

Horn, Hildegard / Geiser-Elze, Annette / Reck, Corinna / Hartmann,  
Mechthild / Stefini, Annette / Victor, Daniela / Winkelmann, Klaus und  
Kronmüller, Klaus-Thomas

## **Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 54 (2005) 7, S. 578-597*

urn:nbn:de:bsz-psydok-45838

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# Inhalt

## Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Buchholz, M. B.: Herausforderung Familie: Bedingungen adäquater Beratung (Family as challenge: Contexts of adequate counselling) . . . . .	664
Pachaly, A.: Grundprinzipien der Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter (Basic principles of crisis intervention in children and adolescents) . . . . .	473
Sannwald, R.: Wie postmoderne Jugendliche ihren Weg ins Leben finden – Einblicke in die Katathym Imaginative Psychotherapie von Adoleszenten (How postmodern youths find their way into life – Views on imaginative psychotherapy of adolescents) . . . . .	417
Stephan, G.: Vom Schiffbruch eines kleinen Bootes zur vollen Fahrt eines Luxusliners (Children's drawings: A case study of the psychotherapeutic treatment of a seven year old boy) . . . . .	59
Stumptner, K.; Thomsen, C.: MusikSpielTherapie (MST) – Eine Eltern-Kind- Psychotherapie für Kinder im Alter bis zu vier Jahren (MusicPlayTherapy – A parent-child psychotherapy for children 0 – 4 years old) . . . . .	684
Walter, J.; Hoffmann, S.; Romer, G.: Behandlung akuter Krisen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Treatment of acute crisis in child and adolescent psychiatry) . . . . .	487
Welter, N.: Vom Rambo-Jesus zu einer gut integrierten Männlichkeit (From Rambo-Jesus to well integrated masculinity) . . . . .	37

## Originalarbeiten / Original Articles

Giovannini, S.; Haffner, J.; Parzer, P.; Steen, R.; Klett, M.; Resch, F.: Verhaltensauffälligkeiten bei Erstklässlern aus Sicht der Eltern und der Lehrerinnen (Parent- and teacher-reported behavior problems of first graders) . . . . .	104
Gramel, S.: Die Darstellung von guten und schlechten Beziehungen in Kinderzeichnungen (How children show positive and negative relationships on their drawings) . . . . .	3
Hampel, P.; Kümmel, U.; Meier, M.; Dickow, C.D.B.: Geschlechtseffekte und Entwicklungsverlauf im Stresserleben, der Stressverarbeitung, der körperlichen Beanspruchung und den psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Gender and developmental effects on perceived stress, coping, somatic symptoms and psychological disorders among children and adolescents) . . . . .	87
Hessel, A.; Geyer, M.; Brähler, E.: Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Jugendliche wegen körperlicher Beschwerden (Occupation of health care system because of body complaints by young people – Results of a representative survey) . . . .	367
Horn, H.; Geiser-Elze, A.; Reck, C.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Victor, D.; Winkelmann, K.; Kronmüller, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with depression) . . . . .	578
Jordan, S.: www.drugcom.de – ein Informations- und Beratungsangebot zur Suchtprävention im Internet (www.drugcom.de – an internet based information and counselling project for the prevention of addiction) . . . . .	742
Juen, F.; Benecke, C.; Wyl, A. v.; Schick, A.; Cierpka, M.: Repräsentanz, psychische Struktur und Verhaltensprobleme im Vorschulalter (Mental representation, psychic structure, and behaviour problems in preschool children) . . . . .	191

Kienle, X.; Thumser, K.; Saile, H.; Karch, D.: Neuropsychologische Diagnostik von ADHS-Subgruppen (Neuropsychological assessment of ADHD subtypes) . . . . .	159
Krischer, M.K.; Sevecke, K.; Lehmkuhl, G.; Steinmeyer, E.M.: Minderschwere sexuelle Kindesmisshandlung und ihre Folgen (Less severe sexual child abuse and its sequelae: Are there different psychic and psychosomatic symptoms in relation to various forms of sexual interaction?) . . . . .	210
Kronmüller, K.; Postelnicu, I.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Geiser-Elze, A.; Gerhold, M.; Horn, H.; Winkelmann, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with anxiety disorders) . . . . .	559
Lenz, A.: Vorstellungen der Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern (Children's ideas about their parents' psychiatric illness – An explorative study) . . . . .	382
Nagenborg, M.: Gewalt in Computerspielen: Das Internet als Ort der Distribution und Diskussion (Violent computer games: Distribution via and discussion on the internet) . . . . .	755
Nedoschill, J.; Leiberich, P.; Popp, C.; Loew, T.: www.hungrig-online.de: Einige Ergebnisse einer Online-Befragung Jugendlicher in der größten deutschsprachigen Internet-Selbsthilfegruppe für Menschen mit Essstörungen (www.hungrig-online.de: Results from an online survey in the largest German-speaking internet self help community for eating disorders) . . . . .	728
Nützel, J.; Schmid, M.; Goldbeck, L.; Fegert, J.M.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern (Psychiatric support for children and adolescents in residential care in a german sample) . . . . .	627
Rosbach, M.; Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines Lehrergruppentrainings bei Kindern mit ADHS – eine Pilotstudie (Development and evaluation of an ADHD teacher group training – A pilot study) . . . . .	645
Sevecke, K.; Krischer, M.K.; Schönberg, T.; Lehmkuhl, G.: Das Psychopathy-Konzept nach Hare als Persönlichkeitsdimension im Jugendalter? (The psychopathy-concept and its psychometric evaluation in childhood and adolescence) . . . . .	173
Thomalla, G.; Barkmann, C.; Romer, G.: Psychosoziale Auffälligkeiten bei Kindern von Hämodialysepatienten (Psychosocial symptoms in children of hemodialysis patients) . . . . .	399
Titze, K.; Wollenweber, S.; Nell, V.; Lehmkuhl, U.: Elternbeziehung aus Sicht von Kindern, Jugendlichen und Klinikern (Parental relationship from the perspectives of children, adolescents and clinicians. Development and clinical validation of the Parental-Representation-Screening-Questionnaire (PRSQ)) . . . . .	126
Winkel, S.; Groen, G.; Petermann, F.: Soziale Unterstützung in Suizidforen (Social support in suicide forums) . . . . .	714
Winkelmann, K.; Stefini, A.; Hartmann, M.; Geiser-Elze, A.; Kronmüller, A.; Schenkenbach, C.; Horn, H.; Kronmüller, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with behavioral disorders) . . . . .	598
 <b>Übersichtsarbeiten / Review Articles</b>	
Bartels, V.: Krisenintervention bei sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Jungen (Crisis intervention in child sexual abuse) . . . . .	442
Franz, M.: Wenn Mütter allein erziehen (When mothers take care alone) . . . . .	817

Hagenah, U.; Vloet, T.: Psychoedukation für Eltern in der Behandlung essgestörter Jugendlicher (Parent psychoeducation groups in the treatment of adolescents with eating disorders) . . . . .	303
Herpertz-Dahlmann, B.; Hagenah, U.; Vloet, T.; Holtkamp, K.: Essstörungen in der Adoleszenz (Adolescent eating disorders) . . . . .	248
Ley, K.: Wenn sich eine neue Familie findet – Ressourcen und Konflikte in Patchwork- und Fortsetzungsfamilien (Finding the way in a new family – Resources and conflicts in patchwork and successive families) . . . . .	802
Napp-Peters, A.: Mehrelternfamilien als „Normal“-familien – Ausgrenzung und Eltern-Kind-Entfremdung nach Trennung und Scheidung (Multi-parent families as “normal” families – Segregation and parent-child- alienation after separation and divorce) . . . .	792
Pfeiffer, E.; Hansen, B.; Korte, A.; Lehmkuhl, U.: Behandlung von Essstörungen bei Jugendlichen aus Sicht der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik (Treatment of eating disorders in adolescents – The view of a child and adolescence psychiatric hospital)	268
Reich, G.: Familienbeziehungen und Familientherapie bei Essstörungen (Family relationships and family therapy of eating disorders) . . . . .	318
Reich, G.: Familiensysteme heute – Entwicklungen, Probleme und Möglichkeiten (Contemporary family systems – Developments, problems, and possibilities) . . . . .	779
Retzlaff, R.: Malen und kreatives Gestalten in der Systemischen Familientherapie (Drawings and art work in systemic family therapy) . . . . .	19
Ruhl, U.; Jacobi, C.: Kognitiv-behaviorale Psychotherapie bei Jugendlichen mit Essstörungen (Cognitive-behavioral psychotherapy for adolescents with eating disorders) . . . . .	286
Schnell, M.: Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter (Suicidal crises in children and adolescents) . . . . .	457
Windaus, E.: Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht (Efficacy studies in the field of psychotherapy – psychoanalytical and psychodynamic psychology – for children and adolescents: a survey) . . . . .	530
Wittenberger, A.: Zur Psychodynamik einer jugendlichen Bulimie-Patientin (On the psychodynamics of an adolescent bulimia patient) . . . . .	337

#### Buchbesprechungen / Book Reviews

Balloff, R. (2004): Kinder vor dem Familiengericht. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	429
Beebe, B.; Lachmann, F.M. (2004): Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	71
Ben-Aaron, M.; Harel, J.; Kaplan, H.; Patt, R. (2004): Beziehungsstörungen in der Kindheit. Eltern als Mediatoren: Ein Manual. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	149
Brackmann, A. (2005): Jenseits der Norm – hochbegabt und hochsensibel? ( <i>D. Irblich</i> ) . .	768
Cierpka, M. (Hg.) (2005): Möglichkeiten der Gewaltprävention. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	701
Deegener, G.; Körner, W. (Hg.) (2005): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	837
Eckardt, J. (2005): Kinder und Trauma. ( <i>L. Unzner</i> ) . . . . .	835
Eggers, C.; Fegert, J.M.; Resch, F. (Hg.) (2004): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. ( <i>D. Irblich</i> ) . . . . .	428
Emerson, E.; Hatton, C.; Thompson, T.; Parmenter, T. (Hg.) (2004): The International Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities. ( <i>K. Sarimski</i> ) . . . . .	231

Fegert, J.M.; Schrapper, C. (Hg.) (2004): Handbuch der Jugendhilfe –Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. ( <i>U. Kiefling</i> ) .....	704
Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.L.; Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. ( <i>L. Unzner</i> ) .....	72
Gerlach, M.; Warnke, A.; Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie. ( <i>A. Zellner</i> ) .....	146
Gerlach, M.; Warnke, A.; Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. ( <i>J.M. Fegert</i> ) .....	834
Grawe, K.: (2004): Neuropsychotherapie. ( <i>O. Bilke</i> ) .....	622
Grossmann, K.; Grossmann, K.E. (2004): Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. ( <i>L. Unzner</i> ) .....	355
Haas, W. (2004): Familienstellen – Therapie oder Okkultismus? Das Familienstellen nach Hellinger kritisch beleuchtet. ( <i>P. Kleinfurchner</i> ) .....	619
Hawellek, C.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Entwicklung unterstützen – Unterstützung entwickeln. Systemisches Coaching nach dem Marte-Meo-Modell. ( <i>B. Westermann</i> ) ....	706
Hinz, H.L. (2004): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 49. ( <i>M. Hirsch</i> ) .....	76
Holling, H.; Preckel, F.; Vock, M. (2004): Intelligenzdiagnostik. ( <i>A. Zellner</i> ) .....	507
Hoppe, F.; Reichert, J. (Hg.) (2004): Verhaltenstherapie in der Frühförderung. ( <i>D. Irblich</i> )	74
Immisch, P.F. (2004): Bindungsorientierte Verhaltenstherapie. Behandlung der Veränderungsresistenz bei Kindern und Jugendlichen. ( <i>B. Koob</i> ) .....	151
Jacobs, C.; Heubrock, D.; Muth, D.; Petermann, F. (2005): Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER. ( <i>D. Irblich</i> ) .....	769
König, O. (2004): Familienwelten. Theorie und Praxis von Familienaufstellungen. ( <i>C. v. Bülow-Faerber</i> ) .....	617
Kollbrunner, J. (2004): Stottern ist wie Fieber. Ein Ratgeber für Eltern von kleinen Kindern, die nicht flüssig sprechen. ( <i>L. Unzner</i> ) .....	771
Kühl, J. (Hg.) (2004): Frühförderung und SGB IX. Rechtsgrundlagen und praktische Umsetzung. ( <i>L. Unzner</i> ) .....	506
Landolt, M.A. (2004): Psychotraumatologie des Kindesalters. ( <i>D. Irblich</i> ) .....	232
Lehmkuhl, U.; Lehmkuhl, G. (Hg.) (2004): Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung. ( <i>L. Unzner</i> ) .....	359
Lenz, A. (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. ( <i>L. Unzner</i> ) .....	702
Möller, C. (Hg.) (2005): Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen. ( <i>U. Knölker</i> ) .....	621
Neuhäuser, G. (2004): Syndrome bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen. ( <i>K. Sarimski</i> ) .....	509
Pauls, H. (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. ( <i>K. Sarimski</i> ) .....	234
Ruf-Bächtiger, L.; Baumann, T. (2004): Entwicklungsstörungen. ADS/ADHD/POS: Das diagnostische Inventar (Version 3.0). ( <i>D. Irblich</i> ) .....	147
Sachse, R. (2004): Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie. ( <i>K. Mauthe</i> ) .....	358
Sachsse, U. (2004): Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. ( <i>D. Irblich</i> ) .....	510
Salewski, C. (2004): Chronisch kranke Jugendliche. Belastung, Bewältigung und psychosoziale Hilfen. ( <i>K. Sarimski</i> ) .....	150

Scheuing, H.W. (2004): „... als Menschenleben gegen Sachwerte gewogen wurden“. Die Geschichte der Erziehungs- und Pflegeanstalt für Geistesschwache Mosbach/Schwarzacher Hof und ihrer Bewohner 1933 bis 1945. ( <i>M. Müller-Küppers</i> ) .....	233
Schmela, M. (2004): Vom Zappeln und vom Philipp. ADHS: Integration von familien-, hypno- und verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen. ( <i>D. Irblich</i> ) .....	620
Seiffge-Krenke, I. (2004): Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderung, Ressource, Risiko. ( <i>M.B. Buchholz</i> ) .....	228
Steiner, T.; Berg, I.K. (2005): Handbuch Lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern. ( <i>B. Mikosz</i> ) .....	769
Weinberg, D. (2005): Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie. ( <i>D. Irblich</i> ) .....	836
Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Zwänge bei Kindern und Jugendlichen. ( <i>D. Irblich</i> ) .....	357
Wilken, E. (2004): Menschen mit Down-Syndrom in Familie, Schule und Gesellschaft. ( <i>K. Sarimski</i> ) .....	508
Wüllenweber, E. (Hg.) (2004): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. ( <i>K. Sarimski</i> ) .....	431
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2004): Handbuch Krisenintervention. Bd. 2: Praxis und Konzepte zur Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung. ( <i>K. Sarimski</i> ) .....	432

**Neuere Testverfahren / Test Reviews**

Ahrens-Eipper, S.; Leplow, B. (2004): Mutig werden mit Til Tiger. Ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder. ( <i>C. Kirchheim</i> ) .....	513
Langfeldt, H.-P.; Prücher, F. (2004): BSSK. Bildertest zum sozialen Selbstkonzept. Ein Verfahren für Kinder der Klassenstufen 1 und 2. ( <i>C. Kirchheim</i> ) .....	237
Seitz, W.; Rausche, A. (2004): PFK 9 – 14. Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren (4., überarbeitete und neu normierte Auflage). ( <i>C. Kirchheim</i> ) .....	773

Editorial / Editorial .....	1, 247, 439, 527, 711, 777
Autoren und Autorinnen / Authors .....	70, 144, 226, 354, 427, 505, 615, 700, 767, 833
Tagungskalender / Congress Dates .....	84, 153, 240, 362, 434, 516, 623, 709, 776, 841
Mitteilungen / Announcements .....	157, 245, 519
Tagungsberichte / Congress Reports .....	78

# Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeit-psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen<sup>1</sup>

Hildegard Horn<sup>2</sup>, Annette Geiser-Elze<sup>3</sup>, Corinna Reck<sup>3</sup>, Mechtild Hartmann<sup>2</sup>, Annette Stefini<sup>3</sup>, Daniela Victor<sup>3</sup>, Klaus Winkelmann<sup>2</sup> und Klaus-Thomas Kronmüller<sup>3</sup>

## Summary

### Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with depression

Depression is highly prevalent in children and adolescents. Psychodynamic therapies are only insufficiently evaluated in this field although many children and adolescents suffering from depression are treated using this approach. Therefore, the aim of our study was to evaluate the efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy (PSTP) for the treatment of depression in children and adolescents. In a waiting-list controlled study, 20 children and adolescents fulfilling diagnosis of major depression or dysthymia were included. The treatment group received 25 sessions of psychodynamic psychotherapy. Main outcome criterion was the Impairment-Score for Children and Adolescents (IS-CA) as well as the Psychic and Social-Communicative Findings Sheet for Children and Adolescents (PSCFS-CA) and the Child Behavior Checklist (CBCL), which were assessed at the beginning and the end of treatment. The statistical and clinical significance of changes in these measures were evaluated. There was a significant advantage of the treatment group compared to the waiting group for the IS-CA. The effect size of the IS-CA total score was 1,3. In contrast to the treatment group, where 20 % of the children showed clinically significant and reliable improvement, no subject in the waiting-list control group met this criterion. Comparable results were found for the PSCFS-CA and for the internalising score assessed with the CBCL. The results show that psychodynamic short-term psychotherapy (PSTP) is an effective treatment for depressed children and adolescents. Still, some of the children surely require more intensive treatment.

**Key words:** psychodynamic short-term psychotherapy – depression – children and adolescents – efficacy

<sup>1</sup> Das dieser Arbeit zugrunde liegende Forschungsprojekt wurde gefördert von der Forschungskommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg, dem Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Heidelberg, der Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e. V. (VAKJP) und der Fischer-Stiftung.

<sup>2</sup> Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Heidelberg.

<sup>3</sup> Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg.

## Zusammenfassung

Depressionen sind häufige psychische Störungen auch bei Kindern und Jugendlichen. Psychodynamische Therapieverfahren sind, obwohl diese in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen häufig eingesetzt werden, in ihrer Wirksamkeit bei diesem Störungsbild kaum evaluiert. Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Überprüfung der Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen. Im Rahmen eines Wartekontrollgruppendesigns wurden  $N = 20$  Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen untersucht. Die Therapiegruppe erhielt 25 Stunden psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie über einen Zeitraum von vier Monaten. Zentrales Kriterium für den Therapieerfolg war der „Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche“ (BSS-K). Zudem wurden der „Psychische und Sozial-Kommunikative Befund für Kinder und Jugendliche“ (PSKB-KJ) und die „Child Behavior Checklist“ (CBCL) zu Therapiebeginn und -ende eingesetzt. Die statistische und klinische Signifikanz der Veränderungen während der Therapien wurde überprüft. Es zeigte sich eine signifikante Überlegenheit der Therapiegruppe im Vergleich zu einer unbehandelten Wartekontrollgruppe im Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche (BSS-K). Für den BSS-K-Gesamtwert ergab sich eine Effektstärke von 1,3. Während in der Therapiegruppe 20 % der Patienten bei Therapieende eine klinisch signifikante und reliable Verbesserung aufwiesen, erreichte kein Kind der Wartekontrollgruppe dieses Kriterium. Vergleichbare Befunde ergaben sich mit dem PSKB-KJ und für die internalen Störungsanteile erfasst mit der CBCL. Die Ergebnisse zeigen, dass psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie ein wirksames Behandlungsverfahren von depressiven Störungen bei Kinder und Jugendlichen darstellt. Dennoch legen die Ergebnisse auch nahe, dass ein Teil der Kinder und Jugendlichen eine intensivere Behandlung benötigt.

**Schlagwörter:** Psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie – Depression – Kinder und Jugendliche – Wirksamkeit

## 1 Einleitung

Depressive Störungen bei Kinder und Jugendlichen sind weit verbreitet. In epidemiologischen Studien wurden Lebenszeitprävalenz von 15–20 % bis zum Erwachsenenalter ermittelt (Lewinsohn et al. 1999). Dabei verlaufen depressive Störungen in der Adoleszenz häufig chronisch, so dass sie auch noch bis ins Erwachsenenalter anhalten (Kovacs u. Devlin 1998; Oldehinkel et al. 1999). Depressive Erkrankungen gehen zudem mit psychosozialen Beeinträchtigungen und ungünstigeren sozialen Beziehungen einher. Das hohe Suizidrisiko im Rahmen von depressiven Störungen gilt auch für die Gruppe der Jugendlichen (Lewinsohn et al. 1994). Psychotherapie ist bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen besonders bedeutsam, da die Behandlung mit Psychopharmaka in dieser Altersgruppe einer sehr strengen



Indikationsstellung unterliegt. Dennoch existiert für depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen nicht nur eine diagnostische Lücke nicht erkannter Betroffener, sondern auch eine therapeutische Lücke mit einem hohen Anteil von Betroffenen, die keine Behandlung erhalten (Flament et al. 1988; Oldehinkel et al. 1999).

Die für die psychotherapeutische Behandlung von Kinder und Jugendlichen mit Depressionen am besten evaluierte Therapierichtung ist die kognitive Verhaltenstherapie. In Metaanalysen konnte die Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie nach dem Konzept von Lewinsohn et al. (1990) nachgewiesen werden (Burns et al. 1999; Compton et al. 2004). Clarke et al. (1999) fanden bei Patienten, die mit 16 Sitzungen Verhaltenstherapie in der Gruppe behandelt wurden, eine Remissionsrate von 67 % im Vergleich zu 48 % in der Wartekontrollbedingung. Zusätzliche Booster-Sitzungen erbrachten in dieser Studie keine Senkung der Rückfallraten, waren aber bei chronischen Verläufen hilfreich. Stark et al. (1987) konnten die Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Gruppenbehandlung mit 12 Sitzungen im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe aufzeigen. Lewinsohn und Clarke (1999) gaben in einer Meta-Analyse für die kognitive Verhaltenstherapie eine Effektivitätsstärke von 1,3 an und eine Rate von 63 % für Patienten mit klinisch signifikanter Verbesserung bei Behandlungsende. Diese Erfolgsrate relativiert sich aber durch den hohen Prozentsatz remittierter Patienten in den Kontrollbedingungen. Im Vergleich dazu ist die Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Einzelbehandlung weit weniger gut evaluiert. So ist es bislang nicht gelungen die Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie als Einzelbehandlung bei Kindern und Jugendlichen, wie sie für die derzeitige psychotherapeutische Versorgung charakteristisch ist, für einen längeren Zeitraum, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, nachzuweisen. In einer Studie von Wood et al. (1996) wurden 48 depressive Kinder und Jugendliche untersucht. Die mit 5 bis 8 Sitzungen Einzel-Verhaltenstherapie behandelte Gruppe war bei Therapieende zwar einer mit Entspannungstraining behandelten Gruppe überlegen, nicht jedoch in der sechs Monats-Katamnese. Brent et al. (1997) verglichen 107 depressive Jugendliche die Einzel-Verhaltenstherapie, Familientherapie oder nondirektive supportive Psychotherapie erhalten hatten. Während sich in der Reduktion der depressiven Symptomatik eine Überlegenheit der Einzel-Verhaltenstherapie zeigte, fand sich kein Unterschied im sozialen Funktionsniveau zwischen den drei Behandlungsgruppen. Am Ende der Behandlung erfüllten nur noch 17 % der mit 12 bis 16 Sitzungen Einzel-Verhaltenstherapie behandelten Jugendlichen die Kriterien für eine depressive Störung. Im 2-Jahres-Verlauf konnten jedoch keine differentiellen Effekte zwischen den drei Therapieverfahren mehr nachgewiesen werden (Birmaher et al. 2000). Mittlerweile konnte in einigen Studien auch die Wirksamkeit der Interpersonellen Psychotherapie (IPT-A) im Vergleich mit einer TAU-Gruppe über einen Zeitraum von 12 bis 16 Wochen bei Jugendlichen nachgewiesen werden (Mufson et al. 1993, 2004; Santor u. Kusumakar 2001). In der Studie von Mufson et al. (2004) waren nach 16 Wochen Interpersoneller Psychotherapie (IPT-A) 50 % der Patienten remittiert im Vergleich zu 34 % in der TAU-Gruppe. Es ergab sich in dieser Studie für die IPT-A eine Effektstärke von 0,5.

Im Vergleich dazu finden sich nur wenige Therapiestudien, die psychodynamische Therapieverfahren bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit De-

pressionen untersucht haben (Fonagy et al. 2002; Windaus 2004a, b, c, 2005). So konnten Muratori et al. (2002) in einer Stichprobe von Patienten mit depressiven Störungen und Angststörung die Überlegenheit einer 11-stündigen psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie gegenüber einer Wartekontrollgruppe nachweisen. Es ergab sich in dieser Studie eine Effektstärke von 0,75. Im Rahmen der 2-Jahres-Follow-up-Untersuchung kam es in der Therapiegruppe zu weiteren Verbesserungen (Muratori et al. 2003). Auch in der retrospektiv angelegten Untersuchung von Target und Fonagy (1994) gelang es, Hinweise für die Wirksamkeit analytischer Psychotherapie mit einer durchschnittlichen Dauer von 2 Jahren bei 65 Kindern und Jugendlichen mit majorer Depression oder Dysthymie aufzuzeigen. 82 % der Behandlungsfälle zeigten bei Therapieende keine entsprechende Diagnose mehr und 75 % ein deutlich verbessertes soziales Funktionsniveau. Eine weitere Studie zur psychodynamischen Behandlung von Kindern mit emotionalen Störungen mit einem hohen Anteil depressiver Syndrome stammt von Smyrniotis und Kirkby (1993). In dieser Studie fanden sich allerdings im Langzeitverlauf keine signifikanten Unterschiede zu einer aktiven Kontrollgruppe.

Während für die kognitive Verhaltenstherapie bereits einige kontrollierte Studien zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen vorliegen, finden sich bislang für psychodynamische Verfahren nur wenige Ergebnisse hierzu. Jedoch zeigen auch die vorliegenden Studien bedeutsame methodische Schwächen (Weisz et al. 2005). So sind bislang fast ausschließlich Studien zur Gruppenbehandlung von Jugendlichen durchgeführt worden. Hier fehlen insbesondere Evaluationsstudien zur Einzelpsychotherapie, wie sie charakteristisch für die derzeitige psychotherapeutische Versorgungspraxis ist, und Studien in denen Kinder untersucht werden. Zahlreiche Studien wurden auch mit klinisch nicht repräsentativen Patienten und nur gering ausgeprägter Störungsschwere durchgeführt. Insbesondere fehlen aber für den deutschen Sprachraum Wirksamkeitsstudien zur psychotherapeutischen Behandlung depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen vollständig. Wenig ist aus den vorliegenden Studien auch darüber zu entnehmen, welche Faktoren mit einer erfolgreichen Behandlung einhergehen, um Hinweise für differenzielle Indikationskriterien zu finden. Zudem finden sich nur wenig Aussagen über die vermittelnden Mechanismen, die mit einem Therapieerfolg einhergehen.

Ziel der Untersuchung war die Überprüfung der Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen. Es wurde von der Hypothese ausgegangen, dass sich die Beeinträchtigungsschwere durch die depressive Erkrankung in der Therapiegruppe im Unterschied zu einer Wartekontrollgruppe signifikant verringerte.

## 2 Methode

### 2.1 Studiendesign

Die Heidelberger Studie zur analytischen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen wurde im ersten Studienabschnitt (25 Therapiestunden) als kontrollierte Studie durchgeführt. In einem zweiten Studienabschnitt wurden die Behandlungen,

die nach der 25. Therapiestunde noch nicht abgeschlossen werden konnten, im Rahmen eines naturalistischen Designs weiter untersucht. Da eine unbehandelte Kontrollgruppe aus ethischen Gründen nicht vertretbar war, diente eine Wartekontrollgruppe mit einem unbehandelten Intervall von vier Monaten als Kontrollgruppe für die Behandlungsfälle im ersten Studienabschnitt. Aufgrund der überregionalen Erhebungsstrategie in der Studie wurde ein Comprehensive Cohort Design (Victor 1990; Olschewski u. Scheurlen 1985) gewählt. Die kontrollierte Therapiestudie bestand im Wesentlichen aus den Behandlungsfällen, die im Raum Heidelberg rekrutiert wurden, während Behandlungsfälle aus anderen Studienzentren (Stuttgart, Frankfurt, Saarbrücken und Marburg) im Rahmen einer naturalistischen Erweiterung der Studie untersucht wurden. Die Zuweisung zur Therapie- und Wartekontrollgruppe wurde i. S. einer Quasi-Randomisierung durchgeführt. Dabei wurden Patienten, die sich bis zu 8 Wochen vor den Schulferien im Sommer zu einer Psychotherapie vorstellten, in die Wartekontrollgruppe aufgenommen. Patienten, die sich zu anderen Zeitpunkten vorstellten, wurden dagegen direkt der Therapiegruppe zugeteilt. Mit diesem Vorgehen konnten  $n=54$  Patienten auf die Wartekontrollgruppe und die Therapiegruppe quasi-randomisiert werden. Weitere 17 Patienten, die außerhalb Heidelbergs rekrutiert wurden, wurden nicht in diese Randomisierungsstrategie einbezogen. Die Stichprobe bestand aus Patienten, bei denen aufgrund einer psychischen Störung nach ICD-10 (Dilling et al. 1994) in den Jahren 1997 bis 2002 eine ambulante psychotherapeutische Behandlung indiziert war. Alle Patienten hatten bei niedergelassenen Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten um eine Behandlung nachgesucht oder waren von Kinderärzten, Kinder- und Jugendpsychiatern oder anderen Institutionen in eine solche Behandlung überwiesen worden. Als Einschlusskriterien galten das Vorliegen einer psychischen Erkrankung nach ICD-10 (Dilling et al. 1994) und ein Alter von 6 bis 18 Jahren. Ausschlusskriterien waren psychotische Erkrankungen, Suchtstörungen und akute Suizidalität. Die Therapiestudie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg genehmigt. Die Patienten sowie deren Eltern stimmten einer Teilnahme an der Studie zu. Eine schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Untersuchung wurde nach ausführlicher Aufklärung durch die Eltern und Erziehungsberechtigten der Kinder und Jugendlichen gegeben. Von den 86 auf die Studie angesprochenen Patienten und ihren Eltern lehnten  $n = 15$  (17,44 %) die Teilnahme an der Studie ab. Beim Vergleich der Studienteilnehmer und -verweigerer bezüglich der Merkmale Alter, Geschlecht, Diagnose, Störungsdauer und Familiensituation ergaben sich keine signifikanten Unterschiede und damit keine Hinweise auf systematische Selektionsfaktoren. Bei 20 Patienten der Therapiegruppe und 10 Patienten der Wartekontrollgruppe wurde eine depressive Störung oder eine Dystymie nach ICD-10 (Dilling et al. 1994) diagnostiziert. Für die hier vorgestellten störungsspezifischen Auswertungen der Studie wurden die Therapiegruppe und die Wartekontrollgruppe parallelisiert. Für das Matching relevante Variablen waren Alter, Geschlecht und Familiensituation. Zwischen der Gruppe von Behandlungsfällen, die in die vorliegende Auswertung einbezogen wurde, und der die nicht einbezogen wurde, ergaben sich in den zentralen Therapieergebnisvariablen keine signifikanten Unterschiede. Die Symptomatik der Kinder

und Jugendlichen wurde zum Zeitpunkt des Therapiebeginns und -ende von geschulten Experten (Diplom-Psychologinnen mit klinischer Erfahrung) und den Eltern der Patienten beurteilt.

## 2.2 Therapiekonzept und Manualtreue

Die psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie wurde über einen Zeitraum von vier Monaten mit 25 Therapiestunden durchgeführt. Ergänzt wurde diese Behandlung zusätzlich bei vier Patienten mit durchschnittlich 3,5 begleitenden Elterngesprächen. Die Therapien orientierten sich in ihrer Durchführung an einem Therapiemanual (Hartmann et al., unveröffentlichtes Manuskript). Auf der Grundlage der psychoanalytischen Theorien der Triebtheorie, der Ich-Psychologie, der Selbstpsychologie, Objektbeziehungstheorien und der Bindungstheorie wurde ein Therapiemanual entwickelt und diese Theorieperspektiven für die Bearbeitung des Therapiefokus nutzbar gemacht. Der Therapiefokus stellt die zentrale unbewusste Konfliktsituation als neurotischen Konfliktkern (Luborsky 1995) oder die strukturelle Verfassung dar. Initial wird in der Behandlung ein Behandlungsfokus als Fokussatz formuliert (Lachauer 1992) in dem sich der zentrale Beziehungskonflikt abbildet. Die Bearbeitung des bei Therapiebeginn formulierten Therapiefokus findet in der direkten therapeutischen Beziehung oder auf den, dem Kind angemessenen Spiel- oder Gestaltungsebenen statt. Die zum Einsatz kommenden Interventionstechniken sind strukturbezogen bis hin zu expressiv deutend und am Fokus orientiert. Im Rahmen des Therapiemanuals wurden anhand der drei Behandlungsabschnitte Kennenlernen, Durcharbeiten und Abschiednehmen konkrete therapeutische Vorgehensweisen beschrieben, die mit Hilfe von Fallbeispielen illustriert wurden. In der begleitenden Arbeit mit den Eltern wird den Eltern Gelegenheit gegeben die Verhaltensweisen des Kindes oder Jugendlichen auf dem Hintergrund seines Gewordenseins in der Familie zu verstehen und soweit als möglich das Beziehungsmuster, innerhalb dessen die Störung entstanden ist und aufrechterhalten wird, zu verändern (Horn 2003). Die Therapeuten wurden entsprechend dieses Therapiemanuals geschult und kontinuierlich in ihrer Behandlung durch erfahrene Supervisoren begleitet. Die Manualtreue wurde im Rahmen eines sieben-stufigen Globalratings von 0 (überhaupt nicht manualtreu) bis 6 (sehr hohe Manualtreue) für jede einzelne Therapiestunde beurteilt. Lediglich 5 der Therapiestunden (1,5 %) wurden mit ungenügenden Werten für die Manualtreue beurteilt. Im Durchschnitt lag die Manualtreue bei einem Wert von 4,03 (SD = 0,51). Es ergaben sich damit hohe Werte für die Manualtreue in der Therapiegruppe. Dies gilt auch für die Manualtreue für die drei Behandlungsabschnitte Kennenlernen, Durcharbeiten und Abschiednehmen. Vorzeitige Therapieabbrüche oder Drop-outs fanden sich weder in der Therapie- noch in der Wartekontrollgruppe.

## 2.3 Stichprobe

**Patienten:** Die Therapie- und die Wartegruppe umfassten jeweils 10 Patienten (s. Tab. 1). Zudem nahmen die Eltern – meist die Mütter – an der Untersuchung teil. In der Therapiegruppe waren 6 Mädchen und 4 Jungen, die Wartegruppe umfasste

3 Mädchen und 7 Jungen. Das Durchschnittsalter der Therapiegruppe betrug 12,6 Jahre, 5 Patienten waren Kinder (< 13 Jahre) und 5 Jugendliche. Das Alter der Wartegruppenpatienten war im Durchschnitt 9,3 Jahre. 8 Patienten waren Kinder und 2 Jugendliche. Die beiden Gruppen zeigten weder bezüglich des Geschlechts noch in dem Merkmal Beziehungsstatus der Eltern signifikante Unterschiede. Bezüglich des Alters und des Schulbesuchs ergaben sich signifikante Unterschiede (s. Tab. 1).

Tab. 1: Soziodemographische Merkmale der Therapie- und Wartekontrollgruppe

	<i>Therapiegruppe</i> (n = 10)	<i>Kontrollgruppe</i> (n = 10)	<i>t / p</i>
<b>Geschlecht</b>			
Jungen	4	7	0.18
Mädchen	6	3	
<b>Alter (in Jahren)</b>	12.6 (SD = 3.10)	9.3 (SD = 3.62)	2.19 0.04*
Range	8-17	5-16	
Kind	5	8	0.16
Jugendlicher	5	2	
<b>Schulbesuch</b>			
Kindergarten	0	2	0.006**
Grundschule	3	5	
Realschule	0	3	
Gymnasium	7	0	
<b>Beziehungsstatus der Eltern</b>			
Nie zusammen gelebt	1	1	1.00
Leben zusammen	5	5	
Getrennt/geschieden	4	4	

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; \* p 0.05; \*\* p 0.01.

In der Therapiegruppe wurde siebenmal die Diagnose „depressive Episode“ gestellt und zweimal eine „Dysthymia“ sowie eine „Anpassungsstörung“ mit depressiver Reaktion diagnostiziert. Bei sechs Patienten (60 %) lag eine Komorbidität von zwei oder mehr Störungsbildern vor. In der Wartekontrollgruppe wurde bei fünf Patienten eine „depressive Episode“ diagnostiziert. Viermal wurde die Diagnose „Dysthymia“ gestellt und einmal eine „Anpassungsstörung“ mit depressiver Reaktion diagnostiziert. Auch in der Wartegruppe lag bei sechs Patienten (60 %) ein Komorbidität von zwei oder mehr Störungen vor. Die Diagnosen wurden von dafür geschulten Ratern (Diplompsychologinnen mit klinischer Erfahrung) mit dem „Diagnostischen Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter“ (Kinder-DIPS) (Unnewehr et al. 1995) überprüft. Bis zum Therapiebeginn lag bei den Patienten der Therapiegruppe eine mittlere Störungsdauer von 2,03 Jahren vor (SD = 1,4), die Patienten der Wartekontrollgruppe zeigten eine mittlere Störungsdauer von 1,96 Jahren (SD = 3,28). Weder bezüglich der diagnostischen Zusammensetzung noch für die Krankheitsdauer ergaben sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen Therapie- und Kontrollgruppe.

**Eltern:** Die Mütter der Patienten der Therapiegruppe waren im Durchschnitt 41,2 Jahre (SD = 5,61) alt, die Väter hatten ein Durchschnittsalter von 42,6 Jahren (SD = 4,65). Die Mütter der Wartekinder waren im Durchschnitt 35,2 (SD = 4,67) Jahre alt; die Väter 48,1 (SD = 20,61) Jahre. In beiden Gruppen konnten die meisten Familien, d. h. über 90 %, der mittleren und oberen Sozialschicht zugeordnet werden. Zum Beziehungsstatus der Eltern kann dokumentiert werden, dass 5 (50 %) Eltern der Wartegruppe und 5 (50 %) Eltern der Therapiegruppe zusammen lebten. 4 (40 %) Kinder der Wartegruppe und 4 (40 %) Kinder der Therapiegruppe hatten geschiedene Eltern. In jeder Gruppe hatte ein (10 %) Elternpaar nie zusammen gelebt.

**Therapeuten:** Die 10 Behandlungen der Therapiegruppe wurden von 9 Therapeuten durchgeführt. Davon waren 8 (89 %) Therapeuten weiblich und einer männlich (11 %). Das durchschnittliche Alter betrug 48,9 (SD = 4,75) Jahre. Alle Therapeuten hatten eine abgeschlossene Ausbildung zum Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und befanden sich in fortwährender Supervision. Studientherapeuten aus dem Raum Heidelberg, Stuttgart und Frankfurt nahmen an der Untersuchung teil. Die durchschnittliche Berufserfahrung der Therapeuten betrug 5,6 Jahre (SD = 6,7).

## 2.4 Messinstrumente

Zur Bestimmung des Therapieergebnisses wurden verschiedene Erfolgsmaße eingesetzt. Mit Hilfe des „Beeinträchtigungsschwere-Scores für Kinder und Jugendliche“ (BSS-K) wurden die zentralen Bereiche zur Therapieevaluation auf den folgenden vier Dimensionen beurteilt: Einschätzung der psychischen, körperlichen und sozial-kommunikativen sowie der leistungsmäßigen Beeinträchtigung durch die psychische Störung. Damit kann bestimmt werden, in wie vielen und welchen Bereichen Störungen vorlagen bzw. die Kinder eine Verbesserung zeigten. Der BSS-K zeigt gute psychometrische Kennwerte für Interraterreliabilität, Reliabilität und Validität (Fahrig et al. 1996; Kronmüller et al. 2005). „Der Psychische und Sozial-Kommunikative Befund für Kinder und Jugendliche“ (PSKB-KJ) stellt die für Kinder und Jugendliche adaptierte Form des PSKB für Erwachsene dar (Rudolf 1981). Der PSKB-KJ erlaubt es, die im klinischen Interview erhobenen Daten standardisiert und quantifizierend abzubilden. Auf der Basis eines psychodynamischen Verständnisses der Symptombildung werden Expertenbeurteilungen mit 104 Items auf 10 Primärskalen den drei zentralen Bereichen der klassischen Symptome, der Interaktionsmuster und der körperlichen Symptombildung vorgenommen. Über die 10 Primärskalen werden nochmals 3 Sekundärskalen mit psychischen, sozial-kommunikativen und körperlichen Anteilen der Symptomatik gebildet. Der PSKB-KJ zeigt gute psychometrische Kennwerte für Reliabilität und Validität (Kronmüller et al. 2005). Zur Beurteilung der psychischen Symptomatik der Kinder aus der Elternperspektive wurde die „Child Behavior Checklist“ (CBCL) als Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen in der Version von Döpfner et al. (1994) angewendet. Mit diesem Instrument können internalisierende und externalisierende Störungsanteile erfasst werden. Außerdem kann über die Störungsanteile ein Gesamtwert gebildet werden. Für Reliabilität und Validität liegen zahlreiche Hinweise vor (Achenbach 1991).

## 2.5 Statistische Auswertungen

Zur statistischen Überprüfung von Unterschieden zwischen Therapie- und Kontrollgruppe wurden entsprechend dem Skalenniveau und der Stichprobengröße  $\chi^2$ -Tests, der exakte Test nach Fisher und t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet. Das Signifikanzniveau wurde auf 0,05 festgelegt. Gerichtete Hypothesen wurden einseitig getestet. Überlegungen zur statistischen Power der Testung führen zu dem Schluss, dass mit der vorliegenden Stichprobengröße mittelgroße bis große Effekte überprüft werden können. Um die unbehandelte Kontrollgruppe mit der Therapiegruppe zu vergleichen wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung berechnet. Verglichen wurden dabei die Störungswerte der Kontrollgruppe bei der Eingangsuntersuchung ( $T_0$ ) und nach 4 Monaten ( $T_1$ ) mit den Werten der Therapiegruppe zu Therapiebeginn ( $T_1$ ) und nach 25 Therapiestunden entsprechend 4 Monaten ( $T_2$ ). Auf eine Last Observation Carried Forward (LOCF)-Analyse konnte aufgrund fehlender Therapieabbrüche und Drop-outs in der Kontrollgruppe verzichtet werden. Alterseffekte wurden im Rahmen von Kovarianzanalysen mit Messwiederholung kontrolliert. Des Weiteren wurden Effektstärken berechnet. Dabei wurden zwei verschiedene Varianten der Effektstärkenberechnung herangezogen (Smith et al. 1980; Buol u. Endtner 1993). Um zu Beschreiben, in wieweit mit der Reduktion der Symptomatik eine Annäherung an die Norm erreicht wurde, wurde das Konzept der klinischen Signifikanz (KS) nach Jacobson und Revenstorf (1988) angewandt. Welche und wie viele Kinder eine günstige Veränderung aufwiesen, wurde mit dem der Reliable-Change-Index (RC) nach Jacobson et al. (1984) in Modifikation von Christensen und Mendoza (1986) berechnet. Die statistischen Analysen wurden mit dem Statistikprogramm SAS Version 9.1 (2002–2003) durchgeführt.

## 3 Ergebnisse

Die Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie wurde in einem ersten Analyseschritt in der Expertenbeurteilung untersucht. Der Therapieerfolg wurde dabei mit dem „Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder“ (BSS-K) sowie den Skalen des „Psychischen und Sozial-Kommunikativen Befundes für Kinder und Jugendliche“ (PSKB-KJ) erfasst. Zur Überprüfung der Hypothesen wurden zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung berechnet.

Für die Therapiegruppe fand sich während der Behandlung eine signifikante Abnahme der Beeinträchtigungsschwere (s. Abb. 1) Die Wartegruppe zeigte demgegenüber keine Veränderung. Für den BSS-K-Gesamtwert ergab sich somit ein signifikanter Interaktionseffekt ( $F = 4,95$ ;  $p = 0,02$ ) (s. Tab. 2). Der ebenfalls signifikanten Zeiteffekte war aufgrund des signifikanten Interaktionseffekts nicht interpretierbar. Von den Kindern und Jugendlichen der Therapiegruppe konnten bis zur 25. Therapiestunde 2 Patienten (20 %) i. S. einer reliablen und klinisch signifikanten Reduktion der Beeinträchtigungsschwere (BSS-K) erfolgreich behandelt werden. Im Vergleich hierzu veränderte sich die Beeinträchtigungsschwere bei keinem der Wartekinder so, dass die Kriterien für einen Erfolg erfüllt waren. Dieser Unterschied wurde statistisch jedoch nicht signifikant ( $p = 0,47$ ).

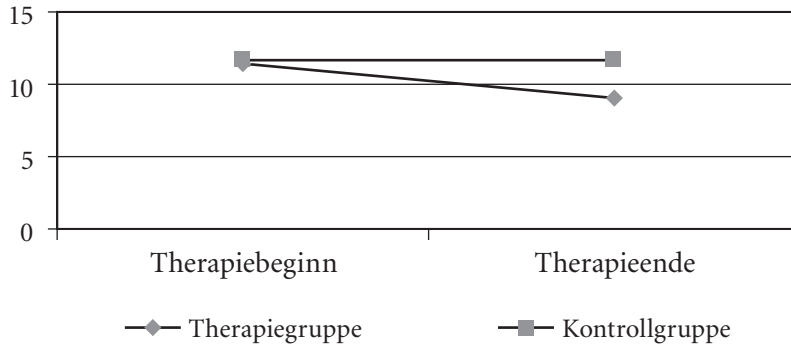


Abb. 1: Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche (BSS-K) Gesamtwert zu Therapiebeginn und Therapieende für die Therapie- und Wartekontrollgruppe

Bei der Beurteilung der BSS-K-Einzelskalen zeigten sich differentielle Verbesserungen der Therapiegruppe im Vergleich mit der Kontrollgruppe. Signifikante Interaktionseffekte ergaben sich für die BSS-K-Skalen „Psychische Beeinträchtigung“ (BSS-K1) und „Sozialkommunikative Beeinträchtigung mit Freunden“ (BSS-K3c). Die Patienten der Therapiegruppe zeigten im Unterschied zur Kontrollgruppe demnach eine signifikante Reduktion der Beeinträchtigung sowohl im psychischen als auch im sozialkommunikativen Bereich mit Freunden. Die Reduktion der „sozialkommunikativen Beeinträchtigung mit Geschwistern“ (BSS-K3b) der Therapiegruppe im Vergleich mit der Kontrollgruppe zeigt einen tendenziellen Interaktionseffekt, mit einem Vorteil für die Therapiegruppe. Keine signifikanten Veränderungen ergaben sich im Bereich der „sozialkommunikativen Beeinträchtigung mit Eltern“ (BSS-K3a) sowie im „Leistungsbereich“ (BSS-K4). Im Bereich der „körperlichen Beeinträchtigung“ (BSS-K2) konnte ein signifikanter Zeiteffekt ermittelt werden. Sowohl Therapie- als auch Wartegruppe zeigen im 4-Monatszeitraum eine signifikante Abnahme der Beeinträchtigung. Aufgrund des signifikanten Altersunterschieds zwischen den Patienten der Therapie- und Kontrollgruppe wurde die Varianzanalyse mit Messwiederholungen nochmals mit Kontrolle des Lebensalters als Kovariate berechnet. Diese Berechnung führte jedoch nicht zu einer inhaltlichen Veränderung der bereits berichteten Ergebnisse (Tab. 2).

Bei der Beurteilung der Veränderungen mittels Effektstärken, zeigte sich der größte Wert im BSS-K-Gesamtwert mit einer Effektstärke von 1,3 (Tab. 2). Ebenfalls hohe Effektstärken wurden in den Bereichen „sozialkommunikative Beeinträchtigungen mit Freunden (BSS-K3c) und Eltern (BSS-K3a)“ sowie der „psychischen Beeinträchtigung“ (BSS-K1) gemessen. Deutlich geringere Effektstärken fanden sich für die Veränderung „körperlicher Beeinträchtigungen“ (BSS-K2), „Beeinträchtigungen im Leistungsbereich“ (BSS-K4) sowie im Bereich der „sozialkommunikativen Beeinträchtigung mit Geschwistern“ (BSS-K3b).

Bei der Analyse der Anzahl klinisch signifikant auffälliger BSS-K-Skalen zu Therapiebeginn und Therapieende ergab sich ein tendenziell signifikanter Interaktionseffekt



Tab. 2: Vergleich von Therapie- und Wartekontrollgruppe im Beeinträchtigungsschwere-Score für Kinder und Jugendliche (BSS-K)

BSS-K-Skalen	Therapiegruppe (n = 10)						Kontrollgruppe (n = 10)						F	p	
	M	SD	T <sub>1</sub>	M	SD	T <sub>2</sub>	M	SD	T <sub>0</sub>	M	SD	T <sub>1</sub>			ES
<b>BSS-K-1:</b> Psychische Beeinträchtigung	2.90	0.32	2.40	2.40	0.70	2.70	2.70	0.82	3.00	0.67	0.90 <sup>a</sup>	0.96 <sup>b</sup>	G	0.60	0.45
<b>BSS-K-2:</b> Körperliche Beeinträchtigung	1.40	0.70	1.30	1.30	0.82	1.90	1.90	0.99	1.50	0.97	0.21	0.23	G × Z	8.73	0.005**
<b>BSS-K-3a:</b> Sozial-kommunikative Beeinträchtigung mit Eltern	1.80	1.03	1.50	1.50	0.97	2.50	2.40	0.85	2.40	0.97	0.93	0.95	G	4.19	0.06(*)
<b>BSS-K-3b:</b> Sozial-kommunikative Beeinträchtigung mit Geschwistern	1.70	1.34	1.30	1.30	0.82	0.90	1.10	1.10	1.00	1.15	-0.26	-0.24	Z	0.72	0.41
<b>BSS-K-3c:</b> Sozial-kommunikative Beeinträchtigung mit Freunden	1.80	0.92	1.30	1.30	0.82	2.20	2.40	0.92	2.40	0.97	1.14	1.20	G	3.95	0.06(*)
<b>BSS-K-4:</b> Beeinträchtigung im Leistungsbereich	1.80	1.23	1.30	1.30	0.82	1.50	1.40	0.97	1.40	0.84	0.12	0.09	G × Z	5.44	0.02*
<b>BSS-K-Gesamt:</b> Gesamtwert	11.40	2.01	9.10	9.10	2.56	11.70	11.70	1.89	11.70	2.11	1.23	1.33	G	3.17	0.09(*)

Anmerkung: T<sub>0</sub>: Studienbeginn Wartekontrollgruppe; T<sub>1</sub>: Therapiebeginn; T<sub>2</sub>: Therapieende; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; ES: Effektstärken; a: ES nach Smith et al. (1980); b: ES nach Buol u. Endtner (1993); G: Gruppeneffekt; Z: Zeiteffekt; G × Z: Interaktionseffekt Gruppe × Zeit; (\*) p ≤ 0.10; \*\* p ≤ 0.05; \*\*\* p ≤ 0.01.

fekt ( $F = 2,15$ ;  $p = 0,08$ ). Die Anzahl auffälliger BSS-K-Skalen wurde in Therapie- und Wartegruppe geringer. Es fand jedoch eine stärkere Reduktion auffälliger BSS-K-Skalen bei den Patienten der Therapiegruppe von 4,6 (SD = 0,84) auf 3,7 (SD = 1,34) statt im Vergleich zur Wartegruppe mit einer Reduktion auffälliger BSS-K-Skalen von 4,5 (SD = 0,85) auf 4,3 (SD = 0,95).

Im PSKB-KJ-Gesamtwert zeigte sich eine signifikante Reduktion der Störungsschwere für die Therapiegruppe, nicht jedoch für die Wartegruppe (Tab. 3). Dementsprechend ergab sich ein signifikanter Interaktionseffekt ( $F = 4,77$ ;  $p = 0,03$ ). Für die psychischen Anteile der PSKB-KJ-Sekundärskala ergab sich ein signifikanter Interaktionseffekt mit einer Verbesserung nur in der Therapiegruppe ( $F = 6,38$ ;  $p = 0,01$ ). Für die sozialkommunikativen Anteile fand sich ein signifikanter Gruppeneffekt, da die Wartegruppenpatienten hier signifikant mehr Störungsanteile zeigten wie die Patienten der Therapiegruppe. Allerdings fand sich hier auch ein tendenzieller Interaktionseffekt, mit einem Vorteil der Reduktion für die Therapiegruppe. Im Bereich körperlicher Anteile ergaben sich keine signifikanten Veränderungen. Betrachtet man die Effektstärken der abgeleiteten PSKB-KJ-Dimensionen, so zeigte sich mit einer Effektstärke von 1,3 ein hoher Wert für den PSKB-KJ-Gesamtwert. Auch für die sozialen Störungsanteile fand sich mit einer Effektstärke von 1,2 ein ähnlich hoher Wert. Im Vergleich dazu fanden sich mittlere Effektstärken mit einem Wert von 0,5 für die psychischen Anteile sowie 0,6 für die körperlichen Anteile (Tab. 3).

Die Erfolgsmessung aus der Elternperspektive wurde mit der Child Behavior Checklist (CBCL) durchgeführt (Tab. 4). Für den Bereich der internalisierenden Störungsanteile konnte ein signifikanter Interaktionseffekt ermittelt werden ( $F = 7,10$ ;  $p = 0,01$ ). Aus Sicht der Eltern verbesserten sich die Kinder der Therapiegruppe im Bereich der internalen Anteile, während die Eltern der Wartegruppenkinder in diesem Bereich keine Veränderungen wahrnahmen. Für den Bereich der externalisierenden Störungsanteile konnten keine signifikanten Effekte ermittelt werden. Der Gesamtwert zeigte einen tendenziellen Interaktionseffekt ( $F = 1,94$ ;  $p = 0,09$ ). Gegenüber der Wartegruppe wurde in der Therapiegruppe ein stärkerer Rückgang der Symptomatik von den Eltern wahrgenommen. Betrachtet man die Effektstärken für die Sekundär- und Tertiärskalen der CBCL, zeigten sich mittlere bis hohe Effektstärken für den Gesamtwert (0,7) sowie für die externalen Anteile (1,3). Die Veränderung im internalen Bereich lag mit 0,5 im mittleren Bereich (Tab. 4).

Tab. 3: Vergleich von Therapie- und Wartkontrollgruppe  
im Psychischen und Sozial-Kommunikativen Befund für Kinder und Jugendliche (PSKB-KJ)

PSKB-KJ-Skalen	Therapiegruppe (n = 10)						Kontrollgruppe (n = 10)						F	p
	T <sub>1</sub>		T <sub>2</sub>		T <sub>0</sub>		T <sub>1</sub>		T <sub>0</sub>		ES			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
<b>PSKB-KJ-PSY:</b> Psychische Anteile	0.89	0.38	0.70	0.31	0.79	0.24	0.83	0.26	0.52 <sup>a</sup>	G	0.01	0.91		
									0.41 <sup>b</sup>	Z	2.55	0.13		
										G × Z	6.38	0.01**		
<b>PSKB-KJ-SOKO:</b> Sozial-kommunikative Anteile	0.54	0.19	0.45	0.16	0.88	0.31	0.91	0.40	1.17	G	10.17	0.007**		
									1.92	Z	0.46	0.51		
										G × Z	2.12	0.09(*)		
<b>PSKB-KJ-KOE:</b> Körperliche Anteile	0.27	0.17	0.25	0.16	0.27	0.12	0.30	0.09	0.63	G	0.15	0.70		
									0.35	Z	0.01	0.94		
										G × Z	0.70	0.21		
<b>PSKB-KJ-Gesamt:</b> Gesamtwert	0.57	0.17	0.46	0.17	0.64	0.17	0.68	0.18	1.24	G	3.18	0.10(*)		
									1.28	Z	1.01	0.33		
										G × Z	4.77	0.03*		

Anmerkung: T<sub>0</sub>: Studienbeginn Wartkontrollgruppe; T<sub>1</sub>: Therapiebeginn; T<sub>2</sub>: Therapieende; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; ES: Effektstärken;  
a: ES nach Smith et al. (1980); b: ES nach Buol u. Endtner (1993); G: Gruppeneffekt; Z: Zeiteffekt; G × Z: Interaktionseffekt Gruppe × Zeit; (\*) p ≤ 0.10; \* p ≤ 0.05;  
\*\* p ≤ 0.01.

Tab. 4: Vergleich von Therapie- und Wartekontrollgruppe in der Child Behavior Checklist (CBCL)

CBCL-Skalen	Therapiegruppe (n = 10)				Kontrollgruppe (n = 10)				F	p	
	T <sub>1</sub> M	SD	T <sub>2</sub> M	SD	T <sub>0</sub> M	SD	T <sub>1</sub> M	SD			
Internalisierende Störungsanteile	74.67	6.98	65.67	10.95	68.43	9.18	70.00	8.33	0.52 <sup>a</sup>	0.04	0.84
									0.53 <sup>b</sup>	3.50	0.09(*)
										G × Z	7.10
Externalisierende Störungsanteile	59.33	2.94	56.00	8.65	66.75	9.21	65.63	10.11	0.95	4.06	0.07(*)
									1.32	1.60	0.23
										G × Z	0.39
CBCL-Gesamtwert	69.17	3.97	62.17	9.45	69.75	7.44	68.00	8.45	0.69	0.76	0.40
									0.94	5.38	0.04*
										G × Z	1.94

Anmerkung: T<sub>0</sub>: Studienbeginn Wartekontrollgruppe; T<sub>1</sub>: Therapiebeginn; T<sub>2</sub>: Therapieende; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung; ES: Effektstärken; a: ES nach Smith et al. (1980); b: ES nach Buol und Endtner (1993); G: Gruppeneffekt; Z: Zeiteffekt; G × Z: Interaktionseffekt Gruppe × Zeit; (\*) p ≤ 0.10; \* p ≤ 0.05; \*\* p ≤ 0.01.

## 4 Diskussion

Ein Ziel der Heidelberger Studie zur analytischen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen war die Überprüfung der Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie an störungshomogenen Gruppen von Patienten. Dazu wurden störungshomogenen Teilstichproben von Patienten mit Angststörungen, depressiven Störungen und Verhaltensstörungen herangezogen. Gegenstand der hier berichteten Untersuchung war die Gruppe der depressiven Störungen.

Die Befunde der vorliegenden Untersuchung belegen, dass eine Behandlung mit einer 25-stündigen psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie einer unbehandelten Wartekontrollgruppe signifikant überlegen war. So zeigte sich eine Abnahme der Schwere der Beeinträchtigung durch die depressive Störung in der Therapiegruppe, nicht aber in der Wartekontrollgruppe. 20 % der Patienten konnten mit diesem Therapieansatz entsprechend einer klinisch signifikanten Verbesserung und einer reliablen Veränderung des BSS-K-Gesamtwertes erfolgreich behandelt werden. Im Vergleich dazu erreichte kein Patient der Wartekontrollgruppe dieses kombinierte Erfolgskriterium. Die ermittelte Effektstärke für den BSS-K-Gesamtwert lag bei 1,3. Während die Therapiegruppe zu Therapiebeginn in durchschnittlich fast fünf BSS-K-Skalen klinisch signifikant auffällige Werte aufwies, war dies zu Therapieende durchschnittlich nur noch bei dreieinhalb BSS-K-Skalen. Zu besonders deutlichen Veränderungen kam es in den Bereichen der psychischen Beeinträchtigung sowie der sozialkommunikativen Beeinträchtigung mit Freunden. Die Veränderungen im Bereich der sozial-kommunikativen Beeinträchtigung mit den Geschwistern erreichten nicht ganz das gewählte Signifikanzniveau. Keine differentiell signifikanten Veränderungen ergaben sich demgegenüber im Bereich der körperlichen Beeinträchtigung sowie der sozial-kommunikativen Beeinträchtigung mit Eltern sowie im Leistungsbereich. Die Ergebnisse, die mit dem PSKB-KJ ermittelt werden konnten, bestätigen die Befunde, die mit dem BSS-K festgestellt wurden. So fand sich für den PSKB-KJ-Gesamtwert eine Effektstärke von 1,3. Auch für die Elternperspektive ergab sich in der vorliegenden Untersuchung eine gute Entsprechung zu der Beurteilung durch die Experten. Hierbei fand sich insbesondere eine signifikante Abnahme der internalisierenden Störungsanteile in der Therapiegruppe im Vergleich zur Wartekontrollgruppe. Die Effektstärken für die CBCL lagen zwischen 0,5 und 1,3. Damit fand sich in der vorliegenden Untersuchung eine signifikante Überlegenheit der Therapiegruppe über die Wartekontrollgruppe, sowohl in der Expertenbeurteilung als auch in der Beurteilung durch die Eltern der Patienten. Auch lagen die ermittelten Effektstärken für alle drei Instrumente zur Bestimmung des Therapieerfolges im Bereich zwischen 0,5 und 1,3. Es ergaben sich somit für die psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen Effektstärken, die im mittleren bis hohen Bereich lagen (Cohen 1988).

Vergleicht man diese Ergebnisse mit den Studien zur psychodynamischen Behandlung bei Depressionen, zeigt sich, dass in der vorliegenden Untersuchung höhere Effektstärken ermittelt werden konnten. So liegt die Effektstärke mit 1,3 deutlich höher als die mit 0,75 in der Studie von Muratori et al. (2002) ermittelte. Dennoch ist auch festzuhalten, dass die Therapieerfolgsraten deutlich niedriger lie-

gen als die von Target und Fonagy (1994) berichteten. Diese Unterschiede sind wahrscheinlich auf die verschiedene Behandlungsdauer zurückzuführen. Während in der Muratori-Studie lediglich 11 Therapiesitzungen durchgeführt wurden, waren es in der vorliegenden Studie 25 und in der von Studie von Target und Fonagy (1994) ging die durchschnittliche Behandlung aber über einen Zeitraum von 2 Jahren. Hier deutet sich eine enge Beziehung zwischen der Dauer der Behandlung und erzielter Effektstärke sowie der Rate erfolgreicher Behandlungen an.

Im Rahmen der Heidelberger Studie zur analytischen Psychotherapie wurden neben depressiven Störungen auch Angststörungen und Verhaltensstörungen untersucht. Im Vergleich zu diesen Störungsgruppen nahmen die Patienten mit depressiven Störungen bezüglich des Therapieerfolges eine mittlere Position ein. So lagen die Effektstärken mit 1,3 im Vergleich zu Effektstärken bei der Behandlung von Angststörungen mit 1,6 (Kronmüller et al. 2005) etwas niedriger, jedoch deutlich höher als bei der Behandlung von Verhaltensstörungen, die eine Effektstärke von 0,6 ergaben (Winkelmann et al. 2005). Im Vergleich zu Studien zu verhaltenstherapeutischen Intervention ergaben sich mit einer Effektstärke von 1,3 in der vorliegenden Untersuchung vergleichbare Effektstärken, wie sie auch in Metaanalysen wie der von Lewinsohn und Clark (1999) mit 1,3 ermittelt werden konnten. Die Rate remittierter Patienten lag in den meisten Untersuchungen zur Verhaltenstherapie und Interpersonellen Psychotherapie (IPT-A) in den Therapiegruppen zwischen 50 und 60%. Demgegenüber fand sich in der vorliegenden Untersuchung mit 20% eine deutlich niedrigere Erfolgseinschätzung. Diese Unterschiede sind wohl durch die Methodik der Remissionsbestimmung in den einzelnen Studien bedingt. Während in den meisten Studien zur Depression ein depressionsspezifisches Erfolgskriterium gewählt worden war, um die Remission der depressiven Symptomatik zu ermitteln, war das Erfolgskriterium in der vorliegenden Studie störungsübergreifend und damit breiter angelegt. Die geringere Remissionsrate könnte aber auch mit der Stichprobe zusammenhängen, die überwiegend aus Kindern bestand. Im Unterschied zu Jugendlichen, die einen eher phasischen Verlauf der Depression aufweisen, findet sich bei Kindern vermehrt ein chronischer Verlaufstyp. Interessanterweise zeigte sich jedoch der gleiche Unterschied zwischen Therapie- und Kontrollgruppe wie in zahlreichen Studien zur verhaltenstherapeutischen Behandlung. So konnte in den meisten Studien zur Verhaltenstherapie und Interpersonellen Psychotherapie (IPT-A) ein Unterschied von ungefähr 20% in der Remissionsrate zwischen Therapie- und Kontrollgruppe ermittelt werden. Dazu gut vergleichbare Ergebnisse erbrachte die vorliegende Untersuchung. Insgesamt liegen die Effektstärken in der vorliegenden Untersuchung aber auch deutlich höher als die von Weisz et al. (1995) und von Beelmann und Schneider (2003) für psychodynamische Verfahren berichtete Effektstärken. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass es sich bei der psychodynamischen Kurzzeitpsychotherapie um ein der Verhaltenstherapie und Interpersonellen Psychotherapie (IPF-A) durchaus vergleichbar effektives Verfahren handelt. Jedoch fehlt bislang eine Untersuchung, die diese Therapieverfahren direkt miteinander verglichen hätte.

Trotz hoher Effektstärken fand sich in der vorliegenden Untersuchung nur eine relativ niedrige Rate von im strengen Sinne erfolgreich behandelten, also voll remittierten Patienten. Es ist entsprechend davon auszugehen, dass bei einem Teil der

Patienten noch eine depressive Residualsymptomatik vorlag. Diese Residualsymptomatik ist aber nach den Ergebnissen von Brent et al. (2001) ein signifikanter Risikofaktor für einen Rückfall sowie für eine Beeinträchtigung des sozialen Funktionsniveaus. Es stellt sich also hier die Frage nach der Therapieoptimierung. Insbesondere kann vermutet werden, dass die Rate von Patienten mit Residualsymptomatik durch eine längere Behandlung weiter reduziert werden kann. Inwieweit durch eine stärkere störungsspezifische Ausrichtung der Behandlung oder Integration von weiteren Therapiekomponenten in die psychodynamische Behandlung die Effektivität der Behandlung gesteigert werden kann, ist durch die vorliegende Untersuchung nicht zu beantworten. Auch stellt sich die Frage ob die Wirksamkeit der Behandlung verbessert werden kann, indem komorbide Störungen der Patienten für die Therapie stärker berücksichtigt werden (Rohde et al. 2001, 2004). Diese Gesichtspunkte stellen wichtige Perspektiven für die künftige Forschung dar.

Die Untersuchung unterliegt einer Reihe methodischer Probleme, die die Interpretation der Ergebnisse einschränken. Aufgrund der kleinen Stichprobe kommt der Studie ein vorwiegend explorativer Charakter zu. Fraglich ist auch, ob es sich bei den untersuchten Patienten mit der Diagnose einer depressiven Störung oder einer Dys-thymie um gut vergleichbare Patienten handelt. Inwieweit die Ergebnisse für diese beiden Störungsbilder generalisierbar sind, bleibt weiteren Studien vorbehalten. Dennoch handelt es sich bei der vorliegenden Stichprobe um eine Inanspruchnahme-Klientel mit hoher klinischer Repräsentativität. Auch kann eine Parallelisierung der Therapie- und Kontrollgruppe eine Randomisierung nicht ersetzen. Zudem war aufgrund der kleinen Stichprobe eine Parallelisierung nicht optimal realisierbar. Dennoch veränderten sich die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bei Kontrolle entsprechender soziodemographischer Merkmale nicht in ihren zentralen Aussagen. Aufgrund der geringen Anzahl von Patienten in der Wartekontrollgruppe wurden drei Patienten mit komorbiden Störungen aus der Kontrollgruppe für die depressive Stichprobe auch der Kontrollgruppe für die Verhaltens- bzw. Angststörungen zugeteilt. Aufgrund der größeren Stichprobe in der Therapiegruppe gab es hier keine Überschneidungen der Teilstichproben. Dennoch geht auch ein Wartekontrollgruppendedesign mit methodischen Problemen einher. Wünschenswert wäre für weitere Studien die Verwendung aktiver Kontrollgruppen oder der Vergleich mit bereits evaluierten Therapieverfahren. Weiter einschränkend für die Interpretation der Studienergebnisse kann gelten, dass aufgrund des Studiendesigns keine Follow-up-Untersuchung für die gesamte Stichprobe möglich war, da ein Teil der Kinder nach nicht-erfolgreicher Kurzzeitpsychotherapie weiterbehandelt wurde. So sind nur eingeschränkte Aussagen über die Stabilität des Behandlungsergebnisses, aber auch potentieller Sleeper-Effekte möglich. Fraglich führt dieses Design aber auch zu einer Unterschätzung der Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeittherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depression, da zahlreiche Studien zeigen konnten, dass gerade die zeitliche Begrenzung des therapeutischen Angebotes einen wichtigen Wirkfaktor bei Kurzzeitpsychotherapie darstellt.

Trotz dieser methodischen Probleme belegen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, dass psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie ein für depressive Kinder und Jugendliche erfolgreiches Behandlungsverfahren darstellt. Die Ergeb-

nisse sprechen aber auch dafür, dass für einen Teil der Patienten eine intensivere oder längere oder aber auch eine andere Behandlungsform erforderlich ist. In weiteren Studien sollte insbesondere erforscht werden, durch welche Maßnahmen die Residualsymptomatik bei Therapieende weiter reduziert werden kann. Daneben wäre es wichtig, weitere Anhaltspunkte für differentielle Indikationskriterien für dieses Behandlungsverfahren zu finden und die Mechanismen und Prozesse, die zu einer erfolgreichen Behandlung führen, detaillierter zu erforschen.

## Literatur

- Achenbach, T. M. (1991): Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington (VT).
- Beelmann, A.; Schneider, N. (2003): Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kinder und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 32: 129–143.
- Birmaher, B.; Brent, D. A.; Kolko, D.; Baugher, M.; Bridge, J.; Holder, D.; Iyengar, S.; Ulloa, R. E. (2000): Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry* 57: 29–36.
- Buol, C.; Endtner, K. (1993): Doch die Verhältnisse sind nicht so - Differentielle Wirkung von Psychotherapie. Eine Metaanalyse. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Bern: Psychologisches Institut.
- Brent, D. A.; Holder, D.; Kolko, D.; Birmaher, B.; Baugher, M.; Roth, C.; Iyengar, S.; Johnson, B. A. (1997): A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry* 54: 877–885.
- Brent, D. A.; Birmaher, B.; Kolko, D.; Baugher, M.; Bridge, J. (2001): Subsyndromal depression in adolescents after a brief psychotherapy trial: course and outcome. *Journal of Affective Disorders* 63: 51–58.
- Burns, B. J.; Hoagwood, K.; Mrazek, P. J. (1999): Effective treatment for mental disorders in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2: 199–254.
- Christensen, L.; Mendoza, L. J. (1986): A method of assessing change in a single subject: An alteration of the RC Index. *Behavior Therapy* 17: 305–308.
- Clarke, G. N.; Rohde, P.; Lewinsohn, P. M.; Hops, H.; Seeles, J. R. (1999): Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster session. *Journal of the American Academy of Children & Adolescent Psychiatry* 38: 272–279.
- Cohen, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Compton, S. N.; March, J.; Brent, D.; Albano, A. M.; Weersing, V. R.; Curry, J. (2004): Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Anxiety and Depressive Disorders in Children and Adolescents: An Evidence-Based Medicine Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 43: 930–959.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H.; Schulte-Markwort, E. (Hg.) (1994): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Forschungskriterien. Bern: Huber.
- Döpfner, M.; Melchers, P.; Fegert, J.; Lehmkuhl, U.; Schmeck, K.; Steinhausen, H.-C.; Poustka, F. (1994): Deutschsprachige Konsensusversionen der Child Behavior Check List (CBCL 4-18), der Teacher Report Form (TRF) und der Youth Self Report Form (YSR). *Kindheit und Entwicklung* 4: 54–59.
- Fahrig, H.; Kronmüller, K.-T.; Hartmann, M.; Rudolf, G. (1996): Therapieerfolg analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Die Heidelberger Studie zur analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 42: 375–395.
- Flamen, M.F.; Whitaker, A.; Rapaport, J.L. (1988): Obsessive compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 27: 764–771.



- Fonagy, P.; Target, M.; Cottrell, D.; Phillips, J.; Kurtz, Z. (2002): What works for whom. A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents. London: Guilford Press.
- Hartmann, M.; Horn, H.; Kronmüller, K.-T. (unveröffentlichtes Manuskript): Therapieleitfaden der Heidelberger Studie zur analytischen Kurzzeittherapie bei Kindern und Jugendlichen.
- Horn, H. (2003): Zur Einbeziehung der Eltern in die analytische Kinderpsychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 52: 766–776.
- Jacobson, N. S.; Follette, W. C.; Revenstorf, D. (1984): Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy* 15: 336–352.
- Jacobson, N. S.; Revenstorf, D. (1988): Statistics for assessing the clinical significance of psychotherapy techniques: Issues, problems, and new developments. *Behavioral-Assessment* 10: 133–145.
- Kronmüller, K.-T.; Hartmann, M.; Postelnicu, I.; Stefini, A.; Geiser-Elze, A.; Gerhold, M.; Horn, H.; Winkelmann, K. (2005): Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54: 559–577.
- Kovacs, M.; Devlin, B. (1998): Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 39: 47–63.
- Lachauer, R. (1992): *Der Fokus in der Psychotherapie: Fokalsätze und ihre Anwendung in Kurztherapie*. München: J. Pfeiffer.
- Lewinsohn, P. M.; Clarke, G. N. (1999): Psychosocial treatments for adolescent depression. *Clinical Psychology Review* 19: 329–342.
- Lewinsohn, P. M.; Clarke, G. N.; Hops, H.; Andrews, J. (1990): Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy* 21: 385–401.
- Lewinsohn, P. M.; Clarke, G. N.; Seeley, J. R.; Rohde, P. (1994): Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Children & Adolescent Psychiatry* 33: 809–818.
- Lewinsohn, P. M.; Rohde, P.; Klein, D.; Seeley, J. R. (1999): Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 38: 56–63.
- Luborsky, L. (1995): *Einführung in die analytische Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mufson, L.; Dorta, K. P.; Wickramaratne, P.; Nomura, Y.; Olfson, M.; Weissman, M. M. (2004): A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry* 61: 577–584.
- Mufson, L.; Moreau, D.; Weissmann, M.; Klerman, G.L. (1993): *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents*. New York: Guilford.
- Muratori, F.; Picchi, L.; Bruni, G.; Patarnello, M.; Romagnoli, G. (2003): A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalizing disorders in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42: 331–339.
- Muratori, F.; Picchi, L.; Casella, C.; Tancredi, R.; Milone, A.; Patarnello, M. G. (2002): Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics* 71: 28–38.
- Oldehinkel, A. J.; Wittchen, H. U.; Schuster, P. (1999): Prevalence, 20-month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine* 29: 655–668.
- Olschewski, M.; Scheurlen, H. (1985): Comprehensive Cohort Study: an alternative to randomized consent design in a breast preservation trial. *Methods of Information in Medicine* 24: 131–134.
- Rohde, P.; Clarke, G. N.; Lewinsohn, P. M.; Seeley, J. R.; Kaufman, N. K. (2001): Impact of comorbidity on a cognitive behavioural group treatment for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Children & Adolescent Psychiatry* 40: 795–802.
- Rohde, P.; Clarke, G. N.; Mace, D. E.; Jorgensen, J. S.; Seeley, J. R. (2004): An efficacy/effectiveness study of cognitive-behavioral treatment for adolescents with comorbid major depression and conduct disorder. *Journal of the American Academy of Children & Adolescent Psychiatry* 43: 660–668.

- Rudolf, G. (1981): Untersuchung und Befund bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen. Materialien zum psychischen und sozialkommunikativen Befund PSKB. Weinheim: Beltz.
- Santor, D. A.; Kusumakar, V. (2001): Open trial of interpersonal therapy in adolescents with moderate to severe major depression: effectiveness of novice IPT therapists. *Journal of the American Academy of Children & Adolescent Psychiatry* 40: 236–240.
- SAS System for Windows, Version 9.1. (2002–2003): SAS Institute Inc., Cary, NC.
- Smith, M. L.; Glass, G. V.; Miller, T. I. (1980): *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, London: John Hopkins University Press.
- Smyrnios, K. S.; Kirkby, R. J. (1993): Long-term comparison of brief versus unlimited psychodynamic treatments with children and their parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61: 1020–1027.
- Stark, K. D.; Reynolds, W. M.; Kaslow, N. J. (1987): A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioural problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnorm Child Psychology* 15: 91–113.
- Target, M.; Fonagy, P. (1994): The efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 33: 361–370.
- Unnewehr, S.; Schneider, S.; Margraf, J. (Hg.) (1995): *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS)*. Heidelberg: Springer.
- Victor, N. (1990): *Methodische Fragen*. In: *Materialien zur Gesundheitsforschung. Klinische Studien in der Psychiatrie*. Bonn: Schriftenreihe zum Programm der Bundesregierung.
- Weisz, J. R.; Doss, A. J.; Hawley, K. M. (2005): Youth Psychotherapy Outcome Research: A Review and Critique of the Evidence Base. *Annual Review of Psychology* 56: 337–363.
- Weisz, J. R.; Weiss, B.; Han, S. S.; Granger, D. A.; Morton, T. (1995): Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin* 117: 450–468.
- Windaus, E. (2004a): Studien zur Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie bei Kindern und Jugendlichen. *Forum der Psychoanalyse* 20: 34–39.
- Windaus, E. (2004b): Übersicht über Studien und Katamnesen im Bereich der psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse* 20: 44–54.
- Windaus, E. (2004c): Zur Studiensituation im Bereich der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. Ein Überblick. *Zeitschrift für Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie* 123: 419–442.
- Windaus, E. (2005): Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54: 530–558.
- Winkelmann, K.; Stefini, A.; Hartmann, M.; Geiser-Elze, A.; Kronmüller, A.; Schenkenbach, C.; Horn, H.; Kronmüller, K.-T. (2005): Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 54: 598–614.
- Wood, A. J.; Harrington, R. C.; Moore, A. (1996): Controlled trial of a brief cognitive-behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 37: 737–746.

**Korrespondenzadresse:** Dr. med. Dipl.-Psych. Klaus-Thomas Kronmüller, Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg, Voßstraße 4, 69115 Heidelberg;  
E-Mail: klaus\_kronmueller@med.uni-heidelberg.de