

Evaluation der Psychoanalytischen Kurzzeittherapie (PaKT) für junge Kinder mit depressiven Störungen: Ergebnisse der Pilotstudie

Zusammenfassung

Depressive Störungen in der frühen Kindheit sind mit einer hohen psychosozialen Beeinträchtigung assoziiert und neigen dazu, ohne adäquate Behandlung zu chronifizieren. Psychoanalytische Kurzzeittherapie ist eine weit verbreitete Form der Psychotherapie für Kinder, jedoch fehlt bisher eine empirische Evaluation dieses Ansatzes für junge Kinder mit depressiven Störungen. Daher wurde in dieser Zweitauswertung einer Studie zur Behandlung von Angststörungen im Rahmen eines Prä-Post-Designs in einem klinischen Setting untersucht, ob Kinder mit depressiver Komorbidität nach der Behandlung mit der manualisierten psychoanalytischen Kurzzeittherapie für Kinder (PaKT) eine signifikante diagnostische und symptomatische Remission zeigen. Neunzehn Kinder, die neben einer Angststörung zusätzlich eine (subklinische) depressive Störung aufwiesen (beurteilt mit dem Preschool Age Psychiatric Assessment nach DSM-IV-Kriterien) wurden mit PaKT behandelt. Nach der Behandlung (Post) waren 15 von 19 Kindern (78,94 %) remittiert und sechs Monate später (Follow-up) wiesen 15 von 17 Kindern (88,24%; 2 waren zum Follow-up nicht erreichbar) keine depressiven Störungen mehr auf. Weitere Analysen ergaben signifikante Effekte im Prä-Post- und im Prä-Follow-up-Vergleich hinsichtlich internalisierender Symptome und Gesamtprobleme unter Verwendung von Fremdbeurteilungen durch Eltern und Erzieher/Lehrer. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Kurzzeittherapie PaKT eine vielversprechende Behandlung kindlicher depressiver Störungen darstellen könnte.

Stichwörter: Kinderpsychotherapie; Depression; internalisierende Symptome; psychoanalytische Kurzzeittherapie; Vorschulalter

26 **Evaluation of Short-term Psychoanalytic Child Therapy (PaCT) for young children with**
27 **depressive disorders: Results from a pilot study**

28 **Summary**

29 Depressive disorders in early childhood are associated with high psychosocial impairment and
30 tend to remain stable over time without adequate treatment. Short-term psychoanalytic therapy
31 is a common form of child psychotherapy, yet there is a lack of empirical evaluation of this
32 approach for young children with depressive disorders. Therefore, this secondary evaluation of
33 a study on the treatment of anxiety disorders used an uncontrolled pre-post design in a clinical
34 setting to investigate whether children with depressive comorbidity would evidence significant
35 diagnostic and symptomatic remission after treatment with manualized short-term
36 Psychoanalytic Child Therapy (PaCT). Nineteen children who had an anxiety disorder and a
37 (subclinical) depressive disorder (assessed with the Preschool Age Psychiatric Assessment
38 using DSM-IV criteria) were treated with PaCT. After treatment, 15 of 19 children (78.94%)
39 were remitted and 15 of 17 children (88.24%; 2 were lost to follow-up) were free of depressive
40 disorders at the 6-month follow-up. Further analyses revealed significant effects for pre- to
41 post and pre- to follow-up comparisons regarding internalizing symptoms and overall
42 problems using parent- and (nursery-) teacher-ratings. These results suggest that short-term
43 PaCT shows promise as a treatment for childhood depressive disorders.

44 *Keywords:* child psychotherapy; depression; internalizing symptoms; short-term
45 psychoanalytic therapy; preschool age.

46

47 Depressive Störungen zählen über die Lebensspanne hinweg zu den häufigsten
48 psychischen Erkrankungen (Demyttenaere et al., 2004; Kessler et al., 2005; Smith, 2014) und
49 gehen mit einem erheblichen Maß an Morbidität und Mortalität im Jugend- (Richmond & Rosen,
50 2005; Thapar et al., 2012; Weissman et al., 1999) und Erwachsenenalter (Vos et al., 2017; Ferrari
51 et al., 2013; Spijker et al., 2004) einher. Während weithin bekannt ist, dass die Inzidenz
52 depressiver Störungen in der Adoleszenz einen starken Anstieg aufweist, wird oft übersehen, dass
53 Depressionen bereits im Vorschulalter auftreten können (Donohue et al., 2019). Tatsächlich stellt
54 die Depression in der Kindheit (Beginn vor dem 9. Lebensjahr) eine wichtige Störung mit
55 Punktprävalenzraten zwischen 1 und 3% dar (Bufferd et al., 2012; Egger & Angold, 2006;
56 Fleming & Offord, 1990). Junge Kinder mit depressiven Störungen weisen charakteristische
57 Symptome, wie Anhedonie, Reizbarkeit, oder übermäßige Schuldgefühle (Carlson & Cantwell,
58 1980; Luby, 2009) und ein hohes Ausmaß an psychosozialen Beeinträchtigungen in vielen
59 Bereichen auf, z.B. im Funktionsniveau und in Beziehungen zu Familienmitgliedern,
60 Gleichaltrigen, Erziehern oder Lehrern¹ (Luby, Belden, et al., 2009; von Klitzing et al., 2014).
61 Dies unterstreicht die klinische Relevanz dieser Störungen. Groß angelegte Längsschnittstudien
62 weisen darüber hinaus auf eine ungünstige Prognose bei früh auftretenden Depressionen hin
63 (Bufferd et al., 2012; Luby et al., 2014; Luby, Si, et al., 2009). So sind depressive Symptome im
64 Laufe der Kindheit tendenziell stabil oder steigen sogar an (Luby et al., 2002; Whalen et al., 2016)
65 und erhöhen das Risiko eines späteren Rückfalls (z.B. Kim-Cohen et al., 2003; Luby et al., 2014).
66 Weiterhin zeigen die Daten unserer Arbeitsgruppe, dass depressive Komorbidität im Vergleich
67 zu ausschließlich vorliegenden Angstsymptomen im Vorschul- und Schulalter mit einer höheren
68 Beeinträchtigung (von Klitzing et al., 2014) sowie schwereren und stabileren Verläufen
69 internalisierender Symptome assoziiert ist (Klein et al., 2019). Darüber hinaus erhöhen

¹ 3Im vorliegenden Artikel wird primär die Sprachform des generischen Maskulinums genutzt. Bei Begriffen wie „Erzieher“, „Lehrer“, „Therapeut“, „Psychoanalytiker“, „Interviewer“ und „Experte“ soll hierbei die männliche und weibliche Form verstanden werden.

70 frühkindliche Depressionen das Risiko für andere psychische Erkrankungen im späteren Leben
71 (Bufferd et al., 2012; Luby et al., 2014; Luby, Si, et al., 2009). In Anbetracht dieser Befunde ist
72 es daher von größter Relevanz, depressive Störungen zum frühestmöglichen Zeitpunkt in der
73 Entwicklung zu erkennen und effektiv zu behandeln.

74 Die überwiegende Mehrheit der Forschung zu psychotherapeutischen Interventionen bei
75 Kindern mit Depressionen untersuchte Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) (s.
76 David-Ferdon & Kaslow, 2008). Während sich viele KVT-Ansätze bei der Reduktion von
77 Depressionen bei Jugendlichen unmittelbar nach der Therapie als wirksam erwiesen haben
78 (Weersing et al., 2017), weisen neuere Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen jedoch darauf hin,
79 dass Psychotherapie (meist KVT) bei Kindern (< 13 Jahre) im Vergleich zu Jugendlichen (\geq 13
80 Jahre) weniger wirksam ist und sich längerfristig höhere Rückfallraten zeigen (Watanabe et al.,
81 2007; Weersing et al., 2017). Zwei Meta-Analysen, die sich auf randomisierte, kontrollierte
82 Studien bei 7- bis 12-Jährigen mit erhöhten depressiven Symptomen (einschließlich Kinder mit
83 Diagnosen) fokussierten, zeigten ebenfalls eine Überlegenheit der KVT gegenüber den
84 Kontrollgruppen (Arnberg & Öst, 2014; Yang et al., 2017). Jedoch ging auch hier ein geringeres
85 Alter der Kinder mit einem geringeren Behandlungseffekt einher (Arnberg & Öst, 2014). Die
86 einzige Meta-Analyse, die sich auf 7- bis 12-Jährige mit diagnostizierten depressiven Störungen
87 konzentrierte (wobei die Originaldaten so abgerufen wurden, dass nur Kinder im relevanten
88 Altersbereich eingeschlossen wurden), dokumentierte keine Überlegenheit von KVT im Vergleich
89 zu keiner Behandlung (Forti-Buratti et al., 2016).

90 In der Tat wird teilweise argumentiert, dass KVT-Ansätze ein gewisses Maß an kognitiver
91 Reife voraussetzen, damit sie ihre volle Wirkung entfalten können (Barrett, 2000; David-Ferdon
92 & Kaslow, 2008; Grave & Blissett, 2004). Im Gegensatz dazu stellen psychodynamische
93 Behandlungsverfahren weit weniger kognitive Anforderungen an Kinder. Während hinsichtlich
94 der Behandlung von Depression im Jugendalter eine groß angelegte klinische Studie nahelegte,
95 dass die psychoanalytische Kurzzeittherapie eine mit der kognitiven Verhaltenstherapie

96 vergleichbare klinische und kosteneffektive Wirksamkeit zeigt (Goodyer et al., 2017), liegen zur
97 Überprüfung der Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie bei Depressionen im
98 Kindesalter nur wenige Daten vor (Abbass et al., 2013; Forti-Buratti et al., 2016). In einer groß
99 angelegten retrospektiven Untersuchung am Anna-Freud-Zentrum erwies sich die
100 psychodynamische Psychotherapie als besonders wirksam für jüngere Kinder (unter 11 Jahren)
101 mit emotionalen Störungen (Target & Fonagy, 1994). Auch neuere randomisierte und quasi-
102 randomisierte kontrollierte Studien, die sich auf junge Kinder mit depressiven oder
103 internalisierenden Symptomen konzentrierten, zeigen, dass psychodynamische Kurzzeittherapien
104 das Potential haben (teilweise subklinische) depressive und internalisierende Symptome bei
105 Kindern ab 3 Jahren zu reduzieren (Ghosh Ippen et al., 2011; Muratori et al., 2003; Muratori et al.,
106 2002; Weitkamp et al., 2014).

107 In zwei aktuelleren randomisierten, kontrollierten Studien untersuchten Luby et al. die
108 Wirksamkeit einer lern- und bindungstheoretisch basierten Eltern-Kind-Psychotherapie für
109 Vorschulkinder mit Depression (Luby et al., 2018; Luby et al., 2012). Es handelt sich um die 20
110 Sitzungen umfassende Parent-Child Interaction Therapy Emotion Development (PCIT-ED; Lenze
111 et al., 2011). Diese manualisierte und modularisierte Therapie zielt darauf ab, die Eltern-Kind-
112 Beziehung durch Erlernen von positiven Spieltechniken und Erlernen effektiver Methoden
113 (konsequent, nicht-strafend) zu stärken sowie den Eltern zu helfen, ihr Kind bei der
114 Emotionsregulation effektiv zu unterstützen. PCIT-ED erwies sich in einer groß angelegten
115 bevölkerungsbasierten Stichprobe (N=229) von Kindern mit depressiven Störungen als überlegen
116 gegenüber einer Warteliste hinsichtlich der Remissionsrate für Depression (Luby et al., 2018). Der
117 positive Effekt hinsichtlich der Depressionsremission blieb auch bis 18 Wochen nach
118 Therapieende erhalten (Luby et al., 2020). In der vorhergehenden Pilotstudie mit geringer
119 Teststärke (N=54) zeigte PCIT-ED dagegen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, die
120 Psychoedukation erhielt, vergleichbare Effekte hinsichtlich der Remission depressiver Symptome
121 und Diagnosen (Luby et al., 2012). Beide Studien rekrutierten allerdings Kinder aus dem sozialen

122 Umfeld (z.B. aus Vorschulen oder Kinderarztpraxen), d.h. es handelte sich nicht um
123 Inanspruchnahmepopulationen. Daher bleibt offen, inwieweit die Effekte von PCIT-ED auch auf
124 klinische Stichproben übertragbar sind. Die bisher geringe Studienlage macht deutlich, dass
125 weitere Untersuchungen zur Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlungen für Kinder mit
126 depressiven Störungen als Alternative zu bisher vorherrschenden Ansätzen notwendig sind. Aus
127 diesem Grund stellen wir in dieser Studie eine Zweitauswertung der Daten einer
128 Interventionsstudie zur Behandlung von Angststörungen bei Kindern im Vorschul- und frühen
129 Schulalter mittels psychoanalytischer Kurzzeittherapie (PaKT) (Göttken et al., 2014) im klinischen
130 Setting vor. PaKT hatte sich in Bezug auf die Remission von Angststörungen gegenüber einer
131 Wartekontrollgruppe als wirksam erwiesen. In der hier vorliegenden Studie soll der Effekt von
132 PaKT auf depressive Störungen untersucht werden. Daher fokussieren wir auf diejenigen Kinder
133 der Stichprobe, die neben einer Angststörung auch diagnostische Kriterien für eine (sub-)klinische
134 depressive Störung erfüllten.

135 **Psychoanalytische Theorien zur Depression**

136 Freud (1917) konzentrierte sich in seiner Theorie der Depression auf die Bedeutung der
137 Oralität, des Objektverlustes und der Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls. Im Falle eines
138 (subjektiven) Objektverlustes (z.B. Kontaktabbruch zur Bezugsperson) wird die freie Libido in
139 das Ich zurückgezogen, um eine Identifikation des Ichs mit dem verlorenen Objekt zu
140 ermöglichen und so zu verhindern, dass das ambivalent besetzte Objekt ganz verloren geht.
141 Das äußere Objekt wird so zu einem inneren Objekt („der Schatten des Objekts [fällt] auf das
142 Ich" (Freud, 1917, S. 249)), auf das nun im Inneren die u.a. durch den Verlust bedingte
143 Aggression gerichtet wird (Wendung gegen das Selbst). In Erweiterung von Freud erkannte
144 Abraham (1924) die Bedeutung abgewehrter oral-sadistischer Triebe in Bezug auf das frühe
145 enttäuschende Objekt, die sich in Form eines archaisch-rigiden Über-Ichs (Jacobson, 1971)
146 strafend gegen das Selbst richten können. Blatt et al. (Blatt & Auerbach, 2001; Blatt et al.,

147 2005) unterschieden zwei Grundtypen der Depression: Bei Patienten mit *anaklitischer*
148 *Depression* (in Anlehnung an die Definition von Spitz & Wolf, 1946) überwiegen die
149 interpersonellen Probleme gegenüber den intrapsychischen. Ihre Symptome sind folglich mit
150 Problemen der Abhängigkeit und Hilflosigkeit sowie Gefühlen von Verlust und Verlassenheit
151 verbunden. Im Gegensatz dazu sind Patienten mit *introjektiver Depression* mit
152 intrapsychischen Konflikten beschäftigt, die mit Selbstwertgefühl, Selbstkritik und Gefühlen
153 des Versagens aufgrund eines strengen Über-Ichs zusammenhängen, welche in der Kindheit in
154 die eigene individuelle intrapsychische Sphäre introjiziert wurde.

155 Längsschnittliche Analysen unserer Arbeitsgruppe (mittels latenter
156 Trajektorienklassen) zeigten, dass besonders Kinder mit komorbiden depressiven Störungen im
157 Vergleich zu Kindern mit ausschließlichen Angststörungen häufig stabil hohe Symptome vom
158 Vorschul- zum Schulalter aufwiesen (Klein et al., 2019). In Anbetracht der Tatsache, dass
159 diese Kinder besonders hohe Raten von Trennungs- und Verlusterfahrungen, sowie die Mütter
160 dieser Kinder neben erhöhter Somatisierungsneigung und größerem Stress ebenfalls ein
161 höheres Ausmaß an depressiven Symptomen aufwiesen (Klein et al., 2019; von Klitzing et al.,
162 2014), könnte die Depression in der Kindheit auf (subjektiven) Objektverlust und eine
163 ungelöste Identifikation mit der Mutter zurückzuführen sein.

164

165 **Ziel dieser Untersuchung**

166 Das Ziel der hier vorgestellten Studie bestand darin zu untersuchen, ob 4- bis 10-jährige
167 Kinder mit depressiven Störungen eine signifikante diagnostische und symptomatische
168 Remission nach Behandlung mit PaKT aufweisen. Dazu wurde eine Substichprobe von Kindern
169 mit depressiven Störungen (n=19) aus einer größeren Stichprobe von Kindern mit klinischen
170 Angststörungen und ggf. zusätzlichen Diagnosen (N=30) im Rahmen eines unkontrollierten
171 Prä-Post-Designs analysiert. Hierbei wurden validierte kategoriale sowie dimensionale Maße

172 verwendet und die Aufrechterhaltung der Behandlungseffekte 6 Monate nach Abschluss der
173 Therapie (6-Monats-Katamnese) erneut überprüft. Die größere Stichprobe (N=30) hatte an
174 einer bereits veröffentlichten quasi-experimentellen, kontrollierten Studie teilgenommen, die
175 die Wirksamkeit von PaKT bei Angststörungen im frühen Kindesalter nahelegt (Göttken et al.,
176 2014; Klein et al., 2015).

177 **Methoden**

178 **Stichprobe**

179 Von 30 Kindern im Alter von 4 bis 10 Jahren mit Angststörungen (z.B. generalisierte
180 Angststörung, spezifische Phobie) erfüllten basierend auf einem strukturierten diagnostischen
181 Interview (s. unten) 10 Kinder die Kriterien für die Diagnose einer Majoren Depression (n=6)
182 oder einer nicht näher bezeichneten Depression (n=4). Neun weitere Kinder wiesen eine
183 relevante depressive/reizbare Stimmung auf, die die Schwelle zur Diagnose einer depressiven
184 Störung nicht erreichte (d.h. eine subklinische depressive Störung; für Details siehe Abschnitt
185 Instrumente). Aufgrund der klinischen Relevanz der subklinischen depressiven Störung (von
186 Klitzing et al., 2014) wurden auch diese Kinder in die Analysen eingeschlossen, was zu einer
187 Gesamtstichprobe von 19 Kindern (7 Mädchen, 36.8 %) mit einem Altersdurchschnitt von 7
188 Jahren ($M=6.68$, $SD=1.53$; Altersspanne: 4-10) führte. Keines der Kinder war in der
189 Vergangenheit in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung oder erhielt
190 gleichzeitig eine medikamentöse oder andere psychotherapeutische Behandlung. Weiterhin
191 war kein Kind intelligenzgemindert ($IQ < 70$) oder hatte Eltern mit
192 Substanzmissbrauchsstörungen und keines erhielt die Diagnose einer akuten Psychose. Alle 19
193 Kinder erhielten die Behandlung und ihre Bezugspersonen nahmen an Erhebungen vor (Prä,
194 t1) und nach der Therapie (Post, t2) teil. Zwei Familien (10,5 %) brachen vor der
195 Katamneseuntersuchung (Follow-up, t3) ab, da die Eltern zu wenig Zeit für eine erneute
196 Teilnahme hatten.

197 **Durchführung**

198 Alle Kinder wurden mit PaKT (Göttken & von Klitzing, 2015) von Therapeuten
199 behandelt, die entweder Psychoanalytiker waren oder sich in der fortgeschrittenen
200 tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapieausbildung befanden. Bei der PaKT handelt es
201 sich um einen emotionsfokussierten, manualisierten psychoanalytischen Ansatz, der bisher
202 hauptsächlich bei 4- bis 10-jährigen Kindern mit Angststörungen und/oder depressiven
203 Störungen angewendet wurde. PaKT umfasst 20 bis 25 wöchentliche Sitzungen, die in
204 wechselnden Settings (Therapeut mit Eltern und Kind, nur mit dem Kind, nur mit den Eltern)
205 stattfinden. In der Tradition der psychoanalytischen Fokaltherapie (Balint et al., 1972/2013;
206 Klüwer, 1978; Malan, 1963) identifiziert der Therapeut in den ersten fünf Sitzungen einen
207 konfliktzentrierten Fokus, basierend auf dem wahrgenommenen Beziehungssymptom, der
208 Therapeut-Kind-Eltern-Beziehung (unter Nutzung der Übertragung und Gegenübertragung)
209 sowie vom Kind dargestelltem Material (z.B. Spiel, Zeichnungen, Erzählungen). In den
210 folgenden Einzelsitzungen mit dem Kind hilft der Therapeut dem Kind durch direkte
211 Kommunikation und/oder im freien Spiel, das zentrale Konfliktthema durchzuarbeiten. Das
212 strukturelle Niveau des Kindes bestimmt, ob und wenn ja, in welchem Ausmaß
213 mentalisierungsfördernde Techniken angewendet werden (vgl. Verheugt-Pleiter et al., 2008).
214 In den insgesamt fünf bis sechs Elternsitzungen (jede vierte Sitzung), wird ebenfalls der
215 Fokus einbezogen, um insbesondere die möglichen und teils unbewussten Bedeutungen der
216 kindlichen Symptome anzusprechen und die Einsicht der Eltern in die inneren mentalen
217 Zustände ihres Kindes zu verbessern. Auch die Arbeit mit den Eltern greift auf Elemente der
218 mentalisierungsbasierten Behandlung zurück (z.B. Fonagy et al., 2004).

219 PaKT ist eine entwicklungsorientierte Methode, die darauf abzielt, Kinder und Eltern
220 dabei zu unterstützen, maladaptive Mechanismen zu verstehen und sie in neue
221 Entwicklungsmöglichkeiten umzuwandeln (Emde, 2011). Die Behandlung steht im Einklang

222 mit den Practice Parameter for Psychodynamic Psychotherapy with children (Kernberg et al.,
223 2012).

224 **Fallbeispiel**

225 **Die Symptome.** Die fünfjährige Kristin litt unter schweren depressiven Symptomen.
226 Die meiste Zeit zog sie sich sehr von Familienmitgliedern und Gleichaltrigen zurück.
227 Morgens wollte sie nicht aufstehen und sagte stattdessen: "Ich bleibe hier in meinem Zimmer,
228 bis ich sterbe; es hat keinen Sinn für mich zu leben". Die Eltern berichteten auch von
229 Wutausbrüchen, wenn etwas Unerwartetes in der Familie passierte, zum Beispiel, wenn
230 Freunde oder Verwandte zu Besuch kamen. Die Mutter war eine sehr aktive Person, die den
231 Therapeuten dazu drängte, herauszufinden, was genau die Ursache für den Kummer ihrer
232 Tochter war. Der Vater wirkte zurückhaltend und sprach nicht viel während der Sitzungen.
233 Beide Eltern erinnerten sich, während ihrer frühen Schulzeit selbst unglücklich gewesen zu
234 sein.

235 **Das Material in den Sitzungen mit dem Kind.** Anfangs war die Arbeit mit Kristin
236 extrem schwierig, weil sie sich fast vollständig weigerte, zu sprechen. Sie zeichnete jedoch
237 gerne eigenartige Bilder und genoss das Squiggle-Spiel (Winnicott, 1989). In einer der
238 Sitzungen füllte sie das Papier mit einer solch großen Anzahl von Kritzeln, dass der Therapeut
239 keinen Platz mehr für seine Kritzel hatte. Der Therapeut kommentierte: „Vielleicht willst du
240 mich in den Wahnsinn treiben oder mich traurig machen, indem du alle meine Möglichkeiten
241 einschränkst". Sie lachte und forderte den Therapeuten auf, weiter zu zeichnen. Der Therapeut
242 versuchte, ein Gesicht mit Augen und Tränen zu zeichnen. Der Therapeut fragte: „Vielleicht
243 bist das du? Jemand, der nicht weiß, ob sie traurig oder glücklich ist." Kristin fuhr fort, indem
244 sie das Gesicht, besonders die Augen, mit weiteren Kritzeln bedeckte. Der Therapeut fragte:
245 „Muss alles überdeckt werden, damit wir es nicht sehen können?" Kristin antwortete: „Nein,
246 nur die Augen, aber die Tränen müssen gesehen werden." Der Therapeut kommentierte:

247 „Andere sollen also sehen, dass du traurig bist, aber du willst nicht sehen, was dich traurig
248 macht?" Daraufhin zeichnete sie ein Krokodil mit einem weit geöffneten Maul und nur drei
249 kleinen Zähnen darin. Eine kleine Maus setzte sich vor das Krokodil und sagte: „Hah!". Das
250 Krokodil rülpste und die Maus putzte dem Krokodil die Zähne. Neben diese Szene zeichnete
251 Kristin ein Fragezeichen. Sie kommentierte: „Das Krokodil hat beim Fressen seine Zähne
252 verloren und kann deshalb die Maus nicht mehr beißen. Aber es hat noch nicht gemerkt, dass
253 es seine Zähne verloren hat und deshalb rülpst es." Der Therapeut hakte nach: „Die große
254 Frage ist: Wie fühlt sich das Krokodil?" Kristin antwortete: "Das Krokodil fühlt sich schlecht,
255 weil es nicht mehr beißen kann und weil es nicht weiß, warum." Der Therapeut fasste
256 zusammen: „Manchmal ist es gut, Gefühle zu verstehen, zum Beispiel die Gefühle dieses
257 Krokodils, das sich nicht gut fühlt. Würde das Krokodil zubeißen, würde es die Maus töten,
258 aber die Maus kümmert sich um die Zähne des Krokodils. Manchmal fühlst du dich vielleicht
259 auch schlecht, weil du so wütend auf deine Mama bist, aber du weißt auch, dass du sie
260 brauchst, weil sie sich immer um dich kümmert."

261 **Der Konflikt in der Eltern-Kind-Therapeuten-Triade.** Kristin wirkte in den ersten
262 Sitzungen mit dem Therapeuten angespannt und zögerlich. Aber nach einer Weile schien sie
263 die Sitzungen zu genießen und sich mehr und mehr zu entspannen. Daher war der Therapeut
264 ziemlich überrascht, als er eine E-Mail von der Mutter erhielt, in der sie schrieb, dass Kristin
265 zu Hause ziemlich unwillig wurde, wenn es Zeit war, zur Sitzung zu gehen, und zu ihrer
266 Mutter sagte: „Ich hasse es, zu diesem Arzt zu gehen, er macht mich nur noch unglücklicher!"
267 In der Elternsitzung konnten die Eltern und der Therapeut ein gemeinsames Verständnis dafür
268 entwickeln, dass Kristin offenbar unter Schuldgefühlen gegenüber ihrer Mutter litt, wenn sie
269 die Zeit mit dem Therapeuten genoss. Das Knüpfen von Beziehungen zu anderen Personen
270 außerhalb der Mutter-Kind-Dyade, wie dem Vater, Gleichaltrigen oder dem Therapeuten,
271 schien eine schwierige Trennung von und Aggression gegenüber ihrer Mutter zu bedeuten.
272 Indem sie morgens ihr Bett nicht verließ und ihre affektiven Äußerungen hemmte, schien sie

273 einen Kompromiss zwischen ihren regressiven Wünschen gegenüber ihrer Mutter und ihren
274 progressiven Wünschen, in die Außenwelt zu treten, zu bilden.

275 **Das Ergebnis.** In den sechs Elternsitzungen führte das gemeinsame Begreifen von
276 Kristins Konflikt zu einem besseren Verständnis des triadischen Konflikts, der den
277 Symptomen zugrunde lag. Die Eltern, insbesondere die Mutter, wurden sehr unterstützend für
278 den therapeutischen Prozess. Sie ermutigte Kristin, die Einzelsitzungen zu genießen, und gab
279 ihr das Gefühl, dass sie die Zusammenarbeit mit dem Therapeuten bereitwillig akzeptierte.
280 Kristin wurde in ihren Einzelsitzungen immer aktiver. Gegen Ende der Therapie konnte
281 Kristin auch ihre Ambivalenz ausdrücken: Sie war traurig, dass die gemeinsame Zeit mit dem
282 Therapeuten zu Ende gehen würde, aber gleichzeitig war sie froh, weil dies bedeutete, dass sie
283 am Nachmittag mehr Möglichkeiten haben würde, mit ihren Freunden zu spielen.

284 **Erhebungsinstrumente**

285 **Strukturiertes diagnostisches Interview (kategorialer Endpunkt).** Das Preschool
286 Age Psychiatric Assessment (PAPA; Egger et al., 2004) ist ein strukturiertes,
287 glossargestütztes, klinisches Interview zur Diagnostik psychischer Störungen und Symptome
288 mit nachgewiesener Reliabilität und Validität (Egger & Angold, 2006) und wurde für Kinder
289 im Vorschul- und Schulalter entwickelt. Die Eltern berichten über Intensität, Häufigkeit und
290 Dauer der erfragten Symptome in den letzten 3 Monaten (Primärperiode), sowie deren
291 erstmaliges Auftreten. Basierend auf den Schilderungen – insbesondere Beispiele, wie sich
292 die Symptome im Alltag äußern – beurteilen die Interviewer das Vorliegen oder
293 Nichtvorliegen von Symptomen und Diagnosen. Symptom-Scores und kategoriale Diagnosen
294 wurden mit Hilfe von Algorithmen generiert, die speziell für das PAPA entwickelt wurden.
295 Darüber hinaus verwendeten wir entwicklungspsychologisch modifizierte diagnostische
296 Kriterien zur Identifizierung von Kindern mit einer Majoren Depression, wie sie von Luby et
297 al. (2002) aufgestellt wurden. Die Modifikationen umfassten u.a. das Umschreiben von

298 Symptomen, um altersgemäße Manifestationen zu beschreiben (z.B. depressive Stimmung
299 auch als Reizbarkeit, Anhedonie als Mangel an Freude an Aktivitäten und Spiel, Gefühl der
300 Wertlosigkeit und Schuld ausgedrückt im Spiel). Folgende Diagnosen wurden erfasst: Majore
301 Depression (MD), Depression, nicht näher bezeichnet (NNB) und die depressive/reizbare
302 Stimmung (subklinische depressive Störung; SKD). Details zu den angewandten Kriterien
303 sind in Tabelle 1 dargestellt. Die Interviewer wurden von zertifizierten Experten geschult, die
304 wiederum von den Autoren des PAPA intensiv trainiert worden waren. Zur Berechnung der
305 Interrater-Reliabilität wurden 10% der Interviews doppelt kodiert. Es lag im Durchschnitt eine
306 hohe Interrater-Reliabilität ($Kappa=.92$; Konfidenzintervall: $.62-1.00$) bei den Diagnosen vor.

307 - Tabelle 1 etwa hier einfügen -

308 **Summenwert depressiver Symptome, internalisierende Symptome und**
309 **Problemverhalten (dimensionale Endpunkte).** Um den Schweregrad der depressiven
310 Störungen für jedes Kind zu ermitteln, wurde für jeden Messzeitpunkt ein Summenwert aus
311 der Anzahl vorhandener Symptome der Majoren Depression, erfasst mittels PAPA (s.o.),
312 gebildet (Werte von 0-9). Gemäß früheren Untersuchungen stellen Summenwerte sensible
313 Indikatoren für die Schwere der Depression in diesem Alter dar (z.B. Luby et al., 2004).

314 Darüber hinaus füllten Eltern und Erzieher bzw. Lehrer zu jedem Messzeitpunkt den
315 *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; original Goodman, 1997; deutsche
316 Übersetzung Klasen et al., 2003) aus. Dieses kurze Screeningverfahren mit 25 Items erfasst
317 die vier Problemskalen Emotionale Symptome, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität und
318 Probleme mit Gleichaltrigen sowie die Skala Prosoziales Verhalten (Item-Werte von 0-2). Die
319 Summe der vier Problemskalen ergibt einen SDQ Gesamtproblemwert. Die Validität und
320 Reliabilität des SDQ wurde in mehreren Studien nachgewiesen (z.B. Goodman, 2001; Stone
321 et al., 2010). In dieser Studie werden der SDQ Gesamtproblemwert (Werte von 0-40) sowie
322 die Skala Emotionale Symptome (Werte von 0-10) einbezogen.

323 Die Eltern füllten zusätzlich die 113 Items umfassende *Child Behavior Checklist*
324 (CBCL/4-18; Achenbach, 1991) aus, die internalisierende und externalisierende Symptome
325 von Kindern und Jugendlichen erfasst (Item-Werte von 0-2). Die CBCL/4-18 ist ein reliables
326 und valides Instrument (z.B. Achenbach, 1991). In dieser Studie werden der CBCL-
327 Gesamtproblemwert (0-236), die Skala Internalisierendes Verhalten (0-62) und zwei
328 Syndromkalen des internalisierenden Verhaltens, Angst/Depressivität (0-28) und sozialer
329 Rückzug (0-18) genutzt.

330 **Akzeptanz der Therapie.** Um die Akzeptanz der Behandlung zu erfassen füllten
331 Eltern und Therapeuten die entsprechende Version des *Fragebogens zur Beurteilung der*
332 *Behandlung* (FBB; Matzejat, 1999) aus. Die Items wurden auf einer 5-Punkte-Skalen
333 eingeschätzt (0 = schlecht, 1 = nicht ausreichend, 2 = mäßig, 3 = gut, 4 = sehr gut) und es
334 wurden Mittelwerte für die Bewertungen der Eltern und Therapeuten berechnet.

335 **Statistische Analysen**

336 Sowohl vor (Prä, T1) als auch nach der Therapie (Post, T2) sowie zur 6-Monats-
337 Katamnese (Follow-up, T3) wurden die oben beschriebenen Daten erhoben. Zunächst wurden
338 Veränderungen bezüglich des kategorialen Endpunkts (Diagnosen) analysiert. Dazu wurde
339 der Anteil der Kinder, die vor und nach der Behandlung eine depressive Störung aufwiesen,
340 mittels χ^2 -Tests verglichen. Für die dimensionalen Endpunkte basierend auf dem PAPA
341 (Summenwert) sowie auf Berichten der Eltern bzw. Erzieher /Lehrer wurden Varianzanalysen
342 (ANOVAs) mit Messwiederholungen und „Zeit“ (T1-T2; T2-T3; T1-T3) als
343 Innersubjektfaktor durchgeführt. Neben den per Protokoll-Analysen berichten wir Intent-to-
344 treat-Analysen (last point carried forward technique), um Dropouts zu berücksichtigen.

345 **Ergebnisse**

346 **Vorausgehende Analysen**

347 Die mittlere Behandlungsdauer betrug 9 Monate (SD=2.05). Im Durchschnitt ergaben
348 die Einschätzungen der Eltern mittels FBB eine gute Akzeptanz der Behandlung (M=3.24,
349 SD=0.66), während die der Therapeuten mäßig bis gut (M=2.37, SD=0.40) ausfiel.

350 **Kategorialer Endpunkt (Diagnosen)**

351 Unmittelbar nach der Behandlung mit PaKT (Post, T2) zeigte sich bei 15 von 19
352 Kindern (78,94%) eine vollständige diagnostische Remission der depressiven Störung ($\chi^2(1,$
353 $N=19)=24.78, p < .001$). Dabei konnten drei von sechs Kindern mit MD, vier von vier
354 Kindern mit NNB und acht von neun Kindern mit SKD als remittiert eingestuft werden.

355 Bei der Untersuchung sechs Monate nach Therapieende (Follow-up, T3) zeigte sich
356 bei 15 von 17 Kindern (88,24%) eine vollständige diagnostische Remission der depressiven
357 Störung ($\chi^2(1, N=17)=26.84, p < .001$), während zwei Kinder weiterhin eine MD bzw.
358 subklinische depressive Störung zeigten und zwei Kinder (eines zu T2 als remittiert
359 eingestuft, eines mit MD zu T2) nicht zu T3 teilnahmen. Es ergaben sich keine signifikanten
360 Veränderungen zwischen Post und Follow-up.

361 Bei Intent-to-treat-Analysen mit der Last-Point-Carried-Forward-Technik ersetzt der
362 letzte verfügbare Messzeitpunkt die fehlenden Daten (im Fall von T2 zu T3: ein remittierter
363 Fall, ein Fall mit MD). So zeigten 16 von 19 Kindern (84,21%) eine Remission zu T3 ($\chi^2(1,$
364 $N=19)=27.64, p < .001$).

365 **Dimensionale Endpunkte (Symptome)**

366 Wie in Tabelle 2 ersichtlich, ergaben die ANOVAs mit Messwiederholung
367 signifikante Behandlungseffekte für die Prä-Post-Vergleiche und für die Prä-Follow-up-
368 Vergleiche des auf dem PAPA basierenden Summenwerts depressiver Symptome sowie die
369 Fragebogen-Skalen. Die Behandlung mit PaKT führte zudem zu signifikanten
370 Symptomreduktionen zu Post und Follow-up im Vergleich zu Prä in den folgenden durch die
371 Eltern eingeschätzten Skalen und Subskalen: SDQ Gesamtproblemwert, SDQ Emotionale

397 positive Effekte psychodynamischer Ansätze auf internalisierende Symptome bei jungen
398 Kindern ergaben (Göttken et al., 2014; Muratori et al., 2003; Muratori et al., 2002).

399 Wie bereits beschrieben, basiert der Ansatz der PaKT auf psychoanalytischen Theorien
400 und Behandlungsstandards: Die Kinder und ihre Eltern treffen auf einen Therapeuten, der ihnen
401 zuhört und der versucht, den Symptomen einen Sinn zu geben, anstatt lediglich anzustreben
402 diese zu "beseitigen". Der Ansatz des Therapeuten besteht darin, zu fragen: „Wie können wir
403 das Problem in Bezug auf die innere Welt des Kindes verstehen? Und welche Bedeutung könnte
404 die Symptomatik in Bezug auf die zwischenmenschlichen Beziehungen in der Familie haben?“
405 Durch die Bildung eines Arbeitsbündnisses zwischen dem Therapeuten und dem Kind sowie
406 den Eltern kann es gelingen, ungelöste Konflikte in der intrapsychischen Welt des Kindes und
407 in den zwischenmenschlichen Beziehungen der Familie aufzudecken. Nachdem der Therapeut
408 das zentrale Konfliktthema identifiziert hat, strukturiert er den gesamten therapeutischen
409 Prozess entsprechend: Das zentrale Konfliktthema wird zum Fokus der Behandlung, was ein
410 beschleunigtes Durcharbeiten und bessere Konfliktlösungen in relativ kurzer Zeit ermöglicht.
411 Dieser Prozess kann zu einer Entlastung und einem Abbau von Ängsten und depressiven
412 Gefühlen führen. Zusätzlich werden die Eltern aufgefordert, darüber nachzudenken, welche
413 Gefühle im Kind vorhanden sein könnten, die zu den Symptomen führen könnten. Das
414 unablässige Interesse des Therapeuten, Handlungen und Symptome zu verstehen und ihnen
415 einen Sinn zu geben, führt zu flexibleren Lösungen bei der Bewältigung von
416 Entwicklungsaufgaben. In Abhängigkeit von der strukturellen Integration des Kindes werden
417 neben einsichtsfördernden therapeutischen Techniken auch strukturbezogene und
418 mentalisierungsfördernde Interventionen angewendet. Darüber hinaus eröffnet der Therapeut
419 den Eltern neue Möglichkeiten, mit schwierigen Erziehungsaufgaben flexibler umzugehen und
420 eine positive elterliche Kompetenz zu erleben. Dies bewirkt in der Regel eine Besserung der
421 Symptome und ermöglicht Fortschritte in der Entwicklung.

422 Zum Beispiel neigte Kristin (siehe Fallvignette) dazu, aggressive Gefühle gegenüber
423 ihrem enttäuschenden Mutterobjekt abzuwehren und sie auf das Selbst zu richten, eine
424 Abwehrstrategie, die zu einer emotionalen Leere und zu Anhedonie führte. Spuren ihrer
425 Aggression zeigten sich im Beziehungskontext mit dem Therapeuten, als sie ständig seine
426 Squiggle-Zeichnungen übermalte und ihn so daran hinderte, eigene Assoziationen einzubringen.
427 Der Therapeut ermöglichte dem Mädchen durch das wiederholte Ansprechen dieses
428 destruktiven Motivs und die Erwähnung der möglicherweise damit verbundenen Affekte, ihren
429 zentralen Konflikt in ihrer Zeichnung ("Krokodil und Maus") auszudrücken. Auch kam Kristins
430 Konflikt zwischen der Hinwendung zu neuen Objekten bzw. dem Voranschreiten in der
431 Entwicklung und den Schuldgefühlen gegenüber ihrer Mutter in den Eltern-Therapeuten-
432 Sitzungen zur Sprache. Dies wiederum ermöglichte die Identifikation und das Verständnis des
433 zentralen Konflikts auch auf zwischenmenschlicher Ebene. Der Einsatz von
434 Mentalisierungstechniken (wie das Markieren und Benennen von Affekten und das Anbieten
435 möglicher Bedeutungen für interpersonelle Inszenierungen) sowie die Interpretation des
436 auftauchenden zentralen Konflikts führten schließlich zu einem neuen Gleichgewicht in der
437 intrapsychischen Welt des Kindes wie auch in den interpersonellen Familienbeziehungen.

438 Die hier vorgestellte Studie weist neben einigen Stärken auch mehrere Limitationen
439 auf. Aus psychoanalytischer Sicht erfasst die reine Kategorisierung der Kinder durch DSM-
440 IV-Diagnosen und Symptome nicht die Komplexität ihrer intrapsychischen Probleme. Die
441 Diagnose depressiver Störungen betrifft Kinder mit sehr unterschiedlichen Strukturniveaus
442 und psychodynamischen Konstellationen. Der Einsatz valider und reliabler
443 Symptomeinschätzungen und standardisierter diagnostischer Verfahren stellt in der
444 Psychotherapie-Forschung jedoch den Gold-Standard dar (Chambless & Hollon, 1998). In
445 zukünftigen Studien sollte zusätzlich untersucht werden, ob bzw. wie das Strukturniveau und
446 die zentralen Konflikte die Behandlungseffekte beeinflussen. Dies könnte Informationen

447 darüber liefern, ob PaKT bei neurotischen Konflikten im Vergleich zu strukturellen Defiziten
448 eine ähnliche oder differentielle Wirksamkeit zeigt.

449 Der genannte Aspekt führt zur nächsten unbeantworteten Frage: Ist eine
450 psychoanalytische Kurzzeittherapie in Hinblick auf die Häufigkeit der Sitzungen, Dauer und
451 Intensität des therapeutischen Prozesses ausreichend, um Kinder mit schweren Störungen zu
452 behandeln? In Bezug auf die Symptomreduktion scheint dies der Fall zu sein. Jedoch sollte
453 die Symptomreduktion nicht der einzige Gesichtspunkt sein, in Anbetracht des Leidens und
454 der verstörten inneren Welt von Kindern mit depressiven Störungen. Somit besteht ein Risiko
455 darin, die Kurzzeittherapie als pauschale Lösung für alle darzustellen, umso mehr als weithin
456 anerkannt ist, dass zumindest einige Kinder mehr Unterstützung benötigen. Ein wichtiger
457 nächster Schritt bestünde daher in der Untersuchung der differentiellen Wirksamkeit von
458 Langzeit- im Vergleich zu Kurzzeitbehandlungen. Hierbei sollten gut definierte, potenziell
459 das Behandlungsergebnis beeinflussende Patientenvariablen (z.B. Strukturniveau,
460 Mentalisierungsfähigkeit, Familienfunktion usw.), gemäß dem Diktum "What works for
461 whom?" (Fonagy et al., 2014) einbezogen werden. Als Ausgangspunkt dafür muss jedoch
462 zunächst gezeigt werden, dass die psychoanalytische Therapie eine Behandlungsmethode mit
463 langfristiger Wirksamkeit für junge Kinder mit depressiven Störungen darstellt.

464 Im Hinblick auf die Standards der Psychotherapieforschung müssen weitere
465 Limitationen berücksichtigt werden. Eine Limitation bezieht sich auf die geringe
466 Stichprobengröße, die zu einer geringen Teststärke für die Nachweise der Veränderungen
467 führte. Angesichts der starken Effekte hat sich die geringe Stichprobengröße jedoch nicht
468 ungünstig ausgewirkt. Weiterhin ist es aufgrund des Prä-Post-Designs ohne Kontrollgruppe in
469 dieser Pilotstudie nicht möglich, kausale Schlüsse zu ziehen. So kann nicht ausgeschlossen
470 werden, dass sich die Symptome der Kinder über den 9-monatigen Studienzeitraum oder den
471 nachfolgenden Katamnesezeitraum durch Reifungsprozesse oder den Verlauf der Zeit
472 verbessert haben könnten (Spontanremission). Da jedoch (subklinische) Depressionen bei

473 jungen Kindern unbehandelt eine hohe diagnostische und symptomatische Stabilität über die
474 Zeit aufweisen (z.B. Klein et al., 2019; Luby et al., 2002), erscheint es sehr wahrscheinlich,
475 dass die Behandlung mit PaKT maßgeblich zu der beobachteten starken Verbesserung
476 beigetragen hat. Basierend auf diesen positiven Ergebnissen führt unsere Forschungsgruppe
477 derzeit eine randomisiert-kontrollierte Studie mit Wartezeitkontrollgruppe durch. Als nächster
478 Schritt soll eine Überprüfung der Wirksamkeit der PaKT bei Kindern mit depressiven
479 Störungen in einem randomisiert-kontrollierten Design mit aktiver Kontrollgruppe (treatment
480 as usual) folgen.

481 **Fazit für die Praxis**

482 In dieser unkontrollierten Pilotstudie zeigte die untersuchte Stichprobe signifikante
483 diagnostische Remission depressiver Störungen und Verbesserung ihrer internalisierenden
484 Symptome im Verlauf der Therapie und über den 6-monatigen Katamnesezeitraum hinweg
485 (sowohl gemäß Eltern- als auch Erzieher-/Lehrerbericht). Die Pilotstudie stellt einen ersten
486 Schritt dazu dar, mehr empirische Befunde über die Wirksamkeit psychoanalytischer
487 Behandlungen für junge Kinder mit depressiven Störungen zu generieren. Die Erweiterung
488 des Kenntnisstands in diesem Bereich ist angesichts des Mangels an evidenzbasierten
489 Therapien für Kinder mit depressiven Störungen im Vorschul- und frühen Schulalter dringend
490 erforderlich. Aufgrund der hohen Stabilität depressiver Symptome und der großen
491 Beeinträchtigungen der betroffenen Kinder sollte so früh wie möglich interveniert werden, um
492 positive Entwicklungen zu ermöglichen (Luby, 2012). Die Anwendung psychoanalytischer
493 Kenntnisse und Erfahrungen auf diese Gruppe belasteter Kinder erscheint vielversprechend,
494 da psychoanalytische Techniken einen einzigartigen Zugang zur intrapsychischen Welt des
495 Kindes und zu den zwischenmenschlichen Beziehungen der Familien bieten.

496 **Referenzen**

- 497 Abbass, A. A., Rabung, S., Leichsenring, F., Refseth, J. S., & Midgley, N. (2013).
498 Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A meta-analysis of short-
499 term psychodynamic models. *Journal of the American Academy of Child &*
500 *Adolescent Psychiatry, 52*(8), 863-875.
- 501 Abraham, K. (1924). *Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der*
502 *Psychoanalyse seelischer Störungen*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- 503 Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*.
504 University of Vermont, Department of Psychiatry.
- 505 Arnberg, A., & Öst, L.-G. (2014). CBT for Children with Depressive Symptoms: A Meta-
506 Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 43*(4), 275-288.
- 507 Balint, M., Balint, E., & Ornstein, P. H. (1972/2013). *Focal psychotherapy: An example of*
508 *applied psychoanalysis*. Routledge.
- 509 Barrett, P. M. (2000). Treatment of childhood anxiety: developmental aspects. *Clinical*
510 *Psychology Review, 20*(4), 479-494.
- 511 Blatt, S. J., & Auerbach, J. S. (2001). Mental representation, severe psychopathology, and the
512 therapeutic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 49*(1), 113-
513 159.
- 514 Blatt, S. J., Luyten, P., & Corveleyn, J. (2005). Toward a dynamic interaction model of
515 depression and its treatment. *Psyche-Zeitschrift Fur Psychoanalyse Und Ihre*
516 *Anwendungen, 59*(9-10), 864-891.
- 517 Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A., Rose, S., & Klein, D. N. (2012). Psychiatric
518 Disorders in Preschoolers: Continuity From Ages 3 to 6. *American Journal of*
519 *Psychiatry, 169*(11), 1157-1164.
- 520 Carlson, G. A., & Cantwell, D. P. (1980). Unmasking masked depression in children and
521 adolescents. *American Journal of Psychiatry, 137*(4), 445-449.

- 522 Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal*
523 *of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.
- 524 David-Ferdon, C., & Kaslow, N. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child
525 and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1),
526 62-104.
- 527 Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J.,
528 Angermeyer, M. C., Bernert, S., Morosini, P., & Polidori, G. (2004). Prevalence,
529 severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health
530 Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21), 2581-2590.
- 531 Donohue, M. R., Whalen, D. J., Gilbert, K. E., Hennefield, L., Barch, D. M., & Luby, J. L.
532 (2019). Preschool depression: A diagnostic reality. *Current Psychiatry Reports*,
533 21(12), 1-8.
- 534 Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool
535 children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and*
536 *Psychiatry*, 47(3-4), 313-337.
- 537 Egger, H. L., Ascher, B. H., & Angold, A. (2004). *The Preschool Age Psychiatric Assessment*
538 *(PAPA)*. Duke University Medical Center.
- 539 Emde, R., N. (2011). Regeneration und Neuanfänge: Perspektiven einer
540 entwicklungsbezogenen Ausrichtung der Psychoanalyse. *Psyche*, 65(9-10), 778-807.
- 541 Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., Vos,
542 T., & Whiteford, H. A. (2013). Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age,
543 and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Medicine*,
544 10(11).
- 545 Fleming, J. E., & Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive-disorders - A
546 critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*,
547 29(4), 571-580.

- 548 Fonagy, P., Cottrell, D., Phillips, J., Bevington, D., Glaser, D., & Allison, E. (2014). *What*
549 *works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents.*
550 Guilford.
- 551 Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung*
552 *und die Entwicklung des Selbst.* Klett-Cotta.
- 553 Forti-Buratti, M. A., Saikia, R., Wilkinson, E. L., & Ramchandani, P. G. (2016).
554 Psychological treatments for depression in pre-adolescent children (12 years and
555 younger): systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.
556 *European Child & Adolescent Psychiatry, 25*(10), 1045-1054.
- 557 Freud, S. (1917). Trauer und Melancholie. *GW, 10*: 428–446. London: Imago.
- 558 Ghosh Ippen, C., Harris, W. W., Van Horn, P., & Lieberman, A. F. (2011). Traumatic and
559 stressful events in early childhood: Can treatment help those at highest risk? *Child*
560 *Abuse & Neglect, 35*(7), 504-513.
- 561 Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child*
562 *Psychol Psychiatry, 38*(5), 581-586.
- 563 Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire.
564 *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(11), 1337-
565 1345.
- 566 Goodyer, I. M., Reynolds, S., Barrett, B., Byford, S., Dubicka, B., Hill, J., Holland, F.,
567 Kelvin, R., Midgley, N., Roberts, C., Senior, R., Target, M., Widmer, B., Wilkinson,
568 P., & Fonagy, P. (2017). Cognitive behavioural therapy and short-term
569 psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in
570 adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre,
571 pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *Lancet Psychiatry,*
572 *4*(2), 109-119.

- 573 Göttken, T., & von Klitzing, K. (2015). *Psychoanalytische Kurzzeittherapie mit Kindern*
574 *(PaKT): Ein Behandlungsmanual*. Klett-Cotta.
- 575 Göttken, T., White, L. O., Klein, A. M., & von Klitzing, K. (2014). Short-term psychoanalytic
576 child therapy for anxious children: A pilot study. *Psychotherapy, 51*(1), 148-158.
- 577 Grave, J., & Blissett, J. (2004). Is cognitive behavior therapy developmentally appropriate for
578 young children? A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 24*(4),
579 399-420.
- 580 Jacobson, E. (1971). *Depression: Comparative studies of normal, neurotic and psychotic*
581 *conditions*. New York: Int. Univ. Press
- 582 Kernberg, P. F., Ritvo, R., Keable, H., & The American Academy of Child and Adolescent
583 Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues. (2012). Practice parameter for
584 psychodynamic psychotherapy with children. *Journal of the American Academy of*
585 *Child & Adolescent Psychiatry, 51*(5), 541-557.
- 586 Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005).
587 Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the
588 national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593-
589 602.
- 590 Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., & Poulton, R. (2003).
591 Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of
592 a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry, 60*(7), 709-717.
- 593 Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A., & Goodman, R. (2003). Die deutsche Fassung
594 des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) - Übersicht und Bewertung
595 erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Praxis der Kinderpsychologie und*
596 *Kinderpsychiatrie, 52*(7), 491-502.
- 597 Klein, A. M., Müller-Göttken, T., White, L. O., Keitel-Korndörfer, A., & von Klitzing, K.
598 (2015). Evaluation der Psychoanalytischen Kurzzeittherapie für Kinder von 4-10

- 599 Jahren mit Angststörungen (PaKT): Zusammenfassung der Pilotstudie. *Praxis der*
600 *Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 64(7), 563-571.
- 601 Klein, A. M., Schlesier-Michel, A., Otto, Y., White, L. O., Andreas, A., Sierau, S., Bergmann,
602 S., Perren, S., & von Klitzing, K. (2019). Latent trajectories of internalizing symptoms
603 from preschool to school age: A multi-informant study in a high-risk sample.
604 *Development and Psychopathology*, 31, 657-681.
- 605 Klüwer, R. (1978). *Die Technik der Fokaltherapie*. Suhrkamp.
- 606 Lenze, S. N., Pautsch, J., & Luby, J. L. (2011). Parent–child interaction therapy emotion
607 development: A novel treatment for depression in preschool children. *Depression and*
608 *Anxiety*, 28(2), 153-159.
- 609 Luby, J. L. (2009). Early childhood depression. *American Journal of Psychiatry*, 166(9), 974-
610 979.
- 611 Luby, J. L. (2012). Dispelling the “They’ll Grow Out of It” Myth: Implications for
612 Intervention. *American Journal of Psychiatry*, 169(11), 1127-1129.
- 613 Luby, J. L., Barch, D. M., Whalen, D., Tillman, R., & Freedland, K. E. (2018). A randomized
614 controlled trial of Parent-Child Psychotherapy targeting emotion development for
615 early childhood depression. *American Journal of Psychiatry*, appi. ajp.
616 2018.18030321.
- 617 Luby, J. L., Belden, A. C., Pautsch, J., Si, X., & Spitznagel, E. (2009). The clinical
618 significance of preschool depression: impairment in functioning and clinical markers
619 of the disorder. *Journal of Affective Disorders*, 112(1-3), 111-119.
- 620 Luby, J. L., Donohue, M. R., Gilbert, K., Tillman, R., & Barch, D. M. (2020). Sustained
621 remission of child depression despite drift in parent emotion management skills 18
622 weeks following Parent Child Interaction Therapy: emotion development. *Eur Child*
623 *Adolesc Psychiatry*.

- 624 Luby, J. L., Gaffrey, M. S., Tillman, R., April, L. M., & Belden, A. C. (2014). Trajectories of
625 preschool disorders to full DSM depression at school age and early adolescence:
626 continuity of preschool depression. *American Journal of Psychiatry*, *171*(7), 768-776.
- 627 Luby, J. L., Heffelfinger, A. K., Mrakotsky, C., Hessler, M. J., Brown, K. M., & Hildebrand,
628 T. (2002). Preschool major depressive disorder: preliminary validation for
629 developmentally modified DSM-IV criteria. *Journal of the American Academy of*
630 *Child and Adolescent Psychiatry*, *41*(8), 928-937.
- 631 Luby, J. L., Lenze, S., & Tillman, R. (2012). A novel early intervention for preschool
632 depression: findings from a pilot randomized controlled trial. *Journal of Child*
633 *Psychology and Psychiatry*, *53*(3), 313-322.
- 634 Luby, J. L., Mrakotsky, C., Heffelfinger, A., Brown, K., & Spitznagel, E. (2004).
635 Characteristics of depressed preschoolers with and without anhedonia: evidence for a
636 melancholic depressive subtype in young children. *American Journal of Psychiatry*,
637 *161*(11), 1998-2004.
- 638 Luby, J. L., Si, X., Belden, A. C., Tandon, M., & Spitznagel, E. (2009). Preschool depression:
639 homotypic continuity and course over 24 months. *Archives of General Psychiatry*,
640 *66*(8), 897-905.
- 641 Malan, D. H. (1963). *A study of brief psychotherapy*. Tavistock Publications.
- 642 Mattejat, F. R., H. . (1999). *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)*. Manual.
643 Hogrefe Verlag.
- 644 Muratori, F., Picchi, L., Bruni, G., Patarnello, M., & Romagnoli, G. (2003). A two-year
645 follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalizing disorders in children.
646 *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *42*(3), 331-339.
- 647 Muratori, F., Picchi, L., Casella, C., Tancredi, R., Milone, A., & Patarnello, M. G. (2002).
648 Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders.
649 *Psychotherapy and Psychosomatics*, *71*(1), 28-38.

- 650 Richmond, T. K., & Rosen, D. S. (2005). The treatment of adolescent depression in the era of
651 the black box warning. *Current Opinion in Pediatrics*, 17(4), 466-472.
- 652 Smith, K. (2014). Mental health: A world of depression: A global view of the burden caused
653 by depression. *Nature News*, 515(7526), 180-181.
- 654 Spijker, J., Graaf, R., Bijl, R. V., Beekman, A. T., Ormel, J., & Nolen, W. A. (2004).
655 Functional disability and depression in the general population. Results from the
656 Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta*
657 *psychiatrica Scandinavica*, 110(3), 208-214.
- 658 Spitz, R. A., & Wolf, K. M. (1946). Anaclitic depression: An inquiry into the genesis of
659 psychiatric conditions in early childhood, II. *The Psychoanalytic Study of the Child*,
660 2(1), 313-342.
- 661 Stone, L. L., Otten, R., Engels, R. C., Vermulst, A. A., & Janssens, J. M. (2010).
662 Psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and
663 difficulties questionnaire for 4-to 12-year-olds: a review. *Clinical child and family*
664 *psychology review*, 13(3), 254-274.
- 665 Target, M., & Fonagy, P. (1994). Efficacy of psychoanalysis for children with emotional
666 disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(3),
667 361-371.
- 668 Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence.
669 *Lancet*, 379(9820), 1056-1067.
- 670 Verheugt-Pleiter, A. J. E., Zevalkink, J., & Schmeets, M. G. J. (2008). *Mentalizing in child*
671 *therapy: Guidelines for clinical practitioners*. Karnac Books.
- 672 von Klitzing, K., White, L. O., Otto, Y., Fuchs, S., Egger, H. L., & Klein, A. M. (2014).
673 Depressive comorbidity in preschool anxiety disorder. *Journal of Child Psychology*
674 *and Psychiatry*, 55(10), 1107-1116.

- 675 Vos, T., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F., ... &
676 Criqui, M. H. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years
677 lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a
678 systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The*
679 *Lancet*, 390(10100), 1211-1259.
- 680 Watanabe, N., Hunot, V., Omori, I. M., Churchill, R., & Furukawa, T. A. (2007).
681 Psychotherapy for depression among children and adolescents: a systematic review.
682 *Acta psychiatrica Scandinavica*, 116(2), 84-95.
- 683 Weersing, V. R., Jeffreys, M., Do, M.-C. T., Schwartz, K. T. G., & Bolano, C. (2017).
684 Evidence base update of psychosocial treatments for child and adolescent depression
685 [Article]. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(1), 11-43.
- 686 Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., Klier,
687 C. M., Ryan, N. D., Dahl, R. E., & Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescents
688 grown up. *JAMA*, 281(18), 1707-1713.
- 689 Weitkamp, K., Daniels, J. K., Hofmann, H., Timmermann, H., Romer, G., & Wiegand-Grefe,
690 S. (2014). Psychoanalytic psychotherapy for children and adolescents with severe
691 depressive psychopathology: Preliminary results of an effectiveness trial.
692 *Psychotherapy*, 51(1), 138-147.
- 693 Whalen, D. J., Luby, J. L., Tilman, R., Mike, A., Barch, D., & Belden, A. C. (2016). Latent
694 class profiles of depressive symptoms from early to middle childhood: predictors,
695 outcomes, and gender effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(7),
696 794-804.
- 697 Yang, L., Zhou, X., Zhou, C., Zhang, Y., Pu, J., Liu, L., Gong, X., & Xie, P. (2017). Efficacy
698 and Acceptability of Cognitive Behavioral Therapy for Depression in Children: A
699 Systematic Review and Meta-analysis. *Academic Pediatrics*, 17(1), 9-16.
- 700

701 Tabelle 1

702 *Angewendete Kriterien für die Diagnosen*

Symptome depressiver Störungen	Diagnosen
<p>1. Depressive/reizbare Stimmung (d.h. depressive Verstimmung, Weinerlichkeit, trauriger Gesichtsausdruck, empfindlich/gereizt und Veränderung in der Reizbarkeit) müssen insgesamt mind. 45 Mal in den letzten 3 Monaten aufgetreten sein).</p> <p>2. Anhedonie/ Interessenverlust</p> <p>3. Veränderung in Appetit/ Gewicht</p> <p>4. Schlaflosigkeit/ Hypersomnie</p> <p>5. Psychomotorische Übererregung oder Verlangsamung</p> <p>6. Müdigkeit oder Energieverlust</p> <p>7. Gefühl von Wertlosigkeit/ unangemessene Schuldgefühle (kann sich im Spiel zeigen)</p> <p>8. Konzentrationsprobleme</p> <p>9. Suizidalität (Suizidale oder selbstzerstörerische Themen zeigen sich z.B. im Spiel)</p>	<p>Majore Depression (MD)</p> <p>1. <u>Mindestens 5</u> der Symptome 1-9 vorhanden, einschließlich entweder (1) depressive/ reizbare Stimmung oder (2) Anhedonie/ Interessenverlust</p> <p>2. Wenn sowohl (1) als auch (2) vorhanden sind, werden insgesamt nur 4 Symptome benötigt (Diagnostische Kriterien für eine MD im Vorschulalter; Luby et al., 2002, S. 931)</p>
	<p><u>Dysthymie</u></p> <p>Depressive/reizbare Stimmung (1) vorhanden und mindestens 2 der Symptome 2-10 vorhanden. Im Verlaufe des letzten Jahres gab es keine Phase von mindestens 2 aufeinanderfolgenden Monaten ohne depressive Verstimmung und mindestens ein Symptom ist seit mindestens einem Jahr vorhanden.</p>
	<p>Nicht näher bezeichnete (NNB) Depression</p> <p>1. Ähnlich wie MD, aber weniger Symptome: Mindestens 3 der Symptome 1-9 vorhanden, darunter entweder depressive/reizbare Stimmung oder Anhedonie/Verlust des Interesses.</p>

<p>10. Hoffnungslosigkeit</p>	<p>2. Ähnlich wie Dysthymie, depressive/reizbare Stimmung vorhanden, aber kürzere Dauer oder Phase von mindestens 2 aufeinanderfolgenden Monaten ohne depressive Verstimmung im Verlauf der letzten 12 Monate UND mindestens 2 der Symptome 3, 4, 6, 7, 8, 10 vorhanden UND mindestens ein Symptom seit 30 Tagen vorhanden</p>
	<p>Depressive/reizbare Stimmung (subklinische depressive Störung)</p> <p>Mind. ein Symptom der depressiven/ reizbaren Stimmung (1) (depressive Verstimmung, unglücklich aussehen, sehr empfindlich/ leicht verärgert sein, veränderte Reizbarkeit) für mindestens die Hälfte der Primärperiode</p>

703

704

705 Tabelle 2

 706 *Mittelwerte und Standardabweichungen für dimensionale Maße sowie F-Statistiken der*

 707 *ANOVAs mit Messwiederholungen (N=19)*

	Prä (T1)	Post (T2)	Follow-up (T3)	ANOVA Zeit Vergleich	F	p	η^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)				
Summenwert depressiver Symptome	3.42 (1.26)	0.89 (1.45)	0.41 (1.00)	T1 → T2	25.17	<.001	0.58
				T2 → T3 ^a	0.94	.347	0.06
				T1 → T3 ^a	63.18	<.001	0.80
Einschätzung Eltern							
SDQ Gesamtproblemwert	17.26 (5.65)	13.26 (6.84)	12.00 (5.47)	T1 → T2	12.67	.002	.41
				T2 → T3 ^a	0.29	.595	.02
				T1 → T3 ^a	16.74	.001	.51
SDQ Emotionale Symptome	5.89 (2.26)	3.58 (2.12)	3.06 (2.14)	T1 → T2	17.27	.001	.49
				T2 → T3 ^a	0.86	.367	.05
				T1 → T3 ^a	37.09	<.001	.70
CBCL Gesamtproblemwert	58.00 (19.36)	37.84 (17.02)	34.47 (17.97)	T1 → T2	64.80	<.001	.78
				T2 → T3 ^a	0.12	.747	.01
				T1 → T3 ^a	30.67	<.001	.66
CBCL Internalisierendes Verhalten	20.00 (8.13)	11.21 (5.14)	9.31 (6.10)	T1 → T2	43.66	<.001	.71
				T2 → T3 ^b	0.84	.374	.05
				T1 → T3 ^b	46.62	<.001	.76
CBCL Angst/Depressivität	11.21 (5.79)	6.53 (3.45)	4.82 (3.80)	T1 → T2	26.23	<.001	.59
				T2 → T3 ^a	1.28	.275	.07
				T1 → T3 ^a	35.97	<.001	.69
CBCL Sozialer Rückzug	7.00 (3.11)	3.89 (2.56)	3.47 (2.76)	T1 → T2	36.73	<.001	.67
				T2 → T3 ^a	1.06	.320	.06
				T1 → T3 ^a	33.80	<.001	.68
Einschätzung Erzieher/ Lehrer							
SDQ Gesamtproblemwert	12.76 (8.10)	9.41 (6.11)	9.00 (6.72)	T1 → T2 ^a	5.71	.030	.26
				T2 → T3 ^c	0.00	1.00	.00
				T1 → T3 ^c	6.74	.025	.38
SDQ Emotionale Symptome	3.76 (2.41)	2.53 (2.07)	2.83 (2.17)	T1 → T2 ^a	5.00	.040	.24
				T2 → T3 ^c	0.16	.701	.01
				T1 → T3 ^c	9.43	.011	.46

 708 Anmerkung: ANOVA mit Messwiederholung; df=12-18; ^a n=17; ^b n=16; ^c n=12

709