

Goldbeck, Lutz

Wie spezifisch ist evidenzbasierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 60 (2011) 8, S. 608-648

urn:nbn:de:bsz-psydok-52263

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/

Wie spezifisch ist evidenzbasierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie?

Lutz Goldbeck

Summary

How Specific is the Evidence Base for Child and Adolescent Psychotherapy?

Evidence-based psychotherapy (EBP) proposes the fit between a specific treatment, therapist, patient and mental disorder. At the same time, the generalization of psychotherapy research findings is intended. In this conflict between individualized and standardized treatment the search for specific active components of psychotherapy is essential to improve intervention methods as well as training of therapists. Many manualized treatments for children and adolescents are considered evidence-based, proven by its outcome. However, their active ingredients often remain unclear. The following methods to identify necessary active components for successful treatments are described: classical comparative randomized controlled trials, dismantling studies, add-on studies, meta-analyses, and the multiphase optimization strategy. Consequences for the future agenda for child and adolescent psychotherapy research are discussed.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60/2011, 639-648

Keywords

child and adolescent psychotherapy – component analyses – evidence based treatments – multimodal interventions

Zusammenfassung

Das Paradigma der evidenzbasierten Psychotherapie postuliert die Passung von Therapiemethode, Therapeut, Patient und Störungsbild und möchte gleichwohl generalisierbare Aussagen über die Wirksamkeit von Therapie treffen. In diesem Spannungsfeld zwischen individualisierter und standardisierter Psychotherapie ist die Spezifität von Wirkfaktoren in der Psychotherapie für die weitere Optimierung von Interventionsmethoden und für die Therapeutenausbildung von zentraler Bedeutung. Viele kinder- und jugendpsychotherapeutische Behandlungsmanuale sind mittlerweile evidenzbasiert im Sinne der Ergebnisevaluation. Dabei bleibt jedoch offen, welche Komponenten dieser oft multimodalen Interventionen für den Behandlungserfolg ausschlaggebend sind. Es erfolgt ein Überblick über Methoden der Psychotherapieforschung, mit denen notwendige Komponenten erfolgreicher Therapien identifiziert werden können. Dabei sind vergleichende Therapiestudien, Dismantling-Studien, Metaanalysen und ein schrittweiser empirischer Ansatz zu unterscheiden. Am Beispiel von ausgewählten Interventionsstudien werden diese unterschiedlichen Strategien erläutert.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60: 639 – 648 (2011), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2011

Konsequenzen für die weitere Forschungsagenda in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie werden diskutiert.

Schlagwörter

evidenzbasierte Psychotherapie – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Komponentenanalysen – Wirkfaktoren

1 Hintergrund

We define Empirically Supported Treatments as clearly specified psychological treatments shown to be efficacious in controlled research with a delineated population.

Chambless und Hollon (1998)

Everybody has won and all must have prizes.

Dodo in Lewis Carroll: Alice in Wonderland

Inzwischen ist unumstritten, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien bei zahlreichen internalisierenden und externalisierenden Störungen wirksam sind. Dieser Befund wird auf immer breiterer empirischer Basis in Metaanalysen und inzwischen sogar in Meta-Metaanalysen (Bachmann, Bachmann, Rief, Matthejat, 2008a; 2008b) untermauert. Die von der Amerikanischen Psychologischen Fachgesellschaft mit den so genannten Chambless-Kriterien in den 1990er Jahren eingeläutete Ära der evidenzbasierten Psychotherapie (EBP) hat wesentlich zur empirischen Fundierung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie beigetragen (Chambless u. Hollon, 1998). Ziel ist dabei die Identifikation der wirksamsten Behandlung für eine bestimmte Zielgruppe mit einer bestimmten Diagnose. Der höchste Evidenzgrad wird nach diesem Paradigma denjenigen störungsspezifischen Therapien zugesprochen, deren statistisch signifikante Überlegenheit gegenüber einer Nichtbehandlung oder gegenüber einer alternativen Behandlung von mehreren unabhängigen Forschergruppen in randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) oder in Fallserien unter hoch standardisierten Bedingungen nachgewiesen wurde (Chambless u. Hollon, 1998). Standardisierung und Ergebnisorientierung von Psychotherapien unter Studienbedingungen haben im Zuge dieser Entwicklung zugenommen.

Unklar ist hingegen weiterhin die Spezifität vieler psychotherapeutischer Methoden. Seit Rosenzweig (1936) auf gemeinsame Ingredienzien vermeintlich verschiedener Psychotherapien hingewiesen hat, wird über den relativen Anteil unspezifischer und spezifischer Wirkfaktoren diskutiert. Da auch sehr unterschiedliche Psychotherapieverfahren und -methoden wirksam sind, liegt der Schluss nahe, unspezifische Faktoren wie z. B. Therapieerwartungseffekte oder Suggestibilität der

Patienten, die allen Psychotherapien immanente Zuwendung zum Patienten, die Qualität der therapeutischen Beziehung oder Basisfertigkeiten der Therapeuten wie z. B. ihre Empathiefähigkeit seien die wesentlichen Ingredienzien von Psychotherapie. Gleichwohl werden zunehmend auch für Kinder und Jugendliche störungsspezifische Therapiemethoden entwickelt und evaluiert, und zwar unter der Annahme, dass diese Methoden eine störungsspezifische auf die jeweilige Diagnose und Zielgruppe zugeschnittene Wirkung entfalten.

Viele der in jüngster Zeit publizierten kinder- und jugendpsychotherapeutischen Therapiemanuale sind multimodal angelegt, d. h. sie enthalten eine Kombination unterschiedlicher Wirkkomponenten und Interventionsebenen. Die überwiegend auf Ergebnisevaluation angelegte Psychotherapieforschung kann jedoch den psychotherapeutischen Veränderungsprozess nicht aufklären. Was genau wie in einer Psychotherapie wirkt, bleibt in Outcomestudien verborgen. Ob alle Komponenten einer multimodalen Therapie tatsächlich für den Behandlungserfolg notwendig sind, bleibt also fraglich. Unklar sind auch häufig die Dosis-Wirkungs-Beziehungen. Wie lange Psychotherapien dauern müssen und wie frequent die Therapiesitzungen stattfinden sollten um nachhaltig erfolgreich zu sein, wird selten untersucht. Ähnlich wie Skinners „abergläubische“ Tauben nach systematischer Belohnung mit Futterkörnern weiterhin ihre unsinnigen Pirouetten drehen, wird somit an möglicherweise überflüssigen oder falsch dosierten therapeutischen Methoden und Prozeduren festgehalten. Damit würden dringend für die Behandlung wartender und bislang unversorgter Patienten benötigte Ressourcen vergeudet.

Wenn man die von Kazdin (2000) postulierte Agenda für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieforschung betrachtet, ist bislang also lediglich seine erste Frage beantwortet, und zwar diejenige nach der generellen Wirksamkeit von Psychotherapien. Die folgenden von Kazdin vor mehr als 10 Jahren bereits angeführten sieben weiterführenden Forschungsthemen und -ziele sind bislang noch nicht hinreichend in Angriff genommen worden:

- die Identifikation von Wirkkomponenten der vorhandenen Interventionen
- die Optimierung vorhandener Interventionen durch zusätzliche Komponenten
- die Suche nach weiteren Parametern zur Optimierung des Therapieerfolgs
- die relative Wirksamkeit alternativer Behandlungen
- die Moderatoren des Therapieerfolgs auf Seiten des Kindes, der Familie und des sozialen Umfeldes
- die Prozesse während der Behandlung mit Einfluss auf den Therapieerfolg, sowie
- die Generalisierbarkeit von Behandlungseffekten auf andere Zielgruppen, Problembereiche und Rahmenbedingungen der Behandlung.

Die folgenden am Beispiel prototypischer Studien illustrierten forschungsmethodischen Überlegungen sollen mögliche Strategien für die bislang vernachlässigte Untersuchung von therapeutischen Veränderungsprozessen und spezifischen Wirkfaktoren verdeutlichen.

2 Methodische Ansätze zur Identifikation von Wirkkomponenten

2.1 Therapievergleichsstudien

Nach dem Modell von Klein (1997) ist das in Therapiestudien ermittelte Behandlungsergebnis eine Summe aus allen externalen Faktoren (E), deretwegen eine Randomisierung erfolgt, einschließlich des spontanen Verlaufs der Erkrankung, aus allen spezifischen (T_s) und unspezifischen (T_{NS}) Behandlungsfaktoren sowie aus dem Therapieerwartungseffekt von Patienten und Therapeuten hinsichtlich der Kontrollgruppenbedingung (D_C) und hinsichtlich der Therapiebedingung (D_T). Das Therapieergebnis in der zu prüfenden Intervention ist demnach also $E + D_T + T_{NS} + T_s$. Vergleicht man nun experimentell zwei unterschiedliche aktive Therapiemethoden T_{s1} und T_{s2} und hält alle übrigen Bedingungen konstant, so kann aus der Differenz der Therapieergebnisse $T_{s1} - T_{s2}$ die relative Wirksamkeit der einen gegenüber der anderen Therapie bestimmt werden. Solche Therapievergleichsstudien stellen hohe Anforderungen an den Untersuchungsplan, insbesondere hinsichtlich der notwendigen Gleichhaltung von Therapieerwartungseffekten und unspezifischen Wirkfaktoren. Gelingt es aber ähnliche Bedingungen herzustellen, z. B. indem die zu vergleichenden Therapien innerhalb einer Studie durch dieselben Therapeuten angewendet werden, die von der Wirksamkeit beider gleichermaßen überzeugt sind, indem Therapiedauer und -dosis angeglichen werden, indem Diagnostiker und Studienteilnehmer für die Art der Intervention verblindet werden und indem die Patienten darüber informiert werden, dass die zu vergleichenden Therapien als gleichermaßen wirksam angesehen werden können, so können Therapievergleichsstudien für sich in Anspruch nehmen, dass ggf. gemessene Unterschiede mit hoher Wahrscheinlichkeit tatsächlich auf die spezifische Therapiemethode zurückzuführen sind. Prinzipiell ist es mit diesem Design möglich, ähnliche multimodale Therapieprogramme zu vergleichen, die sich nur darin unterscheiden, dass eine Komponente in dem einen Programm vorhanden ist, in dem anderen jedoch fehlt. Aufgrund der zu erwartenden meist geringen Unterschiede zwischen aktiven Therapien sind allerdings sehr hohe Fallzahlen erforderlich, um zu statistisch abgesicherten Aussagen zu kommen. Bislang sind vergleichende Psychotherapiestudien mit Kindern und Jugendlichen wegen des damit verbundenen hohen Aufwandes kaum durchgeführt worden. Ein Beispiel für ein solches Studiendesign wurde unlängst von Kenardy, Cobham, Nixon, McDermott und March (2010) publiziert. Die Autoren planen einen Vergleich zwischen einer kindorientierten und einer familienorientierten trauma-fokussierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Frühintervention. Sie gehen hierbei von einer großen Effektstärke aus und benötigen immerhin aufgrund ihrer *a priori* durchgeführten Fallzahlabeschätzung noch 140 Studienteilnehmer, um zu statistisch abgesicherten Erkenntnissen zu gelangen.

2.2 Dismantling-Strategien

Erwiesenermaßen erfolgreiche multimodale Therapieprogramme können in einer so genannten „Dismantling“-Strategie sukzessive unter fortlaufender Evaluation um einzelne Komponenten reduziert und dadurch ohne Verlust an Effektivität vereinfacht werden.

Diese Strategie setzten Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon und Steer (2011) ein, indem sie die bislang am besten evidenzbasierte traumaspezifische Therapie für Kinder nach sexuellem Missbrauch (Cohen, Mannarino, Deblinger, 2009) in verkürzter Form (8 anstatt 16 Sitzungen) und um das Kernmodul des Trauma-Narrativs verkürzt durchführten und dann die vier Varianten des Behandlungsprogramms (lang vs. kurz, mit vs. ohne Trauma-Narrativ) hinsichtlich ihrer differentiellen Wirksamkeit auf 14 verschiedene Ergebnisparameter bei vier-bis elfjährigen Kindern und ihren in die Therapie einbezogenen Eltern verglichen. Die missbrauchsbezogene psychische Belastung der Eltern und die missbrauchsbezogenen und allgemeinen Angstsymptome der Kinder wurden am stärksten von der kurzen Therapievariante mit Traumanarrativ beeinflusst. Die Elternfertigkeiten und die von den Eltern berichteten externalisierenden Symptome wurden hingegen am stärksten in der langen Therapievariante ohne Traumanarrativ beeinflusst. Diese Studie zeigt somit beispielhaft, dass je nach Zielgröße eine spezifische Therapievariante angebracht sein kann. Aus solchen Studien können Kliniker im Sinne einer modularen Therapieplanung Rückschlüsse für die individuelle Anpassung einer allgemein evidenzbasierten Therapie ableiten.

2.3 Add-on Studien und Kombinationstherapien

Den gegenüber dem „Dismantling“-Ansatz umgekehrten Weg in Richtung Komplexitätserweiterung schlagen Studien ein, die eine bereits evidenzbasierte bewährte Therapie um neue Komponenten ergänzen oder die einzelne bereits evidenzbasierte Monotherapien miteinander kombinieren. Überprüft wird dann, ob das komplexere Therapieprogramm gegenüber der bisherigen Standard- oder Monotherapie ein verbessertes Therapieergebnis zeigt.

Beispielsweise behandelten Epstein, Paluch, Gordy und Dorn (2000) 90 adipöse Kinder zusätzlich zum Standardprogramm einer Klinik zwei Jahre lang entweder mit Interventionen zur Reduktion sitzender Tätigkeiten oder zur Steigerung körperlicher Aktivität und variierten beide Interventionen noch in ihrer Dosis. In allen vier Gruppen wurden eine signifikante Reduktion von Übergewicht und Körperfett, eine Zunahme der körperlichen Fitness und eine Reduktion der sitzend verbrachten Zeit erzielt. Allerdings wurde die sitzende Tätigkeit bei der Interventionsform, die auf deren Reduktion zielte, in nicht adressierte Zeitfenster verlagert.

Auch Pharmakotherapie und Psychotherapie vergleichende und kombinierende Ansätze gehören aus methodischer Sicht in die Kategorie der komplexitätssteigernden klinischen Studien. In der Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA-

Studie) (Boyle u. Jadad, 1999) wurden 579 Kinder mit ADHS in einem vierarmigen Studiendesign entweder 14 Monate mit einem sorgfältig individuell angepassten medikamentösen Behandlungsregime mit dem Wirkstoff Methylphenidat behandelt, oder sie erhielten eine intensive Eltern und Lehrer einbeziehende Verhaltenstherapie, oder sie wurden mit der kombinierten medikamentösen und Verhaltenstherapie behandelt, oder sie erhielten eine herkömmliche Behandlung (community treatment) ohne strikt standardisierte Vorgehensweise. Es zeigte sich eine Überlegenheit der alleinigen medikamentösen Behandlung gegenüber der alleinigen Verhaltenstherapie hinsichtlich der Kardinalsymptome der AHDS, während die Kombination aus medikamentöser Behandlung und Verhaltenstherapie verglichen mit beiden Monotherapien zwar keine bessere Wirksamkeit auf die Kernsymptome der AHDS hatte, jedoch Vorteile bei der Besserung komorbider Symptome und des Funktionsniveaus aufwies.

In einer Sekundäranalyse der Daten einer Augmentationsstudie, mit der die Wirksamkeit einer kognitiven Verhaltenstherapie bei Jugendlichen mit schweren depressiven Störungen untersucht wurde, die zuvor nicht auf eine medikamentöse Therapie mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) angesprochen hatten, wurde von Kennard et al. (2009) eine Therapiedauer von mehr als neun Sitzungen als Prädiktor für den Behandlungserfolg ausgemacht. Außerdem wurden die Behandlungskomponenten Problemlösestrategien und soziales Fertigkeitstraining als aktive Wirkfaktoren der Therapie identifiziert.

2.4 Reviews und Metaanalysen

Die zunehmende Zahl der publizierten klinischen Originalstudien bietet wachsende Möglichkeiten für systematische Reviews und Metaanalysen zur Identifikation spezifisch wirksamer Therapien und Wirkkomponenten.

Wenn unterschiedliche multimodale Behandlungsprogramme jeweils wirksam sind und sich dabei gleichzeitig in Teilkomponenten überschneiden, könnten die allen Therapieprogrammen gemeinsamen Komponenten die wesentlichen aktiven Komponenten sein. Von dieser Überlegung ausgehend identifizierten Garland, Hawley, Brookman-Frazee und Hurlburt (2008) auf der Basis einer Inhaltsanalyse von acht evidenzbasierten multimodalen Therapieprogrammen für Kinder mit disruptiven Verhaltensstörungen 21 Therapiekomponenten, die in mindestens der Hälfte aller Behandlungsprogramme enthalten waren. Zu diesen aktiven Wirkkomponenten gehörten Therapieinhalte wie z. B. das Prinzip der positiven Verstärkung und das Training von Problemlösestrategien, Behandlungstechniken wie z. B. Rollenspiele oder die Verschreibung von Hausaufgaben, Aspekte des Therapiebündnisses und andere Faktoren wie z. B. die Therapiedauer. Anschließend wurden diese identifizierten Wirkfaktoren in einer Delphi-Umfrage unter ausgewiesenen Experten validiert.

Im Gegensatz zu Überblicksartikeln quantifizieren Metaanalysen die Therapieeffekte studienübergreifend mittels Berechnung von Effektstärken nach vorheriger Gewichtung der Einzelstudien hinsichtlich methodischer Gütekriterien und Fallzahlen. Je mehr me-

thodisch einwandfreie Primärstudien mit möglichst hohen Fallzahlen in eine Metaanalyse eingehen, umso höher ist in der Regel ihre Aussagekraft. Durch eine Klassifikation der in den Primärstudien geprüften Therapien ist es möglich, die Therapieeffekte unterschiedlicher Behandlungen anhand ihrer Effektstärken zu vergleichen. Um allerdings auf der Ebene von spezifischen Wirkfaktoren zu eindeutigen meta-analytischen Erkenntnissen zu gelangen, müssen die in den Primärstudien verwendeten Therapien präzise und nachvollziehbar beschrieben worden sein, am besten in Form eines Behandlungsmanuals. Leider fehlen in vielen Primärstudien wichtige Angaben über die Einzelheiten der Therapie, obwohl mit dem inzwischen von allen führenden Fachzeitschriften übernommenen Konsensus-Statement zum Bericht über klinische Studien (Boutron, Moher, Altman, Schulz, Ravaud, 2008; vgl. www.CONSORT.org) Standards für die Publikation von Studienergebnissen etabliert wurden. Unklare Stichprobeneffekte, heterogene Kontrollbedingungen und Zielvariablen, unvollständige Ergebnisangaben sowie die oft nur mangelhafte Beschreibung der Interventionen erschweren die Klassifikation und Bewertung der durchgeführten Interventionen und der methodischen Qualität der Primärstudien. Viele Übersichtsarbeiten und Metaanalysen können infolge der unzureichenden Berichterstattung und der methodischen Heterogenität der Primärstudien spezifische Wirkfaktoren nicht mit hinreichender Genauigkeit und Sicherheit identifizieren und nur grob klassifizierende Unterscheidungen zwischen der Wirksamkeit verschiedener Therapierichtungen (z. B. psychodynamische Therapien vs. kognitiv-behaviorale Therapien, medikamentöse vs. Verhaltenstherapie) treffen.

So untersuchten beispielsweise Segool und Carlson (2008) in einer Metaanalyse die Effekte von medikamentöser Therapie mit SSRI und kognitiver Verhaltenstherapie bei Kindern mit Sozialphobien. Sie fanden ähnlich große Effekte beider Therapieformen auf die Kernsymptome der Sozialphobie, auf die psychosoziale Funktionsfähigkeit und auf die generelle Ängstlichkeit der Kinder. Beide Therapieformen hatten darüber hinaus mittlere Effekte auf die soziale Kompetenz.

2.5 Schrittweiser empirischer Ansatz

Als Alternative zum klassischen Ansatz des RCT-Untersuchungsplans mit a priori konfigurierten und dann insgesamt getesteten Interventionen schlagen Collins, Murphy, Nair und Strecher (2005) einen schrittweisen Optimierungsprozess vor, um komplexe behaviorale Interventionen zu entwickeln und zu evaluieren. Sie unterscheiden hierbei drei Phasen: Zunächst werden auf der Basis einer empirischen Übersicht möglichst gut theoretisch basierte Interventionskomponenten identifiziert und für eine orientierende experimentelle Überprüfung ausgewählt. Hierbei werden Erkenntnisse über die Wirkung einzelner Komponenten und erster Interaktionseffekte zwischen den Komponenten gewonnen. Das so kompilierte vorläufige Interventionsprogramm erfährt in einer zweiten Phase eine Verfeinerung, indem weitere Interaktionseffekte zwischen den Komponenten und ihre Korrelationen mit Kovariablen wiederum experimentell in einem randomisierten Untersuchungsplan

analysiert werden, wodurch die optimale Kombination von Komponenten und ihre Dosierung identifiziert wird. Schließlich wird die so optimierte Intervention in einer klassischen RCT-Studie konfirmatorisch untersucht.

Um in diesem Prozess die verfügbaren Forschungsressourcen optimal einzusetzen, werden bei der Untersuchungsplanung statistische Simulationsmodelle verwendet. So zeigten Collins, Chakraborty, Murphy und Strecher (2009) modellhaft für eine angenommene Fallzahl von 1.200 Probanden virtuell mittels einer Zufallsgeneration von Befunden, dass der schrittweise Konstruktionsprozess bei einer mittleren oder großen Effektstärke der Intervention ressourcenschonender ist als der klassische direkte RCT-Untersuchungsplan. Bei einer kleinen Effektstärke ist hingegen der klassische Ansatz überlegen, der in einem Schritt alle verfügbaren 1.200 Probanden einsetzt. Hinsichtlich der Identifikation der wirksamen Komponenten und Dosisfindung war in diesem Modell der schrittweise Ansatz unter allen Bedingungen überlegen.

3 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieforschung – quo vadis?

Noch steckt die Psychotherapieforschung mit Kindern und Jugendlichen in den Kinderschuhen. Nachdem an der Wirksamkeit der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie grundlegend nicht mehr gezweifelt werden kann (s. auch Esser u. Blank, 2011), sind nun weitere Forschungsanstrengungen zur Optimierung und Spezifizierung der Therapien erforderlich. Während die bisherigen Forschungsanstrengungen entsprechend dem RCT-Paradigma primär auf die Evaluation der Therapieergebnisse komplexer, multimodaler Therapieprogramme ausgerichtet waren, sind die Erkenntnisse zur Spezifität von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien bislang erst rudimentär. Die grobe Klassifikation von Therapien als „psychodynamisch“ oder „kognitiv-verhaltenstherapeutisch“, wie sie in Metaanalysen und Reviewartikeln gebräuchlich ist, trägt der Heterogenität dieser jeweils so zusammengefassten Therapierichtungen und der Vielzahl ihrer möglichen aktiven Wirkkomponenten nicht ausreichend Rechnung.

Wie diese Übersicht gezeigt hat, stehen für die Klärung der aktiven Ingredienzien erfolgreicher Psychotherapien eine Reihe von Forschungsmethoden zur Verfügung. Mehrarmige RCT-Studien zur Identifikation und Evaluation von Wirkkomponenten, zum Vergleich alternativer Therapien, zur Klärung von Moderator- und Mediatorvariablen des Therapieerfolgs und zur Untersuchung der Implementierung von empirisch fundierten Therapien in die Versorgungspraxis erfordern allerdings immense Ressourcen und müssen wegen zu kleiner Fallzahlen und begrenzter Ressourcen in einzelnen Zentren meist multizentrisch realisiert werden. Im Unterschied zu den öffentlichen US-amerikanischen Förderprogrammen des *National Institute of Mental Health* werden in Deutschland leider zu wenige finanzielle Mittel explizit für die klinische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieforschung bereitgestellt. Forschungsverbünde, in denen Interventionsstudien mit Kindern und Jugendlichen multizentrisch realisiert werden können, existieren hierzulande erst in Ansätzen.

Andererseits ist seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 die Ausbildung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren in Deutschland auf eine breite Grundlage gestellt worden und hat die Versorgungssituation von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen deutlich verbessert. Die Implementierung der Psychotherapie als Krankenkassenleistung im Rahmen der Regelversorgung hat die Anwendung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auf eine breitere und gesicherte Grundlage gestellt, jedoch bislang noch keine größeren Forschungsbemühungen ausgelöst. Eine breit aufgestellte Praxis steht somit einer relativ geringen Forschungstätigkeit gegenüber. Nur ein kleiner Teil der Ausbildungsstätten für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hat bisher eine universitäre Anbindung oder kooperiert mit Forschungseinrichtungen. Eine noch bessere Verzahnung von Ausbildung und Forschung und die bessere Vernetzung von forschungsaktiven Einrichtungen mit Versorgungseinrichtungen könnten der Forschung in der Klinischen Kinder- und Jugendlichenpsychologie und -psychiatrie den notwendigen Aufschwung verleihen und damit zu einer Verbesserung und Spezifizierung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien beitragen. Die Rückkoppelung aus der Klinik in die Forschung sowie die Integration neuer Befunde der Grundlagenforschung in die Entwicklung von Psychotherapien könnten hierbei zusätzliche Impulse liefern.

Das, wobei unsere Berechnungen versagen, nennen wir Zufall.

Albert Einstein

Literatur

- Bachmann, M., Bachmann, C., Rief, W., Mattejat, F. (2008a). Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen – Eine systematische Auswertung von Metaanalysen und Reviews. Teil I: Angststörungen und depressive Störungen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 36, 309-320.
- Bachmann, M., Bachmann, C., Rief, W., Mattejat, F. (2008b). Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen – Eine systematische Auswertung von Metaanalysen und Reviews. Teil II: ADHS und Störungen des Sozialverhaltens. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 36, 321-333.
- Boutron, I., Moher, D., Altman, D. G., Schulz, K. F., Ravaud, P. (2008). Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: Explanation and elaboration. Annals of Internal Medicine, 148, 295-309.
- Boyle, M. H., Jadad, A. R. (1999). Lessons from large trials: The MTA study as a model for evaluating the treatment of childhood psychiatric disorder. Canadian Journal of Psychiatry, 44, 991-998.
- Chambless, D. L., Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 7-18.

- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Deblinger, E. (2009). Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Heidelberg: Springer.
- Collins, L. M., Chakraborty, B., Murphy, S. A., Strecher, V. (2009). Comparison of a phased experimental approach and a single randomized clinical trial for developing multicomponent behavioral interventions. *Clinical Trials*, 6, 5-15.
- Collins, L. M., Murphy, S. A., Nair, V. N., Strecher, V. J. (2005). A strategy for optimizing and evaluating behavioral interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 30, 65-73.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., Steer, R. A. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*, 28, 67-75.
- Epstein, L. H., Paluch, R. A., Gordy, C. C., Dorn, J. (2000). Decreasing sedentary behaviors in treating pediatric obesity. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154, 220-226.
- Esser, G., Blank, S. (2011). Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 626-638.
- Garland, A. F., Hawley, K. M., Brookman-Frazee, L., Hurlburt, M. S. (2008). Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 505-514.
- Kazdin, A. E. (2000). Developing a research agenda for child and adolescent psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 57, 829-835.
- Kenardy, J., Cobham, V., Nixon, R. D., McDermott, B., March, S. (2010). Protocol for a randomised controlled trial of risk screening and early intervention comparing child- and family-focused cognitive-behavioural therapy for PTSD in children following accidental injury. *BMC Psychiatry*, 10, 92.
- Kennard, B. D., Clarke, G. N., Weersing, V. R., Asarnow, J. R., Shamseddeen, W., Porta, G., Berk, M., Hughes, J. L., Spirito, A., Emslie, G. J., Keller, M. B., Wagner, K. D., Brent, D. A. (2009). Effective components of TORDIA cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: preliminary findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 1033-1041.
- Klein, D. F. (1997). Control Groups in Pharmacotherapy and Psychotherapy Evaluations. Treatment, 1:1. American Psychiatric Association.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Segool, N. K., Carlson, J. S. (2008). Efficacy of cognitive-behavioral and pharmacological treatments for children with social anxiety. *Depression and Anxiety*, 25, 620-631.

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. Lutz Goldbeck, Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Sektion für Psychotherapieforschung und Verhaltensmedizin, Steinhövelstr. 5, 89075 Ulm;
E-Mail: lutz.goldbeck@uniklinik-ulm.de