

I Einleitung

Franz Resch • Michael Schulte-Markwort

Psychotherapie ist Hilfe zur Selbsthilfe für eine Rat suchende Person. Sie bringt durch gezielte intersubjektive Wechselwirkung im spezifischen Setting mit Hilfe von Sprache und nonverbaler Kommunikation, Veränderungspotentiale zur Entwicklung. Psychotherapie beruht auf einer Übereinkunft – sie hat einen Anfang und ein Ende. Psychotherapie verändert Erlebnisweisen, Grundstimmung und Handlungsrepertoire durch Veränderung von Einstellungen, Erfahrungen und Verhaltensformen. Die Beeinflussung des Klienten/Patienten erfolgt nicht primär physisch oder materiell (wie durch medizinische oder pharmakologische Maßnahmen), sondern mit psychologischen Mitteln. Psychotherapie wirkt – sie hat auch Nebenwirkungen und birgt Gefahren, die besonders zu beachten sind. Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen hat darüber hinaus noch besonders zu berücksichtigen, dass sie eine Behandlungsform für Schutzbefohlene darstellt, die oft die Tragweite ihrer eigenen Störung und die Notwendigkeit deren Behebung nicht in allen Dimensionen zu erkennen vermögen – und doch im Therapieprozess durch Neugier und Bindungsfaktoren sich einzulassen gewillt sind.

Daher gelten für alle Psychotherapiearten und -schulen die allgemeinen ethischen Voraussetzungen für Psychotherapie – die von uns in Leitlinien einer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen zusammengefasst wurden (s. Kap. 2). Eine der Voraussetzungen für ethisches Handeln besteht in der prinzipiellen Überprüfbarkeit der therapeutischen Maßnahmen. Auch die theoretischen Grundlagen des eigenen Handelns müssen immer wieder reflektiert werden. Psychotherapie muss sich darüber hinaus einer empirischen Wirkungsüberprüfung unterziehen, wenn sie im Kanon mit anderen Therapieverfahren ihren notwendigen Platz auch unter ökonomischen Druck behaupten will. Ein empirischer Wirkungsnachweis für spezifische Interventionen konnte bis heute bei Kindern und Jugendlichen nur von wenigen Therapieverfahren erbracht werden! Die Forschungsanstrengungen dürfen nicht nachlassen. Methodische Standards für empirische Psychotherapieforschung verbessern sich laufend und bilden eine Grundforderung an verallgemeinerbare Befunde.

Psychotherapie soll auch in Zukunft einen zentralen Stellenwert in der Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen besitzen – um deren Entwicklungschancen zu optimieren und brach liegende Ressourcen zu aktivieren. Psychotherapie verkörpert nicht nur ein Bündel von wirksamen

Maßnahmen, sondern vertritt auch eine besondere Haltung gegenüber Kindern und Jugendlichen – ein Menschenbild, das durch Respekt und Dialog gekennzeichnet ist. Der Psychotherapeut ist nicht nur Helfer oder Wissenschaftler, sondern auch Bezugsperson und Vertrauensträger. Um dieses Vertrauen zu rechtfertigen, muss der Therapeut sein persönliches Handeln nicht nur permanent technisch professionalisieren, sondern auch immer wieder anhand von Gesellschaftsbeobachtung und Selbstreflexion überprüfen. Der Mensch ist ein Wesen mit Natur und Geschichte – dieser zweifachen Wurzel seines Seins muss jede Form der Psychotherapie Rechnung tragen.

Die folgende Synopsis unterschiedlicher Psychotherapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen soll verdeutlichen, wie viel Gemeinsamkeit bei aller Differenzierung im Zugang zu Kindern und Jugendlichen erkennbar wird. Diese Grundlinie lässt sich am besten als eine Entwicklungsorientierung fassbar machen. Psychische Störungen sind Entwicklungshemmungen oder – oft lebensgeschichtlich bezogene – Fehl- und Umwege, Kompensationen oder Erschöpfungen, die das Ergebnis einer Wechselwirkung angeborener Bereitschaften mit Lebensereignissen und Entwicklungsaufgaben darstellen. Darüber hinaus sind beim Kind nicht selten Talente und Fähigkeiten unentfaltet geblieben – liegen brach und harren einer Erweckung. Wer sehr beeindruckbar ist muss sich ausdrücken lernen – in Sprache, Musik, Kunst und Bewegung. Die Fähigkeit zur Symbolisierung des eigenen Seins ist schon ein erster Schritt zu dessen Veränderung.

Eine hervorragende Zusammenarbeit mit dem Verlag Beltz PVU und die besondere Unterstützung durch Frau Dr. Heike Berger und Frau Karin Ohms haben die Herausgabe dieses Buches ermöglicht. Die Artikel stammen allesamt aus dem Kapitel „Aktuelle Entwicklungen der Therapieschulen“ der bisherigen Kursbücher für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Sie wurden neu redigiert und durch die Leitlinie für die Grundlagen der Psychotherapie im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ergänzt. Eine beispielhafte Zusammenschau unterschiedlicher Psychotherapieansätze wird dem Leser dadurch unmittelbar zugänglich. Wir danken dem Team des Verlags, allen Autoren und unterstützenden Kollegen herzlich für ihr Engagement. Von den Lesern wünschen wir uns – nach eingehender und hoffentlich interessanter Lektüre – Anregungen und Kritik.

Heidelberg/Hamburg im Januar 2008

Franz Resch &
Michael Schulte-Markwort

3 **Kinderverhaltenstherapie**

Manfred Döpfner

Die Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie ist mittlerweile zu einem unüberschaubaren Konglomerat aus verschiedenen Therapiemethoden geworden, die längst nicht mehr einer einheitlichen Theorie folgen. Aktuelle Trends in diesem Bereich zu beschreiben kann daher nur bedeuten, eine sehr subjektive Auswahl aus der Vielzahl der aktuellen Entwicklungen zu treffen. Zwei Trends in der Verhaltenstherapie sollen daher kurz skizziert werden:

- (1) die Herausarbeitung von evidenzbasierten Interventionen für einzelne Störungsbilder und die Entwicklung von Leitlinien zur Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen
- (2) beispielhafte Entwicklungen in der Therapieprozessforschung, aufgezeigt an empirischen Analysen zu den Wirkkomponenten in der Traumatherapie und bei Elterntrainings mit aggressiv-dissozialen Störungen.

I Evidenzbasierte Intervention

In den 1980er und 1990er Jahren wurden international mehrere Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Kinderpsychotherapie vorgelegt (Casey & Berman, 1985; Weisz et al., 1987, 1995; Kazdin et al., 1990). Sie beschäftigten sich hauptsächlich mit verhaltenstherapeutischen Interventionen, weil diese am häufigsten untersucht wurden – mindestens drei Viertel der Studien stammen aus dem kognitiv-behavioralen Spektrum (Kazdin et al., 1990). Beelmann und Schneider (2003) haben jüngst eine Meta-Analyse deutschsprachiger Studien zur Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie veröffentlicht. Aus diesen Analysen lassen sich global für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mehrere Schlussfolgerungen ziehen (vgl. Döpfner, 1999; Döpfner & Lehmkuhl, 2002; Döpfner, 2003):

- ▶ Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen ist wirkungsvoll. Folgt man der Einteilung der Effektstärken (ES) von Cohen (1977), dann liegen die ermittelten Effektstärken mit rund 0.80 an der Grenze von mittleren zu starken Effekten. Eine Effektstärke von 0.80 besagt, dass die behandelten Patienten im Durchschnitt weniger auffällig sind als 79 % der Patienten aus der unbehandelten Kontrollgruppe.
- ▶ Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist ähnlich wirkungsvoll, wie die Psychotherapie mit Erwachsenen. Vergleicht man diese Werte mit den Er-

gebnissen von Meta-Analysen über Psychotherapie bei Erwachsenen, so lässt sich global feststellen, dass die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen ebenso wirkungsvoll ist, wie die Erwachsenenpsychotherapie.

- ▶ Therapieeffekte sind relativ stabil. Über einen Zeitraum von durchschnittlich sechs Monaten bleiben die Effekte stabil. Dies gilt natürlich nur für jene Studien, die überhaupt die Stabilität der Effekte untersuchten.
- ▶ Therapieeffekte sind spezifisch. Bei jenen Problemen, deren Veränderung Hauptziel der Behandlungen war, sind die Effekte etwa doppelt so hoch wie bei anderen Problemen, auf die sich die Therapie nicht fokussierte.
- ▶ Durch kognitiv-behaviorale Verfahren lassen sich mittlere bis starke Effekte erzielen, während durch nicht-behaviorale Methoden geringe bis mittlere Ef-

Tabelle 3.1. Kriterien für eine Bewertung des Grades der empirischen Bewährung (nach Chambless & Hollan, 1998)

empirisch gut bewährte Intervention	vermutlich effektive Intervention
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Die Intervention hat 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. ▶ Anstatt Kontrollgruppen-Studien werden auch große Serien von Einzelfallstudien mit guten experimentellem Design zugelassen, wenn sie die Intervention mit einer Alternativbehandlung vergleichen. ▶ Die Interventionen müssen 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. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Die Intervention hat sich in zwei Studien gegenüber einer nicht behandelten Kontrollgruppe (z.B. Warteliste-Kontrollgruppe) als überlegen erwiesen. ▶ Anstatt Kontrollgruppen-Studien werden auch kleine Serien von Einzelfallstudien mit guten experimentellem Design zugelassen. ▶ Eine Intervention wird 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.

fekte belegt werden können. Lediglich Beelmann und Schneider (2003) fanden in ihrer Analyse deutschsprachiger Studien zwischen behavioralen und non-behavioralen Verfahren keinen signifikanten Unterschied, wobei zu berücksichtigen ist, dass non-behaviorale Verfahren nur in wenigen Studien geprüft wurden.

Allerdings können Meta-Analysen allein nicht die Frage beantworten, welche spezifischen Interventionen für einzelne Störungsbilder sich empirisch bewährt haben. Hilfreicher hierfür sind die von einer Arbeitsgruppe der American Psychological Association entwickelten Kriterien für evidenzbasierte Interventionen (Empirically Supported Treatments, EST), nach denen die einzelnen Interventionen bewertet werden können (Chambless & Hollon, 1998; s. Tab. 3.1).

Internale Störungen

Tabelle 3.2 fasst die Ergebnisse mehrerer Übersichtsarbeiten zu empirisch begründeten Interventionen für internale Störungen auf der Basis der genannten Kriterien zusammen. Sie weist auf deutschsprachige Therapieprogramme hin, die im Wesentlichen diese Interventionen umsetzen, wenngleich es sich hier meist nicht um 1:1-Umsetzungen der geprüften Programme handelt.

Depression. Zur Behandlung von Depression im Kindes- und Jugendalter liegen im angloamerikanischen Sprachraum mittlerweile mehrere kognitiv-behaviorale Interventionsprogramme vor, die nach den genannten Kriterien als vermutlich effektiv klassifiziert werden (z.B. Lewinsohn et al., 1990; Stark et al., 1987).

Auch die Interpersonelle Psychotherapie hat sich in einer Studie als wirksam erwiesen (Mufson et al., 1993). Mittlerweile liegen zwei Übersetzungen und Bearbeitungen von international geprüften Manualen vor (Harrington, 2001; Ihle & Herrle, 2003). Weitere auf den international geprüften Methoden beruhende Therapiemanuale sind in Vorbereitung (Rademacher et al., 2002; Döpfner et al., 2004).

! Kernmethoden der Therapieprogramme bei Depression sind Interventionen zur Steigerung angenehmer Aktivitäten, soziale Problemlöse- und Kompetenztrainings zur Verbesserung sozialer Interaktionen, progressive Muskelentspannung zur Reduktion von Anspannungen und kognitive Interventionen zur Änderung depressionsfördernder Kognitionen.

Tabelle 3.2. Empirisch begründete Interventionen für internale Störungen*

Intervention	Evidenzgrad**	Deutschsprachige Programme mit entsprechenden Komponenten
<i>Depression</i>		
Kognitiv-behaviorale Therapie für Kinder	2	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen (Harrington, 2001) ▶ Stimmungsprobleme bewältigen. (Ihle & Herrle, 2003) ▶ SELBST: Therapieprogramm für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen (Döpfner et al., 2004; Band 1: Leistungsstörungen; Walter & Döpfner 2004; s.a. Rademacher et al., 2002)
Kognitiv-behaviorale Therapie für Jugendliche	2	
<i>Phobien/soziale Phobien</i>		
Teilnehmendes Modelllernen	1	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Training mit sozial unsicheren Kindern (Petermann & Petermann, 2000) ▶ Behandlung der sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen (Joormann & Unnewehr, 2002) ▶ THAZ: Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (4 Bände) (Döpfner & Suhr, 2004; Band 1: Leistungsängste; Suhr & Döpfner, 2004)
Verstärkung von Annäherungsverhalten	1	
Klassische systematische Desensibilisierung (in sensu)	2	
In vivo Desensibilisierung	2	
Modelllernen (Live-Modell, Film-Modell)	2	
Kognitiv-behaviorale Intervention mit Selbstinstruktion	2	
<i>Angststörungen (generalisierte Angst, Trennungsangst)</i>		
Kognitiv-behaviorale Intervention nach Kendall	2	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Freunde für Kinder (Barrett et al., 2003) ▶ THAZ: Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (4 Bände) (Döpfner & Suhr, 2004; Bände zu sozialer Angst, Trennungsangst in Vorbereitung)
Kognitiv-behaviorale Intervention nach Kendall mit familienzentrierten Interventionen	2	

* Zusammengestellt nach den Übersichtsarbeiten von Kaslow & Thompson (1998), Ollendick & King (1998), Weisz & Jensen (2001), Hibbs (2001) und Chambless & Ollendick (2001)

** Evidenzgrad: 1 = empirisch gut bewährt, 2 = vermutlich effektiv

Ängste und Phobien. Bei der Behandlung von Phobien können Methoden des teilnehmenden Modelllernens und die Verstärkung von Annährungsverhalten an den gefürchteten Reiz als empirisch gut bewährt eingestuft werden. Beim teilnehmenden Modelllernen geht das Kind gemeinsam mit dem Modell in die gefürchtete Situation. Dieses Verfahren hat sich gegenüber anderen Formen des Modelllernens und der klassischen systematischen Desensibilisierung (in sensu) als wirkungsvoll erwiesen. Bei der Verstärkung von Annährungsverhalten an den gefürchteten Reiz (reinforced practice) wird das Kind dabei bestärkt, die gefürchtete Situation aufzusuchen. Beide empirisch gut bewährten Methoden beinhalten also Exposition als wesentliche Komponente. Weitere Verfahren aus dem Bereich des Modelllernens und der Desensibilisierung sowie umfassende kognitiv-behaviorale Programme werden gegenwärtig als vermutlich effektiv beurteilt. Bei der Behandlung von Angststörungen (generalisierte Angststörungen, Störungen mit Trennungsangst, teilweise auch soziale Phobie) haben sich ebenfalls kognitiv-behaviorale Programme als vermutlich effektiv bewährt. Diese Programme bestehen im Wesentlichen aus einer kognitiven/psychoedukativen Komponente und einer Expositionsbehandlung.

Externale Störungen. Die Ergebnisse von Übersichtsarbeiten zu empirisch begründeten Interventionen für externale Störungen (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen und aggressiv-dissoziale Störungen) sind in Tabelle 3.3 zusammengefasst. Bei der Therapie von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen werden Elterntrainings und behaviorale Interventionen in der Schule als empirisch gut bewährt beurteilt.

Diese Methoden finden auch bei den behavioralen Interventionen in der Schule Anwendung. Im deutschen Sprachraum wurden beide Ansätze evaluiert und haben sich ebenfalls als erfolgreich bewährt (Fröhlich et al., 2002; Döpfner et al. 2004).

! Elterntrainings enthalten im Wesentlichen – neben Psychoedukation –
• Methoden zum Aufbau positiver Eltern-Kind-Interaktionen, Verfahren des Stimulusmanagements (Aufforderungen und Grenzsetzungen) und die Anwendung positiver und negativer Konsequenzen zum Aufbau von erwünschten Verhalten und zur Verminderung von Problemverhalten.