppe gegenüber erreicht wurden.

Insgesamt belegen die genannten gemischten Studien (Fahrig et al. 1996; Fonagy u. Target 1995) die Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie bei affektiven Störungen nur mit Einschränkungen, da diese Mischstudien zum Teil retrospektiv erhoben worden sind oder kein ausreichendes Kontrollgruppendesign haben. Sie haben aber den Vorzug, die Behandlungsrealität unter Versorgungsbedingungen naturalistisch abzubilden. Die kontrollierten Studien Cohen et al. (1999), Trowell et al. (2002) und Horn et al. (2005) stellen Wirksamkeitsnachweise ohne Einschränkung dar. Bei der Studie von Robert-Tissot et al. (1996) liegt bezüglich der Kontrollgruppenmethodik bzw. Kontrollgruppenqualität eine Einschränkung vor.

4.2 Angststörungen (F40–F42) und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F93)

Diese Störungsbilder sind Gegenstand mehrerer Studien. Die Studie Fahrig et al. (1996, s. o.) enthält emotionale Störungen und neurotische Störungen zu 36,8 % (45 von 133) als am häufigsten gestellte Diagnose, so dass es berechtigt ist, diese Studie diesem Anwendungsbereich zuzufügen. Die Studie berichtet von einer großen Symptomreduktion (um 91,7 %), Verbesserungen in den Manifestationen der psychischen Konflikte und erreicht Effektstärken zwischen 0.58 und 1.74. Bezüglich des BSS-K-Gesamtwerts erreichen 75,9 % das Kriterium „nicht mehr klinisch krank“. Unter Berücksichtigung aller Erfolgsmaße kann in 90 % aller Behandlungsfälle von einer erfolgreichen Psychotherapie ausgegangen werden, was insgesamt einer guten Wirksamkeit entspricht. Die *Übertragbarkeit der Wirksamkeitsnachweise auf die Versorgungspraxis* ist bei der Studie gegeben, so dass diese Studie besonders zu gewichten ist. Insbesondere bestehen gute Effektstärken im Prä-Post-Vergleich. Die Untersuchungsinstrumente enthalten Normmaße und belegen die klinische Signifikanz. Es besteht über das *Warteintervall ein Beleg dafür, dass keine Spontanremission* erfolgte und ferner ist über die Katamnese noch nach fünf Jahren die Behandlungsstabilität auszumachen.

Die Gesamtstudie von Winkelmann et al. (2005a) weist auch zu etwa einem Drittel F40–F42- und F93-Diagnosen (n = 24) aus. Die Studie stellt ein kombiniertes

Studiendesign mit einem Wartekontrollgruppendesign und einem prospektiven Mehrebenen-Mehrperspektiven-Untersuchungsansatz dar. Die Studie kommt zu der Aussage, dass bei Kurzzeithherapie (bis zu 25 Std.) bei 23,9 % der Kinder eine Verbesserung, gemessen im BSS-K-Gesamtwert, gefunden werden konnte, aber auf Grund der Komorbidität und des Störungsschweregrades die übrigen Kinder einer Langzeithherapie bedurften. Nach einem Jahr erreicht etwa die Hälfte der behandelten Kinder dann bereits mit gesunden Kindern vergleichbare Werte. Diese Studie zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass viele psychometrische Vorstudien zur Normierung der Erfassungsinstrumente durchgeführt wurden. Diese Ergebnisse werden in der störungsspezifischen Studie zu Angststörungen und emotionalen Störungen (Kronmüller et al. 2005, in diesem Heft) detailliert ausgeführt und in ihrer Wirksamkeit über das Wartekontrollgruppendesign belegt.

Ausschließlich die Diagnose „Emotionale Störung des Kindesalter“ enthält die randomisierte und kontrollierte Studie von Smyrniotis und Kirkby (1993), durchgeführt an der Universität Carlton und am South Eastern Child and Family Center Melbourne, Australien. Hier wird im Vergleich dreier Testgruppen („randomly assigned“) (LZT, KZT – beide Therapieverfahren sind an Melanie Klein orientiert) und geringfügige Behandlung („minimal contact-group“) die interessante Aussage gemacht, dass vier Jahre nach Therapieende kein signifikanter Unterschied zwischen den mit Kurzzeithherapie und mit Langzeithherapie behandelten Kindern auszumachen ist. Diese Aussage verwundert nicht, da bei Kinderpsychotherapie der Entwicklungsfaktor immer mit zu berücksichtigen ist. Noch bemerkenswerter aber ist, dass die „minimal-contact-group“ sowohl zum Zeitpunkt des Post-Tests als auch beim follow-up nach vier Jahren die besseren Ergebnisse als die LZT-Gruppe aufwies. Zwar erreichte die KZT zum Post-Messungszeitpunkt signifikante Werte wie die „minimal-contact-group“, aber auch ihr war die minimal-contact-group nach vier Jahren überlegen. Die Autoren haben mehrere Erklärungen für diesen Befund (kleine Stichprobe, „regression to the mean“ bei LZT, das Verschwinden der Verhaltensprobleme im Lauf der Entwicklung, positivere Erfolgserwartungen bei minimal-contact-group und KZT-Gruppe) und betonen, für wie unerwartet sie dieses Ergebnis halten. Sie heben hervor, dass ein ähnliches Ergebnis in der Literatur bereits bei einer psychodynamischen Studie zur Behandlung von Schulphobie (Miller et al. 1972; Fisher 1984) konstatiert wurde. Insofern steht dieser Befund im Gegensatz zu allen anderen Befunden der psychoanalytischen Psychotherapieforschung.

Die kontrolliert-naturalistische Studie (kein RCT) von Muratori et al. (2002) an der Universität Pisa weist bei emotionalen Störungen mit einer Experimental- und Kontrollgruppe die Wirksamkeit psychoanalytischer Kurzzeithherapie nach, indem signifikante Verbesserungen in Symptomatologie und Gesamtbefinden genannt werden. Es wird festgestellt, dass die Länge und Intensität der Behandlung vom Fehlen komorbider Einflüsse abhängt. Die Studie errechnet mittlere Effektstärkewerte um 0.75. Die Experimentalgruppe zeigte bessere Ergebnisse im allgemeinen Funktionsniveau und nach 18 Monaten Verbesserungen bei externalisierenden und internalisierenden Problemen. Fonagy (2002, S. 86) lobt die Studie bezüglich der Kontrollgruppenzusammenstellung zur Überprüfung der Wirksamkeit, sieht aber auch bedeutende Schwächen in der nicht-adäquaten Randomisierung, der unzureichen-

den Behandlungsbeschreibung trotz Manualisierung, in der fehlenden Informationen über die Therapeutenerfahrung und in dem relativ niedrigen Störungsgrad.

Die Studie von Szapocznik et al. (1989) zum Vergleich von strukturaler Familientherapie mit psychodynamischer Kindertherapie, durchgeführt am Department of Psychiatry der Universität Miami, enthält auch zu 30 % Angststörungsdiagnosen. Da die Hauptdiagnosen aber Verhaltensstörungen ausweisen, wird diese Studie dem Anwendungsbereich 7 „Verhaltensstörungen“ zugewiesen. Hier soll sie als Beleg für die Häufigkeit der Behandlung von Angststörungen durch analytische Therapie erwähnt sein. Schließlich belegt die retrospektive Studie von Fonagy und Target (1995) bei emotionalen Störungen ($n = 352$), dass 72 % der Patienten eine messbare Verbesserung in ihrem allgemeinen Funktionsniveau aufweisen.

Das Fazit lautet: Für diesen Anwendungsbereich liegen drei kontrollierte und methodisch adäquate Wirksamkeitsstudien (Fahrig et al. 1996/Winkelmann et al. 2000; Kronmüller et al. 2005; Muratori et al. 2002) vor.

4.3 Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen (F44–F45) und andere neurotische Störungen (F48)

Die Heidelberger Studien von Winkelmann et al. (2000, 2005a) und von Fahrig et al. (1996) weisen zu einem geringen Prozentsatz (unter 10 %) dieses Störungsbild aus. Auch die Studie von Baruch und Fearon (2002) enthält zu einem geringen Anteil somatoforme Störungsdiagnosen. Es gibt keine störungsspezifische Studie, so dass im Ergebnis festgehalten werden muss, dass zu diesem Anwendungsbereich keine Wirksamkeitsstudien vorliegen.

4.4 Essstörungen (F50) und andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5)

Wiederum enthalten die Heidelberger Studien (Winkelmann et al. 2005a; Winkelmann et al. 2000; Fahrig et al. 1996) in kleinem Ausmaß Angaben zu diesen Diagnosegruppen: Anorexia nervosa und Bulimia nervosa werden zusammen mit 7,0 %, andere Essstörungen mit 9 % aufgeführt.

Für die Altersgruppe von 18–21 Jahren (Adoleszente und junge Erwachsene) liegen drei RCT-Studien (Crisp et al. 1991; Gowers et al. 1994, Hall u. Crisp 1987) vor, die die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie bei Essstörungen bestätigen. Da die Behandlungsberechtigung für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten bis zum Ende des 21. Lebensjahrs und bei Behandlungsfortsetzungsnotwendigkeit auch darüber hinaus besteht, ist es grundsätzlich gerechtfertigt, dass diese Studien für die Wirksamkeitsbewertung mit herangezogen werden. Die Altersangaben dieser Studien geben aber leider nur die Altersstreuung und nicht die genauen Altersangaben an, was den statistischen Altersbeleg erschwert. Mit den Studien von Crisp et al. (1991), Gowers et al. (1994) und Hall und Crisp (1987) liegen drei randomisiert, kontrollierte Studien vor, bei denen der Altersdurchschnitt 19,5 (Gruppentherapie) und 21,2 (Einzeltherapie) (Crisp et al.), 19,55 (Crisp u. Hall) und 21,2 Jahre (Gowers et al.) beträgt. Alle drei Studien, die auf psychodynamischen Annahmen und Behandlungsweisen basieren, belegen in den wesentlichen outcome-Maßen Ge-

wicht, Menstruation und Essverhalten ihre Wirksamkeit gegenüber Diät-Beratung, Unbehandeltheit oder Standard-Verfahren der psychosomatisch/psychiatrischen Betreuung. Neben Gewichtsverbesserungen und Wiedereinsetzen der Menstruation werden vor allem Verbesserungen im Bereich der psychosexuellen Identität und sozialen Anpassung berichtet (Gowers et al. 1994, S. 175).

Die von Moran et al. (1991), am Middlesex Hospital in London vom Anna-Freud-Center durchgeführte kontrollierte Studie bei Diabetes mellitus kann diesem Anwendungsbereich zugeordnet werden, auch wenn Diabetes mellitus im Kapitel F der ICD-10 nicht erwähnt ist. Im Kommentar der ICD-10 sind unter der Rubrik „Beispiele“ auch die psychosomatischen Krankheiten genannt. Die Studie belegt, dass der HbA1c-Diabeteswert durch hochfrequente psychoanalytische Therapie (3–4 Sitzungen pro Woche) im Kurzzeittherapieverfahren (bis zu 15 Wochen) im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe signifikant gebessert werden konnte. Die Studie lässt offen, ob es sich hier um ein verbessertes Copingverhalten handelt oder um tiefergehende Veränderungen, die sogar Einfluss auf die Krankheitsätiologie haben.

Die bereits eingangs erwähnte Studie von Zimprich (1980) untersuchte an 170 stationär behandelten Kindern die Wirksamkeit von tiefenpsychologischer Therapie bei psychosomatisch erkrankten Kindern. Die Kontrollgruppe bestand aus 100 Patienten, die ausschließlich pharmakologisch behandelt wurden. Diese Studie ist als Wirksamkeitsnachweis dafür anzusehen, dass eine stationäre Therapie mit psychoanalytischem Basiskonzept unter Miteinbeziehung anderer Behandlungsformen (Ergotherapie, Autogenes Training, verhaltenstherapeutischen Elementen etc.) wirksamer ist als eine lediglich medikamentöse Behandlung. Die Wirksamkeit der Therapie in Bezug auf die klinischen Symptome und Verhaltensauffälligkeiten ist statistisch gesichert. Die pharmakologisch behandelte Vergleichsgruppe erzielte lediglich 30 % der Effektivität der psychotherapeutisch behandelten Gruppe. Da die Studie der Routineversorgung einer normalen Kinderkrankenhauspopulation entstammt, besitzt sie auf Grund des naturalistischen Designs eine hohe Aussagekraft für die stationäre Versorgungspraxis. Stationäre Unterbringung, analytisches Grundkonzept und zusätzliche andere Behandlungsmaßnahmen lassen aber *keine abgrenzbare Wirksamkeitsmessung* zu, so dass die Studie als eingeschränkter spezifischer Wirksamkeitsnachweis gewertet werden muss.

Im Ergebnis führt dies dazu, dass mit der Studie Moran et al. (1991) für diesen Anwendungsbereich eine kontrollierte, methodisch adäquate Studie vorliegt. Mit den beschriebenen statistischen und methodischen Grenzen können die Essstörungenstudien und die Studie Zimprich als eingeschränkte Wirksamkeitsnachweise bewertet werden.

4.5 Verhaltensstörungen (F90–F92, F94, F98) mit Beginn in der Kindheit und Jugend und Tic-Störungen (F95)

In der bereits unter Anwendungsbereich 2 erwähnten RCT-Studie von Szapocznik et al. (1989) wurde etwa die Hälfte der 69 Patienten (hispanic boys) im Alter von 6–12 Jahren wegen Verhaltensstörungen behandelt. Diese Studie stellt im Vergleich mit einer Kontrollgruppe (nicht-therapeutische Spielgruppe) für strukturelle Familientherapie und psychodynamischen Kinderpsychotherapie fest, dass bei einer

mittleren Behandlungsdauer von 18 Monaten der Gesamtscore der Persönlichkeitsmerkmale bei der psychodynamisch behandelten Gruppe den anderen Gruppen gegenüber sich als überlegen erwies. Bezogen auf die Child Behavior Checklist zeigte aber die strukturelle Familientherapie bessere Werte. Die mit psychodynamischer Kindertherapie behandelte Gruppe erbrachte gegenüber der unbehandelten Kontrollgruppe signifikante Verbesserungen, was einer Wirksamkeitsüberlegenheit gegenüber einer unbehandelten Stichprobe entspricht. Beide therapeutischen Methoden waren bezüglich der Reduzierung der Verhaltensprobleme und der emotionalen Probleme gleichwertig und relativ gleichwertig bei der Bewertung psychodynamischer und funktionaler outcome-Maße. Allerdings erwies sich die strukturelle Familientherapie bezüglich der Symptomatik und der protektiven Faktoren im follow-up der psychodynamischen Therapie überlegen.

Die von Lush et al. (1991) an der Tavistock Clinic in London erstellte naturalistische Studie zur Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie bei Kindern mit starker emotionaler Deprivation untersuchte im Vergleich mit unbehandelten Kindern 35 fremdplazierte Pflege- und Adoptionskinder mit der unspezifischen Diagnose „severely deprived children“. Diese Globaldiagnose würde vermutlich den ICD-10-Ziffern reaktive Bindungsstörungen des Kindesalters (F94.1) und Bindungsstörungen des Kindesalters mit Enthemmung (F94.2) entsprechen. Dieser Mangel bei der Diagnoseerhebung beeinträchtigt den Wert der Studie. Die Auswertung resümiert, dass neben Verbesserungen in der Beziehungsfähigkeit, beim Lernen und bei der Selbsteinschätzung auch Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur erreicht werden konnten, was die Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie bei dieser früh und basal gestörten Patientengruppe nahe legt. Jedoch auf Grund des Fehlens von Kontrollbedingungen und dem Mangel bei der Diagnostik kann die Studie nicht als objektiver Wirksamkeitsnachweis gewertet werden.

Auch Fonagy und Target (1995) weisen in ihrer retrospektiven Stichprobe ($n = 763$) 135 Kinder mit expansiven Störungen aus. Zwar werden auch hier Verbesserungen erreicht, aber gegenüber den Verbesserungen bei emotionalen Störungen bleiben expansive Störungen (Codierung nach DSM-III-R) im Ausmaß der Verbesserung zurück, was wohl insgesamt auf eine größere Störungsschwere dieser Krankheitsbilder zurückzuführen ist.

Ebenfalls enthalten die Heidelberger Studien Verhaltensstörungen: Winkelmann et al. (2005a): 22,5 %, Enuresis und Bindungsstörungen zusammen 7 %; Winkelmann et al. (2000) und Fahrig et al. (1996) jeweils 23,3 %. Einen kontrollierten Wirksamkeitsnachweis stellt die störungsspezifische Auswertung der Heidelberger Studie (Winkelmann et al. 2005b in diesem Heft) für diesen Wirksamkeitsbereich dar.

Die gruppentherapeutischen Studien von Lehmkuhl und Lehmkuhl (1992), an den kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätskliniken in Köln und Berlin durchgeführt, und die Studie von Lehmkuhl et al. (1982) vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim weisen ebenfalls Patienten mit expansiven Verhaltensstörungen auf. Wegen fehlender Kontrollgruppen und der nicht abgrenzbaren Wirkfaktoren von stationärer Gruppenpsychotherapie und stationärem Behandlungsrahmen können diese Studien nur als ein eingeschränkter Wirksamkeitsbeleg angesehen werden.

Immerhin ergibt die Prä-Post-Messung signifikante Unterschiede nach der Gruppentherapie und gemäß der Häufigkeit der Anwendung (Frequenz) des Verfahrens.

Damit liegen mit den zwei gruppentherapeutischen, drei gemischt-neurotischen Studien und der katamnестischen Studie fünf Studien mit einem eingeschränkten Wirksamkeitsnachweis vor. Die kontrollierten Studien, Szapocznik et al. (1989) und Winkelmann et al. (2005b), sind als methodisch adäquate Studien als Wirksamkeitsbelege zu bewerten.

4.6 Autistische Störungen (F84)

Im Bereich autistischer Störungen liegen auf Grund der Langwierigkeit und Seltenheit der Störungsbilder keine Studien mit größeren Stichproben vor. Um so bedeutsamer sind deshalb ausführliche Einzelfallstudien. Es liegen mit den Arbeiten von Alvarez (2001), Ogden (1989) und Tustin (1972, 1986) mehrere Fallberichte über die psychoanalytischen Behandlung von Autismus vor. Sie stellen aber keine Wirksamkeitsnachweise im Sinne der Mindestanforderungen an Psychotherapiestudien dar. Beim Autismus als einer tiefgehenden Entwicklungsstörung können nur langzeittherapeutische Konzepte Erfolg haben, weshalb aus ethischen Gründen auch nur verschiedene langzeittherapeutische Konzepte als Kontrollgruppen miteinander verglichen werden können. Diese Einschätzung teilt auch die Expertise der Verhaltenstherapie.³

4.7 Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen (F60, F62, F68–F69), Störungen der Impulskontrolle (F63), Störungen der Geschlechtsidentität und Sexualstörungen (F64–F66), Abhängigkeit und Missbrauch (F1, F55), Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F20–29)

Die noch unveröffentlichte Arbeit von Fonagy et al. (nach Fonagy 2002 gesichtet) enthält Achse II-Diagnosen mit narzisstischen Störungen und Borderline-Störungen bei 18- bis 24-jährigen Adoleszenten und jungen Erwachsenen. Mit einem umfangreichen Messinstrumentarium (SCL-90, Beck Depression Inventory etc.) und hoch- und niederfrequenten Vergleichsgruppen belegt die noch laufende Studie in ihren Zwischenergebnissen, dass die hochfrequente Behandlungsgruppe beim Erreichen klinisch relevanter Veränderungen und bei den Symptomverbesserungen der niederfrequenten Behandlung überlegen ist. Die Studie ist noch nicht abgeschlossen und enthält keine Kontrollgruppe, sondern einen Vergleich zweier Therapiegruppen mit unterschiedlicher Behandlungslänge. Wegen der besonderen Forschungsfrage bei Langzeittherapien kann nur ein Therapiegruppenvergleich und nicht eine unbehandelte Kontrollgruppe in Frage kommen.

Ebenso enthalten die Gruppentherapiestudien von Lehmkuhl und Lehmkuhl (1992) und Lehmkuhl et al. (1982) Hinweise auf Symptomreduktion und klinische

³ „Die notwendigen Behandlungs- und Beobachtungszeiten sind grundsätzlich so lang, daß ein Therapievergleich mit randomisierter Zuordnung ethisch kaum zu rechtfertigen ist“ (Kröner-Herwig, o. J., S. 87).

Verbesserungen bei dieser Störungsgruppe. Das Ergebnis zu diesem Anwendungsbereich lautet: Es liegt bisher keine abgeschlossene Studie vor.

4.8 Intelligenzminderung (F7), hirnorganische Störungen (F0) und Entwicklungsstörungen (F80–F83 sowie F88 und F89)

Hier liegt eine Vergleichsstudie vor. Heinicke und Ramsey-Klee (1986) vom Department of Psychiatry der Universität Los Angeles untersuchten und behandelten Kinder mit Lernschwierigkeiten und Leseschwächen bei hyperaktiver und überängstlicher Komorbidität (nach DSM-III diagnostiziert), die den ICD-10-Diagnosen der Gruppe F81 entsprechen würde. Im Vergleich dreier Frequenzgruppen (Vergleichsgruppen) kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass die Behandlungserfolge bezüglich der Leistungsvariablen signifikant größer und dauerhafter in der hochfrequent behandelten Gruppe waren. Dies gilt in einem breiten Spektrum für die Erhöhung des Selbstwertgefühls, der Frustrationstoleranz, der Anpassungsfähigkeit, der Arbeits- und Beziehungsfähigkeit. Nach einem Katamneseintervall wurden diese Werte nur bei der Gruppe der hochfrequent behandelten Patienten festgestellt.

Auf Grund dieser Übersicht über die vorliegenden Wirksamkeitsstudien zur analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Wirksamkeit bei affektiven Störungen, Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen, Angststörungen, emotionalen Störungen, psychosomatischen Störungen, Verhaltensstörungen und bestimmten Entwicklungsstörungen mit kontrollierten Studien ausreichend belegt ist. Auch wenn einige weitere Studien bei den Kontrollbedingungen Mängel aufweisen, geben sie doch durch Prä-Post-Vergleiche Hinweise auf die Wirksamkeit durch Symptomreduktion und Strukturveränderungen.

Hinzu kommen mit den Katamnesen von Dührssen (1964), Petri und Thieme (1978), Fonagy und Target (1995), Winkelmann et al. (2000) und Waldron et al. (1975) fünf Studien, die die Stabilität des Behandlungserfolgs belegen. Sie weisen aber den Mangel der retrospektiven Erhebung auf. Schließlich ist besonders hervorzuheben, dass die meisten kontrollierten Studien, insbesondere die Heidelberger Studien (Fahrig et al. 1996; Horn et al. 2005; Kronmüller et al. 2005; Winkelmann et al. 2005a, b), aber auch die Studien von Muratori, Baruch und Fearon, Lush, Zimprich und die Säuglingstherapiestudien als naturalistische Studien von besonderer Aussagekraft sind.

5 Perspektiven für die weitere Forschung

1. Die Psychotherapieforschung im Bereich der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie kann nur relevant und bedeutungsvoll fortentwickelt werden, wenn die analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Psychotherapieforschung selbst zu ihrem Anliegen machen und Psychotherapieforschung nicht in ambivalenter Haltung an Forscher delegieren. Die Bedrohung des eigenen Verfahrens angesichts nur begrenzt vorliegender störungsspezifischer Wirksamkeitsnachweise sollte *als existentieller Stachel zu Engagement* führen. Auf Grund der

numerischen und damit statistisch belegten Überlegenheit der Forschungsstudien anderer Psychotherapieverfahren wird die psychoanalytische Psychotherapieforschung zu einem notwendigen Instrument der Selbsterhaltung des Verfahrens und des Berufsstandes.

2. Die Verteilung der ohnehin geringen gesellschaftlich zur Verfügung gestellten Fördermittel (DFG, BMBF, BMG, Psychotherapieforschungsprogramm 2005) muss auch dem Verfahren der psychoanalytischen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen zugute kommen. Das heißt bei der Vergabe von Forschungsgeldern ist die Verfahrensausgewogenheit anzumahnen. Dies wird aber nur zu erreichen sein, wenn eine Kooperation mit an Psychoanalyse interessierten Forschern an Hochschulen und Universitäten hergestellt werden kann. Nur diese sind dazu in der Lage, Drittmittel einzuwerben. Leider bestehen mit dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten und mit den erziehungswissenschaftlichen Fachbereichen bisher nur ganz wenige Kooperationen. So könnte es aber interessant sein, auf die verhaltenstherapeutischen Lehrstuhlinhaber, die bei weitem die Mehrheit in ihrem Fachgebiet repräsentieren, zuzugehen, um z. B. bei bestimmten umschriebenen Störungsbildern kontrolliert-naturalistische *Vergleichsstudien zwischen beiden Verfahren* durchzuführen. Erst dann können statt artifizieller Metaanalyseberechnungen valide Aussagen über die Wirksamkeit beider Verfahren unter Praxisbedingungen gemacht werden.

3. Um das spezifisch Bedeutsame psychoanalytischer Behandlungen für deren Effektivität im Rahmen des Gesundheitssystems herauszustellen, sollte die Langzeitwirkung von Strukturumwandlungen beforscht und herausgestellt werden, denn diese garantiert einen *nachhaltigen Effekt*. Die Strukturveränderung fördert die Stabilisierung der Persönlichkeit langfristig und trägt somit auch zur Reduzierung der Inanspruchnahme kassenärztlicher Leistungen bei. Für den Erwachsenenbereich ist dies mit der Praxisstudie der DGPT belegt worden und mit der Heidelberger Persönlichkeitsumstrukturierungsskala liegt dafür auch ein Messinstrument vor. Da die psychoanalytische Therapie als einziges Verfahren die Dimension des Unbewussten mit einbezieht, wahrt sie auch als einziges Verfahren den Anspruch auf Ganzheitlichkeit. Diese Dimension herauszustellen und empirisch in ihrer Wirksamkeit zu belegen, ist wissenschafts- und berufspolitisch von großer Bedeutung. Nur durch *empirischen Nachweis kann das nachhaltige Erreichen dieser Ziele einer nicht-psychoanalytischen Öffentlichkeit* vermittelt werden. Berufspolitisch werden auf die Dauer die höheren Stundenkontingente der psychoanalytischen Verfahren nur zu rechtfertigen sein, wenn das behauptete Behandlungsziel auch evident nachgewiesen werden kann. Dafür sind weder die psychoanalytische Störungs- und Behandlungstheorie noch Falldarstellungen ein ausreichender Beleg.

4. Heutige Psychotherapiestudien haben sich am heutigen Psychotherapieforschungsstandard und den dazu bestehenden Regularien zu orientieren. Wenn der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in seinen Mindestanforderungen für die Begutachtung von Wirksamkeitsstudien objektive Diagnosestellung, Manualisierung, Kontrollgruppen und deren Randomisierung, Prä-Post-Vergleiche und eine hinreichende Katamnesestabilität fordert, sollten diese Kriterien in neuen Studien berücksichtigt und nicht unterschritten werden, auch wenn man gegen diesen An-

satz kritische Einwände hat. Es wäre ein nicht zu unterschätzender Gewinn, wenn mittels dieser Instrumente die Wirksamkeit unter Praxisbedingungen nachgewiesen werden könnte. Dass das auch möglich ist, belegen die Heidelberger Studien zur analytischen Langzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen exemplarisch.

5. Auf Grund ihrer hohen klinischen Versorgungsrelevanz verfügt die analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland über ein einmalig breitgefächertes Feld klinischer Erfahrungen im ambulanten Bereich. Dies zu beforschen könnte vor allem für die Krankenkassen von hohem Interesse sein, weil sich diese Forschung an realen, ökologisch validen Patientengruppe orientierte und nicht an pseudoreinen Störungsgruppen von Laborstudien mit kleinen Stichproben. Schließlich wird mit den Mitteln der Solidargemeinschaft *die Behandlung realer Patienten unter Praxisbedingungen bezahlt und nicht die Behandlung an selektierten Stichproben unter künstlichen Bedingungen*. Aber es gilt auch, dass nur eine unter Laborbedingungen erfolgreich wirksam getestete Methode unter Praxisbedingungen angewendet werden sollte, so dass die naturalistischen Studien die Effektivitätsstudien nicht ersetzen können, sondern sie ergänzen sollten.

6. Forschung sollte sich nicht nur auf einzelne Projekte konzentrieren, sondern auf die Implementierung einer Forschungsstruktur abzielen. Dazu ist die temporäre Beauftragung von Forschungsgruppen erforderlich, die gezielt Drittmittel einwerben können. Da mittlerweile allein die Antragserstellungskosten für DFG-Studien bei ca. 20000 Euro liegen und hochmethodische Studien pro Jahr ungefähr 80000 Euro erforderlich machen, wird ein Grundstock von ca. 100000 Euro pro Jahr benötigt, um eine innovative und das Verfahren sichernde Forschungsarbeit zu realisieren. Dies würde für die Mitglieder der Berufs- und Fachverbände eine jährliche Forschungsumlage bedeuten. Angesichts der mittelfristigen Bedrohtheit der psychoanalytisch begründeten Verfahren erscheint mir auch die Bereitschaft von Verbandsmitgliedern gewachsen zu sein, Forschung mitzufinanzieren. Durch eine Umlage würde eine Forschungskontinuität geschaffen werden, die die Mitgliedschaft klinisch und finanziell mit einbezieht, den ständigen Diskussionsprozess zwischen Forschern und Klinikern fördert und hoffentlich gute und öffentlichkeitswirksame Ergebnisse erbringt.

Literatur

- Alvarez, A. (2001): Zum Leben wiederfinden. Psychoanalytische Psychotherapie mit autistischen, Borderline- vernachlässigten und mißbrauchten Kindern. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Baruch, G.; Fearon, P. (2002): The evaluation of mental health outcome at a community-based psychodynamic psychotherapy service for young people: A 12-month follow up based on self report data. *Psychology and Psychotherapy* 75: 261–278.
- Beelmann, A.; Schneider N. (2003): Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Metaanalyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 32 (2): 129–143.
- Cohen, N. J.; Muir, E.; Parker, C. J.; Brown, M.; Lojkasek, M.; Muir, R.; Barwick, M. (1999): Watch, wait and wonder. Testing the effectiveness of an new approach to mother-infant-psychotherapy. *Infant Mental Health Journal* 20: 429–451.

- Cohen, N. J.; Muir, E.; Lojkasek, M. (2003): „Watch, Wait and Wonder“ – Ein kindzentriertes Psychotherapieprogramm zur Behandlung gestörter Mutter-Kind-Beziehungen. *Kinderanalyse* 11: 58–79.
- Crisp, A. H.; Norton, K.; Gowers, S.; Halek, C.; Bowyer, C.; Yedham, D.; Levett, G.; Bhat, A. (1991): A Controlled Study of the Effect of Therapies Aimed at Adolescent and Family Psychopathology in Anorexia Nervosa. *The British Journal of Psychiatry* 159: 325–333.
- Deblinger, E.; Lippmann, J.; Steer, R. (1996): Sexually Abused Children Suffering Posttraumatic Stress Symptoms: Initial Treatment Outcome Findings. *Child Maltreatment* 1: 310–321.
- Deblinger, E.; Steer, R.; Lippmann, J. (1999): Two-year-Follow-up Study of Cognitive Behavioral Therapy for Sexually Abused Children suffering Posttraumatic Stress Symptoms. *Child Abuse and Neglect* 23: 1371–1378.
- Döpfner, M. (2003): Wie wirksam ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychotherapeutenjournal* 2: 258–266.
- Döpfner, M.; Frölich, J.; Lehmkuhl, G. (2000): Hyperkinetische Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M.; Lehmkuhl, G. (2002): Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychologische Rundschau* 53: 184–193.
- Dornes, M. (2000): Die emotionale Welt des Kindes. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Dührssen, A. (1964): Katamnestic Untersuchung bei 150 Kindern und Jugendlichen nach analytischer Psychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 13: 241–255.
- Fahrig, H.; Kronmüller, K.-H.; Hartmann, M.; Rudolf, G. (1996): Therapieerfolg analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Die Heidelberger Studie zur analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 42: 375–395.
- Fisher, S. G. (1984): Time-limited brief therapy with families: A one year follow-up study. *Family Process* 23: 101–106.
- Fonagy, P.; Target, M. (1995): Kinderpsychotherapie und Kinderanalyse in der Entwicklungsperspektive: Implikationen für die therapeutische Arbeit. *Kinderanalyse* 3: 150–181 (und in: Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U. [1997]: *Psychoanalysen im Rückblick*. Gießen: Psychosozial, S. 366–406).
- Fonagy, P.; Cottrell, D.; Allison, L. (2002): *What Works for Whom? A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents*. New York: Guilford.
- Fonagy P.; Gerber, A.; Higgitt, A.; Bateman, A. (2002): The comparison of intensive and non intensive treatment of young adults. In: Fonagy, P. (Hg.): *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. London: International Psychoanalytic Association (in Vorbereitung).
- Grawe, K.; Donati, R.; Bernauer, F. (1994): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Gowers, D.; Norton, K.; Halek, C.; Vrisp, A. H. (1994): Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 15: 165–177.
- Hall, A.; Crisp, A. H., (1987): Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: outcome at one year. *The British Journal of Psychiatry* 151: 185–191.
- Heerkerens, H.-P (1992): Zur Zukunft der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *Report Psychologie* 46: 8–18.
- Heinicke, C. M.; Ramsey-Klee, D. M. (1986). Outcome of child psychotherapy as a function of frequency of sessions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 25: 247–253.
- Horn, H.; Geisser-Elze, A.; Reck, C.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Victor, D.; Winkelamm, K.; Kronmüller, K.-T.(2005): Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54: 578–597.
- Kazdin, A. E. (1994): Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Aktueller Stand. Fortschritte und zukünftige Entwicklungen. *Psychotherapeut* 39: 345–352.
- Kazdin, A. E. (2000): Developing a research agenda for child and adolescent psychotherapy. *Archives of General Psychiatry* 57: 829–835.

- Klitzing, K. v. (1998): Die Wirksamkeit psychotherapeutischer und pädagogischer Interventionen im frühen Kindesalter. Ein Forschungsausblick. In: Klitzing, K. v. (Hg.): Psychotherapie der frühen Kindheit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 164–172.
- Kronmüller, K.; Hartmann, M. (1997): Psychoanalytische Therapieforschung bei Kindern und Jugendlichen. In: Mandl, H. (Hg.): Bericht über den 40. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Kronmüller, K.-T.; Postelnicu, I.; Hartmann, M.; Stefani, A.; Geisser-Elze, A.; Gerhold, M.; Horn, H.; Winkelmann, K. (2005): Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54: 559–577.
- Lehmkuhl, G.; Lehmkuhl, U. (1992): Gibt es spezifische Effekte der stationären Gruppentherapie mit Jugendlichen? *Gruppentherapie und Gruppendynamik* 28: 279–287.
- Lehmkuhl, G.; Schieber, P. M.; Schmidt, G. (1982): Stationäre Gruppenpsychotherapie bei Jugendlichen im Spiegel von Selbst- und Fremdbeurteilung und Behandlungserfolg. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 10: 216–229.
- Lush, D.; Boston, M.; Grainger, E. (1991): Evaluation of psychoanalytic psychotherapy with children: Therapists' assessments and predictions. *Psychoanalytic Psychotherapy* 5: 191–234.
- McDonough, S. (1995): Promoting positive early parent-infant relationships through interaction guidance: Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 4: 661–672.
- Miller, L. C.; Barrett, C. L.; Hampe, E.; Noble, H. (1972): Comparison of reciprocal inhibition, psychotherapy, and waiting list control für phobic children. *Journal of Abnormal Psychology* 79: 269–279.
- Moran, G. S.; Fonagy, P.; Kurtz, A. M.; Brook, C. (1991): A controlled study of the psychoanalytic treatment of brittle diabetes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 30: 241–257.
- Muratori, F.; Picchi, L.; Casella, C.; Tancredi, R.; Milone, A.; Patarnello, M. G. (2002): Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders. *Psychother. Psychosom.* 71: 28–38.
- Murray, L.; Cooper, P. J.; Wilson, A.; Romaniuk, H. (2003): Controlled trial of the short-term effect of psychological treatment of post-partum depression. *The British Journal of Psychiatry* 182: 420–427.
- Ogden, T. (1989): *The primitive edge of experience*. New Jersey.
- Petri, H.; Thieme, E. (1978): Katamnese zur analytischen Psychotherapie im Kindes -und Jugendalter. *Psyche* 32: 21–51.
- Robert-Tissot, C.; Cramer, B.; Stern, D.; Rusconi Serpa, S.; Bachmann, J. P.; Palacio-Espasa, F.; Knauer, D.; De Mural, M.; Berney, C.; Meniguren G. (1996): Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: report on 75 cases. *Infant Mental Health Journal* 17: 97–114.
- Rusconi Serpa, S. (1992): La Guidance Interactive: Les Points essentiels du Fraitement, *Psychescape* 13: 7–10.
- Smyrniotou, K. S.; Kirkby, R.-J. (1993): Long-term comparison of brief versus unlimited psychodynamic treatments with children and their parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61: 1020–1027.
- Stern, D. N. (1998): *Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedenen Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Streeck-Fischer, A. (2002): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen – Eine Einführung in die Thematik. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 51: 3–11.
- Szapocznik, J.; Murray, E.; Scopetta, M.; Hervis, O.; Rio, A.; Cohen, R.; Rivas-Vazquez, A.; Posada, V. (1989): Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57: 571–578.
- Target, M.; March, J.; Ensik, K.; Fabricius, J.; Fonagy, P. (2002): Prospective Study of the outcome of child psychoanalysis and psychotherapy (AFC5). In: Fonagy, P. (Hg.): *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. London: IPA, S. 161–162.

- Trowell, J.; Kolvin, I.; Weeramanthri, T.; Sadowski, H.; Berelowitz, M.; Glasser, D.; Leitch, H. (2002): Psychotherapy for sexually abused girls: psychopathological outcome findings and patterns of change. *The British Journal of Psychiatry* 180: 234–247.
- Tustin, F. (1972): *Autism and childhood psychosis*. London: Hogarth Press.
- Tustin, F. (1986): *Autistic barriers in neurotic patients*. London: Routledge.
- Waldron, S.; Shrier, D. K.; Stone, B. et al. (1975): School phobia and other neurosis. Systematic study of the children and their families. *American Journal of Psychiatry* 132: 802–808.
- Weisz, J. R.; Weiss, B.; Han, S. S.; Granger, D. A.; Morton, T. (1995): Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis to treatment outcome studies. *Psychological Bulletin* 117: 450–468.
- Wiefel, A.; Oepen, G.; Wollenweber, S.; Lenz, K.; Eggers, C.; Lehmkuhl, U. (2004): Psychiatrie der frühen Kindheit. Ergebnisse aus der Baby- und Kleinkindsprechstunde im kinder- und jugend-psychiatrischen Teil des interdisziplinären Zentrums der Charité. In: Lehmkuhl, U.; Lehmkuhl, G. (Hg.): *Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 163–178.
- Windaus, E. (2004a): Studien zur Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen. *Forum der Psychoanalyse* 20: 39–44.
- Windaus, E. (2004b): Übersicht über Studien und Katamnesen im Bereich der psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Forum der Psychoanalyse* 20: 44–54.
- Windaus E. (2004c): Zur Studiensituation im Bereich der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* 35: 419–442.
- Winkelmann, K.; Hartmann, M.; Neumann, K.; Hennch, C.; Reck, C.; Victor, D.; Horn, H.; Uebel, T.; Kronmüller, K.-T. (2000): Stabilität des Therapieerfolgs nach analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie – eine Fünf-Jahres-Katamnese. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49: 315–328.
- Winkelmann, K.; Geiser-Elze, A.; Hartmann, M.; Horn, H.; Schenkenbach, C.; Victor, A. D.; Kronmüller, K.-T. (2005a): Heidelberger Studie zur analytischen Langzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, V. Zwischenbericht (unveröffentlicht).
- Winkelmann, K.; Stefini, A.; Hartmann, M.; Geisser-Elze, A.; Kronmüller A.; Schenkenbach, C.; Horn, H.; Kronmüller K.-T. (2005b): Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54: 598–614.
- Zimprich, H. (1980): Behandlungskonzepte und -resultate bei psychosomatischen Erkrankungen im Kindesalter. In: Zimprich, H. (Hg.): *Kind und Umwelt, Psychohygienische und psychosomatische Aspekte*. Wien: Springer.

Korrespondenzadresse: Dr. phil. Eberhard Windaus, Länderweg 45, 60599 Frankfurt a. M.;
E-Mail: zoubek-windaus@t-online.de