

Die Wirksamkeit personenzentrierter Kinderpsychotherapie bei Kindern mit einer Angststörung

Klaus Fröhlich-Gildhoff & Maike Rönnau-Böse
Zentrum für Kinder- und Jugendforschung, Freiburg, Deutschland

Der Artikel referiert die Ergebnisse einer naturalistischen Studie zur Wirksamkeit personenzentrierter Kinderpsychotherapie bei Kindern mit einer Angststörung, die vom Zentrum für Kinder- und Jugendforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg (ZfKJ) wissenschaftlich geleitet wurde. Hintergrund ist die starke inhaltliche Weiterentwicklung der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in den letzten 20 Jahren, die allerdings keine Entsprechung in einer breiten Erforschung des Therapiegeschehens und der Wirksamkeit des Vorgehens findet. Die vorgestellte Studie möchte diese Forschungslücke ein wenig schließen und dem Verfahren der Personenzentrierten Kinderpsychotherapie auch im fachpolitischen Diskurs wieder stärker Aufmerksamkeit zukommen zu lassen.

Die naturalistische Studie mit Kombinationsdesign aus Prozess- und Outcomeforschung wird zunächst in die fachpolitischen Diskussionslinien eingebettet, um dann anschließend das empirische Vorgehen zu den Debatte um die Wirksamkeitsforschung in der Psychotherapie in Bezug zu setzen. Die Gesamteffektstärke von $ES = 1.22$ weist auf sehr große (positive) Effekte personenzentrierter Psychotherapie bei Kindern mit Angststörungen hin.

Schlüsselwörter: Angststörung, Wirksamkeitsforschung, naturalistische Studie

Effectiveness of person-centered psychotherapy for children with anxiety disorders. This article describes the results of a naturalistic study investigating the effectiveness of person-centered psychotherapy with children suffering from an anxiety disorder. The study was scientifically coordinated by the Center for Childhood and Adolescence Research at the University of Applied Science in Freiburg/Germany. However there have been considerable developments with regard to the content of person-centered child and adolescent psychotherapy within the last 20 years, which have not yet been linked to research of the therapy itself and its effectiveness. The presented study aims to narrow this academic gap and to draw more attention again to person-centered psychotherapy for children in the discussion in the academic field.

Firstly, the study will be embedded into the academic discussion about psychotherapy. Since the study is of explicit naturalistic character with a combination design of process- and outcome evaluation, the empirical method will be highlighted in relation to the debates of the effectiveness of research in psychotherapy. The effects size of $ES = 1.22$ refers to highly positive effects of person-centered psychotherapy for children with anxiety disorders.

Keywords: anxiety disorder, effectiveness research, naturalistic study

Klaus Fröhlich-Gildhoff, Prof. Dr., geb. 1956, Diplom-Psychologe, ist hauptamtlicher Dozent für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie an der Evangelischen Hochschule Freiburg. Approbation als Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Zusatzausbildungen in Psychoanalyse (DGIP, DGPT), Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG), Gesprächspsychotherapie (GwG). 20 Jahre Tätigkeit als niedergelassener Psychotherapeut und als Geschäftsführer eines Jugendhilfeträgers (AKGG). Supervisor bzw. Dozent/Ausbilder bei verschiedenen Psychotherapie-Ausbildungsstätten. Leiter des Zentrums für Kinder- und Jugendforschung an der EH Freiburg. Leiter des MA Studiengangs „Bildung und Erziehung im Kindesalter“.

Maike Rönnau-Böse, Dipl.-Soz.-Päd., arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Zentrum für Kinder- und Jugendforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Pädagogik der Frühen Kindheit, insbesondere in der Resilienzförderung und der Zusammenarbeit mit Eltern. Sie ist personenzentrierte Spieltherapeutin (akt) und hat einen Abschluss in Personenzentrierter Beratung mit Kinder und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen (gwg).

Ein besonderer Dank geht an BA Frühpädagogin Leonie Lau, ZfKJ Freiburg, für die redaktionelle Endbearbeitung dieses Artikels.

1. Theoretische Einbettung

1.1 Fachpolitische Implikationen

Trotz der Fülle von konzeptionellen wie auch praktischen Entwicklungen (z. B. Behr et al. 2009, Goetze 2009, Schmidtchen 2001, Wakolbinger et al. 2001) wurden im deutschsprachigen Raum so gut wie keine empirischen Studien zur PTKJ durchgeführt; es besteht – auch aus fachpolitischen Gründen – die Notwendigkeit, die Entwicklung der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durch empirische Prozess- und Outcomeforschung zu begleiten.

Die Vorgaben des „Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie“ (WBP, 2010) geben einen Bezugspunkt zur Beurteilung der Wirksamkeit von Therapieverfahren. Der WBP beurteilt die Wirksamkeit von Therapieverfahren nach einem – nicht unumstrittenen – Kriterienkatalog, der sich prinzipiell an den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin (EbM) ausrichtet; Parameter sind hier z. B. eine objektive und reliable Diagnosestellung mittels standardisierter Verfahren, die a priori Definition von Behandlungsgruppen und Messzeitpunkten, angemessene statistische Analysen, die Sicherung der Qualifikation der BehandlerInnen und der Nachweis, dass die Effekte auf die Intervention zurückzuführen sind.

Auf allgemeiner Ebene haben Beelmann und Schneider (2003) eine Meta-Analyse der deutschsprachigen Forschung zur Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie vorgenommen; hierbei schnitt die (nicht-direktive) Spieltherapie mit einer Effektstärke (ES) von 0.55 gut ab (kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungen: ES = 0.53; verhaltensmodifikatorisch/lerntheoretisch fundierte Behandlungen: ES = 0.76; alle anderen Verfahren weisen deutlich geringere ES auf) (ebd., S. 136f); es zeigen sich „zwischen den Behandlungsalternativen keine signifikanten Wirksamkeitsunterschiede“ (ebd., S. 137).

Hölldampf und Behr (2009, 2011) haben ein sorgfältig recherchiertes Review von insgesamt 83 Studien zur Wirksamkeit der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erstellt. Dabei konnte „über alle Störungsbereiche hinweg die Wirksamkeit personenzentriert-experientieller Psychotherapie“ belegt werden. Dieses Review zeigte allerdings auch, dass insgesamt nur sehr wenige Studien im deutschsprachigen Raum durchgeführt wurden und dort zu spezifischen Störungsbildern nur ältere oder gar keine Untersuchungen vorliegen.

1.2 Die Untersuchung der PTKJ bei Kindern mit Angststörungen

Angststörungen sind einer von 18 Anwendungsbereichen im „Methodenpapier“ des WBP (2010) [Angststörungen und Zwangsstörungen (F40 – F42; F93 und F94.0) (S. 11)] und

weisen eine relativ hohe Prävalenz auf (Fröhlich-Gildhoff, 2007, gibt aus einer Zusammenstellung verschiedener Studien eine Prävalenzrate von 7–10 % an; die KIGGS/Bella-Studie zeigte, dass bei insgesamt 21,2 % aller Kinder „Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit vorliegen“; davon zeigen 10 % besonders starke Ängste (Ravens-Sieberer et al., o. J.) – damit läge die Prävalenz, bezogen auf alle Kinder, niedriger. Zu beachten ist jedoch eine hohe Komorbidität, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen; auch die Symptome der Angststörungen treten bei anderen Störungsbildern (v. a. Depressionen, aber auch den Störungen des Sozialverhaltens) häufig auf (Ravens-Sieberer et al., o. J.; Ihle & Esser, 2002; Döpfner & Lehmkuhl, 2002).

In vielen Publikationen zur störungsspezifischen Kinderpsychotherapie, wie z. B. den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie (2007) wird bei dem Vorliegen einer Angststörung eine verhaltenstherapeutische Intervention als „Mittel der Wahl“ angesehen, weil diese evidenzbasiert sei; Schneider und In-Albon (2010, S. 525) kommen gar zu dem Schluss, dass „Sekundäranalysen zeigen, dass nur kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen als ausreichend evidenzbasiert betrachtet werden können“.

Dieser Befund hängt sicherlich zum einen damit zusammen, dass die Erforschung der Angststörungen – und der Behandlung dieser Störungen – zu einer Domäne behavioral ausgerichteteter ForscherInnen geworden ist: Alle empirischen Studien, die in der letzten Zeit zu diesem Thema veröffentlicht wurden, kamen aus diesem theoretischen Kontext (bspw. Schneider & In-Albon, 2010; Büch & Döpfner, 2011; Möller & Petermann, 2011).

Zum anderen stand der Bereich der Angststörungen lange Zeit nicht im Fokus der störungsspezifischen Weiterentwicklung der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie. Erst jüngst gibt es hierzu zwei Publikationen (Döring, 2011a; Döring et al., 2012, in diesem Heft), wenn gleich Ängste als Begleit- oder Kardinalsymptome anderer Störungsbilder beachtet wurden (z. B. bei posttraumatischen Belastungsstörungen, vgl. Hüsson, 2011; Döring, 2011b). Damit verbunden wurde auch die Wirksamkeit der Personzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei Kindern mit Angststörungen noch nicht ausreichend systematisch untersucht (auch Hölldampf & Behr, 2011, fanden hierzu nur zwei, über 35 Jahre alte Studien). Wenn, wie dargestellt, in der Meta-Analyse von Beelmann und Schneider (2003) der Person-/Klientenzentrierten Kindertherapie zwar eine der Verhaltensmodifikation vergleichbare Wirksamkeit zugesprochen wird, dies jedoch nur bei „gemischten Störungsgruppen“ (ebd., S. 137), so erschien es sinnvoll und nötig, die Wirksamkeit der Personzentrierten Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapie spezifisch bei Angststörungen zu untersuchen.

Von besonderem Interesse ist dabei – in Anlehnung an die Kernfragestellungen der Effektivitätsforschung (vgl. z. B. Döpfner & Lehmkuhl, 2002) – ob die Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu einer Veränderung (Verbesserung, Stabilisierung, Verschlechterung) der zuvor standardisiert festgestellten Symptomatik führt, ob sich Auswirkungen auf andere Funktionsbereiche (Selbstwert, kognitive Entwicklung, Beziehungsgestaltung) zeigen und welche Variablen dabei im therapeutischen Prozess von Bedeutung sind.

So ergeben sich für die dargestellte Studie zur Erfassung der Wirksamkeit personzentrierter Kinderpsychotherapie bei Kindern mit einer Angststörung folgende **Hypothesen bzw. Fragestellungen**:

- (1) Ergeben sich durch die Personzentrierte Kindertherapie bei Kindern mit Angststörungen signifikante Veränderungen auf Symptomebene in den Dimensionen des ängstlichen Verhaltens (Vermeidung und soziale Unsicherheit) und Erlebens?
- (2) Ergeben sich durch die o. g. Therapie Veränderungen in anderen – möglichen komorbiden – Störungsdimensionen? Exemplarisch sollte wegen der hohen Komobidität (z. B. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007) die Entwicklung depressiver Symptomatiken untersucht werden.
- (3) Aufgrund des engen Zusammenhangs zwischen Angst-Störungen und geringem Selbstwert bzw. Selbstwirksamkeitserwartungen (zusammenfassend z. B. Fröhlich-Gildhoff, 2007) stellt sich die Frage, ob und welche Auswirkungen die o. g. Therapie auf die Selbstwerts- und der Selbstwirksamkeitserwartungen hat.
- (4) Ergeben sich durch die o. g. Therapie Veränderungen in Verhaltensdimensionen, die von anderen, v. a. den Eltern wahrgenommen werden?
- (5) Hat die o. g. Therapie Einfluss auf die kognitive Entwicklung der Kinder?
- (6) Welche Variablen im Prozess der Personzentrierten Kindertherapie lassen sich wann identifizieren und haben für die (möglichen) Veränderungen welche Bedeutung?

2. Überlegungen zum empirischen Vorgehen

2.1 Forschungsmethodische Implikationen – Diskurse der Psychotherapieforschung

Wirksamkeitsstudien in der Psychotherapieforschung haben sich in der Vergangenheit zumeist an dem sog. „Goldstandard“ der evidenzbasierten Medizin, dem Paradigma der

„randomized controlled trial“ (RCT) Studiendesigns orientiert. Nach diesem „Mainstreammodell“ (Orlinsky, 2008, S. 346) werden Wirkungen einer Intervention als effektiv beurteilt, wenn das therapeutische Vorgehen manualisiert beschrieben ist, nach kontrollierten Behandlungssettings (Laborbedingungen) vorgegangen wird und die PatientInnen randomisiert der Treatment- und der Kontrollbedingung zugeordnet werden. Einem solchen Vorgehen wird der höchste Evidenzgrad zugesprochen.

Mittlerweile wird dieses Modell relativ stark kritisiert. So wies schon 1995 der damalige APA-Vorsitzende M. E. Seligman darauf hin, dass die klassischen experimentellen „efficacy studies“ (randomized control-group studies) nicht ausreichen, um psychotherapeutische Prozesse in der Realität abzubilden; sie sollten ergänzt werden durch „effectiveness studies“, die beschreiben, wie sich PatientInnen unter aktuellen, „wirklichen“ Bedingungen im Feld entwickeln (Seligman, 1995). Der renommierte Psychotherapieforscher Orlinsky kommt in seinem Rückblick auf die Geschichte der Psychotherapieforschung zu dem vernichtenden Urteil: „Meiner Meinung nach steht fest, dass das vorherrschende Paradigma, dem die ‚Mainstream‘-Therapieforschung folgt, die menschlichen Realitäten der Psychotherapie nicht adäquat abbildet und aus diesem Grund nicht *wirklich* wissenschaftlich ist“ (Orlinsky, 2008, S. 347, Hervorh. im Original). Ein wesentlicher Vorwurf besteht darin, dass die kontrollierten Laborbedingungen die Wirklichkeit klinischen Handelns nicht abbilden, sondern sogar „dekontextualisieren“.

Neben dieser grundlegenden Kritik an der engen Orientierung psychotherapeutischer Forschung am naturwissenschaftlichen Paradigma – das im Übrigen von einer Vielzahl von WissenschaftlerInnen geteilt wird (z. B. Zurhorst, 2003; Strauß, 2008; Kächele & Strauß, 2008) – gibt es drei weitere konkrete Kritikpunkte: das unausgewogene Verhältnis zwischen interner und externer Validität (z. B. Strauß et al., 2010; S. 163), das Problem der Manualisierung (z. B. Auckenthaler, 2000, S. 215f) sowie die Unterschiede zwischen der (überwiegenden) Forschung unter Laborbedingungen und den realen Praxisbedingungen. Es wird insbesondere betont, dass die Komplexität praktisch-therapeutischen Handelns erfasst werden muss und dabei Forschungsergebnisse berücksichtigt werden müssen, „wonach der Erfolg einer Psychotherapie weit mehr von der Qualität der therapeutischen Beziehung, der Aufnahmebereitschaft des Klienten und anderen ‚unspezifischen Wirkfaktoren‘ abhängt als vom Einsatz einzelner Techniken“ (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky & Howard, 1986 zitiert nach Auckenthaler, 2000, S. 215). Auch Chatoor und Krupnick (2001) plädieren aufgrund einer Sichtung der Ergebnisse von Therapie-Wirksamkeitsstudien dafür, den unspezifischen „Behandlungs“-Faktoren mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Ähnlich

argumentieren Kächele und Strauß (2008, S. 408): „Angesichts der Tatsache, dass technische Aspekte einen vergleichsweise geringen Anteil an Ergebnisvarianz erklären, wird dafür plädiert, künftig vermehrt zur Qualität von Psychotherapeuten zu forschen und ‚empirisch validierten Psychotherapeuten‘ eher Leitlinien als Richtlinien vorzugeben“.

In allen Veröffentlichungen zum Thema Wirksamkeitsforschung (Heekerens, 2002; Döpfner & Lehmkuhl, 2002; Remschmidt & Mattejatt, 2001, 2003; Lambert & Barley, 2002; Norcross, 2002; Weisz & Jensen, 2001; Hibbs, 2001; Orlinsky, 2008) wird auf fehlende Studien, die unter realen Praxisbedingungen durchgeführt wurden, hingewiesen.

Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang die Unterscheidung zwischen efficacy und effectiveness: „Vereinfacht ausgedrückt kann man sagen, dass efficacy von der Wirksamkeit eines Verfahrens handelt, wie es unter Laborbedingungen durchgeführt wurde, während effectiveness die Wirksamkeit unter Feldbedingungen meint. Es gibt allen Grund zur Vermutung, dass unser Wissen über die Wirksamkeit von Psychotherapie vornehmlich Wissen über deren efficacy ist“ (Heekerens, 2002, S. 204). Remschmidt und Mattejat (2001) weisen in diesem Zusammenhang auf die bereits oben zitierte Forderung des APA-Vorsitzenden Seligman (1995) hin. Entsprechende Forderungen werden dann aufgestellt: „Neben den Effektivitätsstudien sind ... auch in zunehmendem Maße Studien zur klinischen Effizienz (effectiveness) nötig, die überprüfen, ob oder unter welchen Bedingungen der Transfer der als effektiv erwiesenen Methoden in die klinische Routine gelingen kann“ (Döpfner & Lehmkuhl, 2002, S. 191). Der Wunsch nach und die Notwendigkeit einer verstärkten effectiveness-Forschung trägt der Tatsache Rechnung, dass bis heute unklar ist, in welchem Umfang im Laborsetting erwiesenermaßen wirksame Methoden auch in der Praxis zum Nutzen der Patienten angewendet werden können.

2.2 Konsequenzen für eine praxisangemessene Forschung

Orlinsky (2008) schlägt als theoretische Forschungsgrundlage des Psychotherapieprozesses ein komplexes Modell vor, das therapeutisches Handeln in „individuelle, interpersonelle und kollektive psychobiologische Kontexte“ einbindet (ebd., S. 353) – und das therapeutische Geschehen eben *nicht* variablenisierend dekontextualisiert. Psychotherapieforschung steht also immer wieder vor der Herausforderung, die Komplexität der Wirklichkeit des therapeutischen Geschehens in einem Untersuchungsdesign abzubilden und eben diese Komplexität und Vielfalt von Wirkmechanismen nicht auf einzelne, scheinbar leicht zu isolierende Variablen zu reduzieren (vgl. Hein & Hentze, 2007).

Daraus ergeben sich Konsequenzen für eine gegenstandsgemessene Evaluation Personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unter Real (Praxis)-Bedingungen, die sich zugleich den grundsätzlichen wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Anforderungen stellt (vgl. Fröhlich-Gildhoff, Behr, Hufnagel & v. Zülow, 2003) – und die versucht wurden, in der referierten Studie umzusetzen:

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

- Es wird problematisch sein, eine strenge Zufallsverteilung in Behandlungs- und Kontrollgruppe vorzunehmen; in den praktischen Behandlungsstrukturen ergeben sich nicht zwei weitestgehend analoge Gruppen. Aus ethischen Gründen ist nicht vertretbar, mit Behandlungen so lange zu warten, bis die potentiellen PatientInnen in das Untersuchungssetting passen. Daher ist es sinnvoll, mit (nicht systematisch parallelierten) PatientInnen auf der Warteliste als Kontrollgruppe zu arbeiten; es läge somit eine ‚natürliche‘, kapazitätsbedingte Randomisierung vor. Hier spielt der Zeitpunkt der Anmeldung den ‚Zufallsgenerator‘ für eine Zuweisung zur Behandlungs- oder Kontrollgruppe.
- In der klinischen Realität treten Störungsbilder in der Regel nicht in „Reinform“ auf, sondern es gibt sehr oft eine Komorbidität. So stellen Döpfner und Lehmkuhl (2002) fest, dass „der Therapeut bei der Behandlung von psychisch auffälligen Kindern häufig mit Störungen konfrontiert ist, bei denen Probleme kombiniert auftreten und viele Lebensbereiche betroffen sind“ (S. 191); ebenso: Ihle und Esser (2002).
- Das Vorgehen in der Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist grundsätzlich nicht für jede therapeutische Interaktion genauestens durch Therapiemanuale zu beschreiben; dies entspricht nicht dem grundsätzlichen therapeutischen Ansatz (vgl. z. B. Weinberger, 2001; Schmidtchen 2001; Behr, Hölldampf & Hüsson, 2009) und der Dynamik des dyadischen Therapieprozesses (in dem ja gerade die Gestaltung der therapeutischen Beziehung als wesentliche Wirkvariable identifiziert ist, s. o.). So müssen andere Kriterien für die „Behandlungsimpementation“ (Belmann & Schneider, 2003) entwickelt werden. Denkbar ist hier eine Kontrolle über die Ausbildung der Therapeutenpersonen, die Art der Supervision und durch (breitere) Leitlinien für ein störungsspezifisches und zugleich therapieverfahrenkonformes Vorgehen.

(2) Die Evaluation kann sich nicht nur auf Erfolgsmaße wie Symptomreduktion beschränken. Döpfner und Lehmkuhl (2002) stellen fest, dass neben der Verminderung psychischer Auffälligkeiten „zunehmend jedoch auch andere Erfolgskrite-

rien in den Blickpunkt [rücken] – das Selbstkonzept, die kognitive Funktionsfähigkeit, das schulische und das psychosoziale Funktionsniveau oder die Lebensqualität des Patienten [...]. Es liegt nicht nur nahe zu vermuten, dass die Wirksamkeit von Interventionen mit den Erfolgskriterien variiert, es gibt in einigen Studien und Meta-Analysen empirische Hinweise darauf“ (S. 186). Entsprechend wird eine „multimodale und multimethodale Therapiekontrolle“ durch Instrumente wie Fragebögen, Interviews, direkte Beobachtung [...] gefordert (ebd.).

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

3. Methode

Die Untersuchung der Wirksamkeit der Personenzentrierten Psychotherapie bei Kindern mit Angststörungen sollte grundsätzlich im Vergleichsgruppendesign unter klinischen Praxisbedingungen erfolgen; dabei sollte Outcome- mit einer Prozessevaluation kombiniert werden; es sollten quantitative und qualitative Methoden eingesetzt werden.

Geplant war eine Prä-Post-Messung mit standardisierten Testverfahren und eine begleitende Prozessdokumentation mit Video sowie standardisierten Protokollbögen. Es wurde versucht, Prozesse und Ergebnisse aus mehreren Perspektiven (Kinder, Eltern, Therapeuten) zu analysieren.

Diese Vorhaben ließen sich bei einer begrenzten Stichprobe (n = 17 PatientInnen) realisieren; eine Vergleichsgruppe konnte jedoch nicht zusammengestellt werden. Dies hatte seine Ursache vor allem darin, dass es den teilnehmenden Psychotherapeutenpersonen nicht gelang, im Untersuchungszeitraum eine

ausreichend große Anzahl von PatientInnen für eine „Wartelistenkontrollgruppe“ zu rekrutieren; bei den wenigen infrage kommenden Kindern war eine Vergleichbarkeit der Ausgangswerte und -bedingungen mit der Behandlungsgruppe nicht gegeben.

Die Studie wurde im Zeitraum von Juni 2005 bis Dezember 2008 durchgeführt; es nahmen 15 *Psychotherapeutenpersonen* teil. Die Kinderpsychotherapien nach dem personenzentrierten Konzept wurden alle in den Praxen der niedergelassenen Therapeuten durchgeführt.

Die teilnehmenden Therapeuten wurden über Aufrufe in Verbandsorganen der personenzentrierten psychotherapeutischen Fachgesellschaften (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V., Fachverband Personenzentrierter Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen) zur Mitarbeit gewonnen. Dieses war ein mühseliger Prozess – der sich über einen langen Zeitraum hinzog –, weil es zum einen für die Praktiker eine Hürde (und zusätzliche Arbeit) darstellte, sich auf eine einheitliche, von außen vorgegebene Diagnostik und Dokumentation einzulassen. Zum anderen standen keine finanziellen Ressourcen zur Verfügung, um die Mehrarbeit der Therapeutenpersonen für die Studie (erweiterte Diagnostik, Videografie, Austausch mit dem Forschungsinstitut) zu finanzieren.

Die Therapien mit den 17 Kindern dauerten im Durchschnitt 14,5 Monate (Minimum 6 Monate und Maximum 39 Monate).

3.1 Diagnostik und eingesetzte Instrumente

Die *Diagnostik* sollte „sicher“ erfolgen und sich an den „Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter“ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007) bzw. an anderen anerkannten Diagnosekonzepten (z. B. Döpfner et al., 2000) orientieren. Die Auswahl der empirisch bewährten, standardisierten Diagnoseinstrumente orientierte sich an den o. g. Fragestellungen/Hypothesen:

- (1) Entsprechend der ersten Fragestellung/Hypothese fokussiert die Studie auf die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen (im Kindes- und Jugendalter) – entsprechend dem Anwendungsbereich 2 des WBP (2010). Die Absicherung und Kontrolle dieser Hauptdiagnose „Angststörungen“ – auf Symptomebene – erfolgte über die Instrumente Kinder-Angst-Test (KAT II, Form A) (Thumer & Thewes, 2000) und dem Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, Angstfragebogen – Fremd- und Selbstbeurteilung (DISYPS-KJ – DCL-ANG/FBB ANG) (Döpfner & Lehmkuhl, 2000).

- (2) Um das Ausmaß einer möglichen Komorbidität (und möglicher Veränderungen im Verlauf der Therapie) von Angststörungen und Depressionen zu erfassen, wurde diese zweite Diagnose (F 92.0 = Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung) mit dem Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ) (Stiensmeier-Pelster et al., 1989) überprüft.
- (3) Mögliche Veränderungen des Selbstwertgefühls der Kinder wurden über die Aussageliste zum Selbstwertgefühl bei Kindern und Jugendlichen (ALS) (Schauder, 1995); die Entwicklung der Selbstwirksamkeitserwartungen durch den Selbstwirksamkeitserwartungstest (SWE) (Jerusalem & Schwarzer, 1999) erfasst. Begleitend wurde eine Ressourcen-Skala für Kinder und Jugendliche (Auszug aus dem Evaluationssystem HESSE 2003, bearbeitet von Hufnagel & Fröhlich-Gildhoff) eingesetzt.
- (4) Das allgemeine Verhalten der Kinder (und mögliche Auffälligkeiten im internalisierenden bzw. externalisierenden Bereich) wurde über die Fremdeinschätzung (Eltern) durch die CBCL (Child Behavior Check List, dt. Version, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik, 1998) erfasst.
- (5) Ergänzend wurde ein IQ-Screening mittels CFT 20 (Weiß, 1998) durchgeführt, um mögliche Veränderungen der kognitiven Entwicklung im Verlauf der Therapie zu dokumentieren.
- (6) Um Variablen im Prozess der Personzentrierten Kindertherapie und ihre Bedeutung für (mögliche) Veränderungen zu identifizieren, erfolgte eine kontinuierliche Evaluation der Therapieprozesse mittels folgender Instrumente:
 - a. Drei Videoausschnitte (Beginn, Mitte, Ende)
 - b. Kurzeinschätzung nach jeder Sitzung (Kind und TherapeutIn)
 - c. Standardisierte Dokumentation der Therapiestunden durch TherapeutIn (Protokollbögen)
 - d. Standardisierte Dokumentation der Gespräche mit den Bezugspersonen durch TherapeutIn (Protokollbögen)
 - e. Fragebogen zur therapeutischen Beziehung für Kinder- und Jugendliche nach jeder 5.-7.Sitzung durch Kinder und TherapeutIn
 - f. Zielerreichungsskala

Auf die vielfältigen Ergebnisse der Prozessevaluation kann in diesem Artikel aus Platzgründen nicht eingegangen werden; diese werden in einer weiteren Publikation (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse i.V.) referiert.

3.2 Integrität des therapeutischen Handelns

Die Vereinbarkeit des jeweiligen Handelns der einzelnen PsychotherapeutInnen mit dem Personzentrierten Konzept wurde zum einen dadurch sichergestellt, dass die an der Studie

teilnehmenden TherapeutInnen eine Ausbildung in „Personzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“ nach den Richtlinien der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) e.V. abgeschlossen hatten. Zum anderen wurden „Leitlinien für die Personzentrierte Therapie von Kindern mit Angststörungen“ (Vorform des in diesem Band von Döring et al., dargestellten Konzepts) als verpflichtend vorgegeben. Darüber hinaus sollten zum Zwecke der Prozess-Evaluation (s. o.) einzelne Therapiestunden videografiert werden; hier erfolgte nach inhaltsanalytischer Auswertung und Strukturierung (nach den Grundprinzipien von Mayring, 1999, 2000) ein entsprechendes Rating (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, i.V.).

Für die Therapiedauer (Gesamt-Zeitrahmen, Anzahl der Sitzungen) und -frequenz sowie die Frequenz der Bezugspersonenkontakte wurden keine Vorgaben gemacht.

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

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

3.4 Stichprobe

Insgesamt haben an der Studie 17 Kinder im Alter zwischen sieben und 14 Jahren teilgenommen (sie wurden von 15 Therapeutenpersonen behandelt; zwei von ihnen brachten je zwei Kinder ein). Die Mehrzahl der Kinder, die an der Studie teilgenommen haben, ist weiblich (65 % weiblich, 35 % männlich).

Tabelle 1. Rückläufe der Testbögen

Testverfahren	Anzahl Rücklauf	
	t0	t1
Kinder Angst Test (KAT)	17 (100 %)	12 (71 %)
Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, Angstfragebogen – Fremdbeurteilung (DISYPS-KJ)	14 (82 %)	10 (59 %)
Depressionsinventar für Kinder/Jugendliche (DIKJ)	14 (82 %)	10 (59 %)
Aussagenliste zum Selbstwertgefühl (ALS)	14 (82 %)	10 (59 %)
Fragebogen zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE)	10 (59 %)	8 (47 %)
Ressourcenskala	13 (76 %)	9 (53 %)
Child Behaviour Check List (CBCL)	15 (88 %)	9 (53 %)
Intelligenzscreening (CFT 20)	10 (59 %)	2 (12 %)

Der Altersdurchschnitt der Therapiekinder betrug zu Beginn der Therapien 11;6 Jahre.

Allerdings liegen nicht für alle teilnehmenden Kinder alle Fragebögen vor. Pro Testverfahren liegen unterschiedlich viele Fragebögen vor, sodass nicht für alle Kinder zu zwei Zeitpunkten Vergleiche vorgenommen werden können (vgl. Tabelle 1).

4. Ergebnisse

Zur Ermittlung der Ergebnisse wurden die jeweiligen Werte der verschiedenen Testverfahren zu den zwei Erhebungszeitpunkten t0 und t1 mittels eines t-Tests für abhängige Stichproben miteinander verglichen; beim Vorliegen fehlender Voraussetzungen (Normalverteilung, geprüft mit Shapiro-Wilk-Test) wurden nonparametrische Tests (Wilcoxon-Test) durchgeführt. Somit wurde der Frage nachgegangen, ob sich (signifikante) Veränderungen in diesem Zeitraum ergeben haben (Signifikanzniveau $p < .05$). Es wurden mehrere Verfahren angewandt – allerdings erscheint eine Bonferroni-Alpha-Korrektur nicht nötig, da diese Tests unabhängig sind und nur zwei Messzeitpunkte vorlagen. Im Falle des Instruments DISYPS-KJ (Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, Angstfragebogen – Fremd- und Selbstbeurteilung, Döpfner & Lehmkuhl, 2000) wurde die Bonferroni-Korrektur berechnet, da sowohl Subskalen- als auch Gesamtest-Ergebnisse berichtet werden.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt analog der fünf Hypothesen/Fragestellungen:

4.1 Symptomveränderung

Das mögliche Ausmaß der Veränderung der Symptomatik wurde mit den standardisierten Testverfahren KAT und DISYPS überprüft:

(1) *KAT II*, Form A (Kinder-Angst-Test, Thumer & Thewes, 2000)

In diesem Testverfahren werden die Rohwerte geschlechtsspezifisch in einen Centilwert (C-Wert) umgerechnet. Die C-Wert-Skala hat einen Mittelwert von fünf Punkten. Der Bereich von einer Standardabweichung unterhalb bis einer Standardabweichung oberhalb des Mittelwerts wird als „Normalbereich“ bezeichnet. Ein Testergebnis von vier bis sechs Punkten entspricht

somit dem Normbereich. Als überdurchschnittlich ängstlich werden Kinder eingestuft, die sieben und mehr C-Punkte aufweisen. Kinder mit drei und weniger Punkten sind nicht ängstlich.

Der KAT wurde von allen Kindern (N=17) zu t0 ausgefüllt, davon 11 weiblich und sechs männlich. Die Mehrzahl war zum ersten Erhebungszeit t0 11 und 12 Jahre alt (50%). Das jüngste Kind war sieben, das älteste 14 Jahre alt. Zu t1 liegen 12 Fragebögen vor.

Zu t0 (N=17) waren 12% der Kinder nicht ängstlich, 53% lagen im oberen Normbereich und 35% waren überdurchschnittlich ängstlich. Zu t1 verringerte sich der Anteil der überdurchschnittlich ängstlichen Kinder auf 8,3%. Insgesamt ergibt sich eine signifikante Verbesserung ($p = 0,027$; Wilcoxon-Test): Der Mittelwert der C-Werte der Gesamtgruppe verringert sich von 6,42 (SD 2,71) auf 4,67 (SD 1,78).

Vergleicht man nur die kleine Gruppe der Kinder, die zu t0 überdurchschnittlich ängstlich waren mit ihren Ergebnissen zu t1, ergibt sich von N=5 (drei Jungen, zwei Mädchen) eine signifikante Verbesserung ($p = 0,013$). Hier verringert sich der Mittelwert von 9,00 (SD 1,00) auf 6,00 (SD 0,70).

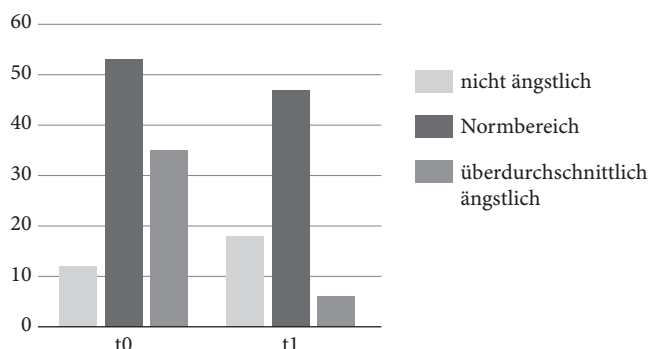


Abbildung 1. Vergleich der Ergebnisse des Kinder-Angst-Test zu Beginn und Ende der Therapie

(2) *DISYPS-KJ* (DCL-ANG/FBB ANG) (Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, Angstfragebogen – Fremd- und Selbstbeurteilung, Döpfner & Lehmkuhl, 2000)

Der Fragebogen erfasst verschiedene Angstformen (Trennungsangst, generalisierte Angst, soziale Angst und spezifische Phobie). Außerdem erlaubt er die Berechnung eines Gesamtscores für Angststörungen. Jede Subskala wird noch einmal unterteilt in einen Schweregrad, d.h. wie schwer die Angst eingestuft wird und eine Problemstärke, d.h. wie problematisch die Angst bewertet wird. Werte zwischen 0 und 0,5 zeigen keine

Tabelle 2. Ergebnisse des KAT

	t0 (vor Therapie)		t1 (Therapieende)		p-Wert für nicht paramet. Test	Effektstärke Cohen's d
	MW	SD	MW	SD		
KAT – C-Wert	6,42	2,71	4,67	1,78	0,027	0,90

Tabelle 3. Ergebnisse der Subskalen des DISYPS-KJ¹

Subskalen	t0		t1		P-Werte für nicht paramet. Test	Effektstärke Cohen's d
	MW	SD	MW	SD		
Trennungsangst Schweregrad	0,9	0,56	0,2	0,42	0,035	0,92
Trennungsangst Problemstärke	0,9	0,57	0,1	0,32	0,021	1,21
Generalisierte Angst Schweregrad	1,2	0,63	0,5	0,71	0,070	0,83
Generalisierte Angst Problemstärke	1,2	0,63	0,4	0,52	0,023	1,23
Soziale Angst Schweregrad	1,0	0,67	0,5	0,53	0,129	1,39
Soziale Angst Problemstärke	1,0	0,82	0,2	0,42	0,038	1,04
Spezifische Phobie Schweregrad	0,9	0,88	0,1	0,32	0,023	1,74
Spezifische Phobie Problemstärke	0,6	0,70	0,1	0,31	0,059	1,40
Gesamtwert Angststörung Schweregrad	1,25	0,46	0,13	0,35	0,007	2,72
Gesamtwert Angststörung Problemstärke	1,13	0,35	0,13	0,35	0,010	2,82

1 Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, Angstfragebogen – Fremdbeurteilung

Angst an, Werte zwischen 0,5 und 1,5 „ein wenig“; Ergebnisse zwischen 1,5 und 2,5 deuten auf eine „ziemlich/weitgehende“ Ausprägung hin und Werte zwischen 2,5 und 3,0 werden als „sehr/besonders“ stark interpretiert. Der Fragebogen wurde zu t0 von 14 Klienten ausgefüllt, zu t1 von 10, sodass 10 Vergleiche zwischen den Zeitpunkten möglich sind.

Ein Vergleich der Zeitpunkte t0 und t1 zeigt deutliche signifikante Verbesserungen: der Gesamtwert zeigt sowohl beim Schweregrad ($p = 0,07$; Wilcoxon-Test), als auch bei der Problemstärke ($p = 0,01$; Wilcoxon-Test) Signifikanzen auf. Der Mittelwert sinkt beim Gesamt-Schweregrad von 1,25 auf 0,13 und bei der Problemstärke von 1,13 auf 0,13. Ähnliche Werte sind in den Subskalen zu finden (vgl. Tab. 2).

4.2 Komorbidität

Entwicklung der Werte im Depressionsinventar (DIKJ) (Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche, Stiensmeier-Pelster et al., 1989)

Bei diesem Test wurden die Rohwerte in T-Werte umgerechnet. Ab einem Gesamtrohwert von 18 bzw. einem T-Wert von 61 können die Werte nach Angaben der Testautoren als auffällig bezeichnet werden. Der DIKJ wird von den Kindern selbst ausgefüllt.

Der DIKJ wurde zu t0 von 14 Kindern ausgefüllt, davon 57 % weiblich und 43 % männlich. Die Mehrzahl war zum ersten Erhebungszeit t0 10 und 12 Jahre alt (69 %). Das jüngste Kind war sieben, das älteste 14 Jahre alt. Zu t1 liegen 10 Fragebögen vor, die mit t0 verglichen werden können.

Der Mittelwert macht deutlich, dass die Kinder weder zu t0 noch zu t1 als auffällig klassifiziert werden können (MW t0: T = 53,64; MW t1: T = 47,40). Zu t0 sind drei von 14 Kindern

auffällig, zu t1 kein Kind mehr. Es ergeben sich keine signifikanten Veränderungen zwischen den Zeitpunkten.

4.3 Entwicklung des Selbstwertes und Selbstwirksamkeitserlebens

Zur Erfassung des Selbstwertes und des Selbstwirksamkeitserlebens der Kinder im Verlauf der Psychotherapie – und entsprechender Veränderungen wurden zu zwei Zeitpunkten (vor Therapiebeginn: t0, zum Therapieende: t1) drei standardisierte Testverfahren appliziert:

(1) **ALS** (Aussageliste zum Selbstwertgefühl bei Kindern und Jugendlichen, Schauder, 1995)

Bei diesem Selbstauskunfts-Fragebogen, wird der Selbstwert der Kinder ermittelt. Dabei werden drei Bereiche unterschieden: Schule, Freizeit und Familie. Aus diesen Bereichen wird außerdem ein Gesamtwert errechnet. Es werden immer die Rohwerte zugrunde gelegt. Die Werte werden unterschiedlich nach Geschlecht und Alter interpretiert.

Der Fragebogen wurde zu t0 von 14 Kindern (60 % weiblich, 40 % männlich), zu t1 von 10 Kindern ausgefüllt. Zu t0 weisen neun von 14 Kindern (65 %) ein „durchschnittliches Selbstwertgefühl“ auf, drei ein „deutlich negatives“ (21 %) und zwei Kinder ein „deutliches positives Selbstwertgefühl“ (14 %). Der Rohwert insgesamt zu t0 weist einen Mittelwert 36,88 (SD: 17,63). Zu t1 hat kein Kind mehr ein „negatives Selbstwertgefühl“, vier von zehn Kindern haben ein „deutlich positives“ und sechs Kinder ein „durchschnittliches Selbstwertgefühl“ (MW gesamt: 53,55; SD: 21,55). Die Veränderungen sind nicht signifikant.

(2) *SWE* (Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung – Jerusalem & Schwarzer, 1999)

Mit diesem Fragebogen wird die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung erfasst. Der Rohwert wird in einen T-Wert umgerechnet. Ein T-Wert von 49 gilt als durchschnittlicher Mittelwert mit einer Standardabweichung von vier, d.h. Werte zwischen 45 und 53 liegen im Normbereich. Werte darunter weisen auf eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung hin, Werte darüber auf eine hohe.

Der Fragebogen wurde zu *t0* von 10 Kindern (60 % weiblich, 40 % männlich), zu *t1* von 8 Kindern ausgefüllt. Zu *t0* liegen die Werte im unterdurchschnittlichen Bereich (MW: 40,38, SD: 8,38), zu *t1* steigen sie in den Normbereich (MW: 50,88, SD: 10,67). Die Verbesserungen sind nicht signifikant.

(3) *Ressourcen-Skala für Kinder und Jugendliche* (Auszug aus dem Evaluationssystem HESSE 2003, bearbeitet von Hufnagel & Fröhlich-Gildhoff)

Die Ressourcenskala erfasst, inwieweit bei einem Kind oder Jugendlichen Fähigkeiten vorhanden sind; die Ergebnisse werden in T-Werten dargestellt. T-Werte unter 40 bedeuten, dass (deutlich) „unterdurchschnittlich ausgeprägte Ressourcen“ vorhanden sind. T-Werte zwischen 40 und 60 bedeuten, dass „durchschnittlich viele Ressourcen“ vorliegen und T-Werte über 60 verweisen auf (deutlich) „überdurchschnittlich ausgeprägte Ressourcen“.

Die Ressourcenskala wurde zu *t0* von 13 Klienten ausgefüllt (54 % weiblich, 46 % männlich), zu *t1* von 9 Kindern. Zu *t0* weist der Mittelwert auf „durchschnittlich viele Ressourcen“ hin (MW: 54,55; SD 7,84), zu *t1* sind die Werte auf knapp „überdurchschnittlich ausgeprägte Ressourcen“ gestiegen (MW: 60,67; SD 9,05). Dadurch ergibt sich auch eine signifikante Verbesserung zwischen den beiden Zeitpunkten ($p = 0,034$). Zwischen den Geschlechtern sind keine signifikanten Unterschiede feststellbar.

Die Ergebnisse zu der Fragestellung einer möglichen Selbstwert-Entwicklung sind in folgender Tabelle zusammengefasst

Tabelle 4: Ergebnisse der Testverfahren zur Selbstwertentwicklung zu Beginn und Ende der Therapien

Test	t0		t1		Signifikanz
	MW	SD	MW	SD	
ALS ¹	36,88	17,63	53,55	21,55	n. s.
SWE ²	40,38	8,38	50,88	10,67	n. s.
Ressourcenskala	54,55	7,84	60,67	9,05	$p = 0,034$ (T-Test, Normalverteilung gegeben)

1 Aussagenliste zum Selbstwertgefühl
2 Selbstwirksamkeitserwartungen

4.4 *Allgemeines Verhalten der Kinder (und mögliche Auffälligkeiten im internalen bzw. externalen Bereich)*

Zur Erfassung des allgemeinen Verhaltens der Kinder wurde als Fremdeinschätzungsverfahren die *CBCL* (Child Behavior Check List, dt. Version, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik, 1998) eingesetzt.

Bei der *CBCL* werden zum einen Kompetenzen (Kompetenzskalen) erhoben, zum anderen Symptome in so genannten Syndromskalen. Hierbei wird unterschieden zwischen internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten (sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden, ängstlich/depressiv) und externalisierenden Skalen (soziale Probleme, schizoid/zwanghaft, Aufmerksamkeitsprobleme, dissoziales Verhalten, aggressives Verhalten).

Die Rohwerte werden in t-Werte umgerechnet und es wird unterschieden zwischen Kindern im Alter von 4–11 Jahren und 12–18 Jahren. Bei den Kompetenzskalen sind t-Werte über 40 unauffällig, Werte unter 37 werden als auffällig bezeichnet. Zwischen 37 und 40 liegt ein Grenzbereich. T-Werte der Syndromskalen unter 60 gelten als Normwerte, Werte über 63 als auffällig. Dazwischen wird ein Grenzbereich angenommen.

Der *CBCL* wurde von 15 Eltern der Kinder zu *t0* ausgefüllt, davon 60 % weiblich und 40 % männlich. Die Mehrzahl war zum ersten Erhebungszeit *t0* 11 und 12 Jahre alt (50 %). Das jüngste Kind war sieben, das älteste 14 Jahre alt. Zu *t1* lagen 9 Fragebögen vor.

Kompetenzskalen: Die Kompetenzskalen waren zu beiden Zeitpunkten unauffällig (MW = 52). Zu *t0* gab es nur ein Kind, das auffällige Werte erreichte. Dementsprechend war auch die Veränderung zwischen *t0* und *t1* nicht signifikant und es gab keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

Syndromskalen: Bei den Syndromskalen waren zu *t0* insgesamt 60 % der Kinder (N=15) im unauffälligen Bereich, 13 % im Grenzbereich und 27 % auffällig (MW: 69,00; SD 5,64). Externalisierend ergeben sich im Mittelwert keine Auffälligkeiten (MW: 59,00; SD 5,75). Bei den internalisierenden Skalen gab es mehr Auffälligkeiten: 93 % sind demnach als auffällig

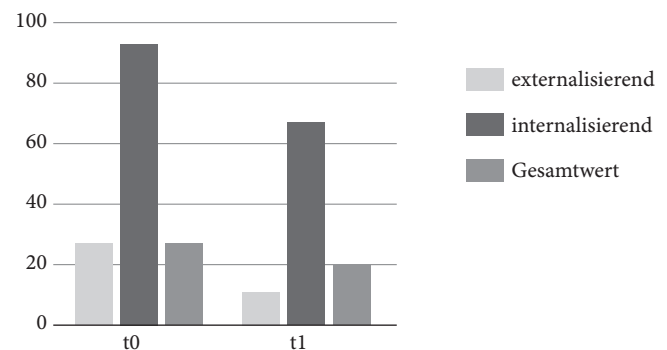


Abbildung 2. Vergleich der Syndromskalen der Child Behavior Checklist (CBCL) zu Therapiebeginn und -ende

Tabelle 5. Ergebnisse der Child Behavior Checklist (CBCL) zu Beginn und Ende der Therapien

Skala	t0		t1		p (Wilcoxon- Test)	Effektstärke Cohen's d
	MW	SD	MW	SD		
Syndromskalen gesamt	69,00	5,64	60,22	7,56	0,011	1,34
Internalisieren- des Verhalten	71,47	4,71	64,56	7,18	0,028	1,15
Externalisieren- des Verhalten	59,00	7,57	55,44	8,64	n. s.	0,34

einzustufen und 7% im Grenzbereich. Unauffällig war keines der 15 Kinder (MW: 71,47; SD 4,72).

Im Vergleich zu t1 (N=9) ergeben sich insgesamt signifikante Verbesserungen (p = 0,011). Der Mittelwert verbesserte sich auf 60,22. Auch bei den internalisierenden Skalen zeigte sich eine signifikante Verbesserung (p = 0,028). Zu t1 (Therapieende) waren nur noch 67% auffällig und 33% unauffällig (MW: 64,56; SD: 7,18). Bei den externalisierenden Skalen haben sich keine großen Veränderungen ergeben, diese waren zu beiden Zeitpunkten unauffällig. Zwischen den Geschlechtern zeigten sich keine Unterschiede.

4. Kognitive Entwicklung: CFT 20 (Weiß, 1998)

Der CFT 20 ist ein Intelligenz-Screening, der zum einen den IQ entsprechend des Alters erfasst, zum anderen auch einen IQ, der mit Schulstandardwerten verglichen wird. Die Rohwerte werden in IQ-Werten dargestellt, wobei der Mittelwert bei 100 liegt mit einer Standardabweichung von 15.

Der Test wurde zu t0 mit 10 Kindern durchgeführt (58% weiblich, 41% männlich), zu t1 liegen allerdings nur zwei Tests vor, sodass ein Vergleich zwischen t0 und t1 nicht durchgeführt werden kann. Die IQ-Werte zu t0 liegen alle im Normbereich (MW: 99,3; SD: 11,49), ein Kind liegt über dem Durchschnitt.

4.6 Ermittlung der mittleren Gesamt-Effektstärken¹

Für eine statistische Auswertung der möglichen Effekte des Treatments wurden zunächst die Effektstärken der Einzeltests berechnet. Anhand der Effektstärke Cohen's d (1988) wird eine Größe des jeweiligen Effekts beschrieben. Dabei indiziert nach Cohen 0,2 einen kleinen Effekt, 0,5 einen mittleren und 0,8 einen großen Effekt. Zur Berechnung von Cohen's d erfolgt ein Mittelwertvergleich mit Relativierung an der Standardabweichung. Wird in einer Interventionsstudie davon ausgegangen wird, dass

¹ Ein besonderer Dank geht an Dagmar Hölldampf (PH Schwäbisch Gmünd) für die Unterstützung bei der Berechnung der Effektstärken.

die auftretenden Effekte nicht in allen Studien gleich, sondern unterschiedlich sind, da die Effekte von verschiedenen Parametern abhängen (Probanden, Störungen etc.), wird zur Berechnung das random-effects-model gewählt. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich die möglichen Effekte normal verteilen. In diesem Fall werden die Effekte, resultierend aus den verschiedenen Instrumenten, behandelt, als ob es sich um verschiedene Studien handeln würde. Jedoch wird für die Varianz lediglich die within-studies variance betrachtet und nicht die between-studies

variance, da es sich um die gleichen Probanden aus einer Population handelt. Das weight (w), die gewichtete Effektstärke, entsteht aus der invertierten Varianz der Effektstärken.

Für diese Studie ergab sich eine gemittelte Effektstärke = 1,224 und ein Standardfehler = 0,242. Daraus ergibt sich ein Z-Wert von 5,056, was bei beidseitiger Signifikanztestung am Wert von 1,96 eine hohe Signifikanz zeigt.

5. Diskussion

Mit der vorgestellten Studie gelang es, die Wirksamkeit Personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie innerhalb des deutschen Psychotherapiesystems bei einem spezifischen Störungsbild – Angststörungen – in einem naturalistischen Design nachzuweisen; die Effektstärke von ES = 1,22 weist auf sehr große (positive) Effekte der Therapie hin. Signifikante Verbesserungen zeigten sich insbesondere in den standardisierten Instrumenten, die die Veränderungen der Symptomatik erfassen (Selbsteinschätzung über den Kinder Angst Test sowie die störungsbezogenen Subskalen des DIPSYS-KJ). Diese Entwicklung wird durch die Fremdeinschätzung der Eltern (signifikant positive Veränderungen in der Skala internalisierendes Verhalten im CBCL und dessen Gesamtskala) bestätigt.

Positive, jedoch nicht signifikante Veränderungen sind ebenfalls im begleitend applizierten Depressionsinventar DIKJ erkennbar. Die aus anderen Studien (z. B. Ihle & Esser, 2002) bekannte Komorbidität zwischen Angst- und Depressionssymptomen zeigte sich auch in der vorliegenden Untersuchung. In den gleichfalls – wegen dem Zusammenhang zum Konstrukt Angst – begleitend eingesetzten Ressourcen- und Selbstwertskalen ergaben sich ebenfalls positive Effekte, wenn gleich diese nicht immer signifikant waren. Insgesamt zeigte sich also – wenn auch bei einer kleinen Stichprobe –, dass die Kinder von der Personzentrierten Psychotherapie nicht nur auf der Symptomebene, sondern darüber hinaus genereller auf der Ebene des Selbstwertes und der (Weiter-) Entwicklung persönlicher Ressourcen profitiert haben. Geschlechtsspezifische Unterschiede waren nicht festzustellen.

Insgesamt sind die Ergebnisse der standardisierten Verfahren der vorliegenden Studie somit gut kompatibel zur bisherigen Forschung der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern mit Angststörungen (z. B. Schneider & In-Albon, 2010; Schneider, 2006; Essau, 2003). Im Unterschied zu diesen verhaltenstherapeutisch orientierten Darstellungen kann jetzt auch die Wirkung personenzentrierter Kindertherapie aufgezeigt werden. Neben der Symptomverbesserung wurden auch Anzeichen für Entwicklung der kindlichen Ressourcen und eine Steigerung des Selbstwertes deutlich.

Im Verlauf der Untersuchung wurden einige Probleme der Psychotherapieforschung unter realen Praxisbedingungen (bei einem sehr begrenzten Budget) deutlich: Das systematische Vorgehen entsprechend dem Studiendesign trifft bei vielen Praktikern nicht ‚automatisch‘ auf positive Resonanz: Die gewohnten Abläufe der Diagnostik, Dokumentation, aber auch dem therapeutischen Vorgehen müssen an eine von außen (vom Forschungsinstitut) vorgegebene Logik bzw. Systematik adaptiert werden. Auch wenn kein eng manualisiertes, sondern ein eher praxisgerecht an Leitlinien orientiertes therapeutisches Handeln erwartet – und über die Therapieprotokolle ‚kontrolliert‘ – wurde, stießen solche Vorgaben nicht selten zunächst auf Widerstand. Erschwerend war sicherlich die Tatsache, dass das Engagement der teilnehmenden Therapeutenpersonen nicht adäquat finanziell ausgeglichen werden konnte. Entsprechend hoch musste das Engagement der begleitenden Forscherinnen und Forscher sein, um den Kontakt zu den Therapeuten zu halten, sie zu motivieren, den Rücklauf der eingesetzten Instrumente zu sichern usw.

Empirisch zeigten sich zwei Grundschwierigkeiten, die letztlich nicht gelöst werden konnten:

a) Der Rücklauf der applizierten Fragebögen gestaltete sich unterschiedlich, in allen Fällen gab es Quoten fehlender Fragebögen zu t₁, teilweise bis zu 50 %. Auf Nachfragen wurde deutlich, dass dies mit den Belastungen der jeweiligen teilnehmenden Therapeuten zusammenhing, die aus verschiedensten Gründen Fragebögen nicht beharrlich genug von Eltern einforderten, die Durchführung eines Tests zu t₁ „vergaßen“ etc.

b) Es konnte – trotz großem Aufwand – keine Wartekontrollgruppe mit einer ausreichend großen Zahl zusammengestellt werden. Dies lag überwiegend daran, dass die Therapeuten ‚vor Ort‘ nicht ausreichend zu motivieren waren, die entsprechenden diagnostischen Verfahren konsequent z. B. bei Anmeldung eines Kindes einzusetzen und dieses dann länger warten zu lassen. Trotz des Fehlens der Kontrollgruppe können die erzielten positiven Veränderungen in einen systematischen Zusammenhang mit der therapeutischen Intervention gebracht werden; hierfür sprechen die Effekte in allen durchgeführten standardisierten – klinischen – Verfahren, aber auch

die Analysen der Prozessdokumente (Videos, Therapieprotokolle). Nach den Anerkennungskriterien des WBP können auch Studien wie die vorliegende *ohne* Vergleichsgruppendesign für die Beurteilung der Wirksamkeit eines Verfahrens herangezogen werden sofern sie eine adäquate allgemeine methodische Qualität erfüllt, sich ausreichend interne und externe Validität feststellen lässt, und der Therapieeffekt sowohl durch eine die Ergebnisse signifikante Prä-Post-Veränderung als auch die klinische Bedeutsamkeit der erreichten Veränderung nachgewiesen sei (WBT, 2010, S. 20f.)

Es wäre wünschenswert, Studien wie diese mit besserer finanzieller Ausstattung durchführen zu können; einige der o.a. Probleme könnten dadurch gemildert werden. Hier ist zu hoffen, dass bei der Vergabe von Forschungsmitteln stärker naturalistische Studien mit besonderer Beachtung der externen Validität Berücksichtigung finden – und eine Mittelvergabe sich nicht primär an der Erfüllung der RCT-Kriterien orientiert. Trotz der Mühen war die Zusammenarbeit zwischen Forschungsinstitut und teilnehmenden Therapeuten und Therapeutinnen) sehr spannend und für beide Seiten ‚befruchtend‘ – allein deswegen sollte dieser Dialog vertieft gefördert und fortgesetzt werden.

Eine letzte Bemerkung soll der Weiterentwicklung der Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (PTKJ) selbst gelten: In der Studie wurden erstmals Leitlinien zur Behandlung zugrunde gelegt. Ein solches Vorgehen ist für die PTKJ neu, wurde aber von den beteiligten Therapeuten als hilfreich – besonders für die Selbstreflexion – angesehen (vgl. Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, i.V.). Dies ermutigt zur Erarbeitung von Leitlinien auch für unterschiedliche weitere Störungsbilder.

Literatur

- Arbeitsgruppe Kinder- Jugendlichen- und Familiendiagnostik. (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/4-18, deutsche Version)* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Auckenthaler, A. (2000). Die Manualisierung der Psychotherapie: Ziele und Implikationen. In: J. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S. 213–223). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Beelmann, A. & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32(2), 129–143.
- Behr, M. (2009). Die interaktionelle Therapeut-Klient-Beziehung in der Spieltherapie – Das Prinzip der Interaktionsresonanz. In: M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 37–58). Göttingen: Hogrefe.

- Behr, M., Hölldampf, D. & Hüsson, D. (2009b). Beziehung als Methode – Theorien und personenzentrierte-interaktionelle Behandlungskonzepte bei Kindern, Jugendlichen, Eltern und Familien. In: M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 13–28). Göttingen: Hogrefe.
- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Büch, H. & Döpfner, M. (2011). Behandlung sozialer Ängste im Kindesalter mit einem individualisierten kognitiv-behavioralen Therapieprogramm (THAZ – Soziale Ängste) – Konzeption und Ergebnisse einer Pilotstudie. *Verhaltenstherapie*, 2011, 21(1), 41–47.
- Chatoor, I. & Krupnick, J. (2001). The role of non-specific factors in treatment outcome of psychotherapy studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 10, Supplement 1, I/19–I/25.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.). (2007). *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002). Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 184–193.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D. & Petermann, F. (2000). *Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (Leitfaden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Bd. 2)*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). *Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*, 2. Auflage. (DISYPS-KJ; hier: DCL-ANG/FBB ANG Angstfragebogen – Fremd- und Selbstbeurteilung). Bern: Huber.
- Döring, E. (2011a). Personenzentrierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. In: S. B. Gahleitner, K. Fröhlich-Gildhoff, M. Schwarz & F. Wetzorke (Hrsg.), *Ich sehe was, was Du nicht siehst... Gemeinsamkeiten und Unterschiede verschiedener Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 89–103). Stuttgart: Kohlhammer.
- Döring, E. (2011b). Traumatherapie mit Kindern. In: C. Wakolbinger, M. Katsivellaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula. (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. 3. Internationale Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 219–238). Norderstedt: BoD.
- Döring, E., Füßner, M., Steinhauser, H. & Zülw, v. C. (2012, in diesem Heft). Personenzentriertes Entstehungsmodell für Angststörungen im Kindes- und Jugendalter und Handlungsleitlinien für die Psychotherapie. Person,
- Essau, C. A. (2003). *Angst bei Kindern und Jugendlichen*. München: Reinhardt.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Hufnagel, G. & Jürgens-Jahnert, S. (2003). Auf dem Weg zu einer Allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Die Praxis ist weiter als die Therapieschulen. In: Dittrich, R. & Michels P. (Hrsg.), *Auf dem Weg zu einer Allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Behr, M., Hufnagel, C. & v. Zülw, C. (2003). Zum Stand der Wirksamkeitsforschung in der Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 34(4), 197–206.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (i.V.). *Prozessanalysen personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern mit Angststörungen*. Freiburg: ZfKJ.
- Goetze, H. (2009). Filialtherapie – Konzept, Praxis und Wirksamkeit. In: M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 78–98). Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1994). Psychotherapie ohne Grenzen – von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 26(3), 357–370.
- Heekerens, H.-P. (2002). Wirksamkeit der personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte* (2. Auflage) (S. 195–208). Göttingen: Hogrefe.
- Hein, J. & Hentze, K.-O. (2007) (Hrsg.). *Das Unbehagen an der (Psychotherapie-)Kultur*. Bonn: Dt. Psychologen Verlag.
- Hibbs, E. D. (2001). Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 10, Supplement 1, I/3–I/11.
- Hockel, C. M. (2011). *Personenzentrierte Kinderpsychotherapie*. München: Reinhardt.
- Hölldampf, D. & Behr, M. (2009). Wirksamkeit Personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Personenzentrierte Methoden und interaktionelle Behandlungskonzepte* (S. 319–339). Göttingen: Hogrefe.
- Hölldampf, D. & Behr, M. (2011). Wirksamkeit Personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: C. Wakolbinger, M. Katsivellaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula. (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. 3. Internationale Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 365–394). Norderstedt: BoD.
- Hufnagel, G. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2003). *Ressourcen-Skala für Kinder und Jugendliche* (Auszug aus dem Evaluationssystem HESSE 2003). Homberg/E: Landeswohlfahrtsverband.
- Hüsson, D. (2011). Personenzentrierte Therapie mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. In: C. Wakolbinger, M. Katsivellaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula. (Hrsg.) (2011). *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder. 3. Internationale Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 343–358). Norderstedt: BoD.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 159–169.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1999). *Skala zur Erfassung von Lehrer und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren*. SWE Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung. Berlin: Freie Universität. Verfügbar unter www.userpage.fu-berlin.de/health/~gemsal.html. Zugriff am 2. 12. 2011.
- Kächele, H. & Strauß, B. (2008). Brauchen wir Richtlinien oder Leitlinien für psychotherapeutische Behandlungen? *Psychotherapeut*, 2008, 53(6), 408–413.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (p. 17–32). Oxford: University Press.
- Mayring, P. (1999). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (4. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlag Union.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. In: *Forum Qualitative Sozialforschung* (Online-Journal). 1(2).
- Möller, C. & Petermann, U. (2011). Kurz- und langfristige Effekte des Trainings mit sozial unsicheren Kindern. *Verhaltenstherapie*, 2011, 21(1), 15–22.
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: University Press.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In: A. E. Bergin & L. S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 311–381). New York: Wiley.

- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy. In A. E. Bergin; & L. S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 270–376). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E. (2008). Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung. Die Kritik des herrschenden Forschungsparadigmas mit Korrekturvorschlägen. *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 58(9/10), 345–354.
- Petermann, F. (Hrsg.) (2000). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & M. (o. J.) *Modul Psychische Gesundheit (Bella-Studie)*. Zugriff am 26. 8. 2011. Verfügbar unter http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/neu_ppt_Bella_Ravens-Sieberer.pdf
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (2001). The component model of treatment in child and adolescent psychiatry: Theoretical Concept and empirical results. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 10, Supplement 1, I/26–I/45.
- Remschmidt, H. & Mattejat, F. (2003). **Therapieevaluation bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen.** *Deutsches Ärzteblatt*, (100) 16, 896–902.
- Schauder, T. (1995). *Aussagenliste zum Selbstwertgefühl bei Kindern und Jugendlichen (ALS)*. Weinheim: Beltz.
- Schmidtchen, S. (2001). *Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneider, S. & In-Albon, T. (2010). Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter. Evidenzbasierte Diagnostik und Behandlung. *Psychotherapeut*, 2010, 55(6), 525–540.
- Schneider, S. (2006). Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. Behandlungsbedarf und Behandlungsmöglichkeiten. *Psychotherapeut*, 50, 99–106.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The consumer reports study. *American Psychologist*, 50, 965–974.
- Stiensmeier-Pelster, J., Schürmann, M. & Duda, K. (1989) *Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ)*. Göttingen: Hogrefe.
- Strauß, B., Hautzinger, M., Freyberger, H., Eckert, J. & Richter, R. (2010). Wie wissenschaftlich fundiert sind Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Psychotherapie? Methodenkritische Anmerkungen zur Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 24. 4. 2008 im Zusammenhang mit der Nutzenbewertung der Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen. *Psychotherapeutenjournal*, 2010, 9 (2), 160–168.
- Strauß, B. (2008). Die Zukunft der Psychotherapieforschung – David Orlinskys Visionen. *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 58(9/10), S. 341–342.
- Thumer, F. & Thewes, U. (2000). *Kinder Angst Test II (KAT II)*. Göttingen: Hogrefe.
- Wakolbinger, C., Katsivellaris, M., Reisel, B., Naderer, G. & Papula, I. (Hrsg.) (2011). *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder*. 3. Internationale Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Norderstedt: BoD.
- WBP (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie) (2010). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG. Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie*. Verfügbar unter <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Methodenpapier28.pdf>
- Weinberger, S. (2001). *Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung*. Weinheim: Beltz.
- Weisz, J. R. & Jensen, A. L. (2001). Child and adolescent psychotherapy and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 10, Supplement 1, I/12–I/18.
- Weiß, R. H. (1998). *Grundintelligenztest Skala 2 (CFT 20) mit Wortschatztest (WS) und Zahlenfolgentest (ZF)*. Handanweisung (4., überarbeitete Auflage). Göttingen: Westermann Test.
- Zurhorst, G. (2003). Eminenz-basierte, Evidenz-basierte oder Ökologisch-basierte Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 2, (2), 97–104.