

**Kinder und Jugendliche mit depressiven
Erkrankungen: Über die Bedeutung von interpersonellen
Einflussfaktoren und der Optimierung der Psychotherapie
durch Integration von Bezugspersonen**

Dissertation

- kumulativ -

zur Erlangung des Doktorgrades der Naturwissenschaften

(Dr. rer. nat.)

dem Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Nele Dippel

Geboren am 21.03.1993 in Schleswig

Marburg (Lahn), Juli, 2022

Vom Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg (Hochschulkenziffer 1180)
am 01.10.2022 als Dissertation angenommen.

Erstgutachter:in: Prof. Dr. Hanna Christiansen (Philipps-Universität Marburg)

Zweitgutachter:in: Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier (Universität Greifswald)

Tag der mündlichen Prüfung: 31.10.2022

Danksagung

Die Danksagung ist kein Teil der Veröffentlichung.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	6
Abstract	8
1. Theoretischer Hintergrund	10
1.1. Depressionen im Kindes- und Jugendalter	10
1.1.1. Relevanz der Erkrankung, Epidemiologie und Klassifikation	10
1.1.2. Symptomatik und Erscheinungsbild der Depressionen im Kindes- und Jugendalter	13
1.1.3. Interpersonelle Auswirkungen von Depressionen im Kindes- und Jugendalter	15
1.1.4. Soziale und familiäre Einflussfaktoren auf die Ätiologie	16
1.2. Aktuelle Befunde zur Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter	22
1.2.1. Elterneinbezug als Wirkfaktor in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	24
1.2.2. Modulare Ansätze in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	26
1.3. Kiesler's interpersonelles Circumplexmodell (IPC)	28
1.3.1. Relevanz des Modells für das Kindes- und Jugendalter	32
1.4. Das Behandlungsprogramm CBASP für persistierende depressive Erkrankungen	33
1.4.1. Wirksamkeitsuntersuchungen zu CBASP	36
2. Ableitung der Ziele und Fragestellung dieser Dissertation	39
2.1. Studie 1: Bezugspersonen- und Familieneinbezug in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen	40
2.2. Studie 2: Interpersonelle Variablen zwischen Eltern und Kindern	41
2.3. Studie 3: Ein modulares Behandlungskonzept zur Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter für den ambulanten Rahmen (CBASP@YoungAge)	42
3. Zusammenfassung der Studien sowie des Therapiemanuals	44
3.1. Zusammenfassung Studie 1	44
3.2. Zusammenfassung Studie 2	47
3.3. Zusammenfassung Therapiemanual	51
3.4. Zusammenfassung Studie 3	56
4. Diskussion	60
4.1. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse	60

4.1.1.	Bezugspersonen in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen _____	60
4.1.2.	Bedeutung von interpersonellen Faktoren zwischen Eltern und Kindern _____	62
4.1.3.	Interpersonelle Faktoren als Wirkfaktor in der Psychotherapie _____	64
4.2.	Limitationen der vorliegenden Arbeit _____	67
4.3.	Ausblick für Forschung und klinische Praxis _____	70
4.4.	Fazit _____	73
5.	Literaturverzeichnis _____	74
6.	Anhang _____	105
A.	Manuskript – Studie 1 _____	105
B.	Manuskript – Studie 2 _____	129
C.	Manuskript – Behandlungsprogramm CBASP@YoungAge _____	130
D.	Manuskript – Studie 3 _____	131
	Lebenslauf _____	145
	Eidesstattliche Erklärung _____	146
	Erklärung über die Prozenteverteilung _____	147

Zusammenfassung

Depressionen sind relevante Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter mit erheblichen Einschränkungen für betroffene Kinder und Jugendliche in verschiedenen Lebensbereichen. Sowohl in der Entstehung als auch der Aufrechterhaltung scheinen Depressionen im Kindes- und Jugendalter durch das primäre soziale Umfeld beeinflusst zu sein. Dysfunktionale Interaktionen zwischen Bezugspersonen und Kindern können sich sowohl somit auf die Entstehung als auch den Verlauf der Erkrankung auswirken. Bisherige Studien zur Effektivität von Psychotherapie bei Depressionen von Kindern und Jugendlichen sind allerdings qualitativ sehr heterogen und weisen nur geringe Effektstärken auf. Das Ziel dieser Dissertation ist damit vorrangig die Optimierung der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit Depressionen. Vor diesem Hintergrund werden relevante, vor allem interpersonelle, Einflussfaktoren der betroffenen Kinder und Jugendlichen untersucht und in die Psychotherapie integriert.

Die **erste Studie** untersucht den Einfluss der Integration von Bezugspersonen auf die Psychotherapie der Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Im Rahmen eines systematischen Reviews mit Metaanalyse konnte ein signifikanter Effekt für den Einbezug von Familien und/oder Bezugspersonen in die Psychotherapie gefunden werden. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass insbesondere die Art und das Ausmaß des Einbezuges von Familie oder Bezugspersonen im Kontext der Psychotherapie relevant ist. Darüber hinaus zeigte sich allerdings auch, dass bislang nur wenige Therapieprogramme mit einem entsprechenden Fokus existieren und auch hier die Effektstärken aktuell als eher gering einzustufen sind.

Im Rahmen der **zweiten Studie** wurde das Impact-Message-Inventory (IMI), ein bereits etabliertes Fremdbeurteilungs-Instrument zur Erfassung des interpersonellen Verhaltens in dyadischer Interaktion, erstmalig für das Kindes- und Jugendalter adaptiert und validiert. Mit dem IMI@YoungAge (IMI@YA) wird das wahrgenommene interpersonelle Verhalten sowie die verdeckten Reaktionen darauf von Bezugspersonen und Kindern (10-18 Jahren) in Interaktionssituationen erfasst. Die Untersuchung des Fragebogens zeigte, dass das dem Instrument zugrundeliegende interpersonelle Circumplexmodell (IPC) zwar nicht vollständig für Kinder und

Eltern repliziert werden kann, aber ein vielversprechender Ansatz für die Beschreibung und Erforschung von interpersonellen Situationen zwischen Kindern und Eltern ist.

Die Ergebnisse dieser ersten beiden Studien untermauern die Bedeutung des Einbezugs der Bezugspersonen in die Psychotherapie sowie die Notwendigkeit der Berücksichtigung des interpersonellen Kontextes der Depression in der Behandlung. Im Kontext der dritten Studie wurde ein **Therapiekonzept** für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Einbezug der primären Bezugspersonen konzeptualisiert, welches aktuell in einer deutschen Hochschulambulanz für Kinder und Jugendliche implementiert und im Rahmen einer ersten Pilotstudie untersucht wird. Basierend auf dem bereits breit evaluierten Therapiekonzept Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), einer interpersonellen Therapie für erwachsene Patient:innen mit chronischen depressiven Erkrankungen, wurde CBASP@YoungAge entwickelt und für Kinder und Jugendliche modifiziert. Das ambulante Therapieprogramm, welches modular aufgebaut ist, wurde für drei unterschiedliche Altersgruppen von Kindheit bis ins junge Erwachsenenalter konzeptualisiert. Es werden sowohl Therapiemodule angeboten, die ausschließlich mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden als auch Module, welche mit den Bezugspersonen oder der ganzen Familie umgesetzt werden können. Durch die altersadäquaten Anpassungsmöglichkeiten, die Modularisierung und den aktiven Einbezug von Bezugspersonen ist im Rahmen der Behandlung ein individuelles Vorgehen möglich.

Das **dritte Manuskript** ist damit das Studienprotokoll der Psychotherapiestudie zur ersten Evaluation von CBASP@YoungAge. Es handelt sich um eine Phase 1/Phase 2 Pilotstudie. Im Rahmen eines non-randomisierten, multizentrischen Vorgehens wird das Therapieprogramm im Vergleich zu einer Treatment-as-Usual Kontrollgruppe in Psychotherapieambulanzen in Marburg, Landau und Bochum erstmalig hinsichtlich der Machbarkeit und Wirksamkeit in Bezug auf die depressive Symptomatik untersucht.

Zusammenfassend weist die vorliegende Dissertation darauf hin, dass Depressionen im Kindes- und Jugendalter in einem interpersonellen Kontext betrachtet und auch behandelt werden müssen. Für die Behandlung erscheint es von hoher Relevanz, das soziale Umfeld frühzeitig und

umfangreich einzubeziehen, um damit auch langfristig eine Veränderung im Umgang mit negativen Interaktionserfahrungen in der Kindheit und Jugend zu erreichen.

Abstract

Depression is a relevant illness in childhood and adolescence with substantial impairments for affected children and adolescents in various areas of life. Both in its development and its maintenance, depression in childhood and adolescence seems to be influenced by the primary social and family environment. Dysfunctional interactions between parents and children may thus affect both the development and the course of the disorder. However, previous studies on the efficacy and effectiveness of psychotherapy for depression in children and adolescents are very heterogeneous and show only small effect sizes. Thus, the primary aim of this dissertation is to optimize psychotherapy for children and adolescents with depression. Against this background, relevant interpersonal factors are investigated.

The **first study** examines the influence of parent and caregiver involvement in psychotherapy for childhood and adolescent depression. A systematic review with meta-analysis found a small but significant effect for the inclusion of families and/or caregivers in the psychotherapy. The results indicate that especially the degree and type family and caregiver involvement promising in the context of psychotherapy. In addition, however, it was also shown that so far only a few therapy programs with this focus exist, and in this subgroup the effect sizes are rather low.

In the **second study**, the Impact-Message-Inventory (IMI), an already established instrument for the assessment of interpersonal behavior in dyadic interaction, was adapted and validated for the first time in childhood and adolescence. The IMI@YoungAge (IMI@YA) measures the perceived interpersonal behavior of caregivers and children (10-18 years) in interaction situations. The results demonstrated that the underlying interpersonal circumplex model (IPC) of the instrument, although not fully replicable for children and parents, is a promising approach for describing and exploring interpersonal situations between children and parents.

The results of these first two studies support the importance of including parents or caregivers in psychotherapy and the need to consider the interpersonal context of depression in treatment. In the third study, a **therapy program** for the treatment of children and adolescents with the inclusion of primary caregivers was conceptualized, which is currently being implemented in a German university outpatient clinic for children and adolescents. Based on the already evaluated therapy concept of Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), and interpersonal therapy for adult patients with chronic depressive disorders, CBASP@YoungAge was conceptualized and modified for children and adolescents. The outpatient therapy program, which is modular, was conceptualized for three different age groups from childhood to young adulthood. Therapy modules are offered that are carried out exclusively with the affected children and adolescents, as well as modules that can be implemented with caregivers or the entire family. Due to the age-appropriate adaptation possibilities, the modularization, and the active inclusion of caregivers, an individual approach is possible.

The **third manuscript** is thus the study protocol of the psychotherapy study for the first evaluation of CBASP@YoungAge. It is a phase 1/phase 2 pilot study. The therapy program is examined in terms of feasibility and efficacy about depressive symptomatology in comparison to a treatment-as-usual control group in psychotherapy outpatient clinics in Marburg, Landau, and Bochum.

In summary, this dissertation points out that depression in childhood and adolescence must be considered and also treated in an interpersonal context. For the treatment, it appears to be of high relevance to involve the social environment early and extensively in order to achieve a change in dealing with negative interaction experiences in childhood and adolescence.

1. Theoretischer Hintergrund

1.1. Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Depressionen im Kindes- und Jugendalter sind seit vielen Jahren Gegenstand von Diskussionen. Bis in die 1970er Jahre galten depressive Krisen als normaler Bestandteil der Entwicklung von Jugendlichen (Rie, 1966), und in den frühen Versionen des Diagnostischen und Statistischen Manuals für psychische Erkrankungen (Diagnostik and Statistic Manual of Mental Disorders, DSM) gab es keine anerkannte Diagnose für Depressionen bei Kindern oder Jugendlichen. Dies änderte sich mit der Veröffentlichung des DSM-III im Jahr 1980 (American Psychiatric Association (APA), 1980), zu einer Zeit als Entwicklungspsycholog:innen feststellten, dass das Leben der meisten Heranwachsenden nicht ausschließlich durch den "Sturm und Drang" gekennzeichnet ist, den einige frühere Theoretiker:innen angenommen hatten (Carlson & Cantwell, 1980; Weinberg et al., 1973). Zwar wird auch in aktuellen Studien anerkannt, dass der Prozess der Identitätsentwicklung in der Adoleszenz durchaus typische Gefühle wie Selbstzweifel, Einsamkeit und Traurigkeit beinhalten kann, Kinder und Jugendliche aber auch von klinisch relevanten Stimmungsbeeinträchtigungen im Sinne einer depressiven Erkrankung betroffen sein können (Angold & Costello, 2009). Im Folgenden werden nun relevante Aspekte der Erkrankung im Kontext dieser Dissertation herausgestellt und beschrieben.

1.1.1. Relevanz der Erkrankung, Epidemiologie und Klassifikation

Depressive Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sind häufig und für die Betroffenen mit hohen Belastungen verbunden. Sie stellen einen Risikofaktor für suizidales Verhalten (Bridge et al., 2006) dar und stehen darüber im Zusammenhang mit schlechtem Gesundheitsverhalten, funktionalen Beeinträchtigungen der Kinder und Jugendlichen sowie zusätzlichen Belastungen für die Familie (Balázs et al., 2013). Depressionen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend nehmen darüber hinaus aktuell mit hoher Wahrscheinlichkeit im Erwachsenenalter einen chronischen Verlauf (Hölzel et al., 2011) und haben damit sowohl Auswirkungen auf die aktuelle Lebenssituation der Betroffenen und ihrer Familien als auch auf ihr späteres Leben. Erwachsene, die in ihrer Jugend an Depressionen gelitten haben, zeigten neben der erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine psychische

Erkrankung signifikant geringere Einkommen und einen geringeren sozioökonomischen Status (Fletcher, 2013). Depressionen, die im Jugendalter auftreten, werden sowohl mit schlechten schulischen Leistungen als auch niedrigem Einkommen und späterer Arbeitslosigkeit in Verbindung gebracht (Fergusson et al., 2007; Franko et al., 2005; Gotlib et al., 1998).

Auch aktuelle Prävalenzraten zeigen die Relevanz von Depressionen in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen (Merikangas et al., 2010; Wesselhoeft et al., 2016). Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gehören Depressionen und Angststörungen zu den fünf häufigsten Ursachen für die Krankheitslast bei Kindern und Jugendlichen in Europa (World Health Organization, 2018). Weltweite Prävalenzraten für eine depressive Erkrankung im Kindes- und Jugendalter variieren allerdings. Mit Bezug auf das Jugendalter fand Ormel et al. (2021) eine Lebenszeitprävalenz von 17,3% für das Auftreten jeglicher Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis und 15,5% für das Auftreten einer Major Depression. Tang et al. (2019) zeigten in einer Übersichtsarbeit eine gepoolte Prävalenz von 24,3% für das Jugendalter. In Daten zur Punktprävalenz in den USA fanden sich in der Altersgruppe von 12-17 insgesamt 6,1% der Jugendlichen, die aktuell mit Depressionen diagnostiziert waren (Ghandour et al., 2019). Für jüngere Kinder zeigten sich insgesamt in dieser Studie etwas geringere Anteile (6-11 Jahre: 1,7%; 3-5 Jahre: 0,08%). Für das Vorschulalter finden sich in internationalen Studien Raten im Bereich zwischen 0% und 2,1% (Whalen et al., 2017). Für das spätere Kindesalter zeigen sich Prävalenzen zwischen 1,7% und 5,4% (Wesselhoeft et al., 2016). Für Deutschland ergaben vergleichbare Daten in den unterschiedlichen Altersgruppen zwischen 12 und 17 Jahren eine Prävalenz von 8,2% (Wartberg et al., 2018) im Kindesalter liegt diese bei 5,2% (Ravens-Sieberer et al., 2007).

Insgesamt sind die Prävalenzen für Depressionen in den vergangenen Jahren eher angestiegen und nicht wie bei anderen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter konstant geblieben. Dieser Trend ist sowohl bei Kindern und Jugendlichen in einer internationalen Population sichtbar (Mojtabai et al., 2016) als auch in Deutschland zu erkennen (Steffen et al., 2019). Diese Daten bedeuten, dass sowohl die Diagnose häufiger vergeben wird (Steffen et al., 2019) als auch Kinder und Jugendliche eine erhöhte Belastung beschreiben (Hölling et al., 2014). In der aktuellen Forschung zu Depressionen im Kindes- und Jugendalter ist auch die Betrachtung von subklinischen depressiven Symptomen relevant. Hier zeigen sich zumeist höhere Symptomraten und auch erhöhte

Prävalenzen (Wesselhoeft et al., 2016). Angaben zu subklinischen depressiven Symptomen schwanken in verschiedenen epidemiologischen Untersuchungen, da sie häufig mit unterschiedlichen Kriterien erfasst werden. Sie liegen nach Bertha und Balazs (2013) in einem Bereich von 1% bis 22,9% für die gesamte Altersspanne von Kindheit bis Jugend.

Nach Avenevoli et al. (2015) treten insgesamt fast 74% aller Depressionen gemeinsam mit anderen psychischen Erkrankungen auf. Angst- und Verhaltensstörungen sind am stärksten, hier zeigt sich ein vierfach erhöhtes Risiko für Depressionen im Vergleich zu einem dreifach erhöhten Risiko für Personen mit ADHS oder Substanzkonsumstörungen (Fergusson et al., 1993; Kessler et al., 2001). Die Komorbiditätsmuster unterschieden sich im Allgemeinen nicht nach Geschlecht, mit der Ausnahme, dass Mädchen mit Depressionen im Vergleich zu Jungen ein höheres Risiko für Angststörungen oder ADHS aufwiesen. Angststörungen und Verhaltensauffälligkeiten sind signifikant stärker mit schweren als mit leichten oder mittleren depressiven Episoden assoziiert (Avenevoli et al., 2015). Es zeigt sich auch, dass umso früher die Erkrankung beginnt auch mehr und schwerere Komorbiditäten auftreten (Korczak & Goldstein, 2009).

Die Klassifikation von depressiven Störungsbildern im Kindes- und Jugendalter orientiert sich aktuell an den Kriterien der Klassifikationssysteme ICD-10 (World Health Organization, 1992) und DSM-5 (American Psychiatric Association (APA), 2013). Nach dem internationalen Klassifikationsschema psychischer Störungen (kurz: ICD-10 Kapitel F) gehören gedrückte Stimmung, Interessensverlust oder Freudlosigkeit sowie Verminderung des Antriebs oder erhöhte Ermüdbarkeit zu den Kernsymptomen einer depressiven Episode (F32) (Dilling et al., 2015). Zusätzlich werden dort eine Reihe anderer häufiger Symptome verschlüsselt, wie verminderte Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und ein Gefühl von Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, Selbstverletzung oder Suizidhandlungen, Schlafstörungen und veränderter Appetit. Nach Dilling et al. (2015) lassen sich depressive Episoden in leichte (F32.0), mittelgradige (F32.1) und schwere (F32.2 und F32.3) Episoden einteilen, je nach Anzahl und Ausprägungsgrad der vorliegenden Symptome. Weiterhin werden im ICD-10 auch rezidivierende (F33.-) sowie anhaltende (F34.-) depressive Erkrankungen verschlüsselt. Das DSM 5 enthält eine ähnliche Klassifikation depressiver Erkrankungen, es werden zum einen depressive Episoden in unterschiedlichen

Schweregraden und Verläufen (einzelne Episode, rezidivierend) als auch die Dysthymie verschlüsselt. Beide Klassifikationssysteme spezifizieren insgesamt keine Kriterien für Kinder und Jugendliche, sondern legen diesem Altersbereich die gleichen Kriterien wie für erwachsene Personen zugrunde. Lediglich im DSM-5 bestehen zusätzliche Möglichkeiten zur Anpassung der Diagnose auf Kinder und Jugendliche. So muss das Kriterium der depressiven Verstimmung nicht erfüllt sein, wenn Gereiztheit vorliegt, außerdem ist im Kindesalter das Kriterium der Gewichtsveränderung nicht erforderlich. Darüber hinaus bestehen im DSM für Kinder und Jugendliche auch Anpassungen bezogen auf das Zeitkriterium.

1.1.2. Symptomatik und Erscheinungsbild der Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Depressionen bei Kindern und Jugendlichen werden bezogen auf die Symptomatik im Allgemeinen als "eine breite und heterogene diagnostische Gruppierung" beschrieben (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2013). Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass sich die Symptomatik depressiver Episoden in den unterschiedlichen Entwicklungsphasen der Kindheit und Jugend in Teilen deutlich unterscheidet (Crowe et al., 2006; Donohue et al., 2019). Es ist somit für eine adäquate Diagnostik und Behandlung notwendig genau zu betrachten, mit welchen Symptomen sich Depressionen in verschiedenen Altersgruppen äußern und durch Betroffene und ihr Umfeld wahrgenommen werden.

Im Kindesalter können depressive Episoden unter anderem durch eine erhöhte Reizbarkeit, aggressives Verhalten oder Konzentrationsprobleme gekennzeichnet sein. Nach Luby et al. (2009) kennzeichnen insbesondere Symptome wie erhöhte Irritabilität, Traurigkeit, Agitiertheit und Anhedonie sowie kognitive Verlangsamung Depressionen in der Kindheit. Die Autor:innen berichten auch, dass sich viele der beschriebenen Symptome bereits in den aktuellen Diagnosekriterien wiederfinden und diese somit in Teilen auch auf diese junge Altersgruppe angewandt werden können. In anderen Studien zeigen sich über diese Erkenntnisse hinaus außerdem auch somatische Beschwerden oder auch soziale Schwierigkeiten (Lack & Green, 2009; Masi et al., 1998).

Bezogen auf das Jugendalter kamen Crowe und Kolleg:innen 2006 in einer neuseeländischen Studie zu dem Schluss, dass sich sowohl die Ausprägung als auch die Bedeutung der Symptome zwischen Jugendlichen und Erwachsenen unterscheiden können. In dieser Studie waren Reizbarkeit

und Konzentrationsschwäche die am häufigsten berichteten Symptome bei Jugendlichen, gefolgt von sozialem Rückzug, Müdigkeit, psychomotorischer Retardierung, depressiver Stimmung, Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit sowie Schlaflosigkeit (Crowe et al., 2006). Auch Orchard et al. (2017) konnten in einer Studie zeigen, dass die Symptomatik von Jugendlichen mit depressiven Erkrankungen nicht immer den der betroffenen Personen im Erwachsenenalter entspricht. In dieser Studie traten häufig Symptome wie schlechte Stimmung (oder Reizbarkeit), kognitive Symptome und Schlafstörungen, Selbstmordgedanken und negative Selbstwahrnehmung auf. Es zeigen sich damit im Kontext von Depressionen auch Symptome wie Müdigkeit, Schwierigkeiten in der Schule, Unentschlossenheit, Reizbarkeit, geringes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, negatives Körperbild und negative Kognitionen (Mullarkey et al., 2018), weiterhin bestehen auch Zusammenhänge mit einem geringen Selbstwertgefühl (Babore et al., 2016) und erhöhtem Suizidrisiko (Balázs et al., 2013). Auch Merkmale, die nicht zu den diagnostischen Kriterien von Depressionen gehören, treten im Jugendalter im Kontext der Erkrankung auf: sozialer Rückzug und auch damit einhergehende Einsamkeit ist zum Beispiel ein häufiges Symptom (Mueller & Orvaschel, 1997). Eine qualitative Studie von Midgley et al. (2015) konzentrierte sich auf die Erfahrungen junger Menschen mit Depressionen und hob einige Schlüsselmerkmale hervor, die nicht Teil der diagnostischen Kriterien sind, wie zum Beispiel das Gefühl der Isolation sowie soziale Schwierigkeiten und Konflikte. Weiss und Garber (2003) führten eine Metaanalyse zum Entwicklungsstand des Kindes oder Jugendlichen und der damit verbundenen Phänomenologie von Depressionen durch und stellten ebenfalls fest, dass Anhedonie, Hoffnungslosigkeit, Hypersomnie, Gewichtszunahme und sozialer Rückzug in älteren Altersgruppen häufiger vorkommen.

Zusammenfassend ergibt sich damit eine Veränderung der Symptomatik von Depressionen im Kontext des Entwicklungsverlaufes von Kindern und Jugendlichen. Reizbarkeit und Irritabilität sind besonders in der Kindheit häufige Symptome. In auf das Jugendalter bezogenen Studien wird Reizbarkeit auch als bedeutender Unterschied zwischen Depressionen im Jugendalter und Erwachsenen beschrieben (Eyre et al., 2019; Vance & Winther, 2021) es zeigen sich darüber hinaus aber auch deutliche Symptome in Bezug auf sozialen Rückzug oder Gefühle der Isolation, welche Charakteristisch für Depressionen im Jugendalter zu sein scheinen (Midgley et al., 2015).

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Wahrnehmung von depressiver Symptomatik im Umfeld der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Es konnte gezeigt werden, dass sich der Selbst- und Fremdbbericht von Symptomen zwischen Eltern und ihren Kindern unterscheidet (Hughes & Gullone, 2010; Klaus et al., 2009; Seiffge-Krenke & Kollmar, 1998). Beispielsweise ergab sich nur eine geringe Übereinstimmung von Eltern und Kindern in den depressiven Symptomen bei Verwendung des gleichen Fragebogens in der Selbst- und Fremdauskunft und zwar dahingehend, dass Eltern die Symptome ihrer Kindes als geringer ausgeprägt einschätzen (Orchard et al., 2017). Hughes und Gullone (2010) kamen im Kontrast dazu zu keinem so eindeutigen Ergebnis. In dieser Studie zeigte sich zwar auch eine große Varianz zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung von internalisierenden Symptomen, aber diese waren nicht eindeutig höher oder niedriger. Insgesamt deuten bisherige Ergebnisse aber darauf hin, dass die Angehörigen depressive Episoden deutlich anders erleben als die betroffenen Kinder und Jugendliche selbst.

1.1.3. Interpersonelle Auswirkungen von Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Depressionen im Kindes- und Jugendalter treten damit immer auch in einem sozialen Kontext auf und wirken sich auf die Interaktion mit Bezugspersonen oder Gleichaltrigen aus. Das bedeutet zum einen, dass depressive Symptome im Kindes- und Jugendalter negative und dysfunktionale soziale Interaktionen oder Verhaltensweisen bedingen können (Goodyer et al., 2017). Zum anderen aber auch, dass im Rahmen von depressiver Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit soziale und familiäre Stressoren auftreten, auf die die Betroffenen dann reagieren (Hutcherson & Epkins, 2009).

Diese Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich ergeben sich nach Rottenberg (2005) aus verminderter sozialer Aktivität und Engagement, Defiziten in den sozialen Fähigkeiten sowie starren Reaktionen auf Anforderungen der Umwelt. Kinder und Jugendliche, die an Depressionen leiden, zeigen tendenziell ein höheres Maß an negativen interpersonellen Verhaltensweisen (Horowitz et al., 2006). Dies sind beispielsweise Wut (Sheeber et al., 2009) und Dysphorie in zwischenmenschlichen Interaktionen (Puig-Antich & Weston, 1983; Sheeber et al., 2009, 2012). Es konnte eine erhöhte Reaktivität auf negatives elterliches Verhalten und eine verringerte Reaktivität auf positives elterliches Verhalten bei depressiven Jugendlichen gezeigt

werden (Sheeber et al., 2000). Insbesondere da es sich bei interpersonellen dyadischen Prozessen um reziproke Interaktionen handelt (Kiesler, 1983) sind die Reaktionen und Verhaltensweisen der Eltern als Reaktion auf die Kinder oder Jugendlichen in dieser Problematik von Relevanz. Studien, die die emotionalen, verhaltensbezogenen und physiologischen Reaktionen bei depressiven Jugendlichen während Eltern-Kind-Interaktionen gemessen haben, konnten zeigen, dass bei zwischenmenschlichen Konflikten mit Eltern, die sich abweisend verhalten, Jugendliche mit Depressionen während zwischenmenschlicher Konflikte mit sich aversiv verhaltenden Eltern eine verstärkte Dysregulation sowohl des Verhaltens als auch der Physiologie zeigten (Allen et al., 2012; Crowell et al., 2014). Diese Ergebnisse ergaben sich auch im Vergleich zu Jugendlichen, die nicht an einer depressiven Erkrankung litten (Allen et al., 2012; Kuppens et al., 2012). Nelson et al. (2017) zeigten diese negative emotionale und physiologische Reaktion sowohl bei objektiven Messungen als auch im Selbstbericht der Jugendlichen. Jugendliche mit Depressionen zeigten im Vergleich zu ihren nicht depressiven Altersgenoss:innen einen stärkeren negativen Affekt in Erwartung von und während Interaktionsaufgaben mit ihren Eltern, sowie eine größere Häufigkeit und Dauer aggressiver Verhaltensweisen (Nelson et al., 2017).

Somit wird in der Literatur immer wieder deutlich, dass Depressionen im Kindes- und Jugendalter eine eindeutige soziale Komponente haben und betroffene Kinder und Jugendliche zumeist unter deutlichen wechselseitigen sozialen und auch familiären Schwierigkeiten leiden. Es kommt zu verstärkten Konflikten mit Gleichaltrigen und Familienmitgliedern, die Kinder und Jugendlichen verhalten sich oppositionell und in sozialen Situationen irritabel. Es zeigt sich, dass diese Schwierigkeiten sich nicht nur wechselseitig auf die Interaktion auswirken, sondern auch auf das eigene Erleben der Kinder und Jugendlichen. Sie berichten von Einsamkeit und negativen Gedanken über sich und andere. Besonders im Vordergrund stehen hierbei Isolation und soziale Schwierigkeiten sowie Einschränkungen bzgl. des Schulbesuchs oder allgemeiner Bildungs- oder Freizeitmöglichkeiten (Midgley et al., 2015).

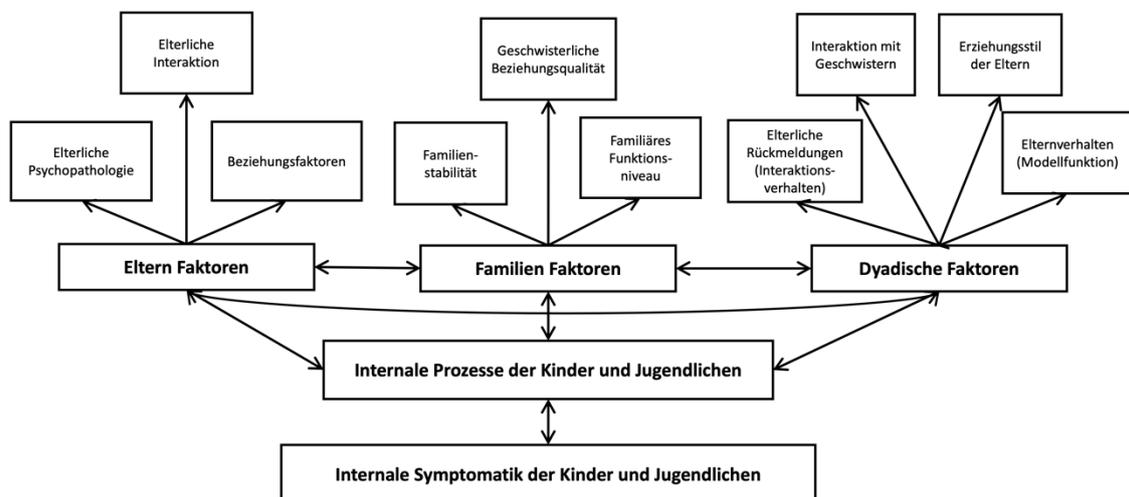
1.1.4. Soziale und familiäre Einflussfaktoren auf die Ätiologie

Neben den Auswirkungen einer bestehenden depressiven Symptomatik auf die Kinder und Jugendlichen und ihr soziales Umfeld, beschäftigen sich aktuelle Studien auch immer wieder mit

dem Zusammenhang zwischen sozialen und familiären Einflussfaktoren auf die Entwicklung von Depressionen. Abbildung 1 zeigt das Modell von Schleider und Weisz (2017). Die Autor:innen beschreiben ein übergreifendes theoretisches Modell, das triadische Modell der Familienprozesse, um Zusammenhänge zwischen familiären Einflussfaktoren und internalisierenden Störungen bei Jugendlichen zu erfassen. Sie beschreiben sowohl Risiko-, auslösende- sowie aufrechterhaltende Bedingungen, die internalisierende Probleme (Angststörungen, Depressionen) beeinflussen könnten. Insbesondere bietet dieses Modell einen Rahmen, der aufzeigt, wie verschiedene Komponenten von Familien miteinander und mit internalisierenden Problemen von Jugendlichen zusammenhängen.

Abbildung 1.

Modell nach Schleider und Weisz (2017). Eltern Faktoren, Familien Faktoren und dyadische Faktoren wirken sich wechselseitig auf interne Prozesse der Kinder und Jugendlichen sowie internalisierende Symptome aus. Diese beeinflussen wiederum elterliche, dyadische und familiäre Faktoren.



In diesem Abschnitt werden, angelehnt an dieses Modell, aktuelle Befunde zum Zusammenhang zwischen familiären Prozessen und Depressionen Jugendlichen aufgeführt. Ergänzend dazu werden ebenfalls Befunde zum Kindesalter als Erweiterung des Modells integriert. Diese sind zwar im ursprünglichen Modell nicht aufgeführt, aber im Kontext dieser Dissertation sowie der Empirie ebenfalls relevant. Es wird angenommen, dass verschiedene familiäre Prozesse die sozialen, affektiven und kognitiven Prozesse von Kindern und Jugendlichen beeinflussen. Veränderungen in diesen Prozessen können wiederum die Entwicklung und Aufrechterhaltung von internalisierenden Erkrankungen entweder verstärken oder davor schützen. Um die vielen Variablen, die familiäre Prozesse prägen, zu organisieren und systematisch einzubeziehen, schlägt das triadische Modell drei verschiedene Ebenen von familien- und elternbezogenen Faktoren vor.

Faktoren auf der Elternebene sind definiert als Aspekte des Familienprozesses, die innerhalb oder zwischen den Eltern oder Betreuungspersonen lokalisiert sind (z. B. psychische Gesundheit der Eltern, Familienstruktur und Interaktion zwischen den Eltern). Faktoren in der dyadischen Ebene sind definiert als Aspekte des Familienprozesses, die innerhalb der Eltern-Kind- oder Geschwisterbeziehungen lokalisiert sind (z. B. Erziehungsstile, elterliches Feedback an ihre Kinder, elterliches Vorbild und Qualität der Geschwisterbeziehung). Faktoren auf Familienebene sind definiert als Aspekte des Familienprozesses, die das Funktionieren der Familie als kollektive Einheit betreffen (z. B. Stabilität der Familie, Funktionsniveau der Familie). Diese unterschiedlichen Ebenen können sich zum einen innerhalb der gleichen Ebene gegenseitig beeinflussen und so aufeinander einwirken (z. B. kann das konfliktreiche Zusammenspiel der Eltern das Vorhandensein oder den Verlauf der elterlichen Psychopathologie beeinflussen und umgekehrt). Zum anderen können familienbezogene Faktoren aller drei Ebenen die anderen Aspekte der übrigen Ebenen beeinflussen. Zum Beispiel kann ein Faktor auf Elternebene (z.B. Konflikt zwischen den Eltern) Faktoren auf der Familienebene (z. B. Familienfunktion) und auch Faktoren auf dyadischer Ebene (z.B. den Erziehungsstil) beeinflussen. Außerdem wirken sich alle Ebenen auf die kognitiven und internalisierenden Prozesse von Kindern und Jugendlichen aus. Damit befasst sich dieses Modell mit den wechselseitigen, kontinuierlichen Beziehungen zwischen Familienprozessen und internalisierenden Störungen.

Faktoren auf Elternebene, die speziell mit der Entwicklung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter im Zusammenhang stehen sind beispielsweise elterliche Konflikte (Yap & Jorm, 2015; Zemp et al., 2016), instabile Wohnverhältnisse sowie geringe emotionale Nähe (Lewis et al., 2015) welche internalisierende Symptome verstärken können. Darüber hinaus kann ein psychisch erkranktes oder belastetes Elternteil einen Risikofaktor in der Entwicklung von depressiven Symptomen im Kindes- und Jugendalter darstellen (Beardslee et al., 2004; Lieb et al., 2002).

Diese Dissertation betrachtet insbesondere die dyadische Ebene zwischen Eltern und Kindern sowie intrafamiliäre interpersonelle Schwierigkeiten und die Auswirkungen dieser auf die depressive Erkrankung von Kindern und Jugendlichen. Insgesamt zeigen Literaturübersichten, dass in der Eltern-Kind Interaktion altersübergreifend ein hohes Maß an elterlicher Ablehnung mit depressiven Kognitionen und internalisierenden Symptomen verbunden ist (McLeod et al., 2007). Negatives elterliches Erziehungs- und Kontrollverhalten (Morris et al., 2002) oder elterliche Strenge (Cole et al., 2016) hat Auswirkungen auf die Entwicklung von Depressionen. In einen systematischen Review konnte auch gezeigt werden, dass die elterliche Reaktion auf kindliche Emotionen wie Wut, Trauer oder Freude mit der Entwicklung von depressiven Symptomen in Zusammenhang gebracht werden kann (Schwartz, Sheeber, et al., 2012). Die Autor:innen argumentieren, dass Eltern durch abweisendes oder aggressives Verhalten in Interaktionen diese Emotionen verstärken und positive Emotionen verringern. Hierbei stellt auch das Ignorieren von emotionalen Äußerungen der Kinder oder Jugendlichen abweisendes elterliches Verhalten dar. Chronisches und ungebremstes negatives Feedback von Eltern über die Fähigkeiten, die Leistung, das Aussehen, das Verhalten und die Persönlichkeit ihres Kindes kann somit verinnerlicht werden und die Entwicklung der kognitiven Diathese für Depressionen vereinfachen (Cole et al., 2014). Gorostiaga et al. (2019) fassten in einem weiteren systematischen Review Studien zu Erziehungsverhalten und internalisierenden Symptomen zusammen. Auch in dieser Untersuchung waren übermäßiges Kontroll- und strenges Erziehungsverhalten positiv mit internalisierenden Symptomen sowohl bei Jugendlichen als auch Kindern verknüpft. Eine nicht unterstützende Erziehung kann somit mit dem Auftreten negativer kognitiver Stile und erhöhter depressiver Symptome in Verbindung gebracht werden (Mezulis et al., 2006). Mazza et al. (2010) beschreiben diese Zusammenhänge in einer Langzeitstudie über sechs Jahre für Kinder im Übergang zum Jugendalter (Klasse 2-8). Sie betrachten unterschiedliche familiäre

und psychosoziale Risikofaktoren (z.B. Familiäre Konflikte, elterliche Belastung) und zeigen, dass diese zumeist Auswirkungen auf die spätere Entwicklung von depressiven Symptomen haben können.

Die Ergebnisse dieser Studien zeigen allerdings auch, dass elterliche Wärme, Verhaltenskontrolle und Autonomiegewährung Schutzfaktoren für internalisierende Symptomen bei Heranwachsenden darstellen (Gorostiaga et al., 2019). Positives, unterstützendes Feedback von Eltern hat damit einen gegenteiligen Effekt (Bilsky et al., 2013; Kopala-Sibley et al., 2013). Es zeigen sich Zusammenhänge zwischen der Beziehungsqualität von Müttern und Kindern (v. a. Töchtern) und Depressionen im Kindes- und Jugendalter (Alto et al., 2018). Ein höheres Maß an elterlicher und gleichaltriger Unterstützung ist direkt mit einem geringeren Maß an depressiven Symptomen verbunden (Chang et al., 2018). Darüber hinaus zeigt sich, dass verschiedene Arten von Betreuungspersonen-Kind-Interaktionen mit unterschiedlichen Emotionsregulationswegen in Verbindung mit Depressionen stehen (O'Mahen et al., 2015). In der Studie von O'Mahen et al. (2015) wurden beispielsweise emotionale Vernachlässigung und emotionale Gewalt in der Kindheit mit den Emotionsregulationsstrategien in Verbindung gebracht, die am stärksten mit Depressionen verbunden sind (Rumination und Verhaltensvermeidung). Diese Annahme wird auch durch Befunde gestützt, die zeigen, dass Zusammenhänge zwischen positivem Elternverhalten und verringerten depressiven Symptomen bestehen. Väterliche und mütterliche Wärme in der Präadoleszenz wird mit weniger depressiven Problemen in der Adoleszenz in Verbindung gebracht (Sijtsema et al., 2014). Jugendliche mit positiven Beziehungen zu den Eltern weisen ein niedriges Niveau an gleichzeitigen und zukünftigen depressiven Symptomen auf (Allen et al., 2006; Finan et al., 2018). Auch Wartberg et al. (2018) fanden Assoziationen zwischen depressiven Symptomen in jüngeren Altersgruppen und Schwierigkeiten im familiären und sozialen Bereich. Kommt es zu frühen negativen Beziehungserfahrungen und damit zu erhöhtem Stresserleben des Kindes kann dies die Entwicklung einer depressiven Erkrankung bedingen und auch den Verlauf dieser nachhaltig beeinflussen (Saveanu & Nemeroff, 2012).

Diese familiären und dyadischen Eltern-Kind Prozesse können damit als zentral in der Entwicklung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter beschrieben werden. Stark et al. (2012) postulieren, dass Kinder und Jugendliche Annahmen über sich selbst und ihre Umwelt im

interpersonellen Kontext der Familie formen. Diese Annahmen können sich allerdings auch auf das familiäre Umfeld auswirken und die intrafamiliäre Interaktion, die sich so wechselseitig negativ beeinflussen kann. Entsprechend des theoretischen Modells von Schleider und Weisz (2017) wirken sich negative und positive Erfahrungen zwischen Eltern und Kindern auf interne Prozesse der Kinder auf. Auch diese internalen bzw. kognitiven Prozesse, die im Kontext von schwierigen interpersonellen Situationen entstehen, wurden bereits untersucht.

Struck et al. (2021) konnten zunächst für erwachsene Patient:innen zeigen, dass auch negative soziale Kognitionen, die im Rahmen von depressiven Erkrankungen auftreten im Zusammenhang mit negativen Kindheitserfahrungen gebracht werden konnten. Erwachsene Patient:innen zeigten in dieser Studie unter anderem ein verändertes Selbstmitgefühl, Emotionsregulation oder Empathieerleben. Auch Sawyer et al. (2009) beschreiben diesen Einfluss von kognitiven Copingstrategien auf die Entwicklung von depressiven Symptomen unter dem Einfluss von negativen Kindheitserfahrungen bei Erwachsenen. Aber auch Jugendliche mit Depressionen zeigen bereits verzerrte kognitive Muster und dysfunktionale Bewertungen von sozialen Situationen (Cole et al., 1998; Lakdawalla et al., 2007; Nolen-Hoeksema et al., 1986).

Weisz et al. (2001) differenzierten in einer Untersuchung zu kognitiven Annahmen in der Entwicklung von Depressionen zwischen Kindern und Jugendlichen. Sie zeigten, dass depressive Symptome bei Jugendlichen sowohl durch Überzeugungen über das eigene Selbst als auch durch Überzeugungen über Kontingenzen in der Welt beeinflusst werden (z. B. "das Leben ist ungerecht", "Menschen bekommen nicht, was sie verdienen") (Weisz et al., 2001). So können Erfahrungen von frühem emotionalem Missbrauch besonders schädlich sein, weil die negative Bewertung direkt von den primären Bezugspersonen ausgeht, die ein negativeres Modell des Selbst und der anderen stärker beeinflussen können (Shapiro et al., 2014).

In der Kindheit stehen in der Studie von Weisz et al. (2001) eher kontrollbezogene Annahmen im Vordergrund. Depressionen sind dabei weitgehend eine Frage der Selbsteinschätzung des Kindes (z.B. wie kompetent das Kind ist, wie viel Kontrolle es über spezifische und persönliche Ergebnisse hat). Insgesamt ist die Erfassung dieser kognitiven Symptome, die in einem sozialen Kontext entstehen, in der Ätiologie bei Depressionen im Kindesalter schwieriger. Allerdings konnte auch in anderen Studien zu dieser Altersgruppe festgestellt werden, dass depressive Symptome mit

der externen Kontrollüberzeugung (McCauley et al., 1988) und der wahrgenommenen Hilflosigkeit in Bezug auf die Zukunft (Kazdin et al., 1985) zusammenhängen können.

Damit zeigt sich, dass sowohl die dyadische Elternebene, die dyadische Eltern-Kind-Ebene als auch die familiäre Ebene miteinander in Beziehung stehen und sich sowohl auf die internalisierende Symptomatik als auch die internalen Prozesse von Jugendlichen auswirkt. Studien zeigten auch über das Modell hinausgehend, dass diese Zusammenhänge in Teilen auch schon für das Kindesalter angenommen werden können. Interpersonelle und familiäre Prozesse sind damit sowohl in der Entstehung als auch der Aufrechterhaltung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter zentral. Insbesondere bei bereits bestehender Symptomatik ist dieser Einfluss als wechselseitig zu betrachten (Babore et al., 2016; Hutchinson et al., 2019). Auch die depressiven Symptome der Kinder und Jugendlichen wirken damit sich auf die Interaktion mit ihrem Umfeld aus.

1.2. Aktuelle Befunde zur Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Es ist notwendig, depressive Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter mit spezifisch für diese Altersklasse entwickelten und adaptierten Therapiemethoden zu behandeln. Dies ist zum einen relevant, um die bereits beschriebenen psychosozialen Einflussfaktoren zu adressieren (Carlson, 2000). Zum anderen da deutliche Hinweise bestehen, dass Kinder und Jugendliche sich in neurobiologischen Korrelaten der Erkrankung, den klinischen Symptomen, als auch in der Reaktion auf therapeutische Interventionen von erwachsenen Patient:innen mit Depressionen unterscheiden (Carlson, 2000; Kaufman et al., 2001).

Obwohl mittlerweile weitreichende Erkenntnisse über die Psychopathologie von depressiven Symptomen im Kindes- und Jugendalter bestehen, zeigt sich nur eine geringe altersspezifische Anpassung der bestehenden diagnostischen Instrumente und Therapieprogramme (Mojtabai et al., 2016). Zudem existieren nicht ausreichend randomisiert-kontrollierte Studien oder Metaanalysen, welche die Wirksamkeit von Psychotherapien oder anderen Interventionen für Kinder oder Jugendliche mit depressiven Erkrankungen untersuchen (Eckshtain et al., 2020). Es bestehen unterschiedliche nationale und internationale Richtlinien zur Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) - Ständige Kommission Leitlinien, 2013; DGPPN, 2015;

National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2013). In diesen Leitlinien wird ebenfalls sichtbar, dass aktuell noch deutlich zu wenig Evidenz besteht, um eine tragfähige Aussage darüber treffen zu können, welche Psychotherapie für das Kindes- und Jugendalter eine signifikante Wirksamkeit zeigt. Wie auch die S3-Leitlinie für unipolare Depressionen im Erwachsenenalter (Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2022) befindet sich auch die AWMF Leitlinie für Kinder und Jugendliche mit Depressionen aktuell in Überarbeitung.

Die Problematik, die in den bestehenden Leitlinien aus 2013 aufgezeigt wird, ist auch in aktuellen Psychotherapiestudien sichtbar. Metaanalysen beschreiben, dass Psychotherapie für Kinder mit depressiven Erkrankungen verglichen zu anderen psychischen Erkrankungen in dieser Altersgruppe weiterhin eher geringe Effektstärken zeigt. Oud et al. (2019) fanden einen allgemeinen Behandlungseffekt von $g = 0,41$. Neben einer niedrigen bis mittleren Effektstärken für kognitive Verhaltenstherapie zeigt sich in dieser Studie auch die interpersonelle Psychotherapie als wirksam, allerdings nur mit niedrigen Effektstärken für Kinder und Jugendliche verglichen mit Erwachsenen (Liang et al., 2020; Mychailyszyn & Elson, 2018). Eckshtain et al. (2019) fanden in ihrer Metaanalyse zur Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter eine Effektstärke von $g = 0,35$ nach Behandlungsende und $g = 0,22$ im Follow-up für die Therapie depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In dieser Studie zeigten sich ebenfalls leicht höhere Effektstärken für interpersonelle Therapie im Vergleich zur kognitiven Verhaltenstherapie. Vor dem Hintergrund, dass eine vorangegangene Analyse aus dem Jahr 2006 der Arbeitsgruppe (Weisz et al., 2006) ähnlich geringe und heterogene Ergebnisse ergeben hat, beschreiben die Autor:innen einen dringenden Bedarf an weiterer Forschung zur Behandlung von Depressionen in diesen Altersgruppen. Cuijpers et al. (2020) berechneten in einer weiteren metaanalytischen Untersuchung Effektstärken abhängig von unterschiedlichen Altersgruppen. Auch in dieser Studie zeigt sich, dass für die Therapie im Kindes- und Jugendalter ($g = 0,35$) deutlich niedrigere Effektstärken bestehen als für Erkrankungen im Erwachsenenalter ($g = 0,55$). Eine Metaanalyse von Weisz et al. (2019) stellte darüber hinaus heraus, dass, anders als bei anderen psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, die Effektstärken bezogen auf Depressionen der publizierten Studien in den letzten Jahren im Vergleich zu den Vorjahren noch leicht gesunken sind. Wobei dieser Effekt, so die Autor:innen, auch darauf zurückzuführen sein könnte, dass aktuellere Studien eher klinische Settings präferieren als

vorangegangene Untersuchungen. Diese Studien hätten damit ein eher strengeres Untersuchungsdesign was die Vergleichbarkeit vermindere. Insgesamt ist bezüglich der bisher bestehenden Studien auch zu ergänzen, dass aktuell die überwiegende Mehrheit der untersuchten Interventionen aus dem Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie stammt. Einige wenige Studien bestehen im Bereich der interpersonellen Therapie sowie systemischen und tiefenpsychologischen Richtlinienverfahren. Allerdings besteht auch hier noch deutlicher Bedarf an weiteren systematischen Untersuchungen.

Bezogen auf eine medikamentöse Behandlung zeigten verschiedene Studien, dass die Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie und Fluoxetin wirksamer war als die medikamentöse Therapie allein (Foster & Mohler-Kuo, 2018). Diese Ergebnisse sind vergleichbar zur Studie von Zhou et al. (2020): keine der untersuchten Pharmakotherapien allein war in dieser Untersuchung wirksamer als eine ausschließliche Psychotherapie von Depressionen. Vor dem Hintergrund der Befunde zu den langfristigen massiven Nebenwirkungen von Antidepressiva sind diese für das Kindes- und Jugendalter aktuell nicht zu empfehlen (Whitaker, 2005).

Neben der Effektivität der Behandlung müssen auch Faktoren wie Therapieabbrüche und Wiederauftreten der Erkrankung nach dem Behandlungsende betrachtet werden. Cuijpers et al. (2021) haben in ihrer Studie erstmalig Therapievariablen wie beispielsweise die Symptomveränderung betrachtet. Sie fanden Responseraten von 39% für Psychotherapie zur Behandlung von Depressionen. Diese waren nur geringfügig höher als in den Kontrollbedingungen. Weiterhin wurde in dieser Untersuchung erstmalig auch eine mögliche Symptomverschlechterung im Therapieverlauf untersucht: 6% der behandelten Patient:innen zeigten eine Verschlechterung der Symptome; in den Kontrollbedingungen lag dieser Wert bei 13%, allerdings weisen die Autor:innen in ihrer Untersuchung dennoch auch vor dem Hintergrund der moderaten bis geringen Effektstärken auf den dringenden Bedarf hin, weitere Behandlungsoptionen zu untersuchen und die Behandlung für Kinder und Jugendliche mit Depressionen insgesamt deutlich zu optimieren.

1.2.1. Elterneinbezug als Wirkfaktor in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Generell ist der Elterneinbezug ein viel diskutiertes Thema in der Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie. In Deutschland werden die Bezugspersonen basierend auf den Richtlinien der

Krankenkassen in jede vierte Sitzung der Psychotherapie einbezogen, es findet somit eine regelmäßige Integration statt (KBV, 2021). Dass Bezugspersonen und damit das primäre Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen in die Psychotherapie einbezogen werden, erscheint zunächst intuitiv als sinnvoll. Darüber hinaus stellen auch die in Abschnitt 1.1.3. und 1.1.4. diskutierten Befunde zu familiären Einflussfaktoren einen deutlichen Indikator für die Relevanz des familiären Umfeldes in der Therapie dar. Bei Betrachtung der aktuellen Forschungslage in diesem Bereich ist allerdings festzustellen, dass sich die Evidenz zum Familieneinbezug in der Psychotherapie deutlich zwischen unterschiedlichen psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen unterscheidet. So finden sich bezogen auf externalisierende Erkrankungen einige Studien, die einen möglichen Einbezug von Familienmitgliedern betrachten. Die Untersuchungen im Kontext des Einbezug von Bezugspersonen reichen hier von systemischen Interventionen (Sydow et al., 2013) bis zu klassischen Erziehungstrainings für Bezugspersonen (Ghasemi et al., 2019). Insgesamt sind die Ergebnisse in diesem Bereich als vielversprechend zu bewerten. Im Bereich der internalisierenden Störungen gibt es weniger Untersuchungen zum Einbezug von Bezugspersonen in die Psychotherapie oder zu familienfokussierten Behandlungen. Bezogen auf Angststörungen konnten Thulin et al. (2014) in einer Metaanalyse keinen signifikanten Effekt für den Einbezug von Eltern in die Psychotherapie der Kinder/Jugendlichen finden. Auch In-Albon und Schneider (2007) können keinen signifikanten Unterschied zwischen einem Einbezug von Bezugspersonen in die Therapie und keinem Einbezug finden. Diese Ergebnisse müssen allerdings vor dem Hintergrund der insgesamt vielversprechenden Effektstärken der Therapie von Angsterkrankungen im Kindes- und Jugendalter interpretiert werden (Weisz et al., 2017).

In Bezug auf Depressionen im Kindes- und Jugendalter konnte auch gezeigt werden, dass Veränderungen in der Interaktion von Eltern und Kindern einen Einfluss auf Veränderungen der Symptomatik haben können (Schwartz, Dudgeon, et al., 2012). Darüber hinaus berichteten Jugendliche und Eltern, dass eine Verbesserung der familiären und sozialen Interaktion für sie neben symptomatischen Veränderungen als Therapieergebnis eine wichtige Rolle spielen würde (Krause et al., 2020). Oud et al. (2019) konnten in einem Review einen Zusammenhang zwischen günstigen Ergebnissen bei der Behandlung von Depressionen bei Jugendlichen und dem Einbezug der Eltern feststellen, ebenso wie Carr (2019) in einer systematischen Übersicht über systemische

Familieninterventionen. Selbst niedrigschwellige Interventionen mit Familienbeteiligung führten zu positiven Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung und depressive Symptome (McLaughlin et al., 2007). Darüber hinaus erwies sich die elterliche Beteiligung an der Psychotherapie der Kinder als Prädiktor für positive Folgeeffekte auf die Symptomverbesserung (Sun et al., 2019). Insgesamt gibt es korrelative Belege dafür, dass sich die Beteiligung der Familie und der Eltern an der Psychotherapie von Jugendlichen positiv auf die Gesamtsymptomatik (Weisz et al., 2017) sowie auf Depressionssymptome (Oud et al., 2019) auswirken kann, obwohl die vorhandenen Studien in ihren Ergebnissen variieren (Weersing et al., 2017; Weisz et al., 2013) und die Gesamteffekte bestenfalls gering bis moderat sind (Schwartz, Dudgeon, et al., 2012; Schwartz, Sheeber, et al., 2012).

Insgesamt kann resümiert werden, dass im Kontext von Depressionen im Kindes- und Jugendalter bislang nur wenige Therapieverfahren mit einem aktiven Einbezug der Bezugspersonen existieren. Aktuelle Wirksamkeitsstudien im Bereich der Depressionen bei Kindern und Jugendlichen fokussieren sich meist primär auf eine Veränderung der Symptomatik. Dabei zeigt sich zunehmend die Relevanz von Variablen, die einen Therapieerfolg neben einer Symptomverbesserung bedingen können (Krause et al., 2020). Eine dieser Variablen könnte somit auch die Verbesserung der intrafamiliären Interaktion sein. Allerdings wurde sowohl die Frage, ob der Elterneinbezug einen Einfluss auf das Therapieergebnis hat, als auch inwieweit eine erfolgreiche Psychotherapie durch Veränderungen in der familiären Kommunikation bedingt sein kann, für Depressionen im Kindes- und Jugendalter bislang noch wenig untersucht (Carlson, 2000; Varley, 2006).

1.2.2. Modulare Ansätze in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Die bislang untersuchten Interventionen zur Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter basieren inhaltlich zumeist auf Ansätzen, die sich bereits in der Therapie von erwachsenen Patient:innen mit Depressionen als wirksam erwiesen haben (Spielmans et al., 2007). Darüber hinaus müssen Therapieansätze allerdings auch spezifisch auf die Bedürfnisse von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen und ihrem Umfeld entwickelt und angepasst werden (Stallard, 2013). In neueren psychotherapeutischen Ansätzen für Kinder und Jugendliche mit Depressionen rücken daher aktuell vermehrt modularisierte Behandlungsprogramme in den Fokus (Evans et al., 2020; Lucassen et al., 2015). Diese werden natürlich auch für Psychotherapie im

Erwachsenenalter bereits untersucht (Brakemeier & Herpertz, 2019), bieten aber für das Kindesalter ebenfalls deutliche Vorteile.

Nach Chorpita et al. (2005) muss eine Behandlung insgesamt vier Kriterien erfüllen, um als modular zu gelten. Zum einen muss es möglich sein, die Behandlung in Einzelteile zu zerlegen. Sie muss also in inhaltlich sinnvolle und unabhängige Einheiten unterteilt werden können. Die einzelnen Module müssen zweitens jeweils einen individuellen Zweck erfüllen und somit sowohl ein Ziel als auch ein antizipiertes Ergebnis beschreiben. Drittens muss es möglich sein, die Module miteinander zu kombinieren, damit sie auf standardisierte Weise miteinander individuell verbunden werden können. Nur so kann eine sinnvolle Behandlung für die Patient:innen entstehen. Allerdings sollten die Module auch inhaltlich in sich geschlossen sein. Informationen dürfen nicht aufeinander aufbauen. Boustani et al. (2020) beschreibt, dass modulare Behandlungen oft über Koordinationsmodule (siehe beispielsweise Chorpita et al., 2005) verfügen, die die Leistungserbringer bei der Auswahl des geeigneten Moduls unterstützen, indem sie eine mögliche Logik für die Anordnung der Module enthalten.

Es bestehen bereits einige modulare Interventionen, die für die Behandlung im Kindes- und Jugendalter konzipiert worden sind (Chiu et al., 2013; Lyon, Lau, et al., 2014). Auch Bentovim et al. (2021) stellen einen modularen Ansatz vor, um Kinder und Jugendliche mit Gewalterfahrungen individualisiert unterstützen zu können. Einen aktuellen Überblick über modulare Interventionen für das Kindes- und Jugendalter bietet (Boustani et al., 2020). Die aktuell entwickelten Interventionen sind nicht alle vollständig modular im Sinne der oben beschriebenen Kriterien aufgebaut, aber dennoch im Bereich der modularen Interventionen zu verordnen, da sie das Ziel verfolgen, unterschiedliche Module zur individuellen Behandlung anzuwenden (Boustani et al., 2020). Der Interventionsansatz MATCH (Chorpita et al., 2005) wird für Depressionen aber auch im Bereich der Angststörungen und oppositionellen Schwierigkeiten im englischsprachigen Raum angewendet. Weisz et al. (2012) konnte in einer randomisierten Effektivitätsstudie zeigen, dass diese modulare Therapie für Depressionen im Kindes- und Jugendalter einer aktiven Treatment-as-usual Kontrollgruppe überlegen war. Aktuell wird der Therapieansatz weiter untersucht (Harmon et al., 2021). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass modulare Therapien eine hilfreiche Alternative zu standardisierten, evidenzbasierten Behandlungen bieten können. Bewährte Interventionen

adressieren aktuell nicht notwendigerweise die Herausforderungen, denen sich eine Familie (z.B. Stigma, mangelndes Verständnis für die Funktionsweise der Therapie, Transportprobleme) während einer Psychotherapie stellen muss (Krause et al., 2020). Modulare Therapieprogramme sind in diesem Fall vielleicht eher in der Lage, auf diese zusätzlichen Herausforderungen im laufenden therapeutischen Prozess reagieren zu können. Es ist für Praktiker:innen eher möglich, passende Interventionen nahtlos in Therapien zu integrieren. So kann flexibel und individuell auf Schwierigkeiten eingegangen werden, sobald sie in der Behandlung auftreten (Lyon, Ludwig, et al., 2014; Marchette & Weisz, 2017).

1.3. Kiesler's interpersonelles Circumplexmodell (IPC)

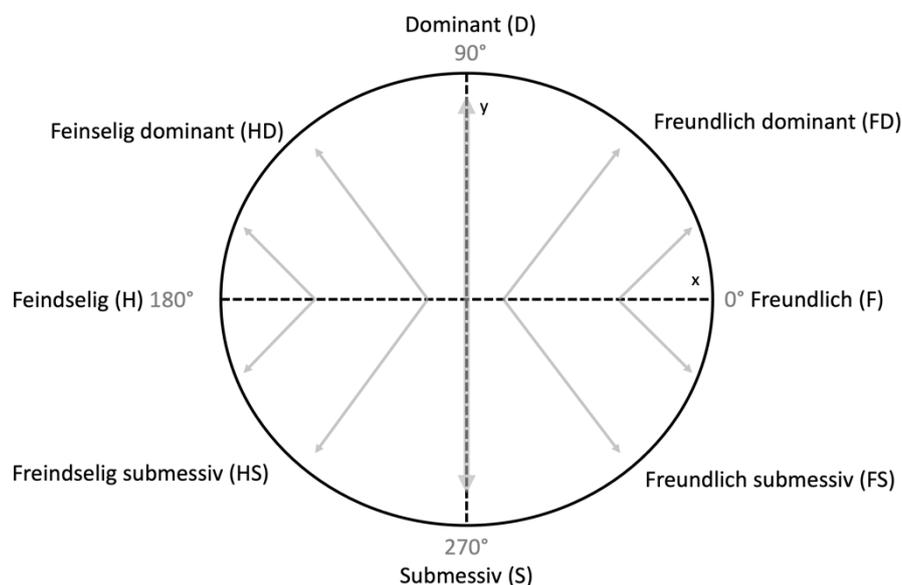
Interpersonale Ansätze und Modelle beschäftigen sich mit der Beschreibung, Erklärung und Vorhersage individuellem zwischenmenschlichen Verhaltens und zwischenmenschlicher Prozesse in dyadischen Interaktionen. Die Anfänge des interpersonalen Ansatzes sind auf Sullivan (1953) und seine interpersonale Theorie der Psychotherapie zurückzuführen. Als Grundlage für die Beschreibung von interpersonalem Verhalten und Verhaltensunterschieden entwickelte Leary (1957) das Circumplexmodell. Grundidee des Modells ist es, dass sich alle zwischenmenschlichen Verhaltensweisen auf zwei unabhängige Dimensionen (Kontrolle, Affiliation) innerhalb eines Kreismodells abbilden lassen (Siehe Abbildung 2). Diese Arbeit fokussiert sich auf die Modellspezifikation von Kiesler (1983)

Kiesler (1983) postulierte anhand des Circumplexmodells aufbauend auf den bisherigen Erkenntnissen von Carson (1969) und Leary (1957) das Komplementaritätsprinzip für dyadische Interaktionen. Das Konzept konkretisiert, wie miteinander agierende Personen ihr Verhalten gegenseitig wahrnehmen und beeinflussen. Es nimmt an, dass für die Dimension Kontrolle das Prinzip der Komplementarität gilt. Das bedeutet, dass dominantes Verhalten unterwürfiges Verhalten in den Interaktionspartner:innen hervorruft. Für die Affiliationsachse gilt hingegen das Prinzip der Reziprozität. Folglich bewirkt freundliches Verhalten auch freundliches Verhalten und feindseliges Verhalten ruft feindseliges Verhalten hervor. Das Komplementaritätsprinzip lässt sich damit auch auf zwischenmenschliche Beziehungen übertragen. Um eine positive Beziehung zu Interaktionspartner:innen aufbauen zu können, bewirkt eine Person automatisch durch nonverbale

und überwiegend unbewusste Nachrichten, dass ihr:e Interaktionspartner:in komplementär oder reziprok zu ihrem Verhalten reagiert (Kiesler, 1991; Wagner & Safran, 2010).

Abbildung 2

Interpersonelles Circumplexmodell (IPC) nach Kiesler (1983, 1996) mit den Oktanten (D, FD, F, FS, S, HS, H, HD) und dem Prinzip der Komplementarität oder Reziprozität (dargestellt durch die grauen Pfeile). Die gestrichelte Achse y stellt die Dimension Kontrolle und die gestrichelte Achse x die Dimension Affiliation dar.

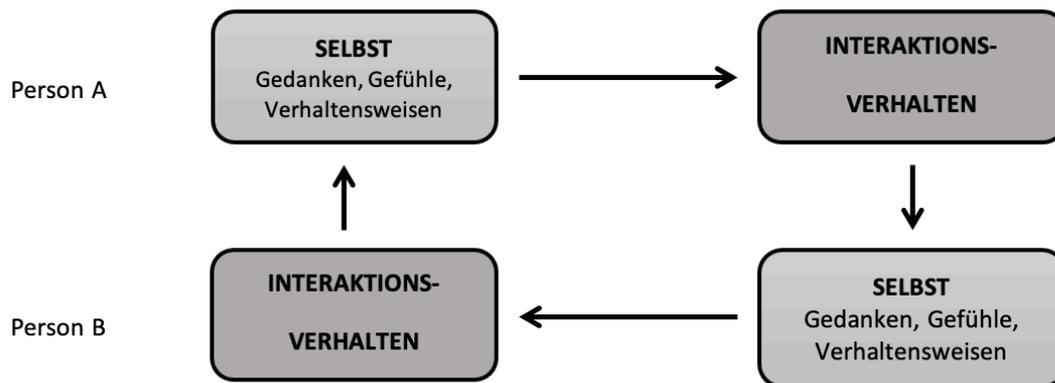


Kiesler (1983) betont einen starken Einfluss dieser nonverbalen Nachrichten auf die Entwicklung zwischenmenschlicher Beziehungen. Er verdeutlicht das Zusammenspiel von offenem interpersonalem Verhalten und verdeckten inneren Erfahrungen im interpersonalem Transaktionszirkel (Abbildung 3). Person A löst laut dem Modell durch ihr offenes Verhalten verdeckte innere Reaktionen in Person B aus. Die verdeckten inneren Reaktionen bilden wiederum Grundlage für eine bestimmte Gegenreaktion. Mit der offenen Reaktion von Person B wird entweder das Selbstsystem von Person A bestätigt oder aber die Beziehung zwischen Person A und B herausgefordert. Hauptaussage des Modells ist eine zirkuläre Kausalität in sozialen Interaktionen.

Interpersonales Verhalten ist gleichzeitig Auslöser und Effekt des Verhaltens des:der Interaktionspartner:in (Wagner et al., 1995).

Abbildung 3.

Der interpersonelle Transaktionszirkel (nach Wagner et al., 1995). Ausführlich beschrieben in Brakemeier et al. (2021).



Es gibt folglich bei der Betrachtung sozialer Interaktion zwei Elemente, die zu untersuchen sind: das offene (wahrgenommene) Verhalten und die verdeckte innere Reaktion (auch: covert reaction) der Interaktionspartner:innen. Es bestehen bereits verschiedene Inventare durch die das offene interpersonelle Verhalten mittels Selbst- und Fremdbeurteilung abgefragt und erfasst werden kann (Interpersonal Adjective Scales – Revised, Wiggins et al., 2010; Inventory of Interpersonal Problems, Horowitz et al., 1988).

Mit dem Impact-Message-Inventar (IMI; Kiesler, 1987) werden hingegen die verdeckten inneren Wahrnehmungen entsprechend des IPC erfasst. Hierzu wird der:die Empfänger:in zu seinen:ihren Gedanken und Gefühlen sowie dem wahrgenommenen Interpersonellen Verhalten des:der Sender:in befragt. Daraus können Rückschlüsse auf den interpersonalen Verhaltensstil des:der Sender:in gezogen insbesondere aber die Verhaltenstendenzen der:des Empfänger:in gezogen werden. Zentrale Bestandteile des Impact Message Inventars (Kiesler, 1987) sind das auf Beier & Young, 1966) zurückzuführende Konzept der *Evoking Message* und die von Kiesler eingeführte *Impact Message*. Die *Evoking Message* entspricht der zumeist verschlüsselten Botschaft des:der Sender:in. Neben einer Selbstdarstellung enthält sie auch eine Aufforderung an den:die

Empfänger:in, sich komplementär oder reziprok zu verhalten. Die Impact Message umschreibt die kognitiven und emotionalen Erfahrungen, die als direkte Reaktion auf die Evoking Message in dem:der Empfänger:in hervorgerufen werden (Kiesler, 1996). Impact Messages können direkt empfundene Gefühle, Verhaltenstendenzen oder wahrgenommene Aufforderungen sein. Da die Evoking Messages in der Regel unbewusst gesendet werden, können die dahinterliegenden charakteristischen interpersonalen Verhaltenseigenschaften des:der Sender:in nicht über ein Selbstbeurteilungsverfahren erhoben werden. Grundidee des IMI ist daher, dass Rückschlüsse auf jene Eigenschaften am besten durch die Erfassung der Impact Messages gezogen werden können (Strauss, 2008). Das IMI (Kiesler, 1987) enthält für jeden interpersonalen Oktanten des Circumplexmodells eine Skala. Das Inventar fragt die kognitive Reaktion, die affektive Reaktion und die Verhaltenstendenz mit jeweils acht Items pro Skala ab. Aus dem Ergebnis lässt sich der charakteristische Evoking Stil der Zielperson in die interpersonalen Oktanten des Circumplex einordnen (Kiesler, 1987).

Das Inventar wurde hinsichtlich Zweifaktorialität und Anordnung der Skalen in der Circumplexstruktur von Schmidt et al. (1999b) untersucht. Die Ergebnisse der Autoren bestätigten, dass sich die Skalen am besten mithilfe der zwei Faktoren Kontrolle und Affiliation beschreiben lassen. Außerdem wurde die kreisförmige Anordnung in mindestens einer Quasi-Circumplexstruktur belegt. Zwei weitere Studien von Schmidt et al. (1999a) und Wagner et al. (1995) lieferten zusätzliche Bestätigung für die zirkuläre Anordnung der Skalen des IMI. Dies deutet insgesamt auf die strukturelle Validität des Inventars hin. Ausgehend von der englischen Version übersetzten Caspar und Kolleg:innen (Caspar et al., 2016) das IMI in die deutsche Sprache. Auch in dieser Untersuchung zeigten sich akzeptable psychometrische Kennwerte und eine Modellreplikation des IPCs. Das IMI gewann im Rahmen der CBASP-Therapie (McCullough, 2000) an Bedeutung. CBASP-Therapeut:innen wenden das IMI beispielsweise an, um mit den Patient:innen die dysfunktionalen Verhaltensweisen herauszuarbeiten, die den Patient:innen eine zufriedenstellende soziale Interaktion erschweren. Die Impact Messages chronisch depressiver Patient:innen sind zu Beginn der Therapie häufig in den Oktanten des unterwürfigen und feindseligen Verhaltens einzuordnen (Constantino et al., 2012). Es besteht damit Evidenz dafür, dass diese Verhaltensweisen im Rahmen der chronischen Depressionen eher salient sind als bei einer einfachen depressiven Episode

(MDD)(Bird et al., 2018). Im Rahmen der Therapie sollen die Patient:innen, die Konsequenzen ihres eigenen Verhaltens erkennen lernen und funktionales Verhalten trainieren. Dies soll dazu beitragen, dass sie die erlernte chronische Hilf- und Hoffnungslosigkeit überwinden können (McCullough, 2006).

1.3.1. Relevanz des Modells für das Kindes- und Jugendalter

Für die Erfassung und Beschreibung von interpersonellem Verhalten und auch Impact Messages konnten im Erwachsenenalter bereits einige Messinstrumente etabliert werden. Ob sich der Interpersonale Circumplex (IPC) auch zur Einschätzung des interpersonalen Verhaltens von Kindern und Jugendlichen eignet, wurde von einigen wenigen Studien bereits untersucht. Markey et al. (2005) ließen neutrale Beurteiler:innen das Verhalten von Kindern in der Interaktion mit ihren Eltern anhand von Videoaufnahmen bewerten. Die Einschätzungen der Beurteiler:innen ergaben eine zirkuläre Anordnung. Sodano und Tracey (2010) entwickelten das Child and Adolescent Interpersonal Survey (CAIS), ein Selbstbeurteilungs-Fragebogen, der auf der Interpersonal Adjective Scale (IAS; Wiggins, 1995) basiert. Die Ergebnisse der Autoren bestätigten ebenfalls die Circumplexstruktur und damit das Modell für das Kindes- und Jugendalter. Für eine bessere Passung zu den adaptierten Items wurden in dieser Studie allerdings die einzelnen Skalen umbenannt und so auch für das Kindes- und Jugendalter adaptiert. Ein weiterer Fragebogen, der sich sowohl für Peer-Ratings als auch Selbsteinschätzungen eignet ist der Interpersonal Behavior Questionnaire for Children (IBQ-C; Di Blas et al., 2012). In der zuletzt genannten Studie wurde zusätzlich die Hypothese untersucht, ob die Beurteilungen mit zunehmendem Alter der Kinder eine höhere Validität aufweisen. Hierbei ergab sich 9 bis 10 Jahre als kritisches Alter, ab dem eine valide Einschätzung interpersoneller Faktoren anhand traditioneller Fragebögen in Selbstbericht möglich ist. Erst bei den Fünftklässler:innen der Studie bildeten die Selbsteinschätzungen der Kinder eine Circumplexstruktur ab (Di Blas et al., 2012). Insgesamt erlauben die Ergebnisse dieser Studien die Annahme, dass sich der IPC als Abbildung von Verhalten auch bei Kindern und Jugendlichen eignet. Eine Studie mit spezifischem Fokus auf die interpersonelle Komplementarität wurde durch Thijs et al. (2011) umgesetzt. Die Autor:innen untersuchten reziproke und komplementäre Reaktionen zwischen Lehrkräften und Kindern. Die theoretisch angenommenen Zusammenhänge konnten in dieser

Studie bestätigt werden. Allerdings zeigte sich Komplementarität im Verhalten nur bei positiver Beziehungsqualität. Bisherige Messinstrumente nutzen Fremd- und Selbstbeurteilung außerdem wurden nicht immer die Eltern oder primäre Bezugspersonen einbezogen. Ein Verfahren, das wie das IMI die verdeckten Reaktionen und das wahrgenommene Verhalten in dyadischen Interaktionen abbildet, dass eine Person durch ihren interpersonalen Verhaltensstil in ihrem Gegenüber hervorruft, wurde bisher nicht eingeführt.

Dadurch ist eine komplette Abbildung interpersonaler Faktoren nach dem IPC bei Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern aktuell noch nicht möglich. Damit Rückschlüsse auf den interpersonalen Verhaltensstil des:der Sender:in gezogen werden können, müssen daher Sender:in, Empfänger:in und die Transaktion zwischen den beiden Personen betrachtet werden (Kiesler, 1991).

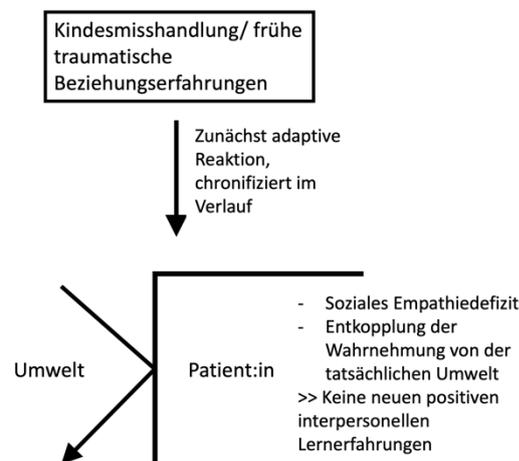
1.4. Das Behandlungsprogramm CBASP für persistierende depressive Erkrankungen

Mit CBASP entwickelte James McCullough ein störungsspezifisches Therapieprogramm für Erwachsene mit chronischen Depressionen, die frühe traumatisierende Beziehungserfahrungen erlebt haben (McCullough, 1984, 2000). Seit 2012 besteht die erste deutsche Fassung des Programms für den ambulanten und stationären Bereich (Brakemeier et al., 2021; Brakemeier & Normann, 2012). Es handelt sich um einen schulenübergreifenden Ansatz, der sowohl kognitive als auch tiefenpsychologische und systemische Ansätze integriert (McCullough, 2010). Das grundlegende Störungsmodell von CBASP basiert auf zwei Grundannahmen, die unter anderem auf Piaget (1976) und Bandura (1985) zurückzuführen sind. Zum einen beschreibt McCullough (2000) Patient:innen, die von chronischen Depressionen betroffen sind, durch ein sogenanntes *soziales Empathie-Defizit*. Mit diesem Konzept wird bezugnehmend auf die Theorie von Piaget beschrieben, dass Betroffenen von frühen traumatische Beziehungserfahrungen, in Bezug auf das sozial-kognitive Funktionsniveau über geringere Kompetenzen verfügen. Diese traumatischen Beziehungserfahrungen führen dazu, dass betroffene sich interpersonell im Entwicklungsverlauf im Sinne einer Schutzreaktion immer weiter zurückziehen und schließlich geringere Empathie zeigen. Es ist nur eine eingeschränkten Modifikation der Denkweise und eigenen Wahrnehmung auf Basis von Rückmeldungen anderer Personen in sozialen Situationen möglich. McCullough fasst diese Charakteristika unter dem Begriff präoperatorisches Funktionsniveau zusammen (McCullough et al.,

2015). Weiterhin wird angenommen, dass bei chronifizierten Depressionen eine Entkopplung der Wahrnehmung der Betroffenen von der tatsächlichen Umwelt stattfindet. Entsprechend dem Konzept der erlernten Hilflosigkeit (Seligman et al., 1984), können Personen mit chronifizierten Depressionen damit keine positiven neuen Lernerfahrungen bezogen auf das eigene Verhalten in sozialen Situationen machen (McCullough, 2006). Sie sehen andere Personen und deren Reaktionen und Interaktionen als unveränderlich und (zumeist) negativ („Egal was ich mache, es ändert sich nichts“). Diese Art, sich selbst und die Umwelt wahrzunehmen, wird durch McCullough auch durch die Metapher der interpersonellen Mauer beschrieben (Abbildung 4).

Abbildung 4.

Modell der interpersonellen Mauer (nach McCullough, 2006).



Betroffene sind im übertragenen Sinne von ihrer eigenen sozialen Umwelt abgetrennt und haben, selbst wenn sie wollen, keine Möglichkeiten mehr mit dieser auf angemessene Art und Weise in Kontakt zu treten. Dies führt im weiteren Verlauf der Erkrankung zu einer zunehmenden Isolation und zu vermehrten negativen Beziehungserfahrungen. Im Sinne dieses Störungsmodells zeichnet sich der Therapieansatz CBASP durch einen besonderen interpersonellen Fokus sowohl im Verständnis in der Ätiologie der chronischen Depressionen als auch der Behandlung aus.

Dies zeigt sich insbesondere in der besonderen therapeutischen Beziehungsgestaltung des Behandlungsprogramms. Durch die frühen traumatischen Beziehungserfahrungen und die Auswirkungen dieser auf das interpersonelle Verhalten der betroffenen Personen, konnten diese in ihrer bisherigen Entwicklungsgeschichte nur wenig positive Beziehungserfahrungen sammeln. CBASP und die damit einhergehende therapeutische Beziehung hat somit unter anderem die Funktion einer heilenden und positiven Beziehungserfahrung für die Betroffenen. Sie ist gekennzeichnet durch das Konzept des disziplinierten persönlichen Einlassens (DPE) und bildet die Grundlage für alle weiteren Intervention und Techniken des Konzeptes CBASP. In einem Artikel aus 2021 beschreibt McCullough was diese Art der Beziehungsgestaltung ausmacht und stellt dabei besonders die Einzigartigkeit eben dieser heraus (McCullough, 2021). Die Kernelemente der therapeutischen Beziehung sind dabei zum einen die disziplinierte, persönliche Rolle gegenüber dem:der Patient:in. Das bedeutet, dass sich Therapeut:innen zwar persönlich auf die Therapie einlassen, aber dies nur in einem disziplinierten Rahmen tun, der dem:der Patient:in gegenüber angemessen ist. Weiterhin ist die Beziehungsgestaltung auch im Rahmen einer Modellernerfahrung für den:die Patient:in zu verstehen, dessen Ziel es ist, dass die Patient:innen Erfahrungen aus der Therapie generalisiert in anderen sozialen Interaktionssituationen anwenden können. Das übergreifende Hauptmerkmal der Beziehung ist allerdings ihr unbedingt unterstützender Charakter. Therapeut:innen in der CBASP Therapie müssen damit in der Lage sein, verschiedene unterstützende zwischenmenschliche Fähigkeiten überdauernd in den Sitzungen anzuwenden und eine unbedingte positive Grundhaltung gegenüber den Patient:innen einzunehmen. Im Rahmen dieser Beziehungsgestaltung können dann im therapeutischen Prozess unterschiedliche Techniken angewendet werden, um Patient:innen interpersonelles Diskriminationslernen bezogen auf soziale Situationen zu erleichtern. Damit ist gemeint, dass neue Beziehungserfahrungen gemacht werden, die sich deutlich von allen vorherigen Erfahrungen unterscheiden.

Auch die therapeutischen Interventionen, die dann schließlich während der Therapie umgesetzt werden, zeichnen sich durch einen deutlichen interpersonellen Fokus aus. In der Therapie werden zunächst die traumatischen Kindheitserfahrungen und damit bedingten Prägungen und Denkmuster der Patient:innen durch die Intervention der *Liste der prägenden Beziehungen* erfasst. Hierbei werden die wichtigsten Bezugspersonen erarbeitet und aus den

Erfahrungen der Patient:innen mit eben diesen Personen Denkmuster und Prägungen abgeleitet. Auf der Basis dieser Prägungen werden *Übertragungshypothesen* (ÜH) abgeleitet. Durch diese Hypothesen werden die Erwartungen bzw. Befürchtungen formuliert, die Patient:innen auf Basis der Prägungen an die Interaktion mit Therapeut:innen haben. Dies hat zum einen die Funktion, dass mit den Patient:innen gemeinsam ein Störungsmodell entwickelt wird. Zum anderen, dass die Therapeut:innen verstehen, was in der Therapie ggf. schwierige oder besonders wichtige Situationen für die Patient:innen sind. Das versetzt die Therapeut:innen in die Lage, während der Therapie durch die Umsetzung einer *kontingenten persönlichen Reaktion* und der *interpersonellen Diskriminationsübung* im Rahmen des disziplinierten persönlichen Einlassens eine heilsame Reaktion entgegen den Erwartungen der Patient:innen zu zeigen. Techniken und Interventionen, die ebenfalls im Rahmen der weiteren CBASP Therapiesitzungen angewendet werden, um an Interaktionsmustern und Grundannahmen der Patient:innen zu arbeiten, sind die regelmäßige Durchführung von *Situationsanalysen* und *Kiesler-Kreis-Übungen*. In diesen Interventionen werden vergangene oder zukünftige Situationen mit einem interpersonellen Fokus gemeinsam analysiert und es den Patient:innen ermöglicht, das eigene Verhalten zu reflektieren, die Wirkung ihres Verhaltens auf andere Personen zu betrachten und schließlich auch die Erfahrung zu machen, dass sie über Kontrolle in sozialen Situationen verfügen und selbst Einfluss auf die Situationen nehmen können (interpersonelle Flexibilität). Insgesamt verfolgen die therapeutischen Strategien in CBASP ein lerntheoretisches, interpersonelles Konzept, das auf dem Etablieren von neuen Verhaltens- und Denkstrategien sowie heilsamen korrigierenden Beziehungserfahrungen basiert (Brakemeier et al., 2021; Brakemeier & Normann, 2012).

1.4.1. Wirksamkeitsuntersuchungen zu CBASP

Das CBASP-Konzept wurde bereits in unterschiedlichen Studien und Settings untersucht. Unterschiedliche Wirksamkeitsstudien konnten bisher eine Wirksamkeit von CBASP im Vergleich zu unterschiedlichen Kontrollgruppen nachweisen (Locke et al., 2017; Schramm et al., 2011, 2017). Eine erste, erfolgreiche Wirksamkeitsstudie wurde von Keller et al. (2000) im Jahr 2000 durchgeführt. Dieser Studie folgten einige weitere Untersuchungen, die CBAPS in randomisiert kontrollierten Studien im Vergleich zu unterschiedlichen Kontrollgruppen und in verschiedenen Settings

untersuchten. Insgesamt haben bisher drei Studien CBASP im Vergleich zu Psychopharmakotherapie untersucht (Keller et al., 2000; Kocsis et al., 2009; Schramm et al., 2015), in diesen ergaben sich gute Wirksamkeitsnachweise für eine Kombinationsbehandlung von CBASP mit Psychopharmaka, aber auch vergleichbare Effektstärken einer ausschließlichen CBASP Behandlung, verglichen mit ausschließlicher Behandlung mit Psychopharmaka. Wiersma et al. (2014) konnten zeigen, dass CBASP während der Behandlung ähnliche Effektivität zeigt wie eine Standardbehandlung (TAU), aber sich im Verlauf überlegene Langzeiteffekte (nach 52 Wochen) für die CBASP Behandlung herausstellten. Dieses Ergebnis ist insbesondere vor dem Hintergrund der angestrebten langfristigen interpersonellen Veränderungen (Constantino et al., 2012) durch CBASP im Leben der Patient:innen hoch relevant. Auch in anderen Studien zeigen sich mittlerweile Hinweise auf Langzeiteffekte (Emmelkamp et al., 2020; Schramm et al., 2011, 2019). Weitere Studien konnten darüber hinaus zeigen, dass CBASP alternativen Behandlungsprogramm (beispielsweise achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie) gleichwertig oder auch überlegen ist (Michalak et al., 2015; Schramm et al., 2017).

CBASP wird insbesondere bei Patient:innen eingesetzt, die eine frühkindliche Traumatisierung oder schwierige Beziehungserfahrungen erlebt haben. Es zeigt in diesem Bereich gute Wirksamkeit (Klein et al., 2018). Damit gilt CBASP mittlerweile als anerkannte und evidenzbasierte Behandlung für chronische Depressionen im Erwachsenenalter (Sabaß et al., 2018; Schramm et al., 2015, 2019; Wiersma et al., 2014). Allerdings zeigten auch die Studien mit erfolgversprechenden Ergebnissen immer noch hohe Drop-out und Rückfallraten. Furukawa und Kolleg:innen untersuchten 2018 in einer netzwerkbasierter Studie bisherige Erkenntnisse zur Wirksamkeit von CBASP. Auffällig ist in dieser Studie, dass es, obwohl CBASP sehr gut geeignet scheint Personen mit frühen Traumatisierungserfahrungen und daraus resultierenden depressiven Symptomatik zu behandeln, bei jungen Erwachsenen in der Therapie zu deutlich höheren Drop-Out Raten kommt als in anderen Altersgruppen (Furukawa et al., 2018). Derzeit gibt es keine Studien zu CBASP für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen. In einer Fallstudie zur Anwendung von CBASP bei einer Jugendlichen mit Dysthymie und MDD (DiSalvo & McCullough, 2002) konnte allerdings eine Remission der Dysthymie und der MDD erreicht werden. Daraus

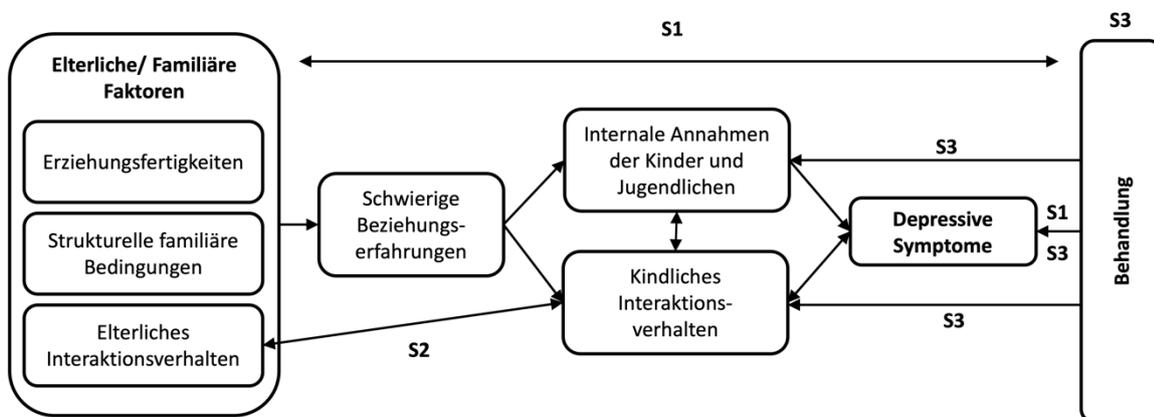
folgern die Autor:innen, CBASP könne, mit deutlichen Anpassungen des Manuals, effektiv in der Therapie von Adoleszenten eingesetzt werden.

2. Ableitung der Ziele und Fragestellung dieser Dissertation

Untersuchungen zeigen, dass sich Depressionen im Kindes- und Jugendalter in einem soziokulturellen und vor allem familiären Kontext entwickeln (Abschnitt 1.1.4.). Die Symptome der Betroffenen und das Verhalten der engen Bezugspersonen bedingen sich gegenseitig (Abschnitt 1.1.3.,1.1.4.) und können damit auch die Behandlung beeinflussen (Abschnitt 1.2.1.). Abbildung 5 fasst diese theoretischen Überlegungen zur Entstehung und Behandlung der Depressionen im Kindes- und Jugendalter zusammen und zeigt, inwiefern die Studien dieser Dissertation bestehende Forschungslücken adressieren. Nicht ausreichend geklärt ist bislang, inwiefern ein Familieneinbezug auch in der wirksamen Behandlung der Erkrankung relevant sein könnte (Studie 1). Es besteht eine Forschungslücke in der Erfassung der subjektiven Einschätzung des interpersonellen Verhaltens zwischen Bezugspersonen und Kindern, damit dieses im diagnostischen und therapeutischen Setting erfasst und abgebildet werden kann (Studie 2). Darüber hinaus ist CBASP ein wirksames Behandlungsprogramm mit einem interpersonellen Fokus für chronische Depressionen, welches bisher noch nicht für Kinder und Jugendliche, die von Depressionen und interpersonellen Schwierigkeiten betroffen sind, angewendet werden kann (Studie 3, Behandlungsmanual).

Abbildung 5.

Darstellung des theoretischen Modells der vorliegenden Arbeit (orientiert an Schleider und Weisz, 2017). S1-3 stehen dabei für die Studien dieser Dissertation.



Die übergreifende Fragestellung dieser Dissertation lautet damit: „Wie kann die Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen optimiert werden?“ Insbesondere werden in dieser Arbeit dabei die folgenden drei Zielsetzungen adressiert. Zum einen ob (1) der Einbezug von Bezugspersonen in die Psychotherapie einen Einfluss auf die Effektivität der Behandlung hat, und zum anderen (2) welcher Einfluss in diesem Kontext auf das Interpersonelle Verhalten zwischen Eltern und Kindern zurückgeführt werden kann. Zuletzt wird (3) der Einfluss des interpersonellen Verhaltens auf die Psychotherapie betrachtet. Mit einem systematischen Review mit Metaanalyse wird ein Überblick zum Einbezug von Bezugspersonen/ Familien in die Psychotherapie gegeben (Studie 1). Weiterhin wurde ein Instrument zur Untersuchung des interpersonellen Verhaltens zwischen Kindern und Bezugspersonen (z.B. Eltern) adaptiert und validiert (Studie 2). Außerdem wurde das Therapieprogramm CBASP für Kinder und Jugendliche adaptiert und manualisiert und eine Pilotstudie zur Untersuchung konzeptualisiert (CBASP@YoungAge Manual, Studie 3). Die Studien, die sich aus diesen Fragestellungen ergeben haben, werden im Folgenden in Bezug auf die einzelnen Zielsetzungen und Fragestellungen vorgestellt.

2.1. Studie 1: Bezugspersonen- und Familieneinbezug in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen

Die erste Studie adressiert den Einbezug von Bezugspersonen in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen. Vor dem Hintergrund des familiären Einflusses für die Entwicklung und insbesondere auch Aufrechterhaltung der pathologischen Symptomatik (Fauber & Long, 1991; Restifo & Bögels, 2009; Sander & McCarty, 2005) zeigt sich, dass dieser bislang in der Therapie noch nicht ausreichend berücksichtigt wird. Dabei konnte ein Einfluss von familiären Faktoren auf die Wirksamkeit von therapeutischen Interventionen Forbes et al. (2012) gezeigt werden. Eine wissenschaftliche Betrachtung der Frage, welche Rolle der Einbezug von Bezugspersonen, Sorgeberechtigten oder anderen Angehörigen in der Psychotherapie im Bereich der Depressionen spielt, hat bisher noch nicht ausreichend stattgefunden (Galbally & Lewis, 2017). Vor diesem Hintergrund werden in Studie 1 die folgenden Fragestellungen geprüft:

- Wie wirkt sich der Einbezug von Bezugspersonen auf die Wirksamkeit der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen aus?

- Welche Einflussfaktoren auf die Behandlungswirksamkeit können im Kontext des Einbezuges von Bezugspersonen in die Behandlung von Kindes- und Jugendalter identifiziert werden?

2.2. Studie 2: Interpersonelle Variablen zwischen Eltern und Kindern

Eine kürzlich durchgeführte systematische Übersichtsarbeit von Krause et al. (2019) ergab, dass 94 % der zwischen 2007 und 2017 veröffentlichten Studien zur Wirksamkeit und Effektivität der Behandlung von Depressionen bei Jugendlichen die Veränderung der depressiven Symptome erfassten, während weniger als 10 % die Veränderung in Ergebnisbereichen wie beispielsweise zwischenmenschliche Beziehungen (Funktionalität der Familie), persönliches Wachstum (Selbstwertgefühl, Autonomie) oder Lebensqualität betrachten. Es ist unklar, inwieweit diese Fokussierung auf die Veränderung von Symptomen das widerspiegelt, was für die Betroffenen und ihre Familien am wichtigsten ist (The Lancet Psychiatry, 2020). Auch Coulter (2017) beschreibt die Notwendigkeit in der Psychotherapieforschung die Ergebnisvariablen zu erfassen, die für die betroffenen Personen neben einer Symptomreduktion relevant sind. Das wahrgenommene, interpersonelle Verhalten ist einer dieser Ergebnisbereiche, welcher aktuell durch bestehende Instrumente nicht ausreichend erfasst und damit in der klinischen Praxis und Forschung genutzt werden kann.

Studie 2 fokussiert sich auf diese Forschungslücke und behandelt die Erfassung und Beschreibung von interpersonellem Verhalten (Impact Messages) zwischen Eltern und (ihren) Kindern durch eine altersangemessene Adaption des IMIs (Kiesler, 1987) für Kinder und Jugendliche (IMI@YA). Da in dieser Studie explizit Eltern und Kinder angesprochen werden und keine anderen Bezugspersonen teilnehmen können wird im Kontext von Studie zwei der Begriff Eltern, statt der allgemeineren Formulierung Bezugspersonen verwendet. Dabei werden in Studie 2 die folgenden Fragestellungen adressiert:

- Inwiefern sind die acht Skalen des IMI@YA eindimensional und erfassen das jeweilige Konstrukt sowohl bei Eltern als auch bei Kindern zuverlässig und reliabel?
- Sind die acht Skalen des IMI@YA entsprechend des theoretisch angenommenen Modells nach einer Circumplexstruktur angeordnet?

- Bildet das Instrument die wahrgenommenen Interpersonellen Verhaltensweisen und verdeckten Reaktionen von Eltern und Kindern entsprechend dem Prinzip der Komplementarität ab?
- Inwiefern bestehen Zusammenhänge zwischen Impact Messages und gesundheitsbezogenen Variablen von Eltern und Kindern.

2.3. Studie 3: Ein modulares Behandlungskonzept zur Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter für den ambulanten Rahmen (CBASP@YoungAge)

Wie bereits im theoretischen Hintergrund beschrieben (Abschnitt 1.2.) zeigt sich ein Bedarf an Psychotherapiestudien mit klarem Fokus auf die Behandlung von betroffenen Kindern und Jugendlichen. Aktuelle Therapieprogramme sind meist auf die Veränderung der akuten Symptomatik ausgerichtet (Carlson, 2000; Krause et al., 2019). Sie adressieren den aktuellen Leidensdruck. Es zeigt sich aber in unterschiedlichen Studien, dass auch Kinder und Jugendliche in Teilen bereits eine lange Entwicklungsgeschichte dysfunktionaler Kognitionen und negativer Beziehungserfahrungen haben (Garber et al., 2002; O'Shea et al., 2014). Therapieprogramme für Kinder und Jugendliche mit Depressionen müssen damit auch das soziale Umfeld einbeziehen und an einer langfristigen überdauernden Veränderung der Gestaltung und Bewertung von sozialen Situationen arbeiten (Restifo & Bögels, 2009). Im Projekt CBASP@YoungAge werden CBASP Interventionen daher als Module für diese Zielgruppe angepasst (CBASP@YoungAge Behandlungsprogramm) und einer aktuell laufenden Pilotstudie untersucht (Studie 3). Studie 3 stellt damit das Studienprotokoll der Pilotstudie dar, in dieser werden die folgenden Fragestellungen untersucht:

- Ist CBASP@YoungAge eine machbare und geeignete Intervention zur Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter?
- Wie wirkt sich die Behandlung mit CBASP@YoungAge auf die aktuelle depressive Symptomatik, das Interaktionsverhalten zwischen Bezugspersonen und Kindern und die jeweilige Lebensqualität aus?
- Welche Unterschiede in Bezug auf die Durchführung und Wirksamkeit bestehen zwischen CBASP@YoungAge und einer Treatment-as-usual Kontrollgruppe?

- Welche zusätzlichen Symptome oder Komorbiditäten können durch das Behandlungsprogramm adressiert werden?

3. Zusammenfassung der Studien sowie des Therapiemanuals

Im Folgenden werden die Studien, die Teil dieser Dissertationsschrift sind, zusammengefasst. Im Anhang sind alle Studien in Gänze zu finden. Das Therapiemanual findet sich aufgrund des Umfangs nicht im Anhang, wird aber mit Ausschnitten aus den Modulen Kiesler-Kreis-Familien-Training und dem Modul Situationsanalyse aufgeführt.

3.1. Zusammenfassung Studie 1

Family Involvement in Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis

Dippel, N., Szota, K., Cuijpers, P., Christiansen, H., Brakemeier, E.-L.

Hintergrund: Korrelative Befunde deuten darauf hin, dass Bezugspersonen für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen eine Rolle spielen. Weiterhin bestehen Hinweise drauf, dass der Einbezug von Familien und Bezugspersonen in die Psychotherapie einen Einfluss auf den Verlauf der Intervention hat (Carr, 2019; Oud et al., 2019; Weisz et al., 2017). Selbst niedrigschwellige Interventionen mit Familienbeteiligung führen zu positiven Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung und depressive Symptome (McLaughlin et al., 2007). Sun et al. (2019) konnten eine elterliche Beteiligung an der Psychotherapie der Kinder als Prädiktor für positive Folgeeffekte auf die Symptomverbesserung identifizieren. Es bestehen Hinweise, dass sich die Beteiligung der Familie und der Eltern an der Psychotherapie von Jugendlichen positiv auf die Gesamtsymptomatik (Weisz et al., 2017) sowie auf die depressiven Symptome (Oud et al., 2019) auswirken kann. Allerdings variieren die vorhandenen Studien in ihren Ergebnissen (Weersing et al., 2017; Weisz et al., 2013) und die Gesamteffekte sind überwiegend gering bis moderat (Schwartz, Dudgeon, et al., 2012; Schwartz, Sheeber, et al., 2012). Ziel der vorliegenden Studie ist es daher, in einer systematischen Analyse die Auswirkungen des Einbezugs von Bezugspersonen auf die Behandlung von Depressionen zu fokussieren, da bisher keine systematischen Untersuchungen zu diesem Thema vorliegen.

Methode: Studien wurden basierend auf dem PICOS-Schema von (Moher et al., 2010) eingeschlossen. Bezogen auf die Proband:innen (P), mussten Studien eine Stichprobe von Kindern

und Jugendlichen untersuchen (≤ 21 Jahre). Diese sollten die Diagnosekriterien einer depressiven Störung (MDD), Dysthymie oder subklinische depressive Symptome (SD) erfüllen. Dieses Kriterium musste auf ausgewerteten Selbsteinschätzungsinstrumenten, klinischen oder subklinischen Interviews oder externen Bewertungsinstrumenten für depressive Symptome basieren. Die Intervention (I) stellte eine psychotherapeutische Behandlung zur Behandlung von Depressionen dar, die relevante Bezugspersonen einbezieht. Die Interventionsgruppe wurde mit einer Kontrollgruppe (C) ohne Einbezug der Familie oder der Betreuungsperson verglichen. Wenn es nur eine Wartelisten-Kontrollgruppe (WLC) gab, musste das Therapieprogramm speziell auf die Integration der Familie/Betreuungsperson ausgerichtet sein (thematisch und/oder in Bezug auf die Anzahl der Sitzungen). Die Ergebnismaße (O) der Studien mussten als Schweregrad der Depression, des Funktionsniveaus oder der depressiven Symptome bei Post-Messung operationalisiert sein. Es wurden in der Recherche nur randomisierte kontrollierte Studien berücksichtigt. Fall-Kontroll-, Pilot- oder Kohortenstudien ohne randomisierte Zuweisung wurden ausgeschlossen (S). Um potenzielle Studien für diese Übersichtsarbeit zu ermitteln, wurden fünf verschiedene Datenbanken durchsucht (PubMed, PsycINFO, ERIC, COCHRANE und PSYINDEX). Die eingeschlossenen Studien wurden in Hinblick auf die Qualität und Effektstärke betrachtet und analysiert. Im Rahmen der quantitativen Analyse wurde eine Metaanalyse (random effects model nach Viechtbauer, 2010) umgesetzt sowie Subgruppenanalysen (Ausmaß des Familieneinbezugs/ Studienqualität) durchgeführt.

Ergebnisse: Die Suche ergab zunächst 10.064 Ergebnisse (8.167 ohne Duplikate). Im Rahmen des Screenings wurden Studien entfernt, wenn diese nicht zu den Einschlusskriterien passten, Sekundäranalysen waren oder die Volltexte nicht zugänglich waren. Insgesamt konnten 19 Studien in die deskriptive Datenanalyse eingeschlossen werden, 17 Studien (insgesamt 1208 Patient:innen) in die Metaanalyse. Die Aufnahme der Studien in die Metaanalyse hing davon ab, ob es möglich war, Daten zur Bestimmung der Effektstärken aus den Studien zu extrahieren. Es zeigte sich ein sehr heterogener Einbezug von Bezugspersonen in den unterschiedlichen Psychotherapiestudien. Die Untersuchungen variierten in Bezug auf das Alter der eingeschlossenen Patient:innen, dem inhaltlichen Fokus der Interventionen sowie des generellen Settings der Therapien. Die Metaanalyse ergab einen signifikanten Effekt ($d = 0,34$; $[0,07; 0,60]$; $p = 0,01$) für den Einbezug von Bezugspersonen. Es zeigten sich kleine aber signifikante Kennwerte bezogen auf die Heterogenität

($Q = 77,89$; $df = 16$; $p < 0,0001$); das Ausmaß der Gesamtvariabilität zwischen den beobachteten Effektgrößen $I^2 = 79,5\%$ ist nach Higgins et al. (2003) erheblich. Um zu prüfen, ob die Heterogenität auf das Ausmaß des Bezugspersoneneinbezuges oder die Studienqualität zurückzuführen ist, wurde eine explorative Subgruppenanalyse und eine zusätzliche Metaanalyse durchgeführt. Hierzu wurden die Studien anhand des Kriteriums des Ausmaßes des Bezugspersoneneinbezugs (Einbezug der gesamten Familie in jeden Termin/ geringerer oder gemischter Beteiligung der Bezugspersonen) in zwei Gruppen eingeteilt. Die Analyse zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen diesen beiden Untergruppen ($Q = 1,80$; $df = 1$; $p = .18$), aber eine unterschiedlich geschätzte Heterogenitätsvarianz zwischen den Studien und unterschiedliche gepoolte Effektgrößen zwischen den Subgruppen mit gemischter ($k = 9$, $d = 0,17 [-0,09; 0,45]$, $\tau^2 = 0,10$, $I^2 = 61,9\%$) und vollständiger ($k = 8$, $d = 0,54 [0,09; 0,98]$, $\tau^2 = 0,33$, $I^2 = 84,5\%$) Integration von Bezugspersonen. Weiterhin wurde eine zusätzliche Metaanalyse mit einer kleineren Teilstichprobe von Studien, die eine hohe Qualität aufwiesen, umgesetzt. Die Analyse der verbleibenden $k = 8$ Studien (Clarke et al., 2002; Duong et al., 2016; Esposito-Smythers et al., 2019; Israel & Diamond, 2013; Luby et al., 2018; Sanford et al., 2006; Tompson et al., 2017; Waraan et al., 2020) ergab einen signifikanten Effekt ($d = 0,44$; $[0,07; 0,80]$; $p = .02$). Auch in dieser Analyse konnte eine signifikante Heterogenität festgestellt werden ($Q = 43,34$; $df = 7$; $p < .0001$).

Diskussion: Unsere Ergebnisse stellen die erste systematische Untersuchung zum Familieneinbezug in die Therapie von Kindern- und Jugendlichen mit Depressionen dar. Sie zeigen, dass es in Bezug auf das Therapieergebnis einen Unterschied macht, ob Bezugspersonen in die Therapie einbezogen werden oder nicht. Die untersuchten Studien zeigen aber auch, dass in der Forschung aktuell unterschiedlichste Möglichkeiten bestehen, Familienmitglieder in die Therapie einzubeziehen, um den individuellen Bedürfnissen der Patient:innen gerecht zu werden. Die Behandlung kann bezogen auf den inhaltlichen Schwerpunkt, die Anzahl, Frequenz und den Umfang der Bezugspersonenintegration variieren. Um zu erfassen, wie häufig, mit welchen Behandlungsschwerpunkten, in welchem Setting und in welchen Altersgruppen Bezugspersonen integriert werden sollten, sind weitere randomisierte, kontrollierte Psychotherapiestudien notwendig. Eine intensivere und systematischere Forschung ist unerlässlich, um zu ermitteln, für welche Kinder/Jugendlichen mit Depressionen der Einbezug von Bezugspersonen in die

Psychotherapie hilfreich ist, unter welchen Umständen und in welcher Form ein Bezugspersoneneinbezug stattfinden sollte.

3.2. Zusammenfassung Studie 2

Capturing impact messages in parent-child interactions: Adapting and Validating the Impact-Message-Inventory

Dippel, N., Zimmermann, J., Brakemeier, E.-L., Christiansen, H.

Hintergrund: Interpersonelle Schwierigkeiten können bereits im Kindes- und Jugendalter auftreten und sind von zentraler Bedeutung für die Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen (Marchette & Weisz, 2017). Das interpersonelle Circumplexmodell (IPC) ist ein systematisches Modell zur Beschreibung und Erklärung individueller interpersoneller Charakteristika (Hopwood et al., 2021; Leary, 1957; Wright et al., 2022). Diese interpersonellen Charakteristika können beispielsweise Verhalten (Markey & Markey, 2009; Wiggins, 1995), Ziele und Motive (Holtforth et al., 2006), Eigenschaften (Wright et al., 2012) oder sogenannte Impact Messages (Kiesler, 1983) sein. Impact Messages sind dabei individuelle interpersonelle Aspekte (z. B. verbales Verhalten, implizite Gesten oder Mimik), die durch Interaktionspartner:innen wahrgenommen werden und spezifische verdeckte Reaktionen (z. B. Eindrücke, Gefühle oder Handlungstendenzen) in ihnen hervorrufen (Jellinek & Snyder, 1998). Die allgemeine Annahme ist, dass die Struktur dieser individuellen Ausprägungen im IPC durch zwei orthogonale Dimensionen (Kontrolle/ Affiliation) innerhalb eines Kreises angeordnet werden kann (Horowitz, 2005; Kiesler, 1983; Wiggins, 1991). Acht Verhaltenssegmente (Oktanten) sind kreisförmig um das Zentrum angeordnet (Carson, 1969; Kiesler, 1983), wobei jeder Oktant durch unterschiedliche Anteile der beiden axialen Dimensionen ausgedrückt werden kann. Dyaden neigen dazu, ähnliche Positionen auf der Affiliationsachse und entgegengesetzte Positionen auf der Kontrollachse einzunehmen (Tracey, 2004). Dieses Prinzip wird von Kiesler (1983) als interpersonelle Komplementarität beschrieben und tritt in Interaktionssituationen auf. Das Impact-Message-Inventory (IMI, Kiesler, 1987) erfasst diese spezifischen dyadischen Einflüsse gemäß des IPC. Die Items charakterisieren einerseits das wahrgenommene interpersonelle Verhalten (z.B. "er/sie will im Mittelpunkt stehen", Item 20, Skala: feindselig-dominant) und andererseits die verdeckten Reaktionen des:der

Empfänger:in, indem sie erfassen, wie sich der:die Empfänger:in in Gegenwart des:der Sender:in fühlt und verhält (z.B. "Er/sie macht mich oft wütend", Item 6, Skala: Feindselig).

In dieser Studie wurde das IMI für die Eltern-Kind-Interaktion adaptiert und untersucht, ob es auch auf diese spezielle Interaktion angewendet werden kann. Dabei wurden im vier Fragestellungen betrachtet. Zunächst, (1) ob die acht Skalen des IMI eindimensional und reliabel für Eltern und Kinder sind, (2) ob die acht Skalen der Circumplexstruktur des IPC entsprechen und (3) ob das wahrgenommene zwischenmenschliche Verhalten und die verdeckten Reaktionen von Eltern und Kindern in einer Weise miteinander verbunden sind, die dem Prinzip der Komplementarität entspricht. Schließlich wird untersucht (4), ob Kinder, die ihre Eltern oder Eltern, die ihre Kinder als freundlich und/oder dominant einschätzen, eher positive gesundheitsbezogene Aspekte beschreiben. Daher wird für diese gesundheitsbezogenen Konstrukte (gesundheitsbezogene Lebensqualität/positive mentale Gesundheit) ein positiver Zusammenhang mit den Impact Messages sowohl auf der Kontrollachse als auch auf der Affiliationsachse angenommen.

Methode: Die Items des ursprünglichen IMIs (Caspar et al., 2016) wurden zunächst für die Anwendung im Kindes- und Jugendalter adaptiert. Hierzu wurden diese sprachlich vereinfacht und auf kindliche Lebenswelten angepasst. Diese Items wurden dann sowohl von Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 13 Jahren als auch klinischen Expert:innen überprüft. Eine Übersicht über Beispielitems der jeweiligen Skalen findet sich in Tabelle 1. In einer Onlinestudie wurde das IMI über das Rating von Kindern über ihre Eltern und der Eltern über (ihre) Kinder erfasst. In der Studie wurden damit die altersadaptierten Items des (Caspar et al., 2016) auf ihre Eignung für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen überprüft. Darüber hinaus wurden demografische Daten der Stichprobe sowie Angaben zur positiven mentalen Gesundheit (PMH, Eltern) und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL, Kinder) erhoben. Insgesamt lagen $n = 531$ vollständige Datensätze von Eltern und $n = 162$ aus Kindersicht vor, für $n = 143$ Eltern-Kind-Dyaden konnten die Datensätze zusammengeführt werden.

Tabelle 1.

Exemplarische Items für die acht Dimensionen des Kiesler Kreises.

Skala	Beispielitem
Dominant	Sie/er sagt mir oft, was ich machen soll.
Feindselig-Dominant	Sie/er will häufig bestimmen.
Freundlich-Dominant	Wenn keiner weiterweiß, dann hat sie/er immer eine gute Idee.
Freundlich	Sie/er sagt mir oft etwas Nettes.
Freundlich-Submissiv	Sie/er braucht mich oft.
Submissiv	Ich bestimme öfter als sie/er.
Feindselig-Submissiv	Sie/er drückt sich vor wichtigen Aufgaben.
Feindselig	Sie/er macht mich oft wütend.

Im ersten Analyseschritt wurden die Eindimensionalität und die Reliabilität der Skalen untersucht, basierend auf separaten konfirmatorischen faktoriellen Analysen (CFA) für die acht Skalen und getrennt für Kinder und Eltern. Um die zweite Hypothese zu testen, wurde eine Reihe von CFA-Modellen geschätzt (Variation in den Abständen und Kommunalitäten, Untersuchung eines Generalfaktors nach Wendt et al., 2019), um zu prüfen, inwiefern der IMI@YA den Annahmen des IPC entspricht. Da diese Modellannahmen dieser CFA-Modelle für die untersuchten Daten noch zu restriktiv sein können, wurde zusätzlich eine explorative Faktorenanalyse (EFA) durchgeführt. Diese diente der Prüfung, inwieweit die Daten durch zwei orthogonale Faktoren dargestellt werden können. Um die interpersonelle Komplementarität zwischen den Impact Messages von Eltern und Kindern zu untersuchen, wurden Faktorscores für die beiden Dimensionen anhand der untersuchten Modelle von Eltern und Kindern auf der Grundlage der EFA mit Target-Rotation geschätzt. Diese konnten mit den entsprechenden Einschätzungen auf dem IMI korreliert werden. Ebenso wurde für die paarweisen Korrelationen mit positiver psychischer Gesundheit und HRQoL vorgegangen. Hierbei wurden die Zusammenhänge in Bezug auf die vollständigen PMH-Daten der Eltern und die KIDSCREEN-Daten (HRQoL) der Kinder betrachtet. Es wird angenommen, dass positive Zusammenhang zwischen freundlichen und dominanten Einschätzungen (Eltern über Kinder, Kinder über Eltern) mit den gesundheitsbezogenen Konstrukten bestehen.

Ergebnisse: Im ersten Schritt der Modellprüfung wurden die acht verschiedenen Skalen unabhängig voneinander in einer Konfirmatorischen Faktorenanalyse (CFA) mit WLSMV-Schätzung getestet. Für die Mehrzahl der Skalen waren die Anpassungsindizes für eindimensionale Modelle für Kinder nicht

akzeptabel ($Mdn_{RMSA} = .123$, $Mdn_{SRMR} = .094$, $Mdn_{CFI} = .882$), für Eltern jedoch weitestgehend akzeptabel ($Mdn_{RMSA} = .128$, $Mdn_{SRMR} = .077$, $Mdn_{CFI} = .927$). Bezogen auf die Reliabilität zeigten die Skalen freundlich-submissiv (Eltern $\omega = .37$; Kinder $\omega = .29$) und dominant (Eltern $\omega = .63$; Kinder $\omega = .65$) eher niedrige Kennwerte. Alle anderen Koeffizienten liegen über dem Wert von .70 und sind damit als akzeptabel zu bewerten. Basierend auf der CFA replizieren sowohl die Eltern- als auch die Kinderdaten das theoretisch angenommene Circumplexmodell nicht. Das IPC konnte mit den CFA-Modellen selbst nach Integration eines Generalfaktors für Eltern und Kinder damit nicht repliziert werden. In der EFA mit Target-Rotation konnten allerdings für Eltern und Kinder zwei Faktoren extrahiert werden. Insgesamt erklärten die beiden Faktoren .580 (Eltern) und .577 (Kinder) der Gesamtvarianz und stellen damit die beiden theoretisch angenommenen Achsen des IPCs dar. Zur Prüfung der Komplementaritätsannahme wurde der Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet. Es ergab sich $r = .49$ für die Affiliationssachse und $r = .00$ für die Kontrollachse ($n = 143$). Insgesamt konnte die Hypothese zur Komplementarität damit nur für Affiliation angenommen werden.

Die PMH der Eltern korrelierte positiv mit ihren Einschätzungen der Kinder auf der Kontrollachse, $r = .26$, und auf der Affiliationssachse, $r = .41$. Für die von den Kindern wahrgenommenen Auswirkungen der Botschaften ihrer Eltern und die HRQoL ergab sich $r = .40$ für Kontrolle und $r = .54$ für Affiliation. Diese Ergebnisse stimmen mit der Hypothese überein, auch wenn der Zusammenhang mit Affiliation in Bezug auf die Gesundheit durchweg stärker war als der Zusammenhang mit Kontrolle.

Diskussion: Diese Studie untersuchte die psychometrischen Eigenschaften des IMI@YA, Annahmen zur Komplementarität und Zusammenhänge zwischen Impact Messages (von Eltern und Kindern) und gesundheitsbezogenen Konstrukten (PMH, HRQoL). Die Ergebnisse zeigen, dass die Erfassung der von Kiesler (1983) beschriebenen Impact Messages nicht ohne weiteres auf Kinder und Eltern übertragen werden kann. Diese Schlussfolgerung wird auch durch die Ergebnisse der Komplementaritätsanalysen gestützt. Es zeigt sich, dass in Kontrast zu anderen Studien zum IPC (z.B. Thijs et al. 2011) Eltern in Kindern und andersherum in dieser Studie bezogen auf die Kontrollachse keine komplementären Reaktionstendenzen auszulösen scheinen. Vorausgegangene Studien konnten das IPC weitestgehend replizieren untersuchten es aber zumeist im schulischen Kontext

und betrachteten Interaktionen basierend auf objektiven Einschätzungen (Thijs et al., 2011; Tsigilis et al., 2021). In dieser Studie wurde im Unterschied dazu ein subjektiver Ansatz gewählt. Damit haben möglicherweise Entwicklungsaspekte wie die Pubertät, die sich auf die Beziehung zwischen Eltern und Kindern auswirken (Koepeke & Denissen, 2012), sowie Unterschiede zwischen dem tatsächlichen Verhalten von Kindern und Eltern und den dann rezipierten Impact Messages Auswirkungen auf die Ergebnisse. Inwiefern sich Impact Messages zwischen Kindern und Eltern im Kontext der spezifischen Beziehungssituation auswirken und welchen Einfluss entwicklungsbezogene Aspekte haben, ist nach wie vor nicht abschließend geklärt und damit eine zentrale Frage für Forschung und Praxis. Die klinische Praxis kann insbesondere im Hinblick auf die Therapieergebnisse und die Therapeut:innen-Patient:innen-Beziehung von einer subjektiven Einschätzung des Interaktionsverhaltens durch Kinder und ihre Eltern profitieren (z.B. Brakemeier et al., 2015). Aktuell besteht noch kein Instrument, das Impact Messages zwischen Kindern und Bezugspersonen erfasst, und eine überarbeitete Version des IMI@YA könnte die Betrachtung dieser Interaktion erleichtern und weiter beleuchten.

3.3. Zusammenfassung Therapiemanual

CBASP@YoungAge - Behandlungsprogramm für Depressionen im Kindes- und Jugendalter

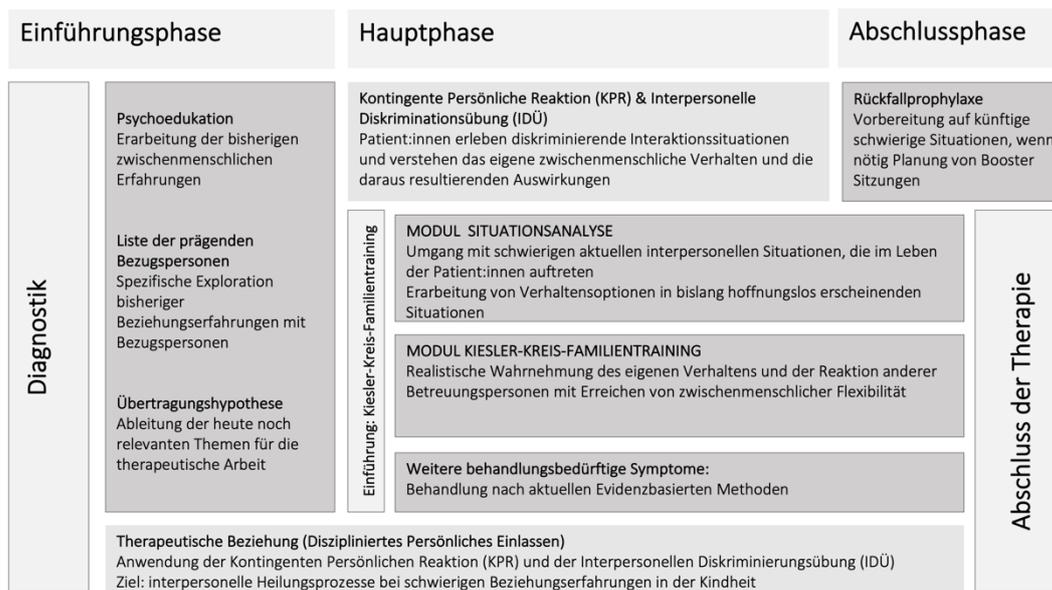
Dippel, N., Christiansen, H., Brakemeier, E.-L.

Überblick: Das Therapiekonzept für CBASP@YoungAge ist ein für den ambulanten Rahmen konzipiertes Programm zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit depressiven Erkrankungen. Es ist ein integrativ aufgebautes Konzept, das die besonderen interpersonellen Schwierigkeiten fokussiert, die bei Depressionen relevant sein können (Yap & Jorm, 2015). Grundlage für die Konzeptualisierung ist das Behandlungsprogramm CBASP (McCullough, 2000), sowie Forschungsergebnisse zu modularen Behandlungskonzepten und Familieneinbezug in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Boustani et al., 2020). Das Therapieprogramm CBASP@YoungAge ist bezogen auf das Setting und den angewendeten Altersschwerpunkt flexibel. Es wird sowohl in Einzel-, geteilten als auch in gemeinsamen Sitzungen mit den Patient:innen und ihren Bezugspersonen umgesetzt. Es folgt dabei einem modularen Aufbau, der sich individuell auf den Störungsverlauf, als auch auf komorbid auftretende Symptome anpassen lässt. Aktuell ist es für

den ambulanten Rahmen konzeptualisiert. Die Patient:innen sowie die primären Bezugspersonen nehmen an der Therapie teil, die Therapeut:innen sind zuständig für die konkrete Umsetzung und den Ablauf der Therapie sowie die Beteiligung aller relevanten Personen.

Abbildung 6.

Übersicht zum Ablauf und zur Struktur des Behandlungsprogramms CBASP@YoungAge



Modulbeschreibungen: Eine Übersicht über die Struktur der Behandlung bietet Abbildung 6. Im Folgenden werden die einzelnen Abschnitte der unterschiedlichen Therapiephasen kurz inhaltlich und im Ablauf dargestellt. Basis für die therapeutische Arbeit bei CBASP@YoungAge ist die CBASP spezifische Beziehungsgestaltung. Das diszipliniert persönliche Einlassen (DPE, nach McCullough, 2006, 2021) wird ergänzt durch die Techniken der interpersonellen Diskriminationsübung (IDÜ) sowie der kontingenten persönlichen Reaktion (KPR). Es handelt sich bei der therapeutischen Beziehungsgestaltung um eine konsequent disziplinierte, aber den Patient:innen zugewandte und bindungsorientierte Haltung, die im Rahmen der Therapie unterschiedliche Funktionen erfüllt. Für die adressierte Patient:innengruppe ist eine sichere und authentische menschliche Begegnung mit ihre:r Therapeut:in eine neuartige Erfahrung. Ziel dieser therapeutischen Beziehungsgestaltung ist den Patient:innen interpersonelles Diskriminationslernen zu ermöglichen. Nur wenn sich die Therapeut:innen so persönlich und menschlich zeigen, können die Patient:innen

Diskriminationserfahrungen machen und die aktuelle therapeutische Beziehung mit früheren, aber auch aktuellen dysfunktionalen Beziehungen vergleichen und lernen, dazwischen zu differenzieren. Weiterhin können Therapeut:innen ihren Patient:innen nur vermitteln, wie diese mit anderen Menschen empathisch umgehen können, wenn sie selbst bereit sind, persönliche Gefühle und Reaktionen preiszugeben. Hier werden somit die Prozesse des Modelllernens und damit auch des Empathietrainings angewendet. Schließlich kann für feindselig wirkende Patient:innen und Bezugspersonen die persönliche Reaktion der Therapeut:innen helfen zu erkennen, dass ihr feindseliges oder destruktives Verhalten bei anderen Menschen verletzend wirkt und Distanz erzeugt, was sie möglicherweise aufgrund fehlender Lernerfahrungen sonst nicht bemerken. Insgesamt können die Patient:innen und auch die Bezugspersonen damit im Rahmen der therapeutischen Beziehungsgestaltung die Erfahrung machen, wie das eigene Verhalten auf andere Menschen wirkt.

Die Abschnitte der ersten Therapiephase bauen aufeinander auf. Aus diesem Grund ist es in dieser Phase für die Therapeut:innen relevant, die unterschiedlichen Einheiten auf die individuellen Gegebenheiten in der Therapie anzupassen, aber trotzdem wie nacheinander in Abbildung 6 dargestellt einzusetzen. Hierbei kann bezogen auf den Umfang und die Intensität allerdings individuell variiert werden. Die Behandlung beginnt nach einer Kennenlernphase mit der *Psychoedukation*. Es wird zunächst generelles Wissen über depressive Erkrankungen vermittelt, aber den Kindern oder Jugendlichen und ihren Bezugspersonen auch das Konzept der interpersonellen Mauer verdeutlicht. Im Rahmen dieser Phase bestehen unterschiedliche kreative Möglichkeiten, diese individuelle Mauer mit den Kindern oder Jugendlichen und auch den Bezugspersonen zu erarbeiten und zu visualisieren. Ziel ist, ein Erklärungsmodell für das Erleben der Kinder und Jugendlichen zu schaffen und sichtbar zu machen. Aus der erarbeiteten Mauer wird das Therapieziel abgeleitet, gemeinsam einen Weg durch die Mauer finden und verhindern, dass sie noch dicker oder größer wird. Im weiteren Verlauf werden die *Liste der prägenden Bezugspersonen* und die *Übertragungshypothese* erarbeitet. Diese dienen der genauen Exploration der bisherigen Beziehungsgeschichte der Kinder und Jugendlichen. Anknüpfend an die Arbeit mit der interpersonellen Mauer werden nun die prägenden Beziehungspersonen exploriert und Prägungen (oder: Stempel) aus diesen Beziehungserfahrungen abgeleitet („Was hat dir diese Person

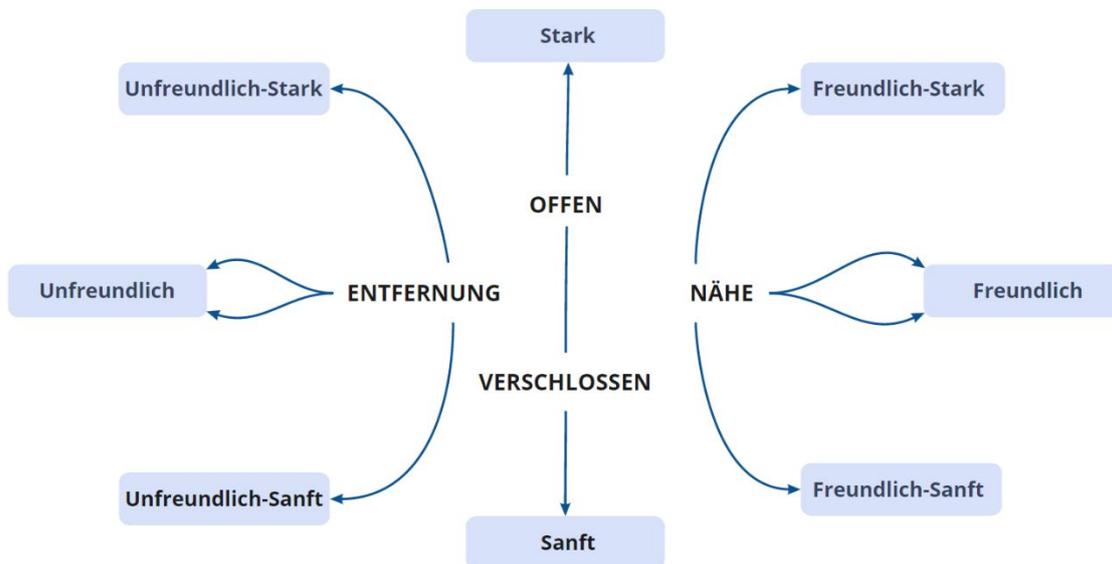
mitgegeben?“). Für diesen Behandlungsschritt bestehen unterschiedliche Möglichkeiten der Erarbeitung mit den Kindern und Jugendlichen. Basierend auf diesen sichtbar gemachten Beziehungserfahrungen und damit einhergehenden Stempeln wird im nächsten Schritt eine allgemeine Übertragungshypothese erarbeitet. Diese wird altersangepasst in der Therapie als Erwartung oder Befürchtung bezeichnet, so kann den Kindern und Jugendlichen transparent dargestellt werden, dass sie bestimmte Erwartungen in sozialen Situationen zeigen, die auf ihre individuelle Beziehungsgeschichte zurückzuführen sind. Es ist möglich, die Übertragungshypothese (Erwartung/Befürchtung) konkret auszuformulieren, aber auch ein Symbol zu erarbeiten, das diese repräsentiert (Gesicht, Tier etc.). Ein solches Symbol kann als Schablone/oder Karte gebastelt werden und zu den Sitzungen mitgebracht werden, so dass im Verlauf darauf Bezug genommen werden kann.

Die Hauptphase schließt direkt an die Einführungsphase an. Sie besteht im Kern aus zwei CBASP bezogenen Modulen, diese werden ergänzt durch die Interpersonelle Diskriminationsübung (IDÜ) sowie die Kontingente Persönliche Reaktion (KPR), die nun verstärkt durch den:die Therapeut:in eingesetzt werden kann. Diese flexiblen sitzungsergänzende Techniken können auch mit den individuellen, zusätzlichen Begleitsitzungen kombiniert werden, um die Symptomatik zu behandeln, die durch die CBASP fokussierten Module aktuell noch nicht abgedeckt werden kann.

Das Modul *Kiesler-Kreis-Familientraining* wird ausschließlich im gemeinsamen Setting mit allen teilnehmenden Bezugspersonen umgesetzt. Mit der Familie wird der altersadaptierte Kiesler-Kreis (Abbildung 7) erarbeitet, sowie das Konzept der interpersonellen Flexibilität. Der Fokus liegt auf allen teilnehmenden Personen und ihrem interpersonellen Verhalten in unterschiedlichen Situationen. Das Kiesler-Kreis-Familientraining beinhaltet eine intensive Übungsphase, in der die einzelnen Familienmitglieder lernen, ihre interpersonelle Wirkung zu verstehen und zu verändern. Es werden schwierige Situationen, die in der Familie aufgetreten sind, in Rollenspielen oder Stellvertreterübungen bearbeitet, um so dauerhafte Veränderung der interpersonellen Kommunikation innerhalb in der Familie zu fördern. Der Fokus liegt explizit nicht auf dem betroffenen Kind, sondern auf dem interpersonellen Verhalten aller beteiligten Personen.

Abbildung 7.

Kiesler-Kreis in der altersadaptierten Version mit Abbildung der Achsen, sowie Darstellung der Komplementaritätsannahme durch Pfeile.



Das Modul *Situationsanalyse* adressiert eine weitere zentrale Technik der klassischen CBASP-Therapie. Auch bei CBASP@YoungAge nimmt sie neben dem Kiesler-Kreis-Familientraining den größten Anteil der Therapie der Hauptphase ein. Ziel ist, dass die Patient:innen am Ende der Therapie möglichst eigenständig Situationsanalysen durchführen können, um diese als Technik auch nach der Therapie weiter anwenden zu können (Brakemeier et al., 2021). Auch in dieser Phase sind die Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeit der Patient:innen in schwierigen Situationen mit anderen Menschen das zentrale Thema. Sie können im Rahmen dieses Moduls unter anderem lernen, schwierige Situationen von Anfang an anders zu gestalten, um so ein neues, verändertes Ergebnis für sich erzielen zu können. Bei der Situationsanalyse handelt es sich um eine strukturierte Problemlösungsaufgabe bzw. eine funktionale Situation-Reaktion-Konsequenz-Technik, die ihre Wurzeln der Verhaltensanalyse hat. Adaptiert für Kinder- und Jugendliche besteht ein jeweils unterschiedlich komplexes therapeutisches Vorgehen, das in allen drei Altersgruppen individuell angewendet werden kann. Insbesondere in der jüngsten Altersgruppe wurden hier deutliche

Anpassungen vorgenommen. Dort kommt das sogenannte Ampelschema zum Einsatz, das ein verkürztes dreistufiges Vorgehen ermöglicht.

Nach Umsetzung der vorherigen Module wird die Therapie abgeschlossen. Primär fokussiert dieser Abschnitt auf die Rückschau, was bisher erreicht wurde, sowie auf die Zukunftsplanung der Patient:innen und Bezugspersonen. Was für Wünsche hat die Familie an einem zukünftigen gemeinsamen Umgang? Wie soll der (interpersonelle) Alltag in der Zukunft gestaltet werden?

Fazit. Insgesamt stellt CBASP@YoungAge einen ersten interpersonell fokussierten, modularen Behandlungsansatz für Kinder- und Jugendliche mit Depressionen dar. CBASP@YoungAge ist ein auf aktueller Forschung zum Familieneinbezug in die Psychotherapie basierendes Programm, das eine individualisierte und flexible Behandlung ermöglicht. Die unterschiedlichen Inhalte der Behandlung adressieren sowohl die Entstehungs- als auch aufrechterhaltenden Faktoren von Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Ziel ist eine dauerhafte Veränderung der intrafamiliären Interaktion und Kommunikation sowie den Patient:innen einen veränderten, selbstwirksamen Umgang mit Interaktionserfahrungen zu ermöglichen. Bislang bestehen noch keine Untersuchungen zur Machbarkeit oder Wirksamkeit von CBASP@YoungAge, weshalb aktuell eine Pilotstudie in Kooperation mit den Kinder- und Jugendlichen Ambulanzen Marburg, Landau und Bochum umgesetzt wird (Studie 3).

3.4. Zusammenfassung Studie 3

Investigating the feasibility and effectiveness of a modular treatment program for children and adolescents with depression and interpersonal problems: study protocol of a quasi-experimental pilot feasibility trial (CBASP@YoungAge)

Dippel, N., In-Albon, T., Schneider, S., Christiansen, H., Brakemeier, E.-L.

Hintergrund: Depressionen sind eine relevante Störung im Kindes- und Jugendalter (Costello et al., 2006). Betroffene Kinder und Jugendliche zeigen erhebliche Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen (Fergusson et al., 2007). Bisherige Studien zur Effektivität oder Wirksamkeit von Psychotherapie bei Depressionen von Kindern und Jugendlichen sind qualitativ sehr heterogen und weisen nur geringe Effektstärken auf (Eckshtain et al., 2020). Daher besteht die Notwendigkeit, Psychotherapieansätze besser auf diese Altersgruppen zuzuschneiden, um so die

Therapieergebnisse zu verbessern (Weisz et al., 2019). Basierend auf CBASP (McCullough, 2000) wurde ein modulares, individualisiertes Behandlungsprogramm für Kinder und Jugendliche entwickelt (CBASP@YoungAge), das auch den Einbezug von Bezugspersonen vorsieht. Die Behandlung von depressiven Symptomen sowie von interpersonellen Schwierigkeiten mit primären Bezugspersonen sind die Hauptziele von CBASP@YoungAge. Ziel dieser Studie ist es, die Durchführbarkeit und potenzielle Wirksamkeit des ambulanten CBASP@YoungAge Behandlungsprogramms zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen und interpersonellen Schwierigkeiten zu untersuchen. Sie zielt damit darauf ab, die Akzeptanz und Machbarkeit des modularen Behandlungsprogramms für die Therapeut:innen, Patient:innen und Bezugspersonen zu erfassen. Außerdem soll betrachtet werden, ob eine Symptomverbesserung oder Veränderung der allgemeinen Lebensqualität in Bezug auf die depressive Symptomatik durch die Behandlung erreicht werden kann. Es handelt sich damit um eine Phase 1 bis Phase 2 Psychotherapiestudie mit dem Ziel, die Machbarkeit und Wirksamkeit des Behandlungsprogramms zu untersuchen und zu prüfen, ob der modulare Ansatz durch die Therapeut:innen angewendet wird und Patient:innen und Bezugspersonen die Behandlungsstruktur verstehen und sich an der Behandlung beteiligen.

Methode: Es handelt sich um eine non-randomisierte, multizentrische Pilotstudie eines modularen Therapieprogrammes. Die Untersuchung wurde im Deutschen Register für Klinische Studien (DRKS) registriert (Kennung DRKS00023281). Im November 2020 begann die Rekrutierung der Interventionsgruppe in Marburg. Vor allem die Covid-19-Pandemie, einschließlich der Sicherheitsmaßnahmen, verlangsamt die Rekrutierung und erschwert die Durchführung der Studie. Die Rekrutierung in der Interventionsgruppe wird voraussichtlich im Herbst 2022 und in der Kontrollgruppe Ende 2022/ Anfang 2023 abgeschlossen sein. Die vorläufige Analyse erfolgt voraussichtlich im Februar 2023. Die Follow-up Untersuchungen sollen bis Ende Juli 2023 abgeschlossen sein. Die finale Datenanalyse und Ergebniszusammenfassung werden voraussichtlich weitere 6 Monate in Anspruch nehmen. Die in Frage kommenden Patient:innen sind zwischen 10 und 21 Jahre alt und erfüllen die Kriterien für depressive Störungen nach DSM-5. Der Studieneinschluss basiert auf einem strukturellen klinischen Interview (Kinder-DIPS, Eltern- oder Kinderversion; Schneider et al., 2000). Eine teilnehmende Betreuungsperson ist in der

CBASP@YoungAge-Gruppe obligatorisch, während die Teilnahme der Betreuungsperson in den TAU-Gruppen optional ist. Da die Therapie in deutscher Sprache durchgeführt wird, müssen die Kinder und die teilnehmenden Bezugspersonen über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. Außerdem ist ein IQ-Wert von ≥ 80 bei den teilnehmenden Kindern/Jugendlichen erforderlich, damit die Jugendlichen den kognitiven Interventionen folgen können. Die Datenerhebungen finden vor der Behandlung (T1), nach der Behandlung (T2) und nach 6 Monaten (T3) statt. Alle Erhebungen werden persönlich durchgeführt (klinisches Interview) oder in Form von Papierfragebögen, die von den Indexpatienten und/oder ihren Betreuern bzw. Bezugspersonen ausgefüllt werden.

Primärer Endpunkt ist die Machbarkeit (Feasibility) der Studie sowie die Veränderung der depressiven Symptomatik von der Vor- (T1) zur Nachuntersuchung (T2) auf der Grundlage des klinischen Interviews (Kinder-DIPS; Schneider et al., 2000; Eltern- oder Kinderversion) und des Mood and Feelings Questionnaire (MFQ; Costello & Angold, 1988). Sekundäre Ergebnisse sind das zwischenmenschliche Verhalten zwischen Betreuern und Kindern (Impact-Message-Inventory für Kinder und Jugendliche, IMI@YA), die globale Gesundheit der Betreuer und der teilnehmenden Kinder (KIDSCREEN, The KIDSCREEN Group Europe, 2006; Positive Mental Health Questionnaire, PMH, Lukat et al., 2016), die psychische Gesundheit der Bezugspersonen (Brief-Symptom-Inventory, BSI; Geisheim et al., 2002) und die Erziehungsqualität (Parenting Questionnaire, EFB; Naumann et al., 2010).

Diskussion: Ziel dieser Studie ist es, den gut entwickelten und evaluierten Therapieansatz CBASP erstmals auf Kinder und Jugendliche anzuwenden. Das Therapieprogramm konzentriert sich auf die Integration von Bezugspersonen und zwischenmenschlichen Beziehungen, um depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen auf der Grundlage des CBASP-Behandlungsansatzes altersangepasst zu behandeln. CBASP@YoungAge wurde in einem naturalistischen klinischen, ambulanten Setting implementiert. Die Ergebnisse ermöglichen eine Bewertung der Machbarkeit und Wirksamkeit dieses Behandlungsprogramms. Sie sollen zeigen, dass die geplante modulare, interaktionsorientierte Behandlung in einem ambulanten Behandlungssetting umgesetzt werden kann. Es wird untersucht, ob dies für die Therapeut:innen und Patient:innen realisierbar ist und welche Hindernisse bestehen bzw. Veränderungen notwendig sind. Darüber hinaus ist geplant, mit dieser Untersuchung eine kontrollierte randomisierte Studie vorzubereiten, die auf der Grundlage

dieser Ergebnisse geplant und durchgeführt werden kann. Nach Abschluss dieser Pilotstudie werden die Module auf Grundlage der Ergebnisse angepasst und bei Bedarf durch zusätzliche Module für Komorbiditäten ergänzt.

4. Diskussion

Es ist mittlerweile gut belegt, dass es sich bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter um eine häufige und einschränkende Erkrankung handelt. Depressionen treten im familiären Kontext auf, so dass die Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung unter anderem durch das soziale und insbesondere auch das familiäre Umfeld mitbedingt werden kann (Sijtsema et al., 2014). Die übergreifende Fragestellung „Wie kann die Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen optimiert werden?“ dieser Dissertation wurde in dieser Arbeit aus unterschiedlichen Perspektiven adressiert. Die Wirksamkeit des Familieneinbezugs in die Therapie wurde in einem systematischen Review mit Metaanalyse untersucht, sowie ein Instrument für die Erfassung des interpersonellen Verhaltens von Kindern und Eltern in dyadischer Interaktion adaptiert und validiert. Das Projekt CBASP@YoungAge stellt ein modulares Behandlungsprogramm dar, welches für Kinder und Jugendliche entwickelt und aktuell im ambulanten Setting implementiert und untersucht wird. Im Folgenden werden die Befunde der unterschiedlichen Studien integriert und in Bezug auf die drei unterschiedlichen Ziele dieser Arbeit diskutiert. Darüber hinaus werden Implikationen für weitere Forschung und klinische Praxis herausgearbeitet.

4.1. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

4.1.1. *Bezugspersonen in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen*

In Studie 1 konnte gezeigt werden, dass bisherige Erkenntnisse zum Einfluss von Familie und Bezugspersonen bereits in der Interventionsforschung und der Psychotherapie Berücksichtigung finden. Die systematische Übersicht und Analyse der bisher umgesetzten randomisiert, kontrollierten Studien zeigen eine signifikante wenngleich niedrige Effektstärke für den Einbezug von Bezugspersonen in die Therapie. Dieses Ergebnis spricht dafür, dass dies im Kontext von Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit Depressionen relevant sein kann. Studie 1 zeigt darüber hinaus auch, wie heterogen die aktuelle Studienlage in Bezug auf den systematischen Einbezug von Bezugspersonen aktuell ist. Die eingeschlossenen Studien unterschieden sich stark in Bezug auf die Umsetzung der Integration von Bezugspersonen. Die Unterschiede bestehen beispielsweise im Hinblick auf die Frequenz des Einbezuges, der Studienqualität, der Inhalte, die in

der Therapie thematisiert werden, oder auch dem Alter der Patient:innen, die die Therapieprogramme adressieren. Diese hohe Heterogenität wird auch in anderen Reviews und Metaanalysen mit einem Schwerpunkt zur Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen sichtbar (Eckshtain et al., 2020, 2022; Oud et al., 2019). In der durchgeführten Subgruppenanalyse finden sich Hinweise darauf, dass die Studienqualität oder die Art des Bezugspersoneneinbezuges Faktoren sein können, die das Gesamtergebnis und damit die Effektivität von Psychotherapie beeinflussen. Zusammenfassend zeigen jüngere Studien, die in die Metaanalyse eingeschlossen werden konnten, eine höhere Studienqualität, die sich unter anderem durch Verblindung, größere Stichproben, aktive Vergleichsgruppen und ein geringeres Bias-Risiko auszeichnet. Dies spricht für eine positive Entwicklung in der Untersuchung von Psychotherapie für Depressionen im Kindes- und Jugendalter (z.B. Luby et al., 2018). Auch Weisz et al. (2019) beschreiben, dass Studien im Bereich der Depression im Kindes- und Jugendalter häufig herausfordernd in der Rekrutierung und im Design sind, dies würde zu einer hohen Heterogenität in Meta-Analysen und Reviews führen.

In Bezug auf das erste Ziel dieser Dissertation, inwiefern der Einbezug von Bezugspersonen relevant in der Psychotherapie von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen ist, zeigt Studie 1, dass dies ein wirksamer Einflussfaktor sein kann. Nicht ausreichend geklärt werden konnte allerdings inwiefern Variablen der Art und Weise des Bezugspersoneneinbezuges zentral sein können. Zwar weist die Subgruppenanalyse auf eine Relevanz des Ausmaßes des Familieneinbezuges hin, weitere Faktoren konnten aber aufgrund der geringen Stichprobe nicht identifiziert werden. In der deskriptiven Betrachtung zeigt sich bereits eine breite Variation zwischen den unterschiedlichen Ansätzen und auch andere Untersuchungen weisen immer wieder auf die Notwendigkeit hin, Aspekte wie Bindung, Interaktion oder Sozialverhalten zwischen Bezugspersonen und Kindern in der Therapie zu adressieren (Spruit et al., 2020). Diese Faktoren werden in Studie 1 allerdings nur in der deskriptiven Beschreibung einbezogen, sodass keine abschließende Aussage möglich ist. Eine Herausforderung in der Untersuchung von Wirkfaktoren ist insbesondere, dass Veränderungen im Interaktionsverhalten oder anderen Einflussvariablen bislang nur selten als Ergebnismaß erfasst werden. Krause et al. (2019, 2021) argumentieren, dass die symptomfokussierte Ergebnismessungen, die aktuell zumeist ausschließlich eingesetzt werden, Veränderungen in den sozialen Beziehungen und Bindungen nicht ausreichend abbilden können. Es

ist damit nur schwer zu erfassen, inwiefern eine Fokussierung auf interaktionale Variablen im Vergleich zu einem Einbezug mit beispielsweise ausschließlich psychoedukativen Inhalten Vorteile bietet. Auch in Studie 1 konnten ausschließlich symptombezogene Ergebnismaße betrachtet werden. In den untersuchten Studien war der primäre Endpunkt in der Regel eine Veränderung der depressiven Symptomatik der Kinder und Jugendlichen. Veränderungen, die über die depressiven Symptome hinaus gehen, werden in den meisten Psychotherapiestudien aktuell noch vernachlässigt (Coulter, 2017). Eine Aussage über die Effektivität des inhaltlichen Therapiefokus ist somit auch vor diesem Hintergrund erschwert.

4.1.2. Bedeutung von interpersonellen Faktoren zwischen Eltern und Kindern

Aus diesen Befunden ergibt sich die zweite Zielsetzung dieser Dissertation, in welcher der Einfluss von interpersonellen Variablen zwischen Eltern und Kindern geklärt werden sollte. Es besteht zwar breite Evidenz, die beschreibt welche psychosozialen Variablen möglicherweise durch das wechselseitige Verhalten in Interaktion beeinflusst werden können (Hollenstein et al., 2004). Allerdings ist nicht klar, inwiefern das Interpersonelle Verhalten sich tatsächlich auf das Empfinden und die Wahrnehmung von Kindern und Jugendlichen sowie ihren Bezugspersonen auswirkt (Mahoney et al., 2016). Bate und Tsakas (2022) spezifizieren diese Forschungslücke explizit für interpersonelle Faktoren in der Psychotherapie. Diese könnten aktuell noch nicht ökonomisch, reliabel und valide erfasst werden.

Mit der Adaption und Validierung des interpersonellen Fragebogens (IMI), stellt Studie 2 eine Möglichkeit für ein solches Ergebnismaß dar und damit auch einen weiteren Aspekt zur Optimierung der Psychotherapie in diesem Bereich. Vorausgehende Befunde weisen bereits darauf hin, dass das IPC Modell, das die theoretische Grundlage des Fragebogens darstellt, für die Erfassung von interpersonellen Verhalten zwischen Kindern und Eltern genutzt werden kann. Die Analysen zu den psychometrischen Gütekriterien insbesondere der faktoriellen Validität zeigen allerdings, dass der IMI@YA die Interaktion zwischen Eltern und Kindern in Studie 2 nicht vollumfänglich im Sinne des IPC Modells abbildet. Im Rahmen einer exploratorischen Analyse konnten zwar die zwei Achsen (Kontrolle, Affiliation) des IPC gezeigt werden. Allerdings entsprechen auch die Analysen zur Komplementarität nicht vollständig den aus bisherigen Studienergebnissen abgeleiteten

Hypothesen. Bisherige Studien haben das IPC vor allem über externe Ratings (Markey et al., 2005; Shewark et al., 2022), Selbstbeschreibungen (Israel & Langeveld, 2021) oder eine Kombination (Di Blas et al., 2012) untersucht. Studie 2 bietet mit einer Untersuchung des IMIs somit einen ersten Einblick in die Impact Messages zwischen Kindern und (ihren) Eltern. Der IMI@YA erfasst damit explizit nicht objektiv wie Eltern und Kinder sich zueinander verhalten, sondern wie sich die jeweiligen Verhaltensweisen auf das innere Erleben und die Wahrnehmung des Verhaltens auswirken. Diese subjektive Einschätzung kann durch die spezifischen Eigenschaften der Eltern-Kind-Beziehung beeinflusst werden. Dominantes Verhalten von Erwachsenen und im speziellen Eltern gegenüber Kindern ist eher die Norm (Thijs et al., 2011). In Studien zum IPC im schulischen Kontext wurde diese Besonderheit bereits für die interpersonelle Lehrkraft-Kind Beziehung beschrieben (Roorda et al., 2013; Thijs et al., 2011; Tsigilis et al., 2021). Da in diesen Studien das IPC allerdings weitestgehend repliziert werden konnte, müssen die Ergebnisse von Studie 2 hier im Kontrast interpretiert werden. Die kürzlich veröffentlichte Untersuchung von Tsigilis et al. (2021) erfasst das IPC über eine Selbstauskunft der Schüler:innen über das interpersonelle Verhalten der Lehrkräfte und ist somit vergleichbar zu Studie 2. In Kontrast zu den Ergebnissen des IMI@YA konnten Tsigilis et al. (2021) auch in der CFA die circumplexe Struktur des IPC replizieren und Komplementarität für die Kontrollachse nicht aber für Affiliation zeigen. Das Instrument zur Beurteilung der Lehrkräfte basiert allerdings auf spezifischen Verhaltensweisen, die durch die Schüler:innen in ihrer Ausprägung eingeschätzt werden. Es stellt damit keine vollständige Erfassung der Impact Messages im Sinne einer Erfassung der verdeckten inneren Reaktion der Kinder da. Ein weiterer Unterschied zeigt sich darin, dass Studie 2 das interpersonelle Verhalten zwischen Eltern und Kindern untersucht, welches sich von dem zwischen Lehrkräften und Kindern beispielsweise durch eine deutlich persönlichere und möglicherweise auch intensivere Bindung auszeichnet. Diese Aspekte wurden bereits durch Thijs et al. (2011) beschrieben. Damit können in Studie 2 eben diese hierarchischen Unterschiede in der Eltern-Kind-Beziehung einen Einfluss auf die konträren Ergebnisse insbesondere bezogen auf die Skalen der Kontroll-Achse haben. Möglicherweise nehmen Kinder dominantes/ submissives Verhalten von Eltern anders wahr als durch das IPC angenommen.

Trotz dieser deutlichen Einschränkungen bezogen auf die Interpretation der Ergebnisse von Studie 2 erweist sich der IMI@YA als erstes Instrument zur Abbildung des wahrgenommenen

interpersonellen Verhaltens sowie der verdeckten Reaktion darauf von Eltern und Kindern im Rahmen von dyadischen Interaktionssituationen. Darüber hinaus wurde in Studie 2 auch der Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Variablen und Impact Messages betrachtet. Der Zusammenhang sowohl zwischen der Kontrollachse als auch der Affiliationsachse verdeutlicht die Relevanz von interpersonellen Variablen, die bereits in anderen Studien für Psychopathologie im Erwachsenenalter gezeigt werden konnte (Horowitz, 2005; Pincus et al., 2020). Impact Messages können auch im Bereich der Kinder und Jugendlichen Psychotherapie hier eine wichtige Rolle für das ätiologische Verständnis und die Diagnostik spielen.

Studie 2 beschreibt damit zum einen die Relevanz von interpersonellen Aspekten zwischen Eltern und Kindern, stellt aber auch heraus, dass der Einfluss von wahrgenommenem interpersonellem Verhalten sowie den verdeckten Reaktionen darauf im Sinne des IPCs bisher noch nicht abschließend geklärt werden kann. Das IMI@YA bietet hier allerdings einen ersten relevanten Ansatzpunkt. Die Studie deutet in Bezug auf die beschriebene Fragestellung darauf hin, dass das interpersonelle Verhalten zwischen Eltern und Kindern ein zentraler Aspekt in der klinischen Forschung und Praxis ist und in der Forschung adressiert werden sollte.

4.1.3. *Interpersonelle Faktoren als Wirkfaktor in der Psychotherapie*

Die dritte und letzte Fragestellung dieser Dissertation ist inwiefern interpersonelle Faktoren eine Rolle in Bezug auf die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen spielen. Das Psychotherapieprogramm CBASP@YoungAge adressiert diese Frage und stellt einen interpersonell fokussierten Psychotherapieansatz (CBASP) für Kinder und Jugendliche mit Depressionen dar. Studie 3 beschreibt die Untersuchung dieses Psychotherapieprogrammes im Hinblick auf die Machbarkeit im ambulanten Setting, die Wirksamkeit bezogen auf die depressiven Symptome aber auch dem interpersonellen Verhalten zwischen Bezugspersonen und Kindern. Zum Abgabezeitpunkt dieser Dissertationsschrift hat die Rekrutierung von Familien in der CBASP@YoungAge Studie an allen drei Standorten begonnen und es konnten bereits 14 Familien in die Interventionsgruppe der aktuell laufenden Studie eingeschlossen werden. Im Folgenden werden wesentliche Aspekte der Konzeptualisierung und Untersuchung des Programmes im Kontext der unterschiedlichen Studien dieser Dissertation und der beschriebenen dritten Zielsetzung diskutiert.

Basierend auf den Ergebnissen aus Studie 1 ist in CBASP@YoungAge ein übergreifender Familieneinbezug mit einem Fokus auf die Beziehungsgestaltung integriert. Abweichend zum ursprünglichen Behandlungskonzept CBASP (McCullough, 1984, 2000), das zumeist eine Einzel- oder Gruppentherapie ohne den Einbezug von Bezugspersonen darstellt, werden diese in CBASP@YoungAge übergreifend integriert. Dafür wurde ein möglichst flexibles Format gewählt, das sowohl individuelle Termine als auch Termine mit der gesamten Familie oder nur den primären Bezugspersonen ermöglicht. Die Familientermine fokussieren dabei nicht auf primär psychoedukative oder depressionsspezifische Inhalte, sondern adressieren die intrafamiliäre Kommunikation und Interaktion im Rahmen des Kiesler-Kreis-Familientrainings. Dieses Modul basiert somit auch auf den Ergebnissen von Studie 1, die unter anderem zeigen, dass es vielversprechend sein kann, interaktions- oder beziehungs-fokussiert mit der gesamten Familie zu arbeiten und Bezugspersonen gemeinsam mit Patient:innen an Terminen teilnehmen zu lassen.

Bezogen auf die adressierte Altersgruppe der Intervention hat Studie 1 gezeigt, dass die Mehrzahl der bisher bestehenden Studien zum Familieneinbezug in die Psychotherapie von Depressionen Jugendliche ab 12 Jahren fokussieren. Dies zeigt sich auch in vergleichbaren Übersichtsarbeiten (z.B. Eckshtain et al., 2019, 2022). Es besteht somit einen Bedarf an evidenzbasierten Psychotherapieprogrammen, die Depressionen auch in jüngeren Altersgruppen mit Einbezug der Bezugspersonen adressieren. Damit bietet Studie 3 in diesem Bereich einen ersten Ansatzpunkt, um auch jüngere Altersgruppen adäquat zu behandeln. Ebenfalls zeigte Studie 1, dass es bislang keine Untersuchungen gibt, die die Integration von Bezugspersonen bei Jugendlichen/jungen Erwachsenen im Altersbereich von 18-21 Jahren betrachtet, obwohl es sich hierbei um einen Altersbereich handelt, der durch Kinder- und Jugendlichentherapeut:innen in Deutschland behandelt werden darf und wird (KBV, 2021). Darüber hinaus hat sich in Studien zur Altersspanne der *Emerging Adulthood* gezeigt, dass die bestehenden Psychotherapieprogramme für Erwachsene sich nicht immer in diesem Altersbereich umsetzen lassen (Bernaras et al., 2019). Es ist damit sehr relevant, auch Patient:innen zwischen 18 und 21 Jahren in Psychotherapiestudien des Kindes- und Jugendalters zu adressieren. Die Pilotstudie (Studie 3) zu CBASP@YoungAge soll erste Ergebnisse zur Anwendung des Programmes in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen bieten.

Bezogenen auf das Alter adressiert CBASP@YoungAge damit ein breites Altersspektrum. Psychotherapeutische Interventionen sollten allerdings dem aktuellen Entwicklungsstand der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen entsprechen (Garber et al., 2016). Dies bedeutet für CBASP@YoungAge, dass vor allem die genutzten Techniken und Interventionen diesem Anspruch auch im Kindesalter, aber auch für die anderen Altersgruppen, gerecht werden sollten. Inwiefern eine Anpassung der Unterschiedlichen Aspekte von CBASP für das Kindes- und Jugendalter möglich ist, ist aktuell insbesondere für die interpersonellen Anteile des Behandlungsprogramms noch nicht umfassend geklärt. **Studie 2** hat hier gezeigt, dass eine eigenständige Anwendung und ein Verständnis von interpersonellen Konstrukten im Kindesalter bereits ab 10 Jahren möglich ist. Da im Kontext von CBASP@YoungAge insbesondere im Kiesler-Kreis-Familientraining interpersonelle Inhalte angelehnt an die Systematik des IPC mit den Patient:innen und ihren Bezugspersonen bearbeitet werden, wird auch für Studie 3 angenommen, dass dies für Kinder im Sinne der Machbarkeitsuntersuchung möglich und effektiv ist.

Schließlich wurde basierend auf den Ergebnissen von Studie 2 das Kiesler- Kreis-Familientraining konzipiert. Die Ergebnisse der Untersuchung deuten darauf hin, dass insbesondere die Skalen der Kontrollachse des IPC sowie der Skala „Feindselig“ für die praktische Anwendung des Kiesler-Kreises angepasst im Kindes- und Jugendalter angepasst werden müssen. Auch di Blas (2007) beschreibt, dass nach Analysen des IPC für Kinder und Jugendliche die entsprechenden Skalen und Achsen des IPC umbenannt wurden (z.B. in Schaefer, 1959). Dies ermögliche eine praktische Anwendung im Kindes- und Jugendalter. Sodano und Tracey (2010) diskutieren in ihrer Untersuchung ebenfalls eine altersadäquate sprachliche Formulierung der entsprechenden Konzepte. Vor diesem Hintergrund und basierend auf den Ergebnissen von Studie 2 wurde für die Anwendung in CBASP@YoungAge zum einen ein spezielles Einführungsmodul für das Kiesler-Kreis-Familientraining entwickelt und zum anderen der Kiesler-Kreis sprachlich an die Anwendung im Kindes- und Jugendbereich adaptiert. Dieses einführende Modul schließt sich im Behandlungsmanual an die Einführungsphase des Behandlungsprogramms an und bildet die Grundlage für eine regelmäßige Umsetzung des Kiesler-Kreis-Familientrainings in der Therapie. Im Kiesler-Kreis wurden die Positionen „Dominant“ und „Submissiv“ durch die Worte „Stark“ und „Sanft“ ersetzt. Darüber hinaus wird anstelle des Begriffs „Feindselig“ der Begriff „Unfreundlich“

verwendet. Durch diese Anpassungen wird erwartet, dem Effekt, dass Kinder und Bezugspersonen sich gegenseitig nicht als ausgeprägt feindselig oder dominant wahrnehmen, entgegenzuwirken. So sind die Positionen nun im Verständnis der Kinder und Jugendlichen nicht mehr als extreme Verhaltensweisen zu verstehen. Selbst wenn Bezugspersonen nach dem Konzept von Kiesler ggf. feindseliges Verhalten zeigen, so hat sich in Studie 2 gezeigt, dass dies durch die Kinder möglicherweise so nicht wahrgenommen oder benannt wird. Durch die Anpassung der Begrifflichkeiten ist davon auszugehen, dass die Patient:innen im Behandlungsprogramm einen Zugang zu dem Konzept finden können und darüber hinaus wahrnehmen können, wie sich einzelne Familienmitglieder im Rahmen des Konzeptes verhalten und diese Wahrnehmung passend im Modell verorten können. In dem Einführungsmodul zum Kiesler-Kreis-Familientraining ist, soweit möglich, die gesamte Familie integriert. Die Herangehensweise, in die Termine alle Familienmitglieder zu integrieren, ist an effektiven Konzepten orientiert, die in Studie 1 identifiziert wurden (z.B. Esposito-Smythers et al., 2019). Auch dort zeigen sich vielversprechende und wirksame Möglichkeiten für therapeutische Interventionen, die die gesamte Familie integrieren.

Studie 3 bietet damit einen Beginn in der Untersuchung von depressiven Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter mit einem Schwerpunkt auf interpersonellen Faktoren, Schwierigkeiten und familiären Einflussfaktoren. Diese Dissertation beschreibt damit die umfassende Adressierung von interpersonellen Faktoren sowohl in der Therapie (Studie 1 und Studie 3) als auch in der Diagnostik und Verlaufsuntersuchung (Studie 2). Die Integration von Bezugspersonen ist ein vielversprechender klinisch orientierter Ansatz in der Untersuchung von depressiven Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Das Studienmanual zu CBASP@YoungAge bietet dabei eine neue und theoretisch fundierte Möglichkeit, Depressionen im Kindes- und Jugendalter symptomorientiert und mit einem Fokus auf eine überdauernde Veränderung der interpersonellen Symptomatik zu behandeln.

4.2. Limitationen der vorliegenden Arbeit

Bezogen auf die Studien 1-3 sowie die Konzeptualisierung des Therapieprogramms CBASP@YoungAge müssen einige Limitationen beachtet werden. Zum einen betrifft dies den Altersbereich der eingeschlossenen Kinder in den Studien 2 und 3. Studie 1 hat gezeigt, dass aktuell

nur sehr wenige Studien für Kinder, die jünger als 10 Jahre sind, vorliegen. Es ist bekannt, dass Depressionen auch in dieser Altersgruppe auftreten und Kinder und Angehörige in ihrer Entwicklung beeinträchtigen können (Luby et al., 2009). Vor diesem Hintergrund stellt es eine deutliche Limitation der Arbeit dar, dass auch in dieser Studie keine Behandlungsmöglichkeit für diese junge Altersgruppe bereitgestellt werden kann. Hintergrund ist dabei unter anderem, dass es sich bislang als schwierig herausgestellt hat, interpersonelle Modelle auch für die Anwendung im Selbstbericht durch Vorschulkindern anzupassen. Es zeigt sich in unterschiedlichen Studien, dass das IPC auf diese Altersgruppe zwar angewendet werden kann, aber bisher eben nur in externen Ratingverfahren (Thijs et al., 2011). Somit ist auch anzunehmen, dass CBASP@YoungAge aufgrund der in Komplexität in der Anwendung aktuell nicht für die Altersgruppe < 10 Jahre geeignet ist, weshalb diese Zielgruppe in der beschriebenen Studie nicht adressiert wurde.

Eine weitere Limitation betrifft Studie 1. Basierend auf dem Einschlusskriterium, dass Studien, die eingeschlossen werden randomisierte, kontrollierte Studien sein müssen, wurden im Screeningprozess sehr viele Studien ausgeschlossen. Bezogen auf die Analyse besteht damit die Limitation, dass durch die strengen Einschlusskriterien der Studienpool sehr klein gehalten wurde, was damit auch Auswirkungen auf die weiteren Analysen hatte.

Bei Betrachtung von Studie 2 zeigt sich, dass es bezogen auf die Stichprobengröße der teilnehmenden Kinder und Eltern große Unterschiede gab. Es haben deutlich mehr Bezugspersonen als Kinder teilgenommen. Dies schränkt selbstverständlich die Interpretierbarkeit der Ergebnisse in Bezug auf das interpersonelle Verhalten zwischen Eltern und Kindern ein und insbesondere auch die Prüfung der dritten Hypothese zur Komplementarität ein.

Darüber hinaus stellt bezogen auf Studie 2 das Fehlen einer Prüfung der Konstruktvalidität eine weitere Limitation dar. Im Rahmen einer Untersuchung der Konstruktvalidität wäre es erforderlich gewesen, Instrumente, die ein ähnliches Konstrukt erfassen, wie der IMI@YA, in der Datenerhebung einzusetzen, um so zu erfassen, ob sich beide Instrumente bezogen auf die Ergebnisse ähneln oder unterscheiden. Dies war in der Umsetzung aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich. Zum einen bestehen keine Instrumente in deutscher Sprache, die validiert und normiert sind und das Konstrukt des interpersonellen Verhaltens zwischen Eltern und Kindern (heißt: das wahrgenommene interpersonelle Verhalten sowie verdeckte Reaktionen) erfassen. Bei

Verwendung eines ähnlichen Instrumentes wäre die Interpretation nur schwer möglich gewesen. Darüber hinaus ist der IMI@YA mit 64 Items ein vergleichsweise langes Instrument. In der Vor-Pilotierung des Fragebogens zeigte sich, dass dieser vor allem bei jüngeren Kindern als sehr lang wahrgenommen und daher auch häufig abgebrochen wurde. Damit war es bei Beibehaltung der Altersspanne nicht möglich, noch weitere, ähnlich umfangreiche Instrumente (bspw. Zum Erziehungsstil oder externe interpersonelle Ratings) zu integrieren.

Eine weitere Limitation besteht bezüglich der Modularität des konzeptualisierten Therapieprogramms. Nach Chorpita et al (2005) bestehen vier Kriterien, nach denen eine Intervention als modular bezeichnet werden kann. Eines der Kriterien ist, dass die unterschiedlichen Module inhaltlich nicht aufeinander aufbauen sollten, sondern eine inhaltlich unabhängige Nutzung möglich sein sollte. Dies ist bei CBASP@YoungAge in der Einführungsphase bezogen auf die Psychoedukation, Liste der Prägenden Bezugspersonen und Übertragungshypothese nicht der Fall. Diese Abschnitte bauen inhaltlich aufeinander auf und sollten durch die Therapeut:innen in der entsprechenden Reihenfolge angewendet werden. Dies limitiert selbstverständlich die Anwendungsmöglichkeiten für die Therapeut:innen. Es verringert die Flexibilität und Personalisierung der Behandlung. Allerdings zeigen viele der bislang beschriebenen modularen Interventionen (z.B. Lucassen et al., 2015) Therapieeinheiten, die nicht vollständig inhaltlich abgegrenzt werden können oder geben eine bestimmte Reihenfolge vor (insbesondere bezogen auf Psychoedukation). Damit ist aktuell davon auszugehen, dass es sich bei CBASP@YoungAge trotz dieser Einschränkung um eine modulare Intervention im Sinne der von Chorpita et al. (2005) postulierten Kriterien handelt. Außerdem betrachten wir auch die Einschränkungen, die sich dadurch für die praktische, klinische Anwendung für die Therapeut:innen ergeben, als geringfügig. Da es sich um die erste Phase der Therapie handelt, ist insgesamt zu erwarten, dass sich Therapeut:in und Patient:in zunächst kennenlernen müssen. Es ist üblich, dass zu Beginn der Therapie zunächst eine Psychoedukation und Kennlernphase erfolgt. Vor diesem Hintergrund ist ebenfalls davon auszugehen, dass sich die Einführungsphase gut in den therapeutischen Prozess einbinden lässt und damit Einschränkungen bezogen auf die Modularität vertretbar sind.

Weiterhin bestehen bezogen auf die Pilotierung des Therapieprogramms Einschränkungen in Hinblick auf mögliche Zusatzmodule. Bislang ist das Therapieprogramm beschränkt auf die

Module, die sich aus der ursprünglichen CBASP Intervention ableiten. Da Depressionen in vielen Fällen allerdings gemeinsam mit Komorbiditäten auftreten oder die Symptomatik im Kindesalter in Teilen von den Diagnosekriterien abweicht, ist davon auszugehen, dass im therapeutischen Verlauf auch weiterführende Symptome behandelt werden müssen. Aktuell ist dies in der konzeptualisierten Pilotstudie durch die Möglichkeit gegeben, komorbide Symptome in zusätzlichen Sitzungen zu adressieren, die modular in den Therapieverlauf eingefügt werden können. Allerdings werden in diesen Sitzungen keine vorher konzeptualisierten Inhalte umgesetzt, sondern Therapie im Sinne einer TAU Behandlung, passend zu den jeweiligen Symptomen. Diese Vorgehensweise wurde gewählt, da es sich um eine Psychotherapiestudie handelt, die als Pilotierung umgesetzt wird. Ziel von Studie 3 ist es zunächst, die verschiedenen adaptierten CBASP@YoungAge Module erstmalig zu untersuchen. Im Rahmen dessen ist es erforderlich, dass die Therapeut:innen beispielsweise im Rahmen von Krisen oder einer plötzlichen zusätzlich auftretenden Symptomatik (bspw. Einschlafschwierigkeiten) reagieren können und passende Interventionen einbringen können (bspw. Methoden zur Schlafhygiene), um auf die Situation zu reagieren und den Patient:innen die bestmögliche Behandlung bieten zu können. Um dieser Einschränkung entgegenzuwirken, werden auch die Inhalte dieser Therapiephasen durch die Therapeut:innen dokumentiert und die Prozessevaluation weiter durch die Patient:innen sowie die Bezugspersonen ausgefüllt. Damit können in der Auswertung die Auswirkungen dieser zusätzlichen Inhalte und Abläufe auf den allgemeinen Therapieverlauf nachvollzogen und interpretiert werden. Im weiteren Verlauf des Projektes ist darüber hinaus geplant, entsprechende Zusatzmodule zu entwickeln und zu evaluieren. Erste Vorstudien dazu sind im Rahmen von Qualifikationsarbeiten bereits durchgeführt worden.

4.3. Ausblick für Forschung und klinische Praxis

Die Studien, die im Rahmen dieser Dissertationsschrift vorgestellt wurden, haben unterschiedliche Implikationen für die weitere Forschung sowie insbesondere auch für die klinische Praxis. Bezogen auf die Analyse des Bezugspersoneneinbezuges in die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen ist es relevant, neben der generellen Wirksamkeit weitere Einflussfaktoren und Moderatorvariablen zu prüfen und zu untersuchen. Es ist damit zum einen

relevant entsprechende Ergebnismaße in Übersichtsarbeiten zu integrieren und gleichwertig miteinzubeziehen, aber auch Veränderungen neben der depressiven Symptomatik in Psychotherapiestudien zu erfassen. Dafür bietet der IMI@YA (Studie 2) einen wichtigen ersten Ansatzpunkt. Weiterführend wäre zentral, wie sich der IMI@YA in Bezug zu anderen Instrumenten verhält, die ähnliche Konstrukte (z.B. interpersonelles Verhalten im Selbstbericht, wahrgenommenes Erziehungsverhalten) erfassen. Dies könnte weitere Einblicke dahingehend bieten, inwiefern sich die Interaktion zwischen Kindern und Eltern im Unterschied zur Interaktion von nur Kindern oder nur Erwachsenen unterscheidet und welche Variablen somit bei weiteren Forschungsprojekten zusätzlich in Betracht gezogen werden müssen. Es könnte auch erfasst werden inwiefern sich die Impact Messages vom tatsächlich sichtbaren Verhalten unterscheiden und auswirken. Darüber hinaus sollten aber auch in Folgestudien zum IPC im Kindes- und Jugendalter klinische Stichproben adressiert werden, sodass erfasst werden kann, wie das IPC auch dysfunktionale Interaktionsmuster zwischen Eltern und Kindern abbildet. Auch psychophysiologische Variablen können im Rahmen von Grundlagenforschung in das Modell integriert werden. Es existieren bereits Studien, die die das Verhalten und Erleben von Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern in Interaktionssituationen die Erfassung von Eye Tracking oder physiologische Stresskorrelate abbilden (z.B. Hutchinson et al., 2019). Hier stellt das IPC eine sinnvolle Erweiterung dieses Forschungsfeldes dar.

Weiterhin wäre es in Bezug auf das Projekt CBASP@YoungAge und damit Studie 3 relevant, neben der Weiterentwicklung der CBASP spezifischen Module auch die Zusatzmodule der Studie weiterzuentwickeln. Im weiteren Forschungsprozess können vermehrt altersangepasste Therapiemodule entwickelt werden. Durch die modulare Struktur können diese in das Therapieprogramm integriert und damit auch in der weiteren Untersuchung erfasst werden. Ziel wäre nach Abschluss der Pilotstudie (Studie 3) das ambulante Behandlungsprogramm weiterzuentwickeln und basierend auf den Ergebnissen zu verbessern. Eine umfassende randomisierte, kontrollierte Untersuchung im ambulanten, aber auch stationären Setting ist ein zentraler und wichtiger Punkt in Hinblick auf eine langfristige Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen.

Implikationen, die sich aus dieser Dissertation für die klinische Praxis ergeben, können im Kontext von Prävention, Diagnostik und Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter betrachtet werden. Im Hinblick auf die behandelten Fragestellungen dieser Dissertation sind sie mit Bezug auf die Integration von Bezugspersonen auf die Therapie zu sehen. Die unterschiedlichen Studien dieser Dissertation zeigen, dass sowohl die Betrachtung von frühen Interaktionserfahrungen, das aktuelle Interaktionsverhalten und die interpersonelle Wahrnehmung und Reaktionen der einzelnen Familienmitglieder Variablen sind, die für die Entwicklung, Aufrechterhaltung und Behandlung eine entscheidende Rolle spielen. Die Erfassung und Veränderung von Interaktionsprozessen zwischen Eltern und Kindern sollte damit bereits frühzeitig in unterschiedlichen praktischen Kontexten eine Rolle spielen. Hierbei ist beispielsweise die Metaanalyse von Loechner et al. (2018) zu nennen, die sich diesem präventiven Bereich widmet und einen ersten Ansatz für die Integration von Bezugspersonen in die Prävention darstellt.

Interpersonelle Faktoren, sowie die Beziehung zwischen den primären Bezugspersonen und den Kindern sollten weiterhin in der Diagnostik von depressiven Erkrankungen betrachtet werden. Die Anwendung von ökonomischen und praktisch aussagekräftigen Verfahren ist hier von erheblicher Relevanz. Eine individuelle Abbildung der Interaktionsqualität sollte sich auf die prognostische Einschätzung von Kliniker:innen auswirken. Vor allem aber sollte diese Einschätzung Einfluss nehmen auf die Planung und Umsetzung der Behandlung. Stellen interpersonelle Schwierigkeiten eine subjektive Belastung für Kinder oder Bezugspersonen dar, müssen diese in der Psychotherapie adressiert und behandelt werden.

Auch wenn aktuelle Ergebnisse der CBASP@YoungAge Studie noch nicht vorliegen, so zeigt sich dennoch, dass es im Rahmen der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen einen großen Bedarf in der Behandlung von Depressionen mit zusätzlicher Adressierung der Interaktion mit Bezugspersonen gibt. Da Depressionen zumeist im Kontext interpersoneller Probleme auftreten, diese aber in bereits bestehenden Programmen nur bedingt adressiert werden, schließt CBASP@YoungAge hier eine bestehende Lücke in der Versorgung der betroffenen Familien. Es sollte aber auch in anderen Behandlungen die interpersonelle Komponente der Erkrankung nicht außer Acht gelassen werden. Bezugspersonen können in die Therapie über Beratung und Psychoedukation hinaus miteinbezogen werden. Der aktive Umgang mit intrafamiliärer Interaktion und

Kommunikation stellt einen vielversprechenden Ansatz in der Behandlung dar und auch das aktuelle Abrechnungssystem in Deutschland bietet die Möglichkeit, Bezugspersonen regelmäßig einzubeziehen. Therapeut:innen können diese Bezugspersonenstunden damit in der Therapie nutzen, um eine intrafamiliäre Veränderung zu erreichen. Auch in Fällen, in denen ein Einbezug der Bezugsperson nicht möglich sein sollte, schließt das eine Betrachtung der interpersonellen Verhaltensweisen und Beziehungen nicht aus. Mögliche Erweiterungen von CBASP@YoungAge sollten auch eine Anwendung des Interaktionstrainings im Einzelsetting darstellen (vgl. Guhn et al., 2019).

Zusammenfassend zeigen sich damit breite Implikationen für die Forschung und klinische Praxis. Interpersonelle Faktoren können in allen Phasen der Prävention, Diagnostik und Intervention eine sinnvolle und relevante Erweiterung darstellen und Behandlungen nachhaltiger und effektiver gestalten.

4.4. Fazit

Die vorliegende Dissertation untersucht den Einfluss von interpersonellen Faktoren im Kontext der Psychotherapie von Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Es ist für die Prävention, Diagnostik und Intervention von entscheidender Relevanz das soziale Umfeld frühzeitig einzubeziehen, um damit auch langfristig eine Veränderung bezogen auf negative Interaktionserfahrungen in der Kindheit und Jugend zu erreichen. Das soziale und familiäre Umfeld stellt im interpersonellen Kontext eine spezifische Interaktionssituation dar, welche in der Therapie durch konkrete beziehungsfokussierte, Interventionen adressiert werden kann. Die vorliegende Dissertation untersucht unterschiedliche Einflussfaktoren, sowie Erfassungsmöglichkeiten und integriert diese in ein modulares Behandlungskonzept welches aktuell im ambulanten klinischen Setting angewendet wird. Sie stellt außerdem die Konzeptualisierung einer multizentrischen Machbarkeitsstudie dar, welches das Therapiekonzept nach den aktuellen Standards der Psychotherapieforschung untersucht. Es handelt sich damit bei dieser Dissertation, um einen sowohl theoretisch als auch praktisch fundierten und orientierten Ansatz zur Optimierung einer wirksamen und praktikablen Psychotherapie und klinische Forschung für Kinder- und Jugendliche mit Depressionen.

5. Literaturverzeichnis

- Allen, J. P., Insabella, G., Porter, M. R., Smith, F. D., Land, D., & Phillips, N. (2006). *A Social-Interactional Model of the Development of Depressive Symptoms in Adolescence*. 74(1), 55–65.
- Allen, N. B., Kuppens, P., & Sheeber, L. B. (2012). Heart rate responses to parental behavior in depressed adolescents. *Biological Psychology*, 90(1), 80–87. <https://doi.org/10.1016/J.BIOPSYCHO.2012.02.013>
- Alto, M., Handley, E., Rogosch, F., Cicchetti, D., & Toth, S. (2018). Maternal relationship quality and peer social acceptance as mediators between child maltreatment and adolescent depressive symptoms: Gender differences. *Journal of Adolescence*, 63, 19–28. <https://doi.org/10.1016/J.ADOLESCENCE.2017.12.004>
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3. Auflage.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. Auflage. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Angold, A., & Costello, E. J. (2009). The epidemiology of depression in children and adolescents. *The Depressed Child and Adolescent*, 143–178. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511543821.007>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) - Ständige Kommission Leitlinien. (2013). *Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen – Evidenz-und konsensbasierte Leitlinie (S3)* (pp. 1–74). <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-041.html>
- Avenevoli, S., Swendsen, J., He, J. P., Burstein, M., & Merikangas, K. R. (2015). Major Depression in the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement: Prevalence, Correlates, and Treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 37-44.e2. <https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2014.10.010>

- Babore, A., Trumello, C., Candelori, C., Paciello, M., & Cerniglia, L. (2016). Depressive Symptoms, Self-Esteem and Perceived Parent–Child Relationship in Early Adolescence. *Frontiers in Psychology, 7*, 982. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00982>
- Balázs, J., Miklósi, M., Keresztény, Á., Hoven, C. W., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., Cosman, D., Cotter, P., Haring, C., Iosue, M., Kaess, M., Kahn, J.-P., Keeley, H., Marusic, D., Postuvan, V., Resch, F., ... Wasserman, D. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(6), 670–677. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12016>
- Bandura, A. (1985). Model of Causality in Social Learning Theory. *Cognition and Psychotherapy, 81–99*. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-7562-3_3
- Bate, J., & Tsakas, A. (2022). Facilitative interpersonal skills are relevant in child therapy too, so why don't we measure them? *Research in Psychotherapy : Psychopathology, Process, and Outcome, 25*(1). <https://doi.org/10.4081/RIPPO.2022.595>
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., Wright, E. J., & Cooper, A. B. (2004). A Family-Based Approach to the Prevention of Depressive Symptoms in Children at Risk: Evidence of Parental and Child Change. *Pediatrics, 112*(2), 119–131. <https://doi.org/10.1542/peds.112.2.e119>
- Beier, G. E., & Young, M. D. (1966). *The Silent Language of Psychotherapy*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315134925>
- Bentovim, A., Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., Gray, J., Pizzey, S., & Vizard, E. (2021). The value of a modular, multi-focal, therapeutic approach to addressing child maltreatment: Hope for Children and Families Intervention Resources – a discussion article. *Child Abuse & Neglect, 119*(1). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104703>
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., & Garaigordobil, M. (2019). Child and adolescent depression: A review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments. *Frontiers in Psychology, 10*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543>

- Bertha, E. A., & Balazs, J. (2013). Subthreshold depression in adolescence: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22(10), 589–603. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0411-0>
- Bilsky, S. A., Cole, D. A., Dukewich, T. L., Martin, N. C., Sinclair, K. R., Tran, C. v., Roeder, K. M., Felton, J. W., Tilghman-Osborne, C., Weitlauf, A. S., & Maxwell, M. A. (2013). Does supportive parenting mitigate the longitudinal effects of peer victimization on depressive thoughts and symptoms in children? *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 406–419. <https://doi.org/10.1037/A0032501>
- Bird, T., Tarsia, M., & Schwannauer, M. (2018). Interpersonal styles in major and chronic depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 239, 93–101. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2018.05.057>
- Boustani, M., Regan, J., & Stanick, C. (2020). Modular CBT for Youth: Principles and Guides. In R. D. Friedberg & B. Nakamura (Eds.), *Cognitive Behavioral Therapy in Youth: Tradition and Innovation*. Humana. https://doi.org/10.1007/978-1-0716-0700-8_12
- Brakemeier, E.-L., Guhn, A., & Normann, C. (2021). *Praxisbuch CBASP: Behandlung chronischer Depressionen: Vol. 2. Auflage*. Beltz Verlag.
- Brakemeier, E.-L., & Herpertz, S. C. (2019). Innovative Psychotherapieforschung: auf dem Weg zu einer evidenz- und prozessbasierten individualisierten und modularen Psychotherapie. *Der Nervenarzt*, 90(11), 1125–1134. <https://doi.org/10.1007/S00115-019-00808-9>
- Brakemeier, E.-L., & Normann, C. (2012). *Praxisbuch CBASP: Behandlung chronischer Depressionen*. Beltz Verlag.
- Brakemeier, E.-L., Radtke, M., Engel, V., Zimmermann, J., Tuschen-Caffier, B., Hautzinger, M., Schramm, E., Berger, M., & Normann, C. (2015). Overcoming Treatment Resistance in Chronic Depression: A Pilot Study on Outcome and Feasibility of the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy as an Inpatient Treatment Program. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 51–56. <https://doi.org/10.1159/000369586>

- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3–4), 372–394. <https://doi.org/10.1111/J.1469-7610.2006.01615.X>
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), A. der W. M. F. (AWMF). (n.d.). *Nationale VersorgungsLeitlinie- Unipolare Depression* (Version 3.). <http://books.google.com/books?id=SVRONj2KLcwC&pgis=1>
- Carlson, G. A. (2000). The challenge of diagnosing depression in childhood and adolescence. *Journal of Affective Disorders*, 61, 3–8. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00283-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00283-4)
- Carlson, G. A., & Cantwell, D. P. (1980). A Survey of Depressive Symptoms, Syndrome and Disorder in a Child Psychiatric Population. *J. Child Psychot. Psychiat*, 21, 19–25.
- Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: the current evidence base. *Journal of Family Therapy*, 41(2), 153–213. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12226>
- Carson, R. (1969). *Interaction concepts of personality*. Routledge. <https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9780429025136>
- Caspar, F., Berger, T., Fingerle, H., & Werner, M. (2016). Das deutsche IMI. *Psychotherapie im Dialog*, 17(04), 1–10. <https://doi.org/10.1055/s-0042-105981>
- Chang, C. W., Yuan, R., & Chen, J. K. (2018). Social support and depression among Chinese adolescents: The mediating roles of self-esteem and self-efficacy. *Children and Youth Services Review*, 88, 128–134. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.03.001>
- Chiu, A. W., Langer, D. A., McLeod, B. D., Har, K., Drahota, A., Galla, B. M., Jacobs, J., Ifekwunigwe, M., & Wood, J. J. (2013). Effectiveness of modular CBT for child anxiety in elementary schools. *School Psychology Quarterly*, 28(2), 141–153. <https://doi.org/10.1037/SPQ0000017>
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., & Weisz, J. R. (2005). Modularity in the design and application of therapeutic interventions. *Applied and Preventive Psychology*, 11(3), 141–156. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2005.05.002>
- Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., O'Connor, E., Seeley, J. R., & Debar, L. (2002). Group Cognitive-Behavioral Treatment for Depressed Adolescent Offspring of

- Depressed Parents in a Health Maintenance Organization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(3), 305–313.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200203000-00010>
- Cole, D. A., Martin, J. M., Peek, L. G., Seroczynski, A. D., & Hoffman, K. (1998). Are cognitive errors of underestimation predictive or reflective of depressive symptoms in children: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(3), 481–496.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.3.481>
- Cole, D. A., Martin, N. C., Sterba, S. K., Sinclair-McBride, K., Roeder, K. M., Zerkowitz, R., & Bilsky, S. A. (2014). Peer victimization (and harsh parenting) as developmental correlates of cognitive reactivity, a diathesis for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(2), 336–349. <https://doi.org/10.1037/A0036489>
- Cole, D. A., Sinclair-McBride, K. R., Zerkowitz, R., Bilsky, S. A., Roeder, K., & Spinelli, T. (2016). Peer Victimization and Harsh Parenting Predict Cognitive Diatheses for Depression in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(5), 668–680. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1004679>
- Constantino, M. J., Laws, H. B., Arnow, B. A., Klein, D. N., Rothbaum, B. O., & Manber, R. (2012). The relation between changes in patients' interpersonal impact messages and outcome in treatment for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 354–364. <https://doi.org/10.1037/a0028351>
- Costello, E. J., & Angold, A. (1988). Scales to Assess Child and Adolescent Depression: Checklists, Screens, and Nets. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(6), 726–737.
- Costello, E. J., Erkanli, A., & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1263–1271.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01682.x>
- Coulter, A. (2017). Measuring what matters to patients. *BMJ*, 356.
<https://doi.org/10.1136/BMJ.J816>

- Crowe, M., Ward, N., Dunnachie, B., & Roberts, M. (2006). Characteristics of adolescent depression. *International Journal of Mental Health Nursing*, *15*(1), 10–18. <https://doi.org/10.1111/J.1447-0349.2006.00399.X>
- Crowell, S. E., Baucom, B. R., Yaptangco, M., Bride, D., Hsiao, R., McCauley, E., & Beauchaine, T. P. (2014). Emotion dysregulation and dyadic conflict in depressed and typical adolescents: Evaluating concordance across psychophysiological and observational measures. *Biological Psychology*, *98*(1), 50–58. <https://doi.org/10.1016/J.BIOPSYCHO.2014.02.009>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H., Stikkelbroek, Y., Weisz, J. R., & Furukawa, T. A. A. (2021). The effects of psychological treatments of depression in children and adolescents on response, reliable change, and deterioration: a systematic review and meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *0123456789*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01884-6>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M. Y., Corteselli, K. A., Noma, H., Quero, S., & Weisz, J. R. (2020). Psychotherapy for Depression across Different Age Groups: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *77*(7), 694–702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0164>
- DGPPN. (2015). S3-Leitlinie / Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Langfassung. *Ärztliches Zentrum Für Qualität Der Medizin*. <https://doi.org/10.6101/AZQ/000266>
- di Blas, L. (2007). A Circumplex Model of Interpersonal Attributes in Middle Childhood. *Journal of Personality*, *75*(4), 863–897. <https://doi.org/10.1111/J.1467-6494.2007.00459.X>
- di Blas, L., Grassi, M., Luccio, R., & Momentè, S. (2012). Assessing the Interpersonal Circumplex Model in Late Childhood: The Interpersonal Behavior Questionnaire for Children. *Assessment*, *19*(4), 421–441. <https://doi.org/10.1177/1073191111401172>
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E., & Remschmidt, H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Auflage). Hogrefe Verlag.

- DiSalvo, C. A., & McCullough, J. P. (2002). Treating a Chronically Depressed Adolescent Female Using the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy: A Case Study. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2002 32:4, 32(4), 273–280. <https://doi.org/10.1023/A:1020572826900>
- Donohue, M. R., Whalen, D. J., Gilbert, K. E., Hennefield, L., Barch, D. M., & Luby, J. L. (2019). Preschool Depression: a Diagnostic Reality. In *Current Psychiatry Reports* (Vol. 21, Issue 12, pp. 1–8). Springer. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1102-4>
- Duong, M. T., Cruz, R. A., King, K. M., Violette, H. D., & Mccarty, C. A. (2016). Twelve-Month Outcomes of a Randomized Trial of the Positive Thoughts and Action Program for Depression among Early Adolescents. *Prevention Science*, 17(3), 295–305. <https://doi.org/10.1007/s11065-015-9294-9>.
- Eckshtain, D., Horn, R., & Weisz, J. R. (2022). Family-Based Interventions for Youth Depression: Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Child Psychiatry & Human Development* 2022, 1–12. <https://doi.org/10.1007/S10578-022-01375-Y>
- Eckshtain, D., Kuppens, S., Ugueto, A., Ng, M. Y., Vaughn-Coaxum, R., Corteselli, K., & Weisz, J. R. (2020). Meta-Analysis: 13-Year Follow-up of Psychotherapy Effects on Youth Depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.04.002>
- Emmelkamp, J., Kooistra, L., Oppen, P. Van, Schaik, D. Van, Hoogendoorn, A., Dekker, J., Beekman, A., James McCullough, Jr., & Wiersma, J. (2020). Long-Term Outcome of Treatment for Persistent Depressive Disorder: A Naturalistic Follow-Up Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(1), 54–56.
- Esposito-Smythers, C., Wolff, J. C., Liu, R. T., Hunt, J. I., Adams, L., Kim, K., Frazier, E. A., Yen, S., Dickstein, D. P., & Spirito, A. (2019). Family-focused cognitive behavioral treatment for depressed adolescents in suicidal crisis with co-occurring risk factors: a randomized trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(10), 1133–1141. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13095>
- Evans, S. C., Weisz, J. R., Carvalho, A. C., Garibaldi, P. M., Bearman, S. K., & Chorpita, B. F. (2020). Effects of standard and modular psychotherapies in the treatment of youth with

- severe irritability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 255–268.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000456> M4 - Citavi
- Eyre, O., Hughes, R. A., Thapar, A. K., Leibenluft, E., Stringaris, A., Smith, G. D., Stergiakouli, E., Collishaw, S., & Thapar, A. (2019). Childhood neurodevelopmental difficulties and risk of adolescent depression: the role of irritability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(8), 866–874. <https://doi.org/10.1111/JCPP.13053>
- Fauber, R. L., & Long, N. (1991). Children in context: The role of the family in child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(6), 813–820.
<https://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=7&sid=7174ee7e-078e-4fd9-8294-aed110ded55f%40pdc-v-sessmgr02&bdata=JnNpdGU9ZWZwhvc3QtbGl2ZQ%3D%3D#AN=1992-43921-001&db=pdh>
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2007). Recurrence of major depression in adolescence and early adulthood, and later mental health, educational and economic outcomes. *The British Journal of Psychiatry*, 191(4), 335–342.
<https://doi.org/10.1192/BJP.BP.107.036079>
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1993). Prevalence and Comorbidity of DSM-III-R Diagnoses in a Birth Cohort of 15 Year Olds. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1127–1134. <https://doi.org/10.1097/00004583-199311000-00004>
- Finan, L. J., Ohannessian, C. M. C., & Gordon, M. S. (2018). Trajectories of depressive symptoms from adolescence to emerging adulthood: The influence of parents, peers, and siblings. *Developmental Psychology*, 54(8), 1555–1567. <https://doi.org/10.1037/dev0000543>
- Fletcher, J. (2013). Adolescent Depression and Adult Labor Market Outcomes. *Southern Economic Journal*, 80(1), 26–49. <https://doi.org/10.4284/0038-4038-2011.193>
- Forbes, E. E., Stepp, S. D., Dahl, R. E., Ryan, N. D., Whalen, D., Axelson, D. A., Birmaher, B., & Silk, J. S. (2012). Real-world affect and social context as predictors of treatment response in child and adolescent depression and anxiety: an ecological momentary assessment

- study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 22(1), 37–47.
<https://doi.org/10.1089/cap.2011.0085>
- Foster, S., & Mohler-Kuo, M. (2018). Treating a broader range of depressed adolescents with combined therapy. *Journal of Affective Disorders*, 241, 417–424.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.027>
- Franko, D. L., Striegel-Moore, R. H., Thompson, D., Schreiber, G. B., & Daniels, S. R. (2005). Does adolescent depression predict obesity in black and white young adult women? *Psychological Medicine*, 35(10), 1505–1513.
<https://doi.org/10.1017/S0033291705005386>
- Furukawa, T. A. A., Efthimiou, O., Weitz, E. S. S., Cipriani, A., Keller, M. B. B., Kocsis, J. H. H., Klein, D. N. N., Michalak, J., Salanti, G., Cuijpers, P., & Schramm, E. (2018). Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy, drug, or their combination for persistent depressive disorder: Personalizing the treatment choice using individual participant data network metaregression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(3), 140–153.
<https://doi.org/10.1159/000489227>
- Galbally, M., & Lewis, A. J. (2017). Depression and parenting: the need for improved intervention models. *Current Opinion in Psychology*, 15, 61–65.
<https://doi.org/10.1016/j.COPSYC.2017.02.008>
- Garber, J., Frankel, S. A., & Herrington, C. G. (2016). Developmental Demands of Cognitive Behavioral Therapy for Depression in Children and Adolescents: Cognitive, Social, and Emotional Processes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 181.
<https://doi.org/10.1146/ANNUREV-CLINPSY-032814-112836>
- Garber, J., Keiley, M. K., & Martin, N. C. (2002). Developmental trajectories of adolescents' depressive symptoms: Predictors of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 79–95. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.79>
- Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B., & von Witzleben, I. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*, 48(1), 28–36. <https://doi.org/10.1026//0012-1924.48.1.28>

- Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H., & Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children. *Journal of Pediatrics*, *206*, 256–267. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.021>
- Ghasemi, N., Nori, L., & Abdi Zarrin, S. (2019). The Effect of Parent Management Training (PMT) on the Reduction of Behavioral Symptoms in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Quarterly Journal of Child Mental Health*, *6*(2), 1–12. <https://doi.org/10.29252/JCMH.6.2.2>
- Goodyer, I. M., Reynolds, S., Barrett, B., Byford, S., Dubicka, B., Hill, J., Holland, F., Kelvin, R., Midgley, N., Roberts, C., Senior, R., Target, M., Widmer, B., Wilkinson, P., & Fonagy, P. (2017). Cognitive-behavioural therapy and short-term psychoanalytic psychotherapy versus brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depression (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, *21*(12). <https://doi.org/10.3310/hta21120>
- Gorostiaga, A., Aliri, J., Balluerka, N., & Lameirinhas, J. (2019). Parenting styles and internalizing symptoms in adolescence: a systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(17). <https://doi.org/10.3390/ijerph16173192>
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1998). Consequences of depression during adolescence: Marital status and marital functioning in early adulthood. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*(4), 686–690. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.4.686>
- Guhn, A., Köhler, S., & Brakemeier, E.-L. (2019). *Kiesler-Kreis-Training*. Beltz Verlag.
- Harmon, S. L., Price, M. A., Corteselli, K. A., Lee, E. H., Metz, K., Bonadio, F. T., Hersh, J., Marchette, L. K., Rodríguez, G. M., Raftery-Helmer, J., Thomassin, K., Bearman, S. K., Jensen-Doss, A., Evans, S. C., & Weisz, J. R. (2021). Evaluating a Modular Approach to Therapy for Children With Anxiety, Depression, Trauma, or Conduct Problems (MATCH) in School-Based Mental Health Care: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, *12*, 639493. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2021.639493>

- Higgins, J. P. T., Thompson, S. G., Deeks, J. J., & Altman, D. G. (2003). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *BMJ. British Medical Journal*. <https://doi.org/10.1002/sim.1186>
- Hollenstein, T., Granic, I., Stoolmiller, M., & Snyder, J. (2004). Rigidity in parent-child interactions and the development of externalizing and internalizing behavior in early childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(6), 595–607. <https://doi.org/10.1023/B:JACP.0000047209.37650.41>
- Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U., Mauz, E., & Group, K. S. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 57, 807–819. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-1979-3>
- Holtforth, M. G., Bents, H., Mauler, B., & Grawe, K. (2006). Interpersonal distress as a mediator between avoidance goals and goal satisfaction in psychotherapy inpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(3), 172–182. <https://doi.org/10.1002/CP.486>
- Hölzel, L., Härter, M., Reese, C., & Kriston, L. (2011). Risk factors for chronic depression — A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 129(1–3), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.03.025>
- Hopwood, C. J., Pincus, A. L., & Wright, A. G. C. (2021). Six assumptions of contemporary integrative interpersonal theory of personality and psychopathology. *Current Opinion in Psychology*, 41, 65–70. <https://doi.org/10.1016/J.COPSYC.2021.03.007>
- Horowitz, L. M. (2005). Interpersonal foundations of psychopathology. In *Interpersonal foundations of psychopathology*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10727-000>
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric Properties and Clinical Applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 885–892. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.885>

- Horowitz, L. M., Wilson, K. R., Turan, B., Zolotsev, P., Constantino, M. J., & Henderson, L. (2006). How interpersonal motives clarify the meaning of interpersonal behavior: A revised circumplex model. *Personality and Social Psychology Review*, *10*(1), 67–86. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1001_4
- Hughes, E. K., & Gullone, E. (2010). Discrepancies between adolescent, mother, and father reports of adolescent internalizing symptom levels and their association with parent symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, *66*(9), 978–995. <https://doi.org/10.1002/JCLP.20695>
- Hutcherson, S. T., & Epkins, C. C. (2009). Differentiating parent- and peer-related interpersonal correlates of depressive symptoms and social anxiety in preadolescent girls: *Journal of Social and Personal Relationships*, *26*(6–7), 875–897. <https://doi.org/10.1177/0265407509345654>
- Hutchinson, E. A., Rosen, D., Allen, K., Price, R. B., Amole, M., & Silk, J. S. (2019). Adolescent Gaze-Directed Attention During Parent–Child conflict: The Effects of Depressive Symptoms and Parent–Child Relationship Quality. *Child Psychiatry and Human Development*, *50*(3), 483–493. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0856-y>
- In-Albon, T., & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of Childhood Anxiety Disorders: A Meta-Analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *76*(1), 15–24. <https://doi.org/10.1159/000096361>
- Israel, P., & Diamond, G. S. (2013). Feasibility of attachment based family therapy for depressed clinic-referred Norwegian adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *18*(3), 334–350. <https://doi.org/10.1177/1359104512455811>
- Israel, P., & Langeveld, J. H. (2021). Psychometric properties of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-C) used with a clinical sample of adolescents: a preliminary study. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, *9*(1), 87–95. <https://doi.org/10.21307/SJCAPP-2021-010>
- Jellinek, M. S., & Snyder, J. B. (1998). Depression and Suicide in Children and Adolescents. *Pediatrics in Review*, *19*(8), 255–264. <https://doi.org/10.1542/PIR.19-8-255>

- Kaufman, J., Martin, A., King, R. A., & Charney, D. (2001). Are Child-, Adolescent-, and Adult-Onset Depression One and the Same Disorder? *Society of Biological Psychiatry*, *49*, 980–1001.
- Kazdin, A. E., Esveldt-Dawson, K., Sherick, R. B., & Colbus, D. (1985). Assessment of Overt Behavior and Childhood Depression Among Psychiatrically Disturbed Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *53*(2), 201–210. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.53.2.201>
- KBV, K. B. (2021). *Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)*. <https://www.kbv.de/html/online-ebm.php> (Online Zugriff am: 12.11.22)
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., Markowitz, J. C., Nemeroff, C. B., Russell, J. M., Thase, M. E., Trivedi, M. H., Blalock, J. A., Borian, F. E., Jody, D. N., DeBattista, C., Koran, L. M., Schatzberg, A. F., Fawcett, J., Hirschfeld, R. M. A., ... Zajecka, J. (2000). A Comparison of Nefazodone, the Cognitive Behavioral-Analysis System of Psychotherapy, and Their Combination for the Treatment of Chronic Depression. *The New England Journal of Medicine*, *342*(20), 282–290. <https://doi.org/10.1056/NEJM200005183422001>
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Ries Merikangas, K. (2001). Mood Disorders in Children and Adolescents: An Epidemiologic Perspective. *Society of Biological Psychiatry*, *49*(1), 1002–1014. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.04.007>
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, *90*(3), 185–214. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.90.3.185>
- Kiesler, D. J. (1987). *IMI manual for the impact message inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Kiesler, D. J. (1991). Interpersonal Methods of Assessment and Diagnosis. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Pergamon general psychology series, Vol. 162. Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 438–468). Pergamon Press.
- Kiesler, D. J. (1996). Wiley series in clinical psychology and personality. Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology, and psychotherapy. In

- Journal of Biomedical Engineering and Biosciences* (Issue 2). John Wiley & Sons.
<https://doi.org/TBD>
- Klaus, N. M., Mobilio, A., & King, C. A. (2009). Parent–Adolescent Agreement Concerning Adolescents’ Suicidal Thoughts and Behaviors. *Journal of Clinical & Adolescent Psychology*, *38*(2), 245–255. <https://doi.org/10.1080/15374410802698412>
- Klein, J. P., Erkens, N., Schweiger, U., Kriston, L., Bausch, P., Zobel, I., Hautzinger, M., Schoepf, D., Serbanescu, I., Bailer, J., Backenstrass, M., Wambach, K., Walter, H., Härter, M., & Schramm, E. (2018). Does Childhood Maltreatment Moderate the Effect of the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy versus Supportive Psychotherapy in Persistent Depressive Disorder? *Psychotherapy and Psychosomatics*, *87*(1), 46–48. <https://doi.org/10.1159/000484412>
- Kocsis, J. H., Gelenberg, A. J., Rothbaum, B. O., Klein, D. N., Trivedi, M. H., Manber, R., Keller, M. B., Leon, A. C., Wisniewski, S. R., Arnow, B. A., Markowitz, J. C., Thase, M. E., & Investigators, R. (2009). Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy and Brief Supportive Psychotherapy for Augmentation of Antidepressant Nonresponse in Chronic Depression: The REVAMP Trial. *Archives of General Psychiatry*, *66*(11), 1178–1188. <https://doi.org/10.1001/ARCHGENPSYCHIATRY.2009.144>
- Koepke, S., & Denissen, J. J. A. (2012). Dynamics of identity development and separation–individuation in parent–child relationships during adolescence and emerging adulthood – A conceptual integration. *Developmental Review*, *32*(1), 67–88. <https://doi.org/10.1016/J.DR.2012.01.001>
- Kopala-Sibley, D. C., Zuroff, D. C., Leybman, M. J., & Hope, N. (2013). Recalled peer relationship experiences and current levels of self-criticism and self-reassurance. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *86*(1), 33–51. <https://doi.org/10.1111/J.2044-8341.2011.02044.X>
- Korczak, D. J., & Goldstein, B. I. (2009). Childhood Onset Major Depressive Disorder: Course of Illness and Psychiatric Comorbidity in a Community Sample. *Journal of Pediatrics*, *155*(1), 118–123. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.01.061>

- Krause, K. R., Bear, H. A., Edbrooke-Childs, J., & Wolpert, M. (2019). Review: What Outcomes Count? A Review of Outcomes Measured for Adolescent Depression Between 2007 and 2017. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 58*(1). <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.893>
- Krause, K. R., Edbrooke-Childs, J., Singleton, R., & Wolpert, M. (2021). Are We Comparing Apples with Oranges? Assessing Improvement Across Symptoms, Functioning, and Goal Progress for Adolescent Anxiety and Depression. *Child Psychiatry & Human Development 2021*. <https://doi.org/10.1007/S10578-021-01149-Y>
- Krause, K. R., Midgley, N., Edbrooke-Childs, J., & Wolpert, M. (2020). A comprehensive mapping of outcomes following psychotherapy for adolescent depression: The perspectives of young people, their parents and therapists. *European Child & Adolescent Psychiatry, 1*, 1–13. <https://doi.org/10.1007/S00787-020-01648-8>
- Kuppens, P., Sheeber, L. B., Yap, M. B. H., Whittle, S., Simmons, J. G., & Allen, N. B. (2012). Emotional inertia prospectively predicts the onset of depressive disorder in adolescence. *Emotion, 12*(2), 283–289.
- Lack, C. W., & Green, A. L. (2009). Mood Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Pediatric Nursing, 24*(1), 13–25. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.04.007>
- Lakdawalla, Z., Hankin, B. L., & Mermelstein, R. (2007). Cognitive Theories of Depression in Children and Adolescents: A Conceptual and Quantitative Review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 10*(1). <https://doi.org/10.1007/s10567-006-0013-1>
- Leary, T. F. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation*. Ronald.
- Lewis, A. J., Kremer, P., Douglas, K., Toumborou, J. W., Hameed, M. A., Patton, G. C., & Williams, J. (2015). Gender differences in adolescent depression: Differential female susceptibility to stressors affecting family functioning. *Australian Journal of Psychology, 67*(3), 131–139. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12086>
- Liang, J., Li, J., Wu, R., Li, J., Qian, S., Jia, R., Wang, Y., Qian, Y., & Xu, Y. (2020). Effectiveness comparisons of various psychosocial therapies for children and adolescents with

- depression: a Bayesian network meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2020 30:5, 30(5), 685–697. <https://doi.org/10.1007/S00787-020-01492-W>
- Lieb, R., Isensee, B., Höfler, M., Pfister, H., & Wittchen, H.-U. (2002). Parental Major Depression and the Risk of Depression and Other Mental Disorders in Offspring. *Archives of General Psychiatry*, 59(4), 365. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.4.365>
- Locke, K. D., Sayegh, L., Penberthy, J. K., Weber, C., Haentjens, K., & Turecki, G. (2017). Interpersonal Circumplex Profiles Of Persistent Depression: Goals, Self-Efficacy, Problems, And Effects Of Group Therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 73(6), 595–611. <https://doi.org/10.1002/JCLP.22343>
- Loechner, J., Starman, K., Galuschka, K., Tamm, J., Schulte-Körne, G., Rubel, J., & Platt, B. (2018). Preventing depression in the offspring of parents with depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 60, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.009>
- Luby, J. L., Barch, D. M., Whalen, D., Tillman, R., & Freedland, K. E. (2018). A randomized controlled trial of parent-child psychotherapy targeting emotion development for early childhood depression. *American Journal of Psychiatry*, 175(11), 1102–1110. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18030321>
- Luby, J. L., Belden, A. C., Pautsch, J., Si, X., & Spitznagel, E. (2009). The clinical significance of preschool depression: Impairment in functioning and clinical markers of the disorder. *J Affect Disord*, 112(1–3), 111–119. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.03.026>.
- Lucassen, M. F. G., Stasiak, K., Crengle, S., Weisz, J. R., Frampton, C. M. A., Bearman, S. K., Ugueto, A. M., Herren, J., Cribb-Su'a, A., Faleafa, M., Kingi-'Ulu'ave, D., Loy, J., Scott, R. M., Hartdegen, M., & Merry, S. N. (2015). Modular Approach to Therapy for Anxiety, Depression, Trauma, or Conduct Problems in outpatient child and adolescent mental health services in New Zealand: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0982-9>
- Lukat, J., Margraf, J., Lutz, R., van der Veld, W. M., & Becker, E. S. (2016). Psychometric properties of the Positive Mental Health Scale (PMH-scale). *BMC Psychology*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0111-x>

- Lyon, A. R., Lau, A. S., McCauley, E., Stoep, A. Vander, & Chorpita, B. F. (2014). A case for modular design: Implications for implementing evidence-based interventions with culturally diverse youth. *Professional Psychology: Research and Practice, 45*(1), 57–66.
- Lyon, A. R., Ludwig, K., Romano, E., Koltracht, J., vander Stoep, A., McCauley, E., Stoep, A. vander, & McCauley, E. (2014). Using Modular Psychotherapy in School Mental Health: Provider Perspectives on Intervention-Setting Fit. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 43*(6), 890–901. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.843460>
- Mahoney, G., Spiker, D., & Boyce, G. (2016). Clinical Assessments of Parent-Child Interaction: Are Professionals Ready To Implement This Practice? *Parent-Child Assessment, 16*(1), 26–50. <https://doi.org/10.1177/027112149601600105>
- Marchette, L. K., & Weisz, J. R. (2017). Practitioner Review: Empirical evolution of youth psychotherapy toward transdiagnostic approaches. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58*(9), 970–984. <https://doi.org/10.1111/JCPP.12747>
- Markey, P. M., & Markey, C. N. (2009). A brief assessment of the interpersonal circumplex: The IPIP-IPC. *Assessment, 16*(4), 352–361. <https://doi.org/10.1177/1073191109340382>
- Markey, P. M., Markey, C. N., & Tinsley, B. (2005). Applying the Interpersonal Circumplex to Children's Behavior: Parent-Child Interactions and Risk Behaviors. *Personality and Social Bulletin, 31*(4), 549–559. <https://doi.org/10.1177/0146167204271587>
- Masi, G., Favilla, L., & Mucci, M. (1998). Depressive disorder in children and adolescents. *European Journal of Paediatric Neurology, 2*(6), 287–295. [https://doi.org/10.1016/S1090-3798\(98\)80003-2](https://doi.org/10.1016/S1090-3798(98)80003-2)
- Mazza, J. J., Fleming, C. B., Abbott, R. D., Haggerty, K. P., & Catalano, R. F. (2010). Identifying Trajectories of Adolescents' Depressive Phenomena: An Examination of Early Risk Factors. *Journal of Youth and Adolescents, 39*(6), 579–593. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2009.08.003>. Predictive
- McCauley, E., Mitchell, J. R., Burke, P., & Moss, S. (1988). Cognitive Attributes of Depression in Children and Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 903–908. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.903>

- McCullough, J. P. (1984). Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy: an interactional treatment approach for dysthymic disorder. *Psychiatry*, *47*(3), 234–250.
- McCullough, J. P. (2000). Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). In *Journal of Psychotherapy Integration* (Vol. 13, Issues 3–4). Guildford. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.13.3-4.241>
- McCullough, J. P. (2006). Treating chronic depression with disciplined personal involvement: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). *Treating Chronic Depression with Disciplined Personal Involvement: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*, 1–194. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-31066-4>
- McCullough, J. P. (2010). CBASP, the Third Wave and the treatment of chronic depression. *Journal of European Psychotherapy*, *9*(1), 169–190.
- McCullough, J. P. (2021). Characteristics of the Optimal Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) Therapist Role. *Frontiers in Psychiatry*, *11*(January), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.609954>
- McCullough, J. P., Schramm, E., & Penberthy, J. K. (2015). *CBASP as a Distinctive Treatment for Persistent Depressive Disorder*. Routledge.
- McLaughlin, A. E., Campbell, F. A., Pungello, E. P., & Skinner, M. (2007). Depressive symptoms in young adults: The influences of the early home environment and early educational child care. *Child Development*, *78*(3), 746–756. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01030.x>
- McLeod, B. D., Weisz, J. R., & Wood, J. J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *27*(8), 986–1003. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2007.03.001>
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *49*(10), 980–989. <https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2010.05.017>

- Mezulis, A. H., Shibley, J., & Abramson, L. Y. (2006). The developmental origins of cognitive vulnerability to depression: Temperament, parenting, and negative life events in childhood as contributors to negative cognitive style. *Developmental Psychology, 42*(6), 1012–1025. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.6.1012>
- Michalak, J., Schultze, M., Heidenreich, T., & Schramm, E. (2015). A randomized controlled trial on the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy and a group version of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronically depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(5), 951–963. <https://doi.org/10.1037/ccp0000042>
- Midgley, N., Parkinson, S., Holmes, J., Stapley, E., Eatough, V., & Target, M. (2015). Beyond a diagnosis: The experience of depression among clinically-referred adolescents. *Journal of Adolescence, 44*, 269–279. <https://doi.org/10.1016/J.ADOLESCENCE.2015.08.007>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2010). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *International Journal of Surgery, 8*, 336–341. <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Mojtabai, R., Olfson, M., & Han, B. (2016). National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics, 138*(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1878>
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Sessa, F. M., Avenevoli, S., & Essex, M. J. (2002). Temperamental Vulnerability and Negative Parenting as Interacting Predictors of Child Adjustment. *Journal of Marriage and Family, 64*(2), 461–471. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00461.x>
- Mueller, C., & Orvaschel, H. (1997). The failure of “adult” interventions with adolescent depression: What does it mean for theory, research and practice? *Journal of Affective Disorders, 44*(2–3), 203–215. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(97\)00040-2](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(97)00040-2)
- Mullarkey, M. C., Marchetti, I., & Beevers, C. G. (2018). Using Network Analysis to Identify Central Symptoms of Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 48*(4), 656–668. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1437735>

- Mychailyszyn, M. P., & Elson, D. M. (2018). Working through the blues: A meta-analysis on Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A). *Children and Youth Services Review, 87*, 123–129. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2018.02.011>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2013). Depression in children and young people. Quality standard 48. *National Institute for Health and Clinical Excellence, September 2013*, 312–317. <https://doi.org/10.4324/9781003083139-48>
- Naumann, S., Bertram, H., Kuschel, A., Heinrichs, N., Hahlweg, K., & Döpfner, M. (2010). Der Erziehungsfragebogen (EFB) Ein Fragebogen zur Erfassung elterlicher Verhaltenstendenzen in schwierigen Erziehungssituationen. *Diagnostica, 56*(3), 144–157. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000018>
- Nelson, B. W., Byrne, M. L., Sheeber, L. B., & Allen, N. B. (2017). Does Context Matter? A Multi-Method Assessment of Affect in Adolescent Depression Across Multiple Affective Interaction Contexts: *Clinical Psychological Science, 5*(2), 239–258. <https://doi.org/10.1177/2167702616680061>
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. P. (1986). Learned Helplessness in Children. A Longitudinal Study of Depression, Achievement, and Explanatory Style. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(2), 435–442. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.2.435>
- O'Mahen, H. A., Karl, A., Moberly, N., & Fedock, G. (2015). The association between childhood maltreatment and emotion regulation: Two different mechanisms contributing to depression? *Journal of Affective Disorders, 174*, 287–295. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2014.11.028>
- Orchard, F., Pass, L., Marshall, T., & Reynolds, S. (2017). Clinical characteristics of adolescents referred for treatment of depressive disorders. *Child and Adolescent Mental Health, 22*(2), 61–68. <https://doi.org/10.1111/camh.12178>
- Ormel, J., Raven, D., Van Oort, F., Hartman, C. A., Reijneveld, S. A., Veenstra, R., Vollebergh, W. A. M., Buitelaar, J., Verhulst, F. C., & Oldehinkel, A. J. (2021). Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-

- morbidity of DSM disorders. *Psychological Medicine*, 45, 345–360.
<https://doi.org/10.1017/S0033291714001469>
- O’Shea, G., Spence, S. H., & Donovan, C. L. (2014). Interpersonal Factors Associated with Depression in Adolescents: Are These Consistent with Theories Underpinning Interpersonal Psychotherapy? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(6), 548–558.
<https://doi.org/10.1002/CP.1849>
- Oud, M., de Winter, L., Vermeulen-Smit, E., Bodden, D., Nauta, M., Stone, L., van den Heuvel, M., Taher, R. al, de Graaf, I., Kendall, T., Engels, R., & Stikkelbroek, Y. (2019). Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European Psychiatry*, 57, 33–45.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.008>
- Piaget, J. (1976). Piaget’s Theory. In B. Inhelder, H. H. Chipman, & C. Zwingmann (Eds.), *Piaget and His School* (pp. 11–23). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-46323-5_2
- Pincus, A. L., Hopwood, C. J., & Wright, A. G. C. (2020). The interpersonal situation: An integrative framework for the study of personality, psychopathology, and psychotherapy. In J. F. Rauthmann, R. A. Sherman, & D. C. Funder (Eds.), *The Oxford handbook of psychological Situations* (pp. 124–142). Oxford University Press.
- Puig-Antich, J., & Weston, B. (1983). The Diagnosis and Treatment of Major Depressive Disorder in Childhood. *Annual Review of Medicine*, 34(1), 231–245.
<https://doi.org/10.1146/annurev.me.34.020183.001311>
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(5–6), 871–878.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-3121.2006.00685.x>
- Restifo, K., & Bögels, S. (2009). Family processes in the development of youth depression: Translating the evidence to treatment. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 294–316.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.005>

- Rie, H. E. (1966). Depression in Childhood: A Survey of Some Pertinent Contributions. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 5(4), 653–685. [https://doi.org/10.1016/S0002-7138\(09\)61960-9](https://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)61960-9)
- Roorda, D. L., Koomen, H. M. Y., Spilt, J. L., Thijs, J. T., & Oort, F. J. (2013). Interpersonal behaviors and complementarity in interactions between teachers and kindergartners with a variety of externalizing and internalizing behaviors. *Journal of School Psychology*, 51(1), 143–158. <https://doi.org/10.1016/J.JSP.2012.12.001>
- Rottenberg, J. (2005). Mood and Emotion in Major Depression: *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 167–170. <https://doi.org/10.1111/J.0963-7214.2005.00354.X>
- Sabaß, L., Padberg, F., Normann, C., Engel, V., Konrad, C., Helmle, K., Jobst, A., Worlitz, A., & Brakemeier, E.-L. (2018). Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy as group psychotherapy for chronically depressed inpatients: a naturalistic multicenter feasibility trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(8). <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0843-5>
- Sander, J. B., & McCarty, C. A. (2005). Youth Depression in the Family Context: Familial Risk Factors and Models of Treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(3), 203–219. <https://doi.org/10.1007/s10567-005-6666-3>
- Sanford, M., Boyle, M., McCleary, L., Miller, J., Steele, M., Duku, E., & Offord, D. (2006). A pilot study of adjunctive family psychoeducation in adolescent major depression: Feasibility and treatment effect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(4), 386–395. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000198595.68820.10>
- Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of depression: genetic and environmental factors. *The Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), 51–71. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.12.001>
- Sawyer, M. G., Pfeiffer, S., & Spence, S. H. (2009). Life events, coping and depressive symptoms among young adolescents: A one-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 117(1–2), 48–54. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2008.12.013>

- Schaefer, E. S. (1959). A circumplex model for maternal behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 59*(2), 226–235. <https://doi.org/10.1037/h0041114>
- Schleider, J. L., & Weisz, J. R. (2017). Family process and youth internalizing problems: A triadic model of etiology and intervention. *Development and Psychopathology, 29*(1), 273–301. <https://doi.org/10.1017/S095457941600016X>
- Schmidt, J. A., Wagner, C. C., & Kiesler, D. J. (1999a). Covert Reactions to Big Five Personality Traits: The Impact Message Inventory and the NEO-PI-R. *European Journal of Psychological Assessment, 15*(3), 221–232. <https://doi.org/10.1027//1015-5759.15.3.221>
- Schmidt, J. A., Wagner, C. C., & Kiesler, D. J. (1999b). Psychometric and circumplex properties of the octant scale Impact Message Inventory (IMI-C): A structural evaluation. *Journal of Counseling Psychology, 46*(3), 325–334. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.46.3.325>
- Schneider, S., Unnewehr, S., & Margraf, J. (2000). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS)*. Springer.
- Schramm, E., Kriston, L., Elsaesser, M., Fangmeier, T., Meister, R., Bausch, P., Zobel, I., Bailer, J., Wambach, K., Backenstrass, M., Klein, J. P., Schoepf, D., Schnell, K., Gumz, A., Löwe, B., Walter, H., Wolf, M., Domschke, K., Berger, M., ... Härter, M. (2019). Two-Year Follow-Up after Treatment with the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy versus Supportive Psychotherapy for Early-Onset Chronic Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics, 88*(3), 154–164. <https://doi.org/10.1159/000500189>
- Schramm, E., Kriston, L., Zobel, I., Bailer, J., Wambach, K., Backenstrass, M., Klein, J. P., Schoepf, D., Schnell, K., Gumz, A., Bausch, P., Fangmeier, T., Meister, R., Berger, M., Hautzinger, M., & Härter, M. (2017). Effect of disorder-specific vs nonspecific psychotherapy for chronic depression: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 74*(3), 233–242. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3880>
- Schramm, E., Zobel, I., Dykieriek, P., Kech, S., Brakemeier, E.-L., Külz, A., & Berger, M. (2011). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus interpersonal psychotherapy for early-onset chronic depression: A randomized pilot study. *Journal of Affective Disorders, 129*(1–3), 109–116. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2010.08.003>

- Schramm, E., Zobel, I., Schoepf, D., Fangmeier, T., Schnell, K., Walter, H., Drost, S., Schmidt, P., Brakemeier, E.-L., Berger, M., & Normann, C. (2015). Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy versus Escitalopram in Chronic Major Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics, 84*(4), 227–240. <https://doi.org/10.1159/000381957>
- Schwartz, O. S., Dudgeon, P., Sheeber, L. B., Yap, M. B. H., Simmons, J. G., & Allen, N. B. (2012). Parental behaviors during family interactions predict changes in depression and anxiety symptoms during adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*(1), 59–71. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9542-2>
- Schwartz, O. S., Sheeber, L. B., Dudgeon, P., & Allen, N. B. (2012). Emotion socialization within the family environment and adolescent depression. *Clinical Psychology Review, 32*(6), 447–453. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.002>
- Seiffge-Krenke, I., & Kollmar, F. (1998). Discrepancies between Mothers' and Fathers' Perceptions of Sons' and Daughters' Problem Behaviour: A Longitudinal Analysis of Parent–Adolescent Agreement on Internalising and Externalising Problem Behaviour. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 39*(5), 687–697. <https://doi.org/10.1017/S0021963098002492>
- Seligman, M. E. P., Kaslow, N. J., Alloy, L. B., Peterson, C., Tanenbaum, R. L., & Abramson, L. Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology, 93*(2), 235–238. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.93.2.235>
- Shapero, B. G., Black, S. K., Liu, R. T., Klugman, J., Bender, R. E., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2014). Stressful Life Events and Depression Symptoms: The Effect of Childhood Emotional Abuse on Stress Reactivity. *Journal of Clinical Psychology, 70*(3), 209–223.
- Sheeber, L. B., Allen, N. B., Davis, B., & Sorensen, E. (2000). Regulation of Negative Affect During Mother–Child Problem-Solving Interactions: Adolescent Depressive Status and Family Processes. *Journal of Abnormal Child Psychology 2000 28:5, 28*(5), 467–479. <https://doi.org/10.1023/A:1005135706799>
- Sheeber, L. B., Allen, N. B., Leve, C., Davis, B., Shortt, J. W., & Katz, L. F. (2009). Dynamics of affective experience and behavior in depressed adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(11), 1419–1427. <https://doi.org/10.1111/J.1469-7610.2009.02148.X>

- Sheeber, L. B., Kuppens, P., Shortt, J. W., Katz, L. F., Davis, B., & Allen, N. B. (2012). Depression is associated with the escalation of adolescents' dysphoric behavior during interactions with parents. *Emotion, 12*(5), 913–918. <https://doi.org/10.1037/a0025784>
- Shewark, E. A., Matern, M., Klump, K. L., Levendosky, A. A., & Burt, S. A. (2022). Interpersonal Complementarity as a Predictor of Parent–Child Relationship Quality. *Journal of Family Psychology, 36*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/FAM0000964>
- Sijtsema, J. J., Oldehinkel, A. J., Veenstra, R., Verhulst, F. C., & Ormel, J. (2014). Effects of structural and dynamic family characteristics on the development of depressive and aggressive problems during adolescence The TRAILS study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 23*(6), 499–513. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0474-y>
- Sodano, S. M., & Tracey, T. J. G. (2010). Interpersonal Traits in Childhood: Development of the Child and Adolescent Interpersonal Survey. *Journal of Personality Assessment, 87*(3), 317–329. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8703_12
- Spielmanns, G. I., Pasek, L. F., & Mcfall, J. P. (2007). What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 27*, 642–654. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.06.001>
- Spruit, A., Goos, L., Weenink, N., Rodenburg, R., Niemeyer, H., Stams, G. J., & Colonesi, C. (2020). The Relation Between Attachment and Depression in Children and Adolescents: A Multilevel Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review, 23*(1), 54–69. <https://doi.org/10.1007/S10567-019-00299-9/TABLES/2>
- Stallard, P. (2013). Adapting cognitive behaviour therapy for children and adolescents. *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families, Third Edition, 22–33*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139344456.005>
- Stark, K. D., Banneyer, K. N., Wang, L. A., & Arora, P. (2012). Child and adolescent depression in the family. *Couple and Family Psychology: Research and Practice, 1*(3), 161–184. <https://doi.org/10.1037/a0029916>
- Steffen, A., Akmatov, M. K., Holstiege, J., & Bätzing, J. (2019). Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter

- vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. *Zentralinstitut Für Die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland*, 1(15), 1–30. <https://doi.org/10.20364/VA-18.07>
- Strauss, B. M. (2008). *Diagnostische Methoden nach dem Interpersonalen Modell der Persönlichkeit*.
- Struck, N., Gärtner, T., Kircher, T., & Brakemeier, E.-L. (2021). Social Cognition and Interpersonal Problems in Persistent Depressive Disorder vs. Episodic Depression: The Role of Childhood Maltreatment. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.608795>
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Norton.
- Sun, M., Rith-Najarian, L. R., Williamson, T. J., & Chorpita, B. F. (2019). Treatment Features Associated with Youth Cognitive Behavioral Therapy Follow-Up Effects for Internalizing Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48, 269–283. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1443459>
- Sydow, K. von, Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. W., & Schweitzer, J. (2013). The Efficacy of Systemic Therapy for Childhood and Adolescent Externalizing Disorders: A Systematic Review of 47 RCT. *Family Process*, 52(4), 576–618. <https://doi.org/10.1111/FAMP.12047>
- Tang, X., Tang, S., Ren, Z., & Wong, D. F. K. (2019). Prevalence of depressive symptoms among adolescents in secondary school in mainland China: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 498–507. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.043>
- The KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires - Quality of life questionnaires for children and adolescents*. Pabst Science Publishers.
- The Lancet Psychiatry. (2020). Measuring success: the problem with primary outcomes. *The Lancet Psychiatry*, 7(1), 1. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30483-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30483-3)
- Thijs, J., Koomen, H., Roorda, D., & ten Hagen, J. (2011). Explaining teacher–student interactions in early childhood: An interpersonal theoretical approach. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 32(1), 34–43. <https://doi.org/10.1016/J.APPDEV.2010.10.002>

- Thulin, U., Svirsky, L., Serlachius, E., Andersson, G., & Öst, L.-G. (2014). The Effect of Parent Involvement in the Treatment of Anxiety Disorders in Children: A Meta-Analysis. *Cognitive Behavior Therapy, 43*(3), 185–200. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.923928>
- Tompson, M. C., Sugar, C. A., Langer, D. A., & Asarnow, J. R. (2017). A randomized clinical trial comparing family-focused treatment and individual supportive therapy for depression in childhood and early adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56*(6), 515–523. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.018>
- Tracey, T. J. G. (2004). Levels of interpersonal complementarity: A simplex representation. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*(9), 1211–1225. <https://doi.org/10.1177/0146167204264075>
- Tsigilis, N., Karamane, E., & Gregoriadis, A. (2021). Examination of Student–Teacher Interpersonal Relationships Circumplex Model in the Greek Educational Context. *Psychological Reports, 0*(0), 1–19. <https://doi.org/10.1177/003329412111061078>
- Vance, A., & Winther, J. (2021). Irritability, Depressed Mood, Inattention and Spatial Working Memory in Children and Adolescents with Major Depressive Disorder With/ Without Persistent Depressive Disorder. *Child Psychiatry and Human Development, 52*, 800–807. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01061-x>
- Varley, C. K. (2006). Treating Depression in Children and Adolescents What Options Now ? *CNS Drugs, 20*(1), 1–13.
- Viechtbauer, W. (2010). Conducting meta-analyses in R with the metafor. *Journal of Statistical Software, 36*(3), 1–48. <https://doi.org/10.18637/jss.v036.i03>
- Wagner, C. C., Kiesler, D. J., & Schmidt, J. A. (1995). Assessing the Interpersonal Transaction Cycle: Convergence of Action and Reaction Interpersonal Circumplex Measures. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(5), 938–949. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.5.938>
- Wagner, C. C., & Safran, J. D. (2010). Donald J. Kiesler: Interpersonal manifesto. *Bringing Psychotherapy Research to Life: Understanding Change through the Work of Leading Clinical Researchers.*, 211–220. <https://doi.org/10.1037/12137-018>

- Waraan, L., Rognli, E. W., Czajkowski, N. O., Mehlum, L., & Aalberg, M. (2020). Efficacy of attachment-based family therapy compared to treatment as usual for suicidal ideation in adolescents with MDD. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *26*(2), 464–474. <https://doi.org/10.1177/1359104520980776>
- Wartberg, L., Kriston, L., & Thomasius, R. (2018). Depressive Symptoms in Adolescents: Prevalence and Associated Psychosocial Features in a Representative Sample. *Deutsches Ärzteblatt International*, *115*(33–34), 549. <https://doi.org/10.3238/ARZTEBL.2018.0549>
- Weersing, V. R., Jeffreys, M., Do, M. C. T., Schwartz, K. T. G. G., & Bolano, C. (2017). Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Depression. *Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *46*(1), 11–43. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1220310>
- Weinberg, W. A., Rutman, J., Sullivan, L., Penick, E. C., & Dietz, S. G. (1973). Depression in children referred to an educational diagnostic center: Diagnosis and treatment: Preliminary report. *The Journal of Pediatrics*, *83*(6), 1065–1072. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(73\)80552-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(73)80552-9)
- Weiss, B., & Garber, J. (2003). Developmental differences in the phenomenology of depression. *Development and Psychopathology*, *15*(2), 403–430. <https://doi.org/10.1017/S0954579403000221>
- Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K., Daleiden, E. L., Ugueto, A. M., Ho, A., Martin, J., Gray, J., Alleyne, A., Langer, D. A., Southam-Gerow, M. A., Gibbons, R. D., Glisson, C., Green, E. P., Hoagwood, K. E., Kelleher, K., ... Mayberg, S. (2012). Testing Standard and Modular Designs for Psychotherapy Treating Depression, Anxiety, and Conduct Problems in Youth. *Archives of General Psychiatry*, *69*(3), 274–282. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.147>
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Hawley, K. M., & Jensen-Doss, A. (2013). Performance of evidence-based youth psychotherapies compared with usual clinical care: A multilevel meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *70*(7), 750–761. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1176>

- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., Jensen-Doss, A., Hawley, K. M., Krumholz Marchette, L. S., Chu, B. C., Weersing, V. R., & Fordwood, S. R. (2017). What Five Decades of Research Tells Us About the Effects of Youth Psychological Therapy : A Multilevel Meta-Analysis and Implications for Science and Practice. *American Psychologist*, *72*(2), 79–117. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/a0040360>
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Vaughn-Coaxum, R. A., Ugueto, A. M., Eckshtain, D., & Corteselli, K. A. (2019). Are Psychotherapies for Young People Growing Stronger? Tracking Trends Over Time for Youth Anxiety, Depression, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and Conduct Problems. *Perspectives on Psychological Science*, *14*(2), 216–237. <https://doi.org/10.1177/1745691618805436>
- Weisz, J. R., Mccarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapie for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *132*(1), 132–149. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.132>
- Weisz, J. R., Southam-Gerow, M. A., & Mccarty, C. A. (2001). Control-Related Beliefs and Depressive Symptoms in Clinic-Referred Children and Adolescents: Developmental Differences and Model Specificity. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*(1), 97–109. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.1.97>
- Wendt, L. P., Wright, A. G. C., Pilkonis, P. A., Nolte, T., Fonagy, P., Montague, P. R., Benecke, C., Krieger, T., & Zimmermann, J. (2019). The latent structure of interpersonal problems: Validity of dimensional, categorical, and hybrid models. *Journal of Abnormal Psychology*, *128*(8), 823–839. <https://doi.org/10.1037/abn0000460>
- Wesselhoeft, R., Heiervang, E. R., Kragh-Sørensen, P., Juul Sørensen, M., Bilenberg, N., Kragh-Soerensen, P., Juul Soerensen, M., & Bilenberg, N. (2016). Major depressive disorder and subthreshold depression in prepubertal children from the Danish National Birth Cohort. *Comprehensive Psychiatry*, *70*, 65–76. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.06.012>
- Whalen, D. J., Sylvester, C. M., & Luby, J. L. (2017). Depression and Anxiety in Preschoolers: A Review of the Past 7 Years. In *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*

- (Vol. 26, Issue 3, pp. 503–522). W.B. Saunders.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2017.02.006>
- Whitaker, R. (2005). Anatomy of an Epidemic: Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America. *Ethical Human Sciences and Services*, 7(1), 23–35.
<https://doi.org/10.1891/1523-150X.7.1.23>
- Wiersma, J. E., van Schaik, D. J. F., Hoogendorn, A. W., Dekker, J. J., Van, H. L., Schoevers, R. A., Blom, M. B. J., Maas, K., Smit, J. H., McCullough Jr., J. P., Beekman, A. T. F., & van Oppen, P. (2014). The Effectiveness of the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for Chronic Depression: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(5), 263–269. <https://doi.org/10.1159/000360795>
- Wiggins, J. S. (1991). Agency and communion as conceptual coordinates for the understanding and measurement of interpersonal behavior. In D. Cicchetti & W. M. Grove (Eds.), *Thinking clearly about psychology: Essays in honor of Paul E. Meehl* (pp. 89–113). University of Minnesota Press. <https://psycnet.apa.org/record/1992-98084-009>
- Wiggins, J. S. (1995). Interpersonal Adjective Scales. *European Journal of Psychological Assessment*, 15(3), 196–205. <https://doi.org/10.1027//1015-5759.15.3.196>
- Wiggins, J. S., Trapnell, P., & Phillips, N. (2010). Psychometric and Geometric Characteristics of the Revised Interpersonal Adjective Scales (IAS-R). *Multivariate Behavior Research*, 23(4), 517–530. https://doi.org/10.1207/S15327906MBR2304_8
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Adolescent mental health in the European Region: Factsheet for World Mental Health Day 2018*.
- Wright, A. G. C., Pincus, A. L., & Hopwood, C. J. (2022). Contemporary Integrative Interpersonal Theory: Integrating Structure, Dynamics, Temporal Scale, and Levels of Analysis Aidan. *Journal of Abnormal Psychology*.
- Wright, A. G. C., Pincus, A. L., & Lenzenweger, M. F. (2012). An empirical examination of distributional assumptions underlying the relationship between personality disorder

symptoms and personality traits. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(3), 699–706.
<https://doi.org/10.1037/A0029042>

Yap, M. B. H., & Jorm, A. F. (2015). Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 424–440. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2015.01.050>

Zemp, M., Bodenmann, G., & Cummings, E. M. (2016). The significance of interparental conflict for children. Rationale for couple-focused programs in family therapy. *European Psychologist*, 21(2), 108. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000245>

Zhou, X., Teng, T., Zhang, Y., del Giovane, C., Furukawa, T. A. A., Weisz, J. R., Li, X., Cuijpers, P., Coghill, D., Xiang, Y., Hetrick, S. E., Leucht, S., Qin, M., Barth, J., Ravindran, A. v., Yang, L., Curry, J., Fan, L., Silva, S. G., ... Xie, P. (2020). Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 581–601. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30137-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30137-1)

6. Anhang

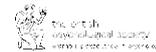
A. Manuskript – Studie 1



Received: 12 March 2021 | Accepted: 23 February 2022

DOI: 10.1111/papt.12392

REVIEW ARTICLE



Family involvement in psychotherapy for depression in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis

Nele Dippel¹ | Katharina Szota¹ | Pim Cuijpers² |
Hanna Christiansen¹ | Eva-Lotta Brakemeier^{1,3}

¹Philipps-University of Marburg, Marburg, Germany

²Vrije-University Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

³University Greifswald, Greifswald, Germany

Correspondence

Nele Dippel, Philipps-University of Marburg,
Frankfurter Straße 35, 35032 Marburg, Germany.
Email: nele.dippel@uni-marburg.de

Abstract

Purpose: Depressive disorders in children and adolescents have an enormous impact on their general quality of life. There is a clear need to effectively treat depression in this age group. Effects of psychotherapy can be enhanced by involving caregivers. In our systematic review and meta-analysis, we examine for the first time the effects of caregiver involvement in depression-specific interventions for children and adolescents.

Methods: We included randomized controlled trials examining the effects of interventions for children and adolescents with depression involving their caregivers or families compared to interventions without including caregivers. Primary outcome was the severity of childhood and adolescent depression.

Results: Overall, 19 randomized controlled trials could be included ($N = 1553$) that were highly heterogeneous regarding outcome measures or the extent of caregiver integration. We were able to include $k = 17$ studies in our meta-analysis and find a small but significant effect for family-involved interventions against active control conditions without family-involvement at post intervention ($\alpha = 0.05$, $d = 0.34$; $[0.07; 0.60]$; $p = .01$).

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

© 2022 The Authors. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of The British Psychological Society.

Conclusions: We detected an overall significant but small effect of family/caregivers' involvement compared to control groups without it. Structured, guideline-based research is urgently needed to identify for which children/adolescents with depression, under what circumstances, and in what form the family should be effectively involved in their psychotherapy.

KEYWORDS

adolescents, caregiver, children, depression, family, psychotherapy

Practitioner points

- There is a broad spectrum of different therapeutic approaches to involve the family/caregiver in psychotherapy.
- Family involvement can achieve improved treatment outcomes for children and adolescents with depression.
- Practitioners should routinely involve family/caregivers in psychotherapy.

BACKGROUND

Interest has been growing over the last 30 years in research on the epidemiology, aetiology, and treatment of children and adolescents with depression (Weersing et al., 2017). Worldwide prevalence rates for any depressive disorder in children and adolescents vary from about 1.7% (Finsaas et al., 2018; Ghandour et al., 2019) to 2.8% in preschool-aged children (Polanczyk et al., 2015), and between 6.1% (Ghandour et al., 2019) and 17.3% (Ormel et al., 2021) in adolescents. Note that overall prevalence rates in adolescence resemble those in adulthood, while those for children are much lower. Even so, depressive symptoms or major depressive disorder (MDD) in childhood or adolescence tend to follow a chronic course or reappear in adulthood (Birmaher et al., 1996; Copeland et al., 2009; Rutter et al., 2006). Early onset depressive episodes are associated with more severe and chronic episodes of depression in later life phases (Johnson et al., 2018; Köhler et al., 2019), lower quality of life, and with higher levels of comorbidities associated with other medical and mental disorders (Zisook et al., 2007). Depression affects children and adolescents in transition stages especially during their lives, and has a deep impact on their general quality of life (Murray et al., 2013). We thus need to effectively treat depression in this age group via early and evidence-based interventions (Johnson et al., 2018).

Generally, effects of psychotherapy are positive for children and adolescents (Weisz et al., 2017), with an overall moderate effect size (g) of 0.46 that drops to 0.36 in follow-up assessments. In their analysis, they also investigated whether the target problem or type of therapy influences therapy impact. With respect to depressive disorders in childhood and adolescence, this results in an overall small effect (g) of 0.29 for post-treatment and 0.22 for follow-up assessments (Weisz et al., 2017). These small effects are in line with other reviews or meta-analyses focusing on psychotherapy's efficacy in children and adolescents with depression (Oud et al., 2019; Yang et al., 2017). A review and meta-analysis (Weisz et al., 2006) was recently updated (Eckshtain et al., 2019) and reports an overall effect size (g) of 0.36 at post-treatment and 0.21 at follow-up; the authors reported no relevant change in the effect sizes in the last 15 years. These studies replicate the effects of other investigations (Cuijpers et al., 2020), and confirm the lack of any significant changes in efficacy over the last decade. The evidence has emphasized

the need for specific research into how the psychotherapy for depression in children and adolescents can be optimized. There have been even few reviews and meta-analyses that address their effectiveness. Wergeland et al. (2021) identified 8 studies with an overall effect size of 1.25; they included both uncontrolled and randomized, control trials.

One target to heighten effects might be involving the family of depressed youth, as there is evidence of an influence by the family environment on children's internalized symptoms (Armsden et al., 1990; Babore et al., 2016). Parental behaviour is assumed to influence children and adolescents in the development of depressive disorders (Feeny et al., 2009; Johnco & Rapee, 2018; McLaughlin et al., 2007), and some major risk factors for juvenile depression are associated with parenting, such as harsh parenting or parental over-involvement (Pinquart, 2017; Van Voorhees et al., 2008; Yap & Jorm, 2015). Studies also demonstrate positive aspects of family interaction when it is supportive and conducive (Roberts et al., 1996; Whittle et al., 2014). Positive relationships between caregivers and children have a long-lasting supportive effect on development (Sandler et al., 2011), and positive changes in the therapy of caregiver behaviour can also alleviate pre-existing symptoms (Schwartz et al., 2012).

With respect to psychotherapy in children and adolescents in general, Weisz et al. (2017) demonstrated in a meta-analysis that involving families and parents in psychotherapy increases the efficacy of the intervention, resulting in a slightly higher, though still moderate effect size (g) of 0.42. In line with this, Oud et al. (2019) noted a correlating association between favourable depression treatment outcomes in youths and parent involvement in psychotherapy, as did Carr (2019) in a systematic review on systemic family interventions. Even low threshold interventions with family involvement resulted in positive effects on child development and depressive symptoms (McLaughlin et al., 2007). Further, parental involvement in children's psychotherapy proved to be a predictor for positive follow-up effects on symptom improvement (Sun et al., 2019). Overall, there is correlational evidence that family and parent involvement in youths' psychotherapy may positively impact symptoms overall (Weisz et al., 2017) as well as depression symptoms (Oud et al., 2019), though the existing studies vary in their results (Weersing et al., 2017; Weisz et al., 2013) and overall effects are at best small to moderate (Schwartz et al., 2012; Schwartz et al., 2012).

In sum, there are studies investigating effective treatments for children and adolescents with depression, but compared to similar common disorders of childhood and adolescence such as anxiety disorders or attention deficit/hyperactivity disorder, the number thereof is quite limited (Weisz et al., 2019). The few studies and meta-analyses available provide general evidence that psychotherapeutic interventions result in small to moderate effects that can be reinforced by involving the family and caregivers. The aim of the current study is thus to focus on the effects of family or caregiver involvement on treating depression, as there is no systematic evidence yet on this topic. In a systematic review and meta-analyses, we thus posed the question: "What are the effects of family/caregiver involvement on the efficacy of psychotherapeutic treatment of children and adolescents with depression?". By using the term *caregivers*, we refer to biological parents or other custodians, and by *family*, we refer to caregivers with their children and other immediate family members who are involved in therapy sessions. This terminology aims to clearly differentiate these two groups.

METHODS

Study selection

To identify relevant studies, we employed the Participants, Interventions, Comparisons, Outcomes, and Study type (PICOS) scheme (Moher et al., 2010). Studies were included if participants (P) were 21 years of age or younger and been diagnosed with an MDD, dysthymia, or subthreshold depressive symptoms (SD). Diagnoses had to have been made by applying evaluated self-rating instruments, clinical or subclinical interviews, or external assessment instruments targeting depressive symptoms. Participants had to have undergone psychotherapeutic treatment aiming to treat depression and including their family or caregivers. The intervention group needed to have a specific, significant focus on integrating the family or caregiver

within some or all the psychotherapy sessions (I), and they were compared against a comparison group without family or caregiver involvement (which could be a waitlist control or a treatment that did not involve family or caregivers or not to the same extent as the intervention group) (C). Outcome measures of studies needed to be operationalized as severity of depression, level of functioning, or depressive symptoms. Studies needed to compare their intervention group to their control group at post-measurement after the intervention (O). We only included randomized controlled trials. Case-control, pilot, or cohort studies with no randomized allocation were excluded (S). Trials with caregivers who had a history of depression were included in the analysis, although that was not an inclusion criterion. Studies had to be in English or German. There were no restrictions related to the publication year or any other filters.

Search strategy

To identify potential studies for this review, our search incorporated five different databases (PubMed, PsycINFO, ERIC, COCHRANE, and PSYNDEX). We additionally searched the reference sections of reviews and meta-analyses as well as treatment guidelines (see Appendix 1). To find unpublished material, we screened dissertations and theses and contacted authors in the given field directly. In case of systematic reviews or meta-analysis, those were screened for includable studies as well. Our search strategy relied on the topic-specific terms below (see Figure 1).

The data selection process was based on the PRISMA flow chart (Moher et al., 2010). Titles and abstracts of the studies were selected after searching databases or other additional sources based on the inclusion criteria. After this initial screening (KS, ND), a full text screening based on the inclusion criteria was performed by two independent researchers (KS, ND). Discrepancies about the eligibility of studies were resolved with the assistance of other independent team members (HC, ELB).

Data extraction and analysis

The extracted information included intervention format, study population, sample size, participant demographics and baseline measurement characteristics, details on the intervention and control conditions, study methodology, recruitment and study completion rates, outcomes, and measurement times. If data were unavailable, we contacted the study's authors. The extracted outcome of the studies addressed the efficacy of treatments, that is, the operationalization of the change in severity of depression or depressive symptoms, and is basically oriented on DSM-III, -IV, -5 (American Psychiatric Association (APA), 2013) or ICD-10 (Dilling et al., 2015). Based on Hazell et al. (2002) and Loechner et al. (2018), we applied the hierarchical ranking according to Petti (1985) and Hazell et al. (2002) of self-report depression measurement instruments. If there was more than

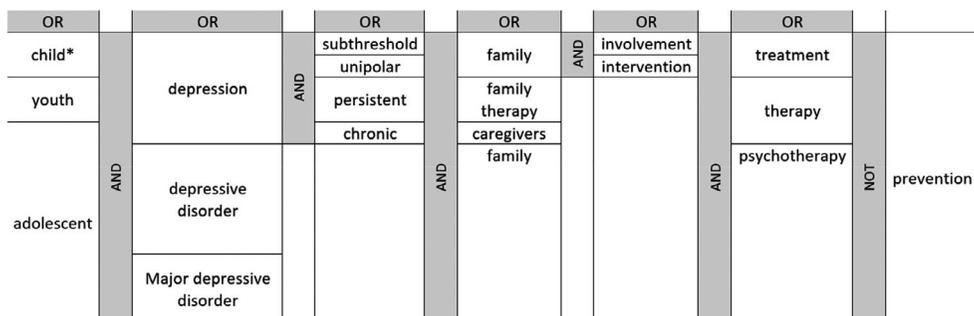


FIGURE 1 Search terms and boolean operators (illustrative search strategy PubMed)

one outcome measurement of depression symptoms reported and none thereof was in the ranking, we applied the Hazell et al. (2002) criteria and used the most valid instrument to calculate effect sizes. To examine the efficacy of the investigated interventions with family or caregiver involvement, we focused on comparing the post-treatment measures with the control and intervention group. We calculated effect sizes based on Cohen's *d*. For this purpose, we extracted the sample size, mean value, and standard deviation from the included studies. If there was no way to extract these data, we calculated the effect sizes based on *t*-values, ANOVA, or χ -scores. Studies not providing such information were excluded for meta-analysis.

Based on Borenstein et al. (2010), we conducted a meta-analysis with the random-effects model. Analyses were done in R version 3.6.1, using the “meta” (Schwarzer, 2007), “metafor” (Viechtbauer, 2010), and “dmetar” (Harrer et al., 2019) packages. We assessed the post-intervention assessments with 95% confidence intervals. We used the DerSimonian–Laird estimator for the in-between study variance τ^2 of the distribution of true effect sizes (DerSimonian & Laird, 1986) orientated on Jackson et al. (2017) and the Q-Profile method for the in-between study variance (Veroniki et al., 2016). We assessed heterogeneity using the Cochran's *Q* to compute I^2 (Higgins et al., 2003). Relying on Higgins et al. (2003), we interpreted the heterogeneity index as follows: “low” (25%), “moderate” (50%), and “substantial” (75%). We excluded outliers if their upper or lower bound is lower or higher than the pooled effect confidence interval (Viechtbauer & Cheung, 2010). To visualize any small studies lacking small effect sizes (publication bias), we use funnel plots and testing for asymmetry via the Egger's test (Egger et al., 1997). If the result is significant, we follow Duval and Tweedie's Trim-and-fill procedure (Duval & Tweedie, 2000) to estimate the effect size if those studies had been published.

Study quality

To capture the risk of bias and quality of the randomized trials included, we used the Cochrane Collaboration's tool version 2 for assessing risk (Higgins et al., 2018), which is a domain-based evaluation of six different biases (selection, performance, detection, attrition, reporting, and performance bias). Two reviewers rated the included studies on the five different sections based on the manual of bias assessment (KS, ND). After the two ratings, one author (ND) resolved any conflicts. HC and ELB were consulted in case of difficult conflicts.

RESULTS

Results of search

Our initial search ended in August 2021 and yielded 10.064 results (8.167 after removing duplicates). See Figure 2 for the full screening process. While full text screening, we removed another 10 duplicates and 11 studies in this step because full text data were not accessible. Applying our inclusion criteria, we were left with a total of 195 abstracts for full text screening, after which we had to exclude 110 studies, as they failed to meet our inclusion criteria. Figure 2 contains more information on our specific exclusion reasons. Two researchers (KS, ND) reviewed the final selection of studies to extract data. Two researchers (HC, ELB) helped to settle disagreements. Some of the included studies relied on the same data sets, in which case we included the study reporting a stronger focus on our research question (family involvement, pre-post comparison). In the end, we were able to include 19 studies in our review and 17 in our meta-analysis. The reduced number of studies in the meta-analysis resulted to the missing possibility of differentiation in the data extraction for the intervention group (Bernal et al., 2019) and of depression-specific data (Fristad et al., 2002).

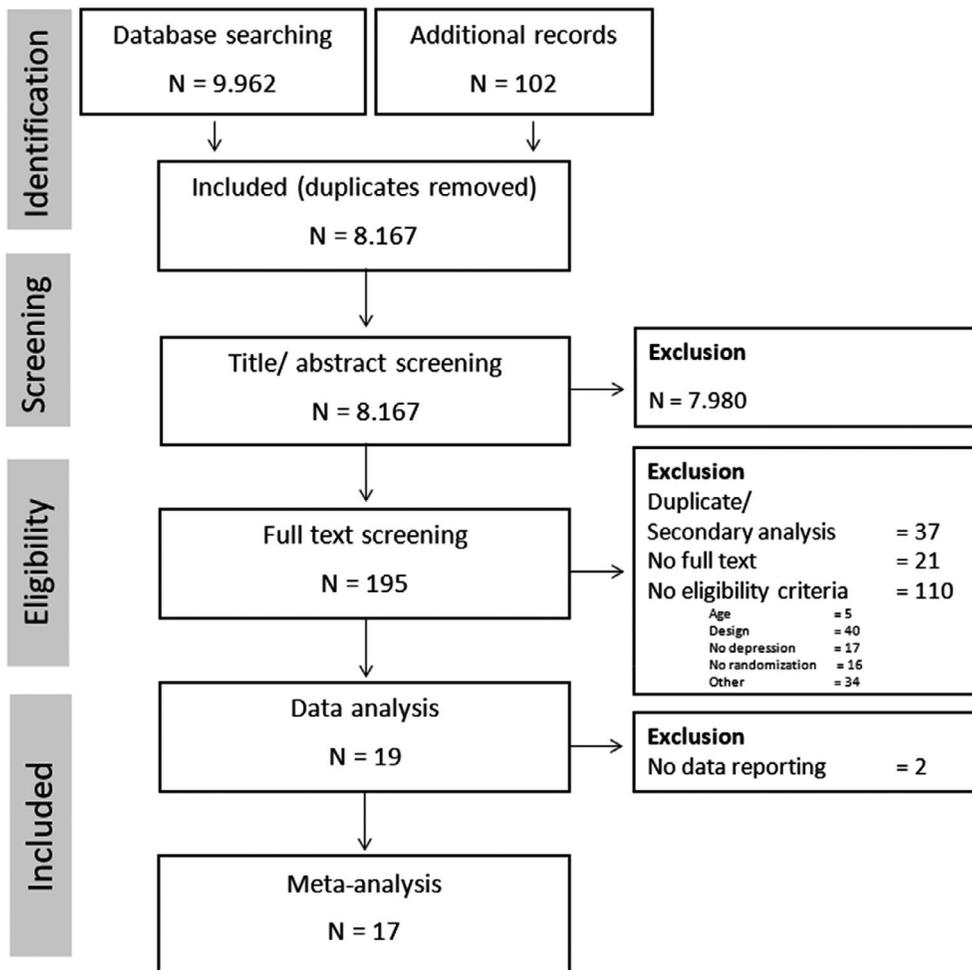


FIGURE 2 Systematic database-research procedure according to the PRISMA Flow Chart (Moher et al., 2010)

Study characteristics

All the included studies were published between 1990 and 2020 in England, the USA, Norway, and Australia. An overview thereof is in Table 1. In total, $N = 1553$ participants were examined, the mean number of participants per trial was $M = 81.74$. Overall, 56.73% of the participants were girls. In one trial, the authors examined children and adolescents suffering from affective disorders and included patients with bipolar disorder and depression (Fristad et al., 2002). In this case, we focused on the children with depressive disorders. Children and adolescents included in the trials were aged between 3 and 18 years. Overall, $N = 1308$ patients were included with post-treatment measures and 11 of the included studies conducted a follow-up assessment ($N = 655$).

Study quality

Figure 3 provides an overview of the quality ratings. Overall, study quality was mixed. Except for blinding of participants, risk of bias across categories was mostly low or there were some concerns. The first area of risk assessment is the selection bias. Every included study conducted a randomized allocation

TABLE 1 Characteristics of included studies (sorted by publication year)

Study	N (total)	Female	Child age (range in years)	Control conditions	Intervention	Depression Outcome Measures	Duration (weeks)	Therapist qualification	Recruitment	Assessment points
Lewinsohn et al. (1990)	69	61%	14–18	CWD-A ¹ , WL ²	CWD-A ¹ + Caregiver Group Therapy	K-SADS ¹⁹ ; BDI ²⁰ ; CES-D ²¹	7	NA +supervision	School Counsellors	Pre-treatment, Post-treatment, Follow-up: 1, 6, 12, & 24 months
Brent et al. (1997)	107	76%	13–18	AO CBT ⁶ , NST ³	SBFT ⁹	K-SADS ¹⁹ ; BDI-II ²⁰ ; DEP13 ²²	Max. 16	Master's degree +training	Western Psychiatric Institute and Clinic	Pre-treatment, Post-treatment
Clarke et al. (1999)	123	71%	14–18	AO-CBT ⁶ , WL ²	CWD-A ¹ + Caregiver Group Therapy	K-SADS ¹⁹ ; BDI ²⁰ ; HAM-D ²³	8	Master's degree	Health professionals, school counsellors	Pre-treatment, Mid-treatment, Post-treatment, Follow-up groups (24 months)
Asarnow et al. (2002)	23	65%	9–12	WL ²	AO CBT ⁶ + Caregiver Session	CDI ²⁴	5	Trained graduate student	NA	Pre-treatment, Post-treatment
Clarke et al. (2002)	88	68%	13–18	TAU ⁴	CWD-A ¹ + 3 Caregiver Sessions	F-SADS ²⁵ ; K-SADS ¹⁹ ; HAM-D ²³ ; CES-D ²¹	8	Master's degree	Health maintenance organization	Pre-treatment, Post-treatment, Follow-up: 12 & 24 months
Diamond et al. (2002)	32	78%	13–17	TAU ⁴	ABFT ¹⁰	BDI ²⁰ ; K-SADS-P ¹⁹	12	Ph.D./ Master's degree +training	Schools or parents	Pre-treatment, Mid-treatment, Post-treatment, Follow-up: 6 months
Frustad et al. (2002)	19	32%	8–12	WL ² , TAU ⁴	MFPG ¹¹ + UC ⁴	CDRS-R ²⁶ ; ChIPS/ P-ChIPS ²⁷	6	Clinical psychologist	University inpatient and outpatient units, mental health providers, schools	Baseline, Pre-treatment, Post-treatment, Follow-up: 4 months

(Continues)

TABLE 1 (Continued)

Study	N (total)	Female	Child age (range in years)	Control conditions	Intervention	Depression Outcome Measures	Duration (weeks)	Therapist qualification	Recruitment	Assessment points
Sanford et al. (2006)	57	65%	13–18	TAU ⁴	Family Group + UC ⁴	K-SADS-P ¹⁹ ; RADS ²⁸	12	NA	Outpatient clinics	Pre-treatment, Mid-treatment, Post-treatment, Follow-up: 9 months
Trowell et al. (2007)	72	38%	9–15	AO-CBT ⁶	Family Therapy	K-SADS ¹⁹ ; CDI ²⁴	Max. 14	NA	Hospitals (London, Athens, Helsinki)	Baseline (2 weeks), Mid-treatment, Post-treatment, Follow-up: 9 months
Diamond et al. (2010)	66	85%	12–16	TAU ⁴	ABFT ¹⁰	BDI-II ²⁰	12	Ph.D./ Master's degree +training	Department of Psychiatry at the Children's Hospital of Philadelphia (CHOP)	Pre-treatment, Mid-treatment, Post-treatment, Follow-up: 6 months
Israel and Diamond (2013)	20	55%	13–17	TAU ⁴	ABFT ¹⁰	BDI-II ²⁰ ; HAM-D ²³ ; K-SADS-PL ¹⁹	12	NA (+ Training)	Inpatient clinic cooperation's	Pre-treatment, biweekly (BDI-II), Post-treatment
Dietz et al. (2015)	42	67%	7–12	CCT ⁵	FB-IP ¹³	CDRS-R ²⁶	14	Master's degree +training	Specialty clinic for youth depression	Pre-treatment, Post-treatment
Spirito et al. (2015)	24	83%	11–17	AO-CBT ⁶	PA-CBT ¹⁵	K-SADS ¹⁹ ; BDI-II ²⁰ ; SCID-I/P ²⁹	24	Ph.D./ Master's degree +training	Hospital and university	Baseline, Mid-treatment, Post-treatment, Follow-up: 12 months
Duong et al. (2016)	120	61%	12–14	ISP ⁷	PTA ¹² + Caregiver sessions	PHQ-9 ³⁰ ; MFQ ³¹	12	Ph.D./ Master's degree +training	Seattle public schools	Pre-treatment, Post-treatment, Follow-up: 6 & 12 months

TABLE 1 (Continued)

Study	N (total)	Female	Child age (range in years)	Control conditions	Intervention	Depression Outcome Measures	Duration (weeks)	Therapist qualification	Recruitment	Assessment points
Tompson et al. (2017)	134	56%	7–14	ISP ⁷	FFT-CD ¹⁴	CDI ²⁴ ; CDRS-R ²⁶	Max. 22	Master's degree +training	Advertisements, school, mental health and paediatric facilities	Baseline, Post-treatment
Luby et al. (2018)	191	34%	3–7	WL ²	PCTT-ED ¹⁸	K-SADS-ED ¹⁹	20	Master's degree +training	Washington University School of Medicine	Baseline, Post-treatment
Esposito-Smythers et al. (2019)	147	76%	12–18	Enhanced TAU ⁴	F-CBT ¹⁶	K-SADS-PL ¹⁹	Max. 48	NA	Inpatient unit & partial hospitalization programme	Pre-treatment, 6 months, Post-treatment, Follow-up: 18 months
Bernal et al. (2019)	121	53%	13–17	CBT ⁸	CBT ⁸ + TEPSI ¹⁷	CDI ²⁴ , CDRS-R ²⁶ , DISC-IV ³²	12	Trained graduate student	Advertisements, school, mental health providers	Pre-treatment, Mid-treatment, Post-treatment, Follow-up: 3, 6, 9, 12 months
Waraan et al. (2020)	60	87%	13–18	TAU ⁴	ABFT ¹⁰	BDI-II ²⁰ , GRID-HAMD ²³	12	Trained therapist +supervision	CAMHS clinics	Baseline, Mid-treatment (once a week), Post-treatment

NA: ¹Coping with depression course (CWD-A); ²Waitlist (WL); ³Nondirective supportive therapy (NST); ⁴Treatment as Usual (TAU), Usual care (UC); ⁵Child-centred therapy (CCT); ⁶Adolescent-only Cognitive-behaviour therapy (AO-CBT); ⁷Individual support Programme (ISP); ⁸Cognitive-Behaviour Therapy (CBT); ⁹Systemic behaviour family therapy (SBFT); ¹⁰Attachment Based Family Therapy (ABFT); ¹¹Multi-Family Psychoeducation Group (MFGP); ¹²Positive Thoughts and Actions (PTA); ¹³Family-based Interpersonal Therapy (FB-IPT); ¹⁴Family-Focused-Theory – Children Depression (FFT-CD); ¹⁵Parent Adolescents Cognitive-Behaviour Therapy (PA-CBT); ¹⁶Family Cognitive-Behaviour Therapy (F-CBT); ¹⁷Parental psychoeducational intervention (TEPSI); ¹⁸Parent Child Interaction Therapy–Emotion Development (PCIT-ED); ¹⁹Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children–Epidemiologic Version (K-SADS-P), Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), Early Childhood (K-SADS-ED); ²⁰Beck-Depressions-Inventories (BDI), Revised (BDI-II); ²¹Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D); ²²School Age Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (DEP13); ²³Hamilton Depression Scale (HAM-D), GRID-HAMD; ²⁴Children's Depression Inventory (CDI); ²⁵Family Schedule for Affective Disorders (F-SADS); ²⁶Childrens Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R); ²⁷Children's Interview for Psychiatric Syndromes–Child and Parent Form (ChIPS/ P-ChIPS); ²⁸Reynolds Adolescent Depression Scale (RAD5); ²⁹Structured clinical Interview for DSM-IV Patient Version (SCID-I/P); ³⁰Patient Health Questionnaire (PHQ-9); ³¹Mood and Feelings Questionnaire (MFQ); ³²Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV).

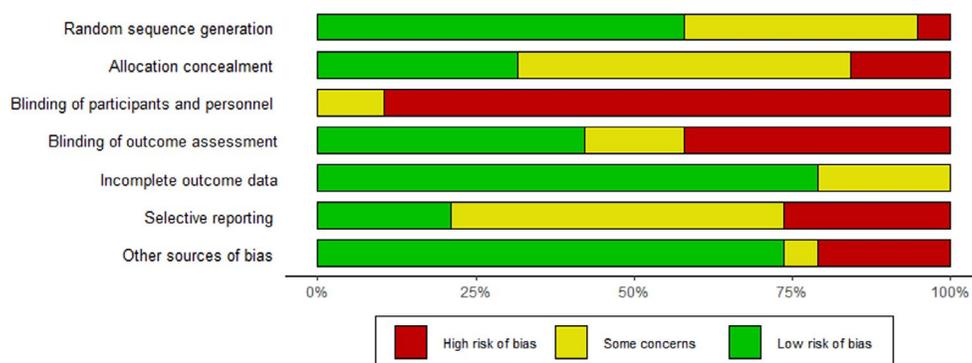


FIGURE 3 Summary of the risk of bias ratings of the included studies

of participants to various groups, but general information about the method of the sequence generation was provided in just 11 studies, and allocation was concealed in 5 thereof. In most trials, only the outcome assessors were masked for all outcomes. Eight trials revealed a low risk for detection bias. To assess the risk of reporting bias, we sought to identify published study protocols or registrations, and succeeded in six cases (Diamond et al., 2010; Dietz et al., 2015; Esposito-Smythers et al., 2019; Luby et al., 2018; Tompson et al., 2017; Waraan et al., 2020). With regard to outcome reporting, we searched for intent-to-treat analysis or comparable methods and succeeded in 15 studies. A total of 16 trials reported on dropouts and exclusions in full. The three other trials failed to provide a thorough description of missing outcomes. No study revealed a high risk for attrition bias.

Intervention participants

The majority of studies included adolescents; only a few included children. Just one trial focused on preschool children exclusively: Luby et al. (2018) examined a therapy programme for children aged 3 to 7 years. The studies published before the year 2000 were most likely to have samples of adolescents aged 13 to 18 years (Brent et al., 1997; Clarke et al., 1999; Lewinsohn et al., 1990). Studies published after 2000 focused more on younger adolescents and children, of which five studies included patients 8 years of age and older (Asarnow et al., 2002; Dietz et al., 2015; Fristad et al., 2002; Tompson et al., 2017; Trowell et al., 2007). The oldest patients included were 18 years old. We identified no study investigating young adults up to 21 years of age.

Caregiver/Family involvement

The majority of the included studies reported significant effects by comparing the pre- and post-assessments of the intervention group with family/caregiver included to a control group. Just seven studies reported no significant differences related to the study's primary outcome (Asarnow et al., 2002; Bernal et al., 2019; Brent et al., 1997; Clarke et al., 2002; Esposito-Smythers et al., 2019; Fristad et al., 2002; Waraan et al., 2020). To complement the efficacy of the various programmes, descriptive data on the extent and format of family and caregiver involvement are presented in the section below. Further information is in Table 2.

Overall, between 50% and 25% of the conducted sessions took place together with caregivers or the families. Most of the studies implemented sessions with the children/adolescents, and meet afterwards or separately with either the caregivers or family. A total of eight studies incorporated, when indicated, the entire family (caregiver, patients, and siblings) in family sessions (Brent et al., 1997; Diamond et al., 2002, 2010; Dietz et al., 2015; Israel & Diamond, 2013; Tompson et al., 2017; Waraan et al., 2020). The

TABLE 2 Descriptive specification of caregiver/family involvement

Number of sessions (Individual/ group) ^a		Study	Children / adolescents	Caregiver	Family ^b	Procedure and subjects
Intervention	Individual					
Separate therapies	Adolescent Coping with Depression Course (CWD-A) + parent intervention	Lewinsohn et al. (1990)	14 (G)	7 (G)	-	Depression-focused adolescent group therapy + parent psychoeducation group (2 joint sessions possible). Caregivers learn the same communication and problem-solving skills as the adolescents.
	Cognitive-Behavioural Therapy +Parent Psychoeducation (TEPSI)	Clarke et al. (1999)	16 (G)	9 (G)	-	
		Clarke et al. (2002)	16 (G)	3 (G)	-	
		Bernal et al. (2019)	12 (I)	8 (G)	-	Depression-focused CBT for the adolescents, caregivers received a psychoeducation intervention(integrates aspects of cognitive and interpersonal theories)
Multi-family Psychoeducational Intervention (MFDG) + Treatment as Usual	Fristad et al. (2002)	TAU		6 (G)	-	Depression-focused CBT, caregivers receive educational impact about mood disorders, focus managing manic or depressive symptoms, activity scheduling for a depressed child
	Parent-Adolescent CBT (PA-CBT)	Spirito et al. (2015)	12 (I)	-	12	Individual sessions with adolescents (Depression-focused CBT), family meeting afterwards. Teaching of all family members CBT-based problem-solving (individual caregiver sessions are possible).
Additional joint sessions	Family Psychoeducation +Treatment as Usual	Sanford et al. (2006)	TAU	-	12	Family sessions aimed to increase knowledge about adolescent depression, strengthen family communication and effective coping strategies, and management of crises and relapses.
	“Stress Busters” Intervention	Asarnow et al. (2002)	10 (G)	-	1 (G)	School-based intervention of generic and depression-specific CBT components for adolescents with family psychoeducational element. One additional session is with the families.
Family therapy	Positive Thoughts and Action (PTA) programme	Duong et al. (2016)	12 (G)	-	4	CBT-based group therapy (during school) for adolescents. Two sessions include the family, two sessions take place at the family's home (focus on psychoeducation and communication skills).
	Family-focused Cognitive-Behavioural Treatment (F-CBT)	Trowell et al. (2007)	30 (I)	15 (I)	14	Individual therapy with the adolescents, family therapy sessions and individual caregiver sessions are conducted additionally alternating in the frequency of individual therapy.
		Esposito-Smythers et al. (2019)	27 (I)	-	20	Individual CBT for adolescents and additional family sessions. Therapy integrates problem-solving, cognitive restructuring, behavioural activation, and affect regulation.

(Continues)

TABLE 2 (Continued)

Number of sessions (Individual/ group) ^a						
Intervention	Study	Children/ adolescents	Caregiver	Family ^b	Procedure and subjects	
Family therapies						
Systemic-Behaviour-Family-Therapy (SBFT)	Brent et al. (1997)	-	-	15	Family sessions aimed detection and modification of the family's concerns and dysfunctional behavioural and interactional patterns.	
Attachment-Based Family Therapy (ABFT)	Diamond et al. (2002) Diamond et al. (2010) Israel and Diamond (2013)	- - -	- - -	12 12 12	Family sessions focus on strengthening parent-adolescent attachment bonds to create a protective and secure foundation for adolescent development. Primarily a process-oriented, emotion-focused treatment.	
Family-Based Interpersonal Psychotherapy (FB-IPIT)	Warraan et al. (2020) Dietz et al. (2015)	- -	- -	12 14	Alleviate depressive symptoms by improving adolescents' interpersonal functioning in family sessions	
Family-Focused Treatment for Childhood Depression (FFT-CD)	Tompson et al. (2017)	-	-	15	Focus on enhancing family relationships and fostering positive, supportive caregiver-child interactions	
Parent-Child Interaction Therapy Emotion Development (PCIT-ED)	Luby et al. (2018)	-	-	14	Family sessions enhance positive-relationship development and firm and nurturing parenting aiming to strengthen parent-child relationship.	

^aThe maximum possible number of sessions is given.

^bIt is unclear in the studies whether only the caregivers or also siblings are included. Asarnow et al. (2002) and Luby et al. (2018) exclusively refer to caregivers.

general proportion of caregiver/family involvement was the highest in these eight studies; however, no individual session was extended to children/adolescents or caregivers. In contrast, we found seven studies that explicitly integrated the caregivers in all sessions, but no siblings or other family members (Asarnow et al., 2002; Bernal et al., 2019; Clarke et al., 1999, 2002; Fristad et al., 2002; Lewinsohn et al., 1990; Luby et al., 2018). When examining these data, it appears that the earlier studies in particular tended to explicitly include only the caregivers, implementing caregiver involvement mostly through parallel group programmes. The remaining four studies did not specify whether they had included the family or just caregivers.

To compare the frequency of inclusion to some extent, we examined the total number of (maximum) feasible sessions in relation to the (maximum) number of potential family sessions in the different programmes. This extent varied from 10% (Asarnow et al., 2002) to 100% (for all studies implementing family concepts without individual sessions, see Table 2). The studies that conducted individual therapy with the children/adolescents did not have an overall proportion of caregiver integration above 50%. The total number of sessions was not mentioned in one study (Esposito-Smythers et al., 2019). For an overview of the number of conducted sessions in the different interventions, see Table 2.

Beyond looking at who was included and to what extent, we considered the quality of caregiver/family involvement. In the investigations that studied family interventions (no individual sessions), we noted that in each intervention described, the focus was on a change in interaction (Brent et al., 1997; Dietz et al., 2015; Tompson et al., 2017), attachment (Diamond et al., 2002, 2010; Israel & Diamond, 2013; Waraan et al., 2020), or relationship (Luby et al., 2018). Apart from those studies, we observed a focus on caregiver/family psychoeducation on depression via several interventions, particularly evident in those that conducted separate caregiver sessions (Bernal et al., 2019; Clarke et al., 1999, 2002; Fristad et al., 2002; Lewinsohn et al., 1990). Asarnow et al. (2002) revealed the most limited caregiver involvement, but they only addressed depression and family-related themes explicitly in their sessions with children and adolescents. Table 2 provides detailed descriptions of the programmes' contents. In addition, the studies use different therapeutic approaches. Six studies involved cognitive-behavioural approaches (Bernal et al., 2019; Clarke et al., 1999, 2002; Esposito-Smythers et al., 2019; Lewinsohn et al., 1990; Spirito et al., 2015). One study examines a systemic approach (Brent et al., 1997) and another examines a psychodynamic approach (Trowell et al., 2007). In the other 11 studies, it is not clearly stated which psychotherapeutic approach was used.

Implementation

In our analysis, we distinguished therapies implemented in individual formats (either with children/adolescents or caregivers) and group therapies (with the respective) or family sessions. The majority of studies, however, combined different formats and, as mentioned earlier, family sessions exclusively in several therapies. The depression-specific therapy components for children/adolescents were implemented in group format in five studies (Asarnow et al., 2002; Clarke et al., 1999, 2002; Duong et al., 2016; Lewinsohn et al., 1990) and in an individual format in another four (Bernal et al., 2019; Esposito-Smythers et al., 2019; Spirito et al., 2015; Trowell et al., 2007). Two studies reported treatment as usual (Fristad et al., 2002; Sanford et al., 2006). The sessions with the caregivers, which were not family sessions, also took place in a group format in almost all the remaining studies (Bernal et al., 2019; Clarke et al., 1999, 2002; Fristad et al., 2002; Lewinsohn et al., 1990). Only one of the studies also carried out individual caregiver sessions (if needed) (Trowell et al., 2007). Two interventions took place during or after school (Asarnow et al., 2002; Duong et al., 2016). One study entailed sessions at the family's homes (Duong et al., 2016) and another included family meetings with the therapists that took place after each individual session with the adolescents (Spirito et al., 2015). Likewise, the families were included as a group together with other families in only one therapy (Asarnow et al., 2002).

Mean intervention duration was 14.53 weeks ($SD = 9.57$; range 5–48 weeks) and the frequency of sessions was usually one weekly session lasting between 60 and 120 minutes. Esposito-Smythers et al.

(2019) scheduled therapy sessions in increasing frequency over a total period lasting 9 months. Tompson et al. (2017) implemented therapies over a 6-month period. Three studies reported booster sessions after finishing the intervention (Clarke et al., 1999; Sanford et al., 2006; Spirito et al., 2015).

Control group

As randomized allocation to the intervention or control group was an inclusion criterion, every study had to have a control group. In none of the control groups was there any involvement of caregivers/families. In two studies, the control group was exclusively a wait list condition (Asarnow et al., 2002; Luby et al., 2018). Ten studies examined a not specified usual care condition or a nondirective supportive therapy (Clarke et al., 2002; Diamond et al., 2002, 2010; Duong et al., 2016; Esposito-Smythers et al., 2019; Fristad et al., 2002; Israel & Diamond, 2013; Sanford et al., 2006; Tompson et al., 2017; Waraan et al., 2020). Seven studies examined manual-based psychotherapies as a control group (eg. Spirito et al., 2015) in addition to treatment as usual or exclusively. Examined manual-based active control conditions were coping with a depression course (CWD-A), child-centred therapy (CCT), adolescent-only cognitive-behaviour therapy (AO-CBT), individual support programme (ISP), and adolescent group cognitive-behaviour therapy (AG CBT).

Meta-analysis

Effect of interventions versus control groups at post-assessment

We included 17 studies in our meta-analysis with a total of 1208 participants. The inclusion of the studies in the meta-analysis depended on whether it was possible to extract data from the studies with which the effect size could be determined at post-measurement. If studies investigated more than one control condition, we included the active control group to focus on the difference between family involvements; as such, comparisons currently considered the highest standard (Weisz et al., 2017). We were unfortunately unable to extract data from Fristad et al. (2002); as they did not report post-measurements separately for MDD and bipolar disorder, we could not extract their outcomes specifically for children versus their caregivers' outcomes. One study failed to distinguish the intervention's data from the control group's (Bernal et al., 2019). Our meta-analysis of the remaining $k = 17$ studies revealed a significant effect ($d = 0.34$; [0.07; 0.60]; $p = .01$).

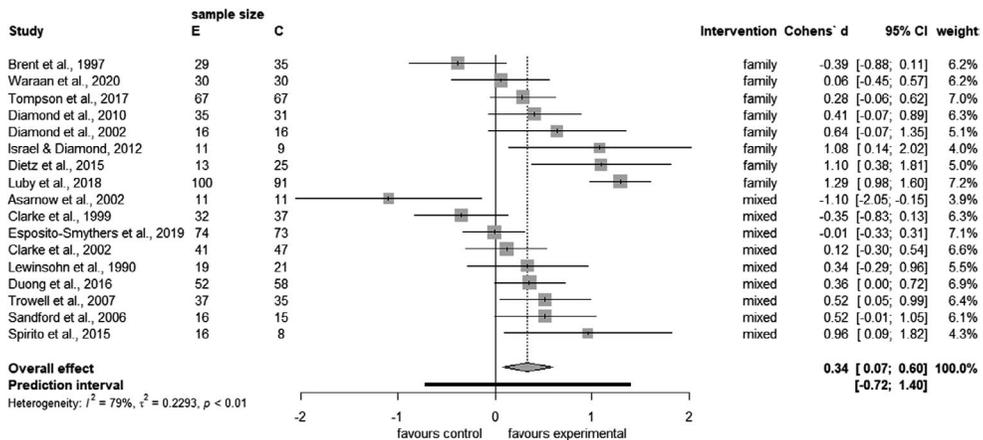


FIGURE 4 Forest plot of the meta-analysis (sorted by intervention type and then effect size). The pooled effect examines all of the studies shown

Cochrane's Q-Test revealed that heterogeneity was significant ($Q = 77.89$; $df = 16$; $p < .0001$); see Figure 4 for the forest plot of the analysis. The variance of the true effect was estimated to be $\tau^2 = 0.48$ $[-0.30; 0.84]$. The amount of total variability between the observed effect size $I^2 = 79.5\%$ is substantial based on Higgins et al. (2003). We therefore see clear indications for great heterogeneity. One possible way to deal with such widely heterogeneous data is to identify outliers in the included studies. We classify a study as an outlier if its confidence interval does not overlap with the confidence interval of the pooled effect. We thus identified no outliers in our data set.

Exploratory subgroup analyses

To examine whether the heterogeneity was due to the extent of family involvement or study quality, we conducted an exploratory subgroup analysis and additional meta-analysis. To investigate the influence of family involvement, we divided the studies into two groups based on the extent of caregiver/family involvement criterion. One group included therapies involving the entire family. The other group included all studies with proportionally less or mixed caregiver/family involvement. Our analysis demonstrated no significant difference between these two subgroups ($Q = 1.80$; $df = 1$; $p = .18$), but our subgroup analysis did reveal differently estimated between-study heterogeneity variance and different pooled effect sizes between the subgroup with mixed ($k = 9$, $d = 0.17$ $[-0.09; 0.45]$, $\tau^2 = 0.10$, $I^2 = 61.9\%$) and full ($k = 8$, $d = 0.54$ $[0.09; 0.98]$, $\tau^2 = 0.33$, $I^2 = 84.5\%$) caregiver/family integration. The information on which study belongs to which group is also given in Figure 4.

We then looked to see whether the heterogeneity was attributable to study quality. As the sample sizes were considered too small for a subgroup analysis concerning the three risk of bias categories (low, unclear, high), we conducted an additional meta-analysis with a smaller subsample of studies showing an overall a low risk of bias. We therefore selected those exhibited a low risk of bias in at least four of seven risk of bias categories. The analysis of those remaining $k = 8$ studies (Clarke et al., 2002; Duong et al., 2016; Esposito-Smythers et al., 2019; Israel & Diamond, 2013; Luby et al., 2018; Sanford et al., 2006; Tompson et al., 2017; Waraan et al., 2020) revealed a significant effect ($d = 0.44$; $[0.07; 0.80]$; $p = .02$). We noted significant heterogeneity in this analysis as well: the Cochrane's Q-Test revealed that such heterogeneity was significant ($Q = 43.34$; $df = 7$; $p < .0001$).

Publication Bias

Despite trying to identify unpublished literature, we were unable to access unpublished studies. This entails a risk for upward bias in our study sample. In terms of potential publication bias, a funnel plot inspection revealed a symmetric distribution of the observed effects around the average true effect (see Figure 5).

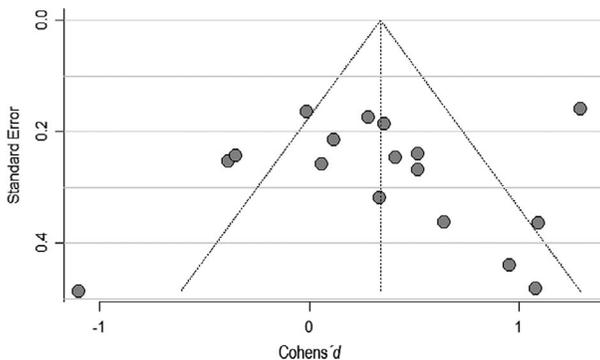


FIGURE 5 Funnel plot of the meta-analysis

Visual inspection is supported by Egger's test (Egger et al., 1997) indicating a non-significant result ($t = -0.256$; $p = .80$). Based on the non-significant result, we refrained from Duval & Tweedie's trim-and-fill procedure (Duval & Tweedie, 2000).

DISCUSSION

This review provides an overview of the latest pool of evidence of family/caregiver involvement in the psychotherapy for children and adolescents suffering from depressive disorders. The total number of studies is quite small, as there were only 19 we could include. Our purpose was to determine whether the involvement of families or caregivers during therapy is a beneficial and effective approach. Our meta-analysis showed a significant result in that we found a clear difference in efficacy between the intervention and control groups, but this should be interpreted taking into account the significant heterogeneity between studies. The results suggest that interventions involving the family/caregiver can be effective and are worthy of further investigation in the treatment of children and adolescents with depressive disorders, but the relatively small number of studies and the large variability in study quality reduce the confidence with which definite conclusions can be drawn. It is important to understand which factors make a relevant contribution to therapy and to incorporate the multifactorial aetiology and maintenance of the disorder into treatment.

Study quality helps us explain heterogeneity. We found that the overall quality of these studies resembled that of other psychotherapy-focused reviews and meta-analyses (e.g. Oud et al., 2019). A subgroup analysis was not possible because of the small sample size. Nevertheless, to examine whether study quality affected heterogeneity, we conducted an additional meta-analysis with all investigations exhibiting a low risk of bias, which also yielded a significant result, but also showed strong heterogeneity between studies in that group. In addition to the information on heterogeneity, our analysis revealed another strong indication (through the significant effect we detected) that involving the family in psychotherapy can make a genuine difference.

Another factor that can cause considerable heterogeneity when researching the psychotherapy of children and adolescents is the patients' age. The studies we included were fairly homogeneous in this regard; most of them implemented programmes for adolescents within a similar age range. Thus we do not assume age to be a relevant factor in terms of the heterogeneity in our meta-analysis.

We distinguished between programmes that include the family or caregivers in part from programmes that include them entirely in psychotherapy. Our exploratory subgroup analysis demonstrated no significant result after making this distinction, but it did reveal a large difference in the examined pooled effect sizes of the groups. The programmes with full family involvement demonstrated larger effect sizes and a generally different focus in terms of content. They did not just focus on the psychoeducation of childhood and adolescent depression or CBT-based interventions – they also clearly focused on the relationship, attachment, or interaction, sometimes without a psychoeducational basis. This similarity may explain the different effect sizes, and highlights the proven need for positive, supportive caregiver–child relationships and interactions to reduce depressive symptoms.

Both the frequency of sessions and format are factors to consider when interpreting heterogeneity and the efficacy of psychotherapy independent of caregiver/family involvement. We observed many possible formats and different frequencies in the studies we included. This might explain the heterogeneity we detected. There is no descriptive evidence that certain programmes or certain therapy forms are more likely to be implemented in one certain format than others. Since the number of widely different implementations was too high, further subgroup analyses to examine heterogeneity were not possible.

Most importantly, the analysis of the different interventions shows that there are many different ways to implement caregiver/family involvement in practice. The included studies provide new ideas for more individualized solutions for involving caregivers/families in psychotherapy for children and adolescents suffering from depression. As we found no evidence of publication bias, we assume that our

review indeed reflects the current paucity and heterogeneity of evidence in this area (Eckshtain et al., 2019; Weisz et al., 2006), which is also underscored by other reviews and meta-analyses focusing on general treatment effects in children and adolescents with depression (Forti-Buratti et al., 2016; Loechner et al., 2018; Oud et al., 2019). The literature provides solid evidence that the family environment plays a significant role in the development and maintenance of childhood and adolescent depression (Carr, 2019; Cole et al., 2016). Our analysis supports these conclusions with respect to psychotherapy. We see promising results for interventions that focus on adolescents with the entire family. In addition, we find that family-involved interventions are particularly efficacious when they focus on relationships or patterns of interaction.

Limitations

To the best of our knowledge, this study is the first systematic review and meta-analysis of family/caregiver involvement in the psychotherapy of children and adolescents with depressive disorders. We sought high-quality studies on caregiver/family involvement, and established strict inclusion criteria that are comparable to and oriented towards other reviews in this field.

First, the most important limitation in this study is the low number of included studies. As this research field seems to have inspired much too little research thus far, we were unable to include more studies. Furthermore, a substantial number of studies included in our full text screening failed to enable full access, even after we had contacted the author or tried to order the journal through the university library. That factor also effectively reduced the number of studies we possibly could include in our review and meta-analysis.

Second, there are limitations related to the inclusion criteria. We defined depression as the presence of depressive symptoms in self-ratings or DSM-based depression inventories. This inclusion criterion could disadvantage younger children, as self-reporting is hampered in children under 8 years of age (Luby et al., 2007). In addition, diagnostic interviews with caregivers about the internalizing of disorders by their children are often difficult to interpret, as internalized symptoms are much harder for caregivers to perceive and identify than are externalized disorders (De Reyes & Kazdin, 2005). In addition, the inclusion criteria, and thus the search for studies, focus on family-focused therapies rather than parent-focused interventions. This is done against the background of being as open as possible to studies that include a wide range of caregivers. But, of course, this may have led to limitations on parent-child therapies.

Third, the interpretation of our meta-analysis is somewhat limited by the fact that we were unable to conduct additional subgroup analyses of other relevant areas. Given the large study heterogeneity, it was not possible to form conclusive subgroups, so we decided against other subgroup analyses beyond the analysis we performed.

Conclusion

The family is the decisive formative environment for children and adolescents. As outlined above, there is a paucity of strong evidence, even though the family is known to be a key factor in the development of depression (Cole et al., 2016; Restifo & Bögels, 2009; Yap & Jorm, 2015). We therefore see a strong need for effective caregiver/family integration in psychotherapy, and we acknowledge evidence of the efficacy of family and caregiver involvement. This study provides the first overview of the current state of research on family/caregiver involvement in psychotherapeutic interventions in children and adolescents suffering from depression.

Our results demonstrate that it makes a difference whether family and caregivers are involved in the therapy or not. The integration of families or caregivers requires additional efforts and engagement in therapy. Without making significant changes, the current psychotherapy programmes for adults cannot

be simply adapted to accommodate children and adolescents. Nevertheless, in light of our generally very promising results, we see this effort as being very worthwhile. There are many different ways to integrate family members within the therapy to fulfil the individual patient's needs, and there are effective ways of including caregivers or families. Studies involving younger children are especially lacking. Since developmental factors are likely to influence effects of family/caregiver involvement in the psychotherapy of youth with depression, studies should aim to include different age groups to identify when family/caregiver involvement might be most beneficial, and when it might cause detrimental effects. Also urgently needed is greater research focus on the format and extent of caregiver/family involvement. We identified a wide range of possibilities to integrate families/caregivers in the therapy, but a systematic evaluation is necessary of different approaches related to its formats and duration. Furthermore, the examination of different psychotherapeutic approaches such as cognitive-behavioural-therapy or systemic approaches is very relevant. Studies need to apply transparent outcome measurements describing the family relationship and patients' depressive symptoms. More intensive and systematic research is essential to identify which children/adolescents with depression need psychotherapy, under what circumstances it should take place, and in what form the caregivers or family should be effectively involved in their psychotherapy.

ACKNOWLEDGEMENTS

This review was registered with PROSPERO (<https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>) under the registration number CRD42018117299. We received no funding. Hanna Christiansen and Eva-Lotta Brakemeier share senior authorship.

CONFLICT OF INTEREST

None of the authors has a conflict of interest.

AUTHOR CONTRIBUTION

Nele Dippel: Conceptualization; Formal analysis; Investigation; Methodology; Project administration; Visualization; Writing – original draft. **Katharina Szota:** Investigation; Validation. **Pim Cuijpers:** Formal analysis; Writing – review & editing. **Hanna Christiansen:** Conceptualization; Project administration; Resources; Supervision; Writing – review & editing. **Eva-Lotta Brakemeier:** Conceptualization; Project administration; Resources; Supervision; Writing – review & editing.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The data that support the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

ORCID

Nele Dippel  <https://orcid.org/0000-0002-9371-8948>

REFERENCES

References marked with an asterisk indicate studies included in the analysis.

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) - Ständige Kommission Leitlinien (2013). *Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen – Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3)*. Retrieved from: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-041.html>
- Armsden, G.C., McCauley, E., Greenberg, M.T., Burke, P.M., & Mitchell, J.R. (1990). Parent and peer attachment in early adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(6), 683–697. <https://doi.org/10.1007/BF01342754>
- *Asarnow, J.R., Scott, C.V., & Mintz, J. (2002). A Combined cognitive-behavioral family education intervention for depression in children: A treatment development study. *Cognitive Therapy and Research*, 26(2), 221–229. <https://doi.org/10.1023/A:1014573803928>
- Babore, A., Trumello, C., Candelori, C., Paciello, M., & Cerniglia, L. (2016). Depressive symptoms, self-esteem and perceived parent-child relationship in early adolescence. *Frontiers in Psychology*, 7, 982. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00982>

- *Bernal, G., Rivera-Medina, C.L., Cumba-Avilés, E., Reyes-Rodríguez, M.L., Sáez-Santiago, E., Duarté-Vélez, Y., Nazario, L., Rodríguez-Quintana, N., & Rosselló, J. (2019). Can cognitive-behavioral therapy be optimized with parent psychoeducation? A randomized effectiveness trial of adolescents with major depression in puerto rico. *Family Process, 58*(4), 832–854. <https://doi.org/10.1111/famp.12455>
- Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brend, D.A., & Kaufman, J. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*(12), 1575–1583. <https://doi.org/10.1097/00004583-199612000-00008>
- Borenstein, M., Hedges, L.V., Higgins, J.P.T., & Rothstein, H.R. (2010). A basic introduction to fixed-effect and random-effects models for meta-analysis. *Research Synthesis Methods, 1*(2), 97–111. <https://doi.org/10.1002/jrsm.12>
- *Brent, D.A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., Iyengar, S., & Johnson, B.A. (1997). A clinical psychotherapeutic trial for adolexcent depression comparing cognitive, family, and supportive therapie. *Archives of General Psychiatry, 54*, 855–877. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830210125017>
- Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: the current evidence base. *Journal of Family Therapy, 41*(2), 153–213. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12226>
- Carr, V.A.J., & Boyd, C.P. (2003). Efficacy of treatments for depression in children and adolescents. *Behaviour Change, 20*(2), 103–108. <https://doi.org/10.1375/bech.20.2.103.24842>
- *Clarke, G.N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., O'connor, E., Seeley, J.R., & Debar, L. (2002). Group cognitive-behavioral treatment for depressed adolescent offspring of depressed parents in a health maintenance organization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(3), 305–313. <https://doi.org/10.1097/00004583-200203000-00010>
- *Clarke, G.N., Rohde, P., Lewinsohn, P.M., Hops, H., & Seeley, J.R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(3), 272–279. <https://doi.org/10.1097/00004583-199903000-00014>
- Cole, D.A., Sinclair-McBride, K.R., Zerkowicz, R., Bilsik, S.A., Roeder, K., & Spinelli, T. (2016). Peer victimization and harsh parenting predict cognitive diatheses for depression in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 45*(5), 668–680. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1004679>
- Copeland, W.E., Shanahan, L., Costello, E.J., & Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry, 66*(7), 764. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.85>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M.Y., Corteselli, K.A., Noma, H., Quero, S., & Weisz, J.R. (2020). Psychotherapy for depression across different age groups: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 77*(7), 694–702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0164>
- De Reyes, A.L., & Kazdin, A.E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin, 131*(4), 483–509. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.4.483>
- DerSimonian, R., & Laird, N. (1986). Meta-analysis in clinical trials. *Controlled Clinical Trials, 7*(3), 177–188. [https://doi.org/10.1016/0197-2456\(86\)90046-2](https://doi.org/10.1016/0197-2456(86)90046-2)
- *Diamond, G.S., Reis, B.F., Diamond, G.M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(10), 1190–1196. <https://doi.org/10.1097/00004583-200210000-00008>
- Diamond, G.S., Russon, J., & Levy, S. (2016). Attachment-based family therapy: A review of the empirical support. *Family Process, 55*(3), 595–610. <https://doi.org/10.1111/famp.12241>
- *Diamond, G.S., Wintersteen, M.B., Brown, G.K., Diamond, G.M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(2), 122–131. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.11.002>
- *Dietz, L.J., Weinberg, R.J., Brent, D.A., & Mufson, L. (2015). Family-based interpersonal psychotherapy for depressed pre-adolescents: Examining efficacy and potential treatment mechanisms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 54*(3), 191–199. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.011>
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H., Schulte-Markwort, E., & Remschmidt, H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien (10. Auflage)*. Hogrefe Verlag.
- *Duong, M.T., Cruz, R.A., King, K.M., Violette, H.D., & Mccarty, C.A. (2016). Twelve-month outcomes of a randomized trial of the positive thoughts and action program for depression among early adolescents. *Prevention Science, 17*(3), 295–305. <https://doi.org/10.1007/s11065-015-9294-9>Functional
- Duval, S., & Tweedie, R. (2000). Trim and fill: A simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics, 56*(2), 455–463. <https://doi.org/10.1111/j.0006-341X.2000.00455.x>
- Eckshtain, D., Kuppens, S., Ugueto, A., Ng, M.Y., Vaughn-Coaxum, R., Corteselli, K., & Weisz, J.R. (2019). Meta-analysis: 13-year follow-up of psychotherapy effects on youth depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 59*(1), 45–63. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.04.002>
- Egger, M., Smith, G.D., Schneider, M., & Minder, C. (1997). Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test measures of funnel plot asymmetry. *BMJ, 315*(7109), 629–634. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7109.629>

- Elmqvist, J.M., Melton, T.K., Do, P.C., & McMillin, S.M. (2010). A systematic overview of measurement-based care in the treatment of childhood and adolescent depression. *Journal of Psychiatric Practice, 16*(4), 217–234. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000386908.07160.91>
- *Esposito-Smythers, C., Wolff, J.C., Liu, R.T., Hunt, J.I., Adams, L., Kim, K., Frazier, E.A., Yen, S., Dickstein, D.P., & Spirito, A. (2019). Family-focused cognitive behavioral treatment for depressed adolescents in suicidal crisis with co-occurring risk factors: a randomized trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 60*(10), 1133–1141. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13095>
- Feeny, N.C., Silva, S.G., Reinecke, M.A., McNulty, S., Findling, R.L., Rohde, P., Curry, J.F., Ginsburg, G.S., Kratochvil, C.J., Pathak, S.M., May, D.E., Kennard, B.D., Simons, A.D., Wells, K.C., Robins, M., Rosenberg, D., & March, J.S. (2009). An exploratory analysis of the impact of family functioning on treatment for depression in adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 38*(6), 814–825. <https://doi.org/10.1080/15374410903297148>
- Finsaas, M.C., Bufferd, S.J., Dougherty, L.R., Carlson, G.A., & Klein, D.N. (2018). Preschool psychiatric disorders: homotypic and heterotypic continuity through middle childhood and early adolescence Original. *Psychological Medicine, 48*, 2159–2168. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003646>
- Forti-Buratti, M.A., Saikia, R., Wilkinson, E.L., & Ramchandani, P.G. (2016). Psychological treatments for depression in pre-adolescent children (12 years and younger): systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *European Child and Adolescent Psychiatry Adolescent Psychiatry, 25*(10), 1045–1054. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0834-5>
- Francis, S.E., Mezo, P.G., & Fung, S.L. (2012). Self-control training in children. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research, 22*(2), 220–238. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.637990>. T4 - A review of interventions for anxiety and depression and the role of parental involvement PM - 22145953 M4 - Citavi
- *Fristad, M.A., Gavazzi, S.M., Centolella, D.M., & Soldano, K.W. (1996). Psychoeducation: A promising intervention strategy for families of children and adolescents with mood disorders. *Contemporary Family Therapy, 18*(3 PG-371–383), 371–383. <https://doi.org/10.1007/BF02197048>
- Fristad, M.A., Goldberg-Arnold, J.S., & Gavazzi, S.M. (2002). Multifamily psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 4*, 254–262. <https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2002.09073.x>
- Ghandour, R.M., Sherman, L.J., Vladutiu, C.J., Ali, M.M., Lynch, S.E., Bitsko, R.H., & Blumberg, S.J. (2019). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *Journal of Pediatrics, 206*, 256–267.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.09.021>
- Goldberg-Arnold, J.S., Fristad, M.A., & Gavazzi, S.M. (1999). Family psychoeducation: Giving caregivers what they want and need. *Family Relations, 48*(4), 411–417. <https://doi.org/10.2307/585249>
- Harrer, M., Cuijpers, P., Furukawa, T.A., & Ebert, D.D. (2019). *dmeter: Companion R Package For The Guide "Doing Meta-Analysis in R"*. Retrieved from: <http://dmeter.protectlab.org>
- Hazell, P., O'Connell, D., Heathcote, D., & Henry, D.A. (2002). Tricyclic drugs for depression in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002317>
- Hetrick, S., Cox, G., & Merry, S. (2015). Where to go from here? An exploratory meta-analysis of the most promising approaches to depression prevention programs for children and adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 12*(5), 4758–4795. <https://doi.org/10.3390/ijerph120504758>
- Higgins, J.P., Savović, J., Page, M.J., & Sterne, J.A. (2018). *Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2)*. 9 October 2018. October. Retrieved from: <https://sites.google.com/site/riskofbiastool/welcome/rob-2-0-tool/current-version-of-rob-2>
- Higgins, J.P.T., Thompson, S.G., Deeks, J.J., & Altman, D.G. (2003). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *BMJ. British Medical Journal, 327*(7262), 1539–1558. <https://doi.org/10.1002/sim.1186>
- *Israel, P., & Diamond, G.S. (2013). Feasibility of attachment based family therapy for depressed clinic-referred Norwegian adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 18*(3), 334–350. <https://doi.org/10.1177/1359104512455811>
- Jackson, D., Law, M., Rücker, G., & Schwarzer, G. (2017). The Hartung-Knapp modification for random-effects meta-analysis: A useful refinement but are there any residual concerns? *Statistics in Medicine, 36*(25), 3923–3934. <https://doi.org/10.1002/sim.7411>
- Johnco, C., & Rapee, R.M. (2018). Depression literacy and stigma influence how parents perceive and respond to adolescent depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders, 241*, 599–607. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.062>
- Johnson, D., Dupuis, G., Piche, J., Clayborne, Z., & Colman, I. (2018). Adult mental health outcomes of adolescent depression: A systematic review. *Depression and Anxiety, 35*(8), 700–716. <https://doi.org/10.1002/da.22777>
- Kaslow, N., Deering, G., & Racusin, G.R. (1994). Depressed and their families. *Clinical Psychology, 14*(1), 39–59. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(94\)90047-7](https://doi.org/10.1016/0272-7358(94)90047-7)
- Klein, J.B., Jacobs, R.H., & Reinecke, M.A. (2007). Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: A meta-analytic investigation of changes in effect-size estimates. *Child and Adolescent Psychiatry, 46*(11), 1403–1413. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3180592aaa>
- Köhler, S., Chrysanthou, S., Guhn, A., & Sterzer, P. (2019). Differences between chronic and nonchronic depression: Systematic review and implications for treatment. *Depression and Anxiety, 36*(1), 18–30. <https://doi.org/10.1002/da.22835>
- Lewinsohn, P.M., & Clarke, G.N. (1999). Psychosocial treatments for adolescent depression. *Clinical Psychology Review, 19*(3), 329–342. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00055-5](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00055-5)
- *Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Hops, H., & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy, 21*, 385–401. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80353-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80353-3)

- Loechner, J., Starman, K., Galuschka, K., Tamm, J., Schulte-Körne, G., Rubel, J., & Platt, B. (2018). Preventing depression in the offspring of parents with depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review, 60*, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.009>
- Luby, J.L. (2013). Treatment of anxiety and depression in the preschool period. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52*(4), 346–358. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.01.011>
- *Luby, J.L., Barch, D.M., Whalen, D., Tillman, R., & Freedland, K.E. (2018). A randomized controlled trial of parent-child psychotherapy targeting emotion development for early childhood depression. *American Journal of Psychiatry, 175*(11), 1102–1110. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18030321>
- Luby, J.L., Belden, A., Sullivan, J., & Spitznagel, E. (2007). Preschoolers' contribution to their diagnosis of depression and anxiety: Uses and limitations of young child self-report of symptoms. *Child Psychiatry and Human Development, 38*(4), 321–338. <https://doi.org/10.1007/s10578-007-0063-8>
- McLaughlin, A.E., Campbell, F.A., Pungello, E.P., & Skinner, M. (2007). Depressive symptoms in young adults: The influences of the early home environment and early educational child care. *Child Development, 78*(3), 746–756. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01030.x>
- Michael, K.D., & Crowley, S.L. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic Review. *Clinical Psychology Review, 22*(2), 247–269. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00089-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00089-7)
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. & The PRISMA Group (2010). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *International Journal of Surgery, 8*, 336–341. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Mufson, L., Weissman, M.M., Moreau, D., & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry, 56*, 573–579. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.6.573>
- Murray, C.J.L.L., Abraham, J., Ali, M.K., Alvarado, M., Atkinson, C., Baddour, L.M., Bartels, D.H., Benjamin, E.J., Bhalla, K., Birbeck, G., Bolliger, I., Burstein, R., Carnahan, E., Chen, H., Chou, D., Chugh, S.S., Cohen, A., Colson, K.E., Cooper, L.T., ... Zabetian, A. (2013). The State of US health, 1990–2010; Burden of diseases, injuries, and risk factors. *JAMA Psychiatry, 310*(6), 591. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.13805>
- Nel, P.W. (2014). The NICE guideline on the treatment of child and adolescent depression: A meta-review of the evidence for individual CBT. *European Journal of Psychotherapy and Counselling, 16*(3), 267–287. <https://doi.org/10.1080/13642537.2014.929595>
- Northey, W.F., Wells, K.C., Silverman, W.K., & Bailey, C.E. (2003). Childhood behavioral and emotional disorders. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*(4), 523–545. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01693.x>
- Ormel, J., Raven, D., Van Oort, F., Hartman, C.A., Reijneveld, S.A., Veenstra, R., Vollebbergh, W.A.M., Buitelaar, J., Verhulst, F.C., & Oldehinkel, A.J. (2021). Mental health in Dutch adolescents: A TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. *Psychological Medicine, 45*(2), 345–360. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001469>
- Oud, M., de Winter, L., Vermeulen-Smit, E., Bodden, D., Nauta, M., Stone, L., van den Heuvel, M., Taher, R.A., de Graaf, I., Kendall, T., Engels, R., & Stikkelbroek, Y. (2019). Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European Psychiatry, 57*, 33–45. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.008>
- Petti, T.A. (1985). Scales of potential use in the psychopharmacologic treatment of depressed children and adolescents. *Psychopharmacology Bulletin, 21*(4), 951–956.
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with internalizing symptoms in children and adolescents: A meta-analysis. *Marriage & Family Review, 53*(7), 613–640. <https://doi.org/10.1080/01494929.2016.1247761>
- Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A., & Rohde, L.A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Puig-Antich, J., & Weston, B. (1983). The diagnosis and treatment of major depressive disorder in childhood. *Annual Review of Medicine, 34*(1), 231–245. <https://doi.org/10.1146/annurev.me.34.020183.001311>
- Restifo, K., & Bögels, S. (2009). Family processes in the development of youth depression: Translating the evidence to treatment. *Clinical Psychology Review, 29*(4), 294–316. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.005>
- Roberts, J.E., Gotlib, I.H., & Kassel, J.D. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(2), 310–320. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.310>
- Rutter, M., Kim-Cohen, J., & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(3/4), 276–295. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01614.x>
- Ryan, N.D. (2005). Treatment of depression in children and adolescents. *Lancet (London, England), 366*, 933–940. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67321-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67321-7)
- Sander, J.B., & McCarty, C.A. (2005). Youth depression in the family context: familial risk factors and models of treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review, 8*(3), 203–219. <https://doi.org/10.1007/s10567-005-6666-3>
- Sanderson, J., Kosutic, I., Garcia, M., Melendez, T., Donoghue, J., Perumbilly, S., Franzen, C., & Anderson, S. (2009). The measurement of outcome variables in couple and family therapy research. *American Journal of Family Therapy, 37*(3), 239–257. <https://doi.org/10.1080/01926180802405935>

- Sandler, I.N., Schoenfelder, E.N., Wolchik, S.A., & MacKinnon, D.P. (2011). Long-term impact of prevention programs to promote effective parenting: Lasting effects but uncertain processes. *Annual Review of Psychology*, 62(1), 299–329. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131619>
- *Sanford, M., Boyle, M., McCleary, L., Miller, J., Steele, M., Duku, E., & Offord, D. (2006). A pilot study of adjunctive family psychoeducation in adolescent major depression: Feasibility and treatment effect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(4), 386–395. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000198595.68820.10>
- Schwartz, O.S., Dudgeon, P., Sheeber, L.B., Yap, M.B.H., Simmons, J.G., & Allen, N.B. (2012). Parental behaviors during family interactions predict changes in depression and anxiety symptoms during adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 59–71. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9542-2>
- Schwartz, O.S., Sheeber, L.B., Dudgeon, P., & Allen, N.B. (2012). Emotion socialization within the family environment and adolescent depression. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 447–453. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.002>
- Schwarzer, G. (2007). meta: an R package for meta-analysis. *R News*, 7(3), 40–45. https://www.researchgate.net/publication/285729385_meta_An_R_Package_for_Meta-Analysis
- Schweitzer, J., & Retzlaff, R. (2006). Systemic family therapy with children and adolescents as index patients. A meta-content analysis of 47 randomized controlled outcome studies. <https://doi.org/10.1007/s00278-006-0480-3>
- Sorensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42(3), 356–372. <https://doi.org/10.1093/geront/42.3.356>
- Sörheim Nilsen, T., Eisemann, M., & Kvernmo, S. (2013). Predictors and moderators of outcome in child and adolescent anxiety and depression: A systematic review of psychological treatment studies. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22(2), 69–87. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0316-3>
- Southam-Gerow, M.A., Kendall, P.C., & Wiley, C.J. (2000). Cognitive-behaviour therapy with youth: advances, challenges, and future directions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7(5), 343–366.
- Spielmann, G.I., Pasek, L.F., & Mcfall, J.P. (2007). What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 642–654. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.06.001>
- *Spirito, A., Wolff, J.C., Seaboyer, L.M., Hunt, J., Esposito-Smythers, C., Nugent, N., Zlotnick, C., & Miller, I. (2015). Concurrent treatment for adolescent and parent depressed mood and suicidality: Feasibility, acceptability, and preliminary findings. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25(2), 131–139. <https://doi.org/10.1089/cap.2013.0130>
- Stark, K.D., Napolitano, S., Swearer, S., Schmidt, K., Jaramillo, D., & Hoyle, J. (1996). Issues in the treatment of depressed children. *Applied and Preventive Psychology*, 5(2), 59–83. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(96\)80001-1](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(96)80001-1)
- Stein, R.E.K., Zitner, L.E., & Jensen, P.S. (2006). Interventions for adolescent depression in primary care. *Pediatrics*, 118(2), 669–682. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2086>
- Straub, J., Nicolaus, L., Plener, P.L., Spröber, N., & Kölch, M. (2014). Psychotherapeutische Behandlung von depressiven Kindern und Jugendlichen: Literaturübersicht zu kognitiv-behavioralen und interpersonellen Gruppentherapieverfahren. *Psychotherapeut*, 59(1), 7–15. <https://doi.org/10.1007/s00278-013-1026-0>
- Sun, M., Rith-Najarian, L.R., Williamson, T.J., & Chorpita, B.F. (2019). Treatment features associated with youth cognitive behavioral therapy follow-up effects for internalizing disorders: A meta-analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(sup1), S269–S283. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1443459>
- Tindall, L., Mikocka-Walus, A., McMillan, D., Wright, B., Hewitt, C., & Gascoyne, S. (2017). Is behavioural activation effective in the treatment of depression in young people? A systematic review and meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(4), 770–796. <https://doi.org/10.1111/papt.12121>
- *Tompson, M.C., Sugar, C.A., Langer, D.A., & Asarnow, J.R. (2017). A randomized clinical trial comparing family-focused treatment and individual supportive therapy for depression in childhood and early adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 515–523. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.018>
- *Trowell, J., Joffe, I., Campbell, J., Clemente, C., Almqvist, F., Soininen, M., Koskenranta-Aalto, U., Weintraub, S., Kolaitis, G., Tomaras, V., Anastasopoulos, D., Grayson, K., Barnes, J., & Tsiantis, J. (2007). Childhood depression: A place for psychotherapy: an outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16(3), 157–167. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0584-x>
- Van Voorhees, B.W., Paunesku, D., Kuwabara, S.A., Basu, A., Gollan, J., Hankin, B.L., Melkonian, S., & Reinecke, M. (2008). Protective and vulnerability factors predicting new-onset depressive episode in a representative of U.S. Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 42(6), 605–616. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.11.135>
- Veroniki, A.A., Jackson, D., Viechtbauer, W., Bender, R., Bowden, J., Knapp, G., Kuss, O., Higgins, J.P., Langan, D., & Salanti, G. (2016). Methods to estimate the between-study variance and its uncertainty in meta-analysis. *Research Synthesis Methods*, 7(1), 55–79. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1164>
- Viechtbauer, W. (2010). Conducting meta-analyses in R with the metafor. *Journal of Statistical Software*, 36(3), 1–48. <https://doi.org/10.18637/jss.v036.i03>
- Viechtbauer, W., & Cheung, M.-W.-L. (2010). Outlier and influence diagnostics for meta-analysis. *Research Synthesis Methods*, 1(2), 112–125. <https://doi.org/10.1002/jrsm.11>
- von Sydow, K., Stefan Beher, S., Retzlaff, R., & Schweitzer, J. (2008). Wie wirksam ist Systemische Psychotherapie/Familientherapie? *Forum Psychotherapeutische Praxis*, 8(1), 20–27. <https://doi.org/10.1026/1860-7357.8.1.20>

- Waraan, L., Rognli, E.W., Czajkowski, N.O., Mehlum, L., & Aalberg, M. (2020). Efficacy of attachment-based family therapy compared to treatment as usual for suicidal ideation in adolescents with MDD. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26(2), 464–474. <https://doi.org/10.1177/1359104520980776>
- Weersing, V.R., Jeffreys, M., Do, M.C.T., Schwartz, K.T.G.G., & Bolano, C. (2017). Evidence base update of psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 46(1), 11–43. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1220310>
- Weisz, J.R., Kuppens, S., Eckshtain, D., Ugueto, A.M., Hawley, K.M., & Jensen-Doss, A. (2013). Performance of evidence-based youth psychotherapies compared with usual clinical care: A multilevel meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 70(7), 750–761. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1176>
- Weisz, J.R., Kuppens, S., Ng, M.Y., Eckshtain, D., Ugueto, A.M., Vaughn-Coaxum, R., Jensen-Doss, A., Hawley, K.M., Krumholz Marchette, L.S., Chu, B.C., Weersing, V.R., & Fordwood, S.R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist*, 72(2), 79–117. <https://doi.org/10.1037/a0040360>
- Weisz, J.R., Kuppens, S., Ng, M.Y., Vaughn-Coaxum, R.A., Ugueto, A.M., Eckshtain, D., & Corteselli, K.A. (2019). Are psychotherapies for young people growing stronger? Tracking trends over time for youth anxiety, depression, attention-deficit/hyperactivity disorder, and conduct problems. *Perspectives on Psychological Science*, 14(2), 216–237. <https://doi.org/10.1177/1745691618805436>
- Weisz, J.R., Mccarty, C.A., & Valeri, S.M. (2006). Effects of psychotherapies for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132(1), 132–149. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.132>
- Wergeland, G.J.H., Riise, E.N., & Öst, L.G. (2021). Cognitive behavior therapy for internalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 83, 101918. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2020.101918>
- Whittle, S., Simmons, J.G., Dennison, M., Vijayakumar, N., Schwartz, O., Yap, M.B.H., Sheeber, L.B., & Allen, N.B. (2014). Positive parenting predicts the development of adolescent brain structure: A longitudinal study. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 8, 7–17. <https://doi.org/10.1016/J.DCN.2013.10.006>
- Wozney, L., Huguët, A., Bennett, K., Radomski, A.D., Hartling, L., Dyson, M., McGrath, P.J., & Newton, A.S. (2017). How do ehealth programs for adolescents with depression work? A realist review of persuasive system design components in internet-based psychological therapies. *Journal of Medical Internet Research*, 19(8), e266. <https://doi.org/10.2196/jmir.7573>
- Yang, L., Zhou, X., Zhou, C., Zhang, Y., Pu, J., Liu, L., Gong, X., & Xie, P. (2017). Efficacy and acceptability of cognitive behavioral therapy for depression in children: A systematic review and meta-analysis. *Academic Pediatrics*, 17(1), 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.08.002>
- Yap, M.B.H., & Jorm, A.F. (2015). Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 424–440. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2015.01.050>
- Zisook, S., Lesser, I., Stewart, J.W., Wisniewski, S.R., Balasubramani, G.K.K., Fava, M., Gilmer, W.S., Dresselhaus, T.R., Thase, M.E., Nierenberg, A.A., Trivedi, M.H., & Rush, A.J. (2007). Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1539–1546. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06101757>

How to cite this article: Dippel, N., Szota, K., Cuijpers, P., Christiansen, H., & Brakemeier, E.-L. (2022). Family involvement in psychotherapy for depression in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 00, 1–24. <https://doi.org/10.1111/papt.12392>

APPENDIX 1

META-ANALYSES AND REVIEW THAT HAVE BEEN SCREENED FOR POTENTIAL RELEVANT STUDIES

(Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) - Ständige Kommission Leitlinien, 2013; Carr & Boyd, 2003; Cuijpers et al., 2020; Diamond et al., 2016; Elmquist et al., 2010; Forti-Buratti et al., 2016; Francis et al., 2012; Fristad et al., 1996; Goldberg-Arnold et al., 1999; Hetrick et al., 2015; Kaslow et al., 1994; Klein et al., 2007; Lewinsohn & Clarke, 1999; Luby, 2013; Michael & Crowley, 2002; Mufson et al., 1999; Nel, 2014; Northey et al., 2003; Oud et al., 2019; Puig-Antich & Weston, 1983; Ryan, 2005; Sander & McCarty, 2005; Sanderson et al., 2009; Schweitzer & Retzlaff, 2006; Sorensen et al., 2002; Sørheim Nilsen et al., 2013; Southam-Gerow et al., 2000; Spielmans et al., 2007; Stark et al., 1996; Stein et al., 2006; Straub et al., 2014; Tindall et al., 2017; von Sydow et al., 2008; Weersing et al., 2017; Weisz et al., 2006, 2013, 2017, 2019; Wozney et al., 2017; Yang et al., 2017)

All references are cited in the reference list.

B. Manuskript – Studie 2

Unveröffentlichte Manuskripte sind kein Teil der Veröffentlichung.

C. Manuskript – Behandlungsprogramm CBASP@YoungAge

Unveröffentlichte Manuskripte sind kein Teil der Veröffentlichung.

D. Manuskript – Studie 3

Dippel et al. *Pilot and Feasibility Studies* (2022) 8:145
<https://doi.org/10.1186/s40814-022-01091-3>

STUDY PROTOCOL

Open Access



Investigating the feasibility and effectiveness of a modular treatment program for children and adolescents with depression and interpersonal problems: study protocol of a quasi-experimental pilot feasibility trial (CBASP@YoungAge)

N. Dippel^{1*} , T. In-Albon², S. Schneider³, H. Christiansen^{1†} and E.-L. Brakemeier^{4†}

Abstract

Background: Depression is a serious disorder in childhood and adolescence. Affected children and adolescents show significant impairments in various aspects of life. Studies on the effectiveness or efficacy of psychotherapy in depressed children and adolescents are qualitatively very heterogeneous and reveal small effect sizes. There is thus a need to better tailor psychotherapy approaches to these age groups to improve outcomes like parent-child relationship, symptomatology, or quality of life.

To address this gap, we designed a modular, individualized treatment program for children and adolescents based on the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) including caregiver involvement.

Method: This quasi-experimental pilot feasibility trial is a phase 1 to phase 2 study investigating the feasibility and effectiveness of CBASP@YoungAge by including an intervention group (CBASP@YoungAge) and a treatment-as-usual control group. The treatment of depressive symptoms as well as interpersonal problems with primary caregivers are the main targets of CBASP@YoungAge. Personalization is ensured concerning the treatment course, caregivers' involvement, and the patient's age. The primary outcome relates to two areas: the feasibility of the CBASP@YoungAge treatment program in an outpatient context and a change in patients' depressive symptomatology from before to after treatment. We conduct a brief process evaluation after each session in the intervention group to closely monitor the treatment process and examine feasibility from the therapists' and patients' perspectives and mechanisms of symptom change. In addition, we consider interpersonal behavior between children and caregivers, parenting behavior, and monitor the global-health-index in children and parents as secondary outcomes. Pre-, post-, and follow-up data are evaluated.

de

¹ Philipps-University Marburg, Marburg, Germany
Full list of author information is available at the end of the article

© The Author(s) 2022. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Discussion: This is the first study of a modular-based intervention program for children and adolescents with depression and a clear focus on the interpersonal problems between the depressed young patient and her/his caregiver. It will provide important knowledge on the feasibility and effectiveness of the program and potential benefits of including caregivers in psychotherapy. Based on this study's results, we plan a multicenter, randomized, controlled trial whose long-term aim is to improve the psychotherapeutic care of young patients with depression while preventing persistent courses of depressive disorders.

Trial registration: German Clinical Trials Register, DRKS (identifier [DRKS00023281](#)). Registered 17 November 2020–Retrospectively registered

Keywords: Depression, Psychotherapy, Children, Adolescents, Caregiver involvement, Modular treatment, CBASP

Background

Depression in childhood and adolescence is widespread and debilitating at every stage of development [1–4]. Children and adolescents suffer from the same main depressive symptoms as adults, however, children and adolescents often perform worse at school, have social network difficulties, and somatoform symptoms [5, 6]. When depressive symptoms are not alleviated, the disorder tends to persist in adulthood [7, 8]. Early onset depression is associated with lower quality of life in childhood and adulthood, higher levels of comorbidities, and with other medical and mental disorders [9] as well as more suicide attempts [10–14]. Persistent negative family and social consequences in childhood or adolescence are also common [6].

These findings suggest that there is a strong need for effective treatment of depression in these age groups through early and evidence-based interventions [7, 15]. There is growing research on the psychotherapy of depression in children and adolescents, but recent studies have delivered heterogeneous results and only low to medium effect sizes [16–20]. Reviews focusing exclusively on the psychotherapy of depression in childhood and adolescence [16, 21] reported an overall effect size (g) of 0.36 at post-treatment and 0.21 at follow-up. A meta-analysis that focused on changes in child and adolescent depression-treatment effects over time revealed that mean effects drop significantly between post- and follow-up assessments [22].

This study thus aims to improve the treatment of depression in children and adolescents by focusing on how depression develops in children and adolescents as well as important causative and maintaining factors. As there is evidence of an association between the relationship quality of caregivers and their children in internalizing symptoms [23, 24], we assume that the interaction of children, adolescents and their caregivers is related to the development of depressive symptoms. Specifically, dysfunctional caregiver-child interaction behaviors appear to promote the development of depressive disorders in children and adolescents [25–29]. This association is, of

course, also influenced by the attachment style. Especially anxious and avoidant attachment are relevant in this case, as those have been shown to be related to depressive symptoms [30, 31]. Accordingly, changes in interactional behavior or attachment of the parents should be drivers of change in child and adolescent depression symptomatology [32–34].

The Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) is a disorder-specific and integrative treatment approach that entails psychodynamic and cognitive-behavioral elements as well as theories from the interpersonal school [35]. CBASP was originally developed for adult patients who have developed chronic depression due to childhood maltreatment and negative relationship experiences, and as most of them have already undergone many different treatment attempts without success, they can be described as therapy-resistant [36]. CBASP addresses formative relationship experiences by first identifying significant others and the accompanying basic assumptions and thought patterns (causal conclusions, imprints). Actual relationship expectations or fears (transference hypotheses) are then documented to be processed and, at best, corrected through interpersonal and behavioral interventions [37, 38]. In this way, patients benefit from new positive relational experiences that enable a changed perception of the self and of others. Meanwhile, various studies on CBASP have been conducted in different settings and variations, and CBASP is considered an evidence-based psychotherapy for adults with depressive disorders [39–42]. However, positive studies have nevertheless revealed a high relapse and dropout rate, especially among young adults with depressive disorders [43]. As there are currently no studies on CBASP for the treatment of children and adolescents with depression, we report here on a pilot study for which we first adapted CBASP to target these age groups. Based on research findings on the involvement of caregivers in psychotherapy [44–46], and positively evaluated modular interventions [47, 48], we designed a modular, individualized treatment program for children and adolescents called CBASP@YoungAge. This study

aims to implement CBASP@YoungAge in clinical practice and to investigate its feasibility and effectiveness compared to an active treatment as usual control group in a non-randomized design.

Objective

The objective of this study is to assess the feasibility and potential effectiveness of the CBASP@YoungAge outpatient treatment program designed to treat children and adolescents with depression and interpersonal problems. The study aimed (1) to examine the acceptability and feasibility of the modular treatment program for therapists, patients, and caregivers. We assess whether the therapist employs the modular approach and if the patients and caregivers understand the material and treatment structure and participate in the treatment. Furthermore, the study aims to (2) investigate potential changes in the patients' depressive symptoms and in the interpersonal behavior between patient and participating caregivers during the treatment process and compared to post-treatment. We expect (3) that this treatment will lead to a greater alleviation of depressive symptomatology, to improved interpersonal behavior of children and caregivers, and to stronger long-term alleviation of the patients' symptomatology than treatment-as-usual (TAU) group. In addition, we expect (4) to observe a significantly higher proportion of parent involvement in the intervention group than in the control group.

Methods/Design

This pilot study is a non-randomized, quasi-experimental pilot feasibility trial comparing CBASP@YoungAge with a TAU control group (the actual gold standard in psychotherapy research [49]), to evaluate the feasibility and effectiveness of CBASP@YoungAge with respect to the depressive symptoms of children and adolescents and their interpersonal behavior with caregivers. This protocol is reported according to the SPIRIT 2013 [50] statement (see Additional file 1: completed SPIRIT checklist). For a brief overview, see the WHO Checklist (Additional file 2: WHO Trial Registration Data Set).

Study setting

As CBASP@YoungAge is an outpatient treatment program, the intervention group is implemented at the Child and Adolescents Psychotherapy Outpatient Clinic Marburg (KJ-PAM, Philipps-University Marburg) while the TAU control groups are implemented at the Center for Child and Adolescent Psychotherapy (Outpatient Clinic, Ruhr-University Bochum) and the Landau Psychotherapy Outpatient Clinic for Children and Adolescents. All outpatient clinics are based in Germany and leading psychotherapy institutions invoice the German

health insurance companies. The therapists are psychotherapy trainees.

Participants and sample size

Eligible participants are aged between 10 and 21 years and meet the criteria for depressive disorders, based on DSM-5 [51]. Inclusion is based on a structural clinical interview (Kinder-DIPS, parent or child version [52]). A participating caregiver is mandatory in the CBASP@YoungAge group, whereas caregiver participation in the TAU groups is not requested beyond the legal requirements. As psychotherapy is conducted in German, children and participating parents need to be sufficiently fluent in German. Further, sufficient cognitive level of participating children/adolescents is required for the patients to be able to follow the cognitive interventions. Since intelligence tests are part of the standard diagnostics in the participating outpatient clinics, this criterion is operationalized by an IQ of ≥ 80 .

We exclude children or adolescents in case of ongoing psychotherapy, acute suicidality, or a disorder expression requiring a different and non-depression focused treatment (e.g., traumatic disorder, schizophrenia, or bipolar disorders) or an inpatient stay. We do not exclude comorbid disorders or ongoing psychopharmacotherapy to enhance the external validity and generalizability of our findings. In case of outpatient housing, youth in the CBASP@YoungAge treatment group can nominate a different adult to participate in the sessions, as long as there is at least one significant person able and willing to join treatment sessions. If more than one person wants to participate, that is also possible.

Sample size calculations are guided by the considerations of Hertzog [53]. Thus, the planning of a larger study by this investigation was important, as well as the capacities of the centers involved and the sample size and drop out rate of other comparable studies [54, 55]. We aim to recruit 44 participants (22 per treatment arm). Assuming a 60% retention rate during the trial [56], this will lead 38 treatment completers with complete data.

Recruitment and procedure

Since the design is non-randomized, patients are consecutively recruited in the participating outpatient clinics. After initial appointments, therapists in the outpatient clinics identify and approach eligible patients based on the inclusion and exclusion criteria. They participate either in the CBASP@YoungAge treatment arm or in the treatment-as-usual control group (TAU). If screening indicates that the patient is eligible for participation and the family consents, complete study information is given to all participants, and written informed consent

is obtained from the primary caregiver and participating child or adolescent.

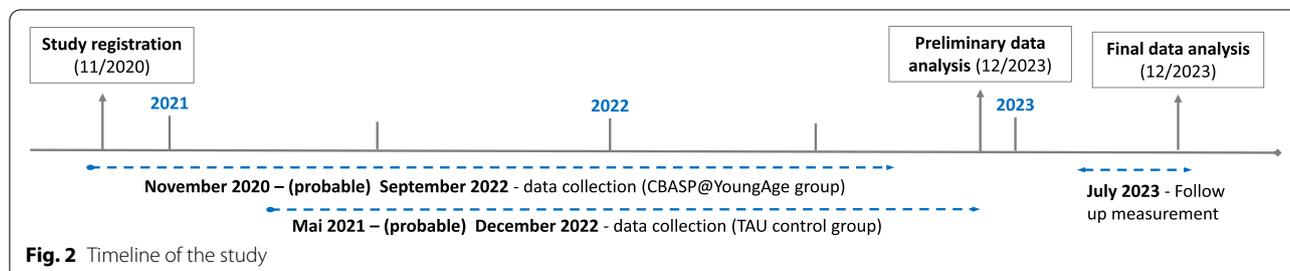
Assessments are at baseline, post-treatment, and 6 months follow-up. During the treatment phase, a quantitative and qualitative orientated therapy process evaluation by therapist, patient, and caregivers is planned for every session, as is a quantitative evaluation of the general health index by patient and caregivers every 5th

session. For detailed information on the study procedure, see Fig. 1 and for an overview of the actual study process and timeline Fig. 2.

The psychotherapeutic process is evaluated during treatment by the study therapists. If difficulties arise during treatment, the study therapists contact the study team in the appropriate outpatient clinic. The intervention or follow-up is discontinued if the

TIMEPOINT	STUDY PERIOD						
	Enrollment	Allocation	Post-allocation			Close-out	
			Pre Therapy	Therapy process evaluation		Post Therapy	Follow up
	$-t_1$	0	T_1	After every session	After every 5 th session	T_2	6 month after post assessment, T_3
ENROLLMENT:							
Eligibility screen	X						
Informed consent inpatient	X						
Informed consent (guardian) caregiver	X						
Allocation		X					
INTERVENTIONS:							
CBASP@YoungAge			←————→				
TAU			←————→				
ASSESSMENTS:							
Demographic data	X		X				
Kinder-DIPS			X			X	X
IMI-KJ			X			X	X
MFQ			X			X	X
KIDSCREEN (long version)			X			X	X
KIDSCREEN (short version)					X		
PMH			X		X	X	X
BSI			X			X	X
EFB			X			X	X
Therapy-process (self rating)				X			

Fig. 1 SPIRIT figure, schedule of enrolment, interventions, and assessments of the trial [57]



caregivers or patients withdraw consent or a different treatment becomes necessary. The therapy process is also discontinued if the trial has to be unexpectedly canceled, or if the study coordinator decides it is necessary to discontinue, for example in case of adverse events. The risk management information below provides further information. The date and reason for discontinuation or drop-outs after screening will be documented.

After treatment completion, trained therapists will carry out regular post-assessments who were not involved in the treatment. Participants have to wait for at least 6 weeks before booster sessions are allowed when needed. If follow-up treatment (e.g., for comorbidities) appears to be necessary during booster sessions, that can be implemented as part of regular outpatient treatment, and will be documented (see Fig. 3 for the study flow).

Randomization, allocation concealment, and blinding

Assignment to the two study arms is non-randomized and the allocation is not blinded. The pre- and post-assessments will not be blinded, but rather done by trained psychotherapists who are independent and did not provide treatment in either of the study arms to the respective families.

Trial interventions

CBASP@YoungAge intervention

Based on CBASP [35], we designed the modular, individualized treatment program CBASP@YoungAge for children and adolescents that targets depressive symptoms while additionally addressing interactional difficulties with primary caregivers [58]. The treatment program is manualized and generally applicable in other outpatient psychotherapy contexts. CBASP@YoungAge differs from the traditional CBASP approach in several aspects. First, the active involvement of significant primary

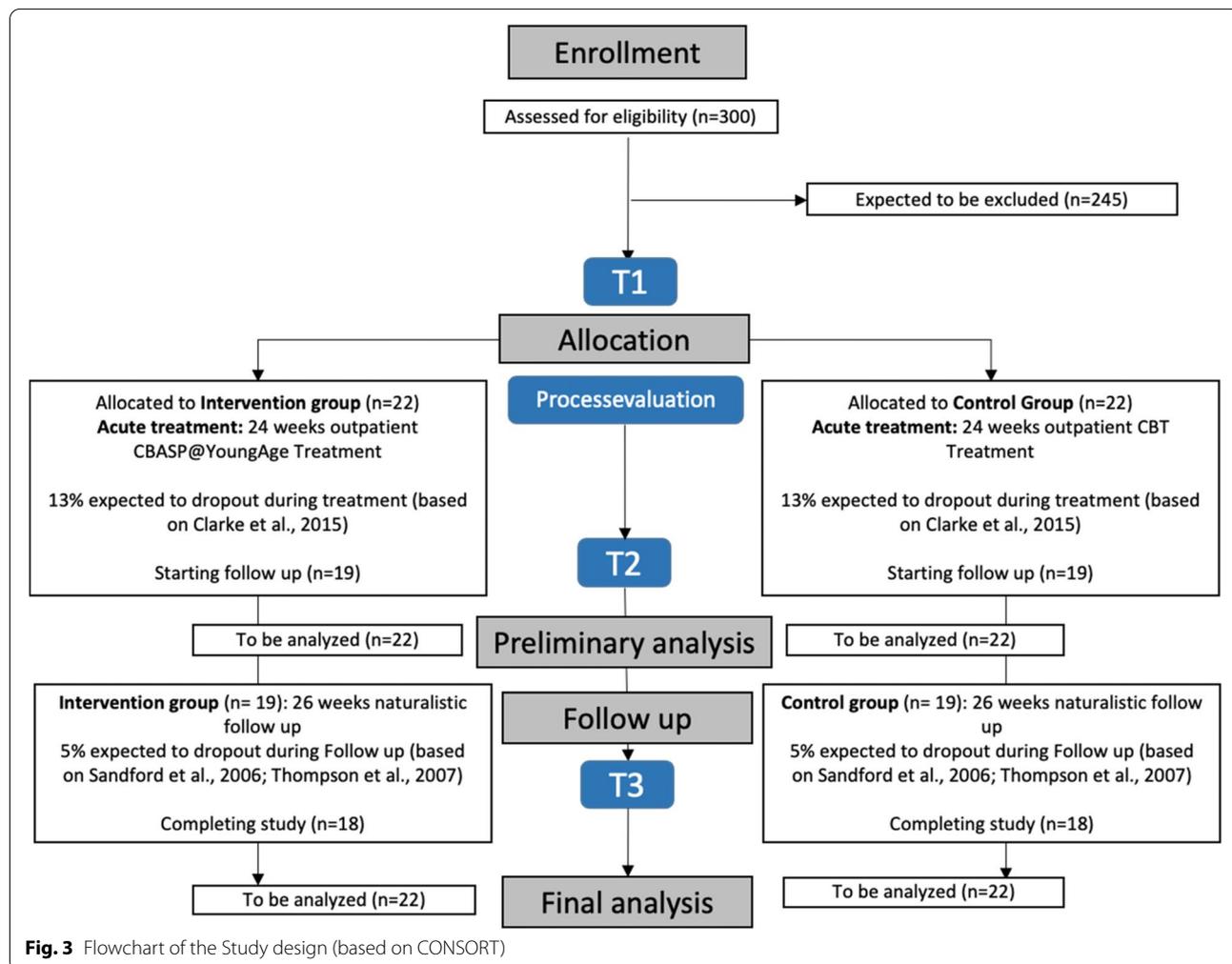


Fig. 3 Flowchart of the Study design (based on CONSORT)

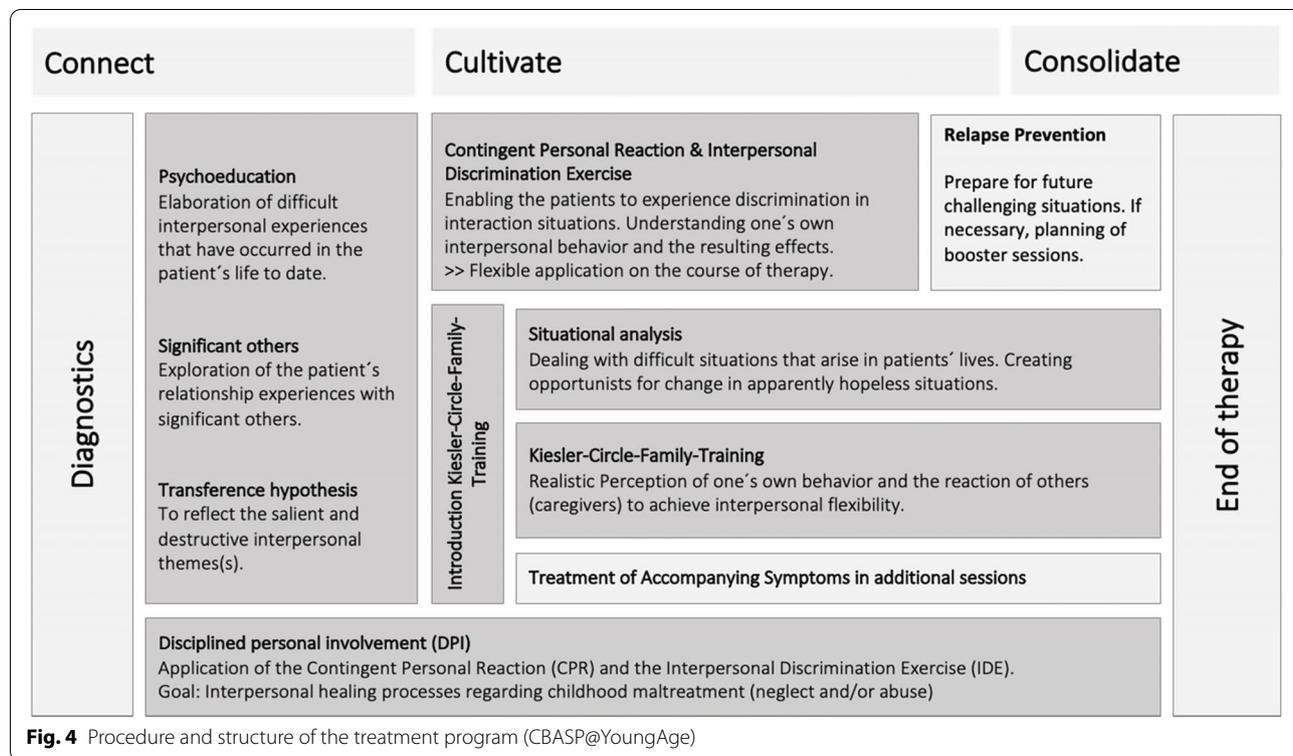
caregivers in therapy is mandatory. Second, in line with different previous studies, we modified CBASP more than originally intended [47, 59–62]. Third, the treatment approaches are age-adapted. For detailed information about the CBASP@YoungAge intervention, see the treatment manual (Dippel N, Christiansen H, Brakemeier E-L: CBASP@YoungAge – Ein Therapiemanual für das ambulante Setting, in preparation). A brief overview is given in Fig. 4 and in the text below.

CBASP@YoungAge is conceived for three different age groups (10–12, 13–16, 17–21 years) with depressive disorders and resulting interpersonal problems. It consists of nine different modules that combine aspects of cognitive behavioral therapy (CBT) and psychodynamic psychotherapy. Overall, the intervention consists of three treatment modalities. The first is the individual treatment format, where the therapists work with the child or adolescent on their specific issues. Additional individual sessions with the caregivers are also possible. Second, in the joint format the patient and related caregiver share one session where both work individually on the same topic with the therapist. Third, the joint format the patient and the caregiver participate in the therapy session together. In general, the choice of the appropriate format is left to the therapist, as individual structural conditions must also be considered. The treatment manual only makes recommendations.

This structure aims to provide the most individualized and personalized course of treatment possible while supporting the therapist in every variation. To personalize the treatment, therapists have various age-appropriate adaptation options in the material, as well as flexibility in handling the sequence and the modules’ duration.

The therapeutic relationship in CBASP and thus also CBASP@YoungAge is called “Disciplined Personal Involvement” (DPI) [38] and is characterized by an appreciative, open, and authentic basic attitude towards the patient. DPI is a special form of relationship building that includes the therapist’s personal inner world, thinking, emotions, and reactions to the patient’s behavior [58].

The connecting phase focuses on psychoeducation as well as elaborating on the involvement of significant others and the CBASP-specific transference hypothesis. The connecting phase follow a fixed order to establish the therapy basis. During this phase, an individual model of depression within the CBASP@YoungAge therapy-rationale is developed based on the “interpersonal wall” concept. This wall describes metaphorically the difficulty patients have in interacting appropriately with their social environment. We are assuming that, because of previous experiences, youths’ skills and abilities are impaired in relating to significant others or in interpreting the behavior of others accurately. Such (early)



relationship difficulties are assumed to result in hopelessness, distrustfulness, helplessness and loneliness, and reduced contact with other people or activities. Overall, the connecting phase focuses on difficult past and present relationship experiences to establish the transference hypothesis as an overall imprint for daily interactions and the current psychotherapeutic work (e.g., “If I open up to someone and share my emotions, that person won’t care and won’t react, so I keep my feelings to myself and react defensively.”).

The cultivating phase of CBASP@YoungAge is based on a modular course and can be personalized by the therapists in the modules’ order and implementation. It focuses on the Kiesler-Circle-Family-Training and situation analysis, as well as on additional symptoms requiring treatment in additional sessions. The Kiesler-Circle-Family-Training aims to change learned interpersonal behaviors. Past experiences are actively targeted with the patient and relevant others. The most important aim of the Kiesler-Circle-Family-Training setup is the enhancement of flexibility in interpersonal behavior with different family members/significant others. Participants are encouraged to distinguish between different positions in the Kiesler-Circle and are further trained in the perception and reflection of their behavior, evaluation of behavior effects and behavior adaptations to successfully master difficult interactions. During this module, caregivers participate in every session. Situation analysis is applied to enhance the patient’s self-efficacy and ability to act in difficult situations with other people. Patients are trained to notice that they can be in charge and actually change difficult situations. They learn how to shape situations differently to achieve new, changed outcomes for themselves.

The consolidation phase focuses on relapse prevention, reviews the therapy, and checks whether previously set goals have been achieved.

CBASP@YoungAge covers 20 to 30 sessions. Frequency is at least once a week and up to three times a week. It is up to the therapist to decide which modules to use and when based on the individual patient and her/his caregivers. After treatment completion, booster sessions can take place.

Treatment-as-usual control group

The TAU control group is implemented in two cooperating outpatient clinics. The responsible therapists are also psychotherapists in training who are under regular case supervision.

Treatment is based on psychotherapy guidelines [63] and current evidence-based practices for the treatment of depression in childhood and adolescence. No further restrictions with respect to duration or length are made.

Family involvement is based on the current psychotherapy accounting rules of the German health care system (every 4th session).

Therapists training and adherence to the study protocol

All therapists are graduates in psychology or pedagogics and participate in a postgraduate training as child and adolescent psychotherapists in a university integrated outpatient clinic. As part of this training, they attend theoretical seminars and are supported by regular, high-frequency case supervision every fourth session. Consequently, all therapies in the study are implemented under this regular case supervision. In the intervention group (CBASP@YoungAge), the therapists participate in an additionally CBASP@YoungAge Workshop (ELB, ND) before initiating therapy. The treatment process is accompanied by regular additional CBASP@YoungAge case supervision. Supervision takes place every four weeks and is done by a licensed and CBASP-certified therapist (ELB). The therapists can discuss their cases during the supervision, review the process, and ask questions about the study procedure.

To ensure adherence to the protocol, we created a standardized checklist for data collection for each child/adolescent participating in the study. The study team review the checklists and remind the therapists either by text message (e-mail) or phone calls once a month to complete assessments with their patients in case of missing data. Every module closes with an adherence check that the study therapists complete at the end of each module. As part of the process evaluation, study therapists fill out a documentation form and report on the format, session length, participating persons, the module conducted, and important additional information after each session. The study team reviews all completed forms once a month and contacts the treating therapist in case of difficulties or non-adherence.

For organizational matters, and beyond the therapy implementation, a written study plan is made available to all study therapists. This document explains all study procedures (time points, documents) and the study coordinator (ND) clarifies questions and reviews all documents submitted by the therapists regularly.

Outcomes

Assessments are at pre-treatment (T1), post-treatment (T2) and follow-up at 6 months (T3) (see Fig. 1 for overview). Assessments are face-to-face (clinical interview) or paper-pencil questionnaires and filled out by index patients and/or their caregivers/significant others.

Primary outcomes are, first, the feasibility of the CBASP@YoungAge treatment program. This includes both practicability in the outpatient setting for therapists

and suitability for patients and family members, primarily measured by continuous process evaluation (therapists, patients, parents), therapist adherence, patient dropout rate, and recruitment rate during the study and treatment. Second, change in depressive symptomatology between pre- and post-assessment is a primary endpoint, with change measured by the clinical interview (child DIPS, parent or child version) and the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ).

Secondary outcomes are the interpersonal behavior between caregiver and children (Impact-Message-Inventory for children and adolescents, IMI@YA), the global health of both caregivers and participating children (KIDSCREEN; Positive mental health questionnaire, PMH), parents' mental health (Brief-Symptom-Inventory, BSI), and parenting quality (Parenting Questionnaire, EFB).

Demographic data

For patients, demographics include information on sex, age, place of birth, spoken languages, siblings, school and social factors like friendships, and sports club affiliation. For caregivers/significant others we assess sex, age, education level, and marital status as well as socio economic status (SES). We also screen for any abnormalities in early development or during pregnancy.

Diagnostic Interview for Mental Disorders for Children and Adolescents (Kinder-DIPS)

The Kinder-DIPS [52] is a structured interview for the assessment of mental disorders and behavioral problems in children and adolescents that can be completed with the child/adolescent or their caregiver. The diagnostician decides with whom the interview will be conducted. In most cases, children older than 12 years of age can participate the interview themselves. If there is no clear result, the interview can also be conducted with both parties, i.e., caregiver and child. The Kinder-DIPS provides a diagnostic classification according to DSM-5 [51] or ICD-10.

The Kinder-DIPS contains both open and closed questions. Although both the wording and order of the questions are clearly specified, it is possible for the interviewer to ask clarifying follow-up questions. The interrater reliability of the parent and child versions of the Kinder-DIPS is highly satisfactory with respect to major diagnostic categories, and for ruling out mental disorders [64].

Impact Message Inventory (IMI) for children and adolescents (IMI@YA)

The IMI@YA is an adaptation of the German version of the IMI [65] for children and adolescents (Dippel N,

Brakemeier E-L, Christiansen H: Capturing impact messages in parent - child interactions: Adaption and Validation of the Impact-Message-Inventory, in preparation). It is an interpersonal questionnaire designed to represent the various dimensions of the Kiesler-Circle that is administered to assess interpersonal characteristics by others [66]. This instrument assesses the interpersonal behavior between caregiver and child, that is, the children provide their perception of their parents' interaction behavior, and vice versa.

The IMI@YA contains 64 items with eight items per scale to be answered on a 4-point Likert Scale from "not at all" (0) to "very much so" (4). The eight scales represent the octants of the Kiesler-Circle read counterclockwise from the top of the circle are called dominant, hostile dominant, hostile, hostile submissive, submissive, friendly submissive, friendly, and friendly dominant. Cronbach's alpha ranges between .45 (friendly submissive) and .85 (friendly) in a non-clinical sample (Dippel N, Brakemeier E-L, Christiansen H: Capturing impact messages in parent - child interactions: Adaption and Validation of the Impact-Message-Inventory, in preparation).

Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)

The MFQ detects clinically relevant symptoms of depression in children and adolescents. For the current study, we use the German version of the MFQ that measures depressive symptoms on a 3-point Likert scale with 0 = "not true", 1 = "sometimes" and 2 = "true" (Universität Ulm, 2015 based on [67]). The MFQ demonstrates excellent reliability scores (US sample: self: $\alpha = .89$, caregiver $\alpha = .91$; German sample: self: $\alpha = .93$, caregiver: $\alpha = .90$) [68].

KIDSCREEN

The KIDSCREEN [69] assesses children's and adolescents' subjective health and well-being. The KIDSCREEN is a self-report measure for healthy and chronically ill children and adolescents aged 8 to 18 years. It is available in different versions. We use the 27-item version in for pre-, post-, and follow-up assessments, and the 10-item short version for therapy process evaluation every 5th session. The KIDSCREEN-27 is based on the 52-item full version and provides detailed profile information on five Health-Related Quality of Life (HRQoL) dimensions. The KIDSCREEN-10 Index provides a global HRQoL score for monitoring and screening purposes and takes 5 min to fill out.

The KIDSCREEN instruments are available in child, adolescent, and parent versions, and have been translated and adapted for use in several languages. A total score can be calculated, and T-values and percentages are available for each country stratified by age and gender.

Cronbach's alpha ranges between .79 (physical wellbeing) to .84 (psychological wellbeing); Cronbach's alpha is .82 for the ten-item version [70].

Positive Mental Health Scale (PMH)

The Positive Mental Health Scale (PMH-scale [71]) measures positive mental health with a brief, unidimensional, and person-centered questionnaire. The scale consists of nine items rated on a Likert scale from 1 = "not true" to 4 = "true". The internal consistency is about .93 for all groups together and .82 in the retest sample. The PMH-scale's internal consistency is high and similar across different samples [71]. This instrument is completed by the caregivers.

Brief symptom inventory (BSI)

The Brief Symptom Inventory [72] consist of 53 items, and is a questionnaire for documenting subjective impairment caused by physical and especially psychological symptoms. Based on the Symptom Checklist SCL-90-R, the items assign to nine scales (somatization, obsessiveness, insecurity in social contact, depressiveness, anxiety, aggressiveness/hostility, phobic anxiety, paranoid thinking, psychoticism) and enable three indices of global distress to be calculated. The internal consistencies of the nine scales range from .70 (Psychoticism) to .87 (depressiveness). Gender- and age-specific norm values are available. This instrument is also completed by the caregivers.

Erziehungsfragebogen (EFB)

The Parenting Questionnaire (EFB) [73] is the German version of the parenting scale [74]. The EFB is a self-assessment scale of parenting behavior in situations when the child is to be disciplined. Its three scales (overreaction, laxness, and verbosity) and a total score can be analyzed. The internal consistencies of the overreacting and laxness scales and of the total score are acceptable to good (.59–.80). The verbosity scale's values were low [73].

Therapy process evaluation

An evaluation is implemented for continuous therapy support by relying on the MRC guidance [75] on how to conduct process evaluations of interventions. This consists of short questionnaires to be completed by everyone involved after each therapy session, and of short questionnaires (KIDSCREEN-10, PMH) after every fifth therapy session. As the study's target population are youth patients with depression and stressful family relationships, process evaluation is as short and practicable as possible. We therefore limit ourselves to documenting the change in symptoms compared to the beginning of therapy (subjective rating of 1 = "worse" to 10 =

"better"), the satisfaction with the actual therapy session (subjective rating 1 = "dissatisfied" to 10 = "satisfied") and ask for qualitative descriptions of other comments. These open-ended questions are not intended to be a substitute for careful qualitative analysis, but allow us to capture unanticipated therapy events from the participants' perspective not yet included in the protocol. The aim of this first step in the process evaluation is to check the intervention's feasibility and establish the course of symptoms over time as well as the participants' general health-related well-being.

In the second step, we focus specifically on the structure of each therapy session by asking therapists how they conduct each session. For that purpose, they fill out a session log sheet after each session. Here they indicate how long the session lasted, who participated, which techniques they applied, and whether the session was conducted online or face-to-face. This will help us understand the feasibility and implementation of each module and session, and optimize the program after this study.

Furthermore, we focus specifically on the intervention's structure. Have the therapists implemented it correctly? The therapists fill out a session protocol sheet after each session for just this reason. Here they indicate the frequency and duration of the sessions, who participated, and whether the appointments were implemented online or live. This helps us better understand the feasibility and implementation of each module and to identify potential structural differences related to specific modules.

Adverse events and risk management

During the general psychotherapy training and especially during the CBASP@YoungAge Workshop, study therapists are prepared for unexpected and adverse events. In case of such an event during the CBASP@YoungAge intervention, the study coordination (ND) is informed immediately, and (serious) adverse events are reported to the entire study team (HC, ELB). Detailed information on the definition of (serious) adverse events and detailed documentation procedure within the study can be found in Additional file 3. The initiation of pharmacological treatment during study therapy in the intervention group is also reported to the study coordinator (ND). The dose, duration, and type of medication are documented. In the TAU control group, medication can be part of the standard treatment course.

Individuals with depression carry a higher risk of self-harm and suicide than the general population. Thus, all trial participants are monitored by their responsible outpatient clinic. In the case of patients with an increased risk of acute suicidal tendencies, regular explorations are carried out by the appropriately trained study therapists. In case of uncertainty, an experienced therapist on duty

is called in. This represents the standard procedure of the outpatient clinics and thus also of the study. It includes regular consultation with the outpatient clinic management and responsible supervisors of the study therapists. Participants will be able to contact the study coordinator (ND) during the trial period until the end of the follow up assessment.

Statistical analysis

A preliminary analysis of the results after post-assessment is planned. A full analysis will follow the completion of all follow-up assessments. Data will be analyzed based on the Intention-to-treat (ITT) sample and will help inform power calculations for a future CBASP@YoungAge randomized control trial.

Central aspects with regard to feasibility in the analysis are attrition and reasons for drop-out of patients or parents. These aspects will be recorded and analyzed. Recruitment rate is measured by reporting the number and reasons of patients screened for the intervention group who decided against study participation. We also capture the proportion of patients who participate in each arm at pre-, post- and 6-month follow-up assessment. Furthermore, we assess the proportion of patients meeting criteria for response and remission based on the Kinder-DIPS at the different time points. With regard to attrition, therapists will assess the number of sessions of the modules, and the session frequency in general and related to the different modules. In addition, we will record each participant's individual course of therapy in self-reports, and reports from others, as well as any unexpected events in the course of therapy. For participants who withdraw from the study, the researcher will follow-up with either the therapists or participants to document their reason(s) for study withdrawal. We will assess rates and types of missing data, and the proportion of drop-outs at different stages throughout the trial. We will also assess whether any of the measures display floor and/or ceiling effects. Patient adherence to treatment will be indexed by the mean (SD) number of therapy sessions offered and attended, and by calculating the proportion of participants who undergo a minimum adequate dose (eight or more sessions) in each arm. Adherence of protocol by therapists is analyzed descriptively by the proportion of complete adherence checks and the monitoring of individual case and data management in the study routine. Data completeness is reported as proportions of missing values. Due to sample size and this study's pilot character, the feasibility analysis is mainly based on the intervention group's process evaluation. First-interim analyses of results are only possible with sufficient post-measurements. Missing values will be integrated in an

iterative imputation method based on a random forest model.

We intend to carry out analyses with regard to effectiveness. Summary statistics will be used as appropriate to describe and compare data for all participants. ANCOVA models will be used to test the pre- and post-differences in the intervention group and the difference between intervention and control group after the intervention and at follow up. Within or between-group effect sizes (Cohen's d) will be calculated and interpreted according to standard conventions ($< .50$ = small; $.50-.80$ = medium; $> .80$ = large [76]).

Trial management and governance

Clinical notes, measures, and therapy recordings are stored in a locked filing cabinet in a locked office at Philipps-University Marburg. Consent forms are stored separately from data. Data is entered into an SPSS spreadsheet maintained by the trial manager (ND), stored securely on Philipps University Marburg server. Only individuals authorized by the principal investigator have access to the database. We design this first pilot study for conciseness and minimizing risk. Therefore, no formal data monitoring committee has been organized. The completeness and correctness of the data storage will be checked and ensured every two weeks by the study coordinator (ND). The results will be reported to the leading investigators (HC and ELB).

Published material will not contain patient-identifiable information. The datasets generated and/or analyzed will be stored in a repository at Philipps-University Marburg. Anonymized data may be accessed and analyzed by members of the project with researchers collaborating with team members on the analysis of these data. Therefore, external researchers wishing to access the data for future projects or analyses must do so via request to the principal investigator (ND).

Discussion

The first aim of this study is to apply CBASP, which is well-developed and already evaluated for adults, for the first time in a version modified specifically for children and adolescents with depressive disorders. We aim to focus on integrating caregivers and interpersonal relationships to treat depressive disorders in children and adolescents in an age-appropriate manner relying on the CBASP treatment approach. Attachment and the relationship between parents and children are areas of high relevance in the treatment of depressive disorders and should be considered especially in the context of dysfunctional interaction behaviors or even childhood maltreatment. For this reason, CBASP@YoungAge focuses on involving the actual caregivers as well as on

the processing of earlier relationship experiences and their impact on the disorder (“significant others”). We expect that this treatment will result in a stronger alleviation of the young person’s depressive symptoms, and in improved interpersonal behavior of children and caregivers, thus leading to a long-term improvement in the patients’ symptomatology. Since there are so few therapeutic approaches that effectively treat depression in this age group [21], and the current treatment programs reveal such low effect sizes [20], we see an urgent need to investigate a therapy program that addresses both the present symptoms of young people and the interpersonal problems with their actual caregivers. CBASP@YoungAge offers this opportunity and is thus a promising approach to treat depression in children and adolescents.

In addition to the results in terms of clinical relevance, the practicality and feasibility of the trial are also important. Those results will allow us to evaluate the feasibility and effectiveness of this treatment program and will provide valuable information on whether this modular and interaction-focused treatment can actually be implemented in other outpatient treatment settings at different locations. In particular, its feasibility from the perspective of the patients and their relatives, as well as from the therapists will be examined. Any obstacles can be removed and necessary changes can be made according to the results. Furthermore, building on this non-randomized pilot study’s results, we will be able to plan a large controlled randomized trial. Whether this is applicable depends on various factors and aspects. Central is whether the CBASP@YoungAge treatment does not cause harm to patients or relatives. Furthermore, it is important to know whether recruitment is possible in order to implement a larger study and if the therapy can be carried out and terminated by therapists and patients with a reasonable amount of effort. Aspects that are also considered in the evaluation of feasibility are cost-effectiveness, duration of therapies and study as well as effectiveness and feasibility of data management.

However, the results we expect from this pilot study are also hampered by certain limitations. Firstly, it is based on a quasi-experimental design. Since all participants in the intervention group are treated in the Marburg outpatient clinic and all TAU participants are treated in either the outpatient clinic in Bochum or Landau, no randomization is possible, which also means that study-site effects cannot be excluded. Secondly, due to the Corona pandemic, we could not start collecting data at all three outpatient clinics at the same time. That makes seasonal side effects possible between the intervention and control groups (also due to the respective pandemic situation). Third, the design is focused on

assessing the feasibility of the treatment program. However, this leads to the fact that not all relevant aspects, e.g., the therapeutic alliance, can be captured. Fourth, because of the ongoing pandemic situation, we were unable to define numeric progression criteria. Regarding the various safety regulations, the rules for outpatient psychotherapy were and are frequently changed. Thus, it was not possible to predict exactly how recruitment, duration of therapy, or even data management would proceed. However, we will carefully monitor the different progression criteria to determine whether progression is feasible and to learn how to adapt and improve progression in a large-scale RCT trial.

Finally, the study’s design means that patients and therapists cannot be blinded which could create some bias among therapists and patients. However, we are trying to mitigate possible biases resulting from the lack of blinding by ensuring that the clinical evaluations are not done by us study therapists but rather by independent blinded raters. Against the background of the first investigation of this intervention within the framework of a phase 1/phase 2 clinical trial, these limitations appear in general justifiable.

Conclusion

This pilot study is the first to explore the feasibility and effectiveness of CBASP adapted for children and adolescents suffering from depression. Considering the current low treatment outcomes [15] as well as the high proportion of interactional problems in the context of depressive disorders [77, 78], this treatment program is highly relevant. It will provide important knowledge on the feasibility and effectiveness of this program, and reveal the potential of including caregivers in psychotherapy. A multi-center randomized controlled study is being planned based on this study’s results, with the long-term aim of improving psychotherapeutic care for young patients with depression while preventing persistent courses of depressive disorders.

Trial status

This trial was registered on the German Clinical Trials Register, DRKS (identifier DRKS00023281). The trial opened to recruitment on November/2020, and the first patient was included on 09.11.2020. Notably, the COVID-19 pandemic, including security measures, is slowing recruitment and making it difficult to conduct the study. The recruitment in the intervention group is anticipated to be completed in September 2022 and in the control group in December 2022. The preliminary analysis will then be completed in December 2022. The final follow-up should be completed by the end of July

2023. Data analysis and reporting is expected to take another 6 months.

Abbreviations

ANCOVA: Analysis of covariance; BSI: Brief-Symptom-InVENTORY; CBASP: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy; CONSORT: Consolidated Standards of Reporting Trials; DPI: Disciplined Personal Involvement; DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; EFB: Parenting Scale (German adaption); IMI@YA: Impact-Message-InVENTORY(@YoungAge) for children and adolescents; IQ: Intelligence Quotient; ITT: Intent-to-treat; Kinder-DIPS: Diagnostic interview for mental disorders in childhood and adolescence; KJ-PAM: Child and Adolescent Outpatient Clinic Marburg; MFQ: Mood and Feelings Questionnaire; MRC: Medical Research Council; PMH: Positive-Mental-Health scale; RCT: Randomized controlled trial; SES: Socio-economic status; SPIRIT: Standard protocol items: recommendations for interventional trials; TAU: Treatment as usual.

Supplementary Information

The online version contains supplementary material available at <https://doi.org/10.1186/s40814-022-01091-3>.

Additional file 1. SPIRIT 2013 Checklist.

Additional file 2. WHO Trial Registration Data Set.

Additional file 3. Management of adverse events.

Acknowledgements

Not applicable.

Authors' contributions

ND, ELB, and HC conceptualized the CBASP@YoungAge treatment program and the study design, HC, TIA, and SS helped with implementation in the recruitment outpatient clinics. ND conducting the data collection, recruitment, the statistical analysis, and wrote the first draft of the manuscript. ND, ELB, HC, TIA, and SS reviewed and edited the draft. ELB trained and supervised the study therapists. All authors read and approved the final manuscript.

Funding

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL. Philipps University Marburg is the sponsor of this study. There is no funding beyond the University's appropriation. The sponsor has not been involved in the design of the study and will not have any significant role during the execution, analysis, interpretation, or publication of the study.

Availability of data and materials

Findings will be disseminated to participants, at the local level through a written summary of results and public engagement events and at a national and international level via conference presentations. After the (interims and final) data analysis are completed, the results will be published. Data will be kept for 10 years after it is analyzed and published. Data will be held in a secure environment on servers of the Marburg University research data repository, a research data repository for faculty, students, and staff. All IPD that underlie results will be available upon request.

Declarations

Ethics approval and consent to participate

This study has received approval from the Ethics Committee of the Department of Psychology (Philipps University Marburg), file number 2020-75k and due to the control condition from all relevant local commissions.

Consent for publication

Not applicable

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Author details

¹Philipps-University Marburg, Marburg, Germany. ²University of Koblenz-Landau, Landau, Germany. ³Ruhr-University Bochum, Bochum, Germany. ⁴University of Greifswald, Greifswald, Germany.

Received: 9 January 2022 Accepted: 7 June 2022

Published online: 11 July 2022

References

- Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47:1263–71.
- Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA, et al. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56:345–65.
- Merikangas KR, He J, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001–2004. *Pediatrics*. 2010;125:75–81.
- Wesselhöft RT. Childhood depressive disorders. *Dan Med J*. 2016;63:B5290.
- Mullarkey MC, Marchetti I, Beevers CG. Using network analysis to identify central symptoms of adolescent depression. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2018;48:656–68.
- Fergusson DM, Woodward LJ. Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:225–31.
- Johnson D, Dupuis G, Piche J, Clayborne Z, Colman I. Adult mental health outcomes of adolescent depression: a systematic review. *Depress Anxiety*. 2018;35:700–16.
- Köhler S, Chrysanthou S, Guhn A, Sterzer P. Differences between chronic and nonchronic depression: Systematic review and implications for treatment. *Depress Anxiety*. 2019;36:18–30.
- Zisook S, Lesser I, Stewart JW, Wisniewski SR, Balasubramani GKK, Fava M, et al. Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1539–46.
- Bertha EA, Balazs J. Subthreshold depression in adolescence: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22:589–603.
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:1427–39.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:66–72.
- Pine DS, Cohen E, Cohen P, Brook J. Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: Moodiness or mood disorder? *Am J Psychiatry*. 1999;156:133–5.
- Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, et al. Depressed Adolescents Grown Up. *JAMA*. 1999;281:1707. <https://doi.org/10.1001/jama.281.18.1707>.
- Cuijpers P, Karyotaki E, Ciharova M, Miguel C, Noma H, Stikkelbroek Y, et al. The effects of psychological treatments of depression in children and adolescents on response, reliable change, and deterioration: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01884-6>.
- Weisz JR, Mccarty CA, Valeri SM. Effects of psychotherapie for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2006;132:132–49.
- Oud M, de Winter L, Vermeulen-Smit E, Bodden D, Nauta M, Stone L, et al. Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: a systematic review and meta-regression analysis. *Eur Psychiatry*. 2019;57:33–45. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.008>.
- Yang L, Zhou X, Zhou C, Zhang Y, Pu J, Liu L, et al. Efficacy and acceptability of cognitive behavioral therapy for depression in children: a systematic review and meta-analysis. *Acad Pediatr*. 2017;17:9–16. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.08.002>.
- Pu J, Zhou X, Liu L, Zhang Y, Yang L, Yuan S, et al. Efficacy and acceptability of interpersonal psychotherapy for depression in adolescents: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Res*. 2017;253:226–32.
- Cuijpers P, Karyotaki E, Eckshtain D, Ng MY, Corteselli KA, Noma H, et al. Psychotherapy for depression across different age groups: a systematic

- review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2020;77:694–702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0164>.
21. Eckshtain D, Kuppens S, Ugueto A, Ng MY, Vaughn-Coaxum R, Corteselli K, et al. Meta-analysis: 13-year follow-up of psychotherapy effects on youth depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019;59(1):45–63.
 22. Weisz JR, Kuppens S, Ng MY, Vaughn-Coaxum RA, Ugueto AM, Eckshtain D, et al. Are psychotherapies for young people growing stronger? Tracking trends over time for youth anxiety, depression, attention-deficit/hyperactivity disorder, and conduct problems. *Perspect Psychol Sci*. 2019;14:216–37.
 23. Franz AO, McKinney C. Parental and child psychopathology: moderated mediation by gender and parent–child relationship quality. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2018;49:843–52. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0801-0>.
 24. Pinquart M. Associations of parenting dimensions and styles with internalizing symptoms in children and adolescents: a meta-analysis. *Marriage Fam Rev*. 2017;53:613–40. <https://doi.org/10.1080/01494929.2016.1247761>.
 25. Crandall AA, Ghazarian SR, Day RD, Riley AW. Maternal emotion regulation and adolescent behaviors: the mediating role of family functioning and parenting. *J Youth Adolesc*. 2016;45:2321–35.
 26. Finan LJ, Ohannessian CMC, Gordon MS. Trajectories of depressive symptoms from adolescence to emerging adulthood: The influence of parents, peers, and siblings. *Dev Psychol*. 2018;54:1555–67. <https://doi.org/10.1037/dev0000543>.
 27. Feeny NC, Silva SG, Reinecke MA, McNulty S, Findling RL, Rohde P, et al. An exploratory analysis of the impact of family functioning on treatment for depression in adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2009;38:814–25. <https://doi.org/10.1080/15374410903297148>.
 28. Johnco C, Rapee RM. Depression literacy and stigma influence how parents perceive and respond to adolescent depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2018;241:599–607. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.062>.
 29. McLaughlin AE, Campbell FA, Pungello EP, Skinner M. Depressive symptoms in young adults: The influences of the early home environment and early educational child care. *Child Dev*. 2007;78:746–56. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01030.x>.
 30. Struck N, Krug A, Feldmann M, Yuksel D, Stein F, Schmitt S, et al. Attachment and social support mediate the association between childhood maltreatment and depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2020;273:310–7.
 31. Wrobel AL, Russell SE, Jayasinghe A, Lofthallan M, Turner A, Dean OM, et al. Attachment insecurity partially mediates the relationship between childhood trauma and depression severity in bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2022;00:1–13. <https://doi.org/10.1111/ACPS.13419>.
 32. Cole DA, Sinclair-McBride KR, Zelkowitz R, Bilsk SA, Roeder K, Spinelli T. Peer Victimization and Harsh Parenting Predict Cognitive Diatheses for Depression in Children and Adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2016;45:668–80. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1004679>.
 33. Schwartz OS, Dudgeon P, Sheeber LB, Yap MBH, Simmons JG, Allen NB. Parental behaviors during family interactions predict changes in depression and anxiety symptoms during adolescence. *J Abnorm Child Psychol*. 2012;40:59–71.
 34. Allen JP, Insabella G, Porter MR, Smith FD, Land D, Phillips N. A Social-Interactional Model of the Development of Depressive Symptoms in Adolescence. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74:55–65.
 35. McCullough JP. *Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. New York: Guildford; 2000.
 36. McCullough JP, Schramm E, Penberthy JK. *CBASP as a Distinctive Treatment for Persistent Depressive Disorder*. London: Routledge; 2015.
 37. McCullough JP. *Treating Chronic Depression with Disciplined Personal Involvement*. Boston: Springer US; 2006. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-31066-4>.
 38. McCullough JP. Characteristics of the Optimal Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) Therapist Role. *Front Psychiatry*. 2021;11:1–12.
 39. Schramm E, Zobel I, Schoepf D, Fangmeier T, Schnell K, Walter H, et al. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy versus Escitalopram in Chronic Major Depression. *Psychother Psychosom*. 2015;84:227–40. <https://doi.org/10.1159/000381957>.
 40. Sabaß L, Padberg F, Normann C, Engel V, Konrad C, Helmle K, et al. Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy as group psychotherapy for chronically depressed inpatients: a naturalistic multicenter feasibility trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2018;268:783–96.
 41. Schramm E, Kriston L, Elsaesser M, Fangmeier T, Meister R, Bausch P, et al. Two-year follow-up after treatment with the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus supportive psychotherapy for early-onset chronic depression. *Psychother Psychosom*. 2019;88:154–64. <https://doi.org/10.1159/000500189>.
 42. Wiersma JE, Van Schaik DJF, Hoogendorn AW, Dekker JJ, Van HL, Schoevers RA, et al. The effectiveness of the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronic depression: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2014;83:263–9. <https://doi.org/10.1159/000360795>.
 43. Furukawa TAA, Efthimiou O, Weitz ESS, Cipriani A, Keller MBB, Kocsis JHH, et al. Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy, drug, or their combination for persistent depressive disorder: personalizing the treatment choice using individual participant data network meta-regression. *Psychother Psychosom*. 2018;87:140–53. <https://doi.org/10.1159/000489227>.
 44. Yap MBH, Morgan AJ, Cairns K, Jorm AF, Hetrick SE, Merry S. Parents in prevention: a meta-analysis of randomized controlled trials of parenting interventions to prevent internalizing problems in children from birth to age 18. *Clin Psychol Rev*. 2016;50:138–58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.003>.
 45. Carr A. Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: the current evidence base. *J Fam Ther*. 2019;41:153–213. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12226>.
 46. Dippel N, Szota K, Cuijpers P, Christiansen H, Brakemeier E-L. Family involvement in psychotherapy for depression in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Psychol Psychother Theory, Res Pract*. 2022;00:1–24. <https://doi.org/10.1111/PAPT.12392>.
 47. Weisz JR, Chorpita BF, Palinkas LA, Schoenwald SK, Miranda J, Bearman SK, et al. Testing Standard and Modular Designs for Psychotherapy Treating Depression, Anxiety, and Conduct Problems in Youth. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69:274–82.
 48. Lucassen MFG, Stasiak K, Crengle S, Weisz JR, Frampton CMA, Bearman SK, et al. Modular approach to therapy for anxiety, depression, trauma, or conduct problems in outpatient child and adolescent mental health services in New Zealand: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015;16:457. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0982-9>.
 49. Weisz JR, Kuppens S, Ng MY, Eckshtain D, Ugueto AM, Vaughn-Coaxum R, et al. What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: a multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *Am Psychol*. 2017;72:79–117.
 50. Chan A-W, Tetzlaff J, Altman D, Laupacis A, Gøtzsche P, Krleža-Jerić K, et al. SPIRIT 2013 statement: defining standard protocol items for clinical trials. *Ann Intern Med*. 2013;158:200–7. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-3-201302050-00583>.
 51. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th edition. American Psychiatric Association; 2013.
 52. Schneider S, Unnewehr S, Margraf J. *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS)*. Berlin Heidelberg New Your Tokio: Springer; 2000.
 53. Hertzog MA. Considerations in determining sample size for pilot studies. *Res Nurs Heal*. 2008;31:180–91.
 54. Sanford M, Boyle M, McCleary L, Miller J, Steele M, Duku E, et al. A pilot study of adjunctive family psychoeducation in adolescent major depression: feasibility and treatment effect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45:386–95. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000198595.68820.10>.
 55. Diamond GS, Reis BF, Diamond GM, Siqueland L, Isaacs L. Attachment-based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41:1190–6. <https://doi.org/10.1097/00004583-200210000-00008>.
 56. Warnick EM, Gonzalez A, Robin Weersing V, Scahill L, Woolston J. Defining dropout from youth psychotherapy: How definitions shape the prevalence and predictors of attrition. *Child Adolesc Ment Health*. 2012;17:76–85.
 57. Chan A-W, Tetzlaff JM, Gøtzsche PC, Altman DG, Mann H, Berlin JA, et al. SPIRIT 2013 explanation and elaboration: guidance for protocols of clinical trials. *BMJ*. 2013;346:e7586. <https://doi.org/10.1136/bmj.e7586>.
 58. Brakemeier E-L, Guhn A, Normann C. *Praxisbuch CBASP*. Weinheim Basel: Beltz; 2021.

59. Schramm E, Rapee R, Furukawa TA. Time for a paradigm shift for psychotherapies? *Evid Based Ment Health*. 2021;24:1. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2020-300239>.
60. Bentovim A, Chorpita BF, Daleiden EL, Gray J, Pizzey S, Vizard E. The value of a modular, multi-focal, therapeutic approach to addressing child maltreatment: Hope for Children and Families Intervention Resources – a discussion article. *Child Abus Negl*. 2020;119(Pt 1):104703.
61. Chorpita BF, Daleiden EL, Weisz JR. Modularity in the design and application of therapeutic interventions. *Appl Prev Psychol*. 2005;11:141–56.
62. Evans SC, Weisz JR, Carvalho AC, Garibaldi PM, Bearman SK, Chorpita BF. Effects of standard and modular psychotherapies in the treatment of youth with severe irritability. *J Consult Clin Psychol*. 2020;88:255–68. <https://doi.org/10.1037/ccp0000456>.
63. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) - Ständige Kommission Leitlinien: Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen – Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3). 2013.
64. Neuschwander M, In-Albon T, Adornetto C, Roth B, Schneider S. Interrater reliability of the «diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter» (Kinder-DIPS). *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2013;41:319–34.
65. Caspar F, Berger T, Fingerle H, Werner M. Das deutsche IMI. *Psychother im Dialog*. 2016;17:1–10. <https://doi.org/10.1055/s-0042-105981>.
66. Kiesler DJ. The 1982 interpersonal circle: a taxonomy for complementary in human transactions. *Psychol Rev*. 1983;90:713. <https://doi.org/10.1037/h0021465>.
67. Costello EJ, Angold A. Scales to assess child and adolescent depression: checklists, screens, and nets. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988;27:726–37.
68. Sachser C, Berliner L, Holt T, Jensen TK, Jungbluth N, Risch E, et al. International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *J Affect Disord*. 2017;210:189–95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.040>.
69. Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Duer W, et al. KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2005;5:353–64.
70. The KIDSCREEN Group Europe. The KIDSCREEN Questionnaires - Quality of life questionnaires for children and adolescents. Pabst Science Publishers; 2006.
71. Lukat J, Margraf J, Lutz R, van der Veld WM, Becker ES. Psychometric properties of the Positive Mental Health Scale (PMH-scale). *BMC Psychol*. 2016;4:8.
72. Geisheim C, Hahlweg K, Fiegenbaum W, Frank M, Schröder B, von Witzleben I. Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*. 2002;48:28–36.
73. Naumann S, Bertram H, Kuschel A, Heinrichs N, Hahlweg K, Döpfner M. Der Erziehungsfragebogen (EFB) Ein Fragebogen zur Erfassung elterlicher Verhaltens-tendenzen in schwierigen Erziehungssituationen. *Diagnostica*. 2010;56:144–57. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000018>.
74. Arnold DS, O'Leary SG, Wolff LS, Acker MM. The Parenting Scale: A Measure of Dysfunctional Parenting in Discipline Situations. *Psychol Assess*. 1993;5:137–44.
75. Moore G, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process Evaluation of Complex Interventions: UK Medical Research (MRC) Guideline. *Br Med J*. 2015;350:h1258.
76. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
77. Schwartz OS, Sheeber LB, Dudgeon P, Allen NB. Emotion socialization within the family environment and adolescent depression. *Clin Psychol Rev*. 2012;32:447–53. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.002>.
78. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatr Clin North Am*. 2012;35:51–71. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.12.001>.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



Lebenslauf

Der Lebenslauf ist kein Teil der Veröffentlichung.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, meine Dissertation

„Kinder und Jugendliche mit depressiven Erkrankungen: Über die Bedeutung von
interpersonellen Einflussfaktoren und der Optimierung der Psychotherapie durch
Integration von Bezugspersonen“

selbst und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt zu haben. Ich habe keine anderen als
die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt.

Die Dissertation wurde in der jetzigen oder einer ähnlichen Form noch bei keiner
anderen Hochschule eingereicht und hat noch keinen sonstigen Prüfungszwecken gedient.

Marburg, Juli, 2022



Nele Dippel

Prozenteverteilung der Publikationen

Studie I:

Family Involvement in Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis

Dippel, Nele	70 %
Szota, Katharina	10 %
Cuijpers, Pim	5 %
Christiansen, Hanna	7,5 %
Brakemeier, Eva-Lotta	7,5 %

Studie II:

Capturing impact messages in parent - child interactions: Adaption and Validation of the Impact-Message-Inventory

Dippel, Nele	70 %
Zimmermann, Johannes	10 %
Brakemeier, Eva-Lotta	10 %
Christiansen, Hanna	10 %

Studie III:

Investigating the feasibility and effectiveness of a modular treatment program for children and adolescents with depression and interpersonal problems: study protocol of a quasi-experimental pilot feasibility trial (CBASP@YoungAge)

Dippel, Nele	70 %
In-Albon, Tina	5 %
Schneider, Silvia	5 %
Christiansen, Hanna	10 %
Brakemeier, Eva-Lotta	10 %

Zusätzliche Publikation im Rahmen der Promotion:

CBASP@YoungAge – ein Therapiemanual für das ambulante Setting

Dippel, Nele	50 %
Christiansen, Hanna	25 %
Brakemeier, Eva-Lotta	25 %

Marburg, den 18.07.2022



Nele Dippel



Prof. Dr. Hanna Christiansen
Philipps-Universität Marburg



Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier
Universität Greifswald