

Winkelmann, Klaus / Hartmann, Mechthild / Neumann, Katja / Hennch, Christoph / Reck, Corinna / Victor, Daniela / Horn, Hildegard / Uebel, Till und Kronmüller, Klaus-Thomas

Stabilität des Therapieerfolgs nach analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie – eine Fünf-Jahres-Katamnese

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 49 (2000) 5, S. 315-328

urn:nbn:de:bsz-psydok-42301

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

Bonney, H.: Neues vom „Zappelphilipp“ – Die Therapie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen (ADHD) auf der Basis von Kommunikations- und Systemtheorie (Therapy of children with attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) based on communication- and systemtheories)	285
Bünder, P.: Es war einmal ein Scheidungskind. Das Umerzählen als pädagogisch-therapeutisches Mittel bei der Bewältigung von Trennungs- und Scheidungserfahrungen von jüngeren Schulkindern (Once upon a time there was a child of divorce. The rearranged narrative as a pedagogical and therapeutical means for younger pupils to deal with the experience of separation and devorce)	275
Frey, E.: Vom Programm zur Metapher – den Bedürfnissen der Kinder im Trennungs- und Scheidungsprozeß ihrer Eltern gerecht werden (From program to metaphor: caring for the needs of children during the separation and divorce of their parents)	109
Müller, F.-W.: Abenteuer Konflikt – frühe Gewaltprävention in Kindertagesstätten und Grundschulen (Adventure conflict – Early prevention of violence in child day care centres and in primary schools)	779
Wintsch, H.: Hoffnung säen: Therapeutische Gruppen mit kriegstraumatisierten Kindern und Jugendlichen in Bosnien (Sow hope: therapeutic groups with children and youth with training for local professionals)	210

Originalarbeiten / Original Articles

Bäcker, A.; Pauli-Pott, U.; Neuhäuser, G.; Beckmann, D.: Auswirkungen deutlich erhöhter Geburtsrisiken auf den Entwicklungsstand im Jugendalter (The effect of severe perinatal complications on the development at youth)	385
Bernard-Opitz, V.; Chen, A.; Kok, A.J.; Sriram, N.: Analyse pragmatischer Aspekte des Kommunikationsverhaltens von verbalen und nicht-verbalen autistischen Kindern (Analysis of pragmatic aspects of communicative behavior in non-verbal and verbal children with autism)	97
Böhm, B.; Grossmann, K.-E.: Unterschiede in der sprachlichen Repräsentation von 10- bis 14jährigen Jungen geschiedener und nicht geschiedener Eltern (Differences in the linguistic representation of relationship of 10- to 14 years old boys from divorced and non-divorced families)	399
Empt, K.; Schiepek, G.: Ausschnitte aus der Genesungsgeschichte einer Patientin mit Anorexia nervosa aus der Sicht der Selbstorganisationstheorie (The way out of problems: recovery from anorexia nervosa seen by dynamic systems theory)	677
Federer, M.; Herrle, J.; Margraf, J.; Schneider, S.: Trennungsangst und Agoraphobie bei Achtjährigen (Separation anxiety and agoraphobia in eight-year-olds)	83
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Zur Therapiemotivation bei Schülern: Der Wunsch nach pädagogisch-therapeutischer Hilfe (Therapy motivation of primary and secondary school students: the wish for pedagogical-therapeutic help)	641
Klemenz, B.: Ressourcendiagnostik bei Kindern (Resource diagnosis with children)	177

Lenz, A.: Wo bleiben die Kinder in der Familienberatung? Ergebnisse einer explorativen Studie (Where are the children in the family counseling? Results of an explorative study)	765
Schepker, R.; Wirtz, M.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger Behandlungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Predictors of the course of medium-range treatments in inpatient child and adolescent psychiatry)	656
Schmidt, C.; Steins, G.: Zusammenhänge zwischen Selbstkonzept und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Lebensbereichen (Relations of self-concept to obesity of children and adolescents with regard to different living areas)	251
Schwarck, B.; Schmidt, S.; Strauß, B.: Eine Pilotstudie zum Zusammenhang von Bindungsmustern und Problemwahrnehmung beim neun- bis elfjährigen Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten (A study of the relationship between attachment patterns and problem perception in a sample of 9-11 year old children with behavioral disorders)	340
Stasch, M.; Reich, G.: Interpersonale Beziehungsmuster in Familien mit einem bulimischen Mitglied – eine Interaktionsanalyse (Interpersonal relationship-patterns in families with a bulimic patient – An interaction-analysis) 157	
Steinhausen, H.-C.; Lugt, H.; Doll, B.; Kammerer, M.; Kannenberg, R.; Prün, H.: Der Zürcher Interventionsplanungs- und Evaluationsbogen (ZIPEB): Ein Verfahren zur Qualitätskontrolle therapeutischer Maßnahmen (The Zurich Intervention Planning and Evaluation Form (ZIPEF): A procedure for the assessment of quality control of therapeutic interventions)	329
Steinhausen, H.-C.; Winkler Metzke, C.: Die Allgemeine Depressions-Skala (ADS) in der Diagnostik von Jugendlichen (The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) in the assessment of adolescents)	419
Storch, G.; Poustka, F.: Psychische Störung bei stationär behandelten Kindern mediterraner Migrantenfamilien (Psychiatric disorders in young offsprings from parents of Mediterranean origin treated as inpatients)	200
Winkelmann, K.; Hartmann, M.; Neumann, K.; Hemmch, C.; Reck, C.; Victor, D.; Horn, H.; Uebel, T.; Kronmüller, K.-T.: Stabilität des Therapieerfolgs nach analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie – eine Fünf-Jahres-Katamnese (Stability of outcome in children and adolescents psychoanalysis at 5 year follow-up)	315

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Balloff, R.: Das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 30. Juli 1999 zur Frage der wissenschaftlichen Anforderungen an aussagepsychologische Begutachtungen (Glaubhaftigkeitsgutachten) und die Folgen für die Sachverständigentätigkeit (Relating to the decision of the Highest Federal Court of Germany dated July 30, 1999 dealing with questions concerning the scientific demands to be placed upon the decisions of experts in psychology called upon to express opinion as to whether or not a testimony is believable and the effects of said decision on future action of such experts)	261
Barrows, P.: Der Vater in der Eltern-Kind-Psychotherapie (Fathers in parent-infant psychotherapy)	596
Barth, R.: „Baby-Lese-Stunden“ für Eltern mit exzessiv schreienden Säuglingen – das Konzept der „angeleiteten Eltern-Säuglings-Übungssitzungen“ (“Reading a baby” – “Guided parent-infant-training sessions” for parents with excessively crying babies)	537

Bürgin, D.; Meng, H.: Psychoanalytische Diagnostik und pädagogischer Alltag (Psychoanalytic diagnostics and pedagogical everyday-life)	477
Cierpka, M.; Cierpka, A.: Beratung von Familien mit zwei- bis dreijährigen Kindern (Counselling with 2 to 3s and their families)	563
Cohen, Y.: Bindung als Grundlage zum Verständnis psychopathologischer Entwicklung und zur stationären Behandlung (Attachment as the basis of psychopathological development and residential treatment)	511
Hédervári-Heller, É.: Klinische Relevanz der Bindungstheorie in der therapeutischen Arbeit mit Kleinkindern und deren Eltern (Clinical relevance of attachment theory for the infant-parent psychotherapy)	580
Hundsalsz, A.: Qualität in der Erziehungsberatung – Aktuelle Entwicklungen zu Beginn des 21. Jahrhunderts (Quality in child guidance – Developments at the beginning for the 21th century)	747
Meier, U.; Tillmann, K.-J.: Gewalt in der Schule – importiert oder selbstproduziert? (Violence in schools – Imported or self-produced?)	36
Melzer, W.; Darge, K.: Gewalt in der Schule – Analyse und Prävention (Violence in schools – Analysis and prevention)	16
Meng, H.; Bürgin, D.: Qualität der Pädagogik in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (The quality of pedagogy in in-patient child and adolescent psychiatry)	489
Möhler, E.; Resch, F.: Frühe Ausdrucksformen und Transmissionsmechanismen mütterlicher Traumatisierungen innerhalb der Mutter-Säuglings-Interaktion (Early appearance and intergenerational transmission of maternal traumatic experiences in the context of mother-infant-interaction)	550
Oswald, H.; Kappmann, L.: Phänomenologische und funktionale Vielfalt von Gewalt unter Kindern (Phenomenological and functional diversity of violence among children)	3
Papoušek, M.: Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie (Use of videofeedback in parent-infant counselling and parent-infant psychotherapy)	611
Pfeifer, W.-K.: Vorgehensweisen der institutionellen Erziehungsberatung im Spiegel der Zentralen Weiterbildung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (Methods of established child guidance reflected on the background of Zentrale Weiterbildung of Bundeskonferenz für Erziehungsberatung)	737
Rudolf, G.: Die Entstehung psychogener Störungen: ein integratives Modell (How psychogenic disorders develop: an integrative model)	351
Seiffge-Krenke, I.: Ein sehr spezieller Freund: Der imaginäre Gefährte (A very special friend: the imaginary companion)	689
Specht, F.: Entwicklung der Erziehungsberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland – ein Überblick (The development of child guidance centers in the Federal Republic of Germany – An overview)	728
Streeck-Fischer, A.: Jugendliche mit Grenzenstörungen – Selbst- und fremddestruktives Verhalten in stationärer Psychotherapie (Adolescents with boundary disorders – Destructive behavior against oneself and others in in-patient psychotherapy)	497
Vossler, A.: Als Indexpatient ins therapeutische Abseits? – Kinder in der systemischen Familientherapie und -beratung (As index patient into therapeutic offside? Children in systemic family therapy and counseling)	435

Diskussion / Discussion

Fegert, J. M.; Rothärmel, S.: Psychisch kranke Kinder und Jugendliche als Waisenkinder des Wirtschaftlichkeitsgebots?	127
Rudolf, G.: Die frühe Bindungserfahrung und der depressive Grundkonflikt	707
Strauß, B.; Schmidt, S.: Die Bedeutung des Bindungssystems für die Entstehung psychogener Störungen – Ein Kommentar zum Aufsatz von G. Rudolf: Die Entstehung psychogener Störungen: ein integratives Modell	704

Werkstattberichte / Brief Reports

Schubert, B.; Seiring, W.: Waffen in der Schule – Berliner Erfahrungen und Ansätze (Guns in schools – experiences and approaches made in Berlin)	53
--	----

Buchbesprechungen

Beckenbach, W.: Lese- und Rechtschreibschwäche – Diagnostizieren und Behandeln (C. von Bülow-Faerber)	235
Brisch, K. H.: Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie (L. Unzner) ..	529
Buchholz-Graf, W.; Caspary, C.; Keimeleder, L.; Straus, F.: Familienberatung bei Trennung und Scheidung. Eine Studie über Erfolg und Nutzen gerichtsnaher Hilfen (A. Korittko)	523
Butzkamm, W.; Butzkamm, J.: Wie Kinder Sprechen lernen. Kindliche Entwicklung und die Sprachlichkeit des Menschen (D. Gröschke)	300
Cierpka, M. (Hg.): Kinder mit aggressivem Verhalten. Ein Praxismanual für Schulen, Kindergärten und Beratungsstellen (D. Gröschke)	371
Eickhoff, F.-W. et al. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 40 (M. Hirsch)	73
Eickhoff, F.-W. et al. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 41 (M. Hirsch)	145
Eiholzer, U.; Haverkamp, F.; Voss, L. (Hg.): Growth, stature, and psychosocial wellbeing (K. Sarimski)	306
Fend, H.: Eltern und Freunde. Soziale Entwicklung im Jugendalter (U. Preuss)	375
Fieseler, G.; Schleicher, H.: Gemeinschaftskommentar zum SGB VIII: Kinder- und Jugendhilferecht (J. M. Fegert)	373
Fischer, G.; Riedesser, P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie (K. Sarimski)	232
Freitag, M.; Hurrelmann, K. (Hg.): Illegale Alltagsdrogen. Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter (C. von Bülow-Faerber)	304
Frohne-Hagemann, I. (Hg.): Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie (C. Brückner)	301
Greve, W. (Hg.): Psychologie des Selbst (D. Gröschke)	791
Grimm, H.: Störungen der Sprachentwicklung (D. Irblich)	237
Hundsals, A.; Menne, K.; Cremer, H. (Hg.): Jahrbuch für Erziehungsberatung, Bd. 3 (F. Fippinger)	140
Klicpera, C.; Innerhofer, P.: Die Welt des frühkindlichen Autismus (D. Gröschke)	528
Kluge, N.: Sexualverhalten Jugendlicher heute. Ergebnisse einer repräsentativen Jugend- und Elternstudie über Verhalten und Einstellungen zur Sexualität (P. Hummel)	632
Körner, W.; Hörmann, G. (Hg.): Handbuch der Erziehungsberatung, Bd. 2 (M. Micklely) ..	716

Kühl, J. (Hg.): Autonomie und Dialog. Kleine Kinder in der Frühförderung (<i>D. Gröschke</i>)	465
Lanfranchi, A.; Hagmann, T. (Hg.): Migrantenkinder. Plädoyer für eine Pädagogik der Vielfalt (<i>H. Heil</i>)	527
Lempp, R.; Schütze, G.; Köhnken, G. (Hg.): Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters (<i>P. Hummel</i>)	630
Lukesch, H.: Einführung in die pädagogisch-psychologische Diagnostik (<i>K.-H. Arnold</i>)	239
Mussen, P.H.; Conger, J. J.; Kagan, J.; Huston, A.C.: Lehrbuch der Kinderpsychologie (<i>L. Unzner</i>)	713
Neuhäuser, G.; Steinhausen, H.-C. (Hg.): Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation (<i>D. Irblich</i>)	144
Oerter, R.; v. Hagen, C.; Röper, G.; Noam, G. (Hg.): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch (<i>L. Unzner</i>)	463
Ohm, D.: Progressive Relaxation für Kids (CD) (<i>C. Brückner</i>)	461
Peterander, F.; Speck, O. (Hg.): Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen (<i>D. Gröschke</i>)	629
Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie (<i>H. Mackenberg</i>)	377
Petermann, F.; Kusch, M.; Niedank, K.: Entwicklungspsychopathologie – ein Lehrbuch (<i>K. Sarimski</i>)	142
Petermann, F.; Warschburger, P. (Hg.): Kinderrehabilitation (<i>D. Irblich</i>)	141
Rauchfleisch, U.: Außenseiter der Gesellschaft. Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger (<i>K. Waligora</i>)	791
Remschmidt, H.; Mattejat, F.: Familiendiagnostisches Lesebuch (<i>M. Bachmann</i>)	72
Rohmann, U.: Manchmal könnte ich Dich ... Auch starke Kinder kann man erziehen, man muß nur wissen wie! (<i>E. Sticker</i>)	75
Romeike, G.; Imelmann, H. (Hg.): Hilfen für Kinder. Konzepte und Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und Therapie (<i>E. Sticker</i>)	460
Schäfer, M.; Frey, D. (Hg.): Aggression und Gewalt unter Kindern und Jugendlichen (<i>H. Mackenberg</i>)	233
Schiepek, G.: Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung (<i>C. Höger</i>)	368
Schweitzer, J.: Gelingende Kooperation. Systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen (<i>R. Mayr</i>)	302
Senkel, B.: Du bist ein weiter Baum. Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung (<i>D. Irblich</i>)	74
Silbereisen, R. K.; Zinnecker, J. (Hg.): Entwicklung im sozialen Wandel (<i>L. Unzner</i>)	373
Simon, F. B.; Clement, U.; Stierlin, H.: Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular (<i>J. Kaltschmitt</i>)	372
Sohni, H. (Hg.): Geschwisterlichkeit. Horizontale Beziehungen in Psychotherapie und Gesellschaft (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	790
Speck, O.: Die Ökonomisierung sozialer Qualität. Zur Qualitätsdiskussion in Behindertenhilfe und Sozialer Arbeit (<i>D. Gröschke</i>)	715
Steimer, B.: Suche nach Liebe und Inszenierung von Ablehnung. Adoptiv- und Pflegekinder in einer neuen Familie (<i>F.-J. Krumenacker</i>)	793
Swets Test Service: Diagnostische Verfahren (<i>K.-H. Arnold</i>)	717
Tent, L.; Langfeldt, H.-P.: Pädagogisch-psychologische Diagnostik, Bd. 2: Anwendungsbereiche und Praxisfelder (<i>K.-H. Arnold</i>)	240

Testzentrale des Berufsverbands Deutscher Psychologen: Testkatalog 2000/1 (<i>K.-H. Arnold</i>)	717
Tomatis, A.: Das Ohr – die Pforte zum Schulerfolg. Schach dem Schulversagen (<i>K.-J. Allgaier</i>)	77
Ullrich, M.: Wenn Kinder Jugendliche werden. Die Bedeutung der Familienkommunikation im Übergang zum Jugendalter (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	635
Vorderlin, E.-M.: Frühgeburt: Elterliche Belastung und Bewältigung (<i>G. Fuchs</i>)	238
Walper, S.; Schwarz, B. (Hg.): Was wird aus den Kindern? Chancen und Risiken für die Entwicklung von Kindern aus Trennungs- und Stieffamilien (<i>A. Korittko</i>)	523
Warschburger, P.; Petermann, F.; Fromme, C.; Wojtalla, N.: Adipositastraining mit Kindern und Jugendlichen (<i>K. Sarimski</i>)	634
Wunderlich, C.: Nimm' mich an, so wie ich bin. Menschen mit geistiger Behinderung akzeptieren (<i>M. Müller-Küppers</i>)	376
Zander, W.: Zerrissene Jugend: Ein Psychoanalytiker erzählt von seinen Erlebnissen in der Nazizeit 1933-1945 (<i>J. Kaltschmitt</i>)	714
Zero to three/National Center for Infants, Toddlers, and Families (Hg.): Diagnostische Klassifikation: 0-3. Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern (<i>L.Unzner</i>)	462

Neuere Testverfahren

Ciepka, M.; Frevert, G.: Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen (<i>K. Waligora</i>)	242
Lohaus, A.; Fler, B.; Freytag, P.; Klein-Haßling, J.: Fragebogen zur Erhebung von Streßerleben und Streßbewältigung im Kindesalter (SSK) (<i>K. Waligora</i>)	466
Kuhl, J.; Christ, E.: Selbstregulations-Strategientest für Kinder (SRST-K) (<i>K. Waligora</i>)	719

Editorial / Editorial	1, 475, 535, 725
Autoren und Autorinnen / Authors	70, 133, 232, 300, 367, 450, 522, 628, 703, 789
Aus dem Verlag / From the Publisher	71
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	134, 452
Tagungskalender / Calendar of Events	78, 148, 244, 308, 380, 469, 531, 638, 721, 790
Mitteilungen / Announcements	82, 152, 249, 384, 473, 640, 798

Stabilität des Therapieerfolgs nach analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie – eine Fünf-Jahres-Katamnese

Klaus Winkelmann¹, Mechthild Hartmann¹, Katja Neumann², Christoph Hennch¹, Corinna Reck², Daniela Victor², Hildegard Horn¹, Till Uebel¹ und Klaus-Thomas Kronmüller²

Summary

Stability of outcome in children and adolescent psychoanalysis at 5 year follow-up

In the Heidelberg study about psychoanalytic therapy with children and adolescents 133 cases have been studied in a naturalistic design. Up to now results were published on the basis of assessments of experts only. This follow-up study has investigated the stability of therapy outcomes from the perspectives of different raters. For that outcome has been rated five years after the end of treatment by experts, parents and children themselves. Good outcomes have been stabile and have shown even after five years. Single variables showed further improvement in the time of follow-up, for example the social communicative impairment with parents. Thus the high rate of successful longterm psychoanalytic therapies with children and adolescents could be confirmed from different rater perspectives.

Zusammenfassung

In der Heidelberger Studie zur analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie wurden 133 Behandlungsfälle in einem naturalistischen Studiendesign untersucht. Die bisher publizierten Ergebnisse dieser Therapiestudie basierten auf retrospektiven Daten, die ausschließlich aus Expertenperspektive erhoben wurden. Mit der hier vorgelegten Katamneseuntersuchung wurde die Stabilität des Therapieergebnisses aus mehreren Beurteilungsperspektiven überprüft. So wurde der Behandlungserfolg durchschnittlich fünf Jahre nach Behandlungsende durch Experten, die Eltern

¹ Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Heidelberg.

² Psychiatrische Klinik der Universität Heidelberg.

sowie die behandelten Kinder eingeschätzt. Es zeigte sich, daß die guten Behandlungsergebnisse stabil geblieben waren und ein Therapieerfolg auch noch nach fünf Jahren nachgewiesen werden konnte. In einzelnen Merkmalen, wie der sozialkommunikativen Beeinträchtigung mit den Eltern, fand sich im Katamnesezeitraum noch eine weitere Verbesserung. Somit konnte die hohe Erfolgsrate analytischer Langzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen eines prospektiven Studiendesigns unter Berücksichtigung mehrerer Perspektiven bestätigt werden.

1 Einleitung

Die Erforschung psychotherapeutischer Behandlung von Kindern und Jugendlichen steht, verglichen mit der Therapieforschung bei Erwachsenen, noch am Beginn. Die generelle Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen wurde jedoch bereits nachgewiesen, und Psychotherapie bei Kindern kommt zu ähnlich guten Behandlungsergebnissen wie bei Erwachsenen (Casey u. Berman 1985; Kazdin 1991, 1994; Weisz et al. 1995; Weisz et al. 1987). Trotz der weiten Verbreitung analytischer Psychotherapie bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen existieren bislang nur wenige empirische Studien zur Evaluation dieser Therapieform. So wurde in Übersichtsartikeln zur Psychotherapieforschung bei Kindern mehrfach ein Forschungsdefizit für analytische Verfahren festgestellt (Kazdin 1994; Kronmüller u. Hartmann, 1997). Heekerens (1992) führte unter Berücksichtigung metaanalytischer Untersuchungen (Casey u. Berman 1985; Weisz et al. 1987) lediglich drei kontrollierte Therapiestudien mit einem psychodynamisch orientierten Behandlungssetting auf (Fonagy u. Moran 1990, 1991; Heinicke u. Ramsey-Klee 1986; Szapocznik et al. 1989). Daneben wurden bislang zwei nicht kontrollierte Therapiestudien zu diesem Behandlungsverfahren publiziert (Dührssen 1964; Fonagy u. Target 1994 a,b; Target u. Fonagy 1994 a,b). Mehrfach wurden Zweifel an der Wirksamkeit analytischer Psychotherapie bei Kindern geäußert (Remschmidt 1993; Steinhausen 1994). Dabei fanden Hirschmüller et al. (1997) im Rahmen einer postalischen Befragung erste empirische Hinweise für die gute Wirksamkeit analytischer Therapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen. Aufgrund der ungenügenden Forschungslage sind aber Schlußfolgerungen bezüglich Wirksamkeit und Indikationsspektrum dieses Therapieverfahrens bislang nur eingeschränkt möglich.

Kazdin (1994) weist darauf hin, daß Katamneseuntersuchungen von entscheidender Bedeutung sind, um die Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Behandlungsverfahrens zu beurteilen. Dennoch beinhalten die meisten Therapiestudien keine solche Nachuntersuchung. Die Durchführung von Katamneseuntersuchungen scheint umso wichtiger, wenn man berücksichtigt, daß bei den wenigen Studien mit Follow-up-Untersuchung differentielle Therapieeffekte häufig erst nach Therapieende beobachtet werden konnten (Szapocznik et al. 1989, 1990). So fanden Heinicke und Ramsey-Klee (1986) in ihrer Untersuchung, daß Kinder mit analytischer Kurz- und Langzeitbehandlung zu Therapieende zwar die gleiche Besserungsquote aufwiesen, dieser Behandlungserfolg jedoch nur bei der hochfrequent behandelten Gruppe über das Behand-

lungsende hinaus stabil blieb. Bei den Kindern, die mit Kurzzeittherapie behandelt worden waren, fanden sich zum Follow-up-Zeitpunkt nach einem Jahr Störungswerte, die noch höher waren als zu Therapiebeginn. Einen ähnlichen Befund erbrachte die Studie von Lehmkuhl und Lehmkuhl (1982): die Autoren fanden eine rasche initiale Verbesserung der Symptomatik bei niederfrequenter analytischer Gruppenpsychotherapie bei Jugendlichen, zu Therapieende jedoch wies die höherfrequent behandelte Vergleichsgruppe ein insgesamt signifikant besseres Therapieergebnis auf. Im Gegensatz dazu konnten Smyrnios und Kirkby (1993) in ihrer Studie zur psychodynamisch orientierten Psychotherapie vier Jahre nach Therapieende keinen Unterschied mehr zwischen Kindern mit Kurzzeit- und Langzeitbehandlung feststellen. Nach diesen Ergebnissen scheint Kurzzeitpsychotherapie genauso effektiv zu sein wie eine längere Behandlung.

In der Berliner Studie von Dührssen (1964) wurde eine Gruppe von $N=129$ Kindern fünf Jahre nach Behandlungsende nachuntersucht. Bei 79% dieser Kinder konnte zu diesem Zeitpunkt eine erfolgreiche Behandlung festgestellt werden. Diese Erfolgseinschätzungen stimmen weitgehend mit denen von Fonagy und Target (1994b) überein, die bei 80% der behandelten Kinder eine erfolgreiche Therapie ermittelt hatten. Im Rahmen der Heidelberger Studie konnte zu Therapieende bei 80% der behandelten Kinder eine tatsächliche Verbesserung und Reduktion der Beeinträchtigung durch die psychische Symptomatik festgestellt werden und immerhin drei Viertel der Kinder erreichten Beeinträchtigungswerte, die denen einer gesunden Kontrollgruppe entsprachen (Fahrig et al. 1996). Trotz dieser günstigen Behandlungsergebnisse durch analytische Langzeittherapie bei Kindern und Jugendlichen stellt sich die Frage nach der Stabilität des Therapieerfolgs.

Ziel der Heidelberger Studie zur Evaluation analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie war es, die Wirksamkeit dieser Therapieform unter naturalistischen Bedingungen zu überprüfen. Das Ziel der vorliegenden Katamneseuntersuchung lag darin, die Stabilität des Behandlungserfolgs fünf Jahre nach der Beendigung der analytischen Langzeitpsychotherapie mit einem prospektiven Studiendesign zu untersuchen. Weiter wurde die Frage untersucht, bei wievielen Kindern im Katamnesezeitraum eine erneute psychotherapeutische Behandlung notwendig geworden war. Der Therapieerfolg wurde dabei multiperspektivisch durch Experten, Eltern und Kinder beurteilt. Neben dem globalen Therapieerfolg wurde in der Katamneseuntersuchung die Qualität und das Ausmaß von Veränderungen in einzelnen Störungs- und Beeinträchtigungsbereichen bestimmt.

2 Methode

2.1 Studiendesign

Im Rahmen eines naturalistischen Studiendesigns wurden mit analytischer Langzeittherapie behandelte Kinder und Jugendliche mit einem teils retrospektiven, teils prospektiven Untersuchungsansatz erforscht. Es handelte sich um eine Stichprobe von 519 Patienten, die konsekutiv

in den Jahren 1988 bis 1990 am Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie in Heidelberg zur Untersuchung vorgestellt worden waren. Bei 334 Kindern (64,4%) wurde eine Therapieempfehlung gegeben. Von diesen Kindern gelangten 145 (27,9%) in eine ambulante analytische Langzeitpsychotherapie. Als Langzeitherapie wurden alle die bezeichnet, die im Richtlinienverfahren kassentechnisch als solche bezeichnet werden. Dies waren zum damaligen Zeitpunkt alle Behandlungen mit mehr als 15 Therapiestunden (Kurzzeittherapie bis zur 15. Stunde). Von 133 (91,7%) dieser Langzeitbehandlungen liegen vollständige Daten vor, die in die Auswertung der Therapieergebnisstudie eingingen (Fahrig et al. 1996).

Während Therapieergebnisse der Heidelberger Studie zur Langzeitpsychoanalyse bei Kindern schon publiziert wurden (Fahrig et al. 1996), werden im folgenden die Ergebnisse der Katamnese studie dargestellt. Der Zeitraum vom Ende der Therapie bis zur Katamneseuntersuchung betrug vier bis sechs Jahre, durchschnittlich lag er bei fünf Jahren. Die Nachuntersuchung erfolgte überwiegend durch eine Gruppe speziell geschulter Forschungsexperten, die sich aus Diplompsychologen und Kindertherapeuten zusammensetzte.

2.2 Stichprobe

In der Gesamtstichprobe von $N=133$ behandelten Kindern betrug das durchschnittliche Alter 9,16 Jahre ($SD=3,44$) (s. Tab. 1). Zur Gruppe der bis zu 5;11jährigen zählten 24,1% der Stichprobe, zur Gruppe der 6- bis 11;11jährigen 56,4% und zur Gruppe der über 12jährigen 19,5%. Gut ein Drittel (36,9%) der Kinder waren Mädchen, knapp zwei Drittel (63,1%) Jungen. In ihren Ursprungsfamilien lebten 66,9% der Kinder, 22,0% bei einem alleinerziehenden Elternteil und 11,1% lebten nicht bei ihren Eltern (z.B. Pflege- oder Heimkinder). Aus Familien der unteren Sozialschichten kamen 40,7% der Kinder, 55,9% aus der Mittelschicht und 3,4% aus der Oberschicht (Schichteinteilung nach Kleining u. Moore 1968).

Die vorliegenden Störungen wurden nach dem Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS; Remschmidt u. Schmidt, 1994) und nach der ICD-10 diagnostiziert. Die acht häufigsten Diagnosen waren folgende: Emotionale Störungen des Kindesalters (24,8%) und Störung des Sozialverhaltens (23,3%). Es folgten Enuresis (17,3%), Anpassungsstörungen (12,0%) und Entwicklungsstörungen (12,0%). Weitere Diagnosen betrafen die neurotischen und somatoformen Störungen (12,0%), die Eßstörungen (9,0%) und die Enkopresis (6,8%). Bei 41,4% der Kinder lag zu Therapiebeginn eine Komorbidität von zwei Störungen, bei 10,5% der Kinder von drei Störungen vor. Entwicklungsstörungen im Sinne der Achse 2 des MAS lagen bei 12,0% der Kinder vor. Eine Intelligenzmindering nach Achse 3 des MAS bestand in keinem Fall.

Die an der Studie teilnehmenden Kinder wurden von insgesamt 31 Therapeuten behandelt, davon waren 24 weiblichen und 7 männlichen Geschlechts. 28 der Therapeuten befanden sich in fortgeschrittener Ausbildung zum Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, drei waren ausgebildete Kindertherapeuten. Die Therapiedauer betrug bei einer Behandlungsfrequenz von zumeist ein bis zwei Stunden pro Woche ($M=0,94$; $SD=0,48$) im Mittel 1,5 Jahre.

Im Rahmen der Katamneseuntersuchung konnten 56 Kinder und Jugendliche nach einem Zeitraum von durchschnittlich 5,2 Jahren nachuntersucht werden. Das durchschnittliche Alter der Katamnese stichprobe betrug 15,24 Jahre ($SD=2,86$). Es nahmen insgesamt $N=39$ (70,3%) Jungen und $N=17$ (30,4%) Mädchen an der Studie teil.

Zur Kontrolle systematischer Selektionseffekte im Katamnesezeitraum wurde im Rahmen einer Drop-out-Analyse untersucht, inwieweit die Stichprobe der Katamnese repräsentativ für die

Tab. 1: Stichprobenbeschreibung für die Ausgangsstichprobe (N=133)

<i>Geschlecht</i>	
weiblich	84 (63,1%)
männlich	48 (36,9%)
<i>Alter</i>	9,16 Jahre (SD=3,44)
<i>Familiensituation</i>	
Ursprungsfamilie	89 (66,9%)
Alleinerziehendes Elternteil	29 (22,0%)
Heim-, Pflegekinder u.a.	15 (11,1%)
<i>Sozioökonomischer Status</i>	
untere Sozialschicht	54 (40,7%)
mittlere u. obere Sozialschicht	79 (59,3%)
<i>Störungsdauer</i>	2,88 Jahre (SD=2,36)
<i>Anzahl der Therapiestunden</i>	66,11 Stunden (SD=38,36, 15-200)
<i>Therapiedauer</i>	1,54 Jahre (SD=0,86, 0,25-4,09)
<i>Therapieintensität</i>	0,94 Wochenstunden (SD=0,48, 0,21-3,5)

gesamte Stichprobe ist. Dazu verglichen wir soziodemographische Merkmale, diagnostische Merkmale, die Beeinträchtigungsschwere und Therapiemerkmale wie die Anzahl der Therapiestunden, die Therapiedauer und die Therapieintensität. In keinem der untersuchten Merkmale, mit Ausnahme der Skala „Beeinträchtigung im Leistungsverhalten“ (BSS-K-4), konnten signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe der Katamneseteilnehmer und -nichtteilnehmer ermittelt werden. Insgesamt kann also davon ausgegangen werden, daß keine systematischen Selektionseffekte bezüglich der untersuchten Merkmale vorlagen.

2.3 Meßinstrumente

Zur Bestimmung des Therapieergebnisses wurden verschiedene Erfolgsmaße eingesetzt. Die Besserung der Symptomatik wurde zum einen über ein fünf-stufiges Globalmaß zur direkten Einschätzung der Veränderungen bestimmt. Zur Einschätzung des Schweregrades der Störung wurde in der Vorstudie zur analytischen Langzeitpsychotherapie ein im Erwachsenenbereich bereits gut etabliertes Verfahren, der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) nach Schepank (1995), für kinder- und jugendpsychiatrische Störungen adaptiert und evaluiert (Fahrig et al. 1996). Mit Hilfe des Beeinträchtigungsschwere-Scores für Kinder und Jugendliche (BSS-K) wurden die zentralen Bereiche zur Therapieevaluation auf den folgenden vier Dimensionen beurteilt: Einschätzung der psychischen, körperlichen und sozial-kommunikativen sowie der leistungsmäßigen Be-

einrächtigung durch die Störung. Hierdurch kann bestimmt werden, in wievielen und welchen Bereichen die Kinder eine Verbesserung zeigten. Die Interraterreliabilität für die Einschätzung des BSS-K lag zwischen 0,73 und 0,84 für einzelne Skalen sowie bei 0,80 für den Gesamtwert. Die Überprüfung der Retestrelabilität erbrachte Koeffizienten zwischen 0,73 und 0,86 für einzelne Skalen und 0,84 für den Gesamtwert. Die Höhe der ermittelten Koeffizienten liegt im Bereich, der auch bei Erwachsenen erzielt wurde, und spricht damit für die Zuverlässigkeit des Instruments.

Die Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach u. Edelbrock 1983, 1986; dt. Döpfner et al. 1994) diente zur Erfassung der psychischen Symptomatik durch die Eltern. Die CBCL ist in spezifische Störungsdimensionen untergliedert. Für dieses international weit verbreitete Instrument liegen alters- und geschlechtsstandardisierte Normwerte und zahlreiche Vergleichsgruppen vor.

Der Gießener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche (GBB; Brähler 1992) ist ein häufig eingesetztes und gut bewährtes Verfahren zur Erfassung subjektiver körperlicher Beschwerden. Er ist aus Problemfeldern der Kinder- und Jugendlichenpsychosomatik heraus entwickelt worden und enthält in einer Kurzfassung 24 Items, die in fünf Skalen gegliedert sind: Allgemeinbefinden, Vegetativum, Schmerzen, Emotionalität und Kinderbeschwerden.

Das Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ; Stiensmeier-Pelster et al. 1989) ist in Anlehnung an das Beck-Depressions-Inventar (BDI) (Beck 1987) entwickelt worden. Der Fragebogen hat sich sowohl im klinischen Bereich zur Beurteilung des Schweregrades einer Depression als auch als Forschungsinstrument in der psychosomatischen Medizin auf breiter Basis etabliert.

2.4 Statistische Auswertungsverfahren

Bei der statistischen Auswertung der Erfolgsmaße orientierten wir uns an den von Schulte (1993), Rudolf (1993) und Grawe et al. (1994) vorgeschlagenen Standards zur Veränderungsmessung in der Psychotherapieforschung. Als ein klinisch praktisches Ergebnismaß erfaßten wir die Veränderungen indirekt durch einen Prä-Post-Vergleich. Die Bedeutsamkeit dieser Unterschiede wurde als statistische Signifikanz mittels Varianzanalysen mit Meßwiederholung überprüft. Außerdem wurden Effektstärken der einzelnen BSS-K-Skalen, berechnet als Mittelwertedifferenz der Prä-Post-Vergleiche dividiert durch die Standardabweichungen der Ausgangswerte, bestimmt (Grawe u. Braun 1994). Es blieb nun noch zu klären, inwieweit durch die Reduktion der Symptomatik eine Annäherung an die Norm erreicht wurde. Um diese Zusammenhänge beschreibbar zu machen, wurde das Konzept der klinischen Signifikanz (Jacobson u. Revenstorf 1988) angewendet. Mit Hilfe dieses Maßes ist es möglich, bezogen auf eine unauffällige Normgruppe von Kindern, Werte anzugeben, die Fälle im Normbereich kennzeichnen. Für alle Bereiche des BSS-K wurden so über die Verteilung einer klinisch unauffälligen Gruppe und der Behandlungsgruppe kritische Werte bestimmt (Fahrig et al. 1996). Um schließlich zu ermitteln, welche und wieviele Kinder eine günstige Veränderung aufweisen, wurde der Reliable-Change-Index (RC) nach Jacobson et al. (1984) in Modifikation von Christensen und Mendoza (1986) berechnet. Dieses Kriterium liefert unter Berücksichtigung der Reliabilität des Meßinstruments eine kritische Differenz, bei der von einer tatsächlichen, d.h. reliablen Veränderung auszugehen ist. Zusammenfassend kann man also sagen, daß das Ausmaß von Veränderungen einer Gruppe durch Effektstärken abgebildet werden kann, während durch den Reliable-Change-Index (RC) ermittelt wird, welche und wieviele Kinder eine klinisch bedeutsame Veränderung während einer Psychotherapie erfahren. Das Konzept der klinischen Signifikanz dagegen zeigt auf, wieviele der Patienten nach der Behandlung als unauffällig gelten können.

3 Ergebnisse

3.1 Globale Beurteilung des Therapieerfolgs

In einem ersten Auswertungsschritt wurde die globale fünfstufige Einschätzung des Therapieerfolgs zu Therapieende und zum Katamnesezeitpunkt miteinander verglichen (s. Abb. 1). Der prozentuale Anteil der Patienten, bei denen eine Beseitigung der Symptomatik beobachtet werden konnte, blieb vom Zeitpunkt des Therapieendes bis zum Katamnesezeitpunkt unverändert. Im Gegensatz dazu nahm jedoch der Anteil der Kinder, deren Symptomatik sich sehr verbessert hatte, während des Katamnesezeitraumes zu, der Anteil der Kinder in der Kategorie „leicht verbessert“ sank dagegen deutlich. Leicht zugenommen hatte auch der Anteil bezüglich ihrer Symptomatik unverändert gebliebener Kinder.

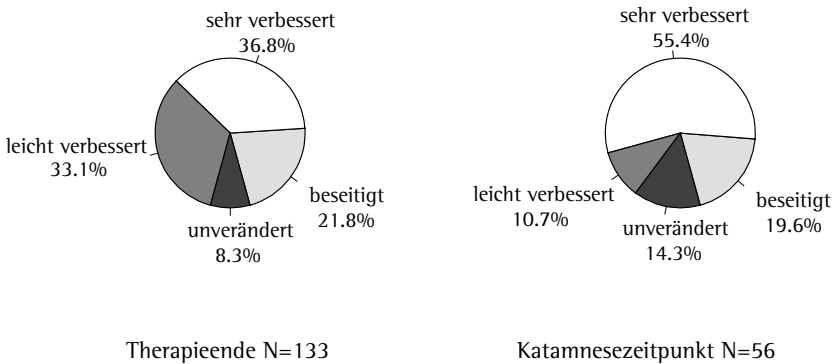


Abb. 1: Globale Therapieerfolgseinschätzung zu Therapieende und zum Katamnesezeitpunkt

3.2 Erneute Inanspruchnahme von Psychotherapie

Weiter untersuchten wir, wieviele Kinder nach Therapieende im Katamneseintervall eine weitere psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nahmen. Lediglich bei drei Kindern (7,0%) der Katamnesestichprobe wurde eine erneute psychotherapeutische Behandlung durchgeführt.

3.3 Ergebnisse zum Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS-K)

Als zentrales Evaluationsinstrument der Heidelberger Studie diente der Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche (BSS-K). Für alle BSS-K-Skalen und den BSS-K-Gesamtwert ergaben sich hochsignifikante Veränderungen zwischen Therapiebeginn und Therapieende (s. Tab. 2). Mit Ausnahme der Skalen der Sozial-kommunikativen Beeinträchtigung mit den Freunden (BSS-K-3c) und der Beeinträchti-

gung im Leistungsbereich (BSS-K-4) zeigten alle Skalen zum Katamnesezeitpunkt einen niedrigeren Beeinträchtigungswert als zu Therapieende. Dennoch ergab sich nur in einer einzigen Skala, der Sozial-kommunikativen Beeinträchtigung mit den Eltern (BSS-K-3a), eine signifikante Reduktion im Katamnesezeitraum. Das bedeutet, daß die BSS-K-Werte über den Katamnesezeitpunkt weitgehend stabil bleiben. Lediglich die Sozial-kommunikative Beeinträchtigung mit den Eltern zeigte im Katamnesezeitraum noch eine signifikante Verbesserung.

Tab.2: Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS-K) zu Therapiebeginn, Therapieende (N= 133) und zum Katamnesezeitpunkt (N=56)

BSS-K Skala	Therapie- beginn		Therapie- ende		Katamnese (T3)		T1 – T2		T1 – T3		T2 – T3	
	(T1)		(T2)		(T3)		F		F		F	
	M	SD	M	SD	M	SD	F	F	F	F	F	F
BSS-K-1												
Psychische Beeinträchtigung	2,65	0,79	1,29	0,95	1,04	0,97	333,9**	103,1**	0,71ns			
BSS-K-2												
Körperliche Beeinträchtigung	1,15	1,15	0,47	0,86	0,43	0,74	72,9**	29,9**	0,08ns			
BSS-K-3A												
Sozial-kommunikative Beein- trächtigung mit den Eltern	2,33	0,97	1,21	0,85	0,79	1,08	219,1**	62,5**	4,95*			
BSS-K-3B												
Sozial-kommunikative Beeinträchtigung mit den Geschwistern	1,64	1,18	1,21	0,85	0,87	1,45	118,7**	10,67**	0,03ns			
BSS-K-3C												
Sozial-kommunikative Beein- trächtigung mit den Freunden	1,92	1,20	0,79	0,90	0,91	0,92	170,04**	22,16**	1,28ns			
BSS-K-4												
Beeinträchtigung im Leistungsbereich	1,69	1,23	0,79	0,90	0,91	1,08	93,3**	8,94**	0,96ns			
BSS-K Gesamtwert	11,0	3,79	5,05	3,46	4,77	4,32	483,43**	80,73**	0,07ns			

Anmerkungen: ns: nicht signifikant, *: $p \leq 0,05$, **: $p \leq 0,01$

Weiter wurden für die einzelnen BSS-K-Skalen Effektstärken berechnet. Dabei zeigte sich für den BSS-K-Gesamtwert eine leichte Steigerung der Effektstärke von 1,57 auf 1,72 (s. Tab. 3). Insgesamt jedoch blieben die Effektstärken für die einzelnen BSS-K-Skalen weitgehend stabil. Als ein weiteres Erfolgskriterium dienten die Besserungsraten im Sinne der klinischen Signifikanz (s. Tab. 3). Mit einer Rate von 84% klinisch signifikant verbesserter Behandlungsfälle ergab sich, daß die Besserungsquote im Vergleich zu Therapieende nahezu stabil blieb.

Als einen weiteren Aspekt untersuchten wir, in wievielen BSS-K-Skalen die Kinder eine klinisch auffällige Abweichung zeigten (s. Tab. 4). Hier ergab sich eine leichte Verschiebung für die Gruppe mit bis zu drei auffälligen Merkmalen, während die Gruppe mit vier und mehr auffälligen BSS-K-Merkmalen nahezu unverändert blieben. Zu Therapiebeginn lagen alle Kinder auf mindestens einer BSS-K-Skala im auffälligen Bereich, während zu Therapieende 41% und zum Katamnesezeitpunkt 45% der behandelten Kinder in allen BSS-K-Skalen unauffällig waren.

Tab. 3: Effektstärken und Besserungsraten im Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS-K) zu Therapiebeginn (T1), Therapieende (T2)(N=133) und zum Katamnesezeitpunkt (T3)(N=56)

BSS-K Skala	Effekt-	Effekt-	Effekt-	Besserungs-	Besserungs-
	stärke	stärke	stärke	raten in %*	raten in %*
	T1-T2	T2-T3	T1-T3	T1-T2	T1-T3
BSS-K-1					
Psychische Beeinträchtigung	1,72	0,27	1,88	69,2	71,4
BSS-K-2					
Körperliche Beeinträchtigung	0,59	0,11	0,81	67,7	70,4
BSS-K-3A					
Sozial-kommunikative Beeinträchtigung mit den Eltern	1,16	0,47	1,59	69,2	74,5
BSS-K-3B					
Sozial-kommunikative Beeinträchtigung mit Geschwistern	0,70	-0,01	0,64	84,2	72,7
BSS-K-3C					
Sozial-kommunikative Beeinträchtigung mit Freunden	0,94	-0,04	1,08	79,7	75,0
BSS-K-4					
Beeinträchtigung im Leistungsbereich	0,73	0,00	0,79	48,9	49,1
BSS-K Gesamtwert	1,57	0,15	1,72	84,7	83,9

Anmerkungen: *Besserungsraten nach klinischer Signifikanz

Tab. 4: Verbesserung in den Dimensionen des Beeinträchtigungsschwere-Scores (BSS-K)

BSS-K Skalen	Anzahl auffälliger BSS-K-Merkmale						
	0	1	2	3	4	5	6
Anzahl abweichender Merkmale zu Therapiebeginn in %	0,0	2,3	11,3	15,0	26,3	26,3	18,8
Anzahl abweichender Merkmale zu Therapieende in %	40,6	20,3	8,3	16,5	6,0	5,3	3,0
Anzahl abweichender Merkmale zum Katamnesezeitpunkt in %	44,6	23,2	12,5	8,9	3,6	5,4	1,8

3.4 Die Sicht der Eltern und der Kinder

Ein weiteres Ziel der Untersuchung war es, den Therapieerfolg nicht nur aus der Sicht der Experten, sondern auch aus der Sicht der Eltern und der behandelten Kinder selbst zu bestimmen. Zur Einschätzung des Therapieerfolges aus der Elternsicht wurde die Child-Behavior-Check-List (CBCL) eingesetzt (s. Abb. 3). Es zeigte sich, daß zum Katamnesezeitpunkt noch 21% der Kinder einen auffälligen Gesamtwert aufwiesen. Der prozentuale Anteil der Auffälligkeiten im Bereich der internalen Störungen war etwas höher als der im Bereich der externalen Störungen.

Als nächstes wurde überprüft, ob Eltern und Experten jeweils dieselben Kinder den Kategorien „unauffällig“ bzw. „auffällig“ zugeordnet hatten. Die Einschätzungen von Eltern und Experten stimmten weitgehend überein. Hierbei ergab sich in 80% der Behandlungsfälle eine übereinstimmende Beurteilung zwischen Eltern und Experten.

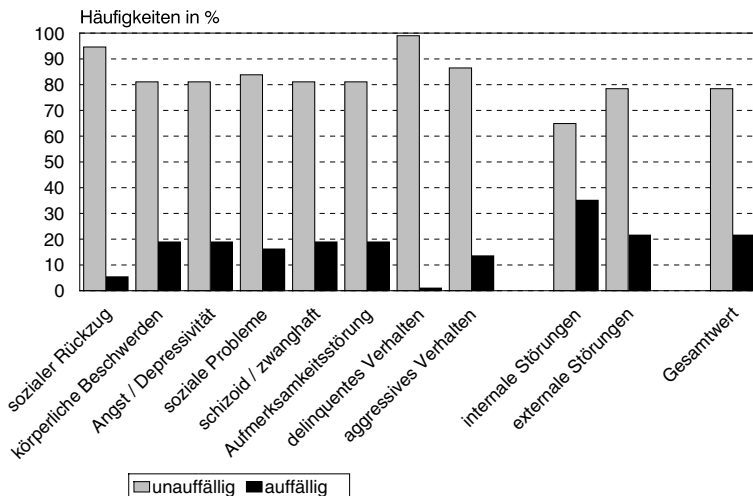


Abb. 2: Anteil der durch die Eltern als auffällig eingeschätzten Kinder in der Child Behavior Checklist (CBCL) zum Katamnesezeitpunkt

In einem weiteren Schritt wurden die berichteten Einschätzungen der Kinder bezüglich ihres psychischen Wohlbefindens analysiert. Dazu wurde die Depressivität, erfaßt mit dem Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ), und körperliche Beschwerden, erfaßt mit dem Gießener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche (GKB), untersucht. Keines der Kinder der Katamnesezeitprobe zeigte im Vergleich zur Normzeitprobe einen auffälligen Summenwert im DIKJ. Entsprechend ergaben sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen der Katamnesezeitprobe und der Normzeitprobe im GKB-Gesamtwert („Beschwerdedruck“). Die Kinder beschrieben sich demnach selber als noch unauffälliger als sie von den Eltern und den Experten beurteilt wurden.

4 Diskussion

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, das Behandlungsergebnis analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, der im retrospektiven Teil der Heidelberger Studie ermittelt werden konnte, im Rahmen einer prospektiv geplanten Katamneseuntersuchung zu bewerten und die Stabilität des Behandlungserfolgs zu überprüfen. Die Einschätzung der Stabilität des Behandlungserfolgs wurde dabei aus mehreren Perspektiven vorgenommen.

In der globalen Beurteilung des Therapieerfolgs zeigte sich eine weitgehende Stabilität mit einer Tendenz zur leichten Verbesserung des Behandlungserfolgs. Der Anteil leichter Verbesserungen nahm zugunsten des Anteils deutlicher Verbesserungen ab. Demgegenüber blieb der Anteil der Kinder, bei denen nach Behandlungsende eine Beseitigung der Symptomatik erreicht wurde, zum Katamnesezeitpunkt konstant. Das gleiche galt für Kinder mit ungenügendem Behandlungserfolg. Dieses Ergebnis zeigt, daß Kinder, bei denen die Symptomatik bei Behandlungsende noch nicht ganz remittiert war, nur eine geringe Chance haben, daß sich diese zu einem späteren Zeitpunkt noch völlig zurückbildet. Hier stellen sich Fragen nach dem Zusammenhang von Therapiedauer und -aufwand, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung aber nicht zu beantworten sind. Diese Ergebnisse sprechen dafür, daß sich schon während der Therapie begonnene Verbesserungen auch nach Therapieende weiter positiv entwickeln. In der Therapie angestoßene Entwicklungen wirken auch nach Behandlungsende weiter.

Diese Sicht wurde auch durch die globale Erfassung der Symptomatik und den Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder (BSS-K) gestützt. Insgesamt ergab sich bei Betrachtung der Gesamtbeeinträchtigung keine signifikante Verbesserung im Katamnesezeitraum. Allerdings zeigte sich nach Behandlungsende ein differentieller Effekt, da sich die Auffälligkeiten im Bereich der Sozialkommunikativen Beeinträchtigung mit den Eltern auch im Katamnesezeitraum noch weiter signifikant verringerten. Die Ursache könnte darin liegen, daß der Elternarbeit im Rahmen der Behandlung eine große Bedeutung zukommt. Diese Veränderungen im Familiensystem weisen jedoch eine längere Latenzzeit auf.

Die Effektstärke sowie die Besserungsraten nach dem Kriterium der klinischen Signifikanz blieben im Katamnesezeitraum mit 70-80% weitgehend stabil. Dennoch zeigte

sich, daß die Anzahl der abweichenden Merkmale in den einzelnen BSS-K-Dimensionen abnahmen. Fast die Hälfte der Kinder wies zum Katamnesezeitpunkt überhaupt keine Beeinträchtigungen mehr bezüglich der BSS-K-Dimensionen auf. Dennoch blieb der Anteil von Kindern mit vier und mehr auffälligen BSS-K-Merkmalen mit über 10% im Vergleich zu Behandlungsende relativ stabil. Diese Gruppe kann als die eigentliche Problemgruppe gelten, und es wäre hier von besonderer Bedeutung, diese ungünstigen Behandlungsverläufe genauer zu untersuchen. Eine besondere Rolle für diese ungünstigen Behandlungsverläufe spielt ein Therapieabbruch innerhalb der ersten 30 Behandlungsstunden (Fahrig 1995). Nach Dührssen (1964) verlaufen Therapien, die nicht abgebrochen werden mit hoher Wahrscheinlichkeit erfolgreich.

Neben diesen Experteneinschätzungen konnte im Rahmen der Katamnese studie auch die Einschätzung durch die Eltern berücksichtigt werden. So kamen die Eltern im Vergleich mit den Experten zu einer fast identischen Einschätzung, bei der ein Fünftel der Kinder weiter als auffällig beurteilt wurden. Bei diesen Kindern handelte es sich weitgehend um dieselben Kinder wie bei den Experten. Abweichend davon berichteten die Kinder selbst jedoch weder über eine klinisch auffällige Symptomatik bezüglich psychischer oder körperlicher Beschwerden. Dies kann als Tendenz von Kindern verstanden werden, ihren Selbstwert durch das Nicht-Benennen von Schwierigkeiten bis zum Alter der Pubertät zu schützen.

Die vorliegende Untersuchung weist aufgrund methodischer Probleme einige Einschränkungen bezüglich der Interpretation der Ergebnisse auf. Die Ergebnisse beruhen auf Daten, die aus zeitlich unterschiedlichen Perspektiven erhoben wurden, nämlich zum einen aus einer retrospektiven, und zum anderen aus einer prospektiven Perspektive. Hierbei können Verzerrungen in der Beurteilung entstehen. Weiter wurden die Perspektiven der Eltern und der Kinder nur zum Zeitpunkt der Katamnese erhoben, wodurch kein direkter Prä-Post-Vergleich möglich war. Ein weiteres Problem sind etwaige Selektionseffekte, die bei der Auswahl geeigneter Kinder für die langzeitanalytische Behandlung entstanden und einen Einfluß auf die günstigen Ergebnisse dieser Studie gehabt haben könnten. Fraglich ist auch, inwieweit Verbesserungen im Katamnesezeitraum tatsächlich auf die Therapie zurückgeführt werden können. Der lange Katamnesezeitraum führte zu einer deutlichen Reduktion der Stichprobengröße. Dennoch lag im Rahmen einer Drop-out-Analyse kein Anhalt für systematische Verzerrungseffekte vor.

Unter einer klinischen Perspektive läßt sich aus den dargestellten Ergebnissen folgern, daß auch nach Beendigung der Behandlung eine Verbesserung der Symptomatik durchaus möglich ist, seltener aber kommt es zu einer völligen Beseitigung der Symptomatik, wenn diese zu Behandlungsende noch nicht völlig remittiert war. Für die weitere Forschung steht die Replikation der vorliegenden Studie in einem rein prospektiven und multiperspektivischen Design an. Weiter wäre die Untersuchung der Effekte im Hinblick auf eine differentielle Indikation interessant. Insgesamt konnten mit der vorliegenden prospektiv angelegten Katamneseuntersuchung die guten Therapieergebnisse bestätigt werden, die bereits im Rahmen einer retrospektiven Studie bei analytischer Langzeitbehandlung nachgewiesen werden konnten. Weiter zeigte sich, daß sich diese günstigen Behandlungsergebnisse auch bei der Betrachtung unterschiedlicher Beurteilungsperspektiven weiter untermauern lassen.

Literatur

- Achenbach, Th.M.; Edelbrock, C.S. (1983): Manual for the Child Behavior Check List and Child Behavior Profile. VT: Child Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, Th.M.; Edelbrock, C.S. (1986): Manual for the the teachers report form and teacher version of the Child Behavior Profile. VT: Child Psychiatry, University of Vermont.
- Beck, A.T. (1987): Beck-Depression-Inventory: BDI. Center for Cognitive Therapy.
- Brähler, E. (1992): Gießener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche (GBB-KJ). Bern: Huber.
- Casey, R.J.; Berman, J.S. (1985): The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin* 98: 388-400.
- Christensen, L.; Mendoza, L.J. (1986): A method of assessing change in a single subject: An alteration of the RC Index. *Behavior Therapy* 17: 305-308.
- Döpfner, M.; Melchers, P.; Fegert, J.; Lehmkuhl, U.; Schmeck, K.; Steinhausen, H.-C.; Poustka, F. (1994): Deutschsprachige Konsensusversionen der Child Behavior Check List (CBCL 4-18), der Teacher Report Form (TRF) und der Youth Self Report Form (YSR). *Kindheit und Entwicklung* 4: 54-59.
- Dührssen, A. (1964): Katamnestiche Untersuchung bei 150 Kindern und Jugendlichen nach analytischer Psychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 7: 241-255.
- Fährig, H. (1995): Therapieabbruch bei analytischer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 23, Suppl. 1, 45.
- Fährig, H.; Kronmüller, K.-T.; Hartmann, M.; Rudolf, G. (1996): Therapieerfolg analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 42: 375-395.
- Fonagy, P.; Moran, G.S. (1990): Studies on the efficacy of child psychoanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 684-695.
- Fonagy, P.; Moran, G.S. (1991): Zum Verständnis psychischer Veränderung in der Kinderanalyse. *Zeitschrift für Psychoanalytische Theorie und Praxis. Sonderausgabe.* 32-44.
- Fonagy, P.; Target, M. (1994 a): The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 33: 45-55.
- Fonagy, P.; Target, M. (1994 b): Predictors of outcome in child psychoanalysis: A retrospective study of 763 cases at the Anna Freud centre. *Journal of The American Psychoanalytic Association* 44: 27-77.
- Grawe, K.; Braun, U. (1994): Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 23: 242-267.
- Grawe, K.; Donati, R.; Bernauer, F. (1994): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession.* Göttingen: Hogrefe.
- Heekerens, H.-P. (1992): Zur Zukunft der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *Report Psychologie* 17(4): 8-17.
- Heinicke, C.M.; Ramsey-Klee, D.M. (1986): Outcome of child psychotherapy as a function of frequency of session. *Journal of the American Academy of Child Psychotherapy* 25(2): 247-253.
- Hirschmüller, B.; Hopf, H.; Munz, D.; Szewkies, J. (1997): Dauer und Frequenz analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. *VAKJP-Schriftenreihe, Bd. 5.*
- Jacobson, N.S.; Follette, W.C.; Revenstorf, D. (1984): Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy* 15: 336-352.
- Jacobson, N.S.; Revenstorf, D. (1988): Statistics for assessing the clinical significance of psychotherapy techniques: Issues, problems, and new developments. *Behavioral-Assessment* 10(2): 133-145.
- Kazdin, A.E. (1991): Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59: 785-798.
- Kazdin, A.E. (1994): Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Aktueller Stand, Fortschritte und zukünftige Entwicklungen. *Psychotherapeut* 39: 345-352.
- Kleining, G.; Moore, H. (1968): Soziale Selbsteinschätzung. *Kölnner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 20: 502-552.
- Kronmüller, K.-T.; Hartmann, M. (1997): Psychoanalytische Therapieforchung bei Kindern und Jugendlichen. In: Mandl, H. (Hg.): Bericht über den 40. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in München 1996. Göttingen: Hogrefe, S. 277-283.

- Lehmkuhl, G.; Lehmkuhl, U. (1982): Stationäre Gruppenpsychotherapie bei Jugendlichen im Spiegel von Selbst- und Fremdbeurteilung und Behandlungserfolg. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 10: 216-229.
- Remschmidt, H. (1993): Klinische Psychologie des Kindes- und Jugendalters. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 22: 95-99.
- Remschmidt, H.; Schmidt, M.H. (1994): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Huber.
- Rudolf, G. (1993): Ergebnisforschung in der Psychoanalyse. Eine dringende Notwendigkeit. *Psychoanalyse im Widerspruch* 4: 85-91.
- Schepank, H. (1995): Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS). Ein Instrument zur Bestimmung einer psychogenen Erkrankung. Göttingen: Beltz Test Gesellschaft, Hogrefe Verlag.
- Schulte, D. (1993): Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 22: 374-393.
- Smyrnios, 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(6): 1020-1027.
- Steinhausen, H.-C. (1994): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. München: Urban & Schwarzenberg.
- Stiensmeier-Pelster, J.; Schürmann, M.; Duda, K. (1989): Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ): Fragebogen und Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Szapocznik, J.; Kurtines, M.W.; Santisteban, W.; Rio, A. (1990): Interplay of advances between theory, and application in treatment interventions aimed at behavior problem children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 696-703.
- Szapocznik, J.; Rio, A.; Murray, E.; Cohen R.; Scopetta, M.; Rivas-Vazquez, A.; Hervis, O.; Posada, V.; Kurtines, W. (1989): Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57(5): 571-578.
- Target, M.; Fonagy, P. (1994 a): The efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 33: 361-371.
- Target, M.; Fonagy, P. (1994 b): The efficacy of psychoanalysis for children: Prediction for outcome in a developmental context. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 33: 1134-1144.
- 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 of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin* 117(3): 450-468.
- Weisz, J.R.; Weiss, M.D.; Alicke, M.D.; Klotz, M.L. (1987): Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: Meta-analytic findings for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 542-549.

Anschrift der Verfasser/-innen: Dr. med. Klaus Winkelmann, Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie, Posseltstr. 2, 69120 Heidelberg.