

Klaus Fröhlich-Gildhoff / Michael Behr / Gerhard Hufnagel / Carola von Zülow

## Zum Stand der Wirksamkeitsforschung in der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen

Outcome Research in Person-Centered Psychotherapy with Children and Adolescents

### Zusammenfassung

Konzepte der Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen haben sich in den letzten Jahrzehnten deutlich differenziert und weiterentwickelt. Inzwischen richtet sich der Focus zunehmend auf die Möglichkeiten zu empirischer Prozess-Forschung und adäquater Outcome-Forschung.

Nach einer Zusammenfassung des Standes der Wirksamkeitsforschung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie allgemein werden Anforderungen an eine Forschung beschrieben, die an Praxisbedingungen angepasst ist. Insbesondere wird die Kontroverse von praxisbezogener „Effectiveness“-Forschung gegenüber einer „Efficacy“-Forschung unter Laborbedingungen betrachtet.

Abschließend wird der Rahmen für eine geplante Wirksamkeitsstudie von Personzentrierter Kindertherapie bei Kindern mit Angststörungen vorgestellt.

### Schlüsselworte:

Klientenzentrierte Psychotherapie, Kinder, Jugendliche, Wirksamkeit, Effectiveness, Efficacy

### Abstract

Concepts of person-centered psychotherapy with children and adolescents significantly differentiated and developed in the past centuries. Recently the focus shifted towards the possibilities of empirical process research and adequate outcome studies. The paper offers a general survey of outcome research within psychotherapy with children and adolescents and discusses standards for a research attuned to conditions in practice. Especially the controversy between effectiveness and

efficacy research is regarded. This leads to the sketch of a research design for the outcome verification of person-centered psychotherapy with children and adolescents suffering from panic disorders.

### Keywords:

client-centered psychotherapy, child, adolescent; outcome, effectiveness, efficacy

Erfreulicherweise ist in den letzten sechs Jahren die Zahl der Publikationen zur Personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen deutlich gewachsen. Allerdings gab es im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie insgesamt nur eher wenige empirische Studien, insbesondere wenig Outcome-Studien, so auch im Personzentrierten Verfahren. Mit diesem Beitrag diskutieren wir Möglichkeiten und Probleme von Outcomeforschung zur Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und legen das Konzept einer praxisgerechten Wirksamkeitsstudie vor. Dazu referieren wir zunächst den aktuellen Stand moderner Personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Anschließend gehen wir auf vorliegende Effektivitätsstudien und Meta-Analysen zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ein. Wir leiten Anforderungen an eine gegenstandsgerechte Empirie werden ab, die dann in die Darstellung des Designs einer entsprechenden Studie über die Wirksamkeit Personzentrierter Psychotherapie bei Kindern mit Angststörungen münden. Abschließend zeigen wir weitere Perspektiven auf und stellen Bezüge zu entstehenden Konzeptionen einer „Allgemeinen Psychotherapie“ für Kinder und Jugendliche her.

### Notwendigkeit von Forschung – Zum Stand der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

In den 70er Jahren und zu Beginn der 80er Jahre wurde in Deutschland das Konzept der „Non-direktiven Spieltherapie“ (Axline, 1947; Moustakas, 1953; 1955; 1959) aufgegriffen und theoretisch weiterentwickelt (vgl. z.B. Goetze & Jaede, 1974; Baumgärtel, Büker, & Steffen 1975; Goetze, 1981). Empirische Forschung sowie konzeptionelle Weiterentwicklungen erfolgten weiterhin durch Schmidtchen (1989, 1991, 1995; vgl. die umfassende Zusammenstellung in Schmidtchen, 2002) sowie durch Fallstudien (vgl. z.B. Benecken, 1982; Daurert & Fröhlich-Gildhoff, 1995). Der Ansatz wurde in vielen Praxisfeldern, meist unter der Bezeichnung „Spieltherapie“, zum Standardverfahren in der Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen; parallel dazu wurden unter Federführung der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) e.V. systematisch Ausbildungen in Personzentrierter Beratung und Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen nach festgelegten Qualitätsstandards angeboten und durchgeführt (vgl. z.B. Behr, Kudling, & Reiter, 1995).

Die theoretische Diskussion wurde in den 90er Jahren auf breiterer Ebene belebt durch Konzepte aus dem angloamerikanischen Raum von Landreth (1991), Wilson, Kendrick & Ryan (1992), West (1996), Norton and Norton (1997), Moustakas (1997) und Landreth (2001) sowie durch Buchbeiträge in Boeck-Singelmann, Ehlers, Hensel, Kemper, F. & Monden-Engelhardt, (1997, 2002) und Boeck-Singelmann, Hensel, Jürgens-Jahner & Monden-Engelhardt (2003) sowie

durch die jüngst erschienenen Arbeiten von Weinberger (2001), Schmidtchen (2001) und Goetze (2002).

Die wesentlichen Weiterentwicklungen lassen sich dabei wie folgt zusammenfassen (vgl. auch Fröhlich-Gildhoff, 2003a):

- Es werden Bezüge hergestellt zu neuen Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie, insbesondere der empirischen Säuglingsforschung und auch zur Bindungsforschung (vgl. z.B. Schmidtchen, 2001; Weinberger, 2001; Hufnagel & Fröhlich-Gildhoff, 2002; Behr, in Druck).
- Die therapeutische Beziehung wird klar als wesentliche Wirkvariable beschrieben; das Beziehungsgeschehen zwischen Kind und TherapeutIn wird allerdings wesentlich differenzierter und über die Realisierung der drei Basisvariablen Empathie, Kongruenz, Akzeptanz hinausgehend betrachtet (vgl. z.B. Behrs Konzept der „Interaktionsresonanz“, (in Druck); das Prinzip der „prozessleitenden Hilfen“ nach Schmidtchen, (zusammenfassend 2001; 2002); die Unterscheidung von verschiedenen Therapiephasen: (Jaede, 2002; Goetze, 2002).
- Spezielle Aspekte der Diagnostik im Rahmen Personenzentrierter Arbeit werden differenziert beschrieben (vgl. Jürgens-Jahnert, 1997; Schmidtchen, 2001, Kap. 8; Weinberger, 2001, Kap. 6).
- Das Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen wird in der Therapie berücksichtigt und einbezogen (Konzeptionen finden sich z.B. bei Schmidtchen, 2001; Weinberger, 2001; Jaede, 2002; Fröhlich-Gildhoff, 2003b).
- Das Konzept einer Filial Therapy wurde elaboriert und auch in seiner Wirksamkeit beforscht. Damit wurde ein bedeutsamer Impuls zu einer noch weitgehenderen Einbeziehung von Elternpersonen in den Therapieprozess gegeben (Landreth, 2001).
- Die Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichentherapie wird nicht mehr nur als „Breitbandverfahren“ angesehen, sondern es existieren zumindest

Konzeptionen eines störungsspezifischen Handelns (vgl. die umfassenden Darstellungen bei Schmidtchen, 2001; Weinberger, 2001 sowie Goetze, 2002; ausführlichere Beschreibungen eines störungsspezifischen Vorgehens finden sich auch in den Bänden von Boeck-Singelmann et al. (Hrsg.), 1997, 2002, 2003).

- Es werden Bezüge hergestellt zu Ansätzen, die eine therapieschulenübergreifende „Allgemeine Psychotherapie“ (Grawe, 1994; 1998) formulieren (etwa von Schmidtchen, 2001, oder Fröhlich-Gildhoff et al., 2003).

Die Fülle dieser konzeptionellen wie auch praktischen Entwicklungen unterstreicht die Notwendigkeit, die Entwicklung der Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichentherapie durch empirische Prozess- und Outcomeforschung zu begleiten (vgl. Heekerens, 2002).

### Wirksamkeitsforschung in der Kinder- und Jugendlichentherapie allgemein

Meta-Analysen von Kinder-Psychotherapien lagen bis vor kurzem nur aus dem anglo-amerikanischen Raum vor (vgl. Casey & Berman, 1985; Kazdin et al., 1990; Weisz et al. 1987; Weisz et al., 1995). Dabei zeigt sich zusammenfassend (vgl. Beelmann, 1996; Döpfner & Lehmkuhl, 2002; Heekerens, 2002):

- Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapien sind ähnlich wirksam wie Erwachsenen Therapien; die mittleren Effektstärken schwanken zwischen 0.54 (Weisz et al., 1995) und 0.84 (Kazdin et al., 1990).
- Kognitiv-behaviorale Verfahren wurden wesentlich häufiger evaluiert als andere und sind, so die Vertreter dieser Richtung, „den nicht-behavioralen Verfahren überlegen“ (Beelmann, 1996). Döpfner & Lehmkuhl (2002) kommen zu dem Schluss: „Durch kognitiv-behaviorale Verfahren lassen sich mittlere bis starke Effekte erzielen, durch nicht-behaviorale Methoden geringe bis mittlere Effekte“ (S. 187). Allerdings „ist die

Wirksamkeit der Personenzentrierten (Klientenzentrierten, non-direktiven) Kinder- und Jugendlichentherapie...als in einer genügenden Anzahl voneinander unabhängiger Untersuchungen geprüft und erwiesen anzusehen“ (Heekerens, 2002, S. 201).

- Therapieeffekte stabilisieren sich auch über längere Zeiträume nach der Behandlung (Döpfner & Lehmkuhl, 2002, S. 187).
- Multimodale Interventionen sind solchen überlegen, die nur eine Methode einsetzen (Beelmann, 1996; Döpfner & Lehmkuhl, 2002, S. 191); Schmidtchen (2002) betont analog: „Eine klientenzentrierte Behandlungsstrategie darf nicht ausschließlich ‚non direktiv‘ sein, sondern muss aus einem breiten und differenziertem Behandlungsangebot für Kinder und Familien (resp. Eltern) bestehen.... Dann können Effektstärken von 1,58 erreicht werden (Schmidtchen et al., 1993)“ (S. 167).
- „Anhand der behandelten Problem-bereiche lassen sich nur geringe und keine konstanten Effektivitätsunterschiede finden, gleichgültig, ob relativ enge (z.B. Delinquenz, Aggression, Phobien, Depression u.a.) oder breite Störungsgruppen (über- vs. unterkontrollierte Symptomatik) gebildet wurden (vgl. Weisz et al., 1987, 1995)“ (Beelmann, 1996).

Beelmann & Schneider (2003) haben kürzlich eine Meta-Analyse der deutschsprachigen Forschung zur Kinder- und Jugendlichentherapie vorgelegt; dabei wurden zunächst 3500 Veröffentlichungen der Jahre 1952 bis 1999 gesichtet, von denen nach strengen Kriterien 47 für die Analyse übrig blieben. Ein gutes Viertel, 12 der ausgewählten Studien, waren „Nicht-direktive Spieltherapien“. Über alle Studien konnte eine mittlere Effektstärke von 0.54 ermittelt werden („Umgerechnet bedeutet dieser Effekt, dass für eine behandelte Person ein um den Faktor 2.7 erhöhte Heilungsaussicht resultiert“, S. 135).

Bei dieser Meta-Analyse schneidet die (nicht-direktive) Spieltherapie mit einer Effektstärke (ES) von 0.55 gut

ab (Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungen: ES = 0.53; verhaltensmodifikatorisch/lerntheoretisch fundierte Behandlungen: ES = 0.76; alle anderen Verfahren weisen deutlich geringere ES auf; ebd., S. 136f); es zeigen sich „zwischen den Behandlungsalternativen keine signifikanten Wirksamkeitsunterschiede“ (ebd., S. 137). In ihrer zusammenfassenden Bewertung kommen die Autoren zu dem Schluss, dass sich „die relativ positiven Befunde nicht-behavioraler Therapien im wesentlichen auf die Ergebnisse der klientenzentrierten Spieltherapie zurückführen [lassen]. In der Tat scheint diese Therapieform neben verhaltenstherapeutischen Methoden eine günstige Bewertung verdient zu haben, auch aufgrund ihrer elaborierten und entwicklungspsychologischen Fundierung“ (ebd., S. 139).

Bei einer störungsspezifischen Betrachtung erweisen sich die verhaltensmodifikatorischen Behandlungen bei Angststörungen als besonders erfolgreich (ES 0.97); „erwähnenswert sind zudem die Effekte der Spieltherapie bei gemischten Störungsgruppen“ (ebd.). Insgesamt können klare störungsbezogene Wirksamkeiten einer spezifischen Therapieform – abgesehen von den Angststörungen, s.o. – nicht festgestellt werden.

In allen Übersichtsarbeiten wird allerdings auch darauf hingewiesen, dass nach wie vor ein sehr großer Bedarf an Psychotherapieforschung gerade im deutschsprachigen Raum besteht; aufgrund vorhandener kultureller Differenzen lassen sich die anglo-amerikanischen Ergebnisse nicht ohne weiteres übertragen (vgl. Beelmann & Schneider, 2003, S. 130). „International kann ein geradezu dramatischer Fortschritt in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieforschung konstatiert werden, während im deutschen Sprachraum diese Forschung so gut wie nicht stattfindet“ (Döpfner & Lehmkuhl, 2002, S. 191).

Dabei wird die Frage der fehlenden Forschung zur differentiellen Indikation (Beelmann & Schneider, 2003, S. 140) ebenso betont wie das Thema fehlender Untersuchungen, die unter realen Pra-

xisbedingungen durchgeführt wurden (Beelmann & Schneider, 2003; Döpfner & Lehmkuhl, 2002; Remschmidt & Mattejat, 2001, 2003; Weisz & Jensen, 2001; Heekerens, 2002).

### Zum Bedarf einer empirischen Outcome-Forschung (Wirksamkeitsforschung)

Die dargestellte „Befundlage“ macht deutlich, dass eine große (und dringliche) Notwendigkeit besteht, die (moderne) Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen zu evaluieren:

Wenn der Personenzentrierte Ansatz zukünftig nicht ein Schattendasein am Rande der „Scientific Community“ führen will, muss er sich aktiv durch Forschungsaktivitäten einbringen. – Die Verhaltenstherapie hat hier einen breiten Raum ‚erobert‘ (s.o.), und auch die (Erwachsenen-) Psychoanalyse besinnt sich wieder stärker auf die Notwendigkeit einer Empirie, die über die Darstellung von Fallvignetten hinausgeht (vgl. Brockmann, 2001, 2003; Leuzinger-Bohleber, 2001). Die systematische Analyse von Therapieprozessen hat im Klienten/Personenzentrierten Ansatz eine lange Tradition (s. z.B. Rogers, 1987, zusammenfassende Darstellung bei Tausch, 2001; ein – kritischer – Überblick zur Empirie der „Kinder-Spieltherapie“ findet sich im übrigen schon bei Ehlers, 1981); der Faden muss weiter gesponnen werden.

Es ist ebenfalls aus gesundheits- und berufspolitischen Gründen nötig, sich wieder verstärkt empirischen Fragestellungen zuzuwenden und die Wirksamkeit des therapeutischen Handelns zu prüfen: Bei aller Kritik an einigen inhaltlichen und methodischen Prämissen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie sollte das Engagement für die rechtliche Anerkennung der Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (analog zur Anerkennung der Gesprächstherapie) durch weitere Nachweise der Wirksamkeit unterstützt werden; allerdings muss dabei

eine sach- und praxisperechte Empirie eingesetzt werden (s.u.).

Nicht zuletzt muss es ein selbstverständlicher eigener (ethischer) Anspruch sein, die Effektivität des eigenen Handelns belegen zu können!

### Anforderungen an eine gegenstandsgerechte Forschung – Der „Goldstandard“

1995 hat die „Task Force on Psychological Intervention Guidelines“ der American Psychological Association (APA) Standards für die Evaluation von Psychotherapieforschung entwickelt und zugleich Kriterien aufgestellt, nach denen psychosoziale Interventionen bei Auffälligkeiten bzw. seelischen Erkrankungen in der Kindheit („Criteria for well-established psychosocial interventions for childhood disorders“, vgl. Hibbs, 2001, S. 1/5) als „well established“ bzw. „probably efficacious“, also als „empirisch gut bewährt“ bzw. „vermutlich effektiv“ (Döpfner & Lehmkuhl, 2002, S.188) beurteilt werden können.

Die Kernfrage der „spezifischen Wirksamkeitsforschung“ (Remschmidt & Mattejat, 2003, S. 898) lautet dabei: „Welche Art von Psychotherapie (oder verallgemeinert: welche Therapie überhaupt) [führt] bei welcher Störung zu den bestmöglichen Resultaten?“ (ebd.).

Die APA-Standards – auch als „Goldstandard“ (Zurhorst, 2003) der Forschung beschrieben – lassen sich so zusammenfassen:

1. Es erfolgt eine randomisierte (zufällig) Zuordnung der untersuchten Kinder/Jugendliche in unterschiedliche Gruppen.
2. Es gibt zwei Gruppen: Entweder eine Kontrollgruppe (Wartegruppe, Placebo, Nicht-Behandlung) oder es werden zwei unterschiedliche Behandlungsmodalitäten für zwei Gruppen von Kindern mit der gleichen Störung beschrieben.
3. Die Anzahl der Versuchspersonen ist ausreichend hoch (ausreichende statistische Power, i.d.R.  $n \geq 30$ ); die

Charakteristika der Stichprobe sind präzise beschrieben

4. Es werden reliable (zuverlässige) Messinstrumente für die diagnostische Einschätzung und für das Behandlungsergebnis benutzt.
5. Eingangs- und Ergebnismessung erfolgen durch ‚blind raters‘ (außenstehende Einschätzer).
6. Die Interventions-Techniken sind gut beschrieben, und es liegen Behandlungsmanuale vor.
7. Die Kompetenz („level“) der TherapeutInnen ist beschrieben.
8. Die Studie ist prospektiv und es gibt follow-up (Katamnese-) Untersuchungen.
9. Die durchgeführten statistischen Operationen sind präzise beschrieben.
10. Es wird die Abbrecher-Rate und deren statistische Behandlung genau beschrieben (vgl. hierzu insgesamt Hibbs, 2001).

Die Kriterien für den Grad der empirischen Bewährung fassen Döpfner & Lehmkuhl (2002) wie folgt zusammen:

- „Eine Intervention wird danach als empirisch gut bewährt beurteilt, wenn sie sich in mindestens zwei durchgeführten Kontrollgruppen-Studien im Vergleich zu medikamentöser oder psychologischer Placebobehandlung oder zu einer Alternativtherapie als überlegen bzw. im Vergleich zu einer bereits bewährten Alternativtherapie als ebenso wirkungsvoll erwiesen hat. Anstatt Kontrollgruppen-Studien werden auch große Serien von Einzelfallstudien mit gutem experimentellen Design zugelassen, wenn sie die Intervention mit einer Alternativbehandlung vergleichen. Darüber hinaus müssen die Interventionen durch ein Therapiemanual oder durch eine äquivalente Form operationalisiert sein, die Stichprobenmerkmale müssen spezifiziert und die Wirksamkeit muss von mindestens zwei unabhängigen Forschungsgruppen belegt sein.
- Die Intervention wird als vermutlich effektiv beurteilt, wenn sie sich in zwei Studien gegenüber einer nicht behandelten Kontrollgruppe



(z.B. Wartelisten-Kontrollgruppe) als überlegen erwiesen hat. Anstatt Kontrollgruppen-Studien werden auch kleine Serien von Einzelfallstudien mit gutem experimentellem Design zugelassen. Außerdem wird eine Intervention auch dann als vermutlich effektiv bewertet, wenn zumindest eine Studie mit einem Kontrollgruppen-Design nach den Kriterien für empirisch gut bewährte Studien (s.o.) vorliegt“ (S. 188, vgl. auch Hibbs, 2001).

In seiner Übersicht (amerikanischer Studien) identifiziert Hibbs (2001) insgesamt sieben (ausschließlich verhaltenstherapeutische) Interventionsformen, die jeweils für spezifische Störungsbilder als „well-established“ eingestuft werden; weitere 19 (ebenfalls VT-orientierte) Behandlungsformen werden nach den beschriebenen Kriterien für spezifische Störungsbilder als „probably efficacious“ eingestuft. Die nach internalen und externalen Störungen differenzierende Übersicht von Döpfner & Lehmkuhl (2002) erbringt ein ähnliches Ergebnis.

Die beschriebenen Forschungsstandards sind Grundlage für die Begutachtung und Zulassung von Therapie-

verfahren für die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland geworden:

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat erstmals 2000 und dann 2002 veränderte „Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V“ erlassen, welche die Voraussetzungen für die Überprüfung und Zulassung von Behandlungsmethoden – also auch (neuer) psychotherapeutischen Interventionsformen – generell regeln. Danach werden „Unterlagen zu therapeutischen Methoden nach folgenden Evidenzstufen [geordnet]:

I: Evidenz aufgrund wenigstens einer randomisierten, kontrollierten Studie, durchgeführt und veröffentlicht nach internationalen Standards (...)

IIa: Evidenz aufgrund anderer prospektiver Interventionsstudien

IIb: Evidenz aufgrund von Kohorten oder Fallkontroll-Studien, vorzugsweise aus mehr als einer Studiengruppe

IIc: Evidenz aufgrund von zeitlichen oder räumlichen Vergleichen mit bzw. ohne die zu untersuchenden Interventionen“ (Bundesausschuss..., 2002).



In Anlehnung daran hat der „Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie“ Grundsätze für die Überprüfung von Wirksamkeitsnachweisen für einzelne (neu zu zulassende) Psychotherapieverfahren aufgestellt. Dabei wurden orientiert an den ICD acht Anwendungsbe- reiche (Affektive Störungen (F30 – F 39) und Belastungsstörungen (F43); Angst- störungen (F40-F42) und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F93) usw.) definiert, für die jeweils gilt: „Der Wirksamkeitsnachweis für einen Anwendungsbereich kann in der Regel dann als gegeben gelten, wenn in mindestens drei unabhängigen, methodisch adäquaten Studien die Wirksamkeit für Störungen aus diesem Bereich nachgewiesen ist“ (Wissen- schaftlicher Beirat..., 2000).

„Mindestanforderungen für die Be- gutachtung von Wirksamkeitsstudien im Bereich der Psychotherapie [sind]:

1. Die Stichprobe muss hinreichend beschrieben sein.
2. Es muss ein klinisch relevantes Out- come-Kriterium genannt werden, das mit reliablen Methoden feststell- bar ist, z.B. Syndrom-Skalen.
3. Es muss ein klinisch relevantes Indi- kationskriterium genannt werden. Dies kann eine Diagnose sein (z.B. Generalisierte Angsterkrankung), es kann aber auch ein Zielsyndrom sein (z.B. Neglect oder Schlafstö- rung), sofern plausibel gemacht werden kann, dass die Veränderung eines solchen Zielkriteriums bei der Behandlung einer krankheitswerten Störung bedeutsam sein kann.
4. Es muss eine Kontrollbedingung ge- geben sein, die im Vergleich zur In- tervention erlaubt abzuschätzen, wie über die Zeit hin der Spontanverlauf oder der Verlauf unter einer anderen Therapie gewesen wäre.
5. Es muss nachvollziehbar gemacht werden, worin die therapeutische Intervention und der therapeutische Prozess bestand.
6. Aussagen zur Stabilität des Be- handlungserfolgs (Katamnese) sind erwünscht.“ (Wissenschaftlicher Bei- rat..., 2000).

Die Analogien dieser Vorgaben zum dargelegten „Goldstandard“ sind un- mittelbar evident!

### Kritik an den Goldstandard-Kriterien

Die Kritik an den „Goldstandard“- Kriterien zur Beurteilung von Psycho- therapie-Evaluationen bezieht sich im Wesentlichen auf drei Punkte: Die Frage der Gegenstandsangemessenheit, das Problem der Manualisierung sowie die Unterschiede zwischen der (überwie- genden) Forschung unter Laborbedin- gungen und den realen Praxisbedin- gungen.

(1) Die Forschung nach dem „Gold- standard“ folgt dem Paradigma der ex- perimentellen, naturwissenschaftlichen Laborforschung. Hier ist grundsätzlich zu fragen, ob ein solches Herangehen an den Gegenstand Psychotherapie angemessen ist. Diese Debatte hat bekanntermaßen eine lange Tradition in den Sozialwissenschaften und soll an dieser Stelle nicht neu aufgerollt werden. Zurhorst (2003) hat jüngst in einem Überblicksartikel dieses Thema noch einmal zusammenfassend bear- beitet und dem naturwissenschaftlichen Modell gegenübergestellt: „Sowohl Ge- genstand wie Methode in der Psycho- therapie sind einer sozialwissenschaftlichen Forschungsstrategie verpflichtet, bei der die Frage der Wirksamkeit und Qualitätsverbesserung eigener, gegen- standsangemessener Zugänge bedarf“ (S. 101). Diese Forschungsmethoden und Qualitätsstandards sollen „den Besonderheiten psychotherapeutischen Handelns gerecht werden, d.h. dem dialogischen Charakter der Psychothe- rapie entsprechen und hohe Praxisrele- vanz aufweisen“ (ebd., S. 102, vgl. auch Petersen, 2003).

Damit zusammenhängend wird die „Begünstigung“ der behavioral-kogniti- ven Verfahren durch eine entsprechen- de Etablierung naturwissenschaftlicher Forschungsstandards beschrieben: Die verhaltensmodifikatorischen Techniken beziehen sich i.d.R. auf sehr abgegrenz- te Störungsbereiche, dadurch wird eine

Reduktion der Komplexität zwischen- menschlichen Geschehens erreicht, die dann gut in den stark kontrollierten Laborbedingungen abgeprüft werden kann – es ist jedoch grundsätzlich frag- lich, ob diese Komplexitätsreduktion die (Alltags-)Praxis wirklich und angemessen abbilden kann (vgl. Heekerens, 2002; Fröhlich-Gildhoff, 2003c, S. 21ff).

(2) Besondere Kritik wird an der engen Manualisierung psychothera- peutischen Vorgehens bei Laborstudien geübt. Auckenthaler (2000) wendet sich in diesem Zusammenhang besonders gegen die Tendenz zur „Medikalisierung der Psychotherapie“: Das dialogische Geschehen in der Psychotherapie würde dadurch auf die spezifische Behandlung für spezifische Störungen – analog phar- makologischer Forschung – reduziert. Die „Manualisierung verkennt die Kom- plexität praktischen Handelns“ (ebd., S. 216) und steht im Widerspruch zu Forschungsergebnissen, wonach der Er- folg einer Psychotherapie weit mehr von der Qualität der therapeutischen Bezie- hung, der Aufnahmebereitschaft des Klienten und anderen ‚unspezifischen Wirkfaktoren‘ abhängt als vom Einsatz einzelner Techniken (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky & Howard, 1986)“ (ebd., S. 215). Auch Chatoor & Krup- nick (2001) plädieren aufgrund einer Sichtung der Ergebnisse von Therapie- Wirksamkeitsstudien dafür, den unspe- zifischen „Behandlungs“-Faktoren mehr Aufmerksamkeit zu widmen.

Auckenthaler (2000) kommt eben- falls zu dem Schluss, dass die „Philo- sophie der Manuale nur mit ganz be- stimmten Richtungen kompatibel“ (S. 219) ist. Dies führe zu einer Einengung des psychotherapeutischen Angebots auf kognitiv-behaviorale Verfahren: „Ausgegrenzt würden Therapieansätze, die dem Klienten ein hohes Maß an Individualisierungschancen einräumen, die in der therapeutischen Beziehung das therapeutische Agens sehen und die Psychotherapie als gemeinsame Herstel- lungsleistung von Therapeut und Klient sehen, als Prozess, in dem es um Bedeu- tungen und Sinn geht“ (ebd.).

(3) In allen Veröffentlichungen zum Thema Wirksamkeitsforschung (Heekerens, 2002; Döpfner & Lehmkuhl, 2002; Remschmidt & Matiejatt, 2001, 2003; Weisz & Jensen, 2001; Hibbs, 2001) wird auf fehlende Studien, die unter realen Praxisbedingungen durchgeführt wurden, hingewiesen.

Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang die Unterscheidung zwischen efficacy und effectiveness: „Vereinfacht ausgedrückt kann man sagen, dass efficacy von der Wirksamkeit eines Verfahrens handelt, wie es unter Laborbedingungen durchgeführt wurde, während effectiveness die Wirksamkeit unter Feldbedingungen meint. Es gibt allen Grund zur Vermutung, dass unser Wissen über die Wirksamkeit von Psychotherapie vornehmlich Wissen über deren efficacy ist“ (Heekerens, 2002, S. 204). Remschmidt & Matiejatt (2001) weisen in diesem Zusammenhang auf die Forderung des APA-Vorsitzenden Seligman (1995) hin: „Seligman has emphasized the difference between two types of studies and has stated clearly that randomized control-group studies (typical efficacy studies) also have advantages and should be complemented by practice-oriented ‘effectiveness’ studies which are able to describe ‘how patients fare under actual conditions of treatment in the field’“ (Remschmidt & Matiejatt 2001, S. 1/42). Entsprechende Forderungen werden dann aufgestellt: „Neben den Effektivitätsstudien sind ... auch in zunehmendem Maße Studien zur klinischen Effizienz (effectiveness) nötig, die überprüfen, ob oder unter welchen Bedingungen der Transfer der als effektiv erwiesenen Methoden in die klinische Routine gelingen kann“ (Döpfner & Lehmkuhl, 2002, S. 191). Nach Remschmidt & Matiejatt (2003) „geht der Trend der Evaluationsforschung berechtigterweise heute in die Richtung der Therapieevaluation unter natürlichen Bedingungen in Klinik und Praxis“ (S. 902). Die Ergebnisse der Therapieevaluation unter Feldbedingungen sind in der Regel (deutlich) schlechter als die unter Laborbedingungen (Weisz & Jensen, 2001; Remschmidt & Matiejatt, 2003) – dies macht ebenfalls die Notwendigkeit intensiverer Forschung

mit praxisangemessenen Methoden deutlich.

### Konsequenzen für eine praxisangemessene Forschung

Wie kann nun – positiv gewendet – eine gegenstandsgemessene Evaluation Personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unter Real (=Praxis)-Bedingungen aussehen, die sich zugleich den grundsätzlichen wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Anforderungen stellt?

(1) Forschung unter Praxis- oder klinischen Bedingungen bedeutet, dass einzelne Parameter des „Goldstandards“ nicht in Reinform umgesetzt werden können:

- Es wird problematisch sein, eine strenge Zufallsverteilung in Behandlungs- und Kontrollgruppe vorzunehmen; in den praktischen Behandlungsstrukturen ergeben sich nicht zwei weitestgehend analoge Gruppen. Aus ethischen Gründen ist nicht vertretbar, mit Behandlungen so lange zu warten, bis die potentiellen PatientInnen in das Untersuchungssetting passen. Daher ist sinnvoll, mit (nicht systematisch parallelisierten) PatientInnen auf der Warteliste als Kontrollgruppe zu arbeiten, es läge somit eine ‚natürliche‘, kapazitätsbedingte Randomisierung (Zufallsverteilung) vor. Hier spielt der Zeitpunkt der Anmeldung den ‚Zufallsgenerator‘ für eine Zuweisung zur Behandlungs- oder Kontrollgruppe. Eine methodische Kontrolle ist zudem über die Analyse der Vor-Test-Differenzen zwischen beiden Gruppe zu erreichen (dabei dürften dann keine statistisch signifikanten Unterschiede auftauchen, vgl. Beelmann & Schneider, 2003).
- In der klinischen Realität treten Störungsbilder in der Regel nicht in „Reinform“ auf, sondern es gibt sehr oft eine Komorbidität. So stellen Döpfner & Lehmkuhl (2002) fest, dass „der Therapeut bei der Behandlung von psychisch auffälligen Kindern häufig mit Störungen konfrontiert

ist, bei denen Probleme kombiniert auftreten und viele Lebensbereiche betroffen sind“ (S.191; vgl. auch die umfangreichen Darstellungen bei Petermann, 2000).

- Das Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist grundsätzlich nicht für jede therapeutische Interaktion genauestens durch Therapiemanuale zu beschreiben; dies entspricht nicht dem grundsätzlichen therapeutischen Ansatz (vgl. z.B. Weinberger, 2001; Schmidtchen 2001; Fröhlich-Gildhoff, 2003a) und der Dynamik des dyadischen Therapieprozesses (in dem ja gerade die Gestaltung der therapeutischen Beziehung als wesentliche Wirkvariable identifiziert ist, s.o.). So müssen andere Kriterien für die „Behandlungsimplementation“ (Beelmann & Schneider, 2003) entwickelt werden. Denkbar ist hier eine Kontrolle über die Ausbildung der TherapeutInnen, die Art der Supervision und durch (breitere) Leitlinien für ein störungsspezifisches und zugleich therapieverfahrenkonformes Vorgehen.

(2) Die Evaluation kann sich nicht nur auf Erfolgsmaße wie Symptomreduktion beschränken. Döpfner & Lehmkuhl (2002) stellen fest, dass neben der Verminderung psychischer Auffälligkeiten „zunehmend ... jedoch auch andere Erfolgskriterien in den Blickpunkt [rücken] – das Selbstkonzept, die kognitive Funktionsfähigkeit, das schulische und das psychosoziale Funktionsniveau oder die Lebensqualität des Patienten... Es liegt nicht nur nahe zu vermuten, dass die Wirksamkeit von Interventionen mit den Erfolgskriterien variiert, es gibt in einigen Studien und Meta-Analysen empirische Hinweise darauf“ (S. 186). Entsprechend wird eine „multimodale und multimediodale Therapiekontrolle“ durch Instrumente wie Fragebögen, Interviews, direkte Beobachtung... gefordert (ebd.). Schmidtchen (2002) differenziert hier zwischen „Außen-Effekten“ und „Innen-Effekten“. Außen-Effekte sind solche, die „außerhalb des Therapie-Settings, also in der natürlichen Lebensumgebung des Patienten aufgetreten sind. Dazu gehört u.a. die Auftretenshäufigkeit des gestör-

ten Verhaltens, das Ausmaß an Angst oder emotionaler Labilität, oder das Ausmaß an sozialer Ehrlichkeit (Offenheit) oder intellektueller Flexibilität“ (S. 160). Inneneffekte beziehen sich auf den Therapieprozess direkt; Beispiele hierfür sind z.B. „Intensität der Spieltiefe“; Häufigkeit des Selbstbehauptungsverhaltens oder von Angstäußerungen, Häufigkeit von Bewertungsprozessen (vgl. ebd., S. 162ff).

(3) Die Outcome-Evaluation muss durch eine Prozess-Evaluation des therapeutischen Geschehens ergänzt werden. In der Regel sind entsprechende Studien nach dem Prinzip der „summativen Evaluation“ aufgebaut – dies hat zur Konsequenz, dass zwar festgestellt werden kann, dass etwas gewirkt hat, aber nicht präzise genug: was (vgl. zu dieser methodischen Problematik z.B. Bortz & Döring, 1995; Fröhlich-Gildhoff, 2003c, S. 14ff). Aus diesem Grunde hat sich die Therapieforschung (wieder) stärker damit befasst, die sog. unspezifischen Wirkfaktoren, vor allem die Bedeutung der therapeutischen Beziehung, zu analysieren und deren Einfluss auf das Therapieergebnis zu bestimmen. Chatoor & Krupnick (2001) kommen in einer Auswertung entsprechender Studien zu dem Ergebnis, „that the therapeutic alliance ratings had a stronger correlation with treatment outcome than the ratings of purity of the treatment technique“ (S. 1/20) – dies stützt die bekannten Ergebnisse über den großen Einfluss der Therapie-Beziehung (vgl. Orlinsky et al., 1994; Grawe, 1994); zugleich findet sich hier eine Bestätigung für das spezifische personenzentrierte Therapiekonzept, das der Beziehung den zentralen Stellenwert einräumt.

Für eine entsprechende detailliertere Prozess-Forschung existieren schon eine Reihe von Vorarbeiten. Insbesondere Schmidtchen hat im Verlauf seiner umfangreichen Forschungen zur Klientenzentrierten Kindertherapie entsprechende Kategorisierungen vorgenommen und auch Instrumente entwickelt, auf die Bezug genommen werden kann.

Er unterscheidet dabei zwischen Patienten- und Therapeuten-Prozessforschung. Wichtige Parameter auf Seiten des Kindes sind z.B. die Möglichkeit zum

und das Nutzen des „freien, intrinsisch motivierten Spiels“ (Schmidtchen, 2002, S. 190), das zur Bearbeitung problematischer Erfahrungen, mehr aber noch zur Verbesserung der Selbstsicherheit und des Selbstwirksamkeitserlebens beiträgt. Nach Schmidtchen (2002) wird in der Spieltherapie „primär am Aufbau von Neuem gearbeitet und weniger an der Bewältigung von Altem“ (S. 191). Das Ausmaß von Spaß in der Therapie korreliert signifikant mit dem Abbau von Verhaltensstörungen (ebd.).

Auf der Ebene des Therapeuten ist „der interaktionelle Aspekt, insbesondere das Merkmal Echtheit (sich persönlich einbringen) von herausragender Bedeutung“ (ebd.; Behr, in Druck). Der Therapeut hat sich dabei am „Modell einer antwortgebenden (respondenten) Bindungsperson“ (ebd.) zu orientieren (vgl. insgesamt die ausführliche Zusammenstellung in Schmidtchen, 2002).

Weiterhin wurden Prozessanalysen des Klientenverhaltens in unterschiedlichen Therapiephasen vorgenommen (Schmidtchen, 1995).

### **Konzept einer Wirksamkeitsstudie der Personenzentrierten Kinderpsychotherapie bei Kinder mit Angststörungen**

#### **Fragestellung**

Die Kernfragestellung der Effektivitätsforschung lautet nach Döpfner & Lehmkuhl (2002):

*„Unter welchen Bedingungen (z.B. komorbiden Auffälligkeiten, Alter, Geschlecht, familiären Bedingungen) haben welche Behandlungen oder Behandlungskombinationen (Verhaltenstherapie, Elterntaining, schulzentrierte Interventionen, medikamentöse Therapie) welche Effekte (Verbesserung, Stabilisierung, Verschlechterung) auf welche Funktionsbereiche des Kindes (kognitive Funktionen, Schulleistungen, Verhalten, körperliche Funktionen, Gleichaltrigenbeziehungen, Familienbeziehungen), für wie lange (kurzzeitig, langfristig),*

*in welchem Ausmaß (Effektstärke, Anteil der Kinder im unauffälligen versus pathologischen Bereich) und warum (Therapieprozess)?“ (S. 185, Hervorh. im Original).*

Wenn diese Kernfragestellung auf die Untersuchung Personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien übertragen werden soll, so müssen zunächst zwei grundlegende Entscheidungen getroffen werden, um die Forschung praktikabel gestalten zu können:

a) Es muss eine Einschränkung auf eine bestimmte Altersgruppe vorgenommen werden; Kinder und Jugendliche unterscheiden sich in ihren Entwicklungsständen so gravierend, dass es sinnvoll ist (zunächst) nur eine Zielgruppe zu untersuchen → Es wird eine Begrenzung auf Kinder vorgenommen.

b) Es muss eine Einschränkung auf ein bestimmtes Störungsbild erfolgen. Die Beschränkung auf das Störungsbild bzw. die Hauptdiagnose „Angst“ ist aus zwei Gründen sinnvoll: Zum einen analysiert der „Qualitätszirkel“ der AusbilderInnen in Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen die Personenzentrierte Therapie bei diesem Störungsbild genauer und wird orientierende Handlungsleitlinien entwickeln; das Forschungsvorhaben ist hier anschlussfähig! Zum anderen wird, wie dargestellt, in der neueren Meta-Analyse deutschsprachiger Studien (Beilmann & Schneider, 2003) der Person/Klientenzentrierten Kindertherapie zwar eine der Verhaltensmodifikation vergleichbare Wirksamkeit zugesprochen, dies jedoch nur bei „gemischten Störungsgruppen“ (ebd., S. 137). Da keine systematischen Studien zur Wirksamkeit Personenzentrierter Kinderpsychotherapie bei Angststörungen existieren, erscheint es sinnvoll (und reizvoll) zu erfassen, welche Effekte dieses Therapieverfahren erzielt bei einer Störung, für die eine gute Behandlungswirksamkeit durch die Verhaltenstherapie nachgewiesen ist.

So lassen sich als spezifische Fragestellungen formulieren:

1. Ergeben sich durch Personenzentrierte Kindertherapie bei Kindern mit Angststörungen signifikante Veränderungen in den Dimensionen Verhalten (Vermeidung und soziale Unsicherheit), Erleben (von Angst und komorbid von Depression), Selbstwert und möglicherweise noch weiteren?
2. Welche Variablen im Prozess der Personenzentrierten Kindertherapie lassen sich (wann) identifizieren und haben für die (möglichen) Veränderungen welche Bedeutung?
3. Wie stabil sind die (möglichen) Veränderungen?

Damit ist auch das generelle Untersuchungsziel beschrieben: Es soll eine kontrollierte Studie mit Behandlungs- und Vergleichsgruppe von Personenzentrierten Kinderpsychotherapien bei der Behandlung von Kindern mit Angststörungen durchgeführt werden. Zusätzlich zu den Kindern werden begleitend deren Bezugspersonen beraten. Die Untersuchung erfolgt in realen klinischen (Alltags-)Zusammenhängen; es wird also die „effectiveness“ erfasst. Die Untersuchung folgt den Prinzipien einer Outcome- und einer Prozess-Evaluation.

### Design der Studie

Die Studie soll mit einer Therapiegruppe (TG) und einer Kontrollgruppe (KG) unter klinischen Praxisbedingungen durchgeführt werden.

### Stichprobe

ProbandInnen für TG und KG werden von Personenzentrierten PsychotherapeutInnen für Kinder und Jugendliche in eigenen Praxen oder klinischen Einrichtungen (z.B. Heimen, kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen) benannt.

Hauptdiagnose sollen „Angststörungen“ sein, entsprechend dem Anwendungsbereich 2 des „Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie“ (2000). In dieser Auflistung erfolgt ein Verweis auf Störungen entsprechend ICD 10,

F40-F42 (Phobische Störungen, Andere Angststörungen, Zwangsstörungen), die jedoch nicht spezifisch für das Kindes- und Jugendalter klassifiziert werden; zutreffender wären daher Diagnosen nach ICD F93 („Emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“).

Wegen der hohen Komorbidität von Angststörungen und Depressionen (bis zu 60%, vgl. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2003, S.286; Schmidtchen, 2001; umfassend: Petermann, 2000) ist diese Diagnose (F 92.0= Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung) zumindest mit zu beachten. Möglicherweise fällt hier eine entsprechende Differenzierung nicht immer leicht. Teilweise wird ja eine ‚grobere‘ Unterteilung in „internale“ vs. „externale“ Störungen/Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen vollzogen (vgl. z.B. Döpfner & Lehmkuhl, 2002).

Die Diagnostik soll „sicher“ erfolgen und sich an den „Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter“ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2003) bzw. an anderen anerkannten Diagnosekonzepten (z.B. Döpfner et al., 2000) orientieren.

### Integrität des therapeutischen Handelns

Wie schon erläutert, ist eine „Manu- altreue“ des therapeutischen Handelns problematisch und auch nicht sinnvoll. Die Vereinbarkeit des jeweiligen Handelns der einzelnen PsychotherapeutInnen mit dem Personenzentrierten Konzept soll zum einen dadurch sichergestellt werden, dass die an der Studie teilnehmenden TherapeutInnen eine Ausbildung in „Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“ nach den Richtlinien der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) e.V. abgeschlossen haben. Zum anderen werden „Behandlungsleitlinien für die Personenzentrierte Therapie von Kindern mit Angststörungen“ als verpflichtende Orientierung vorgege-

ben; eine entsprechende (zusätzliche) Qualifizierung wird angeboten. Darüber hinaus sollen zum Zwecke der Prozess-Evaluation (s.u.) einzelne Therapiestunden videografiert werden; hier kann ein entsprechendes Rating erfolgen.

Für die Therapiedauer (Gesamt-Zeitrahmen, Anzahl der Sitzungen) und -frequenz sowie die Frequenz der Bezugspersonenkontakte werden keine Vorgaben gemacht; geplant ist ein Vergleich mit Ergebnissen anderer Studien (vgl. die Zusammenstellung bei Schmidtchen 2002).

### Mess-Instrumente

Entsprechend den Zielsetzungen der Studie müssen Mess-Instrumente für die Ergebnis- und die Prozess-Evaluation – und zusätzlich für die begleitende Bezugspersonen (Eltern-) Arbeit – eingesetzt werden:

#### (1) Outcome- Evaluation: Vorher/ Nachher-Messung

Hier werden standardisierte Instrumente der Fremdeinschätzung sowie Selbsteinschätzungsskalen zum Selbstkonzept und zu Persönlichkeitsmerkmalen eingesetzt.

#### (2) Prozess-Evaluation

Neben einer standardisierten Dokumentation der Therapiestunden durch die TherapeutInnen (Protokollbögen) sollen zur Prozess-Evaluation Ratings (Einschätzungen) von Video-Ausschnitten vorgenommen und Fragebögen zu Selbstwert und Selbstexploration nach jeder 5.–7. Sitzung appliziert werden.

#### (3) Erfassung der Arbeit mit dem Umfeld (Eltern, LehrerInnen, ErzieherInnen...)

Die Arbeit mit dem Umfeld wird durch standardisierte Dokumentation der Gespräche/Arbeit mit den Bezugspersonen durch die TherapeutInnen (Protokollbögen) sowie durch Fragebögen für die Bezugspersonen erfasst.



## Weitere Perspektiven

Die vorgestellte Studie bietet in mehrfacher Hinsicht Perspektiven:

- Sie leistet einen Beitrag zur Fundierung und Verankerung der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowohl auf wissenschaftlichem als auch auf gesundheitspolitischem Gebiet.
- Sie kann weitere Ergebnisse zur Analyse von Therapieprozessen liefern und damit zu einem verbesserten Verständnis der Wirkkräfte im therapeutischen Geschehen beitragen. – Daraus können dann wieder Qualitätskriterien entwickelt werden, um therapeutisches Handeln besser beurteilen und weiterentwickeln zu können.
- Es wird ein empirisches Setting realisiert, dessen „Brauchbarkeit“ unter klinischen bzw. Praxisbedingungen überprüft wird und das – ggfls. modifiziert – auch auf die Untersuchung der Therapie von weiteren Störungsbildern übertragen werden kann.
- Insbesondere die umfangreiche Prozess-Evaluation bietet die Möglichkeit, Bezüge zu den ersten Konzepten einer „Allgemeinen Psychotherapie für Kinder und Jugendliche“ – als einem Beitrag zur Fortentwicklung oder gar Überwindung der Therapieschulen herzustellen (vgl. Schmidtchen, 2001; Beelmann, 1996; Beelmann & Schneider, 2003; Borg-Laufs, 2003). Eine gute Anschlussmöglichkeit besteht zu einem Praxisforschungsprojekt, das sich mit der Analyse von (allgemeinen) Wirkfaktoren in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien befasst (vgl. Fröhlich-Gildhoff et al., 2003).

## Literaturverzeichnis

Auckenthaler, A. (2000). Die Manualisierung der Psychotherapie: Ziele und Implikationen. In J. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S.213-223). Tübingen: DGVT-Verlag.

Axline, V.M. (1947). *Play Therapy. The Inner Dynamics of Childhood*. Boston: Houghton Mifflin.

Baumgärtel, F., Büker, U., & Steffen, E. (1975).

Training der Kinderpsychotherapie. München: Pfeiffer.

Beelmann, A. (1996). Effektivität und Wirkfaktoren der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Kongressbeitrag 1996 DGfPs. URL: [http://www.hogrefe.de/buch/online/kongress\\_40/17.htm](http://www.hogrefe.de/buch/online/kongress_40/17.htm) [Zugriff: 22.2.2001]

Beelmann, A. & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, (2), 129-143.

Beneken, J (Hrsg.). (1982). *Kinderspieltherapie – Fallstudien*. Stuttgart: Kohlhammer.

Behr, M. (1989). Wesensgrundlagen einer an der Person des Kindes und der Person des Pädagogen orientierten Erziehung. In M. Behr, F. Petermann, W. M. Pfeiffer, & C. Seewald (Hrsg.), *Jahrbuch für personenzentrierte Psychologie und Beratung*. Band 1 (S. 152-179). Salzburg: Otto Müller.

Behr, M. (in Druck). *Interactive Resonance in Work with Children and Adolescents - A Theory-based Concept of Interpersonal Relationship through Play and the Use of Toys*. Person-Centered & Experiential Psychotherapies

Behr, M., Kudling, C. & Reiter, J. (1995). Evaluation zur Kinderpsychotherapieausbildung in der GwG. *GwG-Zeitschrift* 99, 24-32.

(Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C., (Hrsg.). (1997). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 2. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe

Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C., (Hrsg.). (2002). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 1: Anwendung und Praxis (2. überarb. Auflage). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Boeck-Singelmann, C., Hensel, T., Jürgens-Jahnert, S. & Monden-Engelhardt, C., (Hrsg.). (2003). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 3: Störungsspezifische Falldarstellungen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Borg-Laufs, M. (2003). Vier Thesen zur Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis* 35., (1), 29-36.

Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Brockmann, J. (2001). Psychoanalytisch orientierte Langzeittherapien von Psychoanalytikern (DGIP). *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 26, 304-324.

Brockmann, J. (2003). Psychoanalytisch orientierte Langzeittherapien von Psychoanalytikern (DGIP). Teil II: Quantitative Ergebnisse: Veränderungen in der Symptomatik, in der interpersonalen Problematik und im Erleben

und Verhalten. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 28, 138-157.

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2002). *Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V*. Veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 86 vom 12. Mai 2002.

Casey, R.J. & Bermann, J.S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98, 388-400.

Chatoor, I. & Krupnick, J. (2001). The role of non-specific factors in treatment outcome of psychotherapy studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 10, Supplement 1, 1/19-1/25.

Daunert, C. & Fröhlich-Gildhoff, K. (1995). Max - Beschreibung einer personzentrierten Kinderpsychotherapie. *GwG-Zeitschrift*, 26, (97), 34-43.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2003). *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002). Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 53 (4), 184-193.

Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D. & Petermann, F. (2000). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Bd. 2)*. Göttingen: Hogrefe.

Ehlers, T. (1981). *Kinder-Spieltherapie, ein kritischer Rückblick*. In H. Goetze, H. (Hrsg.): *Personenzentrierte Spieltherapie* (S.149-168). Göttingen: Hogrefe.

Fröhlich-Gildhoff, K. (2003a). *Grundelemente einer modernen Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. (Vortrag auf der Gründungsveranstaltung der Hessischen LandespsychotherapeutInnenkammer; zur Veröffentlichung eingereicht).

Fröhlich-Gildhoff, K. (2003b). *Bezugspersonenarbeit im Rahmen der personenzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen*. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert, & C. Monden-Engelhardt, (Hrsg.). *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 3: Störungsspezifische Falldarstellungen ( S. 239-326). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Fröhlich-Gildhoff, K. (2003c). *Einzelbetreuung in der Jugendhilfe*. Münster: Lit.

Fröhlich-Gildhoff, K., Hufnagel, G. & Jürgens-Jahnert, S. (2003). *Auf dem Weg zu einer Allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Die Praxis ist weiter als die Therapieschulen*. (erscheint in : Dittrich, R. & Michels P. (Hrsg.), *Auf dem Weg zu einer Allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Tübingen: DGVT-Verlag.)

Goetze, H. (2002). *Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Goetze, H. (Hrsg.) (1981). *Personenzentrierte*

- Spieltherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Goetze, H. & Jaede, W. (1974). Die nicht-direktive Spieltherapie. Eine wirksame Methode zur Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen. München: Kindler.
- Grawe, K. (1994). Psychotherapie ohne Grenzen - von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 26, (3), 357-370.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Heekerens, H.-P. (2002). Wirksamkeit der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte (2. Auflage) (S. 195-208). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Hibbs, E. D. (2001). Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 10, Supplement 1, 1/3-1/11.
- Hufnagel, G. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2002). Die Entstehung seelischer Störungen – betrachtet aus einer personenzentrierten und entwicklungspsychologischen Perspektive. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte (2. Auflage) (S. 35-80). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Jaede, W. (2002). Der entwicklungsökologische Ansatz in der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte (2. Auflage) (S. 123-150). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Jürgens-Jahnert, S. (1997). Therapieeinleitung und Diagnostik in der personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: einige theoretische Überlegungen und praktische Anregungen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2 (2. Auflage) (S. 225-252). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Kazdin, A.E., Bass, D., Ayres, W.A. & Rodgers, A. (1990). Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 729-740.
- Landreth, G. L. (1991). Play Therapy: The Art of the Relationship. Muncie, In: Accelerated Development.
- Landreth, G. L. (Ed.) (2001). Innovations in Play Therapy: Issues, Process, and Special Populations. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Leuzinger-Bohleber, A. (2001). Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien. *Psyche*, 55, 193-276.
- Moustakas, C. E. (1953). *Children in Play Therapy. A Key to Understanding Normal and Disturbed Emotions*. New York: Ballantine Books.
- Moustakas, C. E. (1955). Emotional adjustment and the play therapy process. *Journal of Genetic Psychology*, 86, 79-99.
- Moustakas, C. (1959). *Psychotherapy with Children. The Living Relationship*. New York: Ballantine Books.
- Moustakas, C. E. (1997). *Relationship Play Therapy*. Northvale: Jason Aronson.
- Norton, C.C., & Norton, B.E. (1997). *Reaching Children Through Play Therapy. An Experiential Approach*. Denver: The Publishing Cooperative.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy. In A. E. Bergin; & L.S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 270-376). New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin; & L.S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 311-381). New York: Wiley.
- Petermann, F. (Hrsg.) (2000). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Petersen, P. (2003). Starre Forschungsprinzipien. *Deutsches Ärzteblatt/PP*, (2), 61.
- Remerschmidt, H., & Matzejat, F. (2001). The component model of treatment in child and adolescent psychiatry: Theoretical Concept and empirical results. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 10, Supplement 1, 1/26-1/45.
- Remerschmidt, H. & Matzejat, F. (2003). Therapieevaluation bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt*, (100) 16, 896-902.
- Rogers, C.R. (1987). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln: GwG-Verlag.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The consumer reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Schmidtchen, S. (1989). *Kinderpsychotherapie: Grundlagen, Ziele, Methoden*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidtchen, S. (1991). Klientenzentrierte Spiel- und Familientherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schmidtchen, S. (1995). Klientenzentrierte Ätiologie und Diagnostik von psychischen Erkrankungen im Kindesalter. In S. Schmidtchen, G.W. Speierer, & H. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung* (S. 181-228). Köln: GwG-Verlag.
- Schmidtchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidtchen, S. (2002). Neue Forschungsergebnisse zu Prozessen und Effekten der klientenzentrierten Kinderspieltherapie. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 1: Grundlagen und Konzepte (2. Auflage) (S. 153-194). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Schmidtchen, S., Hennies, S., & Acke, H. (1993). Zwei Fliegen mit einer Klappe? – Evaluation der Hypothese eines zweifachen Wirkungsanspruches der klientenzentrierten Spieltherapie. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 33, 34-42.
- Tausch, R. (2001). Entscheidende Wirkungsvorgänge in Patienten/Klienten bei der Minderung seelischer Beeinträchtigungen durch Gesprächspsychotherapie. Eine empirisch begründete Theorie. In *Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie* (Hrsg.), *Visionen für ein gesellschaftliches Miteinander* (S. 79-104). Köln: GwG-Verlag.
- Weinberger, S. (2001). *Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung*. Weinheim: Beltz.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D. & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 542-549.
- Weisz, J.R., Weis, B., Han, S., Granger, D.A. & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450-468.
- Weisz, J. R. & Jensen, A. L. (2001). Child and adolescent psychotherapy and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 10, Supplement 1, 1/12-1/18.
- West, J. (1996). *Child-Centred Play Therapy* (2nd edn.). London: Arnold.
- Wilson, K., Kendrick, P., & Ryan, V. (1992). *Play Therapy: A Non-directive Approach for Children and Adolescents*. London: Bailliere Tindall.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie Köln (2000). URL: <http://www.wbpsychotherapie.de/veroeffentlichungen> [Zugriff: 20.3.2003]
- Zurhorst, G. (2003). Evidenz-basierte, Evidenz-basierte oder Ökologisch-basierte Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 2, (2), 97-104.

## Kontaktanschrift

Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff  
 Evangelische Fachhochschule Freiburg  
 Bugginger Str. 38  
 79114 Freiburg