

Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Manfred Döpfner und Gerd Lehmkuhl

Zusammenfassung. Eine Übersicht über die methodischen Probleme und die empirischen Ergebnisse bei der Untersuchung der Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter wird gegeben. Wesentliche Unterschiede zur Erwachsenenpsychotherapie werden herausgearbeitet. Globale Meta-Analysen belegen die Wirksamkeit vor allem kognitiv-behavioraler Verfahren und weisen darauf hin, dass durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Effekte erzielt werden, die mit den Effekten der Erwachsenenpsychotherapie vergleichbar sind. Bei der Behandlung von Depressionen, Phobien und Angststörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen und oppositionellen/aggressiven Störungen sowie von Sauberkeitsstörungen können bestimmte kognitiv-behaviorale Interventionen als evidenzbasiert eingestuft werden. Darauf aufbauend wurden mittlerweile Leitlinien zur Behandlung von einzelnen Störungen entwickelt.

Schlüsselwörter: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Wirksamkeit, evidenzbasierte Interventionen

Efficacy of child and adolescent psychotherapy

Abstract. The article reviews methodological problems and empirical results regarding the efficacy of child and adolescent psychotherapy. Differences compared to psychotherapy in adults are described. Global meta-analyses establish the efficacy primarily of cognitive-behavioural interventions. They show that the effects of child and adolescent psychotherapy are similar to those of psychotherapy in adults. In the treatment of depression, phobias and anxiety disorders, attention deficit/hyperactivity disorders, conduct disorders and elimination disorders certain cognitive-behavioural interventions can be classified as empirically supported treatments. Based on this results guidelines for the treatment of disorders in childhood and adolescence have been developed.

Key words: child and adolescent psychotherapy, effectiveness, empirically supported treatments

Dass Psychotherapieforschung auch im Kindes- und Jugendalter nicht nur ein spannendes, sondern vor allem ein mühsames Geschäft ist, darauf hat Kazdin (1988) in seiner einflussreichen Monographie mit dem Titel „*Child Psychotherapy. Developing and identifying effective treatments*“ hingewiesen und ihn zu einem Rückgriff auf die griechische Mythologie veranlasst: Angesichts der Vielzahl der Interventionstechniken, die es bei den unterschiedlichen Diagnosegruppen mit mehreren relevanten Erfolgsmaßen zu prüfen gilt, müsse man von einer Herkules-Arbeit sprechen, die zum größten Teil noch vor uns liege. Kazdin zählt rund 230 Interventionsmethoden. Bedenkt man dann noch, dass verschiedene Erfolgsmaße allein in einer einzigen Studie zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen führen können, dann kann man Kazdin nur zustimmen, dass Sisyphus wohl der passendere griechische Mythos ist.

Gleichwohl sind die Fortschritte in der Erforschung der Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in den letzten Jahrzehnten beträchtlich, und zwar zumindest in vier Bereichen:

1. In quantitativer Hinsicht lässt sich eine schier unübersehbare Anzahl von Studien konstatieren. Vorsichtige Schätzungen belaufen sich auf mittlerweile etwa 1500 kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Kazdin, 2000).

2. In qualitativer Hinsicht kann eine kontinuierliche Verbesserung der Studien festgestellt werden. Zunehmend mehr Studien nutzen elaborierte Methoden der Effektkontrolle, setzen Behandlungsmanuale ein, um die Behandlungsprozeduren zu operationalisieren, überprüfen die Interventionsdurchführung (treatment integrity), bewerten neben der statistischen Signifikanz von Behandlungseffekten auch ihre klinische Bedeutsamkeit und überprüfen die Stabilität von Effekten.

3. Mithilfe von Kriterien für empirische Evidenz wurden von mehreren Arbeitsgruppen für einzelne Störungen empirisch bewährte und möglicherweise effektive Interventionen identifiziert (Chambless & Ollendick, 2001) für die zumindest im angloamerikanischen, teilweise auch für den deutschen Sprachraum Behandlungsmanuale vorliegen.

4. Vor dem Hintergrund der Wirksamkeitsstudien, der Meta-Analysen und der Evidenzbeurteilungen konnten evidenzbasierte Leitlinien nicht nur zur Diagnostik, sondern auch zur Therapie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter entwickelt werden und dies sowohl im internationalen Bereich (z. B. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997) als auch im Deutschen Sprachraum (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und

Psychotherapie in Deutschland, Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2000), wobei psychologische Fachgesellschaften in Deutschland bislang leider keine Rolle spielen.

Allerdings beteiligen sich die unterschiedlichen klassischen Therapierichtungen nicht gleichermaßen an der empirischen Prüfung ihrer Effektivität. Während für kognitiv-behaviorale Verfahren eine Vielzahl auch methodisch zufriedenstellender Untersuchungen vorliegt, trifft dies für alle anderen Therapierichtungen – für die psychoanalytisch, die psychodynamisch, die non-direktiv und auch die familientherapeutisch orientierten Verfahren nicht zu (vgl. Shapiro, 1989). Wie krass dieses Missverhältnis ist, zeigt die von Kazdin, Bass, Ayres und Rodgers (1990) publizierte Meta-Analyse von 223 Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, die zwischen 1970 und 1989 veröffentlicht wurden. Danach stammen dreiviertel der Studien aus dem kognitiv-behavioralen Spektrum, während alle anderen Therapieformen fast durchweg jeweils deutlich unter 5 % liegen.

Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen unterscheidet sich von Psychotherapie mit Erwachsenen auf vielfältige Weise; zwei Punkte sind in diesem Kontext besonders wichtig:

- Neben den patientenzentrierten, den auf das Kind oder den Jugendlichen abgestimmten Behandlungsformen, spielen eltern- und familienzentrierte sowie kindergarten- bzw. schulzentrierte Interventionen eine bedeutsame Rolle, die auch in systembezogenen Maßnahmen eingebettet sind (psychosoziales Management beispielsweise zu Fragen der Beschulung, Hilfen für Familien usw.). Mitunter sind sie sogar wichtiger als die patientenzentrierten Maßnahmen. Häufig wird aber eine Kombination von Methoden im Rahmen von multimodalen Therapieformen als notwendig erachtet (Döpfner, 1997). So haben sich beispielsweise bei der Behandlung von kindlichen Angst- und Zwangsstörungen die in der Erwachsenentherapie bekannten Expositionsbehandlungen als durchaus wirkungsvoll erwiesen, doch sind häufig auch Interventionen auf operanter Grundlage unter Einbeziehung der Eltern oder Lehrer (Verstärkungstechniken) nötig, um stabile Effekte zu erzielen; mitunter sind diese Interventionen alleine auch schon ausreichend (vgl. Döpfner, 2000).
- Obwohl die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie lediglich ein Altersspektrum von 18 bzw. maximal 21 Jahren abdeckt, sind die Veränderungen in dieser Altersspanne beträchtlicher als in jeder andern Lebensphase. Daher kommt dem entwicklungspsychologischen und entwicklungspsychopathologischen Aspekt gerade in der Therapieforschung eine nicht zu unterschätzende Rolle zu – nicht nur die psychischen Probleme, auch die therapeutischen Interventionen ändern sich zwangsläufig mit dem Alter der zu behandelnden Kinder und Jugendlichen und ihre Wirksamkeit vermutlich auch. So kommt dem Spiel als Therapie- und Interaktionsmedium in der Kindertherapie eine wichti-

ge Rolle zu, während in der Jugendlichentherapie (ähnlich wie bei Erwachsenen) die Problemlösung auf der Gesprächsebene stärker im Vordergrund steht.

Die Probleme, die sich in der Therapieforschung ergeben, sind vielfältig, vor allem dann, wenn man sich nicht mit der globalen Frage nach der Wirksamkeit von Psychotherapie zufrieden geben, sondern differenzierter nachfragen will. Darauf hat bereits Paul (1967) hingewiesen. In einer groß angelegten US-amerikanischen multizentrischen Therapiestudie zur multimodalen Behandlung von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (Richters et al., 1995) wird dies noch weiter ausdifferenziert: *Unter welchen Bedingungen (z.B. komorbiden Auffälligkeiten, Alter, Geschlecht, familiären Bedingungen) haben welche Behandlungen oder Behandlungskombinationen (Verhaltenstherapie, Elternt raining, 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)?*

Die bei der Beantwortung dieser Fragen auftauchenden methodischen Probleme wurden auch bezogen auf Kinder und Jugendliche bereits vielfach diskutiert (z.B. Chambless & Ollendick, 2001; Döpfner, 1997, 1999; Kazdin, 2000, 2001). Dazu gehören:

- **Das Problem der Stichprobengewinnung.** Etwa drei Viertel der Studien wurden bislang nicht an klinischen Stichproben durchgeführt, sondern an Probanden, die gezielt für die Studie angeworben wurden (Kazdin et al., 1990) und sie wurden überwiegend an universitären Einrichtungen unter Forschungsbedingungen durchgeführt. Die Ergebnisse solcher Studien können nicht unbesehen auf klinische Inanspruchnahmestichproben, die in der klinischen Routine behandelt werden, übertragen werden. Häufig wird daher zwischen der Effektivität (efficacy) – der Wirksamkeit einer Intervention unter Idealbedingungen – und der klinischen Effizienz (effectiveness) von Interventionen, d. h. ihrer Wirksamkeit in der klinischen Routineversorgung unterschieden. Die Ineffizienz traditioneller Kinderpsychotherapie in der klinischen Routineversorgung konnte in mehreren Studien in erschreckender Deutlichkeit belegt werden (Weisz, Donenberg, Han & Weiss, 1995). Die Wirksamkeit von (überwiegend non-direktiv/interpretativ orientierter) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der klinischen Praxis erscheint somit stark in Frage gestellt, zumindest läßt sie sich in kontrollierten Studien kaum nachweisen. Eine neuere randomisierte und kontrollierte, methodisch aufwendige Studie, bei der sich für klinische Therapie eine Effektstärke von -0.08 ergab, bestätigt diese Schlussfolgerung (Weiss, Catron, Harris & Phung, 1999; Weiss, Catron & Harris, 2000).

- **Das Problem der Erfolgskriterien.** In den meisten Studien wurde die Verminderung psychischer Auffälligkeiten des behandelten Kindes oder Jugendlichen als einziges Erfolgskriterium gewählt. Zunehmend rücken jedoch auch andere Erfolgskriterien in den Blickpunkt – das Selbstkonzept, die kognitive Funktionsfähigkeit, das schulische und das psychosoziale Funktionsniveau oder die Lebensqualität des Patienten, aber auch Auswirkungen der Interventionen auf andere Familienmitglieder oder Klassenkameraden sowie auf familiäre oder Gleichaltrigenbeziehungen. Es liegt nicht nur nahe zu vermuten, dass die Wirksamkeit von Interventionen mit den Erfolgskriterien variiert, es gibt auch in einigen Studien und Meta-Analysen empirische Hinweise darauf (z. B. Weisz, Weiss, Han, Granger & Morton, 1995).
- **Das Problem der Erfolgsmaße.** Die einzelnen Erfolgskriterien lassen sich über verschiedene Erfolgsmaße erheben. Dabei können verschiedene Methoden zur Anwendung kommen, vor allem direkte Beobachtungen, Fragebogen, Interviews oder direkte Testleistungen. Diese Methoden sind mit spezifischen Vorteilen und Fehlerquellen behaftet und kovariieren daher nicht sehr eng miteinander. Verschiedene Beurteiler in Fragebögen (Eltern, Lehrer, Jugendliche selbst) stimmen, wenn sie das Gleiche gefragt werden, relativ wenig miteinander überein. Nötig ist daher eine multimodale und multimethodale *Therapiekontrolle*, die psychische Auffälligkeiten auf mehreren Ebenen (der kognitiven, der affektiven und der Verhaltensebene) erfasst und auch andere relevante Funktionsbereiche (z. B. Schulleistung, Familien-, Gleichaltrigenbeziehung, kognitive Funktionen) unter Anwendung mehrerer Messmethoden (Selbsturteil, Elternurteil, Verhaltensbeobachtung, Testleistung usw.) erhebt. Dabei müssen Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen – in der Familie, der Schule und in der Gleichaltrigengruppe – voneinander unterschieden werden und auch eine Kontrolle der Veränderung der individuellen Probleme, wie sie der Patient, die Eltern oder Lehrer beschreiben (individualisierte Therapiekontrolle), ist notwendig, weil sich die individuellen Schwierigkeiten mitunter nur unvollständig in standardisierten Messinstrumenten widerspiegeln (Döpfner, 1999).

Trotz dieser methodischen Probleme geben die vorliegenden Studien wichtige Hinweise auf die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Die Aggregation solcher Studienergebnisse erfolgt anhand von globalen und (störungs-/methoden-) spezifischen Meta-Analysen sowie mittels systematischer an Kriterien für evidenzbasierte Interventionen orientierter Beurteilungen.

Globale Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Die generelle Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen wurde in vier globalen Meta-Analysen, die ein breites Spektrum an Studien einschlossen, überprüft (siehe Tabelle 1). Die dabei berechneten Effektstärken setzen die Mittelwert-Differenzen zwischen Therapie- und Kontrollgruppe bei Behandlungsende in Beziehung zur Standardabweichung (meist gepoolte Standardabweichung von Therapie- und Kontrollgruppe). Eine Effektstärke von 0.50 besagt also, dass sich die Therapiegruppe bei Behandlungsende von der Kontrollgruppe im Mittelwert um eine halbe Standardabweichungseinheit unterscheidet. Diese Effektstärken werden über die verschiedenen Studien hinweg zusammengefasst (gemittelt).

Die einzelnen Meta-Analysen unterscheiden sich im untersuchten Altersbereich, im Publikationszeitraum der analysierten Studien und in der Anzahl der analysierten Therapiegruppenvergleiche. Die Meta-Analysen von Casey und Berman (1985), von Weisz, Weiss, Alicke & Klotz (1987) und von Kazdin und Mitarbeitern (1990) überlappen sich hinsichtlich der untersuchten Studien, während in der Analyse von Weisz, Weiss, Han, Granger & Morton (1995) nur Studien aufgenommen wurden, die nicht bereits in den Arbeiten von Weisz und Mitarbeitern (1987) oder Casey und Berman (1985) analysiert worden sind. Kazdin und Mitarbeiter (1990) berechneten lediglich Effektstärken für alle Psychotherapieformen insgesamt, während die anderen Meta-Analysen spezifischere Berechnungen für einzelne Therapieformen und für ver-

Tabelle 1. Übersicht über globale Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

Autoren	Altersbereich	Anzahl der Therapiegruppen	Publikationszeitraum	Effektstärke
Casey & Berman (1985)	3–12	64	1952–1983	0.71
Weisz et al. (1987)	4–18	163	1958–1984	0.79
Kazdin et al. (1990)	4–18	223	1970–1988	0.88 ¹ 0.77 ²
Weisz et al. (1995)	1,5–17,6	244	1967–1993	0.71

Anmerkungen: ¹ Effektstärke beim Vergleich von Therapiegruppe mit unbehandelter Kontrollgruppe, ² Effektstärke beim Vergleich von Therapiegruppe mit aktiver Kontrollgruppe (Diskussionsgruppe, Aufmerksamkeits-Placebogruppe).

Tabelle 2. Ergebnisse der globalen Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Therapierichtungen bei Kindern und Jugendlichen

Therapiemethoden	Casey & Berman (1985)		Weisz et al. (1987)		Weisz et al. (1995)	
	ES	N _{vergleiche}	ES	N _{vergleiche}	ES	N _{vergleiche}
Behavioral	0.91	(37)	0.88	(126)	0.76	(197)
nicht behavioral	0.40	(29)	0.42	(28)	0.35	(27)
• klientenzentriert	0.49	(20)	0.56	(20)	0.15	(6)
• einsichtsorientiert	0.21	(5)	0.01	(3)	0.31	(9)
• Diskussionsgruppen			0.18	(4)	0.48	(10)
• andere					0.38	(2)
kombinierte Verfahren					0.55	(20)

schiedene Störungsbilder durchführten. Wie Tabelle 1 zeigt, liegen die mittleren (ungewichteten) Effektstärken über alle Therapieformen hinweg mit Werten zwischen 0.71 und 0.88 sehr nahe beieinander. Aus diesen Analysen lassen sich global für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mehrere Schlussfolgerungen ziehen (vgl. Döpfner, 1997, 1999):

1. *Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen ist wirkungsvoll.* Folgt man der Einteilung der Effektstärken (ES) von Cohen (1977), in geringe (ES: 0.20-0.50), mittlere (ES: 0.50-0.80) und große (ES über 0.80) Effekte, dann liegen die ermittelten Effektstärken mit rund 0.8 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.

2. *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist ähnlich wirkungsvoll, wie die Psychotherapie mit Erwachsenen.* Vergleicht man diese Werte mit den Ergebnissen von Meta-Analysen über Psychotherapie bei Erwachsenen (Smith, Glass & Miller, 1980: ES 0.68–0.84), so lässt sich global feststellen, dass die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen ebenso wirkungsvoll ist, wie die Erwachsenenpsychotherapie.

3. *Durch kognitiv-behaviorale Verfahren lassen sich mittlere bis starke Effekte erzielen, durch nicht-behaviorale Methoden geringe bis mittlere Effekte.* Wie Tabelle 2 zeigt, liegen die Effektstärken für kognitiv-behaviorale Interventionen zwischen 0.76 und 0.91. Die Effektstärken nicht-behavioraler Methoden liegen dagegen fast durchweg unter 0.50. Auch wenn Studien ausgeschlossen werden, bei denen sich die Erfolgsmaße mit dem Therapieinhalten sehr stark überschneiden, bleiben weiterhin deutliche Unterschiede zwischen diesen Therapieformen bestehen (Weisz et al., 1987, 1995).

4. *Therapieeffekte stabilisieren sich.* 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 (Weisz et al., 1987, 1995).

5. *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 (Weisz et al., 1995).

Spezifische Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Psychotherapie

In den globalen Meta-Analysen wird ein breites Spektrum an Interventionen und Störungen betrachtet. Notwendigerweise können daraus auch nur sehr globale Schlussfolgerungen gezogen werden. Interessanter sind Analysen zur Wirksamkeit einzelner Interventionsmethoden oder einzelner Störungsbilder. Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die Ergebnisse der beiden Meta-Analysen der Arbeitsgruppe um Weisz (1987; 1995) hinsichtlich der Wirksamkeit von Psychotherapie bei verschiedenen Störungsbildern (ungewichtete Effektstärken). Durlak und McGlinchey (1999) stellen die Ergebnisse weiterer Meta-Analysen zusammen, die sich auf einzelne Störungsbilder, Zielprobleme oder Interventionsmethoden beziehen. Diese Analysen weisen insgesamt auf die Wirksamkeit von verschiedenen Interventionen bei unterschiedlichen Zielproblemen hin. Konsistente Unterschiede hinsichtlich der Störungsbilder oder der Interventionsformen lassen sich nicht finden.

In mehreren dieser Analysen wurden komplexe Interaktionseffekte zwischen Interventionsformen, psychischen Störungen, Erfolgsmaßen, Alter und Geschlecht der Patienten nachgewiesen:

- In der globalen Meta-Analyse von Weisz und Mitarbeitern (1995) konnten bei älteren Mädchen deutlich stärkere Interventionseffekte gefunden werden als bei jüngeren Kindern und bei gleichaltrigen männlichen Jugendlichen.
- Bei internalen Störungen werden positive Behandlungseffekte im wesentlichen durch Selbsturteile der Patienten und durch Einschätzungen von Gleichaltri-

Tabelle 3. Ergebnisse der globalen Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit verschiedenen Störungsbildern

Störungen/Zielprobleme	Weisz et al. (1987)		Weisz et al. (1995)	
	ES	N _{vergleiche}	ES	N _{vergleiche}
externe Störungen	0.79	(76)	0.62	(59)
• Delinquenz	0.66	(19)	0.42	(7)
• Oppositionelles Verhalten	1.33	(9)	0.42	(4)
• Hyperaktivität/Impulsivität	0.75	(31)	0.87	(18)
• Aggression	0.75	(17)	0.34	(11)
• multipel external			0.67	(19)
internale Störungen	0.88	(67)	0.69	(40)
• Phobie/Angst	0.74	(39)	0.57	(16)
• sozialer Rückzug	1.07	(28)	0.71	(4)
• Depression			0.67	(6)
• multipel internal			0.40	(1)
• somatisch (Kopfschmerz)			0.86	(13)

gen belegt, während die Effekte bei externalen Störungen in erster Linie durch die Beurteilungen von Lehrern, durch Beobachter oder durch Verhaltenstests nachweisbar sind (Weisz et al., 1995).

- Kognitive Interventionen sind vor allem bei älteren Kindern im Alter von 11 bis 13 Jahren wirkungsvoll, während bei jüngeren Kindern (vermutlich aufgrund des niedrigeren kognitiven Entwicklungsniveaus) deutlich geringere Effekte erzielt werden (Durlak, Fuhrman & Lampman, 1991).
- Die Effekte kognitiver Interventionen (vor allem Selbstinstruktionstraining, Problemlösetraining) sind hauptsächlich kurzfristiger Natur und länger als drei Monate nach Therapieende nicht mehr nachzuweisen (Dush, Hirt & Schroeder, 1989).

Evidenzbasierte Interventionen

Meta-Analysen alleine können die Frage nicht beantworten, welche spezifischen Interventionen für einzelne Störungsbilder sich empirisch bewährt haben. Um diese Frage zu beantworten, haben verschiedene Arbeitsgruppen Kriterien für evidenzbasierte Interventionen (Empirically Supported Treatments, EST) entwickelt und danach die einzelnen Interventionen bewertet. Die meisten Publikationen orientieren sich an den von der Arbeitsgruppe der American Psychological Association entwickelten Kriterien für eine Bewertung des Grades der empirischen Bewährung (Chambless et al., 1998):

- 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.

- Eine Intervention wird als *vermutlich effektiv* beurteilt, wenn sie sich in zwei Studien gegenüber einer nicht behandelten Kontrollgruppe (z.B. Warteliste-Kontrollgruppe) als überlegen erwiesen hat. Anstatt Kontrollgruppen-Studien werden auch kleine Serien von Einzelfallstudien mit gutem experimentellen 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.

Chambless und Hollon (1998) legen leicht variierte Kriterien vor und auch Lonigan, Elbert und Bennett Johnson (1998) übernehmen weitgehend diese Einteilung bei der Definition der Kriterien für den Grad der empirischen Bewährung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Chambless und Ollendick (2001) vergleichen die genannten Kriterien mit denen anderer Arbeitsgruppen und zeigen, dass die verschiedenen Arbeitsgruppen bei der Anwendung der einzelnen sich in Details unterscheidenden Kriterien zu vergleichbaren Ergebnissen kommen.

Internale Störungen

Mehrere Artikel arbeiten empirisch begründete Interventionen für internale Störungen auf der Basis der genannt-

ten Kriterien heraus (Kaslow & Thompson, 1998; Ollendick & King, 1998; Weisz & Jensen, 2001; Hibbs, 2001; Chambless & Ollendick, 2001).

Zur Behandlung von *depressiven Störungen* im Kindes- und Jugendalter liegen im angloamerikanischen Sprachraum mittlerweile mehrere kognitiv-behaviorale Interventionsprogramme vor, die in Kontrollgruppenstudien geprüft wurden und nach den genannten Kriterien als *vermutlich effektiv* klassifiziert werden (z. B. Lewinsohn, Clarke, Hops & Andrews, 1990; Stark, Reynolds & Kaslow, 1987). Analog zu den Interventionen bei Erwachsenen werden in diesen Therapieprogrammen 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 eingesetzt. Auch die Interpersonelle Psychotherapie hat sich in einer Studie als wirksam erwiesen (Mufson, Moreau, Weissman & Klerman 1993). Im deutschen Sprachraum liegen keine Studien mit entsprechender Güte vor. Eine Übersetzung eines geprüften Manuals liegt vor (Harrington, 2001), weitere auf den international geprüften Methoden beruhende Therapiemanuale sind in Vorbereitung (Hautzinger, 2000; Rademacher, Walter & Döpfner, 2002).

Bei der Behandlung von *Phobien* können Methoden des teilnehmenden Modelllernens und die Verstärkung von Annäherungsverhalten an den gefürchteten Reiz (reinforced practice) 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 Annäherungsverhalten an den gefürchteten Reiz (reinforced practice), wird das Kind dafür verstärkt, 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. Vor allem die Arbeitsgruppe um Kendall (z. B. Kendall, Flannery-Schroeder, Panichelli-Mindel, Southam-Gerow, Henin & Warman, 1997) hat hierzu Therapiematerialien entwickelt und evaluiert. Im deutschen Sprachraum konnte die Wirksamkeit eines sozialen Kompetenztrainings bei sozial ängstlichen Kindern im Vergleich zu nondirektiver Spieltherapie belegt werden (Döpfner, Schlüter & Rey, 1981). Programme, die entweder auf vergleichbaren Prinzipien beruhen (Petermann & Petermann, 2000) oder die sich eng an die evaluierten internationalen Programme anlehnen (Duda-

Kirchhoff & Döpfner, 2000), sind publiziert bzw. in Vorbereitung.

Externale Störungen

Auch zu empirisch begründeten Interventionen für externe Störungen (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen und aggressiv-dissoziale Störungen) liegen mehrere systematische Übersichtsarbeiten vor (Pelham, Wheeler & Chronis, 1998; Brestan & Eyberg 1998; Weisz & Jensen, 2001; Hibbs, 2001; Chambless & Ollendick, 2001).

Bei der Therapie von *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen* werden Elterntrainings und behaviorale Interventionen in der Schule als *empirisch gut bewährt* beurteilt. In Elterntrainings enthalten im Wesentlichen neben Psychoedukation Methoden zum Aufbau positiver Eltern-Kind-Interaktionen, Verfahren sowie des Stimulusmanagements (Aufforderungen und Grenzsetzungen) und der Anwendung positiver und negativer Konsequenzen zum Aufbau von erwünschten und zur Verminderung von Problemverhalten eingesetzt. 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 (Frölich, Döpfner, Berner, & Lehmkuhl, 2002; Döpfner, Breuer & Lehmkuhl, 2002). Das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP) verbindet die beiden bewährten Interventionsansätze miteinander (Döpfner, Schürmann & Frölich, 2002).

Bei der Behandlung von *oppositionellen und aggressiven Störungen* haben sich ebenfalls vor allem Elterntrainings als effektiv erwiesen, die auf den gleichen Methoden beruhen, wie die Elterntrainings für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. Die Programme der Gruppen um Patterson und um Webster-Stratton (Patterson & Guillon, 1968; Webster-Stratton, 1994) sind besonders intensiv evaluiert worden und werden als *empirisch gut bewährt* eingeschätzt. Andere Programme, die auf den gleichen Prinzipien beruhen (z. B. Eyberg, Boggs & Algina, 1995), werden beim gegenwärtigen Stand der Forschung als *vermutlich effektiv* eingeschätzt. Für dissoziale Jugendliche wird die multisystemische Therapie nach Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland und Cunningham (1998) als *vermutlich effektiv* beurteilt. Dieses multimodale Verfahren, kombiniert jugendlichenzentrierte mit familien- und schulzentrierten Interventionen sowie psychosozialem Management. Zur Behandlung von aggressivem Verhalten haben sich zudem verschiedene kind- und jugendlichenzentrierten Ansätze als *vermutlich effektiv* bewährt, die auf die Verbesserung der Ärger-Kontrolle, der sozial-kognitiven Problemlösung, der sozialen Kompetenz und der Selbstbehauptung abzielen (z. B. Lochman, Lampron, Gemmer & Harris, 1989; Kazdin, Siegel & Bass, 1992). Im deutschen Sprachraum liegen keine Studien mit entsprechender Güte vor. Als Elterntaining kann das Therapiepro-

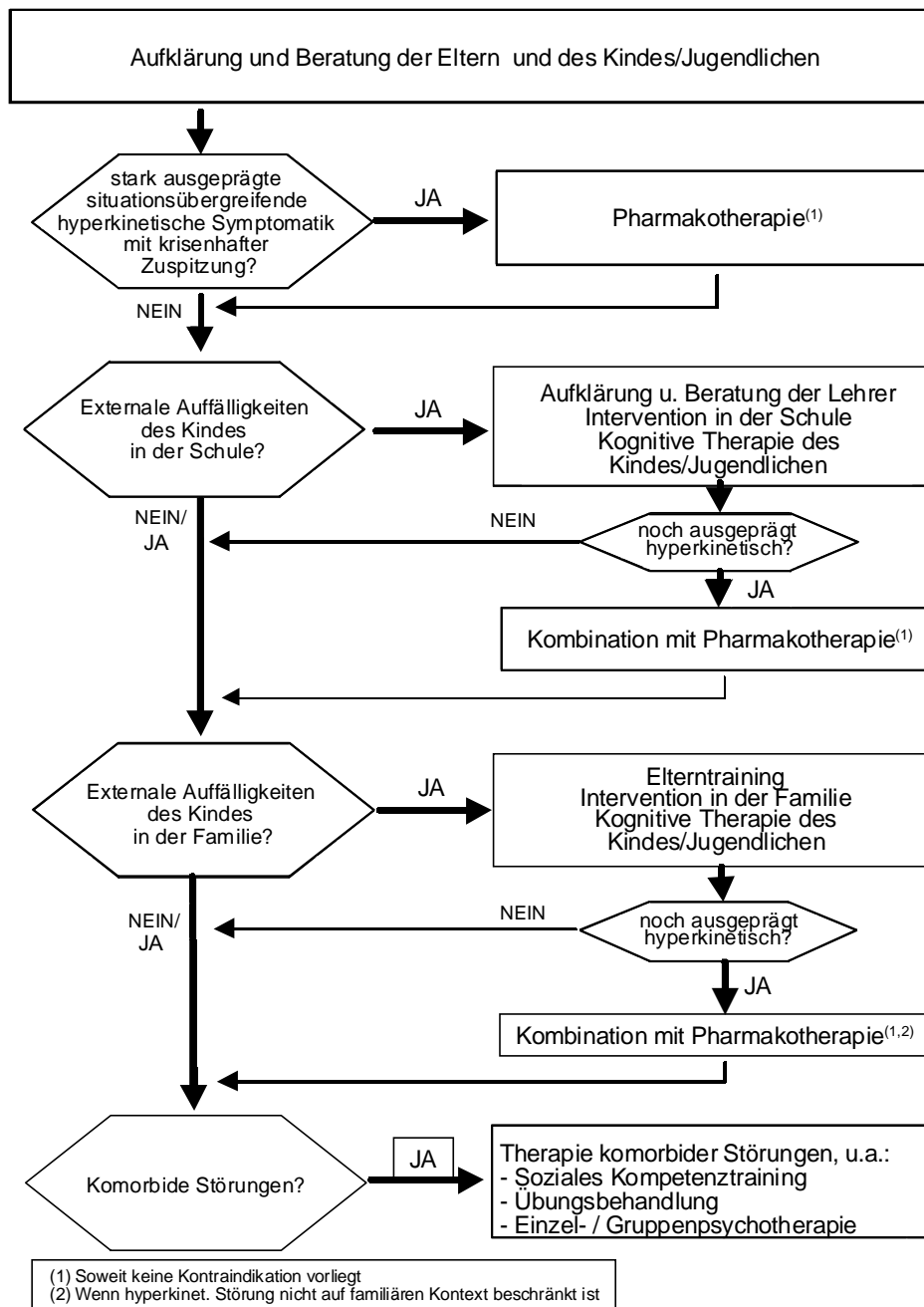


Abbildung 1. Entscheidungsbaum zur Indikation von Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (aus Döpfner et al., 2000, S. 81).

gramm THOP eingesetzt werden, für das auch Verminderungen von oppositionellem und aggressivem Verhalten bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen belegt ist (Döpfner et al., 2002). Als primär kindzentriertes Verfahren liegt das Training mit aggressiven Kindern vor (Petermann & Petermann, 2001).

Neben den genannten Störungen werden in den angeführten Übersichtsarbeiten behaviorale Interventionen

zur Behandlung von *Enuresis* und *Enkopresis* als *empirisch bewährt* bzw. als *vermutlich effektiv* eingeschätzt. Interventionen bei anderen Störungen mit anderen körperlichen Symptomen und bei somatischen Störungen werden in dieser Übersichtsarbeit nicht thematisiert.

Diagnose- und Behandlungsleitlinien

Evidenzbasierte Diagnose- und Behandlungsleitlinien für einzelne Störungen stellen nach den Evidenzbeurteilungen von Interventionen einen weiteren Schritt dar, weil sie die Ergebnisse der Evidenzbeurteilungen in konkrete Handlungsempfehlungen für die klinische Praxis umsetzen. Diese Handlungsempfehlungen orientieren sich an den Problemstellungen der klinischen Praxis und können abhängig vom Stand des empirischen Wissens im Grad der empirischen Evidenz variieren von Empfehlungen für empirisch gut bewährte Strategien bis hin zu Empfehlungen auf der Basis klinischer Erfahrungen, über die unter Experten mehr oder weniger Konsens hergestellt worden ist.

Evidenzbasierte Leitlinien für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter wurden im internationalen Bereich von Fachgesellschaften (z. B. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997) oder einzelnen Arbeitsgruppen (z. B. Taylor et al., 1998) entworfen

und auch im deutschen Sprachraum liegen von den kinderpsychiatrischen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al., 2000) Leitlinien für 34 Störungsbilder und Problembereiche vor. Auf der Grundlage solcher kurzgefasster Leitlinien können ausführlichere evidenzbasierte Leitfäden zur Diagnostik und Behandlung einzelner Störungsbilder entwickelt werden (Döpfner, Frölich & Lehmkuhl, 2000; Döpfner, Lehmkuhl, Heubrock & Petermann, 2000; Petermann, Döpfner & Schmidt, 2001).

Die Leitlinien tragen auch dem Umstand Rechnung, dass der Therapeut bei der Behandlung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen häufig mit Störungen konfrontiert ist, bei denen Probleme kombiniert auftreten und viele Lebensbereiche betroffen sind, beispielsweise bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, die meist nicht nur an den Kernsymptomen, sondern auch an Motivationsstörungen, Schulleistungsdefiziten, aggressiven Verhaltensstörungen und emotionalen Auffälligkeiten leiden und deren Funktionsniveau in der Familie, in der Schule und in Gleichaltrigengruppen beeinträchtigt ist. Häufig sind daher multimodale Interventionen indiziert, die auf die einzelnen individuellen Konstellationen von Problemen und Ressourcen beim Kind/Jugendlichen und im psychosozialen Umfeld (Familie, Schule) zugeschnitten werden müssen. Dabei müssen neben den psychologischen Interventionen auch andere Behandlungsformen (medikamentöse Therapie, Moto-, Ergo-, Sprachtherapie) und psychosoziales Management in die multimodale Therapie integriert werden und das Behandlungssetting (ambulante, teilstationäre, stationäre Therapie) muss spezifiziert werden, wobei rechtliche Rahmenbedingungen (z. B. bei Suizidalität, Delinquenz, Misshandlung oder sexuellem Missbrauch) ebenfalls Berücksichtigung finden.

Zur Planung einer solchen an die individuelle Problemkonstellation angepassten multimodalen Intervention eignen sich Entscheidungsbäume, anhand derer evidenzbasierte Indikationen für einzelne Interventionen festgelegt werden. Abbildung 1 gibt ein solches Beispiel für einen Entscheidungsbaum zur Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, der in Abhängigkeit von der Stärke der Symptomatik, dem Lebensbereich, in dem die Symptomatik auftritt und dem Vorhandensein komorbider Symptome und Probleme, sowie dem Erfolg einzelner Interventionen eine individualisierte multimodale Therapie entwickelt werden kann (vgl. Döpfner et al., 2000).

Ausblick

International kann ein geradezu dramatischer Fortschritt in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieforschung konstatiert werden, während im deutschen Sprachraum diese Forschung so gut wie nicht stattfindet. Die berichteten Evidenzgrade der einzelnen Interventionen sind bereits durch neue Studien überholt, die noch nicht in die zitierten bewertenden Übersichtsarbeiten eingegangen sind. So liegen weitere Studien zur Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Interventionen für Angststörungen vor (Beidel, Tumer & Morris, 2000), so dass diese Interventionen bei neuen Bewertungsrounden vermutlich den Status einer empirisch bewährten Therapie erhalten werden. Auch im Bereich der Zwangsstörungen verbessert sich die empirische Basis (vgl. Döpfner, 2002), wenngleich randomisierte Kontrollgruppenstudien noch nicht abgeschlossen sind. Zunehmend werden Studien vorgelegt, die psychologische Interventionen mit Pharmakotherapie verglichen – hier spielt die multizentri-

sche US-amerikanische Studie zu Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen eine Vorreiterrolle (MTA Cooperative Group, 1999), zumindest für Zwangsstörungen, depressive Störungen und Enuresis können aber entsprechende Studien in den nächsten Jahren erwartet werden. Studien zu Moderatoren und Mediatoren von Therapieeffekten können helfen, relevante Faktoren des Therapieprozesses aufzudecken und sie können Hinweise für die Indikation einzelner Interventionsformen liefern.

Neben den Effektivitätsstudien sind jedoch auch in zunehmenden 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 und welche Formen der Qualitätssicherung (Lambert, 2001) nötig sind, um eine effiziente Versorgung zu gewährleisten. Kosten-Nutzen-Analysen sind nötig, um die Therapieprozesse auch unter ökonomischen Aspekten zu optimieren und die gesellschaftliche Legitimation für entsprechende Investitionen zu verbessern. Es ist tatsächlich eine Sisypheus-Arbeit, die vor uns liegt; die Fortschritte der letzten Jahrzehnte machen jedoch Mut.

Literatur

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Practice Parameters for assessment and treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, whole supplement.
- Beidel, D. C., Tumer, S. M. & Morris, T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1072–1080.
- Brestan E. V. & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180–189.
- Casey, R. J. & Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98, 388–400.
- Chambless D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Chrits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J. P., Haaga, D. A., Bennet Johnson, S., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickler, T., Williams, D. A. & Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated Therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3–15.
- Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7–18.
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd. ed.). New York: Academic Press.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland, Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2000).

- Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter.* Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Döpfner, M. (1997). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven der Therapieforschung. In F. Petermann (Hrsg.), *Kinderverhaltenstherapie, Grundlagen und Anwendungen* (S. 331–366). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Döpfner, M. (1999). Ergebnisse der Psychotherapieforschung zur Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen* (S. 153–188). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Döpfner, M. (2000). *Angst- und Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen – Einführung in den Themenschwerpunkt, Kindheit und Entwicklung*, 9, 131–132.
- Döpfner, M. (2002). Zwangsstörungen. In G. Esser (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 243–262). Stuttgart: Enke.
- Döpfner, M., Breuer, D. & Lehmkuhl, G. (2002). *The Cologne Multimodal Intervention Study (COMIS): Study design and global treatment outcomes*. Submitted for publication.
- Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2000). *Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 1*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D. & Petermann, F. (2000). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 2*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., Schlüter, S. & Rey, E.-R. (1981). Evaluation eines sozialen Kompetenztrainings für selbstunsichere Kinder im Alter von neun bis zwölf Jahren – ein Therapievergleich. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 9, 233–252.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Frölich, J. (2002). *Das Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)* (3. vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Duda-Kirchhof, K. & Döpfner, M. (2000). Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angststörungen – Behandlungskonzept und Behandlungseffekte. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 161–170.
- Durlak, J. A., Wells, A. M., Cotton, J. K. & Johnson, S. (1995). Analysis of selected methodological issues in child psychotherapy research. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 141–148.
- Durlak, J. A. & McGlinchey, K. A. (1999). Child therapy outcome research. Current status and some future priorities. In S. W. Russ & T. Ollendick (Eds.), *Handbook of psychotherapies with children and families* (pp. 525–539). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Durlak, J. A., Fuhrman, T. & Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladapting children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 204–214.
- Dush, D. M., Hirt, M. L. & Schroeder, H. E. (1989). Self-statement modification in the treatment of child behavior disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 106, 97–106.
- Eyberg, S.M., Boggs, S. & Algina, J. (1995). Parent-child interaction therapy: a psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem behavior and their families. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 83–91.
- Frölich, J., Döpfner, M., Berner, W. & Lehmkuhl, G. (2002). Effects of combined behavioural treatment with parent management training in ADHD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 111–115.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Harrington, R.C. (2001). *Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (2000). Depression. In F. Petermann (Hrsg.), *Fallbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (2. überarbeitete Aufl., S. 161–72). Göttingen: Hogrefe.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D. & Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic-treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Hibbs, E. D. (2001). Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, Suppl. 1, I/3-I/11.
- Kaslow, N. J., Thompson, M. P. (1998). Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 146–155.
- Kazdin, A. E. (1988). *Child Psychotherapy. Developing and identifying effective treatments*. New York: Pergamon Press.
- Kazdin, A. E. (2000). Developing a research agenda for child and adolescent psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 57, 829–835.
- Kazdin, A. E. (2001). Bridging the enormous gaps of theory with therapy research and practice. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 59–66.
- 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.
- Kazdin, A. E., Siegel, T. C. & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 733–747.
- Kazdin, A. E. & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 19–36.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S.M., Southam-Gerow, M., Henin, A. & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: a second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366–380.
- Lambert, M. (2001). Psychotherapy outcome and quality improvement: Introduction to the special section on patient-focused research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 147–149.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, O. N., Hops, R. & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21, 385–401.
- Lochman, J. E., Lampron, L. B., Gemmer, T. C., & Harris, S. R. (1989). Teacher consultation and cognitive-behavioral interventions with aggressive boys. *Psychology in the Schools*, 26, 179–188.

- Lonigan, C. J., Elbert, J. C. & Bennett Johnson, S. (1998). Empirically supported psychosocial interventions for children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 138–145.
- Mufson, L., Moreau, D., Weissman, M. M. & Klerman, G. L. (1993). *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents*. New York: Guilford.
- MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073–1086.
- Ollendick, T. H. & King, N. J. (1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: current status. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 156–167.
- Patterson, G. R. & Gullion, M. E. (1968). *Living with children: New methods for parents and teachers*. Champaign: Research Press.
- Paul, G. L. (1967). Outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 31, 109–118.
- Pelham, W. E., Wheeler, T. & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 190–205.
- Petermann, F., Döpfner, M. & Schmidt, M. H. (2001). *Aggressiv-dissoziale Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 3*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann, F. & Petermann, U. (2001). *Training mit aggressiven Kindern* (9. überarbeitete Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, U. & Petermann, F. (2000). *Training mit sozial unsicheren Kindern* (7. überarbeitete Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Rademacher, C., Walter, D. & Döpfner, M. (2002). SELBST – ein Therapieprogramm zu Behandlung von Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 11, 107–118.
- Richters, J. E., Arnold, L. E., Jensen, P. S., Abikoff, H., Conners, C. K., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hinshaw, S. P., Prelham, W. E. & Swanson, J. (1995). NIMH collaborative multisite multimodal treatment study of children with ADHD: I. Background and rationale. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 987–1000.
- Shapiro, T. H. (1989). The psychodynamic formulation in child and adolescent Psychiatry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 675–680.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Stark, K. D., Reynolds, W. M., & Kaslow, N. J. (1987). A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15, 91–113.
- Taylor, E., Sergeant, J., Döpfner, M., Gunning, B., Overmeyer, S., Möbius, H. & Eisert, H. G. (1998). Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 184–200.
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 583–593.
- Weiss, B., Catron, T., Harris, V., & Phung, T. (1999). The effectiveness of traditional child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 82–94.
- Weiss, B., Catron, T. & Harris, V. (2000). A 2-year follow-up of the effectiveness of traditional child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1094–1101.
- Weisz, J. R. & Jensen, A. L. (2001). Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, supplement, 1/12–1/18.
- 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., Donenberg, G. R., Han, S. S., & Weiss, B. (1995). Bridging the gap between lab and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 688–701.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, 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, 450–468.

Prof. Dr. sc. hum. Manfred Döpfner, Dipl.-Psych.
Prof. Dr. med. Gerd Lehmkuhl, Dipl.-Psych.

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln
Robert-Koch-Str. 10
D-50931 Köln
E-Mail: manfred.doepfner@medizin.uni-koeln.de