

# Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Katathym Imaginativer Psychotherapie (KIP) bei Jugendlichen

Teil I der Studienergebnisse – Daten zum Zeitpunkt  
des Studienbeginns

Brigitte Fiala-Baumann, Eva Bänninger-Huber  
Universität Innsbruck

## I. Einleitung

### 1. Überblick Inhalt

In diesem Artikel sollen die ersten Ergebnisse einer naturalistischen Längsschnittstudie über die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Katathym Imaginativer Psychotherapie (KIP) bei Jugendlichen vorgestellt werden. Das Datenmaterial umfasst quantitative und qualitative Daten und ist relativ umfangreich. Es werden daher in diesem Artikel die Ergebnisse des ersten Messzeitpunktes, also des Studienbeginns vorgestellt. Auch soll zuvor ein Einblick über die untersuchten Gruppen sowie die verwendeten Instrumente gegeben werden. Es werden bereits zu Beginn der Studie einige Resultate (Symptomatik, Beziehungsgestaltung, Vaterthema) sichtbar, die im Verlauf der Untersuchung weiterverfolgt werden sollen. Ein wichtiger Teil der Studie ist auch der Einsatz des KIP-spezifischen Motivs »Blume« im psychotherapeutischen Verlauf. Das Blumenmotiv, auch »Blumentest« (Leuner 1985), wurde dabei zu diagnostischen Zwecken halbjährlich über ein Jahr, also insgesamt dreimal eingestellt.

### 2. Überblick Forschungsstand

Die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen steht in den letzten Jahren vermehrt im Interesse der Öffentlichkeit. Einerseits nehmen mehr Eltern Hilfe in Form von psychotherapeutischer Behandlung in Anspruch, andererseits lässt sich im klinischen Alltag (Wienand 2012, S. 279) eine zunehmende

Unsicherheit der Bezugspersonen in Bezug auf das Erziehungsverhalten beobachten. Auch wird diskutiert, ob es eine Zunahme an (schweren) Störungsbildern bei Jugendlichen gibt (Sevecke et al. 2014) und es steigt die Anzahl an Publikationen im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. So führten Abass et al. (2013) eine Metaanalyse durch, in welche 11 psychodynamische Kurzzeitpsychotherapien mit Kindern und Jugendlichen Eingang fanden. Eine weitere Metaanalyse von Zhou et al. (2015) umfasste 52 Studien zu Depressionen bei Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichen Psychotherapierichtungen.

Die öffentliche Hand zollt dem Rechnung (TLP-Report 2012): In Tirol etwa wurden 2009 115 Minderjährige über das »Tiroler Modell«, ein Sachleistungsangebot für Psychotherapie der Tiroler Gebietskrankenkasse behandelt (die TGKK ist derzeit der größte Versorger im Bereich Psychotherapie, die kleineren Kassen holen allerdings auf). 2011 waren es schon 233 Kinder und Jugendliche, die über das Tiroler Modell behandelt wurden.

Im Jahr 2015 (Landesversammlung des TLP 2015) führte die Gebietskrankenkasse ein Zusatzkontingent für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ein, es wurden 431 Kinder und Jugendliche nach dem Sachleistungsmodell behandelt. Zusätzlich etablieren sich immer mehr Gruppenangebote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Auch im Bereich der Säuglingspsychotherapie gibt es vermehrt Angebote an Gruppen und Eltern-Kind Psychotherapie. Einige davon (z. B. im Rahmen der »Frühen Hilfen«) werden über die öffentliche Hand finanziert (BM für Gesundheit 2014).

Das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichte 2014 eine Richtlinie für die psychotherapeutische Arbeit mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen und legte darin wesentliche Inhalte für die Psychotherapie mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen fest. Außerdem wurde eine Weiterbildung durch entsprechende Curricula empfohlen.

Derzeit werden Ausbildungscurricula der verschiedenen Psychotherapieinstitute zur Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vom BM geprüft. Wer bei einem zertifizierten Ausbildungsverein ein Curriculum absolviert, darf den Weiterbildungstitel »Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in« tragen und wird dort in eine Liste eingetragen, die über das Bundesministerium abrufbar ist. Ziel ist das Führen einer Gesamtliste. Diese Standards sollen dazu dienen, die Qualität im Bereich der Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu verbessern und abzusichern.

In der Forschung hinkt der Bereich Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie leider hinterher. Es wird in diesem Bereich insgesamt weniger geforscht und psychodynamische Methoden werden noch weniger beforscht als etwa CBT-Ansätze. Fonagy (2003, S. 131) bemängelt die abgehobene Einstellung

vieler Kinderpsychoanalytiker und empfiehlt Psychotherapieforschung, um zu einer Haltung des Fragens, der Ungewissheit und der Entwicklung («questioning, uncertainty and progress») zu kommen.

Eine mögliche Ursache für den immer noch bestehenden Mangel an Forschung bei den tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien und Psychoanalysen wird darin gesehen, dass kognitiv-behaviorale Verfahren häufiger an Universitäten (also an den Orten, an denen der Großteil der Evaluationsstudien durchgeführt wird) praktiziert werden. Tiefenpsychologische Lehrstühle im deutschsprachigen Raum sind unterrepräsentiert. Auch die geringe Präsenz tiefenpsychologisch fundierter Verfahren im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Klinischen Psychologie im deutschsprachigen Raum könnte ein Grund für das geringere Forschungsaufkommen sein (Krischer 2013, S. 88).

Dazu scheint es so zu sein, dass sich TherapeutInnen generell und vor allem psychodynamisch orientierte davor scheuen, sich über die Schulter schauen zu lassen (Seiffge-Krenke 2010). Der Schutz des therapeutischen Raumes wird häufig als gefährdet gesehen, aber auch eine mögliche Einflussnahme auf das Übertragungsgeschehen wird befürchtet.

Für die Psychotherapieforschung allerdings ist Beobachtung wichtig, vor allem die Beobachtung mit Hilfe von audiovisuellen Verfahren gewinnt an Bedeutung. Eine ausführliche Auseinandersetzung zum Thema videogestützte Psychotherapieforschung findet sich in einer aktuellen Publikation der Psychotherapieforschungsgruppe EMKONT der Universität Innsbruck (Bänninger-Huber 2016).

Im Bereich der Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, in der Folge kurz SKJ-Psychotherapie genannt, sind diese Forschungstechniken besonders wichtig; es darf nämlich nicht vergessen werden, dass sich die psychotherapeutische Arbeit in vielen Punkten von der mit Erwachsenen unterscheidet. Setting, Indikation und Dauer der Therapie sind meistens anders. Dazu spielt das soziale Umfeld eine große Rolle. Das wirkt sich auch auf die Untersuchungsmethoden aus. Untersuchungen im SKJ-Alter sind unter Umständen »aufwändiger«. Es braucht kontrollierte Beobachtungen, Aufzeichnungen, sowie Bild- und Tonaufnahmen der Therapien. Dazu kommt, anders als in der Erwachsenenpsychotherapie, dass die Eltern ein Teil des therapeutischen Geschehens sind und daher mituntersucht werden sollten. Untersuchungen sind also aufwändiger auch im Sinne von »teurer«.

Der vorliegende Artikel soll sich intensiver mit der Psychotherapieforschung bei Jugendlichen beschäftigen. Jugendliche sind immer ein Spiegel der Gesellschaft in der sie leben und sollten daher im Bereich der Forschung vermehrt Interesse finden. Meistens geben Jugendkulturen Hinweise auf Trends in einer Gesellschaft (Reis 2016). Noch mehr sind Probleme von Adoleszenten dabei immer deutliche Seismographen für die Probleme einer Gesellschaft (Burian-Langegger 2005). Umso wichtiger ist die Beschäftigung mit Themen des Jugendalters: Wie

geht es den Jugendlichen mit ihren altersgemäßen Konflikten? Wie gehen sie mit den Elternbeziehungen um, wie mit den peers? Wo gibt es Belastungen und vor allem wann wird es zuviel?

Das Jugendalter stellt per se eine Übergangszeit dar, es ist der Weg vom Kind zum erwachsenen Menschen. Wir erleben in diesem Alter starke Veränderungsprozesse. Es ist eine Zeit im Leben eines Menschen, die besonders sensibel ist. Entsprechend sensibel müssen Jugendliche im therapeutischen Prozess »abgeholt« werden. Der Aufbau einer psychotherapeutischen Beziehung bei Jugendlichen gestaltet sich aber oft schwierig (Chiba 2013): entwicklungsbedingt gibt es Labilisierung und Widerstände, Angst vor Abhängigkeit bei gleichzeitigem Unabhängigkeitsstreben, Schwierigkeiten bei der Etablierung und Aufrechterhaltung eines Arbeitsbündnisses (siehe hohe Abbruchrate von Therapien im Jugendalter weiter unten!), alterstypische Neigung zum Agieren und nicht zuletzt die Mehrfachrollen der TherapeutInnen, um nur einige Erschwernisse zu nennen.

Die Katathym Imaginative Psychotherapie mit ihren vielfältigen kreativen Möglichkeiten ist daher in der Jugendlichenpsychotherapie ein besonders gutes und brauchbares Instrument. Sie nimmt mit ihrer Möglichkeit der Symbolbildung im Rahmen der Imaginationen eine Art Brückenfunktion ein zwischen Kindsein und Erwachsenwerden, PatientIn und TherapeutIn, Reden und Nichtredenwollen ...

Die Psychotherapieforschung bemüht sich, die genannten Prozesse genauer zu untersuchen und zu verstehen. Dieser Wissenschaftsbereich gewinnt in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung, nicht zuletzt dadurch, dass von öffentlicher Seite vermehrt Wirksamkeitsnachweise für Psychotherapie gefordert werden. Was die KIP betrifft so liegen bisher für den Erwachsenenbereich zwei publizierte Studien vor (Wietersheim et al. 2001, Sachsse et al. 2016) sowie die ÖGATAP-Studie (im Druck).

Allerdings gibt es derzeit keine wissenschaftliche Studie im Bereich der KIP mit Jugendlichen. Es war daher ein Ziel dieser Arbeit einen ersten Forschungsbeitrag zu leisten. Dabei sollte die Wirksamkeit der Katathym Imaginativen Psychotherapie anhand der Symptomreduktion und der Verbesserung der Beziehungen der Jugendlichen untersucht werden. Auch sollte das KIP-spezifische Element der Imagination anhand des mehrmaligen Einstellens des Motivs »Blume« untersucht werden.

## II. Methode

Die vorliegende Studie wurde als naturalistisch-prospektive Längsschnittstudie gestaltet. Eine klinische Gruppe von Jugendlichen wurde mit einer Kontrollgruppe nicht behandelter Jugendlicher verglichen. Einbezogen wurden auch die Eltern der Patientinnen und Patienten sowie diejenigen der Kontrollgruppe.

Insgesamt fanden vier Messzeitpunkte (drei plus eins) statt. Der erste Messzeitpunkt lag im Zeitraum der ersten fünf Psychotherapiestunden. Zwei weitere Messzeitpunkte fanden jeweils ein halbes Jahr später statt. Es gibt also drei reguläre Messzeitpunkte verteilt über ein Jahr.

Zusätzlich war eine katamnestiche Untersuchung ein halbes Jahr nach Ende der Psychotherapie geplant. Diese konnte allerdings nur mit 15 Jugendlichen durchgeführt werden, 10 Jugendliche hatten die Psychotherapie abgebrochen, die übrigen fünf waren ein halbes Jahr nach Therapieende nicht mehr erreichbar. Im Idealfall liegen also vier Messungen über einen Zeitraum von eineinhalb Jahren vor.

Als Therapieabbruch wurde gewertet, wenn die Psychotherapie entgegen der Empfehlung von TherapeutInnenseite beendet wurde. Es gibt im Erwachsenenbereich Hinweise auf Abbruchraten zwischen 20 % und 50 % (Ruppert 2014), je nachdem ob Erstgespräche ohne weiteren Therapieverlauf mitgezählt wurden. Die hohe Zahl an Abbrüchen von 30 % und mehr ist auch im Jugendalter nicht unüblich.

Die Rekrutierung erfolgte ab März 2013. Angefragt wurden alle KIP-Therapeutinnen und Therapeuten mit abgeschlossener Ausbildung und eingetragenem Schwerpunkt für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Österreich und Südtirol. Diese wurden schriftlich informiert und um Teilnahme gebeten. Außerdem wurde die Studie bei nationalen KIP-Seminaren, bei ÖGATAP Jour fixen, sowie am Institut für Erziehungshilfe (einer großen ambulanten Psychotherapieeinrichtung in Wien) mehrmals vorgestellt und die Teilnahme beworben. Die Rekrutierung endete im März 2015.

Schließlich erklärten sich 16 weibliche und 2 männliche Therapeutinnen und Therapeuten zur Teilnahme bereit. Die Mehrzahl der TherapeutInnen war in freier Praxis tätig. 10 waren sowohl in freier Praxis, als auch in einer Institution bzw. Klinik psychotherapeutisch tätig. Die TherapeutInnengruppe setzte sich aus 10 PsychologInnen, 3 ÄrztInnen und 3 PädagogInnen zusammen, 2 hatten andere Quellenberufe. Die therapeutische Tätigkeit wurde dabei im Durchschnitt seit 13 Jahren (variiert zwischen 5 und 24 Jahren) ausgeübt.

Die klinische Gruppe bestand aus 30 Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren, die zwischen März 2013 und März 2015 eine ambulante KIP Therapie begannen. Einschlusskriterium in die Studie war bei der klinischen Gruppe eine krankheitswertige Diagnose nach ICD 10. Ausschlusskriterien waren eine schizophrene oder schizoaffective Psychose und eine schwere neurologische Erkrankung. Da die Fragebögen als paper-pencil Tests ausgegeben wurden, war ein weiteres Ausschlusskriterium die deutliche Schwierigkeit zu lesen oder sich verbal auszudrücken.

Die PsychotherapeutInnen wurden gebeten, nach Achse 1 und Achse 6 des ICD-10/MAS (Remschmidt et al. 2012) zu diagnostizieren. In Tabelle 1 sind die verschiedenen Störungsbilder (= Achse 1) der Erstdiagnosen zu sehen:

Tabelle 1: Beschreibung der Störungsbilder in der Klinischen Gruppe

Es werden die absoluten und relativen Häufigkeiten dargestellt, N gibt dabei die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Gruppe an.

Störungsbild	Jungen	Mädchen	Gesamt
	(N = 9)	(N = 21)	(N = 30)
	N (%)	N (%)	N (%)
Angststörung	3 (33,3 %)	4 (19,0 %)	7 (23,3 %)
Depressive Störung	2 (22,2 %)	5 (23,8 %)	7 (23,3 %)
Essstörung	0 (0,0 %)	6 (28,6 %)	6 (20,0 %)
Anpassungsstörung	0 (0,0 %)	3 (14,3 %)	3 (10,0 %)
Emotionale Störung	3 (33,3 %)	0 (0,0 %)	3 (10,0 %)
PTBS	0 (0,0 %)	3 (14,3 %)	3 (10,0 %)
Hyperkinetische Störung	1 (11,1 %)	0 (0,0 %)	1 (3,3 %)

Am häufigsten waren als Erstdiagnose Angststörungen und depressive Störungen, wobei Jungen mehr Angststörungen und Mädchen mehr depressive Störungen hatten. Essstörungen kamen nur bei Mädchen vor. 17 Jugendliche hatten nur eine Diagnose, 13 Jugendliche hatten zwei oder mehr Diagnosen.

Im Bereich der globalen Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (= Achse 6) waren 14 Jugendliche im Bereich 3 (mäßige soziale Beeinträchtigung), 10 Jugendliche im Bereich 2 (leichte soziale Beeinträchtigung), 4 Jugendliche im Bereich 1 (mäßige soziale Funktion) und 2 Jugendliche im Bereich 4 (ernsthafte soziale Beeinträchtigung).

Für die Kontrollgruppe wurde zunächst versucht, entweder eine TAU (= treatment as usual) Gruppe oder eine Wartegruppe zu rekrutieren. Beides erwies sich trotz motivierter Zusammenarbeit von Kinder- und JugendpsychiaternInnen und psychotherapeutischen KollegInnen als schwer möglich. In Österreich werden kaum Jugendliche z. B. psychiatrisch nur medikamentös behandelt und es gibt so gut wie keine längeren Wartegruppen. Jugendliche, die akut keinen Psychotherapieplatz finden, werden oft in größeren Abständen an Ambulanzen behandelt oder an Beratungsstellen verwiesen, wo sie z. B. psychologische Beratung bekommen.

Es wurde daher entschieden, eine Kontrollgruppe von unbehandelten Jugendlichen zu wählen. Diese Gruppe bestand aus 46 Jugendlichen im Alter von 12–18 Jahren und konnte an vier verschiedenen österreichischen Schulen rekrutiert werden. Die Jugendlichen durften zum Zeitpunkt der Untersuchung keine psychotherapeutische oder psychologische Behandlung in Anspruch nehmen. Die Kontrollgruppe wurde dabei nach den Merkmalen Ähnlichkeit in Alter und Geschlecht rekrutiert, um eine gute Vergleichbarkeit mit der klinischen Gruppe zu gewährleisten.

Tabelle 2: Beschreibung der Stichprobe der klinischen- und der Kontrollgruppe

Es werden die absoluten und relativen Häufigkeiten dargestellt, N gibt dabei die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Gruppe an.

	PatientInnen (N = 30)	Kontrollgruppe (N = 46)
Alter: MW (SA)	14,4 (1,9)	14,6 (1,8)
Geschlecht:	N (%)	N (%)
Männlich	9 (30,0%)	18 (39,1%)
Weiblich	21 (70,0%)	28 (60,9%)
Befragte Mütter:	28 (93,3%)	43 (93,5%)
Befragte Väter:	13 (43,3%)	39 (84,8%)
Wohnsituation:		
Bei den Eltern	14 (50,0%)	39 (86,7%)
Bei Mutter und Partner	2 (7,1%)	3 (6,7%)
Bei Vater und Partnerin	0 (0,0%)	1 (2,2%)
Bei Mutter alleine	10 (35,7%)	1 (2,2%)
Andere	2 (7,1%)	1 (2,2%)
Fehlend	2	1
Beziehungsform der Eltern:		
Leben zusammen	6 (20,0%)	6 (13,0%)
Getrennt/geschieden	14 (46,7%)	8 (17,4%)
Verheiratet	6 (20,0%)	32 (69,6%)
Nie zusammen gelebt	2 (6,7%)	0 (0,0%)
Durch Tod getrennt	1 (3,3%)	0 (0,0%)
andere	1 (3,3%)	0 (0,0%)
Frühere Behandlungen:		
Keine	17 (56,7%)	
Medizinisch	6 (20,0%)	
Psychotherapeutisch	3 (10,0%)	
Psychologisch	2 (6,7%)	
Andere	2 (6,7%)	

MW = Mittelwert; SA = Standardabweichung

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Zusammensetzung der klinischen- und der Kontrollgruppe bezüglich Geschlecht, Alter, Wohnsituation, Beziehungsform der Eltern und bei der klinischen Gruppe frühere Behandlungen.

21 Patientinnen waren weiblich, 9 Patienten männlich. Die Kontrollgruppe verteilt sich mit 28 Mädchen und 18 Jungen ähnlich. Auch der Altersdurchschnitt

mit 14,4 für die PatientInnen und 14,6 für die Kontrollgruppe ist sehr ähnlich und damit gut vergleichbar. Interessant ist, dass prozentuell nahezu gleichviele Mütter in der PatientInnen und Kontrollgruppe teilgenommen haben (93,3 % und 93,5 %), die Befundlage bei den Vätern jedoch anders ist. Bei den befragten Vätern konnten in der PatientInnengruppe nur knapp die Hälfte (43,3 %) gewonnen werden, in der Kontrollgruppe sind es immerhin beinahe doppelt so viele (84,8 %). Auffallend ist, dass es in der PatientInnengruppe mehr getrennte Eltern gibt: Bei den PatientInnen geben 46,7 % an, dass die Eltern getrennt oder geschieden sind, während das im Vergleich nur bei 17,4 % der Kontrollgruppe der Fall ist. Zudem geben Jugendliche aus der PatientInnengruppe vermehrt an, »keinen oder wenig« Kontakt zum leiblichen Vater zu haben. Die Wohnsituation der Jugendlichen entspricht dabei den obigen Befunden: In der PatientInnengruppe wohnen »nur« 50 % bei beiden Eltern, in der Kontrollgruppe sind es 86,7 %.

Hier werden bereits im Bereich der soziodemographischen Daten Hinweise sichtbar, die später auch im Bereich der Symptombelastung und im Beziehungserleben deutlicher werden: Jugendliche, die alleinerziehend aufwachsen und wenig/keinen Kontakt zum leiblichen Vater haben, scheinen anfälliger für die Entwicklung psychischer Störungen zu sein. Interessant an dieser Stelle ist zu erwähnen, dass es bei 29 von 30 jugendlichen PatientInnen einen leiblichen Vater gibt (ein Vater ist verstorben), es aber wenig/keinen Kontakt zu vielen Vätern gibt und nur knapp die Hälfte der Väter der PatientInnen zu Beginn der Studie teilgenommen hat.

### III. Durchführung

Das Konzept der Studie wurde vor Beginn der Ethikkommission der Universität Innsbruck vorgelegt, begutachtet und befürwortet. Eine Auflage der Ethikkommission war die vollständige Anonymisierung der Daten und der jederzeitige Ausstieg der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der Studie. Es wurde daher die Zustimmung aller Eltern und Jugendlichen schriftlich eingeholt und die Eltern und Jugendlichen wurden vor Testbeginn über die Fragestellung und den Ablauf der Studie verbal und schriftlich informiert. Sie wurden außerdem darüber aufgeklärt, dass sie ihre Zustimmung jederzeit widerrufen und aus der Studie aussteigen können. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde Anonymität zugesichert. Um diese zu gewährleisten, wurden die Daten vollständig über ein Codiersystem verschlüsselt.

Zusätzlich musste die Begutachtung und Befürwortung der Studie durch einen Psychiater erfolgen. Dies wurde von Dr. Georg Sojka, Psychiater und Neurologe, Kinder- und Jugendpsychiater in Wien vorgenommen.

## IV. Untersuchungsvariablen

Es wurde eine methodische Kombination aus quantitativen und qualitativen sowie KIP-spezifischen Messinstrumenten gewählt, um die Variablen Symptombelastung und Beziehungsgestaltung zu untersuchen.

### I. Quantitativ

#### *1.1 Symptombelastung:*

Für die akute Belastung (letzte sieben Tage) wurde die »Symptomcheckliste-Symptom Check List« (Derogatis 1977) in der Langversion SCL-90-S über alle Messzeitpunkte eingesetzt. Dieser Fragebogen wurde an die klinische Gruppe und an die Kontrollgruppe ausgegeben.

Für die Symptombelastung der letzten sechs Monate wurde der Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen CBCL 4–18 (Döpfner 1994b) in Parallelversion mit dem Fragebogen für Jugendliche YSR 11–18 (Döpfner 1994a) eingesetzt. Dieser Fragebogen wurde dabei über alle Messzeitpunkte durchgeführt und von beiden Jugendlichengruppen sowie deren Müttern und Vätern ausgefüllt.

#### *1.2. Beziehungserleben*

Hier wurde der Elternbildfragebogen EBF-KJ (Titze, Lehmkuhl 2010) bei allen Jugendlichen durchgeführt. Dieser Fragebogen gibt die internen Beziehungsrepräsentanzen aus Sicht der Jugendlichen zu Mutter und Vater der letzten fünf Jahre wieder und wurde daher nur zu Therapiebeginn bei beiden Jugendlichengruppen durchgeführt.

### 2. Qualitativ

#### *2.1. Symptombelastung*

Mittels halbstrukturierter Interviews wurde um eine Einschätzung des Beschwerdebildes von Seiten der Jugendlichen, der Mütter und der Väter gefragt. Hier wurde nur die klinische Gruppe befragt.

#### *2.2 Beziehungserleben*

Mittels halbstrukturierter Interviews wurde nach der Art der Beziehungen zu Mutter, Vater und Peers, gefragt. Diese Interviews wurden mit beiden Jugendlichengruppen durchgeführt.

### 3. KIP-spezifische Untersuchung

Um die Symptombelastung und das Beziehungserleben auch KIP-spezifisch zu untersuchen, wurde mit der KIP-Technik der Imagination gearbeitet. Aus den verschiedenen Motiven der KIP, die für die Imagination verwendet werden können, wurde das Motiv »Blume« in dieser Studie als Einstiegsimagination verwendet. Der so genannte »Blumentest« wurde ursprünglich von Leuner (1985) zu diagnostischen Zwecken verwendet. Es sollte nach Leuner damit über die Indikation zur KIP entschieden und auch eine Behandlungsprognose gestellt werden.

Das Blumenbild ist ein Motiv, das üblicherweise als erste Imagination eingesetzt wird. Es erlaubt erste diagnostische Einschätzungen, was das Strukturniveau angeht und gibt Hinweise auf Ich-Funktionen und die Qualität der Objektbeziehungen.

Es gibt seit einigen Jahren gute Erfahrungen von KollegInnen, den Blumentest als projektives Verfahren im Rahmen einer diagnostischen Abklärung einzusetzen (Schnallinger 2012). In der vorliegenden Studie wurde versucht, einen Schritt weiterzugehen. Der Blumentest wurde halbjährlich diagnostisch zusätzlich zu den anderen Testverfahren eingesetzt, im Idealfall also dreimal. Dabei wurde mit den teilnehmenden Therapeutinnen und Therapeuten vereinbart, den Blumentest zu Therapiebeginn als erste Imagination und im weiteren Verlauf »zusätzlich« zu den laufenden Motiven des Therapieprozesses einzustellen.

In Berichten von teilnehmenden TherapeutInnen wurde die halbjährliche Testung nicht wie anfänglich befürchtet von den PatientInnen als irritierend erlebt, sondern es war offensichtlich bei den meisten Jugendlichen möglich, für die Testung kurzzeitig aus dem laufenden Prozess »aus- und wieder einzusteigen«.

Die Imagination zum Blumenbild wurde entweder auf Tonband aufgenommen oder schriftlich festgehalten, transkribiert und qualitativ ausgewertet. Das Datenmaterial zum Blumenmotiv befindet sich noch in der Auswertungsphase. Inhaltliche Details können daher leider erst zu einem späteren Zeitpunkt berichtet werden.

## V. Ergebnisse

Es werden die quantitativen Ergebnisse des ersten Messzeitpunktes-Studienbeginn sowie ein Teil der qualitativen Auswertung dargestellt.

### 1. Quantitative Daten

Die Beschreibung der soziodemographischen und klinischen Eigenschaften der Stichproben erfolgte anhand relativer und absoluter Häufigkeiten sowie mit Hilfe von Mittelwerten und Standardabweichungen. Die Fragebögen wurden entsprechend der Vorgaben der jeweiligen Testmanuale ausgewertet. Vergleiche

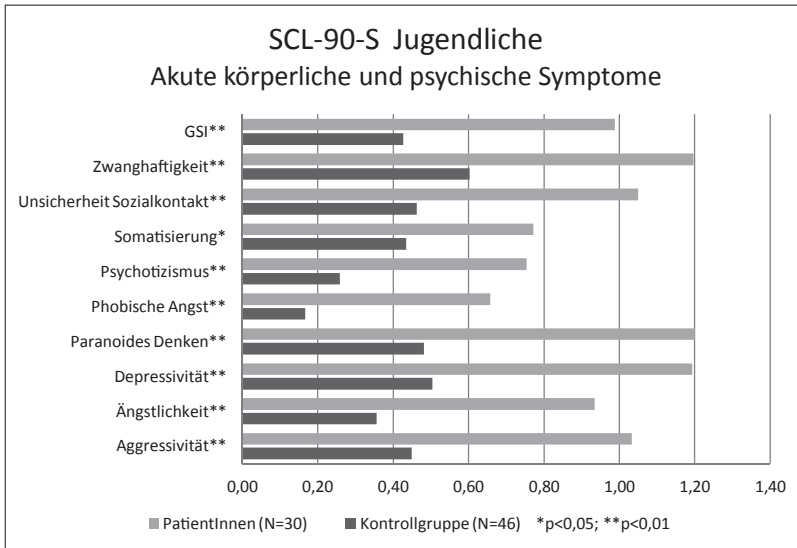
der PatientInnen- und Kontrollgruppe in Hinblick auf die Skalenwerte der Fragebögen erfolgten mittels Mann-Whitney-U-Tests. Dieser nicht-parametrische Test wurde auf Grund der nicht-normalverteilten Skalenwerte und der Gruppengrößen gewählt. Die statistischen Analysen wurden mit Hilfe der Software IBM SPSS Statistics 21.0 durchgeführt.

Alle verwendeten Fragebögen sind erprobte und gut validierte Instrumente.

1.1. *Symptom Checkliste – SCL-90-S:*

Die SCL-90-S (Derogatis 1977) misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen bis heute. Sie kann für Jugendliche ab 12 angewendet werden. Der Fragebogen umfasst 90 Items. Die Beurteilung erfolgt anhand einer fünfteiligen Likertskala: (0 = überhaupt nicht, 1 = ein wenig, 2 = ziemlich, 3 = stark, 4 = sehr stark). Neun Skalen beschreiben die Bereiche »Aggressivität/Feindseligkeit«, »Ängstlichkeit«, »Depressivität«, »Paranoides Denken«, »Phobische Angst«, »Psychotizismus«, »Somatisierung«, »Unsicherheit im Sozialkontakt« und »Zwanghaftigkeit«. Der GSI, als globaler Kennwert, misst die grundsätzliche psychische Belastung.

Diagramm 1: SCL-90-S



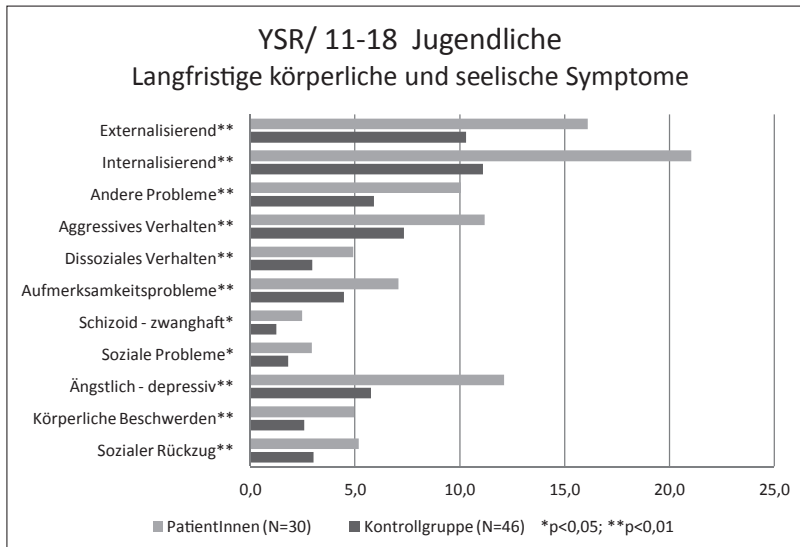
Bei der Auswertung der akuten körperlichen und psychischen Symptombelastung zeigten sich in allen Skalen hochsignifikante Unterschiede zwischen der klinischen Gruppe und der Kontrollgruppe. Einzig bei der Skala »Somatisierung« sind die Unterschiede »nur« auf dem 5 % Niveau signifikant. Das bedeutet, dass

die Jugendlichen der klinischen Gruppe zum Zeitpunkt des Psychotherapiebeginns in allen großen seelischen Belastungsbereichen (Angst, Depressivität, Aggressivität, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Somatisierung) bis hin zu schwereren Symptomen (paranoide, psychotische Hinweise) starke Beeinträchtigungen aufweisen.

### 1.2 Fragebogen für Jugendliche – YSR/11–18:

Der Fragebogen für Jugendliche – YSR/11–18 (Döpfner et al. 1994a) dient der Selbsteinschätzung von Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Auffälligkeiten, somatischen Beschwerden sowie sozialen Kompetenzen durch Kinder und Jugendliche im Schulalter. Die Aussagen beziehen sich auf die letzten sechs Monate. Im ersten Teil werden Kompetenzen des Kindes/Jugendlichen erfragt, der zweite Teil besteht aus 112 Items, in denen Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und körperliche Beschwerden beschrieben werden. Beurteilt wird anhand einer 3-teiligen Likertskala (0 = trifft nicht zu, 1 = trifft manchmal/ein wenig zu und 2 = trifft oft/sehr oft zu). Es gibt 8 Syndromskalen: »Sozialer Rückzug«, »Körperliche Beschwerden«, »Angst/Depressivität«, »Soziale Probleme«, »Schizoid/Zwanghaft«, »Aufmerksamkeitsstörung«, »Dissoziales Verhalten«, »Aggressives Verhalten« und eine Zusatzskala »Andere Probleme«. Aus den Syndromskalen werden Skalen zu internalisierendem und externalisierendem Verhalten gebildet.

Diagramm 2: YSR/11-18 Jugendliche



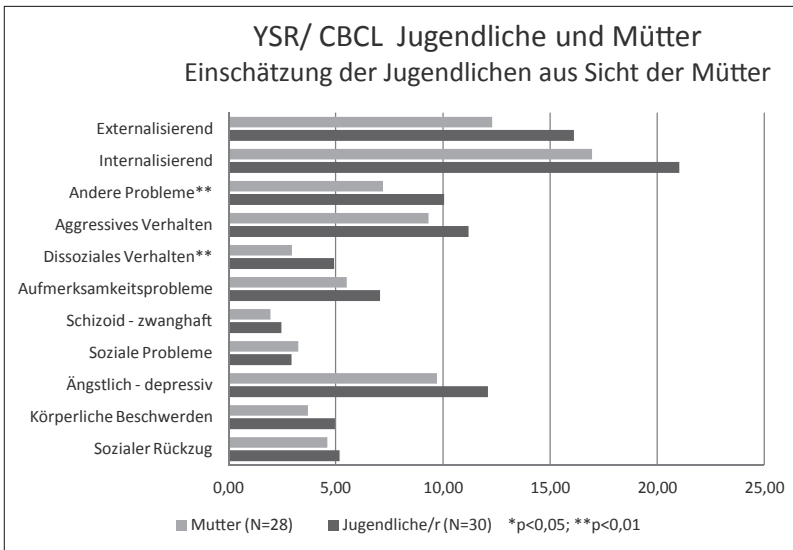
Die statistische Auswertung ergab bei neun Skalen hochsignifikante Gruppenunterschiede, bei zwei Skalen signifikante Unterschiede auf dem 5 % Niveau. Die

Jugendlichen aus der PatientInnengruppe geben mehr aggressives und dissoziales Verhalten an, sie erleben sich außerdem ängstlicher und depressiver als die Vergleichsgruppe. Dazu beschreiben sie mehr soziales Rückzugsverhalten, soziale Probleme und körperliche Beschwerden, sowie Probleme im Aufmerksamkeitsbereich. Außerdem geben sie mehr zusätzliche Probleme (etwa Schulangst, Schlafschwierigkeiten, Alpträume) an als die Kontrollgruppe. Auch die Unterschiede in den Skalen »schizoide-zwanghafte Tendenzen« und »soziale Probleme« sind auf dem 5% Niveau signifikant. Die Unterschiede zwischen beiden Gruppen betreffen also nicht nur kurzfristige Belastungen (erfasst durch den SCL-90-S), sondern auch die Belastungen über einen längeren Bereich.

1.3 Elternfragebogen zum Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL):

Die Child Behavior Checklist (CBCL/ 4–18, Döpfner et al. 1994b) dient der Erfassung der oben genannten Bereiche aus Sicht der Eltern. Der Fragebogen umfasst dieselben Skalen wie der Fragebogen für Jugendliche YSR. Die Einschätzungen der Mütter und der Väter wurden getrennt ausgewertet und jeweils mit den Selbsteinschätzungen der Jugendlichen verglichen. Diagramm 3 zeigt die Einschätzungen der Mütter im Vergleich zu den Selbsteinschätzungen der Jugendlichen. Diagramm 4 zeigt die Einschätzungen der Väter im Vergleich zu den Selbsteinschätzungen der Jugendlichen.

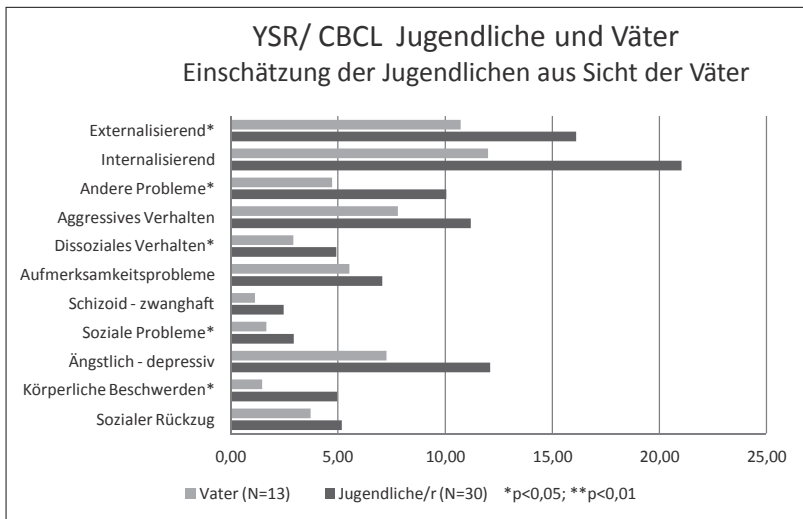
Diagramm 3: YSR/ CBCL – Mütter und Jugendliche/r



Die Einschätzungen der Mütter der Patientinnen und Patienten unterscheiden sich hoch signifikant in der Skala »Andere Probleme« (z. B. »isst schlecht«, »schläft schlecht«) und der Skala »Dissoziales Verhalten« (z. B. »lügt«, »stiehlt«). Die

Jugendlichen erleben sich also in den genannten Bereichen als signifikant stärker belastet als die Mütter dies wahrnehmen. In den anderen Skalen finden sich keine signifikanten Unterschiede. In diesen Bereichen stimmen die Mütter überwiegend mit den Jugendlichen überein. Insgesamt bedeutet dieses Resultat, dass die Mütter die Jugendlichen ähnlich wahrnehmen wie diese sich selbst, nämlich als belastet. Zusätzliche Belastungen in Form von »leichteren« somatischen Beschwerden (Schlafprobleme, Alpträume, Probleme mit dem Essen) und dissozialem Verhalten, das vielleicht eher außerhalb des Familienrahmens stattfindet, werden nicht wahrgenommen.

Diagramm 4: YSR/ CBCL – Vater und Jugendliche/r



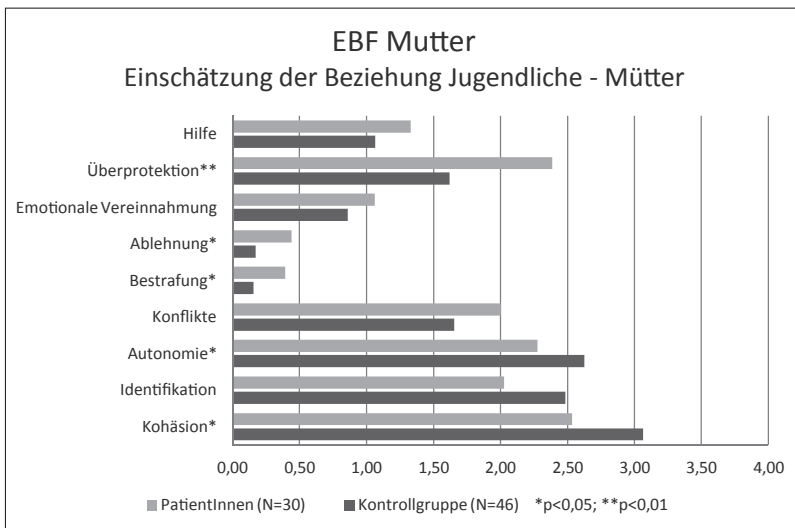
Wir finden Signifikanzen im Bereich der externalisierenden Skalen (Skala »Dissoziales Verhalten« und »Aggressives Verhalten« zusammengefasst) und im Bereich der Skalen »Andere Probleme«, »Dissoziales Verhalten«, »Soziale Probleme« und »Körperliche Beschwerden«. Auffallend ist, dass die Väter die Jugendlichen in den genannten Bereichen als signifikant weniger belastet einschätzen als die Jugendlichen sich selbst. Interessant ist auch, dass beide Elternteile die Bereiche »Andere Probleme« und »Dissoziales Verhalten« anders als die Jugendlichen wahrnehmen. Dissoziales Verhalten (Stehlen, Lügen, Vandalismus, Alkoholkonsum) findet häufig außer Haus statt und die genannten anderen Probleme (Schlafprobleme, Nägeln kauen, Alpträume) sind vielleicht zu »leicht« für die Eltern, um wahrgenommen zu werden. Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Väter eine noch schlechtere Einschätzung des seelischen Zustandes ihres Kindes haben als die Mütter. Die Väter erleben die Jugendlichen auch in den Bereichen »soziale Probleme« und »körperliche Beschwerden« als signifikant weniger belastet als die Jugendlichen sich selbst.

Es stimmt nachdenklich, dass die Hälfte der Väter der PatientInnen »abwesend« ist, sei es durch Trennung, schlechten Kontakt und/oder Loyalitätskonflikte der PatientInnen mit der Mutter. Die andere Hälfte, die an der Studie teilgenommen hat, liegt in der Einschätzung über die Jugendlichen relativ daneben.

1.4 Elternbildfragebogen für Kinder und Jugendliche – EBF-KJ:

Der Elternbildfragebogen für Kinder und Jugendliche EBF-KJ (Titze, Lehmkuhl 2010) ist ein Fragebogen zur Qualität der Eltern-Kind-Beziehung aus der Sicht von Kindern und Jugendlichen. Der EBF-KJ basiert auf der theoretischen Annahme, dass sich aus den Beziehungserfahrungen der Kinder mit Mutter und Vater im Laufe der Kindheit eine für jedes Elternteil spezifische internalisierte Beziehungsrepräsentation entwickelt. Diese Beziehungsrepräsentationen beeinflussen die Bewältigung von psychischen und sozialen Entwicklungsanforderungen und Krisen. Der EBF-KJ erfragt anhand von jeweils 36 Items für Mutter und Vater ein ausgewähltes Spektrum an familienpsychologisch und empirisch begründeten Ressourcen- und Risikofaktoren der Eltern-Kind-Beziehung. Diese umfassen das Ausmaß an (1) Kohäsion, die (2) Identifikation mit den Eltern und (3) die erlebte Autonomie (= Ressourcenskalen), weiters (4) Konflikte mit den Eltern, (5) unangemessene Bestrafung, (6) erlebte Ablehnung oder Gleichgültigkeit der Eltern, (7) emotionale Vereinnahmung und (8) Überprotektion durch die Eltern (= Risikoskalen). Als Zusatzskala wird lebenspraktische Hilfe für die Eltern erfragt. Beurteilt wird auf einer fünfteiligen Likertskala (0 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = selten).

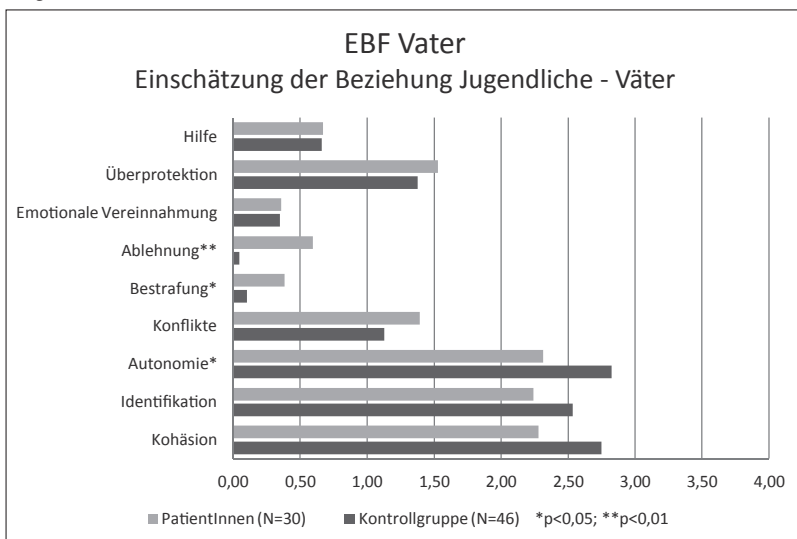
Diagramm 5: EBF Mutter



Bei den Einschätzungen der Mütter durch die Jugendlichen zeigen sich signifikante Unterschiede in 5 von 9 Skalen, wobei die Skala »Überprotektion« hochsignifikant ist. Im Bereich der Risikoskalen »Überprotektion«, »Ablehnung«, »Bestrafung« erleben die Jugendlichen ihre Mütter signifikant ängstlicher und besorgter als die Jugendlichen der Kontrollgruppe. Zusätzlich erleben sie signifikant mehr Ablehnung und Bestrafung durch die Mütter. Ungünstigerweise kommt hinzu, dass sie im Bereich der Ressourcenskalen »Autonomie« und »Kohäsion« signifikant weniger Unterstützung erleben als die Jugendlichen der Kontrollgruppe. Das bedeutet insgesamt für die PatientInnen mehr Verhalten von Seiten der Mütter, das restriktiv und belastend ist bei gleichzeitiger Gewährung von weniger Autonomie und Anlehnung (= Kohäsion). Diese Befunde lassen vermuten, dass Mütter von PatientInnen womöglich mit restriktivem Verhalten versuchen, die Jugendlichen zu führen und Struktur anzubieten, wo etwas fehlt: mangelnde Unterstützung durch den »Dritten«, den Vater. Eventuell gibt es auch einen Mangel an anderer sozialer Unterstützung. Dazu gibt es weniger Autonomie für die Jugendlichen. Auch anlehnendes, stützendes Verhalten von Seiten der Mütter ist geringer. Das könnte ein Hinweis auf einen eigenen Mangel der Mütter an Unterstützung und Anlehnung sein. Das ist für Jugendliche, die in der Pubertät einen Autonomiezuwachs erleben sollten, schwierig. Ein Mangel an elterlicher Autonomie mit gleichzeitiger Überprotektion kann zu seelischen Beeinträchtigungen führen, die dann auf einer anderen Ebene »abgearbeitet« werden müssen.

Bei der Einschätzung der Väter durch die Jugendlichen zeigen sich ähnliche Tendenzen wie bei der Einschätzung der Mütter, aber das Bild ist insgesamt

Diagramm 6: EBF Vater



»dünner«. Wie bei den Müttern finden wir Signifikanzen im Bereich der Risikoskalen »Ablehnung« und »Bestrafung« (Ablehnung dabei hoch signifikant!) und im Bereich der Ressourcenskalen einen Mangel an Autonomie. Die Schlussfolgerungen sind ähnlich wie bei den Müttern. Es kann nachvollzogen werden, dass Jugendliche bei restriktivem, strengem Erziehungsverhalten und gleichzeitiger Gewährung von wenig Autonomie in ein hohes inneres Spannungsfeld kommen. Sehr bedenklich und traurig stimmt die Einschätzung der jugendlichen Patientinnen und Patienten, dass sie sich von ihren Vätern sehr abgelehnt fühlen. Dabei könnte die andere Seite, nämlich die Seite der Väter sein, dass sie zu weit »draußen« sind, um einen guten Kontakt zu ihrem Kind zu halten.

## 2. Qualitative Daten

Um das Beschwerdebild und die Beziehungsqualität genauer zu erfragen, wurden halbstrukturierte Interviews über alle Zeitpunkte und bei allen Untersuchungsgruppen durchgeführt. Die Jugendlichen wurden zunächst gebeten, eine Selbsteinschätzung ihres Beschwerdebildes (»Wie geht es dir im Moment mit dem Thema, wegen dem du in Therapie gekommen bist?«) zu geben. Danach wurden sie um eine Einschätzung ihrer Beziehungen jeweils zu Mutter, Vater, FreundInnen und SchulkollegInnen gebeten (z. B.: »Wie geht es dir mit deiner Beziehung zu deiner Mutter, deinem Vater, deinen Freunden, Schul- bzw. Arbeitskollegen?«). Alle fünf Fragen sollten mit jeweils zwei bis drei Sätzen beantwortet werden.

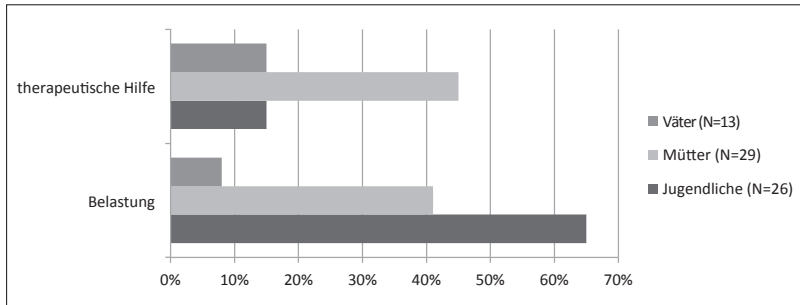
Dieselben Fragen über den/die Jugendliche wurden den Müttern und Vätern gestellt (»Wie geht es Ihnen momentan mit dem Thema, wegen dem Ihr Kind in Therapie gekommen ist?«, »Wie geht es Ihrer Tochter/Ihrem Sohn in ihrer/seiner Beziehung zu Ihnen, zum Vater, zu den Freunden, zu den Schul- bzw. Arbeitskollegen?«).

Die Interviews wurden, wie die quantitativen Messinstrumente, dreimal im Abstand eines halben Jahres wiederholt und inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring 2010). Für die katamnestiche Untersuchung ein halbes Jahr nach Ende der Psychotherapie wurden die Interviews schriftlich vorgelegt.

Die Auswertung der halbstrukturierten Interviews erfolgte inhaltsanalytisch nach Mayring (2010). Die Interviews wurden transkribiert und zunächst von zwei Raterinnen unabhängig voneinander bearbeitet. Dabei wurden folgende Interpretationsregeln (Mayring 2015, S. 72) eingehalten: 1. Paraphrasierung, 2. Generalisierung auf das Abstraktionsniveau, 3. Erste Reduktion, 4. Zweite Reduktion. Die Kategorien wurden im Konsensverfahren gebildet.

Bei der Einschätzung des Beschwerdebildes konnten bei allen drei Gruppen (Jugendliche, Mütter, Väter) beim ersten Messzeitpunkt jeweils zwei übereinstimmende Kategorien gefunden werden, nämlich »Erleichterung darüber, therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen« und »fühle mich belastet«. Es erlebten sich zu Psychotherapiebeginn 65% der Jugendlichen und 41% der Mütter belastet,

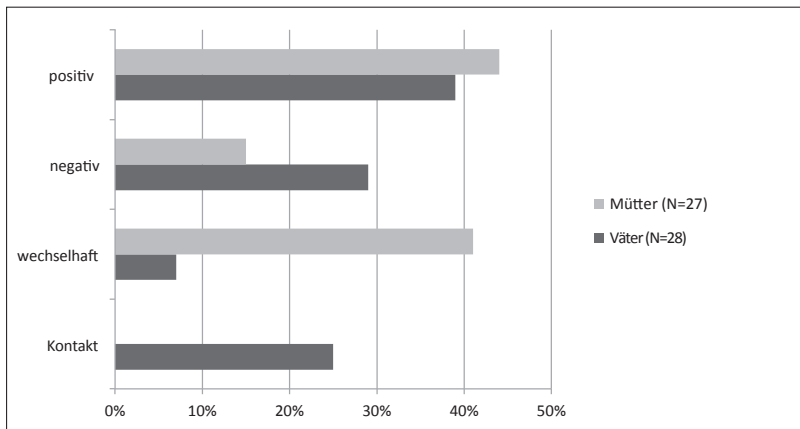
**Abbildung 1: Einschätzung des Beschwerdebildes aus Sicht der PatientInnen und der Eltern.**  
Es wurde die relativen Häufigkeiten der teilnehmenden Gruppen in Prozenten abgebildet.  
N gibt die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Gruppe an.



hingegen nur 8% der Väter. Froh über therapeutische Hilfe waren vor allem die Mütter mit 45%, die Jugendlichen und die Väter jeweils mit 15%.

Wie auch in der Auswertung der quantitativen Daten können wir eine hohe Belastung der Jugendlichen zu Therapiebeginn erkennen. Auch knapp die Hälfte der Mütter berichtet eine hohe Belastung. Es ist zu vermuten, dass es dabei um die Belastung des Jugendlichen geht, eventuell steckt aber auch eine eigene Belastung dahinter. Interessant ist, dass vor allem knapp die Hälfte der Mütter froh darüber ist, dass die/der Jugendliche Unterstützung durch Psychotherapie erhält. Wie bereits in der Interpretation der soziodemographischen und quantitativen Daten vermutet, ist die Rolle als Alleinerzieherin in der Pubertät besonders schwierig. Für eine gesunde Autonomieentwicklung ist der Vater wichtig. Wo es einen Stiefvater

**Abbildung 2: Beurteilung der Beziehung zu Müttern und Vätern aus Sicht der PatientInnen**  
Es wurden die relativen Häufigkeiten der teilnehmenden Gruppen in Prozenten abgebildet.  
N gibt dabei die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Gruppe an.



gibt, wird der vielleicht in diesem Alter nicht mehr akzeptiert. Die Psychotherapie steht hier in erster Linie in ihrer Funktion als unterstützend, trennend und triangulierend im Vordergrund.

Aus der Abbildung ist zu sehen, dass 44 % der klinischen Gruppe die Beziehung zur Mutter als »positiv«, 41 % als »wechselhaft« und 15 % als »negativ« beschreiben.

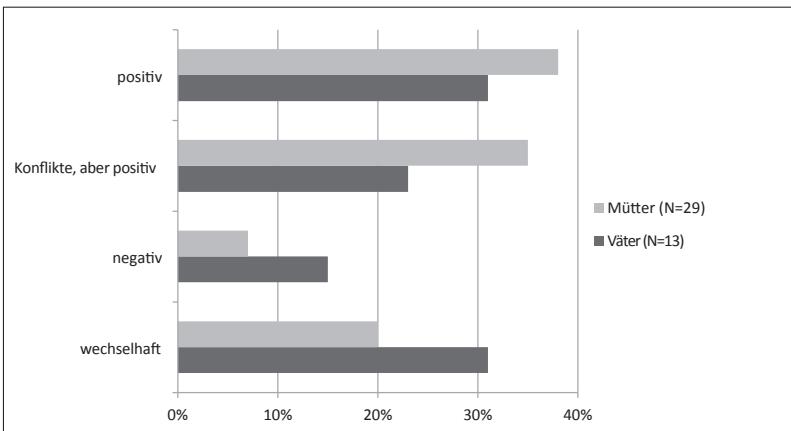
Die Beziehung zum Vater wird von den Jugendlichen ebenfalls meist als »positiv« (39 %) beschrieben, 29 % erleben sie als »negativ« und nur zwei Jugendliche (7 %) als »wechselhaft«, sieben Jugendliche erwähnen nur »Kontakt« (25 %). Diese sieben Jugendlichen erwähnen den Kontakt zu ihrem Vater ohne eine positive oder negative Bewertung zu geben (z. B.: »habe alle zwei Monate Kontakt« oder »er kommt zu Besuch und wir unternehmen etwas«). Insgesamt aber erwähnen 46 % der Jugendlichen, also insgesamt 13 Jugendliche, in irgendeiner Art und Weise (zusätzlich zu den oben genannten Kategorien) das Thema »Kontakt«: zwei Jugendliche beschreiben den Kontakt als positiv (»ab und zu sehe ich ihn, dann ist es gut«), vier Jugendliche hingegen erleben den Kontakt als negativ (»mit ihm ist es eine Katastrophe, er nimmt Drogen, ich will keinen Kontakt«) und wie oben erwähnt sieben Jugendliche erwähnen den Kontakt ohne Bewertung. Wir vermuten, dass die Wichtigkeit des Themas »Kontakt zum Vater« damit zusammenhängt, dass sehr viele Eltern der PatientInnengruppe getrennt leben und die Jugendlichen meist bei den Müttern leben.

Bei der Beurteilung der Beziehung zu den PatientInnen aus Sicht der Mütter und Väter wurden vier übereinstimmende Kategorien gefunden: »positiv«, »negativ«, »Konflikte, aber positiv«, »wechselhaft«. Insgesamt 73 % der Mütter und 54 % der Väter erleben die Beziehung zu ihrem Kind überwiegend positiv bzw.

**Abbildung 3: Beurteilung der Beziehung zu den PatientInnen aus Sicht der Mütter und Väter**

Es wurde die relativen Häufigkeiten der teilnehmenden Gruppen in Prozenten abgebildet.

N gibt dabei die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Gruppe an.



konflikthaft aber trotzdem positiv. Die restlichen Eltern erleben wechselhafte und manchmal auch negative Beziehungen zu ihren Kindern. Die Sicht der Eltern auf die Beziehung zu ihren Kindern ist aber überwiegend positiv.

Vergleicht man diese Einschätzungen mit denjenigen der Kinder (vgl. Abb. 2) so lässt sich erkennen, dass die Jugendlichen die Beziehung zu den Eltern nicht so positiv einschätzen. Dies gilt vor allem für die Beziehung zu ihren Vätern. Jugendliche leiden offensichtlich unter zu wenig oder gar keinem Kontakt zu den Vätern. Das kann durch die Trennung der Eltern oder auch durch Loyalitätskonflikte mit einem Elternteil verursacht sein. Psychotherapie kann dabei helfen, als triangulierendes Element zu wirken, ersetzt aber nicht den realen Kontakt zum Vater und das muss dementsprechend im therapeutischen Prozess zum Thema gemacht werden.

## VI. Diskussion

Jugendliche Patientinnen und Patienten kommen mit gravierenden körperlichen und seelischen Belastungen in die psychotherapeutische Behandlung (KIP). Dieser Befund entspricht früheren epidemiologischen Studien, die zeigen, dass die Hälfte der psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter um das 14. Lebensjahr herum beginnt (Kessler et al. 2005). Ähnliche Befunde gibt es von Galambos & Krahn (2008) und von van Beek et al. (2012). Beide Arbeiten zeigen, dass die Prävalenz für depressive und Angststörungen bei Adoleszenten und jungen Erwachsenen wesentlich höher ist als in anderen Altersgruppen. Auch strukturelle Störungen lassen sich bereits im Jugendalter erkennen (Huber et al. 2016).

Eine Erklärung dafür wäre, dass das Jugendalter eine Altersphase darstellt, in der unverarbeitete Konflikte durch erhöhte Regressionsneigung reaktiviert werden können (Thomashoff 2015). Das Jugendalter ist ein äußerst sensibler Entwicklungsprozess. Die üblichen hormonellen Veränderung, die Entwicklung des Triebgeschehens, der Prozess der Ablöse von den Eltern und des Findens der eigenen Identität sind große Aufgaben für Jugendliche. Zusätzliche Belastungen im engeren Umkreis wie Konflikte oder Trennung der Eltern können von Jugendlichen kaum mehr bewältigt werden.

Seiffge-Krenke et al. (2011) betonen ebenfalls die Rolle der Eltern bei der Entstehung von psychischen Störungen bei Jugendlichen. Dabei fällt auf, dass Eltern von jugendlichen PatientInnen oft einen falschen Eindruck von deren psychischer Befindlichkeit haben. Das führen die Autoren auf den beginnenden Ablöseprozess der Jugendlichen zurück sowie darauf, dass Jugendliche sehr gut ein Zeitlang unerwünschte Symptome verbergen können. Das deckt sich mit unseren Ergebnissen, wonach Eltern in der Symptom- und Beziehungseinschätzung teilweise ganz andere Vorstellungen als ihre Kinder haben (vgl. auch Krischer 2013). Dies könnte unter anderem auch darauf zurückzuführen sein, dass gewisse Symptome

oder problematische Verhaltensweisen häufig außerhalb des familiären Kontexts auftreten und so von den Eltern nur mangelhaft wahrgenommen werden können.

Dies scheint vor allem für die Väter zu gelten, die gemäß unserer Studie nur wenig und distanzierteren Kontakt mit ihren Kindern pflegen. Dies zeigt die Wichtigkeit einer konstruktiven Elternarbeit, die insgesamt zu einer Verbesserung der Symptomatik und des Beziehungserlebens führen kann. Vor allem die Rolle des Vaters scheint bei Jugendlichen wichtig zu sein. Dieses Thema soll bei den weiteren Auswertungen beobachtet und diskutiert werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Psychotherapie im Jugendalter eine wichtige Funktion hat: Sie bietet Entlastung für Eltern und Jugendliche, sie dient der Triangulierung, wo diese zuhause nicht möglich ist, sie bietet einen geschützten Raum zur Entwicklung von Autonomie und Identität und sie dient der Gesundheit und Verbesserung bei Symptombelastung und Beziehungskonflikten.

So meinen Midgley et al. (2009, zitiert nach Atzil-Slonim 2016, S. 281): »In psychotherapeutic work with youth, the goal is to help individuals who have deviated from a healthy developmental path return to the mastery of age-appropriate tasks and develop more adaptive relationships which may lead to symptom reduction«.

Die Beziehung scheint also der Schlüssel zur Symptomreduktion zu sein.

Midgley (2016) führt dazu noch genauer aus, dass Psychotherapie mit Jugendlichen zum Ziel hat, die Stimmigkeit der mentalen Beziehungsmodelle zu erarbeiten und zu verbessern. Damit werde die Fähigkeit der Affektregulation und die Fähigkeit des Schließens und Aufrechterhaltens positiver Beziehungen mit anderen verbessert. Der Erfolg einer Behandlung zeige sich in der Fähigkeit der Jugendlichen einer üblichen adoleszenten Entwicklung zu folgen (was schulische Themen und die peer group angeht), sowie einen Schritt der Trennung von den primären Bezugspersonen zu erreichen.

Die KIP ist wie bereits eingangs erwähnt, eine Methode die vor allem für Kinder und Jugendliche ein breites Spektrum in der Anwendung bietet. Sie ist unter anderem kreativ, konfliktzentriert, aber auch entwicklungsfördernd.

Die KIP in der Kinder- und Jugendpsychotherapie (Dieter, J. 2013) schließt dabei eine Lücke zwischen Spieltherapie und therapeutischem Gespräch. Sie bietet die Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit unbewussten Konflikten auf der Symbolebene und zum narzisstischen Erleben. KIP kann dabei sowohl als Haupttherapieform angewendet werden als auch in Kombination mit der Spieltherapie.

Für viele Jugendliche bietet die KIP dabei eine Chance, im Schutz des Symbols und im Raum der Kreativität wie es die Imaginationen ermöglichen, Konflikte zu bearbeiten, die im direkten Gespräch schwer zugänglich sind. Auch die therapeutische Beziehung und der therapeutische Raum erhält dadurch viel Schutz und kann von den Jugendlichen als sicher und unterstützend erlebt werden.

Eine erste Sichtung der Daten lässt vermuten, dass eine Reduktion des Belastungserlebens und der Symptomatik der jugendlichen Patientinnen und Patienten

erreicht werden kann. Die unterschiedlichen Einschätzungen der Beziehungen durch die Jugendlichen und deren Eltern dürften aber vermutlich länger bestehen bleiben.

Es wird derzeit an der Auswertung der quantitativen und qualitativen Daten der Messzeitpunkte 2, 3 und Katamnese gearbeitet. Es soll in weiterer Folge neben den Eindrücken der PatientInnengruppe auch das Erleben von Beziehungen der Kontrollgruppe dargestellt werden und beide Gruppen sollen miteinander verglichen werden. In einem eigenen Kapitel wird dabei ausführlich über die Auswertung des Blumenbildes im Verlauf eingegangen und mögliche Interpretationen dazu werden dargestellt.

## Literatur

- Abbass, A. A., Rabung, S., Leichsenring, F., Refseth J., S., Midgley, N. (2013): Psychodynamic Psychotherapy for Children and Adolescents: A Meta-Analysis of Short-Term Psychodynamic Models. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 52 (8): 863–875. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.014>
- Achenbach, T. (1991a): Child Behavior Checklist for ages 4–18. University of Vermont monographs of the society for research in child development
- Achenbach, T. (1991b): Manual for the Youth Self-Report and 1991 YSR Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry
- Atzil-Slonim, D., Wiseman, H., Tishby, O. (2016): Relationship representations and change in adolescents and emerging adults during psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research* 26 (3): 279–296. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1010627>
- Bänninger-Huber, E., Monsberger, S. (Hrsg.) (2016): Prozesse der Emotionsregulierung in psychoanalytischen Langzeittherapien. Innsbruck: iup (innsbruck university press)
- Bundesministerium für Gesundheit (2014): Frühe Hilfen. Eckpunkte eines »Idealmodells« für Österreich. Zugriff am 15.10.2016. Verfügbar unter: [http://www.fruehehilfen.at/fxdata/fruehehilfen/prod/media/downloads/Berichte/Fruehe%20Hilfen\\_Eckpunkte%20Idealmodell.pdf](http://www.fruehehilfen.at/fxdata/fruehehilfen/prod/media/downloads/Berichte/Fruehe%20Hilfen_Eckpunkte%20Idealmodell.pdf)
- Burian-Langeegger, B. (2005): Aggression und Trennungsangst – Krisen in der Adoleszenz. *Imagination* 3: 36–50. Wien: Facultas Universitätsverlag
- Chiba, R. (2013): Was ist eine therapeutische Beziehung? Was ist heilsam in dieser Beziehung? Welches sind die Wirkfaktoren? Skriptum zum Weiterbildungscurriculum für Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der ÖGATAP 2013
- Derogatis, L. R. (1977): Symptom Checklist. Deutsche Version von Franke, H. (1995): Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Göttingen: Beltz Test GmbH
- Dieter, J. (2013): Katathym Imaginative Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Skriptum zum Weiterbildungscurriculum für Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der ÖGATAP 2013
- Döpfner, M., Berner, W., Lehmkuhl, G. (1994a): Handbuch: Fragebogen für Jugendliche. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung des Youth Self-Report (YSR) der Child Behavior Checklist. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik

- Döpfner, M., Schmeck, K., Berner, W. (1994b): Handbuch: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik
- Fonagy, P. (2003): The research agenda: the vital need for empirical research in child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy* 29 (2): 129–136. London: Brunner Routledge. Taylor & Francis Group
- Galambos, N.L., Krahn, H.J. (2008): Depression and anger trajectories during the transition to adulthood. *Journal of Marriage and Family* 70 (1): 15–27. DOI 10.1111/j.1741-3737.2007.00458.x, zitiert nach: Arzil-Slonim, D., Wiseman, H., Tishby, O. (2016): Relationship representations and change in adolescents and emerging adults during psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1010627>
- Huber, E., Bock, A., Hans, M., Wieser, E., Steinmayr-Gensluckner, M., Sevecke, K., Benecke, C. (2016): Emotionserleben, Emotionsregulation und strukturelle Störung bei Jugendlichen. *Psychotherapie Forum*. Open-Access-Publikation bei Springer. DOI 10.1007/s00729-016-0070-y
- Kessler, R. C., Berglung, P., Demler, O., Jin R., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005): Puberty and the emergence of gender difference in psychopathology. Zitiert nach: Salzer, S., Streeck-Fischer, A. (2015): Die Psychoanalytisch-interaktionelle Methode (PIM) für Adoleszente mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Praxis*. Stuttgart: Schattauer
- Krischer, M. (2013): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse einer Pilot-Studie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 41(2): 87–97. Bern: Hans Huber, Hogrefe
- Leuner, H. (1985): Lehrbuch der Katathym Imaginativen Psychotherapie. Grundstufe, Mittelstufe, Oberstufe. 3. korrigierte und erweiterte Auflage 1994. Bern: Hans Huber
- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (12., überarbeitete Auflage 2015). Weinheim und Basel: Beltz
- Midgley, N., Anderson, J., Grainger, E., Nestic-Vuckovic, T., & Urwin, C. (Eds.) (2009): *Child psychotherapy and research. New approaches, emerging findings*. New York: Routledge. Taylor & Francis Group
- Midgley, N. (2016): wörtliches Zitat aus einer E-Mail zur Frage der Wirksamkeit von Jugendlichenpsychotherapien am 18. 11. 2016.
- Reis, Oliver (2016): Drogengebrauch bei Jugendlichen – Epidemiologie und Entwicklungspsychopathologie. Vortrag anlässlich der Suchttagung am 30.9.2016 in Innsbruck
- Renschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F. (Hrsg.) (2012): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO – Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV*. Bern: Huber. 6. Auflage
- Ruppert, C. (2014): Abbrüche in der Psychotherapie. Masterarbeit an der Zürcher Fachhochschule
- Sachse, U., Imruck, B., Bahrke U. (2016): Evaluation ambulanter Behandlungen mit Katathym Imaginativer Psychotherapie KIP. Eine naturalistische Studie. *Ärztliche Psychotherapie* 2: 87–92. Stuttgart: Schattauer
- Schnallinger, R. (2012): »Der Blumentest« als projektives Verfahren in der kinderpsychologischen Diagnostik. *Imagination* 1–2: 162–171. Wien: Facultas Universitätsverlag
- Seiffge-Krenke, I. (2010): Beyond efficacy. *Forum der Psychoanalyse* 26 (3): 291–312. Heidelberg: Springer
- Seiffge-Krenke, I., Nitzko, S. (2011): Wie wirksam sind analytische und tiefenpsychologisch fundierte Langzeitpsychotherapien bei Jugendlichen? Ein Vergleich der Einschätzung von

- Patienten, ihren Eltern und Therapeuten. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 39 (4): 253–264. Bern: Hans Huber, Hogrefe
- Sevecke, K., Schmeck, K., Krischer, M. (2014): Das dimensional-kategoriale Hybridmodell für Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 aus jugendpsychiatrischer Perspektive. Kritik und klinischer Ausblick. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 42(4): 279–283. Bern: Hans Huber, Hogrefe
- Thomashoff, H. O. (2015): Vorwort zu: Neue Entwicklungen in der Adoleszenztherapie. Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie 1. Stuttgart: Schattauer
- Tiroler Landesverband für Psychotherapie (2012): Report 2012 – Tiroler Landesverband für Psychotherapie. Schwerpunkt: Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Innsbruck: Eigenverlag
- Tiroler Landesverband für Psychotherapie (2015): Landesversammlung am 19.11.2015 in Innsbruck. Präsentation zu aktuellen Zahlen
- Titze, K., Lehmkuhl, U. (2010): EBF-KJ. Elternbildfragebogen für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Hogrefe AG
- Van Beek, Y., Hessen, D. J., Hutteman, R., Verhulp, E. E., & van Leuven, M. (2012): Age and gender differences in depression across adolescence: Real or “bias”? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 973–985. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02553.x. Zitiert nach: Atzil-Slonim, D., Wiseman, H., Tishby, O. (2016): Relationship representations and change in adolescents and emerging adults during psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research* 26 (3): 279–296. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1010627>
- Von Wietersheim, J., Wilke, E., Röser, M., Meder, G. (2001): Die Kathym-imaginative Psychotherapie – Evaluationsstudie – erste Ergebnisse. In: Bahrke, U., Rosendahl, W. (Hrsg.): *Psychotraumatologie und Kathym-imaginative Psychotherapie*: 499–507. Lengerich: Pabst
- Wienand, F. (2012): KIP bei Störungen im Kindes- und Jugendalter. In: Ullmann, H., Wilke, E. (Hrsg.): *Handbuch Kathym Imaginative Psychotherapie*. Bern: Hans Huber, Hogrefe
- Zhou, X., Hetrick, S. E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C. J., Cohen, D., Giovanel, C., Liu, Y., Michael, K. D., Zhang, Y., Weiz, J., R., Xie, P. (2015): Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 14 (2): 207–222. DOI 10.1002/wps.20217

### **Zusammenfassung:**

In diesem Artikel werden die Ergebnisse des ersten von insgesamt vier Messzeitpunkten (drei Messzeitpunkte und ein Katamnesemesszeitpunkt) einer naturalistischen Studie zur Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von KIP bei Jugendlichen dargestellt.

Die vorliegende Untersuchung verfolgt das Ziel, die Wirksamkeit von KIP bei Jugendlichen zu überprüfen. In einer Längsschnittstudie wurde eine klinische Gruppe von Jugendlichen mit einer Kontrollgruppe nicht behandelter Jugendlicher verglichen. Die Behandlungen wurden von erfahrenen KIP-Therapeutinnen und Therapeuten mit abgeschlossener Ausbildung in Österreich und Südtirol durchgeführt. Eingesetzt wurden verschiedene Instrumente (Fragebögen, halbstrukturierte

Interviews, das KIP-spezifische Motiv Blume) zur Einschätzung von Symptombelastung und Beziehungsgestaltung durch die Jugendlichen und die Eltern. Die Daten zum Behandlungsbeginn zeigen deutliche körperliche und seelische Belastungen der jugendlichen Patienten sowie eine Diskrepanz zwischen den Selbsteinschätzungen der Jugendlichen und ihren Eltern. Eine erste Sichtung der Daten lässt vermuten, dass KIP eine effektive Therapieform darstellt, die eine Reduktion der Symptomatik und eine Verbesserung des Beziehungserlebens bei jugendlichen Patienten ermöglicht. Diese Ergebnisse sollen in einem weiteren Artikel erscheinen.

**Schlüsselwörter:**

KIP – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Psychotherapieforschung

**Autorinnen:**

Brigitte Fiala-Baumann, Mag.<sup>a</sup> rer.nat.

Klinische- und Gesundheitspsychologin

Psychotherapeutin für KIP in freier Praxis, A-6020 Innsbruck, Mozartstraße 6

Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin der ÖGATAP

Dissertantin am Institut für Psychologie der Universität Innsbruck

+43 699 10119031

csab1250@uibk.ac.at

praxis.mozart@hotmail.com

Eva Bänninger-Huber, Univ.-Prof. Dr.

Professorin für Klinische Psychologie, Universität Innsbruck

Psychotherapeutin und Leiterin der Forschungsambulanz des Instituts für Psychologie der Universität Innsbruck

Sprecherin des universitären Forschungszentrums Emotion-Kognition-Interaktion (EMKONT)

Past President European Chapter der Society for Psychotherapy Research (SPR)

Institut für Psychologie, A-6020 Innsbruck, Innrain 52

+43 512 50756011

eva.baenninger-huber@uibk.ac.at