Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
der Philipps-Universität Marburg

Evidenzbasierte Therapie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Studien zu den vier häufigsten Störungsgruppen ADHS, Depression, Angst und Störung des Sozialverhaltens

Publikationsbasierte Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Naturwissenschaften
(Dr. rer. nat.)

dem Fachbereich Psychologie
der Philipps-Universität Marburg
vorgelegt von

Dipl.-Psych. Eva-Mareile Bachmann
aus Essen

Marburg an der Lahn, August 2008

Vom Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg als Dissertation am

_____ angenommen.

Erstgutachter: Prof. Dr. Bernd Röhrle

Zweitgutachter: Prof. Dr. Fritz Mattejat

Tag der mündlichen Prüfung: _____

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Fragestellung 7

2. Theoretischer Hintergrund 9

2.1. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter 9
2.1.1. Klassifikation psychischer Störungen 9
2.1.2. Wichtige psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters 12
2.1.3. Empirisch ermittelte Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Störungen 18
2.1.4. Ätiologie und Verlauf der wichtigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter 20

2.2. Therapieforschung 30
2.2.1. Geschichte der Psychotherapieforschung 30
2.2.2. Besonderheiten der Therapie mit Kindern und Jugendlichen 34
2.2.3. Bausteine von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter 35
2.2.4. Bausteine von Pharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter 38
2.2.5. Methoden und Ergebnisse der Therapieforschung 40
2.2.6 Beschreibung der Manuskript 3 zugrunde liegenden Gesamtstudie 44

3. Publikationsübersicht 48

3.1. Forschungsüberblick zur Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen – Teil I: Angststörungen und depressive Störungen (Manuskript 1) 48

3.2. Forschungsüberblick zur Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen – Teil II: ADHS und Störungen des Sozialverhaltens (Manuskript 2) 51

3.3. Effektivität ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Therapien im naturalistischen Setting – Berechnung von Behandlungseffekten unter Rückgriff auf Propensity-Score-Analysen (Manuskript 3) 55

4. Ausblick: Herausforderungen der Therapieforschung in Zukunft 57

5. Zusammenfassung 62

6. Abstract 64

7. Literatur 66

8. Danksagung 77

9. Manuskripte 78

Manuskript 1 79

Bachmann, M., Bachmann, C., Rief, W. & Mattejat, F. (im Druck, 2008). Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen – Eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews – Teil I: Angststörungen und depressive Störungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*.

Manuskript 2 99

Bachmann, M., Bachmann, C., Rief, W. & Mattejat, F. (im Druck, 2008). Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen – Eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews – Teil II: ADHS und Störungen des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*.

Manuskript 3 116

Bachmann M., Bachmann C., John, K., Heinzel-Gutenbrunner, M., Mattejat, F. & Remschmidt, H. (im Review). The Effectiveness of Child and Adolescent Psychiatric Treatments in a Naturalistic Outpatient Setting: Causal Analysis of Treatment Effects by Means of Propensity Score Methods. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.*

10. Anhang 140

10.1. Download-Anhang 1: Literaturrecherche und -auswahl 141
Tabelle A 1.1 Einschlusskriterien für die vorliegende Übersichtsarbeit 141
Tabelle A 1.2 Überblick über die erhaltenen Übersichtsarbeiten (4 Interventionsbereiche) 142
Tabelle A 1.3 Überblick über die erhaltenen Übersichtsarbeiten (3 Interventionsbereiche) 143
Tabelle A 1.4 Inhaltlicher Umfang der Übersichtsarbeiten (N=112) 144
Tabelle A 1.5 Liste der eingeschlossenen 112 Übersichtsarbeiten 145
Tabelle A 1.6 Literaturverzeichnis zur Liste der eingeschlossenen 112 Übersichtsarbeiten 149
Tabelle A 1.7 Liste der in Artikel 1 und 2 verwendeten Abkürzungen 157
Tabelle A 1.8 Liste der im Anhang verwendeten Abkürzungen 158

10.2. Download-Anhang 2: Auswertungsmethode 160
Tabelle A 2.1 Anleitung zur systematischen Auswertung der Metaanalysen und Reviews: Struktur der Auswertungsblätter 160
Tabelle A 2.2 Allgemeine Erläuterungen zur Effektstärken-Berechnung 161
Tabelle A 2.3 Systematische Auswertung nach eng definierten Kriterien (spezielle Metaanalysen-Auswertung) 169

10.3. Download-Anhang 3: Allgemeine Ergebnisse 170
Tabelle A 3.1 Inhaltlich offene Forschungsfragen 171
Tabelle A 3.2 Methodologische Probleme 172

10.4. Download-Anhang 4: Ergebnisse zur speziellen Metaanalysen-Auswertung 173
Tabelle A 4.1 Referenz-Publikationen im Bereich der Metaanalysen: Die nach den festgelegten Kriterien aktuellsten und methodisch besten Metaanalysen 173
Tabelle A 4.2 Inhaltliche Hauptergebnisse der MA zu Angststörungen 174
Tabelle A 4.3 Inhaltliche Hauptergebnisse der MA zu depressiven Störungen 175
Tabelle A 4.4 Inhaltliche Hauptergebnisse der MA zu ADHS 176
Tabelle A 4.5 Inhaltliche Hauptergebnisse der MA zu Störungen des Sozialverhaltens 177
Tabelle A 4.6 Spezifizierende Ergebnisse der MA zu Angststörungen 178
Tabelle A 4.7a Spezifizierende Ergebnisse der MA zu depressiven Störungen, Teil I 179
Tabelle A 4.7b Spezifizierende Ergebnisse der MA zu depressiven Störungen, Teil II 180
Tabelle A 4.8a Spezifizierende Ergebnisse der MA zu ADHS, Teil I 181
Tabelle A 4.8b Spezifizierende Ergebnisse der MA zu ADHS, Teil II 182
Tabelle A 4.9 Spezifizierende Ergebnisse der MA zu Störungen des Sozialverhaltens 183

10.5. Download-Anhang 5: Weitere Ergebnisse 184
Tabelle A 5.1 Ergebnisse zur SSRI-Sicherheitsdebatte bei depressiven Störungen 185
Tabelle A 5.2 Schlussfolgerungen zur SSRI-Sicherheitsdebatte bei depressiven Störungen 186

10.6. Download-Anhang 6: Auswertungsblätter 187
Tabelle A 6.1 Deskriptive Auswertung: Übersichtsarbeiten zu Angststörungen 187
Tabelle A 6.2 Deskriptive Auswertung: Übersichtsarbeiten zu depressiven Störungen 244
Tabelle A 6.3 Deskriptive Auswertung: Übersichtsarbeiten zu ADHS 324
Tabelle A 6.4 Deskriptive Auswertung: Übersichtsarbeiten zu Störungen des Sozialverhaltens 405
Tabelle A 6.5 Quantitative Auswertung: Berechnung der ES bei Angststörungen 460
Tabelle A 6.6 Quantitative Auswertung: Berechnung der ES bei depressiven Störungen 464
Tabelle A 6.7 Quantitative Auswertung: Berechnung der ES bei ADHS 468
Tabelle A 6.8 Quantitative Auswertung: Berechnung der ES bei Störungen des Sozialverhaltens 471
Tabelle A 6.9 Quantitative Auswertung: Vorliegende ES bei Angststörungen 474
Tabelle A 6.10 Quantitative Auswertung: Vorliegende ES bei depressiven Störungen 482
Tabelle A 6.11 Quantitative Auswertung: Vorliegende ES bei ADHS 491
Tabelle A 6.12 Quantitative Auswertung: Vorliegende ES bei Störungen des Sozialverhaltens 499

10.7. Anhang 7: ICD-Diagnosekriterien 508
Tabelle A 7.1 Depressive Episode (F 32)..... 508
Tabelle A 7.2 Rezidivierende depressive Störung (F 33)..... 509
Tabelle A 7.3 Anhaltende depressive Störung (Dysthymia) (F 34.1)..... 509
Tabelle A 7.4 Anpassungsstörung (F 43.2)..... 510
Tabelle A 7.5 Hyperkinetische Störung (F 90)*..... 511
Tabelle A 7.6 Störung des Sozialverhaltens (F 91)*..... 512
Tabelle A 7.7 Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F 93.0)..... 513
Tabelle A 7.8 Phobische Störung des Kindesalters (F 93.1)..... 513
Tabelle A 7.9 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F 93.2)..... 514
Tabelle A 7.10 Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität (F 93.3)..... 514
Tabelle A 7.11 Generalisierte Angststörung des Kindesalters (F 93.80)..... 514

Eidesstattliche Erklärung 515

1. Einleitung und Fragestellung

Die Psychotherapie stellt ein zentrales Feld der Krankenversorgung in Deutschland dar. Die zunehmende Zahl verschiedener Psychotherapieformen und der stetige Bedarf an Interventionen im Kindes- und Jugendlichenalter sprechen für die Notwendigkeit von Psychotherapieforschung. Anspruch auf einen empirischen Nachweis der Behandlungswirksamkeit haben vor allem die Patienten sowie auch diejenigen, die die Psychotherapien finanzieren. Die Beurteilung des Therapieerfolgs dient zudem der Eigenkontrolle des Therapeuten und zur Weiterentwicklung therapeutischer Verfahren. Im deutschsprachigen Raum liegen wenige Forschungsarbeiten im Bereich der Therapien mit Kindern und Jugendlichen vor (Beelmann & Schneider, 2003; Sbandi et al., 1993), dagegen sind Forschungen in den USA als wesentlich umfangreicher zu bezeichnen.

Methoden, die überwiegend an Erwachsenen entwickelt wurden, können nicht ohne weiteres auf den Kinder- und Jugendlichenbereich übertragen werden. In der Therapie mit Kindern und Jugendlichen müssen vielmehr eine Reihe von Besonderheiten beachtet werden (vgl. Abschnitt 2.2.2.). Die Aufgabe, der sich die Psychotherapieforschung im Kindes- und Jugendalter gegenüber gestellt sieht, ist – angesichts der Vielzahl von Störungsbildern, Therapiemethoden, Erfolgskriterien, Messmethoden sowie der riesigen Entwicklungsspannen, die im Kindes- und Jugendalter auftreten und Störungsbilder, Therapiemethoden und Messverfahren gleichermaßen beeinflussen – enorm. So ist die Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen zwar ein sehr komplexer und mühsamer, aber auch ein sehr spannender Forschungsbereich.

In der Bundesrepublik leiden etwa zehn Prozent der Kinder und Jugendlichen an seelischen Erkrankungen; die Lebensqualität und das Familienleben dieser Kinder sind häufig extrem beeinträchtigt. Durch psychische Erkrankungen sind zudem die Zukunftschancen der betroffenen Kinder massiv eingeschränkt.

Über die letzten Jahre hinweg wurden zunehmend Forschungsergebnisse aus kontrollierten Therapiestudien an Universitäten („efficacy“-Studien) publiziert. Diese deuten darauf hin, dass es für die meisten psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen wirksame psychotherapeutische und pharmakotherapeutische Behandlungsmethoden gibt. Durch die große Anzahl an Veröffentlichungen gestaltet sich die Erfassung des aktuellen Forschungsstands jedoch zunehmend schwerer. Selbst Übersichtsarbeiten und Metaanalysen sind in ihrer Zahl zu umfangreich, um einen schnellen und umfangreichen Überblick zu gewährleisten. Deswegen soll im Rahmen dieser Arbeit zunächst folgende Fragestellung geklärt werden:

Was sagt die Forschung? Wie wirksam sind psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen bei den vier häufigsten Störungsbildern im Kindes- und Jugendalter?

In Studie 1 und 2 sollen Ergebnisse aus Übersichtsarbeiten und Metaanalysen der letzten Jahre (ab

2000) zusammenfassend dargestellt werden. Unterschieden wird dabei zwischen internalisierenden und externalisierenden Störungen, als häufigste und wichtigste Störungen des Kindes- und Jugendalter wurde auf ADHS*, Störung des Sozialverhaltens, Angststörungen und depressive Störungen Bezug genommen.
Trotz der Vielzahl an vorliegenden „efficacy"-Studien ist bis heute unklar, in welchem Umfang diese, im Laborsetting erwiesenermaßen wirksamen Methoden auch in der Praxis zum Nutzen der Patienten angewendet werden können und wie erfolgreich die psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlungen in der praktischen Versorgung sind („effectiveness"-Studien). Studie 3 dieser Arbeit soll einen wichtigen Beitrag zur Klärung dieser Frage leisten:

Sind die in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen angebotenen Therapien für die Patienten erfolgreich und nützlich?

Um die Frage nach der Ergebnisqualität von Behandlungen im Rahmen kinder- und jugendpsychiatrischer Praxen zu beantworten, wurde in enger Abstimmung mit niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern ein neuartiges System entwickelt, mit dem aussagekräftige Ergebnisse zum Erfolg und Nutzen der Behandlungen gewonnen werden können. Eine wesentliche Rolle spielen dabei telefonische Interviews mit den Eltern der jungen Patienten zu drei verschiedenen Erhebungszeitpunkten: Zu Beginn der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung, drei Monate später und erneut neun Monate später, also ein Jahr nach Behandlungsbeginn. Dabei handelt es sich zum einen um eine unausgelesene Patientenstichprobe (alle kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten in den Modellpraxen wurden eingeschlossen), zum anderen wurden grundsätzlich alle zur Studie angemeldeten Patienten befragt, unabhängig davon, ob die Behandlung in der Modellpraxis bereits abgeschlossen werden konnte oder ob überhaupt eine begonnen wurde.
Das kjp-Qualitätssystem wurde von Mai 2004 bis Mai 2006 in neun kinder- und jugendpsychiatrischen Modellpraxen aus der ganzen Bundesrepublik realisiert. Als Studienzentrale, von der aus die Telefoninterviews bzw. zusätzliche Fragebogen-Erhebungen durchgeführt und die Ergebnisse ausgewertet wurden, fungierte eine, an die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Marburg und Gießen, Standort Marburg angegliederte Arbeitsgruppe. Die Implementierung des Systems ist dabei sehr gut gelungen, insgesamt wurden 1182 Patienten in die Studie aufgenommen (Mattejat et al., 2006).

* Das Verzeichnis der im Text verwendeten Abkürzungen ist dem Anhang (Tabelle A 1.8) zu entnehmen.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

2.1.1. Klassifikation psychischer Störungen

Für die Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter stehen verschiedene Klassifikationssysteme und Ansätze zur Verfügung, von denen die wichtigsten im Folgenden überblicksartig dargestellt werden sollen (vgl. Schmidt, 2007).

Multiaxiales Klassifikationssystem nach ICD-10 (Remschmidt et al., 2006):
Zur Beschreibung eines Störungsbilds werden sechs Betrachtungsebenen herangezogen (vgl. Abbildung 2.1). Achse 2 umfasst dabei die Kategorien F80-F83, Achse 3 die Kategorien nach F7, erweitert um die nicht-pathologischen Varianten des Intelligenzniveaus. Alle anderen im ICD-10 gelisteten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters (Kapitel F) werden auf Achse 1 kodiert. Auf Achse 4 werden zusätzliche körperliche Erkrankungen aus anderen Kapiteln des ICD-10 erfasst, die gleichzeitig mit der psychischen Störung vorliegen; dabei spielt es keine Rolle, ob psychische und körperliche Störung zusammenhängen oder nicht. Das Gleiche gilt für die Kodierungen auf Achse 5, die sich auf nicht länger als ein halbes Jahr zurückliegende abnorme psychosoziale Umstände beziehen (anamnestisch ältere Daten werden ausdrücklich ausgeschlossen). Achse 6 beinhaltet eine Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung und bezieht sich auf den Zustand des Patienten bei der diagnostischen Untersuchung, die weitgehend dem Behandlungsbeginn entspricht. In diese Einschätzung sollen das Funktionsniveau hinsichtlich der familiären Beziehungen und Beziehungen zu Personen außerhalb der Familie (inklusive Peers), der Bewältigung von Leistungsanforderungen in Schule und Beruf sowie bei Interessen und selbst gewählten Freizeitaktivitäten eingehen – und standardisierte Vergleiche mit späteren Zuständen ermöglichen.

Multiaxiales Klassifikationssystem nach DSM-IV (APA, 1994):
Zur detaillierten Beschreibung von Störungsbildern werden in diesem Fall – sowohl für Kinder und Jugendliche als auch für Erwachsene – fünf Achsen herangezogen (vgl. Abbildung 2.1). Achse 1 umfasst dabei alle Kategorien des F-Kapitels der ICD-10 - außer Abschnitt F60 bzw. 61 (Persönlichkeitsstörungen). Außerdem können hier auch Zustände gemäß dem Abschnitt V beschrieben werden, die per se keiner psychischen Störung entsprechen, jedoch Anlass zur Beobachtung oder Behandlung geben (z.B. auffälliges Sozialverhalten oder Vortäuschen von Symptome). Auf Achse 2 werden dann die umschriebenen Entwicklungsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen kodiert, ebenso wie spezifische Persönlichkeitszüge, die nicht zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung führen bzw. eine solche informativ ergänzen können. Das Vorgehen für Achse 3 entspricht dem für Achse 4 des MAS nach ICD-10, sowohl für Achse 3 als auch für Achse 1 und 2 sind dabei Mehrfachdiagnosen möglich. Achse 4 beschreibt den Schweregrad (auch mehrerer) psychosozialer Belastungen, die vor der

aktuellen Beurteilung zum Ausbruch, zum Wiederauftreten oder zu einer Verschlimmerung einer früheren oder bestehenden psychischen Problematik beigetragen könnten; in diesem Fall wird also eine pathogenetische Verknüpfung vorausgesetzt. Achse 5 beschreibt das Ausmaß der psychosozialen bzw. beruflichen Anpassung zum Untersuchungszeitpunkt sowie für den Zeitpunkt mit der maximal erreichten psychosozialen Anpassung vor der Erkrankung.

Abbildung 2.1: Ebenen der Multiaxialen Klassifikationssysteme nach ICD-10 und DSM-IV

Multiaxiales Klassifikationssystem nach ICD-10:
■ Achse 1: Klinisch-psychiatrisches Syndrom
■ Achse 2: Vorliegen umschriebener Entwicklungsstörungen
■ Achse 3: Intelligenzniveau
■ Achse 4: Somatischer Befund
■ Achse 5: Aktuell assoziierte psychosoziale Umstände
■ Achse 6: Globales Niveau der psychosozialen Anpassung
Multiaxiales Klassifikationssystem nach DSM-IV:
■ Achse 1: Klinisches Syndrom
■ Achse 2: Entwicklungs- und Persönlichkeitsstörungen
■ Achse 3: Körperliche Störungen und Symptome
■ Achse 4: Schweregrad psychosozialer Belastungsfaktoren
■ Achse 5: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

Klassifikation nach Entwicklungs- und Verlaufsaspekten (Remschmidt und Schmidt, 2000):
Neben der Klassifikation psychischer Störungen mithilfe der beiden gängigen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV schlagen Remschmidt und Schmidt (2000) darüber hinaus eine Klassifikation psychischer Störungen unter Entwicklungs- und Verlaufsaspekten vor (vgl. Abbildung 2.2). Dabei nehmen sie eine Unterscheidung in sechs verschiedene Störungstypen vor (vgl. Resch et al., 2006):

(1) *Verhaltensvarianten und Belastungsreaktionen:* Diese Kategorie bezieht sich auf vorübergehende Veränderungen physischer und psychischer Funktionen sowie des Verhaltens, die auf Reifungs- und Anpassungsvorgänge sowie auf eine noch unsichere Selbststeuerung zurückzuführen sind. Es handelt sich somit um Normabweichungen der verschiedenen Funktionen im Laufe der Entwicklung, die noch keinen Störungscharakter haben, deren Kenntnis jedoch sowohl in Bezug auf präventive Maßnahmen als auch im Hinblick auf die Beratung der Eltern bzw. der jeweiligen Bezugsperson von Relevanz ist. Betroffene Bereiche sind (a) motorische Funktionen, vegetative Funktionen und Sexualentwicklung, (b) kognitive Funktionen und Sprache, (c) Emotionen und Motive, (d) Kontakte und Sozialverhalten, (e) akute Belastungsreaktionen, (f) posttraumatische Belastungsstörungen und (g) Anpassungsstörungen.

(2) *Früh beginnende Störungen mit überdauernder Beeinträchtigung:* In dieser Kategorie werden eine Reihe ätiologisch unterschiedlicher Störungen, die in der frühen und mittleren Kindheit beginnen, zusammengefasst. Diese Erkrankungen gehen entweder mit einer lebenslangen Beeinträchtigung

einher oder haben zumindest bis ins mittlere Erwachsenenalter (ca. 30. Lebensjahr) nachweisbare Folgen. Beispiele für diese Störungsgruppe sind (a) Intelligenzminderung, (b) Autismus, (c) Rett-Syndrom, (d) desintegrative Störungen, (e) expressive Sprachstörungen, (f) rezeptive Sprachstörungen, (g) Landau-Kleffner-Syndrom, (h) Legasthenie, (i) Rechenstörung und (j) hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens.

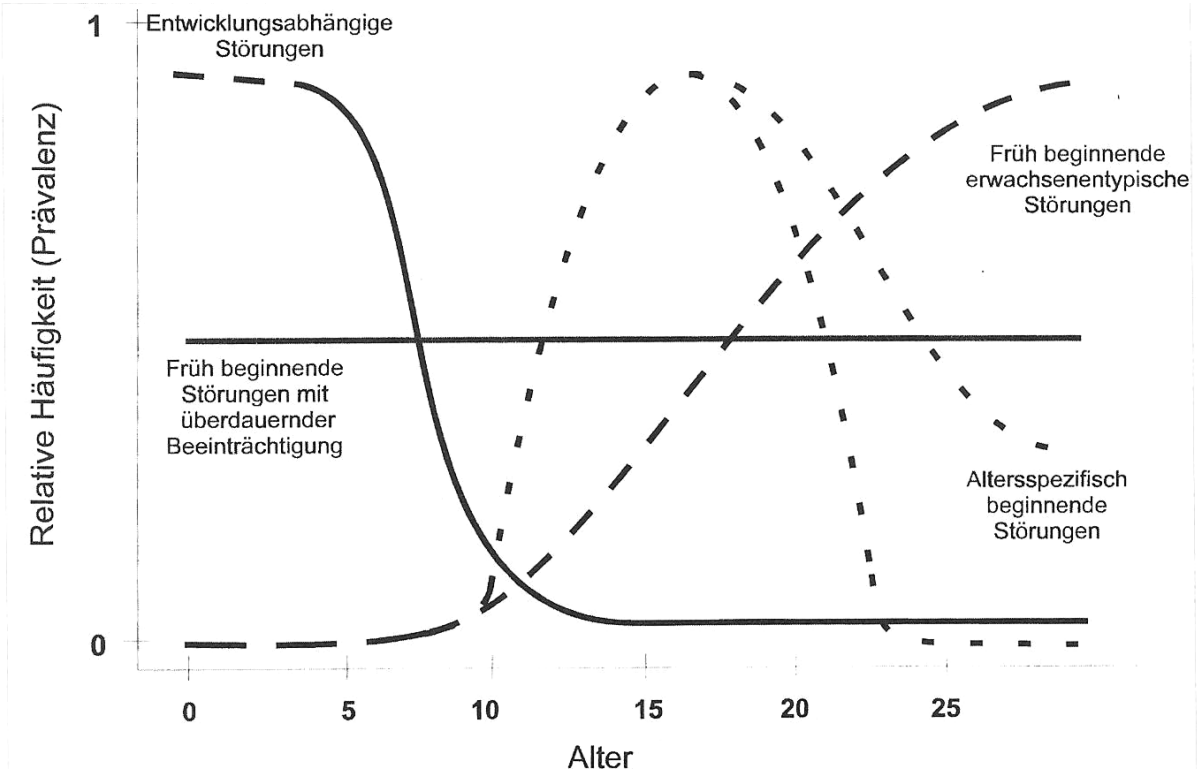
(3) *Entwicklungsabhängige Störungen:* Diese Gruppe von Störungen ist dadurch charakterisiert, dass Entwicklungs- und Reifungsvorgänge in der frühen und mittleren Kindheit etwa bis zur Pubertät eine entscheidende Rolle spielen. Sie zeigen mit zunehmender Reifung eine deutliche Abnahme, eine Entwicklung, die sich in etwa parallel zum „Reifezuwachs“ vollzieht. Störungen, die den Kriterien dieser Untergruppe entsprechen, sind (a) motorische Entwicklungsstörungen und Artikulationsstörungen, (b) Bewegungsstereotypien und passagere Tic-Störungen, (c) Pica und Rumination, (d) Pavor nocturnus , Somnambulismus und Albträume, (e) Enuresis und funktionelle Harninkontinenz, (f) Enkopresis, (g) alterstypische somatoforme bzw. Konversionsstörungen, (h) Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen, (i) altersspezifische Phobien, (j) soziale Empfindlichkeit, (k) oppositionelle Störungen und (l) sexuelle Reifungskrisen.

(4) *Altersspezifisch beginnende Störungen:* Die Besonderheit dieser Störungsgruppe liegt darin, dass die Störungen in einer spezifischen Altersphase erstmals auftreten und unterschiedliche Verlaufscharakteristika aufweisen. Hierunter fallen Störungen wie (a) Störung des Redeflusses (Stottern und Poltern), (b) Tic-Störungen, Gilles-de-la-Tourette-Syndrom, (c) Störungen des Sozialverhaltens, Dissozialität, Delinquenz, (d) Essstörungen (Anorexia und Bulimia nervosa) und (e) Mutismus.

(5) *Entwicklungsabhängige Interaktionsstörungen:* Charakteristikum dieser Subgruppe ist, dass sie auf bestimmten Alters- und Entwicklungsstufen aus der Interaktion mit Bezugspersonen resultieren. Beispiele für diese Störungsgruppe sind (a) Schlafstörungen, (b) Fütterstörungen, (c) Trennungsangststörungen, (d) Geschwisterrivalität, (e) Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom und (f) induzierter Wahn.

(6) *Früh beginnende erwachsenentypische Störungen:* Bei dieser Kategorie handelt es sich um Störungen, die für das Erwachsenenalter typisch sind, die jedoch häufig bereits in der Adoleszenz beginnen und sich in aller Regel im Erwachsenenalter fortsetzen. In diese Subgruppe fallen Störungen wie (a) Angststörungen (Panikattacken, GAS), (b) Zwangsstörungen, (c) dissoziative Störungen, (d) affektive Störungen, (e) Schizophrenie, (f) Persönlichkeitsstörungen, (g) Störung des Sozialverhaltens und (h) Substanzmissbrauch und Drogenabhängigkeit.

Abbildung 2.2: Verlaufstypen psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (nach Remschmidt & Schmidt, 2000; vgl. Resch et al., 2006)



2.1.2. Wichtige psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters

Über die Vielzahl an möglichen Störungen im Kindes- und Jugendalter hinweg lassen sich im Wesentlichen vier große Störungscluster bilden, eine Differenzierung, die sich sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung bewährt hat. Folgende Störungsbereiche erweisen sich als besonders relevant (Jensen & Weisz, 2002; Weisz et al., 2004; Weisz et al., 2005) und sollen in der vorliegenden Arbeit Berücksichtigung finden:

- Angststörungen, angstbezogene Probleme (z.B. soziale Phobie, GAS)
- depressive Störungen/Probleme (Dysthymia, leichte depressive Episode)
- Probleme mit Aufmerksamkeit, Impulsivität, Hyperaktivität (ADHS)
- Verhaltensstörungen/-auffälligkeiten (Störung des Sozialverhaltens, oppositionelles Verhalten)

Sehr häufig findet sich auch eine getrennte Darstellung nach internalisierenden (Angst- und depressive Störungen) und externalisierenden Störungen wie ADHS und Störung des Sozialverhaltens. Der Vollständigkeit halber werden die Diagnosekriterien nach ICD-10 im Anhang detailliert dargestellt (Anhang 10.7.).

Hinsichtlich der *Angststörungen* im Kindes- und Jugendalter lassen sich im Wesentlichen vier Störungsbilder unterscheiden:

- emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F 93.0)
- phobische Störung des Kindesalters (F 93.1)
- Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F 93.2)
- generalisierte Angststörung des Kindesalters (F 93.80)

Einen Überblick über charakteristische Merkmale der verschiedenen Störungsbilder sowie Ausschlusskriterien, Beginn und Dauer der Angststörungen des Kindesalters gibt Abbildung 2.3. Ängste gelten im Kindes- und Jugendalter nur dann als klinisch relevant, wenn sie drei Kriterien erfüllen: Erstens müssen sie nicht altersgemäß, unrealistisch und übertrieben sein, zweitens über mindestens vier Wochen (bzw. sechs Monate bei GAS) anhalten und drittens zu einer deutlichen Beeinträchtigung führen bzw. die normale Entwicklung des Kindes gefährden.

Abbildung 2.3: Symptomatik, Ausschlusskriterien, Beginn und Dauer der Angststörungen nach ICD-10 (nach WHO, 2006; vgl. Schneider, 2007)

Störung	***Symptomatik***	***Ausschluss-kriterien***	***Beginn***	***Dauer***
Emotionale Störung mit Trennungsangst	übermäßig starke/unrealistische Angst in Erwartung der oder unmittelbar bei einer Trennung von den Eltern oder anderen engen Bezugspersonen	GAS	vor dem 6. Lebensjahr	mind. 4 Wochen
Phobische Störung	unangemessene, anhaltende und starke Angstreaktion gegenüber bestimmten Objekten, Situationen oder Tieren, von denen keine reale Gefahr ausgeht	GAS	---	mind. 4 Wochen
Störung mit sozialer Ängstlichkeit	anhaltende Angst in sozialen Situationen mit fremden Erwachsenen oder Gleichaltrigen große Befangenheit, Verlegenheit oder auch übertriebene Sorge über die Angemessenheit des eigenen Verhaltens gegenüber fremden Personen	GAS	vor dem 6. Lebensjahr	mind. 4 Wochen
Generalisierte Angststörung	übermäßig starke oder unbegründete und nicht kontrollierbare Sorgen über verschiedene Situationen und Lebensbereiche: Sorgen über Kleinigkeiten wie Unpünktlichkeit, Sorgen darüber, sich richtig verhalten zu haben, gut genug in der Schule oder im Sport zu sein oder genug Freunde zu haben	---	vor dem 18. Lebensjahr	mind. 6 Monate

Das Spektrum möglicher *depressiver Störungen* ist breit, so dass sich die folgende Darstellung ausschließlich auf die im Rahmen dieser Arbeit relevanten Störungsbilder beschränkt. Nach ICD-10 lassen sich im Wesentlichen folgende Störungsgruppen bzw. Störungsbilder klassifizieren:

- Depressive Episode (F 32.0-32.3): Dabei handelt es sich um eine mind. zwei Wochen lang anhaltende Erkrankung mit gedrückter Stimmung, Verlust von Freude und Interesse sowie erhöhter Ermüdbarkeit: Die Symptomatik ist vielfältig und beinhaltet kognitive, affektive und vegetative Symptome, ggf. können auch somatische oder psychotische Symptome auftreten (s. Abbildung 2.4). Zusätzlich erfolgte eine Einteilung in Subgruppen:

- leichte depressive Episode (F 32.0): geringe Ausprägung der Symptomatik; der Patient berichtet Schwierigkeiten, seine Alltagsroutinen (z.B. Ausbildung, soziale Aktivitäten) fortzusetzen
- mittelgradige depressive Episode (F 32.1) mit ausgeprägterer Symptomatik; der Patient kann seine Alltagsroutinen nur mit erheblichen Schwierigkeiten fortsetzen
- schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F 32.2), bei der eine Vielzahl depressiver Symptome in erheblicher Ausprägung vorliegen; häufig besteht ein hohes Suizidrisiko und die Patienten sehen sich im Regelfall nicht dazu in der Lage, ihre Alltagsroutinen fortzusetzen
- schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F 32.3), bei der zusätzlich zu einer Symptomatik wie bei F 32.2 Wahnideen, Halluzinationen oder ein depressiver Stupor vorliegen

➢ Rezidivierende depressive Störungen (F 33.0-F 33.3): Sie sind durch wiederholt auftretende depressive Episoden gekennzeichnet, die Einteilung in Subgruppen orientiert sich am Schweregrad der gegenwärtigen Symptomatik:

- gegenwärtig leichte Episode (F 33.0)
- gegenwärtig mittelgradige Episode (F 33.1)
- gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F 33.2)
- gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F 33.3)

➢ Anhaltende affektive Störungen (F 34): Bei dieser Gruppe handelt es sich um anhaltende, meist fluktuierende Stimmungsstörungen, deren Symptomatik nicht ausgeprägt genug ist, um die Kriterien für eine depressive oder hypomanische Episode zu erfüllen, die jedoch trotzdem mit erheblichem Leidensdruck und Beeinträchtigungen einhergeht. Intervalle mit ausgeglichener Stimmung fehlen oder dauern allenfalls wenige Wochen, bei Kindern und Jugendlichen beträgt die Dauer mind. ein Jahr. Je nach Auslenkung der Episode unterscheidet man zwischen:

- Zyklothymia (F 34.0): Instabilität der Stimmung mit mehreren Episoden depressiver oder auch hypomanischer Verstimmtheit
- Dysthymia (F 34.1): konstante oder immer wiederkehrende depressive Verstimmungszustände

➢ Anpassungsstörungen (F 43.2): Diese Störungsgruppe ist durch subjektives Leiden und emotionale Beeinträchtigungen nach einer entscheidenden Lebensveränderung, einem belastenden Lebensereignis oder schwerer körperlicher Krankheit charakterisiert. Treten depressive Symptome auf, wird dennoch nicht der Schweregrad einer depressiven Episode erreicht. Folgende Subgruppen können unterschieden werden:

- kurze depressive Reaktion (F 43.20): ein vorübergehender leichter depressiver Zustand, der maximal einen Monat andauert
- längere depressive Reaktion (F 43.21): ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, der aber nicht länger als zwei Jahre andauert
- Angst- und depressive Reaktion, gemischt (F 43.22): Angst- und depressive Symptome sind gleichzeitig vorhanden
- mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (F 43.25): sowohl Störungen der Emotionen als auch des Sozialverhaltens gehören zur Symptomatik

Abbildung 2.4: Symptome depressiver Störungen (vgl. Blanz, 2007)

Hauptsymptome	***kognitive, affektive und vegetative Symptome***	***somatische Symptome***	***psychotische Symptome***
■ bedrückte Stimmung und Freudlosigkeit ■ Interessenverlust ■ Antriebsminderung und Aktivitätseinschränkung ■ erhöhte Ermüdbarkeit	■ verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit ■ vermindertes Selbstvertrauen und Gefühle von Wertlosigkeit ■ Schuldgefühle ■ Angst und Gequältsein, erhöhte Reizbarkeit ■ negative und pessimistische Zukunftsperspektiven ■ formale Denkstörungen: Denken verlangsamt, gehemmt und eingeengt, Grübeln ■ Suizidgedanken, Suizidhandlungen ■ psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung, Selbstverletzungen	■ Morgentief ■ Gewichtsverlust ■ Libidoverlust ■ Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen, frühes Erwachen) ■ Appetitstörungen: in der Regel Appetitverminderung, auch Appetitsteigerung möglich ■ Kopfschmerzen, abdominelle Beschwerden	■ Wahn ■ Halluzinationen ■ Stupor

Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen sind durch ein durchgehendes, situationsübergreifendes (Vorliegen der Symptomatik in mindestens zwei Lebensbereichen) Muster der drei Kardinalsymptome Unaufmerksamkeit, motorische Unruhe und Impulsivität charakterisiert. Ferner ist die Symptomatik dem Entwicklungsstand des Betroffenen nicht entsprechend, tritt situationsübergreifend in einem abnormen Ausmaß auf und beginnt vor dem sechsten Lebensjahr. Unterschieden wird zwischen zwei Subtypen:

- einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (F 90.0)
- hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F 90.1), bei der neben den Kriterien für eine hyperkinetische Störung auch die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens (F 91) erfüllt sein müssen

Störungen des Sozialverhaltens sind charakterisiert durch ein sich wiederholendes und andauerndes Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens, welches mit Verletzungen altersentsprechender sozialer Erwartungen verbunden ist und länger als sechs Monate besteht (Remschmidt et al., 2001). An Unterformen werden nach dem ICD-10 (Remschmidt et al., 2001) verschiedene Kategorien unterschieden (s. a. Abbildung 2.5):

- auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens (F 91.0)
- Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (F 91.1)
- Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (F 91.2)
- Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (F 91.3)
- kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F 92)

Abbildung 2.5: Störungen des Sozialverhaltens nach ICD-10 (vgl. Quaschner & Theisen, 2007)

Störungsbild	*Charakteristika*
auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens	Störungen mit dissozialem oder aggressivem Verhalten, bei denen das abnorme Verhalten (fast) völlig auf den häuslichen Rahmen oder auf Interaktionen mit Mitgliedern der Kernfamilie beschränkt ist, dabei aber stärker ausgeprägt ist als nur oppositionelles, aufsässiges oder trotziges Verhalten
Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen	Kombination von andauerndem dissozialem oder aggressivem Verhalten und einer deutlichen, umfassenden Beeinträchtigung der Beziehungen zu anderen Personen, hauptsächlich der Gleichaltrigengruppe
Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	andauernde dissoziale oder aggressive Verhaltensweisen von Personen, die allgemein gut in ihrer Altersgruppe eingebunden sind
Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	tritt bei Kindern unter neun oder zehn Jahren auf; deutlich aufsässiges, ungehorsames und trotziges Verhalten bei Fehlen schwerer dissozialer oder aggressiver Handlungen
kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	Kombination von andauerndem aggressivem, dissozialem oder aufsässigem Verhalten und deutlichen Symptomen von Depression, Angst oder sonstigen emotionalen Störungen

Die Relevanz der aufgeführten vier Problembereiche wird nicht zuletzt auch durch die epidemiologischen Daten unterstrichen. In Abhängigkeit von den gewählten Diagnosekriterien (ICD-10 vs. DSM-IV) bzw. deren Veränderung im Laufe der Jahre, dem gewählten Beobachtungszeitraum (Punkt-, 1-Monats-, 1-Jahres, Lebenszeit-Prävalenz), unterschiedlichen Messinstrumenten bzw. Informationsquellen (Patient, Eltern, Lehrer, Kliniker) und der der Studie zugrundeliegenden Stichprobe (Altersgruppe, Nationalität, Allgemeinbevölkerung vs. klinische Stichprobe etc.) resultieren zum Teil deutlich unterschiedliche Zahlen. Ein Überblick über die in etwa zu erwartende *Prävalenzraten* ist Abbildung 2.6 zu entnehmen (vgl. Remschmidt et al., 2007).

Abbildung 2.6: Prävalenzraten für verschiedene Störungsbilder (vgl. Remschmidt et al., 2007)

Störungsbild	*Prävalenzrate*
ADHD	▪ Kindergartenbereich: 2.7-9.9% (kein Vorliegen von Geschlechterunterschieden)[1] ▪ alle Jungen zw. 6-12 Jahren: 7-17%[2] ▪ alle Mädchen zw. 6-12 Jahren: 3.3-6%[3] ▪ DSM-IV (Eltern- & Lehrerfragebögen): 8.8-17.8%[4] ▪ ICD-10: 2-6%[5] ▪ durchschnittliche 6-Monatsprävalenz im Kindes- und Jugendalter: 4.4%[6] ▪ durchschnittliche 6-Monatsprävalenz im Kindes- und Jugendalter (bis 13 J.): 3.5%[6]
Störung des Sozialverhaltens	▪ 8-16 Jahre: 5-10%[7] ▪ nicht-klinische Untersuchungsstichproben: 1-10%[8] ▪ durchschnittliche 6-Monatsprävalenz im Kindes- und Jugendalter: ca. 7.5%[6] ▪ durchschnittliche 6-Monatsprävalenz im Kindes- und Jugendalter (bis 13 J.): 6.5%[6]
Angststörungen	▪ 8 Jahre, 6-Monats-Prävalenz: 9.5%[9] ▪ 7-16 Jahre, 6-Monats-Prävalenz:11.4%[10] ▪ 12-17 Jahre, Lebenszeit-Prävalenz: 18.6%[11] ▪ 14-24 Jahre, Lebenszeit-Prävalenz: 14.4%[12] ▪ durchschnittliche 6-Monatsprävalenz im Kindes- und Jugendalter: 10.4%[6] ▪ durchschnittliche 6-Monatsprävalenz im Kindes- und Jugendalter (bis 13 J.): 7.0%[6]
depressive Störungen	▪ Vorschulalter: 0.7-1.8%[13] ▪ Schulalter: 1.3-4.4%[14] ▪ Jugendalter: 2.6-10.9%[15] ▪ 9-17 Jahre: 6%[16] ▪ Erwachsenenalter, Lebenszeitprävalenz: 12-17% (Frauen sind 2x häufiger betroffen)[17] ▪ präpubertäre Kinder, klinische Stichprobe: 8-10%[18] ▪ Jugendliche, klinische Stichprobe: 25%[19] ▪ durchschnittliche 6-Monatsprävalenz im Kindes- und Jugendalter: 4.4%[6] ▪ durchschnittliche 6-Monatsprävalenz im Kindes- und Jugendalter (bis 13 J.): 1.5%[6]

Literaturangaben zu den Fußnoten: [1]Kuschel et al., 2006; [2]Cohen et al., 1993; [3]Cohen et al., 1993; [4]Brühl et al., 2000; Döpfner & Lehmkuhl, 2005a; [5]WHO, 2006; [6]Ihle & Esser, 2002; [7]Angold & Costello, 2001; [8]Essau, 2003; [9]Federer et al., 2000; [10]Steinhausen et al., 1998; [11]Essau et al., 1998; [12]Wittchen et al., 1998; [13]Gadow et al., 2001; Kashani & Carlson, 1987; Keenan et al., 2004; [14]Angold & Costello, 2000; Cooper & Goodyer, 1993; Costello et al., 2006; Ihle et al., 2000; Kashani et al., 1987; [15]Affifi et al., 2005; Blazer et al., 1994; Ihle et al., 2000; Kashani et al., 1987; Roberts et al., 1995; Rohde et al., 1994; Wittchen et al., 1998; [16]Shaffer et al., 1996; [17]Angst, 1997; [18]Ling et al., 1970; [19]Carlson & Cantwell, 1980; Robbins et al., 1982.

Auch die *Komorbiditätsraten* psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sind denen im Erwachsenenalter vergleichbar und liegen bei 45-50% (Ihle & Esser, 2002). Eine Übersicht über die durchschnittlichen Komorbiditätsraten der hier dargestellten vier häufigsten Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen findet sich in Abbildung 2.7 (vgl. auch Ihle et al., 2006).

Abbildung 2.7: Komorbiditätsraten der hier dargestellten vier Störungsbereiche (nach Ihle & Esser, 2002; vgl. auch Ihle et al., 2006)

	ADHD	**Aggressiv-dissoziale Störungen**	**Angststörungen**	**Depressive Störungen**
ADHD	---	46.9%	17.2%	9.1%
Aggressiv-dissoziale Störungen	8.3%	---	19.2%	15.3%
Angststörungen	4.7%	19.4%	---	17.0%
Depressive Störungen	13.0%	24.7%	38.9%	---

2.1.3. Empirisch ermittelte Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Störungen

Dank der Ergebnisse aus epidemiologischen Längsschnittuntersuchungen können mittlerweile verschiedene Faktoren beschrieben werden, die als wichtigste Risiko- bzw. Protektivfaktoren bei der (Nicht-)Entwicklung einer psychischen Störung im Kindes- und Jugendalter betrachtet werden können. Entsprechende Übersichten hierzu finden sich z.B. bei Egle & Hoffmann (2000), Schmidt & Göpel (2003) und Döpfner (2006). Eine Zusammenfassung der wichtigsten Risikofaktoren, die bislang in empirischen Untersuchungen nachgewiesen werden konnten und ein Überblick über relevante Schutzfaktoren lassen sich den Abbildungen 2.8 a-c entnehmen. Beide Faktorengruppen erweisen sich insbesondere mit Blick auf präventive Maßnahmen als sehr bedeutsam, da diese darauf abzielen, Risikofaktoren zu vermindern *und* protektive Faktoren zu stärken, um den Prozess der Entwicklung psychischer Störungen zu unterbinden. Insbesondere die Interventionen, die protektive Faktoren stärken, überlappen sich dabei sehr stark mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung.

Abbildungen 2.8 a-c: Individuelle, soziale und familiäre Risiko- und Protektivfaktoren für die Entstehung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen (vgl. Döpfner, 2006; Egle und Hoffmann, 2000; Laucht et al., 2000; Resch et al., 2006; Schmidt und Göpel, 2003).

Individuelle Faktoren	
Risikofaktoren	**Protektivfaktoren**
▪ Jungen sind in der Kindheit vulnerabler als Mädchen ▪ genetische Einflüsse ▪ Substanzmissbrauch während der Schwangerschaft ▪ Geburtskomplikationen ▪ geringes Geburtsgewicht ▪ körperliche Erkrankungen ▪ Verzögerungen in der frühkindlichen Entwicklung ▪ Schwierigkeiten in der Emotionsregulation ▪ schwieriges Temperament ▪ unsicheres Bindungsverhalten nach 12./18. Monat ▪ Exposition gegenüber Aggressionen, Gewalt und Traumata; sexuelle und/oder aggressive Misshandlung ▪ Vernachlässigung ▪ mangelnde Schulleistungen ▪ schulische Demoralisierung ▪ Aufmerksamkeitsstörungen ▪ soziale Inkompetenz ▪ schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen	▪ weibliches Geschlecht ▪ erstgeborenes Kind ▪ positives (d.h. robust-flexibles, aktives, kontaktfreudiges) Temperament ▪ positive Bindungserfahrungen, sicheres Bindungsverhalten ▪ intellektuelle Fähigkeiten ▪ positives Selbstkonzept/Selbstwertgefühl ▪ Selbstsicherheit ▪ soziale Fertigkeiten, positives Sozialverhalten ▪ Problemlösefähigkeiten ▪ Stressbewältigungsfähigkeiten ▪ internale Kontrollüberzeugungen ▪ Bewältigungserfahrungen, aktives Bewältigungsverhalten ▪ Anpassungsfähigkeit ▪ Autonomie

Gesellschaftliche Faktoren	
Risikofaktoren	**Protektivfaktoren**
▪ **niedriger sozioökonomischer Status*** ▪ Armut ▪ Arbeitslosigkeit ▪ **große Familien mit sehr geringem Wohnraum** (schlechte Wohnverhältnisse) ▪ schlechte Schulverhältnisse ▪ Diskriminierung ▪ Migration, soziale Verpflanzung ▪ soziale Isolation ▪ soziale Benachteiligung ▪ gewalttätiges und delinquentes Umfeld ▪ mangelnde außerfamiliäre soziale Bindungen ▪ auffällige Gleichaltrigengruppe ▪ Zurückweisung durch Gleichaltrige	▪ Einkommensgerechtigkeit ▪ hohe Bildungsqualität (z.B. positive Schulerfahrungen) ▪ positive Freundschaftsbeziehung ▪ unterstützendes und anregendes soziales Netzwerk ▪ soziale Unterstützung und soziale Förderung (z.B. Jugendgruppen, Schule, Kirche) ▪ Integration von Minoritäten

*fettgedruckt sind die wichtigsten psychosozialen Risikofaktoren für die Entwicklung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (nach Egle & Hoffmann, 2000; Schmidt & Göpel, 2003).

Familiäre Faktoren	
Risikofaktoren	**Protektivfaktoren**
▪ schlechte Schulbildung der Eltern ▪ Kontakte mit Einrichtungen der sozialen Kontrolle ▪ **psychische Störungen der Mutter***/des Vaters ▪ schwere körperliche Erkrankungen der Mutter / des Vaters ▪ Substanzmissbrauch in der Familie ▪ **Kriminalität** oder Dissozialität **eines Elternteils** ▪ familiäre Gewalt ▪ **chronische Disharmonie in der Familie,** Familien-/Partnerkonflikte ▪ desorganisierte Familien ▪ dysfunktionales Erziehungsverhalten ▪ autoritäres väterliches Verhalten ▪ negative familiäre Kommunikationsmuster ▪ alleinerziehender Elternteil ▪ Verlust der Mutter ▪ Scheidung/Trennung der Eltern ▪ Tod eines Familienangehörigen ▪ belastende Lebensereignisse ▪ Altersabstand zum nächsten Geschwisterkind < 18 Monate ▪ längere Trennung von den Eltern in den ersten 7 Lebensjahren ▪ häufig wechselnde frühe Beziehungen ▪ mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr ▪ chronisch krankes Geschwisterkind	▪ Anteilnahme, Interesse der Eltern am Leben des Kindes ▪ elterliche Wärme ▪ dauerhaft gute Beziehung zu mind. 1 primären Bezugsperson ▪ Kohäsion und Anpassungsfähigkeit der Familie ▪ offenes, unterstützendes Familienklima ▪ familiärer Zusammenhalt ▪ Modelle familiärer Bewältigung ▪ Führung des Kindes (z.B. konsistentes Erziehungsverhalten) ▪ günstige Erziehungspraktiken ▪ positive Eltern-Kind-Interaktionen ▪ soziale Unterstützung durch Familie und Freunde

*fettgedruckt sind die wichtigsten psychosozialen Risikofaktoren für die Entwicklung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (nach Egle & Hoffmann, 2000; Schmidt & Göpel, 2003).

2.1.4. Ätiologie und Verlauf der wichtigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter

Während es sich bei den oben dargestellten Aspekten um allgemein wirksame Risiko- und Protektivfaktoren handelt, finden bezugnehmend auf die Ätiologie der vier beschriebenen Störungscluster weitere Erklärungsmodelle und Faktoren Berücksichtigung. Weitere Ergebnisse der Therapieforschung bei diesen vier Störungen im Kindes- und Jugendalter lassen sich Manuskript 1 und 2, die jeweiligen Diagnosekriterien nach ICD-10 dem Anhang 10.7. entnehmen.

Angststörungen:

Ätiologie: Über die globalen, störungsunspezifischen Modelle, die bislang zur Erklärung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter herangezogen wurden, liegen mittlerweile zwei spezifische ätiologische Erklärungsansätze für Angststörungen im Kindes- und Jugendalter vor. Das integrierte „Behavioral-Inhibition-Attachment"-Modell von Manassis und Bradley (Manassis, 2001) legt den Fokus auf die *Entstehung* von Angststörungen, während beim kognitiven Modell von Kendall und Ronan

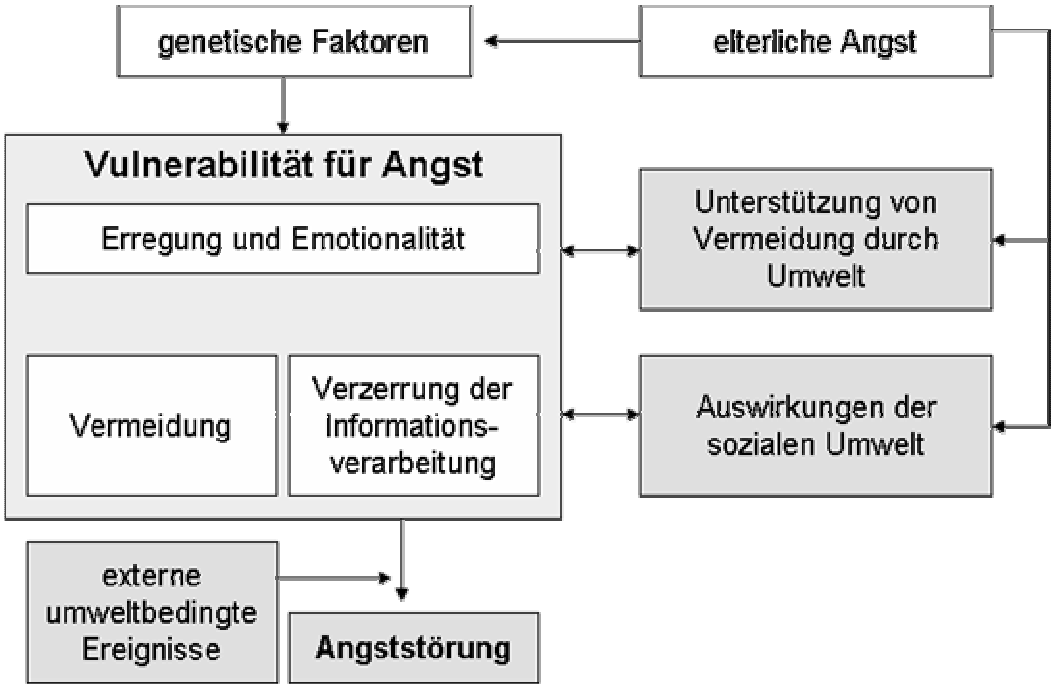
(1990) die *Aufrechterhaltung* fokussiert wird.

Unter „Behavioral Inhibition“ verstehen Kagan et al. (1988) ein Temperamentsmerkmal, das durch ein zurückgezogenes und scheues Verhalten in neuen, unvertrauten Situationen charakterisiert ist. Das „Attachment“-Konzept von Bowlby (1982) beschreibt ein angeborenes Bindungsverhalten zur Bezugsperson, aus dem sich in den ersten Lebensjahren einer von vier Bindungsstilen (sicher, unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent, unsicher-desorganisiert) herausbildet. Das integrierte „Behavioral-Inhibition-Attachment“-Modell von Manassis und Bradley nimmt nun an, dass die Kombination von „Behavioral Inhibition“ als prädisponierendem Faktor und ein unsicherer Bindungsstil an der Entstehung von Angststörungen beteiligt sind. Die Art der Bindung kann somit eine vorhandene Prädisposition für eine Angsterkrankung verstärken oder reduzieren.

Kendall und Ronan gehen in ihrem kognitiven Modell davon aus, dass Kinder und Jugendliche mit Angststörungen kognitive Defizite (d.h. fehlende oder unzulänglich angewendete kognitive Fertigkeiten) und kognitive Verzerrungen (d.h. einseitige oder falsche Informationsverarbeitungsprozesse) aufweisen, deren Folge dysfunktionale und fehlangepasste Verhaltensweisen sind. Darüber hinausgehend nehmen Kendall und Ronan in ihrem Modell an, dass bei Kindern mit Angststörungen die Informationsnetzwerke, die Gefahren und Bedrohungen beinhalten, chronisch überaktiviert sind. Daraus resultierend schätzen Kinder mit Angststörungen Gefahren höher ein, unterschätzen ihre Coping- und Kontrollmöglichkeiten bezüglich der Gefahr, berichten über mehr katastrophisierende Gedanken und weisen mehr negative Selbstverbalisationen auf.

Ein weiteres integratives Störungsmodell für die Entwicklung einer Angststörung wurde von Rapee (2001) entwickelt (vgl. Abbildung 2.9). Es geht davon aus, dass Kinder eine unterschiedlich stark ausgeprägte Vulnerabilität für die Entwicklung einer Angststörung aufweisen: Genetische Faktoren (empirisch gut belegte familiäre Häufung von Angststörungen) und auch Umweltfaktoren (Unterstützung von Vermeidungsverhalten durch die Umwelt bzw. soziale Umwelt des Kindes) tragen beide zur Ausbildung dieser Vulnerabilität bei. Kinder mit dieser Angstvulnerabilität zeigen diesem Modell nach ein Temperament, das durch ausgeprägte Emotionalität, einen vermeidenden Bewältigungsstil sowie leicht auslösbare physiologische Erregbarkeit bei Gefahr charakterisiert ist. Infolgedessen haben diese Kinder eine Neigung, Situationen als bedrohlich zu interpretieren und neue Reize zu vermeiden. Dieses Vermeidungsverhalten trägt in einem nächsten Schritt dazu bei, dass die Kinder keine sozialen Fertigkeiten und Bewältigungsstrategien für die von ihnen als bedrohlich bewerteten Situationen erlernen und eine Habituation an potentiell bedrohliche Reize nicht stattfindet. Ergänzend wird angenommen, dass das Kind in der frühen Kindheit für die Vermeidung neuer Situationen belohnt wird, indem die Bezugspersonen das Kind von angstauslösenden Reizen entfernen bzw. fernhalten und es aufgrund seiner ängstlichen Reaktionen erhöhte Aufmerksamkeit erfährt. Dieses Verhaltensmuster führt dazu, dass sich das Vermeidungsverhalten des Kindes ausweitet.

Abbildung 2.9: Modell der Entwicklung einer Angststörung (nach Rapee, 2001)



Verlauf: Der Zeitpunkt des ersten Auftretens unterschiedet sich zwischen den verschiedenen Angststörungen (Essau et al., 2004; Kessler et al., 2005). Trennungsängste und spezifische Phobien zeigen sich bereits im Kleinkindalter (Median von sieben Jahren), generalisierte Angststörungen treten im Kindes-alter auf. Für die soziale Phobie findet sich der Anstiegsgipfel im Jugendalter (Median von 13 Jahren), die Agoraphobie tritt nach der Adoleszenz, zu Beginn des jungen Erwachsenenalters auf. Bis zum Alter von 21 Jahren haben 75 Prozent der Angststörungen begonnen. Studien belegen – für einen Teil der Kinder – die Stabilität von Angststörungen im Kindesalter (Keller et al., 1992); außerdem gelten Angststörungen im Kindesalter als Risikofaktor für die Ausbildung von Angststörungen, affektiven Störungen und Substanzmissbrauch und -abhängigkeit im Erwachsenenalter (Brückl et al., 2007; Woodward und Fergusson, 2001).

Depressive Störungen:

Ätiologie: Für den Bereich depressiver Störungen liegt eine Vielzahl von aus dem Erwachsenenbereich übernommenen psychologischen Erklärungsmodellen vor, die im Folgenden überblicksartig dargestellt werden sollen. Auf die ausführliche Darstellung biologischer Störungsmodelle soll hier aus Gründen der Komplexität verzichtet werden. Die bislang vorliegenden Ergebnisse sprechen für die Beteiligung verschiedener Aspekte, wie genetischen Faktoren (Haug, 1996; Shih et al., 2004; Rutter, 1991), Dysbalancen in Neurotransmitter- und neuroendokrinologischen Systemen (Birmaher et al., 1997; Garcia et al., 1991; Janowski et al., 1995; Ryan et al., 1992), chronobiologischen Faktoren (Dahl et al., 1991; Riemann et al., 1993) oder assoziierten körperlichen Erkrankungen, wie Epilepsie, Diabetes mellitus, Hypothyreose, Anämie und Lupus erythematodes. Einige Autoren (z.B. Lewinsohn

et al., 1985) haben zudem versucht, die verschiedenen biologischen, psychologischen und psychosozialen Einflussfaktoren in ein ätiologisches Modell zu integrieren, um so der sich in den letzten Jahren durchsetzenden Vorstellung einer multikausalen Verursachung depressiver Störungen Rechnung. Diese integrativen Modelle der Depression gehen von einem Zusammenwirken von genetischen Vulnerabilitäts- und Umweltfaktoren aus.

Nach dem verstärkungstheoretischen Modell von Lewinsohn (1974) führt eine geringe Rate an verhaltenskontingenter positiver Verstärkung zu Dysphorie, Ermüdung, geringer Frequenz angenehmer Aktivitäten, anderen depressiven Symptomen und dazu, dass eine Depression aufrechterhalten wird, weil die Rate des möglichen, noch zu verstärkenden Verhaltens der Person zusätzlich verringert wird. Infolgedessen sollte beispielsweise das Aktivitätsniveau erhöht und die möglicherweise vorliegenden defizitären sozialen Fertigkeiten verbessert werden.
Das kognitive Modell der Depression von Beck (1967) geht von drei Annahmen aus: Der kognitiven Triade (d.h. einer negativen Bewertung der eigenen Person, der Welt und der Zukunft), den kognitiven Schemata und den kognitiven Fehlern. Kognitive Schemata repräsentieren die vergangenen Erfahrungen einer Person und helfen dabei, aktuelle Stimuli aus der Umwelt zu filtern und zu interpretieren. Durch die bei depressiven Personen vorliegenden dysfunktionalen Schemata, die oftmals beim Auftreten belastender Situationen zum Tragen kommen, sind depressive Personen nicht mehr in der Lage, Situationen realistisch einzuschätzen und die Irrationalität eigener Annahmen wahrzunehmen. Kognitive Fehler sind systematische Denkfehler (z.B. Katastrophisieren, Schwarz-Weiß-Denken), die depressiven Personen bei der Strukturierung ihrer Erfahrungen unterlaufen. Ellis (1977) postuliert zum Teil recht ähnliche Annahmen, geht jedoch von verschiedenen irrationalen Grundüberzeugungen aus, die eine Person im Laufe ihres Lebens erlernt hat und die Grundlage psychischer Störungen sind.
Nach dem Modell der erlernten Hilflosigkeit von Seligman (1975) werden Menschen dann depressiv, zeigen wenig Selbstbewusstsein und kognitive sowie motivationale Defizite (die wiederum die Problemlösefähigkeiten reduzieren), wenn sie ihre Umwelt als unkontrollierbar wahrnehmen und die Erfahrung machen, Situationen nicht selbst beeinflussen zu können. Nach dem erweiterten Modell von Seligman und Teasdale (1978) trägt nicht allein die Konfrontation mit unkontrollierbaren Ereignissen, sondern vielmehr die Art und Weise der Kausalattribution (internal, stabil, global) insbesondere bei negativen Lebensereignissen zur Entstehung von Hilflosigkeit und depressiven Symptomen bei.
Das Modell der Selbstkontrolle von Rehm (1977) sieht die Ursache für die Entstehung von Depression in Defiziten der Selbstregulation (Selbstbeobachtung, Selbstbewertung, Selbstverstärkung). Depressive Personen achten demnach selektiv auf negative Ereignisse und deren Konsequenzen und konzentrieren sich eher auf kurzfristige als auf langfristige Folgen ihres Verhaltens. Zudem beschreibt Rehm, dass depressive Personen eher zu übermäßiger Selbstbestrafung neigen, für sich selbst rigide, perfektionistische Bewertungskriterien heranziehen und auftretende negative Ereignisse auf die eigene Minderwertigkeit zurückführen.

Gut belegt ist auch der Zusammenhang zwischen kritischen, traumatisierenden oder belastenden Lebensereignissen und der Entwicklung von depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter (Birmaher et al., 1996; Lewinsohn et al., 1998; Williamson et al., 1995). Zu solchen traumatisierenden

oder belastenden Ereignissen gehören: Verlust oder schwere Erkrankung eines Elternteils; emotionaler, körperlicher oder sexueller Missbrauch; anhaltende Disharmonie zwischen den Bezugspersonen bzw. Trennung oder Scheidung; Altersabstand zum jüngeren Geschwisterkind weniger als 18 Monate; depressive und andere psychische Erkrankungen (Angststörungen, Substanzmissbrauch, antisoziales Verhalten) der Eltern; familiäre Belastungsfaktoren wie Eltern-Kind-Konflikte (vgl. u.a. Kaslow et al., 1994; Mitchell et al., 1989). Nach dem „stress-buffering"-Modell von Lazarus et al. (1974) kann zudem die Wahrnehmung sozialer Unterstützung (z.B. positive Qualität familiärer Beziehungen) die Wahrnehmung des Belastungsgrads eines Stressors verändern (Seiffge-Krenke, 1993).

Verlauf: Das Auftreten depressiver Störungen vor dem 10. Lebensjahr ist eher selten, im Jugend- und frühen Erwachsenenalter steigen die Depressionsraten hingegen stark an. Mädchen bzw. Frauen sind durchgängig häufiger betroffen als Jungen/Männer (Afifi et al., 2005; Gadow et al., 2001; Ihle et al., 2000; Wade et al., 2002). In Abhängigkeit vom jeweiligen Lebensalter findet sich eine spezifische Färbung der depressiven Symptomatik (Abbildung 2.10), wenngleich sich die Symptomatik im späten Kindes- und im Jugendalter nicht so deutlich voneinander unterscheidet, wie ehemals angenommen (Birmaher et al., 2002, 2004; Flament et al., 2001; Gadow et al., 2001; Hautzinger et al., 2003).
Die mittlere Länge depressiver Episoden in einer klinischen Population von Kindern und Jugendlichen beträgt 7-9 Monate, 10% der depressiven Jugendlichen sind innerhalb von 2 Jahren nicht genesen. Darüber hinaus sind die Rückfallraten bei remittierten Patienten als relativ hoch einzuschätzen: Innerhalb von 2 Jahren erleben 40%, innerhalb von 5 Jahren sogar 70% der remittierten depressiven Jugendlichen einen Rückfall (Birmaher et al., 1996; Kovacs et al., 1988). 70% der Kinder und Jugendlichen mit dysthymen Störungen entwickeln irgendwann das Vollbild einer depressiven Episode. Auch die Übergangswahrscheinlichkeit zu bipolaren Störungen ist erhöht: 20-40% der Kinder und Jugendlichen mit einer depressiven Episode entwickeln im weiteren Verlauf eine bipolare affektive Störung.
Depressive Störungen treten selten isoliert auf, etwa die Hälfte bis zwei Drittel der depressiven Kinder und Jugendlichen weisen komorbide Störungen auf (Angold und Costello, 1993), vor allem Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens und Störungen durch Substanzmissbrauch (Angold et al., 1999; Blazer et al., 1994; Flament et al., 2001; Lewinsohn et al., 1998). Darüber hinausgehend erhöht das Auftreten einer depressiven Episode im Kindes- und Jugendalter das Risiko für depressive Episoden, körperliche Erkrankungen, Störungen durch Substanzgebrauch, Suizidalität sowie Beeinträchtigungen im beruflichen, sozialen und familiären Bereich.

Abbildung 2.10: Charakteristika der depressiven Symptomatik über die Entwicklungsalter (vgl. Blanz, 2007)

Kleinkind- und Vorschulalter	***Schulalter***	***Jugendalter***
■ vermehrtes Weinen ■ Irritierbarkeit ■ Schlafstörungen ■ gestörtes Essverhalten	■ Verminderte Mimik und Gestik ■ Stimmungslabilität ■ Introvertiertheit ■ Gereiztheit ■ Schlafstörungen ■ Appetitverlust mit Gewichtsreduktion	■ *emotional:* depressive Verstimmung, Niedergeschlagenheit, Leere ■ *kognitiv:* Konzentrationsmangel, Selbstvorwürfe, pessimistische Lebenseinstellung, Schuldgefühle, keine Zukunftsperspektive ■ *motivational:* Interessenverlust, Antriebslosigkeit, Suizidalität ■ *somatisch:* Schlafstörungen, Appetitverlust, psychosomatische Beschwerden ■ *motorisch:* Agitation, Verlangsamung ■ *interaktiv:* Verminderung der Kommunikation und sozialer Fähigkeiten

Hyperkinetische Störungen:

Ätiologie: Bei HKS wird eine Interaktion psychosozialer und biologischer Faktoren vermutet, wobei Studien darauf hindeuten, dass biologische Faktoren eine deutlich größere Rolle spielen als psychosoziale Aspekte (Döpfner & Lehmkuhl, 2005b). Eine Zusammenfassung und Integration aller bislang gesicherten Befunde zur Ätiologie von HKS enthält das in Abbildung 2.11 dargestellt biopsychosoziale Modell (Döpfner et al., 2000).

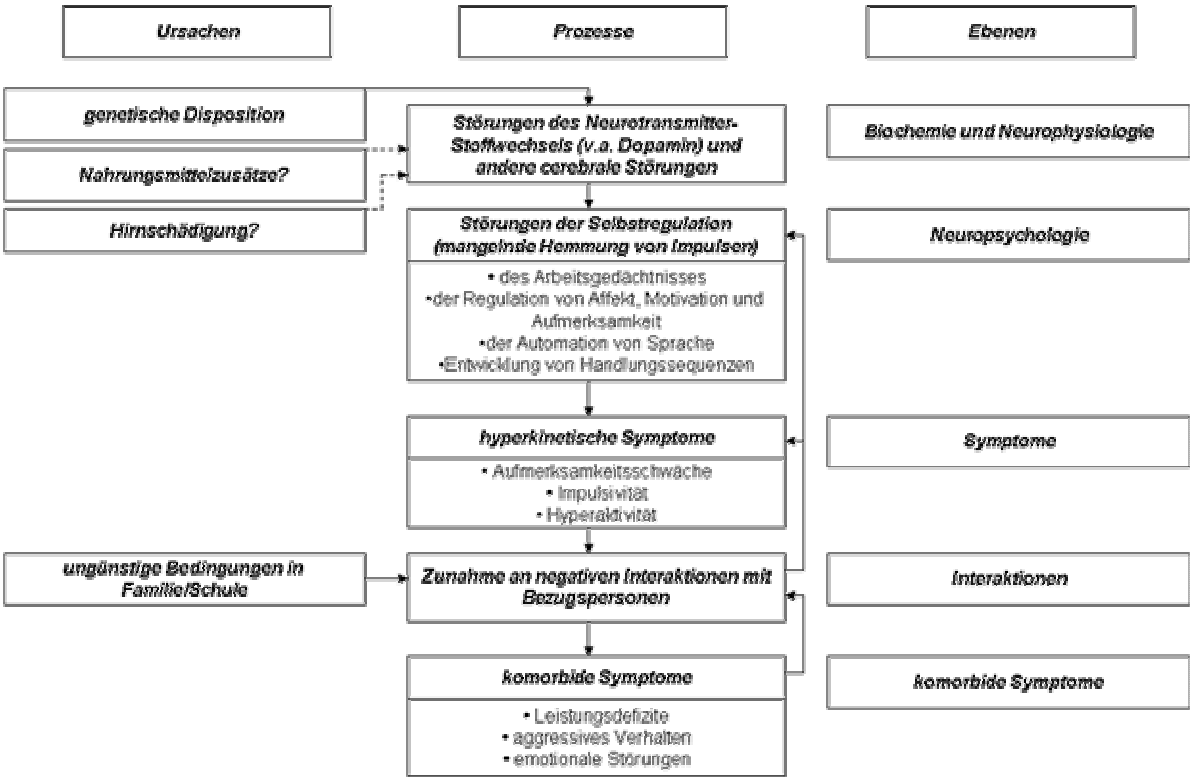
Demnach wird eine genetische Disposition als wesentlicher Aspekt bei der Entwicklung der Störung angenommen. Diese hat vor allem eine Störung des Neurotransmitterstoffwechsels (v.a. dopaminerg-noradrenerg) zur Folge. Der Einfluss erworbener Hirnschädigungen ist zwar belegt, aber deutlich geringer. Die relative Bedeutung allergischer Reaktionen wird mittlerweile ebenfalls als gering eingeschätzt.

In neuropsychologischer Hinsicht finden sich Belege für Störungen der Selbstregulation in Bezug auf verschiedene exekutive Funktionsbereiche (Arbeitsgedächtnis; Selbstregulation von Affekten, Motivation, Aufmerksamkeit; Internalisierung und Automation von Sprache; Analyse und Entwicklung von Handlungssequenzen). Barkley (1997) legt diesbezüglich das am weitesten ausgearbeitete Modell zur mangelnden Inhibition vor: Demnach lässt sich ein Defizit an Reaktionshemmung bei der Hemmung eines dominanten Handlungsimpulses auf einen Reiz, bei der Unterbrechung einer laufenden Handlung und bei der Hemmung interferierender Handlungstendenzen feststellen. Die Theorie der Aversion gegenüber Verzögerungen („delay aversion“) geht demgegenüber weniger von einem grundlegenden Defizit als vielmehr von einer motivationalen Störung aus, d.h. einer spezifischen Aversion gegenüber der Unterdrückung oder Verzögerung von Reizen.

In einem nächsten Schritt resultieren aus dieser Selbstregulationsstörung auf der Symptomebene die klassischen hyperkinetischen Symptome (Aufmerksamkeitsschwäche, Impulsivität, Hyperaktivität), die eine Zunahme der negativen Interaktionen zwischen Kind und Bezugsperson zur Folge haben. Un-

günstige Bedingungen in Familie, Schulumfeld und Peergruppe tragen ebenfalls zur Zunahme negativer Interaktionen bei, was wiederum eine Aufschaukelung der HKS-Symptomatik, der Störungen im Selbstregulationsprozess und die Entwicklung weiterer komorbider Symptome (Leistungsdefizite, aggressives Verhalten, emotionale Störungen) nach sich zieht. Familiären Belastungsfaktoren scheint insgesamt eher eine untergeordnete Rolle zuzukommen; Längsschnittstudien zeigen jedoch, dass überwiegend negative Eltern-Kind-Interaktionen im Vorschulalter mit der Stabilität von HKS korrelieren (Campbell, 1990). In Familien mit oppositionell auffälligen Kindern lassen sich typischerweise gegenseitig erzwingende Interaktionen („coercive interaction") zwischen Mutter und Kind feststellen. Insofern sind psychosoziale Bedingungen zwar keine primäre Ursache von HKS, können aber entscheidend zum Schweregrad und zur Chronifizierung der Störung beitragen.

Abbildung 2.11: Biopsychosoziales Entstehungsmodell von HKS (nach Döpfner et al., 2000)



Verlauf: Längsschnittstudien zeigen, dass HKS über das Kindes- und Jugendalter hinweg relativ stabil ist, wenngleich sich das Bild der Störung wandelt (vgl. Döpfner, 2003). Im Säuglings- und Kleinkindalter treten gehäuft Regulationsstörungen (Schlaf- und Essprobleme) und schwierige Temperamentsmerkmale (gereizte Stimmungslage) auf. Darauf aufbauend erweisen sich in dieser Phase psychische Störungen der Eltern, Eheprobleme, feindselige Einstellung zum Kind und negative, überwiegend kritisierende Mutter-Kind-Interaktionen als Risikofaktoren hinsichtlich der Entwicklung einer hyperkinetischen Störung. Im Kindergartenalter entwickeln sich meist die ausgeprägten hyperkinetischen und/ oder oppositionellen Verhaltensauffälligkeiten, die sich im Grundschulalter meist weiter verfestigen. Im

Jugendalter reduziert sich bei vielen Kindern mit HKS die motorische Unruhe, während Aufmerksamkeitsstörung und Impulsivität weiterhin anhalten; oppositionelles Problemverhalten geht in dieser Phase häufig mit dissozialem Verhalten und Delinquenz einher. Im Erwachsenenalter können sich HKS-Symptome weiter reduzieren, jedoch leiden mindestens 30 Prozent der Erwachsenen weiterhin unter Einschränkungen durch eine HKS-Restsymptomatik. Ein Überblick über die Veränderung der Symptomatik einer hyperkinetischen Störung über die verschiedenen Lebensalter hinweg ist auch Abbildung 2.12 zu entnehmen (vgl. Lehmkuhl & Döpfner, 2007).

Abbildung 2.12: Veränderung der hyperkinetischen Symptomatik über die Lebensalter (vgl. Lehmkuhl & Döpfner, 2007)

Lebensalter	***Charakteristika der hyperkinetischen Symptomatik***
Säuglings- und Kleinkindalter	■ sehr hohes psychophysiologisches Aktivitätsniveau ■ ungünstige Temperamentsmerkmale (Schlafprobleme, Essprobleme, gereizte Stimmung) und negative Eltern-Kind-Interaktion
Vorschulalter	■ Hyperaktivität (ziellose Aktivität) ■ geringe Spielintensität und -ausdauer ■ Entwicklungsdefizite ■ oppositionelles Verhalten ■ Risikofaktoren für ungünstige Entwicklung: aversive Eltern-Kind-Interaktion, Aggressivität des Kindes, Entwicklungsdefizite
Grundschulalter	■ Schuleintritt ■ Unruhe und Ablenkbarkeit im Unterricht ■ Lernschwierigkeiten und Teilleistungsschwächen ■ Umschulungen und Klassenwiederholungen ■ aggressives Verhalten (mind. 30-50%) ■ Ablehnung durch Gleichaltrige ■ Leistungsunsicherheit und Selbstwertprobleme
Jugendalter	■ Verminderung der motorischen Unruhe ■ Aufmerksamkeitsstörungen persistieren häufig ■ aggressives Verhalten ■ dissoziales Verhalten und Delinquenz (30%) ■ Alkohol- und Drogenmissbrauch ■ emotionale Auffälligkeiten
Erwachsenenalter	■ Persistenz hyperkinetischer Symptome bei 30-60% ■ ausgeprägte Symptomatik bei ca. 30% ■ geringere Schulbildung ■ Delinquenz und dissoziale Persönlichkeitsstörung bei ca. 15-30%

Störung des Sozialverhaltens:

Ätiologie: Empirisch gestützte Erklärungsmodelle versuchen zur Erklärung aggressiven Verhaltens ebenfalls biologische, psychische und soziale Faktoren zu integrieren. Eine zusammenfassende Darstellung empirisch gut belegter und für die Entstehung aggressiv-dissozialen Verhaltens relevanter Faktoren findet sich in Abbildung 2.13. Die vorherrschenden „biopsychosozialen Modelle“ gehen bezüglich Symptomätiologie und -genese davon aus, dass über Wechselwirkungen aus Risikofaktoren

und Dispositionen zunächst eine Fehlanpassung entsteht, die als psychische Auffälligkeit wiederum negative Reaktionen aus der sozialen Umwelt hervorruft und sich schließlich in der weiteren Entwicklung bei andauerndem Einfluss weiterer Risikofaktoren zu einer chronifizierten psychischen Störung verfestigt (Matthys et al., 2003).

Hinsichtlich der psychischen Faktoren kommt insbesondere ein Modell von Dodge et al. (1997) zum Tragen, das sich mit der spezifischen sozialen Wahrnehmung und Abwehrhaltung aggressiver Kinder und Jugendlicher beschäftigt. Diese verzerrte sozial-kognitive Wahrnehmung äußert sich darin, dass aggressive Kinder sowohl mehrdeutige als auch neutrale Situationen als vorwiegend feindlich und bedrohlich einordnen. Dementsprechend befinden sie sich in einer ständigen „Alarmbereitschaft" und reagieren oft „prophylaktisch" aggressiv, was ihnen viele negative Reaktionen und soziale Ablehnung einbringt, was noch aggressiveres Verhalten der Kinder nach sich zieht. Die defizitäre Impulskontrolle und Emotionsregulation tragen ebenfalls dazu bei, dass dieser Teufelskreis kaum zu durchbrechen ist, da Bewertungen und Einschätzungen so nicht überprüft, alternatives Verhalten nicht entwickelt und Konsequenzen nicht überblickt werden können (Petermann und Petermann, 2005).

In Bezug auf die familiären Faktoren werden von Patterson et al. (1992) vier Faktoren beschrieben, die Ausdruck eines ungünstigen Erziehungsverhaltens sind, das die Entwicklung aggressiven Verhaltens fördert: Regeln werden nicht klar definiert und nicht befolgt, den Kindern mangelt es somit an sozialer Orientierung, so dass sie keine sozialen Normen übernehmen und kein positives Sozialverhalten entwickeln können. Eltern beaufsichtigen ihre Kinder unzureichend und haben keine Informationen darüber, was ihr Kind den Tag über unternimmt bzw. zeigen kaum Interesse an den Aktivitäten des Kindes. Die Kinder werden von ihren Eltern weder positiv noch konsequent verstärkt; vielmehr liegen oft massive Eltern-Kind-Konflikte vor, die mit körperlicher Misshandlung und Ablehnung des Kindes durch die Eltern einhergehen. Die Erziehungskompetenz der Eltern ist eingeschränkt, innerhalb der Familie mangelt es an der Fähigkeit, Probleme zu strukturieren, zu analysieren und zu lösen.

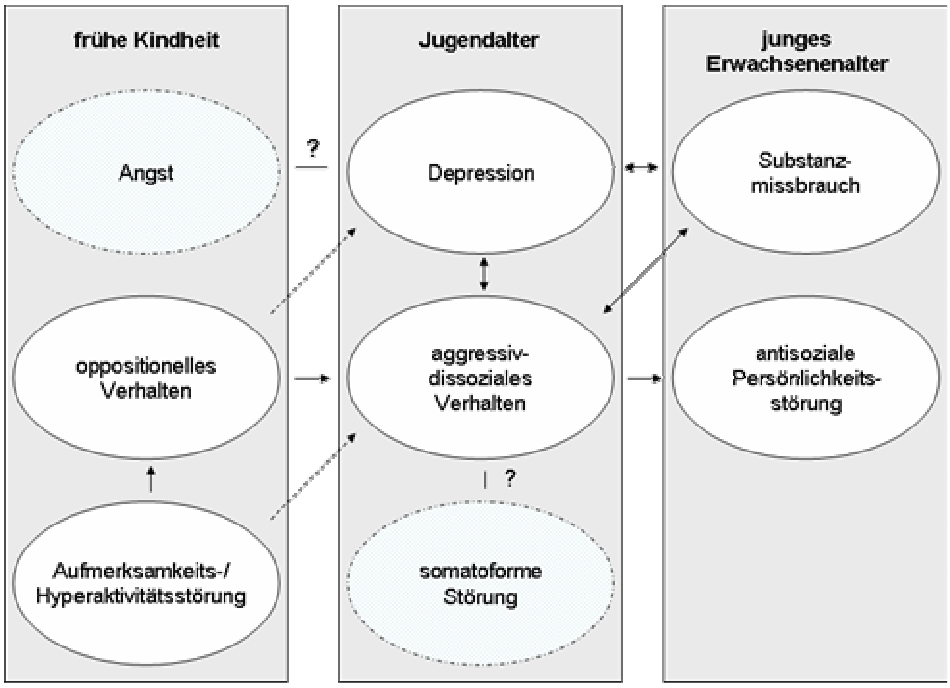
Abbildung 2.13: Biopsychosoziale Faktoren zur Erklärung aggressiv-dissozialen Verhaltens (nach Petermann und Petermann, 2005).

Biologische Faktoren	***Psychische Faktoren***	***Soziale Faktoren***
genetische und physiologische Aspekte: ▪ Geschlechtsunterschiede ▪ prä- und perinatale Risiken ▪ neurologische Funktionsstörungen	*kognitive und emotionale Aspekte:* ▪ schwieriges Temperament ▪ unzureichende Impulskontrolle und Emotionsregulation ▪ verzerrte sozial-kognitive Informationsverarbeitung ▪ unzureichendes Einfühlungsvermögen	*familiäre und umweltbezogene Aspekte:* ▪ mangelnde Aufsicht durch die Eltern ▪ unzureichende Erziehungskompetenz der Eltern ▪ unzureichende emotionale Unterstützung und Akzeptanz gegenüber dem Kind ▪ negative Erziehungspraktiken ▪ Charakteristiken der Eltern und familiäre Stressbelastetheit ▪ erfahrene körperliche Misshandlung ▪ soziale Ablehnung durch Gleichaltrige

Verlauf: Generell steigt die Prävalenzrate aggressiv-dissozialer Verhaltensweisen vom Kindes- bis zum Jugendalter an, wobei ein deutlicher Rückgang zwischen dem 18. und dem 21. Lebensjahr zu verzeichnen ist; Jungen und Mädchen sind in unterschiedlichen Maße betroffen (APA; 1996). Der Verlauf aggressiven Verhaltens, vor allem bei der Gruppe mit frühem Störungsbeginn, lässt sich durch verschiedene Merkmale charakterisieren: Im ersten Lebensjahr lässt sich häufig ein schwieriges Temperament (z.B. Ein- und Durchschlafprobleme, exzessives Schreien) beobachten, in den ersten Lebensjahren finden sich vermehrt eine mangelnde Impulskontrolle sowie kognitive und/oder neuropsychologische Defizite. Schon im Kindergartenalter treten dann ungünstige Eltern-Kind-Interaktionen auf, die vielfach in Erpresserspiralen enden (vgl. Patterson et al., 1992). Jungen und männliche Jugendliche weisen im Verlauf eher direkte, körperliche und delinquente Aggressions-formen auf. Mädchen und weibliche Jugendliche zeigen eher indirekte, sozial-manipulative Formen aggressiven Verhaltens (vgl. Petermann und Petermann, 2000a, b). Später finden sich vermehrt Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen wie HKS, Störungen durch Substanzkonsum, Störungen der Impulskontrolle und Depressivität. Abbildung 2.14 fasst die verschiedenen möglichen Entwicklungspfade und Komorbiditäten entsprechend einem Modell von Loeber et al. (2000) zusammen.

Abbildung 2.14: Entwicklungsverläufe und komorbide Störungen bei „aggressiv-dissozialem“ Verhalten (nach Loeber et al., 2000; vgl. Quaschner & Theisen, 2007)

* durchgezogene Pfeile weisen auf empirisch relativ gut gesicherte Zusammenhänge hin, mit Fragezeichen versehene Linien entsprechen unklareren Wechselwirkungen



2.2. Therapieforschung

2.2.1. Geschichte der Psychotherapieforschung

Nach Mattejat (2003) lassen sich im Rahmen der wissenschaftlichen Psychotherapieforschung im Wesentlichen vier Episoden unterscheiden, die sich Abbildung 2.15 entnehmen lassen und hier überblicksartig zusammengefasst werden sollen.

Vor 1955 wurde die Wirksamkeit psychotherapeutischer Methoden lange Zeit nicht überprüft, sondern einfach unterstellt. Grund dafür war auch die Vorstellung, dass man die Wirksamkeit von Therapien nicht mit experimentellen Methoden überprüfen könnte. Erste Anstöße in Richtung einer systematischen empirischen Psychotherapieforschung kamen von Eysenck (1952, für den Erwachsenenbereich) und Levitt (1957) für den Kinder- und Jugendlichenbereich. Ihre Arbeiten lösten zunächst sehr kontroverse Diskussionen aus, waren jedoch Ausgangspunkt für eine sich stetig und dynamisch entwickelnde empirische Psychotherapieforschung.

Im Bereich der allgemeinen Wirksamkeitsforschung von Psychotherapie erwiesen sich insbesondere die Metaanalysen von Smith et al. (1977, 1980) für den Erwachsenenbereich als bahnbrechend; im Durchschnitt wurde eine Effektstärke von 0.85 ermittelt. Aufgrund der gegenüber dem Erwachsenenbereich deutlich reduzierten Studienanzahl im Kinder- und Jugendlichenbereich erschienen Metaanalysen zur Psychotherapie im Kindes- und Jugendlichenalter deutlich verzögert (z.B. Weisz und Weiss, 1993), kamen hinsichtlich der Effektivität von Psychotherapie jedoch zu dem Erwachsenenbereich vergleichbaren Ergebnissen. Neben der so empirisch erstmals nachgewiesenen allgemeinen Wirksamkeit von Psychotherapie zeigten sich über die verschiedenen Therapieformen hinweg deutliche Unterschiede: Behaviorale Therapieansätze schnitten in Interventionsstudien besser ab als nichtbehaviorale Methoden.

Aufbauend auf diesem allgemeinen Wirksamkeitsnachweis und der besonders für verhaltenstherapeutische Methoden nachgewiesenen Wirksamkeit beschäftigte sich die Forschung anschließend vor allem mit der speziellen und störungsspezifischen Frage, welche Methoden bei bestimmten Störungen die beste Wirksamkeit aufweisen. So entstanden in den letzten Jahren viele Übersichtsarbeiten, in denen für die wichtigsten kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbilder angegeben wird, welche Therapieformen oder Behandlungsbausteine erwiesenermaßen wirksam sind (Baving und Schmidt, 2001; Carr, 2000; Fonagy et al., 2002; Remschmidt und Mattejat, 2001; Roth und Fonagy, 1996). Nicht zuletzt dadurch, dass diese Ergebnisse in die Therapieleitlinien der einschlägigen Fachgesellschaften (z.B. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2000) einfließen, werden die empirisch als wirksam erwiesenen Methoden auch zunehmend häufig in der praktischen Patientenversorgung eingesetzt (vgl. auch Abschnitt 2.2.5.). Das Konzept einer störungsspezifischen Behandlung hat so mittlerweile breite Anerkennung und Verbreitung gefunden.

Aufbauend auf diesem Status quo der Therapieforschung stehen heute verschiedene neue Aspekte zur Optimierung der Therapiemethoden und ihrer Anwendung im Fokus der Forschung: *Erstens* die verbesserte Abstimmung der Behandlung auf den Einzelfall und die Analyse von relevanten Prognose- und Moderatorvariablen (d.h. Variablen wie z.B. Alter, Geschlecht oder Intelligenz, die den Be-

handlungserfolg mit beeinflussen), da die bisherige Erfahrung mit störungsspezifischen Behandlungsprogrammen gezeigt hat, dass diese Programme nicht gleichermaßen bei allen Patienten angewandt werden können bzw. gleichermaßen erfolgreich sind. *Zweitens* eine Verbesserung der Wirksamkeit von Psychotherapie durch die Ermittlung von Mediatorvariablen und eine verbesserte Prozessforschung; in diesem Fall stellt sich also die Frage, welche Prozesse den Erfolg der Behandlung beeinflussen bzw. welches die relevanten Wirkmechanismen in Rahmen einer Behandlung sind. *Drittens* rückt heute zunehmend die „effectiveness"-Forschung in den Vordergrund. Wirksamkeitsstudien wurden in der Vergangenheit zu einem großen Teil nicht in Kliniken und Praxen, sondern im Rahmen von Forschungsprojekten mit nicht-repräsentativen, ausgelesenen Stichproben durchgeführt (sog. „efficacy"-Forschung). Daher stellt sich die Frage, inwieweit Therapiemethoden, die in solchen Studien eine gute Wirksamkeit gezeigt haben, auch in der alltäglichen praktischen Krankenversorgung in Klinik und Praxis erfolgreich eingesetzt werden können. *Viertens* die entwicklungsorientierte Forschung mit besonderer Betonung der Entwicklungsperspektive, unter der eine Reihe von Aspekten zusammengefasst wird – die Frage der Unterstützung „natürlicher" Entwicklungsprozesse durch professionelle Interventionen, aber auch Themen wie Präventions- und Rehabilitationsforschung.

Abbildung 2.15: Leitthemen der wissenschaftlichen Therapieforschung (nach Mattejat, 2003)

Zeitraum	*Leitthemen*
vor 1955	**Vorempirisches Stadium:** Nur vereinzelt betriebene empirische Psychotherapieforschung; keine systematische Wirksamkeitsforschung
1955 - 1995	**Forschung zur allgemeinen Wirksamkeit:** ➢ Ist Psychotherapie wirksam? ➢ Welcher psychotherapeutische Ansatz ist wirksam?
1980 - heute	**Forschung zur störungsspezifischen Wirksamkeit:** ➢ Welche Methode hilft bei einer bestimmten Störung? ➢ Mit welchen Behandlungsprogrammen (bzw. welchen Komponenten) können gegebene Störungen wirksam behandelt werden?
seit 2000	**Forschung zur Optimierung der Therapiemethoden und ihrer Anwendung:** ➢ Verbesserung der Indikationsstellung und bessere Abstimmung auf den Einzelfall durch Differenzierung der Fragestellung und Analyse von Moderatorvariablen: *Von welchen prognostischen Faktoren sind Behandlungserfolg und -verlauf abhängig?* *Bei welchen Patienten und unter welchen Bedingungen hilft die Behandlung?* ➢ Erhöhung der Wirksamkeit durch Prozessforschung und die Ermittlung von Mediatorvariablen: *Welche Prozesse beeinflussen den Erfolg der Behandlung?* *Wie, d.h. über welche Wirkpfade wirkt die Behandlung?* ➢ Forschung zur praktischen Anwendbarkeit von psychotherapeutischen Methoden („effectiveness“-Forschung): *Zeigen die Behandlungen auch unter realen Versorgungsbedingungen den gewünschten Erfolg?* *Welche Behandlungen sind unter realen Versorgungsbedingungen effektiv?* *Wie können die Behandlungsmethoden an die praktischen Versorgungsbedingungen angepasst, die Versorgungsstrukturen gemäß der empirischen Therapieforschung umgestaltet werden?* ➢ spezifische entwicklungsorientierte Forschung: *Wie können „natürliche“ Entwicklungs- und Bewältigungsprozesse durch professionelle Interventionen gestärkt werden?* *Wie können psychische Erkrankungen verhindert bzw. verringert werden (Prävention)?* *Wie können negative Auswirkungen von psychischen Erkrankungen abgemildert werden (Rehabilitation)?*

Abbildung 2.16 (vgl. Schneider, 2005) gibt einen Überblick über den Anstieg der Anzahl kontrollierter Psychotherapiestudien ab 1950. In diese Zusammenfassung gehen dabei alle Psychotherapiestudien mit Kindern und Jugendlichen sowie mit Erwachsenen ein. Während bis 1950 insgesamt nur wenige Therapiestudien mit adäquaten Qualitätsstandards (Einbezug einer Kontrollgruppe, Randomisierung, Verwendung objektiver Erfolgsmaße) vorlagen, liegen heute so viele Studien vor, dass der einzelne kaum mehr in der Lage ist, Anzahl und Inhalt der Psychotherapiestudien zu überschauen. Auch die im Rahmen unserer Arbeit durchgeführte Literaturrecherche verdeutlicht diese Problematik (vgl. Manuskript 1): Die Eingabe der relevanten Suchbegriffe resultiert in einer fast unüberschaubaren Zahl von ca. 17.000 Treffern (inkl. Dopplungen). Ebenfalls deutlich wird auch der Rückstand, den die Psychotherapieforschung mit Kindern und Jugendlichen gegenüber der Therapieforschung im Erwachsenen-

bereich bis heute hat. Positiv anzumerken ist in diesem Zusammenhang jedoch die deutliche Zunahme an Forschungsarbeiten im Bereich der Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen im Verlauf der letzten Jahre und Jahrzehnte.

Abbildung 2.16: Anzahl kontrollierter Psychotherapiestudien ab 1950 (vgl. Schneider, 2005)

Zeitraum	***Anzahl der Studien mit Erwachsenen***	***Anzahl der Studien mit Kindern/Jugendlichen***
bis 1950	4	---
bis 1960	77	6
bis 1970	220	18
bis 1980	500	60
bis 1990	3500?	400+
bis 2005	???	800+

Für den Bereich der „effectiveness“-Studien (s.o., praktische Anwendbarkeit psychotherapeutischer Methoden) liegen demgegenüber deutlich weniger Studien vor. Dem liegen vor allem ethische Bedenken und praktische Erwägungen zugrunde: Gemessen am „Goldstandard“ der Durchführung von randomisierten klinischen Studien (RCT) erweist sich dieses Studiendesign im praktischen Setting oftmals als unethisch: Behandlungsbedürftigen Patienten wird – im Falle der Zuweisung zu einer Kontrollgruppe – die notwendige Behandlung vorenthalten. Zum anderen erweist sich die Durchführung der Studien vielfach als wenig praktikabel, zu aufwendig oder mit dem alltäglichen klinischen Ablauf nicht vereinbar. Die Vielzahl der zwischen „efficacy“- und „effectiveness“-Studien vorliegenden Unterschiede lassen sich Abbildung 2.17 entnehmen.

Abbildung 2.17: Charakteristika von im Laborsetting bzw. im klinischen Setting durchgeführten Studien („efficacy"- vs. „effectiveness"-Studien) (vgl. Weisz, Donenberg et al., 1995b)

„efficacy"-Studien	*„effectiveness"-Studien*
■ rekrutierte Patienten (leichtere Symptomatik, Studien-Freiwillige, ohne Komorbiditäten) ■ homogene Gruppe ■ enger Problemfokus ■ Behandlung im Labor oder Schulsetting ■ Behandlung durch „Forscher" ■ geringe (therapeutische) Fallzahlen ■ spezifische Vorbereitung auf die durchzuführende Therapie ■ kurze Behandlungsdauer, feste Sitzungsanzahl ■ *eine* fokussierte Behandlungsmethode ■ behaviorale Interventionen ■ vorgeplant, hochstrukturiert (Behandlungsmanual, enges Monitoring des therapeutischen Verhaltens bzw. der Behandlungsintegrität, regelmäßige Supervision)	■ klinisch zugewiesene Patienten (schwere Symptomatik, z.T. erzwungene Teilnahme, mehr Komorbiditäten) ■ heterogene Gruppe ■ breiterer Fokus auf eine Vielzahl von Problemen ■ Behandlung in Praxis, Ambulanz o. Klinik (klinisches Setting) ■ Behandlung durch Kliniker ■ hohe (therapeutische) Fallzahlen ■ geringe Vorbereitung im Vorfeld der Therapie ■ längere Behandlungsdauer, geringere Sitzungsbegrenzung ■ multimethodisches, eklektisches Vorgehen ■ nicht-behaviorale Interventionen ■ flexibel, anpassbar (kein Behandlungsmanual, weniger Monitoring des therapeutischen Verhaltens, kaum/keine Supervision)

2.2.2. Besonderheiten der Therapie mit Kindern und Jugendlichen

Methoden, die überwiegend an Erwachsenen entwickelt wurden, können nicht ohne Weiteres auf den Kinder- und Jugendlichenbereich übertragen werden. In der Therapie mit Kindern und Jugendlichen müssen vielmehr eine Reihe von Besonderheiten beachtet werden (vgl. Mattejat, Quaschner & Remschmidt, 2006):

(1) *Entwicklungsabhängigkeit:* Kinder und Jugendliche sind „in Entwicklung", und Entwicklungsprozesse verlaufen bei ihnen tiefgreifender und schneller als bei Erwachsenen. Psychische Störungen hängen oft eng mit normalen Entwicklungsprozessen zusammen und sind Ausdruck eines Entwicklungsgeschehens (vgl. auch Abschnitt 2.1.1.).

(2) *Umweltabhängigkeit:* Erleben und Verhalten sind bei Kindern und Jugendlichen enger auf die aktuelle Umwelt bezogen als dies bei Erwachsenen der Fall ist; die Persönlichkeitsstruktur von Kindern ist noch weniger festgelegt. Problematische kindliche Verhaltensweisen stellen somit oft unmittelbare Reaktionen auf das Umfeld dar und können im weitesten Sinne als Anpassungsversuche aufgefasst werden. Auch die Abhängigkeit des Kindes von den primären Bezugspersonen sowie deren Berücksichtigung und Einbezug in die Behandlung stellt eine Besonderheit der Therapie mit Kindern und Jugendlichen dar.

(3) *Therapieauftrag:* Therapiemotivation und Leidensdruck sind bei Kindern und Jugendlichen oft gering ausgeprägt; in der Mehrzahl der Fälle geht der Wunsch nach einer Behandlung von den Eltern aus; auch der Behandlungsvertrag wird häufig primär mit den Eltern geschlossen. Daraus resultie-

rende therapeutische Auftragslagen sind mehrheitlich komplex und widersprüchlich; besonderes Augenmerk muss dem Einbezug der Kinder und Jugendlichen in die Entscheidungsfindung gelten.

(4) *Therapiebeziehung:* Auch die therapeutische Beziehung unterscheidet sich von der in der Behandlung Erwachsener. Das Verhältnis zwischen Therapeut und Patient ist nicht zuletzt auch von einem generationalen Unterschied geprägt. Gerade in der Beziehungsgestaltung mit Jugendlichen ist es oftmals schwer, ein stabiles Behandlungsbündnis zu erzielen, weil eine der wichtigsten Entwicklungsaufgaben von Jugendlichen per se darin besteht, mehr Autonomie gegenüber Erwachsenen zu gewinnen. Ebenfalls aus diesem Generationsgefälle resultiert eine weitere Verantwortung des Therapeuten, die darin besteht – anders als bei Erwachsenen (Prinzip Selbststeuerung) – die Behandlung weitaus stärker zu steuern und Therapieentscheidungen häufig selber zu treffen (Prinzip Fremdsteuerung). Grundlage dafür sind vielfach indirekte Hinweise (z.B. nonverbales Verhalten), ein gutes Einfühlungsvermögen in die kindliche Erlebniswelt und ein guter emotionaler Kontakt zum Kind.

(5) *Krankheitsverständnis und Reflektions-/Kommunikationsfähigkeit:* Anders als in der Therapie mit Erwachsenen kommt sowohl der Erarbeitung eines Störungskonzepts als auch der Reflektion und Kommunikation der eigenen Lebenssituation in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen eine andere Rolle zu. Da sich die Möglichkeiten zu einem differenzierten Krankheits- und Störungsverständnis erst im Laufe der Entwicklung herausbilden, ist das therapeutische Vorgehen jeweils auf das altersspezifisch mögliche Störungsverständnis abzustimmen. Ferner sind Kinder nicht bereit und nicht in der Lage, ihr Erleben und Verhalten in ähnlicher Weise zu reflektieren und zu besprechen, wie dies Erwachsene im therapeutischen Prozess tun. Aus diesem Grund wird in der Kinder- und Jugendlichentherapie auf andere therapeutische Methoden zurückgegriffen, um die Behandlung adäquat, ansprechend und hilfreich zu gestalten.

2.2.3. Bausteine von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

Für die Therapie mit Kindern und Jugendlichen steht eine Vielzahl von Methoden zur Verfügung, die im Folgenden ohne Anspruch auf Vollständigkeit überblicksartig dargestellt werden (vgl. Mattejat, 2007a, b).

Kontaktgestaltung und therapeutische Gesprächsführung mit Jugendlichen: Ein wesentlicher Aspekt der Jugendlichentherapie besteht darin, den Jugendlichen bei der Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben zu unterstützen (Loslösung aus der Kinderrolle, Umgang mit Peers, Umgang mit Sexualität, Freizeitgestaltung, Entwicklung eigener Interessen, Umgang mit Alkohol und Drogen). Allgemeine Ziele der therapeutischen Gesprächsführung sind Förderung der Reifung der Person, Stärkung der Ich-Identität und Hilfe bei der Selbstentwicklung. Rogers' Prinzipien der Gesprächsführung können (im Sinne einer therapeutischen Grundhaltung) dabei eine gute Hilfe sein: Empathie (einfüh-

lendes Verstehen), Wertschätzung (Akzeptanz) und Echtheit (Kongruenz, Ehrlichkeit).

Kontaktgestaltung und Spieltherapie mit Kindern: Spieltherapie ist für Kinder bis 12 Jahre das altersadäquate Medium im Rahmen der Behandlungsgestaltung. Im Verlauf der Therapie können über das Spiel verschiedene Aspekte vermittelt bzw. Prozesse angestoßen werden: Unterstützung von „Nachreifungen", Vermittlung von Bindungssicherheit, Empathie und Wertschätzung, Förderung der emotionalen Ausdrucksfähigkeit, Erkunden neuer Verhaltens- und Erfahrensmöglichkeiten, Abbau von Angst, Verbesserung der Kongruenz zwischen Erleben und äußerem Verhalten und Schaffung einer Balance zwischen den Bedürfnissen des Kindes und den Anforderungen der Umwelt.

Imaginative, erlebnis- und körperorientierte Verfahren: Bei diesen Verfahren stehen kreativ-imaginative Aspekte und der Bezug zur Körperlichkeit im Vordergrund – Körpererleben, Sensibilität und Ausdrucksfähigkeit sollen gefördert werden (z.B. Tanztherapie, Musiktherapie, Gestaltungstherapie, Kunsttherapie, meditative und Entspannungsübungen, u.a. auch katathymes Bilderleben).

Ressourcenfördernde und euthyme Methoden: Ressourcenfördernde Methoden zielen darauf ab, die Bewältigungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen zu stärken (z.B. Stressbewältigung). Ziel euthymer Methoden ist es, positives genussvolles Erleben zu fördern und solche Verhaltensweisen aufzubauen, die gesundheitsfördernde Bedeutung haben (z.B. genussvoll entspannen, die Phantasie geniessen, spüren auf allen Sinneskanälen). Der Patient soll im Sinne der Selbstfürsorge lernen, sich Wohlbefinden zu verschaffen und das Wohlbefinden zu regulieren.

Entspannungsverfahren: Hierunter fallen im Wesentlichen Autogenes Training (AT), Progressive Muskelrelaxation (PMR) und Bio-/Neurofeedback. AT wurde als Verfahren zur konzentrativen Selbstentspannung entwickelt (Schultz, 1932) und basiert auf Autosuggestionen, mit deren Hilfe der Patient Einfluss auf körperliche Prozesse nimmt und einen der Hypnose ähnlichen Zustand herbeiführt (Hypnoid). Die PMR wurde 1929 von Jacobson entwickelt; hierbei lernt der Patient schrittweise, Anspannung und Entspannung in bestimmten Muskelpartien genauer wahrzunehmen und zu regulieren, so dass er zunehmend besser in der Lage ist, sich zu entspannen. Beim Biofeedback werden biologische Vorgänge, die vom Patienten normalerweise nicht wahrgenommen werden können, seiner Wahrnehmung durch technische Hilfen zugänglich gemacht. Dadurch kann der Patient lernen, diese Vorgänge willentlich zu beeinflussen bzw. zu regulieren.

Desensibilisierungsverfahren, Konfrontationsverfahren und EMDR: Alle Behandlungsvarianten, bei denen der Patient den angstauslösenden Reizen oder Situationen ausgesetzt wird, um die Angstreaktion auf diesen Reiz zu mindern bzw. Vermeidungsverhalten abzubauen, können im weitesten Sinne als Expositions- oder Konfrontationsbehandlungen bezeichnet werden. Bei der systematischen Desensibilisierung erfolgt die Annährung an den angstauslösenden Reiz in kleinen Schritten. Zudem wird die angstauslösende Situation mit positiven Körperzuständen oder Reaktionen/Verhaltensweisen, die mit der Angst inkompatibel sind, verknüpft. Der Grundmechanismus der massierten Konfrontation besteht darin, dass der Patient der ängstigenden Situation so lange ausgesetzt wird, bis er sich „akklimatisiert"

hat (Habituation, Erschöpfung der Angstreaktion, Veränderung von Wahrnehmung und Bewertung, Aufbau neuer Verhaltensmuster). Bei EMDR („Eye Movement Desensitization and Reprocessing“) handelt es sich um eine relativ neue Behandlungsmethode für Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen.

Operante Methoden: Diese beruhen auf dem Prinzip des operanten Lernens und werden zum Aufbau bzw. zur Verstärkung erwünschten und zum Abbau unerwünschten Verhaltens eingesetzt. Dabei wird die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens über seine Konsequenzen gesteuert. In Abhängigkeit von der Qualität des eingesetzten Verstärkers (positiv vs. negativ) und davon, ob eine Konsequenz dargeboten oder entzogen wird, werden vier Formen des Kontingenzmanagement unterschieden: Positive Verstärkung (Belohnung), Verstärkerentzug (Löschung), direkte Bestrafung und negative Verstärkung.

Soziales Kompetenztraining und Rollenspiel: Ziel ist die Verbesserung von Defiziten im sozialen Kontakt zu anderen Kindern oder zu Erwachsenen, sowohl bei ängstlich-gehemmten Kindern mit introversiven Störungen als auch bei Kindern mit extraversiven Störungen des Sozialverhaltens oder einer hyperkinetischen Störung. Soziale Kompetenz erfasst dabei vier verschiedene Ebenen: Verhalten, kognitive Komponente, emotional-affektiv motivationale Komponente und physiologische Komponente. Das Rollenspiel dient dabei als Modell einer realen Problemsituation und kann zu neuen Erfahrungen führen, ohne dass irreversible Konsequenzen entstehen (Probehandlung). Soziales Lernen wird somit in einem geschützten Rahmen ermöglicht.

Kognitive Methoden, Selbstinstruktionsmethoden und Problemlösetraining: Kognitive Methoden gehen davon aus, dass beobachtbares Verhalten von den intrapsychischen Verarbeitungsprozessen abhängig ist und zielen auf eine Modifikation dieser inneren Prozesse (Wahrnehmung, Erwartung, Einstellung, Attribution, emotionale Prozesse) ab: Dysfunktionale Prozesse sollen durch funktionale und adaptive kognitive Prozesse ersetzt werden. Im Rahmen des Problemlösetrainings werden die generelle Orientierung, die Definition des Problems, das Erarbeiten von Alternativen, die Entscheidung zwischen Alternativen und die Überprüfung des Ergebnisses eingeübt. Selbstverbalisierungen können genutzt werden, um sich Instruktionen zur besseren Problembewältigung zu geben oder auch um im Umgang mit sich selbst positivere Kognitionen zum Ausdruck zu bringen.

Eltern- und familienorientierte Methoden: Hierunter fallen psychoedukative Familieninterventionen, Elterntrainings und Modelle der Familientherapie im engeren Sinne, die nicht nur die einzelne Eltern-Kind-Interaktion, sondern darüber hinausgehend auch das gesamte Familiensystem als übergeordnete Einheit in den Blick nehmen.

2.2.4. Bausteine von Pharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter

Die Pharmakotherapie ist ein weiterer wichtiger Behandlungsansatz, ist im Kindes- und Jugendalter jedoch mit verschiedenen Schwierigkeiten verbunden. Aufgrund der Besonderheiten der Pharmakokinetik im Kindes- und Jugendalter verglichen mit den Ablaufprozessen im Erwachsenenalter (z.B. Unterschiede bzgl. Körperzusammensetzung, Azidität des Magens, renalem Blutfluss, hepatischem Metabolismus, Dauer der Magen-Darm-Passage) ist ein einfaches „Herunterbrechen" der ursprünglichen Dosierung für Erwachsene gefährlich. Bestimmte Medikamente müssen bei Kindern und Jugendlichen höher, andere niedriger dosiert werden, als man es vom Körpergewicht her vermuten würde. Andere Medikamente zeigen (ggü. ihrer Anwendung im Erwachsenenbereich) bei Kindern und Jugendlichen eine vollkommen andere oder sogar ausbleibende Wirkung (z.B. TZA). Aufgrund der Altersabhängigkeit der Pharmakokinetik werden sogar innerhalb dieser Altersgruppe getrennte Studien für Frühgeborene, Neugeborene, Kleinkinder, Kindergarten-/Schulkinder und Jugendliche gefordert.
Wegen der vermehrten ethischen Bedenken und hohen Forschungs- bzw. Studienkosten werden im Kinder- und Jugendbereich jedoch deutlich weniger pharmakotherapeutische Studien durchgeführt als eigentlich erforderlich, so dass sich Dosierungsempfehlungen bis heute häufig auf Anpassungen aus dem Erwachsenenbereich stützen. Vielfach liegt für Medikamente (aufgrund der unzureichenden Studienlage) auch keine offizielle Zulassung zur Anwendung vor, so dass bestimmte Pharmaka nur im Off-Label-Use verwendet werden können.
Im Wesentlichen lassen sich sechs wichtige psychopharmakologische Substanzgruppen unterscheiden, die im Folgenden überblicksartig beschrieben werden sollen (vgl. Warnke & Wewetzer, 2007). Eine detailliertere Übersicht über die Substanzen und ihren jeweiligen klinischen Indikationsbereich findet sich in Abbildung 2.18.

Antidepressiva sind stimmungsaufhellende, beruhigende, entspannende, angstlösende und antriebssteigernde Psychopharmaka. Die Einteilung erfolgt in Abhängigkeit vom jeweiligen Wirkstoff; unterschieden werden im Wesentlichen sechs Substanzklassen: Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI), noradrenerge und spezifisch serotonerge α_2-Blocker (NaSSA), trizyklische Antidepressiva (TZA), selektive Monoaminooxydasehemmer (MAO-A) und pflanzliche Antidepressiva (z.B. Johanniskrautextrakte).

Neuroleptika, Antipsychotika werden in typische und atypische Neuroleptika unterteilt: Erstere wirken vorwiegend auf die Positivsymptomatik von Psychosen, gehen jedoch z.T. mit starken extrapyramidalmotorischen Störungen einher; letztere haben eine weniger stark ausgeprägte antipsychotische Wirkung, dafür aber eine breitere Wirksamkeit (z.B. auch bei Negativsymptomatik) und lösen seltener Nebenwirkungen aus. Des Weiteren erfolgt in Abhängigkeit vom Ausmaß bzw. relativen Verhältnis von sedierender bzw. antipsychotischer Wirkung eine Einteilung in hochpotente, mittelpotente und niedrig-potente Neuroleptika sowie in akut wirkende vs. Depot-Präparate.

Phasenprophylaktika (Stimmungsstabilisatoren): Unter dieser Bezeichnung werden die Lithiumsalze sowie die Antiepileptika Carbamazepin und Valproinsäure zusammengefasst, deren Besonderheit darin besteht, das Wiederauftreten von manisch-depressiven Episoden in Häufigkeit und Intensität zu vermindern bzw. zu verhindern. Darüber hinaus eignen sie sich zur Dämpfung von Erregungszuständen (u.a. akute Manie, aggressive Erregung, Impulskontrollstörung) sowie zur Linderung depressiver Symptome bzw. zur Verstärkung der Wirkung antidepressiver Medikation.

*Psychostimulanzien (*z.B. Methylphenidat in retardierter und unretardierter Form, DL-Amphetamin) sind zentralnervös anregende Substanzen, die die Wachheit erhöhen und Konzentration, Aktivität und Leistungsfähigkeit steigern. Klassifikatorisch werden sie ihrer Struktur entsprechend den Amphetaminen zugeordnet und unterliegen dem Betäubungsmittelverschreibungsgesetz (BtM). Atomoxetin wird als Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer nicht unter den Stimulanzien klassifiziert, ist hinsichtlich seiner Wirksamkeit in der Behandlung von hyperkinetischen Störungen jedoch ebenfalls gut untersucht und bestätigt.

Benzodiazepine sind angstlösende (Anxiolytika), sedierende (Tranquilizer) und/oder schlafinduzierende (Hypnotika) Wirkstoffe, die zudem eine muskelrelaxierende und antiaggressive Wirkung haben. Hinsichtlich der sedierenden und muskelrelaxierenden Wirkung kommt es schnell zur Toleranzentwicklung, eine Abhängigkeitsentwicklung lässt sich jedoch verhindern, wenn Benzodiazepine nicht länger als vier Wochen verschrieben und durch langsames Absetzen Entzugssymptome vermieden werden.

Andere Stoffgruppen: Hydroxyzin hat anxiolytische, sedierende und antiemetische Eigenschaften, Opipramol eine anxiolytische Wirkung und Chloralhydrat wird bevorzugt als Schlafmittel verwendet.

Abbildung 2.18: Überblick über die verschiedenen im Rahmen der Pharmakotherapie eingesetzten Substanzen und ihren jeweiligen Indikationsbereich

Substanzklasse	***Klinischer Indikationsbereich***
Antidepressiva	Stimmungs- und Gefühlsstörungen, Antriebsstörungen, Störungen von Konzentration und Aufmerksamkeit, Störungen im Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, negativistisches Denken, Appetitstörungen, Schlafstörungen, Schmerzstörungen, Zwangsstörungen, Bulimia nervosa, Panikstörungen und/oder Agoraphobie, soziale Phobie, posttraumatische Belastungsstörungen, Enuresis nocturna, Pavor nocturnus, Katalepsie, Narkolepsie, Entzugssyndrome bei Suchtmittelabhängigkeit
Neuroleptika, Antipsychotika	Schizophrene Störungen, akute psychotische Syndrome, schizoaffektive Erkrankungen, psychomotorische Erregungen, Impulskontrollstörungen, Angst- und Spannungszustände, (auto-)aggressives Verhalten, Tic-Störungen, Entzugserscheinungen bei Suchterkrankungen (Alkoholdelir), wahnhafte Depressionen, Einschlafstörungen, Intelligenzminderung mit Störung des Sozialverhaltens, akute oder chronische Schmerzzustände
Phasenprophylaktika (Stimmungsstabilisatoren)	akute Manie, Phasenprophylaxe bei manisch-depressiver Störung, Linderung depressiver Symptome, Linderung explosiver Erregungszustände
Psychostimulanzien	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Narkolepsie
Tranquilizer, Anxiolytika, Hypnotika: Benzodiazepine	Angststörungen, psychomotorische Übererregung, pathologische Spannungszustände, Schlafstörungen, akute depressive Episode, schizophrene Psychose, Alkoholentzugssyndrom, zerebrale Anfallsleiden
andere Stoffgruppen	*Hydroxyzin:* GAS, Ein- und Durchschlafstörungen *Opipramol:* GAS, somatoforme Störungen, Einschlafstörungen *Chloralhydrat:* Ein- und Durchschlafstörungen

2.2.5. Methoden und Ergebnisse der Therapieforschung

Die heute vorliegende Vielfalt von Therapieberichten und Therapiestudien macht die Systematisierung und Zusammenfassung der Befunde notwendig. Hierzu stehen im Wesentlichen drei Ansätze zur Aggregation der Befunde aus psycho- und pharmakotherapeutischen Studien zur Verfügung:

(1) *Narrative Reviews:* In diesem Fall wird die zu einer spezifischen Thematik vorliegende Literatur überblicksartig zusammengefasst und der aktuelle Forschungsstand beschrieben; dies kann mehr oder weniger systematisch geschehen. Im Falle einer systematischen Literaturübersicht werden zur Identifikation in Frage kommender Arbeiten umfangreiche Literaturrecherchen unter Eingabe relevanter Schlagworte in den einschlägigen Datenbanken (PsychInfo, Psyndex, Medline u.a.) durchgeführt, Literaturverzeichnisse bereits identifizierter Arbeiten und anderer wichtiger Publikationen durchgesehen. Darüber hinausgehend werden Einschluss- bzw. Ausschlusskriterien (z.B. nur bestimmte Störungsbilder, Zeitraum, bestimmter thematischer Schwerpunkt, methodische Voraussetzungen) hinsichtlich der (nicht) berücksichtigten Arbeiten beschrieben. Weiterhin sollte eine Unterscheidung in Übersichtsarbeiten zu „efficacy"- vs. Übersichtsarbeiten zu „effectiveness"-Studien erfolgen; für letztere Kategorie liegen (nicht zuletzt aufgrund der deutlich geringeren Anzahl hierzu publizierter Einzelstudien) bislang nur sehr wenige Arbeiten vor (explizit dazu ausschließlich Hunsley & Lee, 2007; anteilig berichtet von Chambless & Ollendick, 2001; Michael & Crowley, 2002; Weisz & Jensen, 2001; Weisz et al., 2004; Weisz et al., 2006).

(2) *Metaanalysen:* Bei Metaanalysen wird die durchschnittliche Effektstärke (um wie viele Standardabweichungen unterscheidet sich die behandelte Gruppe von der Kontrollgruppe) eines Therapieverfahrens berechnet. Dafür wird (mit Hilfe verschiedener Berechnungsvarianten) die Mittelwertdifferenz zwischen Therapie- und Kontrollgruppe in Beziehung zur Standardabweichung gesetzt; nähere Details zur Berechnung lassen sich Download-Anhang 2 entnehmen. Nach Cohen (1988) erfolgt eine Einteilung der Effektstärken in kleine (ES = 0.2), mittlere (ES = 0.5) und große (ES = 0.8) Effekte.

Im angloamerikanischen Sprachraum existieren derzeit vier globale Metaanalysen, die die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen überprüfen (Casey & Berman, 1985; Kazdin et al., 1990; Weisz et al., 1987; Weisz et al., 1995). Alle Analysen beziehen eine große Anzahl von Studien ein und mitteln die berechneten Effektstärken über die verschiedenen Studien hinweg.

Abbildung 2.19: Ergebnisse von Metaanalysen zur Wirksamkeit von Psychotherapie („efficacy"-Studien)

	Publikationszeitraum	***Anzahl der Vergleiche***	***Altersbereich***	***Effektstärke***
Casey & Berman (1985)	1952 - 1983	64	3 - 12	0.71
Weisz et al. (1987)	1958 - 1984	163	4 - 18	0.79
Kazdin et al. (1990)	1970 - 1988	223	4 - 18	0.88* 0.77**
Weisz et al. (1995)	1967 - 1993	244	1.5 – 17.6	0.71

* Vergleich von Therapiegruppe mit unbehandelter Kontrollgruppe

** Vergleich von Therapiegruppe mit aktiver Kontrollgruppe (Diskussionsgruppe, Aufmerksamkeits-Placebogruppe)

Die vorliegenden Metaanalysen belegen eindrucksvoll die Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter (Abbildung 2.19, vgl. Esser et al., 2005). Die mittleren Effektstärken liegen über alle Metaanalysen hinweg zwischen 0.71 und 0.88. Gemessen an den Kriterien von Cohen (1988) liegen somit mittlere bis starke Effekte vor.

Metaanalysen zu „effectiveness"-Studien liegen bislang nicht vor. Die Mehrzahl der wenigen zu dieser Thematik überhaupt vorliegenden Übersichtsarbeiten und Einzelstudien deutet darauf hin, dass klinische Standardbehandlung („usual care", „regular service", „routine practice") in ihrer Wirksamkeit deutlich hinter den aus „efficacy"-Studien berichteten Effektstärken zurückbleibt (z.B. Ollendick & King, 2004; Weersing & Weisz, 2002; Weiss et al., 2000); zum Teil werden mittlere Effektstärken von 0.0 berichtet (Weisz, Donenberg et al., 1995a, 1995b; Weisz & Jensen, 1999; Weisz, Weiss & Donenberg, 1992; Weiss et al., 1999).

Für die zumeist deutlich unterschiedlichen Effektstärken zwischen „efficacy"- und „effectiveness"-Studien ist die Vielzahl von zwischen diesen beiden Forschungsschwerpunkten bestehenden Unterschieden (s.o., Abbildung 2.17) verantwortlich. Weisz, Donenberg et al. (1995a) betonen bei-

spielsweise die Relevanz behavioraler Interventionen, die Bedeutung spezifischer, fokussierter Therapie sowie den Einfluss von Strukturierung (z.B. in Form von Behandlungsmanualen) und Monitoring (z.B. durch Therapiestunden-Mitschnitte) von Therapeuten-Verhalten und Behandlungsintegrität für das Ausmaß der nachgewiesenen Behandlungseffektivität. Hunsley und Lee (2007) finden in ihrer aktuellen Übersichtsarbeit zu „effectiveness"-Studien – verglichen mit den bisherigen Reviews – so deutlich verbesserte Behandlungseffekte, wenn nur solche Studien eingeschlossen werden, bei denen die Behandlungsprozeduren im Praxissetting in Bezug auf Konzept und eingesetzte Behandlungsstrategien denen aus dem Laborsetting ähneln. Ferner wurden im Rahmen ihres Reviews auch solche Studien eingeschlossen, die nicht auf ausschließlich zugewiesene Patienten zurückgreifen. Sowohl die „Completer"-Rate als auch die durch die Behandlung erzielte Verbesserung entsprechen im Wesentlichen den in „efficacy"-Studien erhaltenen Werten.

(3) *Evidenzbasierte Interventionen:* Um die Frage zu beantworten, welche spezifischen Interventionen sich für einzelne Störungsbilder empirisch bewährt haben, reichen Metaanalysen nicht aus. Verschiedene Forschergruppen haben so Kriterien für evidenzbasierte Interventionen („Empirically Supported Treatments", EST) entwickelt, anhand derer beurteilt werden kann, ob ein Therapieverfahren ausreichend untersucht und wirksam ist (vgl. Chambless et al., 1998; Hahlweg, 1995). Als typisches, dieser Klassifikation zugrundeliegendes Untersuchungsdesign werden randomisierte kontrollierte Studien („Randomized Controlled Trial", RCT-Studie) betrachtet, die die Wirksamkeit von Behandlungsansätzen unter optimalen Bedingungen erfassen. In verschiedenen Publikationen wurden in den letzten Jahren die Ergebnisse zu empirisch validierten Behandlungsansätzen psychischer Störungen überblicksartig dargestellt (vgl. Brestan und Eyberg, 1998; Chambless & Ollendick, 2001; Hibbs, 2001; Pelham et al., 1998; Weisz und Jensen, 2001). In der Mehrzahl der Fälle orientieren sich diese Arbeiten an den von der Arbeitsgruppe der APA (American Psychological Association) entwickelten Kriterien (Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999).

Dabei werden drei Kategorien von Wirksamkeit unterschieden: „gut wirksam und gut überprüft", „wahrscheinlich wirksam, noch nicht ausreichend überprüft" und „möglicherweise wirksam, jedoch nicht angemessen überprüft". Die genauen Kriterien zur Bewertung des Grades der empirischen Bewährung sind in Abbildung 2.20 umfassend dargestellt (vgl. auch Chambless & Ollendick, 2001; Hibbs, 2001; Schneider, 2005). Welche Therapien bei welchen psychischen Störungen als ausreichend empirisch überprüft und wirksam gelten können, ist Studie 1 und 2 zu entnehmen (vgl. Manuskript 1 und 2).

Abbildung 2.20: Kriterien zur Erfassung des Grades an Evidenzbasierung eines Verfahrens

APA-Kriterien (Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999)	**Kriterien nach Baving & Schmidt (2001) und Holtmann et al. (2006)** (Definition in Anlehnung an Chambless & Hollon, 1998 und Jobson & Potter, 1995)
■ **„gut wirksam und gut überprüft" („well-established")** *[erfüllt werden müssen Kriterien 1. oder 2., zudem 3., 4. und 5.]* **1.** Mindestens zwei gute Gruppenvergleichsstudien belegen die Effektivität durch: A. Überlegenheit gegenüber Pillen- oder psychologischem Placebo oder anderer Behandlung *oder* B. Gleichwertigkeit mit etablierter Therapie in Experimenten mit adäquater statistischer Power (ca. N=30 pro Gruppe) *oder* **2.** Eine große Serie von Einzelfallexperimenten (>= 9) belegt die Effektivität. Dabei sind erforderlich: A. methodisch gute experimentelle Designs B. Vergleich gegenüber anderer Therapie (wie in 1.A.) **3.** Therapiemanuale **4.** Klar spezifizierte Patientencharakteristika **5.** Studien von mind. zwei verschiedenen Forscher(gruppe)n ■ **„wahrscheinlich wirksam, noch nicht ausreichend überprüft" („probably efficacious")** *[erfüllt werden müssen Kriterien 1. oder 2. oder 3.]* **1.** Überlegenheit der Intervention in zwei Studien gegenüber einer Warteliste-Kontrollgruppe **2.** Eine oder mehrere Studien erfüllen die Kriterien 1A oder 1B, 3 und 4 eines „gut wirksamen und gut überprüften" Therapieverfahrens, aber nicht Kriterium 5 **3.** Eine kleine Serie von Einzelfallexperimenten belegt die Effektivität als „gut wirksamer und gut überprüfter" Therapieansatz ■ **„möglicherweise wirksam, jedoch nicht angemessen überprüft" („promising")*** *[erfüllt werden müssen Kriterien 1. oder 2. oder 3.]* **1.** Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie **2.** Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten **3.** Vorliegen von positiven Hinweisen aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	■ **Evaluationsniveau A** Vorliegen von zwei oder mehr kontrollierten randomisierten Studien ■ **Evaluationsniveau B** Vorliegen von einer kontrollierten, randomisierten Studie ■ **Evaluationsniveau C** Vorliegen von offenen Studien und Kasuistiken **Ergänzende Kriterien nach denen bewertet wird, ob es sich um kontrollierte Studien handelt:** *Psychotherapeutische Behandlungsansätze:* ■ Vergleich mit Kontrollgruppe: hier auch Vergleich mit Warte-Kontrollgruppe, auch wenn so lediglich Spontanremissionen, nicht jedoch unspezifische Wirkfaktoren wie Placeboeffekt, Zuwendung durch den Therapeuten usw. kontrolliert werden können (Chambless & Hollon, 1998) ■ Einzelfallstudien: Untersuchung von mindestens drei Probanden mittels eines Multiple-Baseline-Designs (Chambless & Hollon, 1998) ■ Zuordnung zum höchsten Evaluationsniveau A (s.o.): Replikation durch eine unabhängige Arbeitsgruppe (Chambless & Hollon, 1998) oder Replikation durch die gleiche Arbeitsgruppe an zwei unterschiedlichen Stichproben (Jobson & Potter, 1995) *Psychopharmakologische Behandlungsansätze:* ■ Vergleich des zu untersuchenden Medikaments unter Doppel-Blind-Bedingungen mit einem anderen Medikament mit nachgewiesener Wirksamkeit oder mit Placebo ■ randomisierte Zuordnung der Patienten zu den Untersuchungsbedingungen

*Ergänzung durch Spirito, 1999

Die Formulierung von *evidenzbasierten störungsspezifischen Behandlungsleitlinien oder –empfehlungen* setzt darauf aufbauend die Ergebnisse der Evidenzbeurteilungen in konkrete Handlungsempfehlungen für die klinische Praxis um. Evidenzbasierte Leitlinien werden von kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al., 2000; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997; Wolpert et al., 2006) oder einzelnen Arbeitsgruppen (z.B. Wolpert et al., 2006; vgl. auch Manuskript 1 und 2) entworfen und liegen sowohl für den internationalen Bereich als auch für den deutschen Sprachraum vor. In Abhängigkeit vom Stand des empirischen Wissens variieren diese über die verschiedenen Störungsbilder hinweg im Grad der empirischen Evidenz, im allgemeinen Umfang und in der Detailliertheit der ausgesprochenen Empfehlungen.

(4) *Evidenzbasierte Prinzipien:* Über die störungsspezifischen Behandlungsempfehlungen hinausgehend lassen sich über verschiedene Störungsbilder(gruppen) und Therapien aus unterschiedlichen Traditionen hinweg auch allgemeine Wirkfaktoren und Wirkmechanismen der Psychotherapie finden. Die dem generischen Therapiekonzept zugrunde liegende Frage ist die danach, was Therapien im Allgemeinen hilfreich macht bzw. nach welchen Prinzipien Therapien gestaltet werden müssen, um wirksam zu sein („Empirically Supported Principles"). Typische Untersuchungsdesigns dieses Ansatzes sind naturalistische Studien und Mediator- bzw. Moderatorstudien. Bekannte Ansätze dieses Forschungszweigs sind das „generische Modell der Psychotherapie" (Orlinsky & Howard, 1986; Orlinsky et al., 1994), das Konzept einer „allgemeinen Psychotherapie" (Grawe et al., 1994) und das „transtheoretische Phasenmodell" (Prochaska et al., 1994, 1999).

Entsprechend der Ableitung von Behandlungsleitlinien im Rahmen des „EST-Ansatzes" können in diesem Fall („ESP-Ansatz") somit *evidenzbasierte allgemeine und störungsspezifische Behandlungsprinzipien* abgeleitet werden. Zu den unspezifischen Wirkfaktoren bzw. Wirkprinzipien, die in allen Psychotherapieverfahren bedeutsam sind, zählen nach Grawe et al. (1994, 1995) beispielsweise: Aktive Hilfe zur Problembewältigung (Versuch, dem Patienten bei der Bewältigung eines ihn belastenden Problems mit Maßnahmen zu helfen, die spezifisch auf dieses Problem zugeschnitten sind), Ressourcenaktivierung (Erwerb von neuen Kompetenzen oder Aktivierung von nicht genutzten Fähigkeiten/Fertigkeiten), gelungene Therapeut-Patient-Beziehung, „Problemaktualisierung" und „motivationale Klärung" (Therapeut hilft dem Patienten, sein eigenes Erleben besser zu verstehen und auszudrücken). Wie die Wirkfaktoren verwirklicht werden bzw. welche jeweils eine übergeordnete Bedeutung haben, unterscheidet sich bei den einzelnen Therapieverfahren.

2.2.6 Beschreibung der Manuskript 3 zugrunde liegenden Gesamtstudie

Bei der Manuskript 3 zugrunde liegenden Gesamtstudie handelt es sich um eine der wenigen bislang vorliegenden „effectiveness"-Studien zur Wirksamkeit von psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Das in Kapitel 3 dargestellte

Manuskript 3 ist aus einem Forschungsprojekt hervorgegangen, welches in den Jahren 2004 bis 2006 von einer Arbeitsgruppe an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Philipps-Universität Marburg in Kooperation mit neun kinder- und jugendpsychiatrischen, nach der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung arbeitenden Praxen durchgeführ wurdet. Ziel des Projekts war die Evaluation der Qualität ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen. Eine umfassende Darstellung dieses Modell-Forschungsprojekts ist Mattejat et al. (2006) zu entnehmen.

Setting und Studiendesign: Um die Frage nach der Ergebnisqualität ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Praxen zu beantworten, wurde in enger Abstimmung mit niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern ein neuartiges System entwickelt, mit dem aussagekräftige Ergebnisse zum Erfolg und Nutzen der Behandlungen gewonnen werden können. Die Evaluation findet dabei sowohl über regelmäßige telefonische Interviews mit den Eltern der Patienten als auch über das Ausfüllen von Fragebögen durch Eltern, Patienten und Therapeuten statt.
Die Erhebungen wurden im Zeitraum von Mai 2004 bis Juli 2006 in neun kinder- und jugendpsychiatrischen Modellpraxen aus der ganzen Bundesrepublik durchgeführt; insgesamt wurden 1182 Patienten in die Studie aufgenommen. Die Implementierung des Systems ist dabei sehr gut gelungen: 80-90% aller in den Praxen angesprochenen Patienten erklärten sich zur Teilnahme bereit. Rund 95% der Eltern oder sonstigen Bezugspersonen fanden es gut, dass solche Untersuchungen zur Qualitätssicherung durchgeführt werden. Über das gesamte Jahr hinweg fand sich eine Dropout-Quote von 20%; dieses Ergebnis ist – gemessen an vergleichbaren Angaben in der Literatur – als äußerst günstig bis optimal zu bewerten. Infolgedessen kann für diese Studie davon ausgegangen werden, dass keine systematische Stichprobenverzerrung vorliegt, sondern repräsentative aussagekräftige Informationen gewonnen werden können.
Im Rahmen des Projekts wurde eine unausgelesene konsekutive Patientenstichprobe (alle neu aufgenommenen kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten in den Modellpraxen) ein Jahr lang begleitet. Im Laufe dieses Zeitraums wurden zu drei Messzeitpunkten standardisierte Telefoninterviews mit der Hauptbezugsperson des Patienten geführt; als Hauptbezugsperson wird diejenige Person bezeichnet, die am meisten Kontakt mit dem Kind hat und so am besten Auskunft geben kann. Zusätzlich zur Bearbeitung der Telefoninterviews füllten sowohl die Hauptbezugspersonen als auch die Patienten (sofern sie älter als 12 Jahre sind) zu jedem der drei Erhebungszeitpunkte Fragebögen aus. Außerdem liegen Daten der Therapeuten über Symptome, Behandlung und Ergebnis vor. Es wurden grundsätzlich alle zur Studie gemeldeten Patienten befragt, unabhängig davon, ob die Behandlung in der Modellpraxis bereits abgeschlossen werden konnte oder ob überhaupt eine begonnen wurde.
Es handelt sich somit um ein Ein-Gruppen-Design mit drei Messzeitpunkten. Die Erhebungen fanden dabei zu Beginn der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung (T1), drei Monate später (T2) und erneut neun Monate später, also ein Jahr nach Behandlungsbeginn (T3), statt.

Erfasste Variablen: Um dem Anspruch einer multimodalen und multimethodalen Erhebung gerecht zu werden, wurde zur Erfassung von Behandlungsqualität und Therapieerfolg auf ein breites Spektrum und eine große Zahl von Kriterien zurückgegriffen. Abbildung 2.21 zeigt die dabei eingesetzten Messverfahren sowie die damit erfassten Merkmale. Die im Rahmen von Manuskript 3 vorgestellten

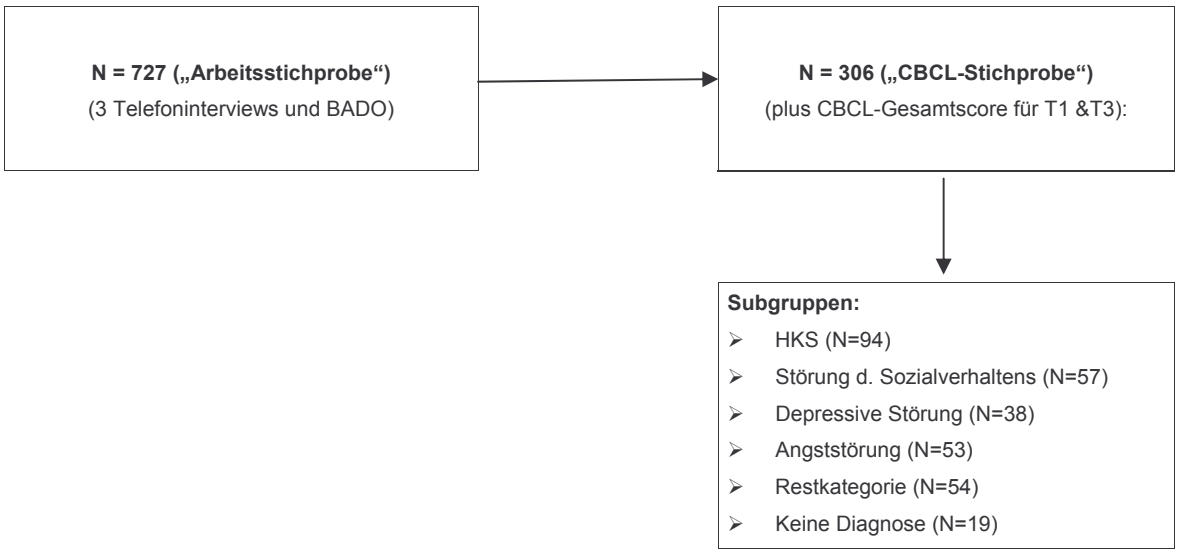
Daten beruhen ausschließlich auf CBCL-Elternangaben und Elternangaben im Rahmen des standardisierten Telefoninterviews. Die Diagnosen (Achse I bis Achse VI) wurden der Basisdokumentation (BADO) entnommen.

Abbildung 2.21: Verwendete Messinstrumente und erfasste Merkmale

Messinstrument	***Erfasstes Merkmal***
Standardisiertes Telefoninterview (Mattejat et al., 2003):	
• Marburger Symptomskalen (MSS) (Mattejat & Remschmidt, 2005, 2006)	psychopathologische Symptomatik
• Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen (ILK) (Mattejat & Remschmidt, 2003, 2006)	Lebensqualität
• 7 Fragen aus dem Wohlfahrtssurvey, 1998 (Schöb, 2001)	Lebenszufriedenheit der Eltern (verschiedene Lebensbereiche)
• 1 Frage aus dem WHOQOL-BREF (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000)	Lebenszufriedenheit der Eltern (Bereich Freunde)
• soziodemographische Fragen (Schöb, 2001; Statistisches Bundesamt, 1999)	Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Familienstand, Erwerbstätigkeit, Schulabschluss, Nettoeinkommen, Schichtzugehörigkeit der Eltern
• inhaltsanalytische Auswertung (John, 2005)	Praxiszufriedenheit
Angaben der Behandler:	
• Basisdokumentation (BADO) (Englert, Jungmann, Lam, Wienand & Poustka, 1998)	Aufnahmebedingungen, Soziodemographie, Anamnese, psychopathologischer Aufnahmebefund, somatisch-neurologischer Befund, Diagnosen (nach MAS), somatische/psychologische Diagnostik, Therapie, Behandlungsende, Behandlungsergebnis, empfohlene Weiterbehandlung/Maßnahmen
• Marburger Symptomskalen (MSS) (Mattejat & Remschmidt, 2006)	psychopathologische Symptomatik
Schriftliche Angaben der Eltern und/oder Patienten:	
• Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991)	Verhaltensauffälligkeiten
• Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) (Mattejat & Remschmidt, 2003, 2006)	Lebensqualität
• Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) (Mattejat & Remschmidt, 1993, 1998)	Ergebnis- und Prozessqualität der Behandlung

Stichprobe: Ausgehend von der Arbeitsstichprobe (N =727), bei der alle drei Telefoninterviews und die Basisdokumentation BADO (mit den entsprechenden klinisch-psychiatrischen Diagnosen) vorliegen, wird diese Stichprobe für das im Rahmen dieser Arbeit vorliegende Manuskript auf die Menge der Patienten reduziert, bei der zusätzlich der CBCL-Gesamtscore für die beiden Messzeitpunkte T1 und T3 berechnet werden kann (Abbildung 2.22).

Abbildung 2.22: Die unterschiedlichen Teilstichproben im Überblick



Werden die Arbeitsstichprobe (N=727) und die CBCL-Stichprobe (N=306) hinsichtlich einiger ausgewählter zentraler Variablen [Geschlecht, Alter und Diagnosen auf den Achsen I bis VI des Multiaxialen Klassifikationsschemas (MAS)] miteinander verglichen, findet sich trotz deutlicher Reduktion der Stichprobe (ca. 58%) im Wesentlichen eine gute Äquivalenz der beiden Teilstichproben. Eine Beschreibung der CBCL-Stichprobe lässt sich Abbildung 2.23 entnehmen.

Abbildung 2.23: Beschreibung der CBCL-Stichprobe – Soziodemographie, Achse I bis VI des MAS

Charakteristik* [*Kategorien unter 2% werden nicht berücksichtigt]	**Häufigkeit**
Anteil Jungen (%)	59.8
Altersgruppen (%):	
• jünger als 6 J.	13.1
• 6-9 Jahre	55.2
• 10-14 Jahre	24.5
• 15-17 Jahre	6.5
Soziale Schicht (%):	
• Arbeiterschicht	19.2
• Mittelschicht	60.3
• Obere Mittelschicht	18.2
Klinisch-psychiatrische Diagnose (Achse I) (%):	
• HKS	30.7
• Störung des Sozialverhaltens	18.6
• Depressive Störungen	12.4
• Angststörungen	17.3
• Restkategorie (andere Störungen)	17.6
• Keine Diagnose	3.3
Patienten mit Entwicklungsrückstand (Achse II) (%)	52.9
Intelligenzniveau (Achse III) (%):	
• Hohe Intelligenz	8.8
• Durchschnittliche Intelligenz	79.2
• Niedrige Intelligenz	10.9
Patienten ohne körperliche Symptomatik (Achse IV) (%)	78.4
Kein Vorliegen abnormaler psychosozialer Umstände (Achse V) (%)	52.0
Psychosoziale Anpassung (Achse VI) (%):	
• Hervorragende/gute soziale Anpassung	4.6
• Befriedigende soziale Anpassung	22.8
• Leichte soziale Beeinträchtigung	22.4
• Mäßige soziale Beeinträchtigung	26.1
• Deutliche soziale Beeinträchtigung	20.8
• Deutliche und übergreifende soziale Beeinträchtigung	3.0

3. Publikationsübersicht

3.1. Forschungsüberblick zur Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen – Teil I: Angststörungen und depressive Störungen (Manuskript 1)

[**Bachmann, M.,** Bachmann, C., Rief, W. & Mattejat, F. (im Druck, 2008). Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen – Eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews – Teil I: Angststörungen und depressive Störungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*.]

Zielsetzung:
In den letzten Jahren findet sich international eine zunehmend umfangreichere, zum Teil fast kaum mehr überschaubare Therapieforschung bei Kindern und Jugendlichen. Ziel dieser Arbeit ist die systematische Auswertung neuerer Metaanalysen und Reviews zur Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungsansätze bei den zwei häufigsten internalisierenden psychischen Störungsbildern im Kindes- und Jugendalter: Angststörungen und depressive Störungen. Neben einer Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstands (u.a. Evidenzbasierung, berichtete Effektstärken, primäre Behandlungsempfehlungen) sollen inhaltlich offene Forschungsfragen und methodologische Defizite störungsspezifisch dargestellt werden.

Methode:
Zur Identifikation relevanter Überblicksarbeiten wurden für den Zeitraum Januar 2000 bis August 2007 umfangreiche Literaturrecherchen in den einschlägigen Datenbanken (PsychInfo, Medline, Cochrane) durchgeführt. Als Voraussetzung für den Einschluss von Einzelarbeiten in die vorliegende Überblicksarbeit wurde eine Vielzahl von Kriterien formuliert. Im Rahmen des Rechercheprozesses wurden in einem zweischrittigen Verfahren relevante Abstracts und Artikel von ein bzw. zwei Reviewern identifiziert und ggf. in die Arbeit eingeschlossen.
Als Ausgangspunkt für die vorliegende Zusammenfassung wurden die ausgewählten Reviews und Metaanalysen zur Therapieforschung bei Kindern und Jugendlichen einer genauen Analyse unterzogen und zunächst tabellarische Übersichten erstellt. Diese enthielten detaillierte Angaben zu Design, Inhalt, methodischen Aspekten, Ergebnissen und Schlussfolgerungen der Einzelarbeiten. In einem nächsten Schritt wurden anhand dieser Auswertungsblätter zwei Formen der systematischen Auswertung vorgenommen. Zum einen wurde eine Auswertung vorgenommen, die sich ausschließlich auf die aktuellsten und methodisch besten Metaanalysen bezieht (Auswertung orientiert an eng definierten Kriterien), zum anderen wurde eine umfassende Auswertung aller in die vorliegende Arbeit eingeschlossenen Reviews und Metaanalysen (Auswertung orientiert an weit gefassten Kriterien) erstellt.

Ergebnisse:

Insgesamt werden (über alle Störungsbilder hinweg) 112 Übersichtsarbeiten in diese Auswertung eingeschlossen, dabei finden sich etwa doppelt so viele Reviews wie Metaanalysen. Für die Störungsgruppen ADHS und Depression (N=68 und N=60) liegen mehr Überblicksarbeiten vor als für Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens (N=46 und N=40). Im Bereich der psychologisch-psychosozialen Interventionen findet sich bei den verschiedenen Störungsbildern eine im Wesentlichen vergleichbare Anzahl von Überblicksarbeiten (N=31 bis N=35). Im Bereich der Pharmakotherapie ergibt sich ein anderes Bild: Für Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens liegen nur wenige (N=9 und N=8), für ADHS und depressive Störungen (N= 28 bzw. N=26) demgegenüber eine Vielzahl von Reviews und Metaanalysen vor. Von wenigen Ausnahmen abgesehen wird lediglich im Bereich der Behandlung von ADHS auf die Durchführung von Kombinationsbehandlungen Bezug genommen.

In Bezug auf die Gruppe der Angststörungen ergibt sich fast durchweg ein konvergentes Bild der Forschungssituation bei relativ gutem methodologischen Standard. Divergenz besteht vor allem hinsichtlich der Frage, ob bzw. unter welchen Umständen sich der Einbezug der Familie/Eltern in den Therapieprozess als hilfreich erweist bzw. eher als ungünstig erachtet wird. Auch zur Frage des Vorliegens von Alterseffekten in der Antidepressiva-Behandlung liegen widersprüchliche Ergebnisse vor (tendentiell höhere Effekte bei Jugendlichen ggü. Kindern vs. Fehlen von Unterschieden). Als Behandlung der Wahl bei Phobien und Angststörungen gelten die kognitive Verhaltenstherapie mit und ohne Elterntraining bzw. behaviorale Interventionen, die sich sowohl in der Akut- als auch in der Langzeitbehandlung als effektiv erwiesen haben. Mittlerweile liegen ebenfalls vielversprechende Ergebnisse für die pharmakologische Behandlung mit SSRI vor. Diese werden jedoch eher in der Kurzzeitbehandlung, im Rahmen einer Kombinationsbehandlung, bei Notfällen, schweren Angststörungen oder zur Überbrückung von Wartezeiten auf eine Psychotherapie empfohlen. Im Wesentlichen ergeben sich in Bezug auf die allgemeine Behandlungseffektivität von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter mittlere bis große Effekte.

Für die Gruppe der depressiven Störungen findet sich in Bezug auf Qualität und Quantität eine deutlich schlechtere, lückenhafte empirische Datenbasis. Für viele Fragestellungen ergibt sich so ein unvollständiges und oft widersprüchliches Bild. Für einen großen Teil der im Rahmen der alltäglichen Versorgungspraxis eingesetzten Interventionen liegen bislang keine RCT-Studien vor. CBT und behaviorale Interventionen sind derzeit am besten beforscht; zu IPT und Familieninterventionen gibt es deutlich weniger Studien. Auch die Frage eines erhöhten Suizidalitätsrisikos unter SSRI-Behandlung, die in den letzten Jahren vielfach diskutiert wurde, kann bislang nicht abschließend beantwortet werden – wenngleich die Vorteile die Risiken zu überwiegen scheinen. Für das Kindesalter ist der Stand der Evidenzbasierung immer noch etwas schmal. Für das Jugendalter können aufgrund erwiesener Wirksamkeit als Psychotherapieformen CBT und IPT sowie als Pharmakotherapie die Gabe von SSRI empfohlen werden. Dabei liegen für CBT höhere Effekte vor als für SSRI; die Wirksamkeit von CBT im Kindes- und Jugendalter liegt jedoch deutlich unter der in der Behandlung Erwachsener erzielten Effektivität. Im Wesentlichen finden sich für die Behandlung depressiver Störungen über die verschie-

denen Ansätze und Interventionen hinweg nur kleine Effekte. Während bei leichten und mittelschweren Depressionen auf Psychotherapie zurückgegriffen wird, empfiehlt sich bei schweren Depressionen eine Kombinationsbehandlung aus CBT/IPT und SSRI (in erster Linie Fluoxetin). Engmaschiges Monitoring, eine intensive Aufklärung und Strategien zum Sicherheitsmanagement sollten jede SSRI-Behandlung begleiten. Mit Blick auf die nur mäßigen Behandlungseffekte, die in der Therapie depressiver Störungen bei Minderjährigen derzeit erzielt werden können und angesichts der Tatsache, dass diese deutlich unter den Effektstärken anderer Störungsbilder liegen, bedarf es perspektivisch primär der Entwicklung neuer, innovativer Therapiemethoden im Bereich von Psycho- und Pharmakotherapie zur Verbesserung der allgemeinen Behandlungssituation. Weitere inhaltliche Schwerpunkte sollten eine Fokussierung der Langzeitbehandlung sowie – neben der Klärung basaler Fragen – eine vermehrte Forschung zu differentiellen Effekten sein.

Bewertung der Ergebnisse:
siehe Manuskript 2

3.2. Forschungsüberblick zur Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen – Teil II: ADHS und Störungen des Sozialverhaltens (Manuskript 2)

[**Bachmann, M**., Bachmann, C., Rief, W. & Mattejat, F. (im Druck, 2008). Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen – Eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews – Teil II: ADHS und Störungen des Sozialverhaltens*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*.]

Zielsetzung:

Trotz des gegenüber der Therapieforschung zu psychischen Störungen im Erwachsenenalter immer noch vorliegenden Forschungsrückstands haben Quantität und Qualität der Forschungsarbeiten zur Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in den letzten Jahren und Jahrzehnten deutlich zugenommen. Mittlerweile liegt eine fast kaum mehr überschaubare Fülle an empirischen Belegen vor. Ziel dieser Arbeit ist die systematische Auswertung neuerer Metaanalysen und Reviews zur Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungsansätze bei den zwei häufigsten externalisierenden psychischen Störungsbildern im Kindes- und Jugendalter: ADHS und Störungen des Sozialverhaltens. Neben einer Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstands (u.a. Evidenzbasierung, berichtete Effektstärken, primäre Behandlungsempfehlungen) sollen inhaltlich offene Forschungsfragen und methodologische Defizite störungsspezifisch und störungsübergreifend dargestellt werden.

Methode:

siehe Manuskript 1

Ergebnisse:

Bei ADHS handelt es sich um die am meisten beforschte psychische Störung bei 6-12-jährigen; zur Altersgruppe der Jugendlichen gibt es demgegenüber weniger Wissen. Der inhaltliche Schwerpunkt der Übersichtsarbeiten liegt in erster Linie auf pharmakologischen Interventionen (v.a. Stimulantien); psychosoziale Behandlungsansätze werden demgegenüber eher vernachlässigt. Bezüglich der wichtigsten Ergebnisse besteht weitgehender Konsens: ADHS ist durch psychopharmakologische Behandlung mit Stimulantien gut therapierbar; hierbei finden sich mittlere bis große Effekte. Für den Bereich der psychologisch-psychosozialen Interventionen konnten bislang v.a. Elterntrainings und behaviorale Interventionen (Kontingenzmanagement, Verhaltensmodifikationen) ihre Wirksamkeit belegen; sie sind jedoch weniger effektiv als die medikamentöse Therapie. Neben den Stimulantien (Methylphenidat, Dexamphetamin, D-/L-Amphetamin, gemischte Amphetaminsalze) ist als Nicht-Stimulans zuletzt Atomoxetin in den Fokus gerückt und weist – neben einer mit MPH vergleichbaren Wirksamkeit – eine Reihe weiterer Vorteile auf. Vermehrt gibt es zudem Hinweise darauf, dass eine Kombinationsbehandlung die Behandlungsform der Zukunft werden könnte; diesbezüglich mangelt es jedoch an Studien, die die Effektivität einer Kombinationsbehandlung empirisch eindeutig stützen. Demgegenüber wird in der Praxis bereits häufig auf eine Kombination aus Pharmakotherapie und Verhaltens-

therapie zurückgegriffen.
Darüber hinausgehend bedarf es in Zukunft vermehrter Forschung zur Frage, wie multimodale psychosoziale Behandlungsprogramme so zusammengesetzt bzw. strukturierte Elterntrainings so weiterentwickelt werden können, dass ihre Effektivität optimiert wird. Im Bereich der Pharmakotherapie sollte der Schwerpunkt vermehrt auf Langzeitstudien, direkte Vergleichsstudien zur relativen Effektivität, eine Erweiterung der Kriterienbereiche (z.B. vermehrte Berücksichtigung von Sicherheit und Praktikabilität) und eine Intensivierung der Forschung zu anderen Psychopharmaka (als MPH) gelegt werden; die Datenlage für alle anderen Substanzen ist derzeit eher mäßig. Zudem liegen den Ergebnissen vielfach methodologisch defizitäre Arbeiten zugrunde und die Erstellung von Metaanalysen wird durch die Heterogenität der vorliegenden Einzelstudien erschwert; ein Konsens bezüglich wichtiger Studienelemente könnte an diesem Punkt deutlich bessere Ausgangsbedingungen für eine systematische Evaluation schaffen.

In Bezug auf die Gruppe der Störungen des Sozialverhaltens zeigt sich ein fast durchweg konvergentes Bild. Multisystemisch-mehrdimensionale und gemeindebasierte Interventionen kristallisieren sich – insbesondere bei älteren dissozialen Kindern und Jugendlichen – als die vielversprechendsten Behandlungsansätze heraus. Offensichtlich bedarf es einer umfassenden, interdisziplinären Unterstützung, um langfristige Verbesserungen für Jugendliche und ihre Familien erzielen zu können. Auch kind- und elternfokussierte Programme (z.B. Elterntrainings bei jüngeren Kindern) per se erweisen sich als effektiv. Ein Rückgriff auf eine Kombinationsbehandlung aus psychosozialen Interventionen und Pharmakotherapie bietet sich in erster Linie bei schwerwiegenden, persistierenden und komorbiden Störungen an. Zusammenfassend ergeben sich in Bezug auf die Behandlungseffektivität von Störungen des Sozialverhaltens im Wesentlichen mittlere Effekte.
Während sich die Forschung zu FFT und MTFC noch in der Entwicklung befindet, wird die Effektivität von MST (als besondere Stärke dieses Ansatzes) durch eine Vielzahl von RCT-Studien gestützt. „Efficacy"-Studien weisen dabei deutlich höhere Effekte auf als „effectiveness"-Studien; der Qualitätssicherung und Supervision scheint bei der praktischen Durchführung von MST somit eine besondere Rolle zuzukommen. In Bezug auf einige spezifische Fragestellungen liegen widersprüchliche Ergebnisse vor (u.a. Stabilität der Behandlungserfolge, Einfluss der Behandlungsintensität, Vorliegen von Alterseffekten, Frage des Elterneinbezugs). Problematisch sind zudem die methodologischen Defizite vieler Studien, die die Generalisierbarkeit der Ergebnisse deutlich reduzieren. Die Forschung zur Pharmakotherapie von Störungen des Sozialverhaltens befindet sich – ganz im Gegensatz zu den psychosozialen Studien – derzeit noch in den Anfängen (Vorliegen erster Wirksamkeitsnachweise für Risperidon, Lithium und Stimulantien). Für die Zukunft bedarf es somit – je nach Behandlungsansatz – eines unterschiedlichen Vorgehens: Während im Bereich der Pharmakotherapie in erster Linie „efficacy"-Studien gefragt sind, sollte sich die Psychotherapie-Forschung vermehrt der Durchführung von „effectiveness"-Studien und einer Differenzierung/Spezifizierung der positiven bereits vorliegenden Befunde widmen.

In der Zusammenfassung der Ergebnisse lässt sich Folgendes festhalten: Wenn man sich primär an der empirisch nachgewiesenen Wirksamkeit orientiert, stellt die Psychotherapie (bzw. psychologisch-

psychosoziale Interventionen) bei der Mehrzahl der Störungsbilder die primäre Behandlungsoption dar. Lediglich bei ADHS sind die Therapieeffekte bei pharmakologischer Behandlung (Stimulantien) am besten. Kombinationsbehandlungen scheinen – zumindest im Falle depressiver Erkrankungen und ADHS – vielversprechend und den bisherigen Behandlungsansätzen möglicherweise überlegen zu sein, sind bislang jedoch bei allen vier Störungsbildern noch unzureichend erforscht. Je nach Störungsbild ist mit unterschiedlichen Behandlungserfolgen zu rechnen: Bei Angststörungen und ADHS sind tendentiell große, bei Störungen des Sozialverhaltens und bei depressiven Erkrankungen im Durchschnitt eher mittlere Behandlungseffekte erreichbar.

Als verallgemeinerbares Ergebnis über alle besprochenen Störungsbilder hinweg wird die höhere Effektivität behavioraler im Vergleich zu nicht-behavioralen Verfahren deutlich. Kognitive Interventionen sind v.a. bei älteren Kindern und Jugendlichen wirkungsvoll, während bei jüngeren Kindern schlechtere Effekte erzielt werden. Die Verhaltenstherapie einschließlich der kognitiv-behavioralen Therapie (CBT) ist gegenwärtig das mit Abstand am häufigsten wissenschaftlich untersuchte Therapieverfahren. Die Wirksamkeit für Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ist für die nicht-behavioralen Methoden (klientenzentriert, einsichtsorientiert, Diskussionsgruppen) demgegenüber noch nicht ausreichend belegt. Ein Mangel an Effektivitätsstudien besteht speziell für psychoanalytische, tiefenpsychologische, systemische bzw. familientherapeutische Therapiekonzepte. Im Vergleich von deutschsprachig und international publizierten Ergebnissen findet sich in der Tendenz eine Übereinstimmung der Ergebnisse, wenngleich für den deutschen Sprachraum ein großer Nachholbedarf an empirischen, methodisch hochwertigen Studien besteht.

Über alle Störungsbilder hinweg finden sich im Bereich der Therapieforschung bei Kindern und Jugendlichen zahlreiche methodische Probleme und inhaltlich offene Forschungsfragen. In *inhaltlicher* Hinsicht fehlt es u.a. an empirischer Unterstützung für eine Vielzahl bereits eingesetzter Interventionen, an Studien zu alternativen Interventionssettings und zur Kombinationsbehandlung sowie an Forschung zu verschiedenen anderen Aspekten (wie z.B. Kosteneffektivität, therapeutische Einflussfaktoren, allgemeine Wirkfaktoren). Ferner besteht die Notwendigkeit einer verbesserten Rückfallprophylaxe und einer insgesamt spezifischeren Forschung (u.a. Subgruppenanalysen; differentielle Effekte; verstärkte Berücksichtigung von Mediatoren, Moderatoren und Komponentenanalysen; Verbesserung des Matching zwischen Patientencharakteristika und Behandlungsansatz; Generalisierung der bisherigen Ergebnisse auf bestimmte Stichproben). Mit Blick auf die *methodologischen* Defizite fehlt es vor allem an Langzeitstudien mit längeren Follow-up-Intervallen, größeren Stichproben und repräsentativen, auf den Praxisalltag generalisierbaren „effectiveness“-Studien. Außerdem besteht die Notwendigkeit einer Standardisierung der Studienelemente (z.B. Einschlusskriterien, Studienprotokoll, Angaben zum Therapiekonzept, Studienqualität/-design/-bericht, Erfolgskriterien, Messinstrumente) sowie einer Erweiterung der Outcome-Kriterienbereiche.

Bewertung der Ergebnisse:
Für jedes der vier Störungsbilder existieren Behandlungsansätze, deren Wirksamkeit klar nachgewiesen ist. Deutlich wird auch, dass die verschiedenen Krankheitsbilder eine unterschiedliche Thera-

pie erfordern und dass (je nach Störungsbild) unterschiedliche Behandlungserfolge zu erwarten sind. Weiterhin findet sich im Bereich der Therapieforschung bei Kindern und Jugendlichen jedoch eine Vielzahl methodischer Probleme und inhaltlich offener Forschungsfragen.

Störungsübergreifend werden die vorliegenden Ergebnisse abschließend im Hinblick auf ihre Implikationen für Forschung und Praxis diskutiert. Die vorliegende Arbeit (Manuskript 1 und 2) leistet somit einen umfassenden und wichtigen Beitrag zur Erfassung des aktuellen Forschungsstands hinsichtlich der Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Darüber hinausgehend eignen sich die vorliegenden Ergebnisse sehr gut als Grundlage und Ausgangspunkt für zukünftige Studien in diesem Forschungsbereich.

3.3. Effektivität ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Therapien im naturalistischen Setting – Berechnung von Behandlungseffekten unter Rückgriff auf Propensity-Score-Analysen (Manuskript 3)

[Bachmann, M., Bachmann, C., John, K., Heinzel-Gutenbrunner, M., Mattejat, F. & Remschmidt, H. (im Review). The Effectiveness of Child and Adolescent Psychiatric Treatments in a Naturalistic Outpatient Setting. Causal Analysis of Treatment Effects by Means of Propensity Score Methods. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.]

Zielsetzung:

Ziel der vorliegenden klinischen Studie war die Evaluation der Wirksamkeit kinder- und jugendpsychiatrischer Therapien im ambulanten, naturalistischen Setting (im Sinne einer „effectiveness"-Studie). Dabei wurden nicht nur allgemeine, sondern auch störungsspezifische Behandlungseffekte berechnet, um der Frage nachzugehen, ob Kinder und Jugendliche mit verschiedenen Störungen in vergleichbarem oder deutlich unterschiedlichem Maße von der Behandlung profitieren. In einem weiteren Schritt sollte überprüft werden, ob sich in der methodischen Auswertung durch den Einbezug von Propensity-Scores deutliche Unterschiede bzw. Übereinstimmungen gegenüber herkömmlichen Auswertungsverfahren ohne Propensity-Score-Analyse ergeben.

Methode:

Zur Überprüfung der Fragestellung wurden im Zeitraum von Mai 2004 bis Juli 2006 Erhebungen in neun kinder- und jugendpsychiatrischen Modellpraxen aus der ganzen Bundesrepublik durchgeführt. Eine unausgelesene konsekutive Patientenstichprobe (alle neu aufgenommenen kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten) von N=1182 Patienten wurde in die Studie aufgenommen und ein Jahr lang begleitet. Im Laufe dieses Zeitraums wurden zu drei Messzeitpunkten (T1: Behandlungsbeginn, T2: drei Monate später, T3: ein Jahr nach Behandlungsbeginn) standardisierte Telefoninterviews mit der Hauptbezugsperson des Patienten durchgeführt, zusätzlich füllten sowohl die Hauptbezugspersonen, aber auch Therapeuten und Patienten verschiedene Fragebögen aus. Für die vorliegende Studie wurde ausschließlich auf CBCL-Elternangaben (Child Behavior Checklist) und Elternangaben im Rahmen der Telefoninterviews zurückgegriffen. Zudem wurden ausschließlich diejenigen Kinder und Jugendlichen berücksichtigt, für die CBCL-Angaben von T1 und T3 vorlagen. Diese reduzierte Stichprobe umfasste 306 Patienten mit ADHS (N=94), Störungen des Sozialverhaltens (N=57), Angststörungen (N=53), depressiven Störungen (N=38) und verschiedenen anderen Diagnosen (N=64).

Die Unterteilung in Behandlungsgruppen mit niedriger vs. hoher Behandlungsintensität erfolgte über einen Mediansplit auf der Grundlage der in Anspruch genommenen therapeutischen Termine (1-8 Termine bzw. mehr als 8 Termine). Zur Berechnung der Behandlungseffekte wurden zunächst Varianzanalysen mit Messwiederholungen gerechnet; die Ergebnisse in einem nächsten Schritt über Propensity-Score-Analysen abgesichert. Diese finden in den letzten Jahren zunehmend in nicht-kontrollierten/-randomisierten klinischen Studien Verwendung, weil sie eine nachträgliche Randomisierung und Kontrolle der relevanten Kovariablen imitieren. Über diese nachträgliche Kontrolle vorliegender Gruppenunterschiede ist auch in klinischen Beobachtungsstudien, bei denen sich ein klassisches RCT-

Design vielfach nicht umsetzen lässt, eine Berechnung kausaler Effekte möglich. Im Rahmen dieser Untersuchung wurde der Propensity-Score über eine logistische Regression berechnet. Zur genaueren Abschätzung der Behandlungseffektivität erfolgte die Berechnung von Effektstärken.

Ergebnisse:
Für die Gesamtgruppe aller Patienten fanden sich im Rahmen dieser Studie in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung keine Behandlungseffekte. Bei der Differenzierung nach Subgruppen ließen sich für Kinder und Jugendliche mit ADHS und Angststörungen demgegenüber deutliche, kleine bis mittlere Behandlungseffekte nachweisen. Für Patienten mit depressiven Störungen und Störungen des Sozialverhaltens lagen demgegenüber keine signifikanten Behandlungseffekte vor. Zudem ergaben sich Hinweise darauf, dass die Subgruppe von Patienten mit Störung des Sozialverhaltens relativ gesehen am schlechtesten abschneidet. Die Unterschiede in der Berechnung der Behandlungseffekte mit und ohne Propensity-Score-Analyse erwiesen sich als deutlich.

Bewertung der Ergebnisse:
Trotz der Relevanz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in vielerlei Hinsicht (u.a. individuelle und familiäre Beeinträchtigung, Behandlungskosten, gesellschaftliche Folgekosten) liegt für den deutschen Sprachraum bis dato keine vergleichbare Studie vor. Entgegen der Ergebnisse vieler bisheriger „effectiveness“-Studien (insbesondere im Rahmen der Standardversorgung) ergaben sich in dieser Studie für Behandlungen im naturalistischen Setting deutliche Behandlungseffekte. Dabei sind die gefundenen Behandlungseffekte ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Therapien – gemessen an den aus „efficacy“-Studien berichteten Effektstärken – beachtlich und entsprechen in ihrer Störungsspezifität im Wesentlichen den Ergebnissen bereits vorliegender Arbeiten (vgl. Manuskript 1 und 2): Vor allem ADHS und Angststörungen sind im ambulanten Setting gut behandelbar. Die Behandlungseffekte für depressive Störungen sind demgegenüber generell (gerade auch wegen der aufgrund des Alters und des Entwicklungsstands geringeren Zugänglichkeit für kognitive Verfahren) bis dato relativ gering. Zur Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens scheint ein klassisches ambulantes Setting weniger geeignet als die im Rahmen der Forschung zunehmend diskutierten Behandlungsansätze, die schwerpunktmäßig aufsuchend, multimodal und familienorientiert arbeiten (z.B. MST). Nicht nur für die klinisch tätigen Praktiker, sondern auch für die Implementierung von Therapieprogrammen vom Laborsetting in die Praxis ist dieses Ergebnis als ermutigendes Zeichen zu werten. In methodischer Hinsicht unterstreichen die erheblichen Unterschiede in der Berechnung der Behandlungseffekte mit und ohne Propensity-Score-Analyse die Notwendigkeit, dieses Analyseverfahren bei naturalistischen Studien vermehrt einzusetzen. Propensity-Score-Analysen erweisen sich herkömmlichen Matchingverfahren und Kovarianzanalysen hinsichtlich Ökonomie und methodischer Genauigkeit überlegen. Ferner legt das Ergebnis nahe, Effektivitätsstudien auch in Zukunft nicht nur für die Gesamtgruppe der Patienten, sondern auch störungsspezifisch auszuwerten bzw. insgesamt störungsspezifischer zu forschen. Die Ergebnisse werden im Hinblick auf weitere Implikationen für Forschung und Praxis abschließend diskutiert.

4. Ausblick: Herausforderungen der Therapieforschung in Zukunft

Neben der Vielzahl der bereits in Manuskript 1 und 2 angesprochenen (methodischen und inhaltlichen) Aspekte, die im Laufe der nächsten Jahre im Rahmen der Forschung aufgegriffen werden sollten, werden abschließend einige der besonders relevanten Forschungstrends etwas ausführlicher dargestellt (vgl. auch Weisz & Kazdin, 2003). Was sind zentrale Herausforderungen zukünftiger Therapieforschung?

Benchmarking

Ein wichtiger Trend geht dahin, über eine Form des Benchmarking individuelle Psychotherapieverläufe anhand vorliegender Therapieverlaufskurven, die verschiedene klinische Aspekte berücksichtigen (z.B. Diagnose, Symptomschwere, Patientencharakteristika, bisherige Behandlungsgeschichte, Funktionsniveau, Kontext), vorherzusagen. Im weiteren Behandlungsverlauf kann dann das reale Verlaufsmuster mit der Vorhersage verglichen und so in einem weiteren Schritt differentielle und adaptive Indikationsentscheidungen abgeleitet werden (Howard et al., 1996; Lambert et al., 2001; Leon et al., 1999; Lueger et al., 2000; Lutz et al., 1999).

Über dieses Verfahren ist es möglich, den individuellen Behandlungsfortschritt zu „monitoren", zu dokumentieren und rückzumelden. Es geht übergeordnet darum, Behandlungen zu optimieren und ein optimales „Matching" zwischen Patient, Therapeut und Methode zu erzielen (selektiv-differentielle und prozessural-adaptive Indikation). Darüber hinausgehend kann auf diese Art und Weise auch etwaigen negativen Entwicklungen im Behandlungsverlauf frühzeitig entgegengewirkt, unnötigen Belastungen des Patienten vorgebeugt und Therapiekosten eingespart werden. Diesbezüglich bedarf es jedoch eines enormen Forschungsaufwands, um entsprechende Benchmarking-Werte für alle denkbaren relevanten Aspekte bereitzustellen.

Überwindung der Diskrepanzen zwischen Forschung und Praxis („research-practice gap")

Die bereits angesprochene Problematik, dass die für bestimmte Behandlungsverfahren im Laborsetting erzielten Effekte bislang noch nicht vollständig auf Therapien im klinischen Praxissetting übertragbar sind, wird auch in den kommenden Jahren ein zentraler Forschungsschwerpunkt bleiben. Diese Tatsache sollte jedoch nicht entmutigen, sondern als Ausdruck der Realität hingenommen werden: Das Vorliegen von isolierten Störungen im Praxisalltag ist eher die Ausnahme und Komorbidität die Regel. Auch die bereitwillige Übernahme und der standardmäßige Gebrauch von im Laborsetting erprobten Manualen, umfassend für alle Störungsbilder geschulte klinische Therapeuten sowie eine breite, alle therapeutischen Einrichtungen, Kliniken und Praxen umfassende Implementation bewährter Forschungskonzepte werden trotz aller Bemühungen wohl schwer umzusetzen bleiben bzw. einen jahrelangen Prozess erfordern. Als umso ermutigender sind die Ergebnisse der Studien zu werten, die für die Verbesserung der Wirksamkeit im Praxissetting relevante Faktoren identifizieren konnten (vgl. Abschnitt 2.2.5) oder darauf hinweisen, dass auch im klinischen Standardsetting („usual care") Be-

handlungserfolge erzielt werden können, die den auf „efficacy"-Studien berichteten Effektstärken vergleichbar sind (vgl. Manuskript 3). Insbesondere der Prozess der Identifikation für den Transferprozess relevanter Aspekte sollte fortgesetzt werden.

McLennan et al. (2006) weiten über diesen angesprochenen Forschungsfokus hinausgehend (vgl. Abbildung 5.1, Typ 1) den Begriff des „research-practice-gap" aus und differenzieren zwischen vier verschiedenen Formen (Abbildung 5.1). Auch dieses Konzept ist als theoretisches Rahmenmodell und Grundlage weitergehender Forschungen zur Überwindung der Diskrepanzen zwischen Forschung und Praxis bzw. (andersherum) zwischen Praxis und Forschung denkbar.

Abbildung 5.1: Typologie verschiedener Forschungs-Praxis-Diskrepanzen (nach McLennan et al. 2006)

	Aktuelle Praktik/Anwendung	
Evidenzniveau der Intervention	**Intervention wird angeboten**	**Intervention wird nicht angeboten**
A. Vorliegen von Belegen für einen positiven Effekt der Intervention	keine Forschungs-Praxis-Diskrepanz	Forschungs-Praxis-Diskrepanz Typ 1
B. Vorliegen von Belegen für einen nachteiligen, schädlichen Effekt der Intervention	Forschungs-Praxis-Diskrepanz Typ 2	keine Forschungs-Praxis-Diskrepanz
C. Vorliegen von Belegen für einen fehlenden Effekt der Intervention	Forschungs-Praxis-Diskrepanz Typ 3	keine Forschungs-Praxis-Diskrepanz
D. Fehlen von Belegen	Forschungs-Praxis-Diskrepanz Typ 4	keine Forschungs-Praxis-Diskrepanz

Pharmakogenomische Studien

Grundlage für weitergehende Überlegungen ist das Wissen darum, dass genetische Polymorphismen die individuelle Arzneimittelwirkung beeinflussen. Infolgedessen ist es für die Pharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter von besonderer Bedeutung, möglichst bereits bei der Verordnung eines Medikaments vorhersagen zu können, ob ein zufriedenstellender Therapieerfolg erreicht oder die Gabe zu Therapieversagen bzw. Nebenwirkungen führen wird. Auch die Dosierung eines Medikaments könnte auf der Grundlage pharmakogenetischen Wissens besser an den individuellen Arzneistoffmetabolismus angepasst werden. Diese Aspekte sind nicht zuletzt auch für die Kosteneffektivität der Behandlungen interessant: Können Phasen eines Nichtansprechens auf die medikamentöse Therapie bzw. Kosten durch auftretende Nebenwirkungen vermieden werden, ist mit deutlich niedrigeren Behandlungskosten zu rechnen. Auch für die Patienten und ihre Eltern hätte dies eine deutlich reduzierte Belastung und eine verbesserte Compliance in Bezug auf Pharmakotherapie und begleitende Behandlungsfragen zur Folge.

Über den bereits angesprochenen Bedarf an Studien zur Pharmakokinetik und Zulassungsstudien (Verordnungen müssen mangels Zulassung bislang oft als „off-label" erfolgen) hinausgehend (vgl. Abschnitt 2.4.4.) besteht auch für den Bereich der Pharmakogenomik enormer Forschungsbedarf. Dazu sollten relevante Enzyme genotypisiert und im Zusammenhang mit Medikamentenblutspiegeln

bzw. Blutspiegelverläufen analysiert werden, darüber hinausgehend die Abhängigkeit der Medikamentenblutspiegel von der jeweiligen Medikamentendosis erfasst werden.

Qualitätssicherung

Die ursprünglich für Wirtschaftsbetriebe entwickelten Konzepte von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement haben in den letzten Jahren auch im Rahmen von Gesundheits- und Sozialdiensten an Bedeutung gewonnen und wurden mittlerweile sogar im Gesetzbuch verankert. Die Forderung nach allgemeinen Qualitätskriterien bedeutet in diesem Zusammenhang, dass auch kinder- und jugendpsychiatrische Therapien ihren Behandlungserfolg zunehmend belegen müssen.

Die in Manuskript 3 dargestellten Ergebnisse geben einen Eindruck davon, wie die gesetzlich geforderte externe Qualitätssicherung im Praxissetting aussehen kann; bislang ist dieses, in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen durchgeführte Projekt bundesweit jedoch das einzige im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Demgegenüber hat in den letzten Jahren die Verbreitung von internen Qualitätsmanagement- und Zertifizierungssystemen in Kliniken und Praxen deutschlandweit deutlich zugenommen. Auch die zunehmende Entwicklung von für die Erfassung von Prozess- und Ergebnisqualität geeigneten Messinstrumenten, die standardisierte, systematische Dokumentation von wichtigen Versorgungsdaten (z.B. BADO von Englert et al., 1998) und die Entwicklung von Behandlungsleitlinien gehören zu den wichtigen Initiativen und Maßnahmen der Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements der vergangenen Jahre. Dennoch besteht auch in diesem Feld weiterhin enormer Entwicklungsbedarf.

Kosteneffektivität

Neben Studien zur Wirksamkeit von pharmako- und psychotherapeutischen Behandlungen finden sich zunehmend Untersuchungen zur Kosteneffektivität der verschiedenen Verfahren und Substanzen (z.B. Donnelly et al., 2004; Haby et al., 2004). Angesichts der stetig steigenden Kosten im Rahmen der Gesundheitsversorgung, eines gleichzeitig jedoch begrenzten Budgets gewinnt dieses Thema gesamtgesellschaftlich zunehmend an Bedeutung. Kosten-Nutzen Analysen werden die Behandlungsleitlinien in den kommenden Jahren aller Voraussicht nach stärker dominieren als die Ergebnisse der Wirksamkeitsstudien. Bislang liegen Studien zur Kosteneffektivität jedoch nur für relativ wenige Störungsbilder vor, weitergehende Analysen beispielsweise zu spezifischen Subgruppen, Behandlungssettings, Therapievarianten oder -formaten stehen ebenfalls noch aus, so dass auch in diesem Bereich erheblicher Forschungsbedarf besteht.

Prävention

Besser als jede Form der Therapie ist weiterhin die Prävention: Primär im Sinne universeller oder selektiver Präventionsprogramme (Ausschaltung von Risikofaktoren) oder sekundär als indizierte Prävention bzw. Therapie bei Risikogruppen, die bereits prodromale Zeichen oder erste Symptome einer psychischen Störung zeigen (Vorsorge durch frühestmögliche Diagnose und Therapie). Zum einen stellen psychische Störungen eine immense psychologische, soziale und ökonomische Belastung für den Einzelnen und die Gesellschaft dar. Zum anderen erhöhen sie auch das Risiko für körperliche Erkrankungen und (im Falle von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen) für

die Entwicklung psychischer Störungen im Erwachsenenalter.
Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der begrenzten Wirksamkeit der Therapie psychischer Störungen ist Prävention somit ein essentieller Ansatzpunkt bei der Verminderung psychischer Störungen. Selbst dann, wenn Präventionsprogramme nur kleine Effekte haben und lediglich dazu beitragen, den Status quo zu halten und einer weiteren Negativentwicklung und Verschlechterung vorzubeugen, haben sie bereits einen enormen Beitrag geleistet. Modellrechnungen gehen davon aus, dass sich jeder in die Prävention investierte Betrag mit dem Faktor 8 amortisiert, wenn alle gesellschaftlichen Folgekosten in Rechnung gestellt würden (Kosarz & Broda, 2004).
Um auf diesem Feld vorwärts zu kommen, sind - neben Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen/Kliniken und allen weiteren an der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligten Institutionen - auch die Krankenkassen und politischen Entscheidungsträger gefordert. Statt kurzfristiger Einsparungen muss eine langfristige, gesamtgesellschaftliche Perspektive eingenommen werden und handlungsleitend sein. Leider musste aufgrund des enormen Umfangs der Forschungsarbeiten im Rahmen dieser Dissertation auf eine umfassende Darstellung dieses Themenbereichs verzichtet werden.

Einflussfaktoren auf die Behandlung

Bereits in Manuskript 1 und 2 und im Rahmen der Entwicklung evidenzbasierter allgemeiner und störungsspezifischer Behandlungsprinzipien (vgl. Abschnitt 2.2.5.) wurde die Notwendigkeit umfassender Moderator- und Mediatoranalysen angesprochen.
In diesem Zusammenhang sollten – neben der Berücksichtigung vielfältiger Patienten- und Therapeutencharakteristika – vor allem auch Aspekte der Behandlung selbst bzw. des therapeutischen Settings berücksichtigt werden. Aufgrund der Vielzahl relevanter Variablen und dazu verfügbarer, inhaltlich heterogener Überblicksarbeiten wurde im Rahmen der Einschlusskriterien für Studie 1 und 2 (vgl. Download-Anhang 1) entschieden, dieses Themenspektrum außen vor zu lassen. Dennoch liegen diesbezüglich für den Kinder- und Jugendbereich wenig systematische Untersuchungen vor, wie z.B. am unzureichenden Forschungsstand zur Dosis-Wirkungs-Beziehung deutlich wird (vgl. Manuskript 3). Weitere relevante, zu berücksichtigende Aspekte könnten z.B. die folgenden sein: Eltern-Kind-Beziehung, therapeutische Beziehung, elterliche (Nicht-)Unterstützung der Behandlung, elterliche Selbstwirksamkeit, Klientenerwartungen, Einfluss von Hausaufgaben zur Generalisierung des Gelernten, Einsatz von (telefonischen und schriftlichen) Behandlungserinnerungen, Hilfesuchverhalten des Patienten, Lesefähigkeit und Sprachverständnis, therapeutische Wahrnehmung bzw. Einschätzung des Behandlungsfalls.

Allgemeines Vorgehen

Kazdin (2002, 2003) bemängelt im Rahmen seiner Arbeiten – seines Erachtens als bedeutsamsten limitierenden Faktor der Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen – das Fehlen eines übergeordneten, die diversen Forschungsbemühungen systematisierenden Handlungsplans. Abbildung 5.2 stellt das von ihm vorgelegte allgemein gültige Modell dar (vgl. Kazdin, 2002, 2003; vgl. Download-Anhang 6), welches dazu beitragen soll, die im Bereich der Therapieforschung vorliegenden Wissenslücken sukzessive zu schließen (vgl. Kazdin, 2000). Auch für die individuelle Studienpla-

nung werden von ihm eine Vielzahl handlungsleitender Fragen und relevanter Outcome-Kriterien formuliert (vgl. Kazdin 2002, 2003; vgl. Download-Anhang 6).

Abbildung 5.2: Sechs Schritte zur Entwicklung effektiver Behandlungen (nach Kazdin, 2002, 2003)

1. Theorie und Forschung zum Wesen der klinischen Störung:

Ideen zu zentralen Charakteristika, Prozessen und Mechanismen, die mit der Entwicklung, dem Auftreten und dem Verlauf der Störung in Zusammenhang stehen. Bemühungen, diese Prozesse empirisch zu überprüfen.

2. Theorie und Forschung zu Veränderungsprozessen oder Behandlungsmechanismen:

Ideen zu Prozessen und Mechanismen, die der Wirkung einer Intervention mglw. zugrunde liegen bzw. zum Zusammenspiel zwischen Verfahren und zugrundeliegendem, relevantem Prozess. Studien zur Überprüfung der Frage, ob die Interventionstechniken, Methoden und Verfahren im Rahmen der Behandlung die im Modell propagierten kritischen Prozesse wirklich beeinflussen.

3. Behandlungsspezifizierung:

Operationalisierung von Behandlungsverfahren/spezifischen Prozeduren (am besten in Manualform), die beschreiben, wie die zentralen Prozesse verändert werden können. Damit steht das Verfahren beschreibende Material zur Verfügung, das dazu beiträgt, die Behandlungsintegrität zu evaluieren bzw. mögliche Replikationen in Forschung und Praxis durchzuführen.

4. Studien zum Behandlungserfolg:

Direkte Studien zur Wirkung/Wirksamkeit der Behandlung unter Berücksichtigung verschiedener Designs (z.B. offene Studien, Einzelfallstudien, klinische Studien) und verschiedener Studientypen (z.B. Komponentenanalysen, parametrische Studien, Vergleichsstudien).

5. Studien zu Moderatorvariablen:

Untersuchungen zu Charakteristika von Kind, Eltern, Familie und Kontext, die mglw. mit der Behandlung interagieren. Die Rahmenbedingungen bzw. Grenzen der Anwendbarkeit können durch Interaktionen (Behandlung x verschiedene Charakteristika) identifiziert werden.

6. Studien zu Generalisierbarkeit und Anwendbarkeit:

Untersuchungen zum Ausmaß, mit dem die Intervention effektiv auf verschiedene Probleme, Stichproben und Settings angewendet werden kann bzw. Untersuchungen zu Behandlungsvarianten. Der Fokus liegt explizit darauf festzustellen, ob die im Forschungssetting erhaltenen Ergebnisse auch unter anderen Umständen erzielt werden können.

Darüber hinausgehend betont Kazdin (2002, 2003) die Notwendigkeit, Forschungsfortschritte systematisch zu erfassen, um darauf aufbauend einen regelmäßigen Abgleich zwischen offenen Forschungsfragen und hinzugewonnenem Wissen durchzuführen bzw. in einem nächsten Schritt noch offene Forschungsfragen im Rahmen von weiteren Studien sukzessive klären zu können. Studie 1 und 2 leisten einen wesentlichen Beitrag zur Erfassung des aktuellen Forschungsstands und sind somit hoffentlich Anregung und Ausgangspunkt vieler weiterer, systematisch durchgeführter Studien.

5. Zusammenfassung

Die Psychotherapie stellt ein zentrales Feld der Krankenversorgung in Deutschland dar, sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche. In der Bundesrepublik Deutschland leiden etwa 10 Prozent der Kinder und Jugendlichen an seelischen Erkrankungen. Lebensqualität, Familienleben und Zukunftschancen der Betroffenen sind häufig massiv beeinträchtigt. Nicht nur der stetig ansteigende Bedarf an therapeutischen Interventionen im Kindes- und Jugendalter, sondern auch die zunehmende Zahl verfügbarer psycho- und pharmakotherapeutischer Ansätze unterstreichen die Notwendigkeit von fundierter Therapieforschung. Anspruch auf einen empirischen Wirksamkeitsnachweis haben vor allem die Patienten, aber auch diejenigen, die Psychotherapie finanzieren oder etwaige Folgekosten tragen. Die Beurteilung des Therapieerfolgs dient zudem der Eigenkontrolle des Therapeuten und der Weiterentwicklung therapeutischer Verfahren.
In den letzten Jahren findet sich international eine zunehmend umfangreichere und auch qualitativ verbesserte Therapieforschung bei Kindern und Jugendlichen, wenngleich die Anzahl der Studien mit Erwachsenen die Anzahl an Studien mit Kindern und Jugendlichen noch immer deutlich übersteigt. Durch die Fülle an empirischen Belegen gestaltet sich die Erfassung des aktuellen Forschungsstands jedoch zunehmend schwieriger. Die vorliegende Arbeit fasst die Ergebnisse zur Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungsansätze im Kindes- und Jugendalter, wie sie in Metaanalysen und Überblicksarbeiten im Zeitraum von 2000 bis heute untersucht wurden, zusammen. Dabei werden ausschließlich Arbeiten zu den vier häufigsten bzw. wichtigsten Störungsbildern Angst, Depression [Manuskript 1], ADHS und Störung des Sozialverhaltens [Manuskript 2] berücksichtigt. Neben der Analyse des Status quo der Therapieforschung werden offene Forschungsfragen, methodische Schwierigkeiten und wesentliche Implikationen ausführlich herausgearbeitet.

Für die Störungsgruppen ADHS und Depression liegen mehr Überblicksarbeiten als für Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens vor. Hinsichtlich der allgemeinen Forschungssituation lässt sich Folgendes festhalten: In Bezug auf *psychotherapeutische Interventionen* liegt für Angststörungen und Sozialverhaltensstörungen eine relativ große Datenbasis vor, die die Ableitung klarer, eindeutiger Schlussfolgerungen ermöglicht. Demgegenüber ist der Forschungsstand für depressive Störungen lückenhaft und unzureichend. Für ADHS findet sich ein deutlicher Mangel an neueren (über Elterntraining und behaviorale Interventionen hinausgehenden) Studien und Übersichtsarbeiten zu psychologisch-psychosozialen Interventionen. In Bezug auf *pharmakotherapeutische Behandlungsansätze* verfügt ADHS als einziges Störungsbild über eine relativ gute Datenbasis. Demgegenüber sind die für den Bereich der depressiven Störungen vorliegenden pharmakologischen Behandlungsoptionen nur mäßig effektiv bzw. der Einsatz von SSRI von der aktuellen Sicherheitsdebatte überlagert. Für Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens liegen bislang deutlich weniger pharmakotherapeutische Studien vor. Während der Einsatz von SSRI zur Behandlung von Angststörungen mittlerweile als empirisch gestützt gilt, ist die Befundlage im Bereich der Störungen des Sozialverhaltens als insuffizient einzustufen. Im Bereich der K*ombinationsbehandlung* liegen für ADHS die – relativ gesehen – besten Ergebnisse vor, über alle vier Störungsbilder hinweg ist die Datenlage jedoch als

unzureichend zu bewerten. Für drei der vier untersuchten Störungsbilder wird Psychotherapie als die wirksamste Methode beschrieben; nur bei ADHS ist die pharmakologische Behandlung (Stimulantien) effektiver. Die Kombination von psychologischer und pharmakologischer Behandlung ist eine wichtige Option bei ADHS und depressiven Störungen. In Bezug auf die Effektivität der verschiedenen Interventionen finden sich für Angststörungen und ADHS tendenziell große Effekte; die Wirksamkeit für die Behandlung von depressiven Störungen und Störung des Sozialverhaltens ist geringer (im Durchschnitt sind eher mittlere Behandlungseffekte erreichbar). Für alle vier Störungsbilder können empirisch fundierte Leitlinien und Therapieempfehlungen abgeleitet werden. Störungsspezifisch sowie störungsübergreifend liegen hinsichtlich von Studiendesign und -inhalt verschiedene inhaltliche und methodologische Defizite vor. Für die Zukunft bedarf es je nach Störungsbild und Behandlungsansatz eines unterschiedlichen Vorgehens: Ist die aktuelle Datenlage bislang als unzureichend zu bewerten, sind in erster Linie „efficacy"-Studien mit dem Ziel einer Klärung grundlegender Aspekte gefragt. Liegt bereits eine relativ große Datenbasis vor, sollte sich die Forschung vermehrt der Durchführung von „effectiveness"-Studien und einer Differenzierung/ Spezifizierung der bereits vorliegenden positiven Befunde widmen.

Der Wunsch nach und die Notwendigkeit einer verstärkten „effectiveness"-Forschung trägt der Tatsache Rechnung, dass bis heute unklar ist, in welchem Umfang im Laborsetting erwiesenermaßen wirksame Methoden auch in der Praxis zum Nutzen der Patienten angewendet werden können (Frage der Generalisierbarkeit) bzw. wie erfolgreich die psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungen in der praktischen Versorgung wirklich sind. Die vorliegende Arbeit [Manuskript 3] legt Daten zur Behandlungseffektivität ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Therapien im naturalistischen Setting („treatment as usual") vor, die in Deutschland bundesweit in Modellpraxen erhoben wurden. Für die Gesamtgruppe aller behandelten Patienten finden sich keine Behandlungseffekte; bei der Differenzierung nach den vier häufigsten Störungsbildern ergeben sich für Kinder und Jugendliche mit ADHS und Angststörungen kleine bis mittlere Behandlungseffekte. Die Ergebnisse dieser prospektiven Längsschnittstudie wurden dabei über Propensity-Score-Analysen, über die eine Randomisierung imitiert und die Kontrolle aller relevanten Kovariablen ermöglicht wird, abgesichert. Die Unterschiede in der Berechnung der Behandlungseffekte mit und ohne Propensity-Score-Analyse erweisen sich dabei als deutlich und unterstreichen die Notwendigkeit, dieses Analyseverfahren bei naturalistischen Studien vermehrt einzusetzen. Die erzielten Behandlungserfolge sind – gemessen an den aus „efficacy"-Studien berichteten Effektstärken – beachtlich und entsprechen in ihrer Störungsspezifität im Wesentlichen den Ergebnissen bereits vorliegender Arbeiten.
Nicht nur für die klinisch tätigen Praktiker, Patienten und Kostenträger, sondern auch für die Implementierung von Therapieprogrammen vom Laborsetting in die Praxis ist dieses Ergebnis als ermutigendes Zeichen zu werten. Trotz der Fülle an bereits vorliegenden, positiven Forschungsergebnissen bleibt die Aufgabe, vor die sich Psychotherapieforschung gestellt sieht, jedoch weiterhin enorm: Angesichts der Vielzahl von Störungsbildern, Therapiemethoden, Erfolgskriterien und Messmethoden sowie der riesigen Entwicklungsspannen, die im Kindes- und Jugendalter auftreten und Störungsbilder, Therapiemethoden und Messverfahren gleichermaßen beeinflussen, bedarf es in den nächsten Jahren einer Vielzahl weiterer Behandlungs- und Wirksamkeitsstudien.

6. Abstract

Psychotherapy describes a central field within the German health care system for adults as well as for children and adolescents. In the federal republic of Germany about 10% of children and adolescents are known to suffer from mental disorders. The quality of life and family life of these children are thereby often extremely reduced. Furthermore, the future prospects of children suffering from psychiatric disorders are often extremely limited. Not only the consistent demand of intervention in childhood and adolescence, but also the increasing number of available psycho- and pharmaco-therapeutic approaches underlines the relevance of profound research in the field of therapy. Patients as well as those who finance psychotherapy or those who bear eventual consequential charges are entitled to empirical attestation of effectiveness. Furthermore, assessment of therapy helps the therapist to monitor and improve the therapeutic performance.

Over the last years, a large and growing body of research on effectiveness of treatments for psychiatric disorders in childhood and adolescence has been published, even though the number of studies on adults vastly outnumbers those examining children and adolescents. The increase in the number of studies in general makes it difficult to get an overview on the current status of research. The aim of this work is to present an up-to-date summary on efficacy of psychological and psychiatric interventions in childhood and adolescence, published between 2000 and 2007. Article 1 and 2 are based on a systematic literature search of the existing meta-analyses and reviews disorders on the four most frequent child and adolescent psychiatric disorders: anxiety disorder, depression, ADHD, conduct disorder. Presentation of the results follows a dichotomous classification (internalizing vs. externalizing disorders), with article 1 reporting the results on anxiety disorders and depressive disorders and article 2 reporting the results on ADHD and conduct disorders. In addition to an up-to-date summary of treatment effects, an overview of open research questions, encompassing both content and methodological aspects, is given. Finally, important implications for research and practice are discussed.

The majority of reviews (published between 2000 and 2007) focuses on the treatment of depressive disorders and ADHD. In view of the current situation of research the following can be stated: There is a reasonable amount of data concerning *psychotherapeutic interventions* for anxiety disorders as well as for conduct disorders which enable clear deductions. In contrast to this the state of research in depressive disorder is fragmentary and insufficient. For ADHD there is an evident lack of recent studies or surveys in psychological-psychosocial interventions (beside those studies considering parental trainings and behavioural interventions). With regard to *pharmacotherapeutic therapy* ADHD is the only discorder wich is profoundly underpinned with database. The pharmacological treatment of depressive disorders on the other hand has only moderate effects and the use of SSRI is currently overlaid by the security debate. For anxiety disorders and conduct disorders there are still less pharmacological studies available. While the use of SSRI in treatment of anxiety disorder is empirically supported, there is insufficient knowledge within the area of conduct disorders. In the area of *combined treatment* (of pharmacological and psychological interventions) ADHD shows – relatively

speaking – the best results. Nevertheless for all four disorders database is still insufficient.

Only for ADHD, the use of medication (stimulants) is considered to be the most efficacious treatment option available. For the remaining three disorders, psychotherapy is recommended as the most effective treatment of choice. Combination of psychological and pharmacological treatments is an important option in ADHD and depressive disorders. Considering the efficacy, treatments for ADHD and anxiety disorders produce higher effect-sizes than interventions for depressive and conduct disorders (with medium effect sizes as average). Empirically supported treatment recommendations can be derived for anxiety disorders, depressive disorders, ADHD and conduct disorder. For all disorders and also in general, there are several desiderata (content and methodological aspects) to be incorporated in future research. For future reference there is a need for a differentiated approach (depending on kind of disorder and treatment approach): As the current database is considered to be insufficient, there is a need for efficacy studies aiming to clarify foundational aspects. If a relatively ample database is provided research should concentrate on effectiveness studies and a differentiation/specification of the available data.

During the past years and decades research primarily focused on efficacy studies, therefore the need for effectiveness studies was avowed. However, although controlled therapy studies at laboratory settings (efficacy studies) present evidence for the existence of efficient psychotherapeutic and pharmacotherapeutic treatment methods for most mental illnesses in children and adolescents, it is not clear to which extent these methods are applied in practice and how successful the psychotherapeutic and pharmaceutical treatments of outpatients are (effectiveness studies). The work presented here is intended as a first step towards addressing this deficit. We present data concerning the effectiveness of child and adolescent psychiatric therapies in an outpatient and naturalistic setting („treatment as usual“) as collected in German practices (article 3). Regarding the whole group of patients, no evidence for treatment effect is perceived. However, partitioning the group into four subgroups corresponding to four disorders we find small to moderate treatment effects for patients with ADHD and anxiety disorders. The findings of this prospective observational study are corroborated by propensity score analysis, a method whereby randomisation can be imitated, ensuring that relevant covariates are controlled. The difference between the calculation of treatment effects with and without propensity score analysis is substantial and underlines the necessity of using this method for analysing similar kinds of data. Compared to efficacy studies, the results of this investigation should be considered as remarkable. Treatment effects for the different specific disorders are comparable with results from previous studies.
Not only for clinicians but also for researchers trying to bridge the gap between research and practice as well as for patients and sponsors these results can be considered as very encouraging. In spite of the abundance of available positive research results the task of treatment research is still immense: In the light of the variety of disorders, methods of therapy, outcome citeria and methods of assessment as well as the immense range of developmental stages of children and adolescents which affect disorders, methods of therapy and methods of measurement likewise, there still is a need for plenty more studies in the field of treatment approaches as well as efficacy research during the next years.

7. Literatur

Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist 4/18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Afifi, T.O., Enns, M.W., Cox, B.J. & Martens, P.J. (2005). Investigating health correlates of adolescent depression in Canada. *Canadian Journal of Public Health, 96*, 427-431.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Practice Parameters for assessment and treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, whole supplement.

Angermeyer, M.C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-Bref. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.

Angold, A. & Costello, E.J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical and methodological issues. *American Journal of Psychiatry, 150,* 1779-1791.

Angold, A., Costello, E.J. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40*, 57-87.

Angold, A. & Costello, E.J. (2001). The epidemiology of disorders of conduct: Nosological issues and comorbidity (pp. 126-168). In Hill, J. & Maughan, B. (Hrsg.): *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Angold, A. & Costello, E.J. (2000). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 39-48.

Angst, J. (1997). Epidemiology of depression (pp. 17-30). In Honig, A. & van Praag, H.M. (Hrsg.): *Depression*. Chichester: Wiley.

APA (American Psychiatric Association) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

APA (American Psychiatric Association) (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV).* Göttingen: Hogrefe.

Barkley, R. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin, 121 (1)*, 65-94.

Baving, L. & Schmidt, M.H. (2001). Evaluierte Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie I. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2*9, 189-205.

Baving, L. & Schmidt, M.H. (2001). Evaluierte Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie II. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 29*, 206-220.

Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row.

Beelmann A. & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32 (2)*, 129-143.

Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kaufman, J., Dahl, R.E., Perel, J. & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 1427-1439.

Birmaher, B., Kaufman, J., Brent, D.A., Dahl, R.E., Perel, J.M., al-Shabbout, M., Nelson, B., Stull, S., Rao, U., Waterman, G.S., Williamson, D.E. & Ryan, N.D. (1997). Neuroendocrine response to 5-hydroxy-L-tryptophan in prepubertal children at high risk of major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry, 54*, 1113-1119.

Birmaher, B., Arbelatz, C. & Brent, D. (2002). Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 11*, 619-637.

Birmaher, B., Williamson, D.E., Dahl, R.E., Axelson, D.A., Kaufman, J., Dorn, L.D. & Ryan, N.D. (2004). Clinical presentation and course of depression in youth: does onset in childhood differ from onset in adolescence? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 63-70.

Blanz, B. (2007). Depressive Störungen (pp. 350-359). In: Mattejat, F. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. CIP-Medien: München.

Blazer, D.G., Kessler, R.C., McGonagle, K.A. & Swartz, M.S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry, 151*, 979-986.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Attachment.* 2. Auflage New York: Basic Books.

Brestan, E.V. & Eyberg, S.M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology, 27 (2)*, 180-189.

Brückl, T.N., Wittchen, H.U., Höfler, N., Pfister, H., Schneider, S. & Lieb, R. (2007). Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: Results from a community study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*, 47-56.

Brühl, B., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2000). Der Fremdbeurteilungsbogen für hyperkinetische Störungen (FBB-HKS) – Prävalenz hyperkinetischer Störungen im Elternurteil und psychometrische Kriterien. *Kindheit und Entwicklung, 9*, 115-125.

Campbell, S.B. (1990). *Behavior problems in preschool children*. New York: Guilford Press.

Carlson, G.A. & Cantwell, D.P. (1980). A survey of depressive symptoms, syndrome and disorder in a child psychiatric population. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 21*, 19-25.

Carr, A. (Ed.) (2000). *What works with Children and Adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families.* London, New York: Routledge.

Casey, R.J. & Berman, J.S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. Psychological *Bulletin, 98*, 388-400.

Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Chrits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J.P., Haaga, D.A., Bennet Johnson, S., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickler, T., Williams, D.A. & Woody, S.R. (1998). Update on empirically validated Therapies II. *The Clinical Psychologist, 51*, 3-15.

Chambless, D.L. & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 7-18.

Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685-716.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C.N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J. & Streuning, E.L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence. I: age and gender specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34*, 851-867.

Cooper, P.J. & Goodyer, I. (1993). A community study of depression in adolescent girls. II: The clinical features of identified disorder. *British Journal of Psychiatry, 163*, 374-380.

Costello, E.J., Foley, D.L. & Angold, A. (2006). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders. II: Developmental epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*, 8-25.

Dahl, R.E., Ryan, N.D., Birmaher, B., al-Shabbout, M., Williamson, D.E., Neidig, M., Nelson, B. & Puig-Antich, J. (1991). Electroencephalographic sleep measures in prepubertal depression. *Psychiatry Research, 38*, 201-214.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2000). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kinder- und Jugendalter*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Dodge, K.A. & Schwartz, D. (1997). Social information processing mechanisms in aggressive behaviour (pp. 171-180). In Stoff, D.M., Breiling, J. & Maser, J.D. (Hrsg.): *Handbook of antisocial behavior.* New York: Wiley.

Döpfner, M. (2003). Hyperkinetische Störungen (pp. 172-196). In Esser, G. (Hrsg.): *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters.* 2. Auflage. Stuttgart: Enke.

Döpfner, M. (2006). Prävention (pp. 691-701). In: Mattejat, F. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. CIP-Medien: München.

Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2005a). Störungen der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität (pp. 609-647). In Schlottke, P.F., Silbereisen, R.K., Schneider, S. & Lauth, G.W. (Hrsg): *Enzyklopädie der Psychologie, Serie II: Klinische Psychologie, Band 5: Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf.* Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2005b). Störungen der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität (pp. 613-665). In Schlottke, P.F., Silbereisen, R.K., Schneider, S. & Lauth, G.W. (Hrsg): *Enzyklopädie der Psychologie. Serie II: Klinische Psychologie, Band 5: Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf.* Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Döpfner, M., Frölich, J. & Lehmkuhl, G. (2000). *Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychiatrie. Band 1*. Göttingen: Hogrefe.

Donnelly, M., Haby, M.M., Carter, R., Andrews, G. & Vos, T. (2004). Cost-effectiveness of dexamphetamine and methylphenidate for the treatment of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*, 592-601.

Egle, U.T. & Hoffmann, S.O. (2000). Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend (pp. 3-22). In: Egle, U.T., Hoffmann, S.O. & Joraschky, P. (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung.* Stuttgart, New York: Schattauer.

Ellis, A. (1977). *Die rational-emotive Therapie*. München: Pfeiffer.

Englert, E., Jungmann, J., Lam, L., Wienand, F. & Poustka, F. (1998). Die Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Merkmalskatalog der Fachverbände für eine gemeinsame Basisdokumentation für Klinik und Praxis. *Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 27*, 129-146.

Essau, C., Conradt, J. & Reiss, B. (2004). Klassifikation, Epidemiologie und diagnostisches Vorgehen (pp. 79-102). In Schneider, S. (Hrsg.): *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Berlin: Springer.

Essau, C.A. (2003). Epidemiology and comorbidity (pp. 33-59). In: Essau, C. (Hrsg,): *Conduct and oppositional defiant disorders: Epidemiology, risk factors and treatment.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Essau, C.A., Conradt, J. & Petermann, F. (1998). Häufigkeit und Komorbidität sozialer Ängste und sozialer Phobien bei Jugendlichen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 66*, 524-530.

Esser, G. & Ballaschk, K. (2005). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Forschungsstand und Perspektiven. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 26 (Sonderheft 1)*, 19-39.

Eysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*, 319-324.

Federer, M., Margraf, J. & Schneider, S. (2000). Leiden schon Achtjährige an Panik? Prävalenzuntersuchung mit Schwerpunkt Panikstörung und Agoraphobie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 28*, 205-214.

Flament, M.F., Cohen, D., Choquet, M., Jeammet, P. & Ledoux, S. (2001). Phenomenology, psychosocial correlates and treatment seeking in major depression and dysthymia of adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 1070-1078.

Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J. & Kurtz, Z. (Eds.) (2002). *What works for whom? A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents.* London, New York: Guilford Press.

Gadow, K.D., Sprafkin, J.M. & Nolan, E. (2001). DSM-IV symptoms in community and clinical preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 1383-1392.

Garcia, M.R., Ryan, N.D., Rabinovitch, H., Ambrosini, P., Twomey, J., Iyengar, S., Novacenko, H., Nelson, B. & Puig-Antich, J. (1991). Thyroid stimulating hormone response to thyrotropin in prepubertal depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 398-406.

Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut, 40*, 130-145.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession.* 3. Auflage. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Haby, M.M., Tonge, B., Littlefield, L., Carter, R. & Vos, T. (2004). Cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy and selective serotonin reuptake inhibitors for major depression in children and adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*, 579-591.

Hahlweg, K. (1995). Zur Förderung und Verbreitung psychologischer Verfahren. Ein APA-Bericht. Editorial. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 24 (4)*, 275-284.

Haug, H.J. (1996). Affektive Störungen (pp. 38-54). In Freyberger, H.J. & Stieglitz, R.D. (Hrsg.): *Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie*. Basel: Karger.

Hautzinger, M. & Petermann, F. (2003). Depression im Kindes- und Jugendalter – Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung, 12*, 127-132.

Hibbs, E.D. (2001). Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry, 10 (Supplement 1)*, I3-I11

Howard, K.I., Moras, K., Brill, P.L., Martinovich, Z. & Lutz, W. (1996). Evaluation of Psychotherapy – Efficacy, Effectiveness and Patient Progress. *American Psychologist, 51 (10)*, 1059-1064.

Hunsley, J. & Lee, C.M. (2007). Research-Informed Benchmarks for Psychological Treatments: Efficacy Studies, Effectiveness Studies, and Beyond. *Professional Psychology, Research and Practice, 38*, 21-33.

Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. & Blanz, B. (2000). Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede psychischer Störungen vom Grundschul- bis ins frühe Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29*, 263-275.

Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlchterunterschiede. *Psychologische Rundschau, 53*, 159-169.

Ihle, W., Frenzel, T. & Esser, G.(2006). Epidemiologie und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (pp. 85-96). In: Mattejat, F. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien.* CIP-Medien: München.

Janowski, D.S. & Overstreet, D.H. (1995). The role of acetylcholine mechanisms in mood disorders (p. 945-955). In Bloom, F.E. & Kupfer, D.J. (Hrsg.): *Psychopharmacology: The fourth generation of progress.* New York: Raven Press.

Jensen, A.L. & Weisz, J.R. (2002). Assessing match and mismatch between practitioner-generated and standardized interview-generated diagnoses for clinic-referred children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psycholgy, 70 (1*), 158-168.

Jobson, K.O. & Potter, W.Z. (1995). International Psychopharmacology Algorithm Project Report. *Psychopharmacology Bulletin, 31*, 457-507.

John, K. (2005). *Inhaltsanalytisches Auswertungsschema zu Äußerungen über die Zufriedenheit mit kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen*. Marburg: Internes Arbeitspapier.

Kagan, J., Reznick, J.S. & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science, 240*, 167-171.

Kashani, J.H. & Carlson, G.A. (1987). Seriously depressed preschoolers. *American Journal of Psychiatry, 144*, 348-350.

Kashani, J.H., Carlson, G. A., Beck, N.C., Hoeper E.W., Corcoran, C.M., McAllister, J.A., Fallahi, C., Rosenberg, T.K. & Reid, J.C. (1987). Depression, depressive symptoms and depressed mood among a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry, 144*, 931-934.

Kaslow, N.J., Deering, C.G. & Racusin, G.R. (1994). Depressed children and their families. *Clinical Psychology Review, 14*, 39-59.

Kazdin, A.E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents: Directions for research and practice*. New York: Oxford University Press.

Kazdin, A.E. (2002). The State of Child and Adolescent Psychotherapy Research. *Child and Adolescent Mental Health*, 7 (2), 53-59.

Kazdin, A.E. (2003). Psychotherapy for Children and Adolescents. *Annual Review of Psychology*, 54, 253-276.

Kazdin, A.E., Bass, D., Ayers, W.A. & Rodgers, A. (1990). Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 729-740.

Keenan, K., Hipwell, A.; Duax, J., Stouthamer-Loeber, M. & Loeber, R. (2004). Phenomenology of depression in young girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 1098-1102.

Keller, M.B., Lavori, P.W., Wunder, J., Beradslee, W.R., Schwartz, C.E. & Roth, J. (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 595-599.

Kendall, P.C. & Ronan, K. (1990). Assessment of children's anxieties, fears and phobias: Cognitive-behavioral models and methods (pp. 223-244). In Reynolds, C.R. & Kamphaus, R.W. (Hrsg.): *Handbook of Psychological and Educational Assessment of Children. Vol. 2, Personality, Behavior and Context.* New York: Guilford Press.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R. & Walters, E.E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-602.

Kosarz, P. & Broda, P. (2004). .Prävention und Rehabilitation (pp. 229-241). In: Hiller, W-, Leibing, E-, Leichsenring, F. & Sulz, S.K.D. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie.* CIP-Medien: München.

Kovacs, M., Paulauskas, S., Gatsonis, C. & Richrads, C. (1988). Depressive disorders in childhood. III: A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *Journal of Affective Disorders, 15*, 205-217.

Kuschel, A., Ständer, D., Bertram, H., Heinrichs, N., Naumann, S. & Hahlweg, K. (2006). Prävalenz hyperkinetischer Symptome und Störungen im Vorschulalter – ein Vergleich zweier Diagnoseinstrumente. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 34*, 275-286.

Lambert, M.J., Hansen, N.B. & Finch, A.E. (2001). Patient-Focused Research: Using Patient Outcome Data to Enhance Treatment Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69 (2)*, 159-172.

Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M.H. (2000). Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit: Untersuchung zur Entwicklungspsychopathologie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29*, 284-292.

Lazarus, R.S., Averill, J. & Opton, E. (1974). The psychology of coping (pp. 249-315). In Coelho, G.V., Hamburg, D.A. & Adams, J.E. (Hrsg.): *Coping and adaptation*. New York: Basic Books.

Lehmkuhl, G. & Döpfner, M. (2007). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (pp. 214-229). In: Mattejat, F. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien.* CIP-Medien: München.

Leon, S.C., Kopta, S.M., Howard, K.I. & Lutz, W. (1999). Predicting Patients' Responses to Psychotherapy: Are Some More Predictable Than Others? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67 (5)*, 698-704.

Levitt, E. (1957). The results of psychotherapy with children: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 1189-1196.

Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. In Friedman, R.J. & Katz, M.M. (Hrsg.): *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Washington: Winston.

Lewinsohn, P.M., Hoberman, H., Teri, L. & Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. In Reiss, S. & Bootzin, R. (Hrsg.): *Theoretical issues in behavior therapy*. New York: Academic Press.

Lewinsohn, P.M., Rohde, P. & Seeley, J.R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors and clinical implications. *Clinical Psychological Review, 18*, 765-794.

Ling, W., Oftedal, G. & Weinberg, W. (1970). Depressive illness in childhood presenting as severe headache. *American Journal of Diseases in Children, 120*, 122-124.

Loeber, R., Burke, J.D., Lahey, B.B., Winters, A. & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 1468-1484.

Lueger, R.J., Howard, K.I., Martinovich, Z., Lutz, W., Anderson, E.E. & Grissom, G. (2001). Assessing Treatment Progress of Individual Patients Using Expected Treatment Response Models. *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 59 (2)*, 150-158.

Lutz, W., Martinovich, Z. & Howard, K.I. (1999). Patient Profiling: An Application of Random Coefficient Regression Models to Depicting the Response of a patient to Outpatient Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67 (4)*, 571-577.

Manassis, K. (2001). Child-parent-relations: Attachment and anxiety disorders (pp. 255-272). In Silverman, W.K. & Treffers, P.D.A. (Hrsg.): *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention.* New York: Cambridge University Press.

Mattejat, F. (2003). Entwicklungsorientierte Psychotherapie (pp. 264-304). In: Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M. & Warnke, A. (Hrsg.): *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen.* Stuttgart, New York: Schattauer.

Mattejat, F. (2006). Die Entwicklung der Kinderverhaltentherapie im geschichtlichen Zusammenhang (pp. 13-34), In: Mattejat, F. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien.* CIP-Medien: München.

Mattejat, F. (2007a). Individuelle Psychotherapie (pp. 45.64). In Remschmidt, H., Mattejat, F. & Warnke, A. (Hrsg.): *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis.* Stuttgart, New York: Thieme Verlag.

Mattejat, F. (2007b). Familienbezogene Interventionen (pp. 65-80). In Remschmidt, H., Mattejat, F. & Warnke, A. (Hrsg.): *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis.* Stuttgart, New York: Thieme Verlag.

Mattejat, F., Hirsch, O. & Remschmidt, H. (2003). Die Nutzung von Telefoninterviews für die Qualitätssicherung und Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Literaturübersicht und empirische Ergebnisse zur Teilnahmequote und zu möglichen Stichprobenverzerrung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 31*, 17-34.

Mattejat, F., Quaschner, K. & Remschmidt, H. (2006). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen: Definition, Prinzipien, Besonderheiten (pp. 3-12). In: Mattejat, F. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. CIP-Medien: München.

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1993). Evaluation von Therapien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB). *Zeitschrift für klinische Psychologie, 22*, 192-233.

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (1998). *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Handanweisung.* Göttingen: Hogrefe.

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2003). Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). In Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg.): *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden.* Göttingen: Hogrefe.

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2006). *ILK. Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Manual.* Bern: Huber.

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2005). Marburger Symptomskalen (MSS). In Strauß, B. & Schumacher, J. (Hrsg.): *Klinische Interviews und Ratingskalen*. Göttingen: Hogrefe.

Mattejat, F. & Remschmidt, H. (2006). *MSS. Marburger Symptomskalen*. Manual. Bern: Huber.

Mattejat, F., Trosse, M., John, K., Bachmann, M. & Remschmidt, H. (2006*). kjp-Qualität, Modellforschungsprojekt zur Qualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen – Abschlussbericht.* Marburg: Görich und Weiershäuser.

Matthys, W., van Engeland, H. & Resch, F. (2003). Störungen des Sozialverhaltens (pp. 754-773). In: Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M. & Warnke, A. (Hrsg.): *Entwicklungspsychiatrie.* Stuttgart: Schattauer Verlag.

McLennan, J.D., Wathen, C.N., MacMillan, H.L. & Lavis, J.N. (2006). Research-Practice Gaps in Child Mental Health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45 (6)*, 658-665.

Michael, K.D. & Crowley, S.L. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 22*, 247-269.

Mitchell, J., McCauley, E., Burke, P., Calederon, R. & Schloredt, K. (1989). Psychopathology in parents of depressed children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28*, 352-357.

Ollendick, T.H. & King, N.J. (2004). Empirically supported treatments for children and adolescents: Advances toward evidence-based practice (pp. 3-25). In: Barrett, P.M. & Ollendick, T.H. (Hrsg.): *Interventions that work with children and adolescents: Prevention and treatment.* New York: Wiley.

Orlinsky, D.E. & Howard, J.U. (1986). Process and outcome in psychotherapy (pp. 311-384). In: Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (Hrsg.): *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. 3rd ed. New York: Wiley.

Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, R. (1994). Process and outcome in psychotherapy (pp. 270-376). In: Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (Hrsg.): *Handbook of psychotherapy and behaviour change.* 4th ed. London: Wiley.

Patterson, G.R., Reid, J.B. & Dishion, T.J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene: Castalia.

Pelham, W.E., Wheeler, T. & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*, 190-205.

Petermann, F. & Petermann, U. (2000a). *Erfassungsbogen für aggressives Verhalten in konkreten Situationen (EAS-J, EAS-M; 4., neu normierte Auflage).* Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F. & Petermann, U. (2000b). *Aggressionsdiagnostik*. Göttingen: Hogrefe.

Petermann, F. & Petermann, U. (2005). *Training mit aggressiven Kindern.* 11. völlig veränderte Auflage. Weinheim: Beltz/Psychologie VerlagsUnion.

Prochaska, J.O. & Marcus, B.H. (1994). The transtheoretical model: Applications to exercise (pp. 161-180). In Dishman, R.K. (Hrsg.): *Advances in exercise adherence.* Campaign: Human Kinetics Publishers.

Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (1999). Why don't continents move? Why don't people change? *Journal of Psychotherapy Integration, 9*, 83-102.

Quaschner, K. & Theisen, F.M. (2007). Störungen des Sozialverhaltens (pp. 337-349). In: Mattejat, F. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien.* CIP-Medien: München.

Rapee, R.M. (2001). The development of generalized anxiety. In Vasey, M.W. & Dadds, M.R. (Hrsg.): *The developmental psychopathology of anxiety.* New York: Oxford Press.

Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy, 8*, 787-804.

Remschmidt, H. & Mattejat, F. (2001). The component model of treatment in child and adolescent psychiatry and psychotherapy. *European Child and Adolescent Psychiatry, 9 (Supplement)*, 26-45.

Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (Hrsg.) (2001). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. 4. Auflage. Bern: Huber.

Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (Hrsg.) (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV.* 5. Auflage. Bern, Göttingen: Huber.

Remschmidt, H. & Schmidt, M.H. (2000). Störungsbilder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (pp. 103-202). In: Helmchen, H., Henn, F., Lauter, H. & Sartorius, N. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart.* 4. Auflage, Band 3: Psychiatrie spezieller Lebenssituationen. Berlin: Springer.

Resch, F., Mattegat, F. & Remschmidt, H. (2006). Entwicklungspsychopathologie (pp. 73-83). In: Mattejat, F. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien.* CIP-Medien: München.

Riemann, D. & Schmidt, M.H. (1993). REM sleep distribution in adolescents with major depression and schizophrenia. *Sleep Research, 22*, 554.
Robbins, D.R., Alessi, N.E., Cook, S.C., Poznanski, E.O. & Yanchyshyn, G.W. (1982). The use of the research diagnostic criteria (RDC) for depression in adolescent psychiatric inpatients. Journal of the *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 21*, 251-255.

Roberts, R.E., Lewinsohn, P.M. & Seeley, J.R. (1995). Symptoms of DSM-III-R major depression in adolescence: evidence from an epidemiological survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 1608-1617.

Rohde, P., Lewinsohn, P.M. & Seeley, J.R. (1994). Are adolescents changed by an episode of major depression? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 3*, 1289-1298.

Roth, A. & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.

Rutter, M. (1991). Age changes in depressive disorders: Some developmental considerations (pp. 273-300). In Garber, J. & Dodge, K.A. (Hrsg.): *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation.* Cambridge: Cambridge University Press.

Ryan, N.D., Birmaher, B., Perel, J.M., Dahl, R.E., Meyer, V., al-Shabbout, M., Iyengar, S. & Puig-Antich, J. (1992). Neuroendocrine response to L-5-hydroxytryptophan challenge in prepubertal major depression. Depressed vs. normal children. *Archives of General Psychiatry, 49*, 843-851.

Sbandi, P., Richter, R., Bedenbecker, C., Mosheim, R., Angerer, C., Kofler, R., Zimmermann, A. & Springer-Kremser, M. (1993). *Beschreibung und Bewertung von Evaluationsmethoden im Bereich der Psychotherapie: Eine Untersuchung der deutschsprachigen Literatur der letzten zehn Jahre.* Wien: Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung.

Schmidt, M.H. (2007). Klassifikation psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen (pp. 3-10). In Remschmidt, H., Mattejat, F. & Warnke, A. (Hrsg.): *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis.* Stuttgart, New York: Thieme Verlag.

Schmidt, M.H. & Göpel, C. (2003). Risikofaktoren kindlicher Entwicklung und Verlaufsprinzipien kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen (pp. 305-314). In: Herpertz-Dahlmenn, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M. & Warnke, A. (Hrsg.*): Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen.* Stuttgart: Schattauer.

Schöb, A. (2001). *Die Wohlfahrtssurveys 1978 bis 1998. Zeitreihen zur Wohlfahrtsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland.* Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.

Schneider, S. (2005). Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 26 (3),* 305-316.

Schneider, S. (2007). Angststörungen und Phobien (F 93) (pp. 251-264). In: Mattejat, F. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 4: Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien.* CIP-Medien: München.

Seiffge-Krenke, I. (1993). Depressive Verstimmungen im Jugendalter: Der relative Beitrag von familiären und Freundschaftsbeziehungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 22*, 117-136.

Seligman, M.E.P. (1975). *Learned helplessness*. San Francisco: Freeman.

Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M.K., Davies, M., Piacentini, J., Schwab-Stone, M.E., Lahey, B.B., Bourdon, K., Jensen, P.S., Bird, H.R., Canino, G. & Regier, D.A. (1996). The NIMH diagnostic interview schedule for children version 2.3: Description, acceptability, prevalence rates and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 865-877.

Shih, R.A., Belmonte, P.L. & Zandi, P.P. (2004). A review of the evidence from family, twin and adoption studies for a genetic contribution to adult psychiatric disorders. *International Review of Psychiatry, 16*, 260-283.

Smith, M., Glass, C. & Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: J. Hopkins University Press.

Smith, M. & Glass, C. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32*, 752-760.

Spirito, A. (1999) (Hrsg.). Empirically supported treatments in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology, 24*, 87-174 (special issue).

Statistisches Bundesamt (1999). *Demographische Standards, Methoden und Verfahren, Entwicklungen*, Gruppe IB, Wiesbaden.

Steinhausen, H.C., Winkler-Metzke, C., Meier, M. & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich epidemiological study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 98*, 262-271.

Wade, T.J., Cairney, J. & Pevalin, D.J. (2002). Emergence of gender differences in depression during adolescents: National panel results from three countries. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 190-198.

Warnke, A. & Wewetzer, C. (2007). Medikamentöse Therapie (pp. 30-44). In Remschmidt, H., Mattejat, F. & Warnke, A. (Hrsg.): *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis.* Stuttgart, New York: Thieme Verlag.

Weersing, V.R. & Weisz, J.R. (2002). Community Clinic Treatment of Depressed Youth: Benchmarking Usual Care Against CBT Clinical Trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70 (2)*, 299-310.

Weiss, B., Catron, T., Harris, V. & Phung, T.M. (1999). The Effectiveness of Traditional Child Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67 (1)*, 82-94.

Weiss, B., Catron, T. & Harris, V. (2000). A 2-Year Follow-Up of the Effectiveness of Tradiotional Child Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68 (6)*, 1094-1101.

Weisz, J.R., Donenberg, G.R., Han, S.S. & Kauneckis, D. (1995a). Child and Adolescent Psychotherapy Outcomes in Experiments versus Clinics: Why the Disparity? *Journal of Abnormal Child Psychology, 23 (1)*, 83-106.

Weisz, J.R., Donenberg, G.R., Han, S.S. & Weiss, B. (1995b). Bridging the Gap Between Laboratory and Clinic in Child and Adolescent Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63 (5)*, 688-701

Weisz, J.R. & Jensen, P.S. (1999). Efficacy and Effectiveness of Child and Adolescent Psychotherapy and Pharmacotherapy. *Mental Health Services and Research, 1 (3)*, 125-157.

Weisz, J.R. & Jensen, A.L. (2001). Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the filed. *European Child and Adolescent Psychiatry, 10*, I12-I18.

Weisz, J.R., Jensen-Doss, A. & Hawley, K.M. (2005). Youth Psychotherapy Outcome Research: A Review and Critique of the Evidence Base. *Annual Review of Psychology, 56*, 337-363.

Weisz, J.R., Weiss, B., Alicke, M.D. & Klotz, M.L. (1987). Effectiveness of Psychotherapy with Children and Adolescents: A Meta-Analysis for Clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 542-549.

Weisz, J.R., Weiss, B. & Donenberg, G.R. (1992). The Lab Versus the Clinic – Effects of Child and Adolescent Psychotherapy. *American Psychologist, 47 (12)*, 1578-1585.

Weisz, J.R., Weiss, B., Han, S.S., Granger, D.A. & Morton, T. (1995). Effects of Psychotherapy with Children and Adolescents Revisited: A Meta-Analysis of Treatment Outcome Studies. *Psychological Bulletin, 117*, 450-468.

Weisz, J.R., Hawley, K.M. & Jensen-Doss, A. (2004). Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 13*, 729-815.

Weisz, J.R., McCarty, C.A. & Valeri, S.M. (2006). Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin, 132 (1)*, 132-149.

Weisz, J. & Weiss, B. (1993). *The effects of psychotherapy with children and adolescents*. London: Sage.

WHO (World Health Organization), Weltgesundheitsorganisation (2006). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien.* Herausgeber: Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. & Schulte-Markwort, E.. Bern, Göttingen, Seattle, Toronto: Verlag Hans Huber.

Williamson, D.E., Birmaher, B., Anderson, B.P., al-Shabbout, M. & Ryan, N.D. (1995). Stressful life events in depressed adolescents: The role of dependent events during the depressive episode. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 591-598.

Wittchen, H.U., Nelson, C.B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine, 28*, 109-126.

Wolpert, M., Fuggle, P., Cotrell, D., Fonagy, P., Phillips, J., Pilling, S., Stein, S. & Target, M. (2006). *Drawing on the evidence*. London: CAMHS Publications.

Woodward, L.J. & Fergusson, D.M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 1086-1093.

8. Danksagung

Eine Arbeit wie diese entsteht nicht allein. An dieser Stelle möchte ich ganz besonders den Menschen danken, die mich und dieses Promotionsprojekt in den letzten Jahren begleitet haben:

- Herrn Prof. Dr. Fritz Mattejat für die Überlassung des Themas, für sein Vertrauen in meine Arbeit, die stets freundlichen, wohlwollenden Begegnungen, seine geduldige, umfangreiche und konstruktive Anleitung sowie motivierende Unterstützung insbesondere in der Schlussphase dieses Projekts
- Herrn Prof. Dr. Bernd Röhrle sowie Herrn Prof. Dr. Winfried Rief für die unkomplizierte Unterstützung meines Promotionsverfahrens
- allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Arbeitsgruppe „kjp-Lebensqualität“ und der Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg für ihre fachliche und kollegiale Unterstützung bei der Planung, Durchführung und Auswertung dieses Projekts – namentlich Dr. Monika Heinzel-Gutenbrunner, Udo König, Katja John, Maria Trosse, Daleen de Lange, Jan Pauschardt und Frau Elisabeth Goy
- allen an dieser Studie beteiligten Patienten, Patientinnen und ihren Eltern, welche durch ihre bereitwillige Teilnahme an den zahlreichen Befragungen dieses Projekt überhaupt erst ermöglicht haben
- meinem Freund und Ehemann Burghard für seine Liebe und Konstanz, ein immer offenes Ohr, emotionale und praktische Unterstützung in allen Lebenslagen, alle persönlichen und finanziellen Freiräume und das Mittragen der Mehrfachbelastung durch Wissenschaft und Praxis
- meinen Eltern für ihre nicht zu bemessende jahrelange Unterstützung, Begleitung und Liebe sowie ihr Interesse an mir und meiner Arbeit
- meinen Geschwistern David und Christian für ihre liebevolle Begleitung, freundliche Anteilnahme, alle Inspirationen, motivierende Gespräche, fachliche Hilfestellung und Beratung
- unserer Lebensgemeinschaft – Christian, Tabea, Simon, Kristin und Sven – für ihre Freundschaft, Unterstützung und gemeinsame Visionen, Träume und Pläne jenseits der Arbeit
- vielen weiteren Freunden und Verwandten, die mich in den Höhen und Tiefen der vergangenen Promotionsjahre begleitet und ermutigt haben
- SDG.

9. Manuskripte

Manuskript 1

Bachmann, M., Bachmann, C., Rief, W. & Mattejat, F. (im Druck, 2008). Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen – Eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews – Teil I: Angststö-rungen und depressive Störungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*.

[Efficacy of psychiatric and psychotherapeutic interventions in children and adolescents with psychiatric disorders - A systematic evaluation of meta-analyses and reviews. Part I: Anxiety disorders and depressive disorders]

Mareile Bachmann[1], Christian Bachmann[1], Winfried Rief[2] und Fritz Mattejat[1]

[1] Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg
[2] AG Klinische Psychologie und Psychotherapie, Fachbereich Psychologie, Universität Marburg

ZUSAMMENFASSUNG:

Fragestellung: In den letzten Jahren hat die Forschung zur Wirksamkeit von Therapien bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen erfreulicherweise einen starken Aufschwung genommen. Mittlerweile liegen sehr viele Reviews und Metaanalysen zu den Forschungsergebnissen vor, so dass es schwer ist, einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu gewinnen. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die vorliegenden Reviews und Metaanalysen in systematischer Weise auszuwerten, um den aktuellen Ergebnisstand der Therapie-Wirksamkeitsforschung bei den vier häufigsten psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen (Angststörungen, depressive Störungen, ADHS, Störungen des Sozialverhaltens) zusammenfassend zu charakterisieren.

Methodik: Grundlage der vorliegenden Arbeit war eine systematische Literaturrecherche; in die Auswertung wurden 112 Metaanalysen bzw. Reviews zur Wirksamkeit psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlungsansätze im Kindes- und Jugendalter eingeschlossen, die zwischen den Jahren 2000 und 2007 publiziert wurden. Die Auswertung der 112 Übersichtsarbeiten wurde anhand von explizit definierten Kriterien durchgeführt. Die Ergebnisdarstellung orientiert sich schwerpunktmäßig an der Unterteilung in internalisierende und externalisierende Störungen. In Teil I werden die Ergebnisse zu Angststörungen und depressiven Störungen dargestellt.

Ergebnisse: Bezogen auf den Publikationszeitraum von 2000 bis 2007 liegen die meisten Reviews und Metaanalysen für ADHS und depressive Störungen vor. Für drei der vier untersuchten Störungsbilder wird Psychotherapie als die wirksamste Methode beschrieben, nur bei ADHS ist pharmakologische Behandlung (Stimulantien) effektiver. Die Kombination von psychologischer und pharmakologischer Behandlung ist eine wichtige Option bei ADHS und depressiven Störungen. In Bezug auf die Wirksamkeit verschiedener Behandlungen finden sich für Angststörungen und ADHS die höchsten Effektstärken, die Effektivität in der Behandlung depressiver Störungen und Störungen des Sozialverhaltens ist geringer. Für alle vier Störungsbilder sowie störungsübergreifend sind eine Reihe von inhaltlichen und methodologischen Forschungsdefiziten zu konstatieren.

Diskussion: Für alle beschriebenen Störungsgruppen können empirisch gut fundierte Empfehlungen für die Therapie abgeleitet werden. Es ist außerdem erkennbar, welche Forschungsfragen für die Zukunft von vorrangiger Bedeutung sind.

Schlüsselwörter: Übersichtsarbeit, Metaanalyse, Wirksamkeit, Therapie, Angststörungen, depressive Störungen, Kinder, Jugendliche

ABSTRACT:

Objective: Over the last years, a large and growing body of research on effectiveness of treatments for psychiatric disorders in childhood and adolescence has been published, making it difficult to get an overview on the current status of research. The aim of this article is to systematically review the existing meta-analyses and reviews disorders on the four most frequent child and adolescent psychiatric disorders (anxiety disorder, depression, ADHD, conduct disorder) and to present an up-to-date summary on treatment effects for those disorders.

Methods: This article is based on a systematic literature search, which produced 112 meta-analyses and reviews on efficacy of psychological and psychiatric interventions in childhood and adolescence, published between 2000 and 2007. The articles resulting from the literature search were evaluated according to clearly defined criteria. Presentation of the results follows a dichotomous classification (internalizing vs. externalizing disorders), with Part I of this article reporting the results on anxiety disorders and depressive disorders.

Results: The majority of reviews (published between 2000 and 2007) focuses on the treatment of depressive disorders and ADHD. Only for ADHD, the use of medication (stimulants) is considered to be the most efficacious treatment option available. For the remaining three disorders, psychotherapy is recommended as the most effective treatment of choice. Combination of psychological and pharmacological treatments is an important option in ADHD and depressive disorders. Considering the efficacy, treatments for ADHD and anxiety disorders produce higher effect-sizes than do interventions for depressive and conduct disorders. For all disorders, there are several desiderata (content and methodological aspects) to be incorporated in future research.

Discussion: Empirically supported treatment recommendations can be derived for anxiety disorders, depressive disorders, ADHD and conduct disorders. Finally, important implications for research and practice are discussed.

Key words: review, meta-analysis, efficacy, therapy, anxiety disorders, depressive disorders, children, adolescents

FRAGESTELLUNG

International findet sich heute eine umfangreiche Literatur zur Therapieforschung. Auch im Bereich der Kinder- und Jugendlichentherapie ist in den letzten Jahren und Jahrzehnten erfreulicherweise eine deutliche Zunahme an Forschungsarbeiten zu verzeichnen, obwohl die Anzahl der Studien mit Erwachsenen die Anzahl an Studien mit Kindern und Jugendlichen noch immer weit übersteigt (Schneider, 2005). Neben diesem quantitativen Fortschritt lässt sich auch in qualitativer Hinsicht eine kontinuierliche Verbesserung der Studien feststellen (Döpfner 2006; Weisz et al., 2006). Darauf aufbauend wurden in den letzten Jahren mithilfe von Kriterien für empirische Evidenz entsprechende empirisch bewährte Interventionen identifiziert und evidenzbasierte Leitlinien zur Therapie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter entwickelt (AACAP, 2008; DGKJPP, 2007; Wolpert et al, 2006).

Aufgrund der Fülle von empirischen Belegen, die in den letzten Jahren im Bereich der Therapieforschung bei Kindern und Jugendlichen zusammengetragen wurden, erweist es sich als zunehmend schwieriger, einen Überblick über aktuelle Entwicklungen, effektive Interventionen und Therapieempfehlungen zu behalten. Vielfach wird über narrative Überblicksarbeiten und Metaanalysen versucht, die verschiedenen Ergebnisse zusammenzufassen, handhabbar zu machen und wichtige Schlussfolgerungen für die zukünftige Forschung und Praxis abzuleiten. Jedoch ist auch die Vielzahl an vorliegenden Metaanalysen und systematischen Reviews kaum mehr überschaubar.

Hier setzt der vorliegende Beitrag an: Ziel dieser Arbeit ist die systematische Auswertung von aktuellen Metaanalysen und Reviews zur Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen, um den heutigen Forschungsstand in komprimierter Form zur Darstellung zu bringen. Hierbei wollen wir uns auf die Problembereiche bzw. Störungsbilder konzentrieren, die bei Kindern und Jugendlichen am häufigsten vorkommen (Ravens-Sieberer et al., 2007; Robert-Koch-Institut, 2007):

- Angststörungen (z.B. soziale Phobie, GAS) [1],
- depressive Störungen/Probleme (z.B. depressive Episoden, Dysthymie)
- Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)
- Störungen des Sozialverhaltens einschließlich oppositioneller Verhaltensstörungen.

Bei der Darstellung der Forschungsergebnisse beziehen wir uns (ähnlich wie Weisz et al. 2004, 2005) ausschließlich auf diese vier Störungsbilder.

[1] Im vorliegenden Text wird eine große Zahl von gebräuchlichen Abkürzungen verwendet. Das Verzeichnis der im Text verwendeten Abkürzungen ist dem Download-Anhang 1 zu entnehmen.

METHODIK

Literaturrecherche und Einschlusskriterien: Zur Identifikation der in Frage kommenden Überblicksarbeiten wurden für den Zeitraum Januar 2000 bis August 2007 umfangreiche Literaturrecherchen in den einschlägigen Datenbanken (PsychInfo, Medline, Cochrane Library) durchgeführt. Ausgehend von der beschriebenen Zielsetzung wurden für die Arbeiten, die im Rahmen der vorliegenden Auswertung berücksichtigt werden sollen, die folgenden *Hauptauswahlkriterien* festgelegt:

- Publikationszeitraum der berücksichtigten Arbeiten zwischen 01/2000 und 08/2007;
- Metaanalysen und systematische Reviews;
- Bezugnahme auf Wirksamkeitsstudien;
- Inhalt der Therapiestudien: psychotherapeutische bzw. psychologisch-psychosoziale[2] Interventionen, Psychopharmakotherapie oder Kombinationsbehandlungen[3]
- Bezugnahme auf die vier Störungsbilder Angststörungen, depressive Störungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), Störungen des Sozialverhaltens (SSV)
- Bezugnahme auf Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren (oder Differenzierung der Ergebnisse nach Kindern/Jugendlichen vs. Erwachsenen möglich)

Ausgeschlossen blieben Arbeiten, die sich auf angrenzende oder störungsspezifische Randgebiete bezogen. In unsere Auswertung haben wir außerdem nur solche Arbeiten eingeschlossen, die in englischer oder deutscher Sprache publiziert wurden (*ergänzende Kriterien*). Im Download-Anhang 1 sind die verschiedenen Kriterien differenziert erläutert und operationalisiert.

Im Rahmen des Rechercheprozesses wurde ein mehrschrittiges Vorgehen gewählt: (1) In Anlehnung an die dargestellten Einschlusskriterien wurden als relevant erachtete und online im Gesamttext verfügbare Artikel zunächst durch einen Reviewer identifiziert und ggf. in die Arbeit eingeschlossen. (2) In einem zweiten Schritt wurden die Abstracts der potentiell als relevant erachteten, jedoch online im Volltext nicht verfügbaren Artikel von zwei Reviewern durchgesehen und potentiell einzuschließende Artikel (ab 2005) im Volltext bestellt. (3) In einem dritten Schritt wurden diese Arbeiten von einem Reviewer durchgesehen und ggf. in die Arbeit eingeschlossen. Entscheidungen zu Artikeln, die die Einschlusskriterien nicht eindeutig erfüllten, bzw. zu fraglich relevanten Abstracts wurden von beiden Reviewern gemeinsam diskutiert und schließlich als Konsensentscheidung getroffen. Das für die Artikelbestellung formulierte und veränderte Zeitkriterium (ab 2005) trägt der Tatsache Rechnung, dass eine Fülle relevanter Arbeiten vorliegt, so dass in diesem Fall eine Beschränkung ausschließlich auf die aktuellsten Artikel vorgenommen wurde. Trotz dieser Eingrenzung kann – ausgehend von der Vielzahl bereits online im Gesamttext vorliegender und in diese Arbeit eingeschlossener Artikel – vom Vorliegen eines repräsentativen Studienpools ausgegangen werden. (4) In einem vierten Schritt wurden zusätzlich zu den Reviews und Metaanalysen, die die Einschlusskriterien erfüllten, *deutschsprachige Arbeiten* auch dann eingeschlossen, wenn die Mehrzahl der Einschlusskriterien (jedoch nicht alle) erfüllt wurden (N=10). Zudem wurden einige weitere Arbeiten in die vorliegende Auswertung aufgenommen (N=14), die die vorgegebenen Einschlusskriterien nicht 100%ig

[2] In der vorliegenden Arbeit verwenden wir die Begriffe „Psychotherapie“, „psychotherapeutische Intervention“ und „psychologisch-psychosoziale Intervention“ synonym (= breite Begriffsdefinition von „Psychotherapie“).

[3] Als „Kombinationsbehandlungen“ bezeichnen wir die Therapien, in denen medikamentöse und psychologisch-psychosoziale Interventionen kombiniert werden.

erfüllen, jedoch eine wichtige inhaltliche Ergänzung dieses Reviews darstellen: Es handelt sich dabei im Wesentlichen um *zentrale, bekannte und häufig zitierte Übersichtsarbeiten*, die die Einschlusskriterien dieser Überblicksarbeit jedoch nicht erfüllten.

Probleme beim Rechercheprozess: Im Verlauf der Recherche traten eine Vielzahl von Problemen auf, die im Folgenden nur überblicksartig beschreiben werden sollen:

- Insgesamt liegt eine Fülle relevanter Arbeiten vor. Die Recherchen in PsychInfo und Medline führten zu fast 17.000 Treffern (inkl. Dubletten; vgl. Abbildung 1), die einen kaum mehr überschaubaren Literaturumfang repräsentieren.
- Erschwerend kommt hinzu, dass sich eine Eingrenzung der Suchbegriffe schwierig gestaltet, da relevante Artikel nicht entsprechend verschlagwortet bzw. nicht unter einem einheitlichen Begriff zu finden sind. Eine Eingrenzung auf spezifische Begriffe führt dazu, dass viele relevante Studien nicht mehr identifiziert werden, beim Rückgriff auf globale Suchbegriffe werden demgegenüber mehrere Tausend Treffer gefunden, die kaum mehr ausgewertet werden können. Zudem sind Artikelüberschriften häufig nicht griffig und eindeutig formuliert, so dass Artikel nur schwer als für die Thematik relevante Reviews identifizierbar sind. Knapp 70% der im Volltext durchgesehenen Artikel waren trotz Durchsicht der Abstracts von 2 Reviewern im Rahmen dieser Arbeit „unbrauchbar", d.h. systematische Reviews waren alleine über die Durchsicht von Abstracts kaum von allgemeinen Übersichtsarbeiten unterscheidbar.
- Die Tatsache, dass eine Vielzahl von Artikeln nicht online, sondern ausschließlich über den Postweg erhältlich ist, erweist sich im Rahmen von Literaturrecherchen ebenfalls als hinderlich.

Auch der Umfang der operational definierten Einschlusskriterien (vgl. Download-Anhang 1) deutet darauf hin, wie schwierig sich die Erstellung von *systematischen* Literaturauswertungen gestaltet bzw. welcher personellen und finanziellen Mittel es bedarf, umfangreiche Übersichten anzufertigen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde aufgrund des enormen Literaturumfangs beispielsweise (trotz der Relevanz des Themas) auf die Darstellung des aktuellen Forschungsstands im Bereich Prävention verzichtet und darüber hinausgehend im zweiten Schritt des Rechercheprozesses eine Beschränkung auf aktuellere Artikel (ab 2005) vorgenommen.

Berücksichtigte Überblicksarbeiten: Die Abbildung 1 vermittelt einen komprimierten Überblick über das Ergebnis der Literaturrecherche und -auswahl. Im Download-Anhang finden sich genauere Angaben hierzu (Tabelle A 1.2 bis A 1.4) und eine Liste der eingeschlossenen Arbeiten (Tabelle A 1.5 und A 1.6).

******Hier etwa Abb. 1 einfügen******

Insgesamt wurden 112 Überblicksarbeiten in die Auswertung eingeschlossen: 38 Metaanalysen (MA), 69 systematische Reviews (R) und 5 aus Metaanalyse und systematischem Review (R/MA) kombinierte Arbeiten. Somit liegen etwa doppelt so viele Reviews wie Metaanalysen vor. Da sich einige der Arbeiten auf mehrere Störungsbilder beziehen, ist die Summe der nach Störungsbild aufgeschlüsselten Arbeiten höher als die Gesamtzahl der Übersichtsarbeiten. Gliedert man die Arbeiten darüber hinausgehend noch nach den verschiedenen Behandlungsformen („Psychologisch-psychosoziale Interventionen", „Pharmakothera-

pie“ und „Kombinationsbehandlung“) auf, resultiert eine noch höhere Gesamtsumme (N=214), da sich viele Übersichtsarbeiten auf mehrere Behandlungsformen beziehen (siehe Tabelle 1; vgl. hierzu auch den Download-Anhang 1).

******Hier etwa Tabelle 1 einfügen******

Für die Störungsgruppen ADHS und Depression (N=68 und N=60) finden sich etwas mehr Überblicksarbeiten als für Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens (N=46 und N=40). Bei jedem einzelnen Störungsbild liegen deutlich mehr systematische Reviews als Metaanalysen vor. Im Bereich der psychologisch-psychosozialen Interventionen findet sich bei den verschiedenen Störungsbildern eine im Wesentlichen vergleichbare Anzahl von Überblicksarbeiten (N=31 bis N=35). Im Bereich der Pharmakotherapie ergibt sich ein anderes Bild: Für Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens liegen nur wenige (N=9 und N=8), für ADHS und depressive Störungen (N= 28 bzw. N=26) demgegenüber eine Vielzahl von Reviews und Metaanalysen vor. Diesbezüglich muss jedoch einschränkend bemerkt werden, dass sich die Vielzahl der zur Pharmakotherapie bei Depression vorliegenden Metaanalysen aus der umfangreichen Sicherheitsdebatte zum Einsatz von SSRI ergibt. Von wenigen Ausnahmen abgesehen wird lediglich im Bereich der Behandlung von ADHS auf die Durchführung von Kombinationsbehandlungen Bezug genommen; auch die einzige Metaanalyse, die sich speziell auf das Thema „Kombinationsbehandlung“ konzentriert, ist diesem Störungsbereich zuzuordnen (Majewicz & Carlson, 2007).

In Bezug auf die Metaanalysen wird inhaltlich eine klare Struktur erkennbar: Für den Bereich der Depressionen liegen sowohl viele Arbeiten zur psychotherapeutischen (N=6) als auch zur pharmakologischen (N=8) Behandlung vor. Auch für ADHS liegen viele Arbeiten zur Pharmakotherapie vor (N=9), demgegenüber ist der Bereich der Psychotherapie deutlich schlechter beschrieben (N=2). Für die Gruppe der Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens zeigt sich ein miteinander vergleichbares Bild. In beiden Fällen liegen zur psychologisch-psychosozialen Behandlung (N=6 bzw. N=9) deutlich mehr Metaanalysen als zur Pharmakotherapie vor; letzterer Bereich ist jeweils nur durch 2 bzw. 1 Metaanalysen abgedeckt.

Beschreibung und Analyse der eingeschlossenen Arbeiten: Als Ausgangspunkt für die vorliegende Arbeit wurden die 112 ausgewählten Reviews und Metaanalysen systematisch ausgewertet. Hierzu wurde für jede der 112 Übersichtsarbeiten ein Arbeitsblatt erstellt, in das Inhalt, Methode und Ergebnisse der jeweiligen Arbeit eingetragen wurde (vgl. hierzu Download-Anhang 2 „Auswertungsmethode“ und Anhang 6 „Auswertungsblätter“). Zur Beschreibung der *quantitativen Wirksamkeit* wurden gesonderte tabellarische Übersichten erstellt, die neben den berichteten Effektstärken Angaben zur dem jeweiligen Effektstärkemaß zugrundeliegenden Berechnungsvariante bzw. zur der Wirksamkeitsanalyse zugrundeliegenden Vergleichsgruppe enthalten. Dabei ist zu beachten, dass der Effektstärkenberechnung über die verschiedenen Metaanalysen hinweg z.T. sehr unterschiedliche Formeln zugrunde liegen, so dass ein direkter Vergleich der dargestellten Werte häufig nur schwer möglich ist (vgl. Hartmann & Herzog, 1995; vgl. Download-Anhang 2). Werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit Effektstärken berichtet, handelt es sich in der Regel um EG-KG-Vergleiche mit passiven KG (d.h. Warteliste oder Placebo); liegen andere ES-Varianten vor, ist dies explizit gekennzeichnet.

Systematische Auswertung der eingeschlossenen Arbeiten: In einem nächsten Schritt wurden anhand der vorliegenden Auswertungsblätter zwei Formen der systematischen Auswertung vorgenommen. Zum einen wurde eine Auswertung durchgeführt, die sich ausschließlich auf die aktuellsten und methodisch besten Metaanalysen bezieht (Auswertung orientiert an eng definierten Kriterien); zum anderen wurde eine umfassende Auswertung aller in die vorliegende Arbeit eingeschlossenen Reviews und Metaanalysen (Auswertung orientiert an weit gefassten Kriterien) erstellt.

Für die systematische Auswertung nach eng definierten Kriterien (methodisch gute und aktuelle Metaanalysen) wurden innerhalb der Gruppe der Metaanalysen die besten und aktuellsten Arbeiten nach operational definierten Kriterien ausgewählt (siehe hierzu genauer Download-Anhang 2 und Download-Anhang 4). Hierbei ergab sich der folgende Befund: Für die Störungsbilder Angst, Depression und Störungen des Sozialverhaltens liegen hochwertige und aktuelle Metaanalysen zu *psychologisch-psychosozialen bzw. psychotherapeutischen Interventionen* vor. Für depressive Störungen sowie ADHS sind außerdem gute Referenzarbeiten im Bereich der *Pharmakotherapie* verfügbar. Demgegenüber fehlt es an entsprechenden aktuellen Metaanalysen zu psychologisch-psychosozialen Interventionen bei ADHS; außerdem fehlen entsprechende Metaanalysen zur pharmakotherapeutischen Behandlung bei Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens. Teilweise finden sich in den ausgewählten Metaanalysen nach Untergruppen aufgeschlüsselte Ergebnisse: Im Bereich der Angststörungen werden differenzierte Aussagen zur Wirksamkeit von Phobien vs. anderen Angststörungen vorgelegt; für den Bereich der depressiven Störungen finden sich differenzierte Ergebnisse zur Behandlungseffektivität bei Kindern vs. Jugendlichen bzw. (zum Teil) bei unterschiedlichen Schweregraden. Andere wünschenswerte Differenzierungen aber finden sich in den Metaanalysen nicht: Es findet sich keine Unterscheidung der metaanalytischen Ergebnisse für ADHS-Patienten mit bzw. ohne Störung des Sozialverhaltens; bei den Störungen des Sozialverhaltens fehlt eine Differenzierung der Ergebnisse nach dem Alter der Kinder (Kinder vs. Jugendliche). Die Ergebnisse der Auswertung nach eng definierten Kriterien sind im Download-Anhang dargestellt (vgl. Download-Anhang 4). Aus Platzgründen können wir leider an dieser Stelle nicht genauer hierauf eingehen; inhaltlich konvergieren sie weitgehend mit der systematischen Auswertung nach breit definierten Kriterien, die wir im Folgenden etwas ausführlicher darstellen.

Grundlage für die systematische Auswertung nach breit definierten Kriterien waren die Auswertungsblätter aller eingeschlossenen systematischen Reviews und Metaanalysen. Ausgehend von diesen Auswertungsblättern wurden die wichtigsten Ergebnisse der Metaanalysen bzw. Reviews für jedes Störungsbild in komprimierter tabellarischer Form zusammengestellt (vgl. störungsspezifische Tabellen).

Im Rahmen dieses Auswertungsansatzes werden die Ergebnisse der Metaanalysen/Reviews nach einer Reihe von Aspekten aufgeschlüsselt. Dabei steht die Frage nach der Evidenzbasierung im Zentrum: „Für welche Interventionen ist die Wirksamkeit empirisch nachgewiesen?“ bzw. „Welche Interventionen können als evidenzbasiert gelten?“. Zur Charakterisierung der psychotherapeutischen Interventionen verwenden wir die folgende Sprachregelung[4]:

[4] Für die Charakterisierung der pharmakotherapeutischen Ansätze verwenden wir nur die Kategorien „gut bestätigt“ und „bestätigt mit Einschränkungen“.

- Als *„Gut bestätigt“* bezeichnen wir solche Interventionen, die die APA-Kriterien (Chambless et al., 1998) für „well-established treatments“ erfüllen (das sind solche Interventionen, deren Wirksamkeit durch mehrere methodisch hochwertige randomisierte kontrollierte Studien aus unabhängigen Studiengruppen nachgewiesen ist) und deren empirische Validierung in keiner der von uns berücksichtigten Meta-analysen bzw. Reviews angezweifelt wird (Konsens bezüglich der empirischen Validierung).
- Als *„Bestätigt mit Einschränkungen“* bezeichnen wir solche Interventionen, deren Wirksamkeit zwar durch mehrere methodisch hochwertige randomisierte kontrollierte Studien nachgewiesen ist (nach APA-Kriterien „well-established treatments“ oder mindestens „probably efficacious treatments“), bei denen aber gewisse Vorbehalte bzw. Einschränkungen (z.B. bezüglich der Effektstärke) zu berücksichtigen sind.
- Als *„Weitere mögliche Ansätze“* werden solche Interventionen bezeichnet, für die bereits vereinzelt Wirksamkeitsnachweise vorliegen, wobei allerdings die Anzahl und der inhaltliche Umfang (z.B. Störungsspektrum) der methodisch hochwertigen randomisierten kontrollierten Studien noch zu gering ist, um gültige und hinreichend präzise Schlussfolgerungen zur Wirksamkeit beim jeweiligen Störungsbild zu erlauben. Bei sämtlichen Störungsbildern fallen Behandlungsansätze, die sich als psychoanalytisch bzw. psychodynamisch definieren, noch in diese Kategorie ebenso wie die klientenzentrierte Gesprächs- und Spieltherapie.
- Die Zuordnung zu den genannten Kategorien ist in der Regel unproblematisch, da die ausgewerteten Metaanalysen und Reviews eine relativ hohe Konvergenz aufweisen; falls sich zwischen den von uns ausgewerteten Metaanalysen/Reviews doch Divergenzen ergeben, so werden diese in der Kategorie *„Unklarheiten/Divergenzen“* ausdrücklich angeführt.

Bei der inhaltlichen Beschreibung der wirksamen Interventionen orientieren wir uns nicht an den traditionellen Therapieschulen. Ein solches Vorgehen könnte der Erkenntnislage nicht mehr gerecht werden, denn die Einteilung nach den klassischen Therapieschulen (z.B. psychoanalytische, verhaltenstherapeutische, humanistische, systemische Therapie) ist zu grob und zu ungenau, um die Forschungsergebnisse in aussagekräftiger Weise abbilden zu können[5]. Wir versuchen vielmehr, die evidenzbasierten Interventionen genauer zu beschreiben; eine genauere Beschreibung stößt allerdings schnell an ihre Grenzen, da in den von uns ausgewerteten Metaanalysen und Reviews zur Beschreibung der Interventionen noch relativ große bzw. umfassende Kategorien verwendet werden. Für die Darstellung der wirksamen Interventionen greifen wir die folgenden Begriffe aus den ausgewerteten Übersichtsarbeiten auf:

- Behaviorale Interventionen (patientenfokussiert),
- Kognitiv-behaviorale Interventionen/Therapie (CBT; patientenfokussiert),

[5] Am Beispiel von familiensystemischen Ansätzen kann exemplarisch aufgezeigt werden, dass eine Orientierung an der traditionellen Schuleinteilung die Erkenntnislage nicht adäquat abbilden kann: Für Störungen des Sozialverhaltens sind multisystemische bzw. multidimensionale Ansätze wie z.B. die „multisystemische Therapie“ oder auch familientherapeutische Ansätze wie z.B. die „Funktionale Familientherapie“ empirisch validiert. Die empirische Validierung dieser Behandlungsansätze wird in einer neueren Übersichtsarbeit als Beleg für die „Wirksamkeit der Systemischen Therapie / Familientherapie“ angeführt (v. Sydow et al., 2006). Dies ist sehr kritisch zu sehen, da die genannten empirisch validierten Therapieansätze wenig Ähnlichkeiten mit den Interventionsmethoden der systemischen Therapie (s. z.B. v. Sydow et al., 2007, S. 22-25) aufweisen. Die empirische Evidenz spricht keinesfalls für die generelle Wirksamkeit „der systemischen Therapie“ bei Störungen des Sozialverhaltens, sondern für ganz bestimmte gezielte und genau spezifizierbare Interventionen, die auf mehreren Systemebenen (biologischer Organismus, Individuum, Familien, weiteres Umfeld) ansetzen und bei denen in der Regel hochstrukturierte und behaviorale Methoden eingesetzt werden.

- Interpersonale Therapie (IPT),
- Strukturiertes Elterntraining,
- Elterneinbezug, Coaching der Eltern, Familienmanagement,
- Multisystemische bzw. mehrdimensionale Familieninterventionen.

Da diese Begriffe zum Teil immer noch relativ umfassend sind, versuchen wir - soweit dies möglich ist - die Interventionen u.a. in der Rubrik „Wahrscheinlich wirksame Teilkomponenten“ noch genauer zu spezifizieren.

ERGEBNISSE

Angststörungen: Für diese Störungsgruppe liegen im Zeitraum von 2000 bis 2007 insgesamt 36 systematische Reviews, 8 Metaanalysen und 2 aus Review und Metaanalyse kombinierte Übersichtsarbeiten vor. Betrachtet man die Ergebnisse bzw. Schlussfolgerungen der einzelnen Arbeiten, ergibt sich fast durchweg ein konvergentes Bild. Die bedeutsamsten Aspekte sind in der folgenden Tabelle 2 zusammengefasst.

******Hier etwa Tabelle 2 einfügen******

Divergenz besteht vor allem hinsichtlich des Einbezugs der Familie in den Therapieprozess: Möglicherweise erweist sich Elterntraining nur bei jüngeren Kindern, bei ängstlichen Eltern und bestimmten Störungsbildern (z.B. Trennungsangst) als hilfreich (Barmish & Kendall, 2005). Zukünftige Forschung muss somit klären, welche Charakteristika von Kind und Eltern einen Einbezug der Familie nahe legen bzw. wann dieser eher als ungünstig erachtet wird. Dazu bedarf es insgesamt deutlich mehr Studien zu dieser Thematik, weiterer Moderatorenanalysen (Alter, Diagnose, elterliche Psychopathologie) und einer verbesserten Studienqualität (vgl. Barmish & Kendall, 2005). Auch zur Frage des Vorliegens von Alterseffekten bei der Behandlung von Angststörungen mit Antidepressiva liegen widersprüchliche Ergebnisse vor (tendentiell höhere Effekte bei Jugendlichen ggü. Kindern vs. kein Vorliegen von Alterseffekten). Möglicherweise ist dieses Ergebnis auch durch die höhere Prävalenz von Trennungsangst bei Kindern zu erklären, welche auf Antidepressiva nicht so gut anzusprechen scheint wie die anderen Angststörungen. Eine weitere, bislang nicht abschließend zu beantwortende Frage ist die nach dem Vorliegen methodenspezifischer vs. allgemeiner methodenunspezifischer Effekte, v.a. im Bereich kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen (vgl. u.a. Spielmans et al., 2007; Prins & Ollendick, 2003).

In Bezug auf die vorliegenden empirischen Ergebnisse können wir zusammenfassend festhalten: Psychotherapien der ersten Wahl bei Phobien und Angststörungen sind die kognitive Verhaltenstherapie mit oder ohne Elterntraining bzw. behaviorale Interventionen (wenngleich die zugrundeliegenden Mechanismen noch nicht identifiziert werden konnten). Bei CBT handelt es sich bislang um den einzigen Behandlungsansatz, der sich in der Akut- ebenso wie in der Langzeitbehandlung als effektiv erwiesen hat. Darüber hinausgehend liegen vielversprechende Ergebnisse auch für die Pharmakotherapie vor: SSRI sind in der pharmakologischen Kurzzeittherapie von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter derzeit die Methode

der Wahl und können insbesondere im Rahmen einer Kombinationsbehandlung eingesetzt werden. Neben diesen Belegen für die Wirksamkeit sowohl von medikamentöser als auch von psychotherapeutischer Monotherapie finden sich auch Hinweise auf die Effektivität von nicht-behavioralen Interventionen, klientenzentrierten/non-direktiven Verfahren, Spieltherapie und sehr einfachen Interventionen (wie z.B. Entspannungstraining).

Zum Forschungsstand kann festgehalten werden, dass die verhaltenstherapeutische Psychotherapieforschung zu Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter (mit Ausnahme von Zwangsstörung und PTBS) über eine eine relativ große Datenbasis verfügt. Dabei weisen die Studien relativ gute methodologische Standards auf (Vorliegen von RCT-Studien, Einsatz klinischer Interviews zur Bestimmung des Diagnosestatus, Gleichverteilung der Geschlechter, gute Dokumentation demographischer Variablen, differenzierte Outcome-Erhebung durch verschiedene Informationsquellen und Instrumente).

Depressive Störungen: Für diese Störungsgruppe liegen im Zeitraum von 2000 bis 2007 insgesamt 44 systematische Reviews, 14 Metaanalysen sowie 2 aus Review und Metaanalyse kombinierte Übersichtsarbeiten vor. In der Zusammenschau der Ergebnisse aus Reviews und Metaanalysen ergibt sich – anders als bei den Angststörungen – eine deutlich schlechtere, lückenhafte empirische Datenbasis in Bezug auf Anzahl und Qualität der Studien, die u.a. Ausdruck einer deutlich kürzeren Forschungsgeschichte ist. Allein anhand der vorliegenden Studien wird deutlich, dass sich die Therapieforschung zu depressiven Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen über die letzten knapp 10 Jahre zwar rapide entwickelt hat, sich jedoch immer noch in den Anfängen befindet, dass insgesamt wenig systematisch geforscht wurde und über die letzten Jahre hinweg immer wieder neue, die Behandlungsleitlinien verändernde Ergebnisse hinzukamen. Für viele Fragestellungen ergibt sich so ein unvollständiges und oft widersprüchliches Bild. Den relativ neuen Metaanalysen von Weisz et al. (2006) und Watanabe et al. (2007) kommt für den Bereich der Psychotherapieforschung deshalb eine besonders hohe Integrationskraft hinsichtlich der bisherigen Ergebnisse zu. Die wichtigsten Ergebnisse sind in der Tabelle 3 zusammengefasst. Auf eine umfassende Darstellung des aktuellen Forschungsstands zur SSRI-Sicherheitsdebatte muss an dieser Stelle aus Platzgründen verzichtet werden, detailliertere Ergebnisse sind dem Download-Anhang zu entnehmen (vgl. Download-Anhang 5).

Für einen großen Teil der vielen im Rahmen der alltäglichen Versorgungspraxis eingesetzten Interventionen liegen bislang keine RCT-Studien vor. CBT und behaviorale Interventionen sind derzeit am besten erforscht, zu IPT und Familieninterventionen gibt es deutlich weniger Studien. Außerdem sind wenige der bisherigen Ergebnisse repliziert und viele Forschungsfragen weiterhin offen. Vor allem die Forderung nach längeren FU-Intervallen und größeren Stichproben mit dem Ziel einer Verbesserung der Daten- und Analysegrundlage steht im Raum. Auch eine erhöhte Transparenz und verbesserte Zusammenarbeit mit Pharmaunternehmen wird angemahnt, um unveröffentlichtes Datenmaterial zu erhalten, mit bereits publizierten Studien zu vergleichen und der Gefahr einer unzureichenden, fehlerhaften Leitlinienentwicklung vorzubeugen (Whittington et al., 2004).

Hier etwa Tabelle 3 einfügen

Divergenzen bestehen – wie bereits angedeutet – in einer Vielzahl von Bereichen; wir kommen auf sie bei der Charakterisierung des allgemeinen Forschungsstandes zurück. Die Divergenzen, die sich auf einzelne, gut abgrenzbare Fragestellungen beziehen, sind in Tabelle 3 explizit angegeben. Hierunter fallen widersprüchliche Befunde zur Frage von Alterseffekten (vermutlich aus schwierigen methodologischen Klassifikationskriterien resultierend; vgl. Michael et al., 2005), zum Nutzen von Elterneinbezug, zur relativen Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Behandlungsansätze und dem Stellenwert von Kombinationsbehandlungen. Betrachtet man die Überblicksarbeiten unter besonderer Berücksichtigung der Effektstärken, finden sich zwischen den ES-Angaben älterer (Michael et al., 2002) und neuerer Metaanalysen (Weisz et al., 2006) deutliche Unterschiede. Weisz et al. (2006) diskutieren eine Vielzahl relevanter methodischer Faktoren, die die Gültigkeit der zuletzt von dieser Arbeitsgruppe berichten ES-Höhe für Psychotherapie bei Depression (ca. d=0.40) begründen sollen.

Zusammenfassend lässt sich in Bezug auf die vorliegenden empirischen Ergebnisse folgendes festhalten: Für das Kindesalter ist die Basis der Evidenzbasierung noch etwas schmal, für das Jugendalter können aufgrund erwiesener Wirksamkeit als Psychotherapieformen CBT und IPT sowie als Pharmakotherapie die Gabe von SSRI empfohlen werden. Dabei liegen für CBT in der Behandlung von depressiven Kindern und Jugendlichen höhere Effekte als für SSRI vor. Generell liegt die Wirksamkeit von CBT im Kindes- und Jugendalter jedoch deutlich unter der in der Behandlung Erwachsener erzielten Effektivität, welche ca. doppelt so hoch ist. Mit Blick auf eine Behandlungsempfehlung stellen bei leichten und mittelschweren Depressionen psychotherapeutische Behandlungsansätze (v.a. CBT, auch für IPT findet sich trotz weniger Studien eine ermutigende Befundlage) die Therapie der Wahl dar, schwere depressive Störungen werden besser über eine Kombinationsbehandlung (CBT/IPT und SSRI) therapiert. Fluoxetin hat derzeit das günstigste Nutzen-Risiko-Verhältnis. Dabei ist mit einer Wirklatenz von zwei Wochen zu rechnen, innerhalb derer engmaschiges Monitoring erfolgen sollte. Ferner sollte mit Patient und Eltern über Suizidalität und Sicherheitsmanagement gesprochen werden; bei entsprechenden Nebenwirkungen ist das Medikament abzusetzen bzw. die Dosis zu reduzieren.

Unter Berücksichtigung differentieller Effekte scheinen in der Tendenz Jugendliche sowohl von Medikation als auch von psychosozialen Interventionen mehr zu profitieren als Kinder, da viele Behandlungsansätze ihrer Struktur (z.B. CBT) und ihrem Entwicklungsstand (z.B. Verhältnis zwischen serotonergem und noradrenergem System) deutlich besser entsprechen. Andere differentielle Effekte (z.B. Einfluss von Alter, Geschlecht, Komorbidität, Symptomschwere, Elterneinbezug/-training) sind bislang noch ungeklärt, die empirischen Ergebnisse sind widersprüchlich und uneindeutig. Insbesondere angesichts der wachsenden, bei Mädchen und Jungen jedoch unterschiedlichen Prävalenzraten besteht ein hoher Bedarf an weiterführenden Studien zu dieser Thematik.
Auch mit Blick auf die mit depressiven Erkrankungen verbundene Chronizität, Morbidität und Mortalität ist der aktuelle Forschungsstand unzureichend und besorgniserregend: Viele Forschungsfragen zur Behandlung depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter sind immer noch unklar und die in Leitlinien verfügbaren Behandlungsempfehlungen empirisch nicht hinreichend abgesichert. Obwohl wahrscheinlich

die meisten Jugendlichen mit MDD eine Behandlung erhalten, ist zu befürchten, dass die alltägliche Versorgung dieser Jugendlichen weit hinter den durch empirische Daten gestützten Leitlinien zurückbleibt und dass nur wenige verfügbare Ärzte bzw. Psychotherapeuten die jeweils aktuellen Behandlungsstandards beherrschen (Ryan, 2005).

Der Forschung zu einem potentiell erhöhten Suizidrisiko unter SSRI-Behandlung kam in den letzten Jahren eine besondere Bedeutung zu. Allein im Rahmen des vorliegenden Reviews befassen sich 12 Studien ausführlich mit dieser Thematik (vgl. auch Download-Anhang 5). Dennoch kann die Frage nach der potentiell erhöhten Suizidaliät im Rahmen von SSRI-Behandlungen ohne das Vorliegen adäquater, explizit zur Beantwortung dieser Thematik konzipierter und die bisherigen methodischen Schwächen umgehender Studien nicht abschließend geklärt werden. Der derzeitige Trend geht dahin, ausgehend vom aktuellen Forschungsstand – unter bestimmten Rahmenbedingungen – an einer SSRI-Behandlung (als Behandlungsoption der zweiten Wahl und unter Rückgriff auf spezifische Substanzen) festzuhalten. Empfohlen wird eine sorgfältige (Familien-)Anamnese, ein intensives und engmaschiges Monitoring insbesondere zu Behandlungsbeginn (um etwaige negative Entwicklungen rechtzeitig zu erkennen), ein langsames Einschleichen der Antidepressiva-Behandlung und eine ausführliche, schriftlich dokumentierte Aufklärung von Patient und Eltern (zu Risiko und Nutzen von (Nicht-)Behandlung). Die Frage, ob sich eine die Pharmakotherapie ergänzende CBT ggü. der Entwicklung suizidaler Ideen als protektiv erweisen könnte, ist derzeit noch offen und muss durch weitere Studien abgeklärt werden. Psychotherapeutische Interventionen sind derzeit die primäre Methode der Wahl, gerade angesichts der bereits beschriebenen ungeklärten Forschungslage zur Psychopharmakologie. Gleichzeitig deuten erste Ergebnisse auf die Überlegenheit einer Kombinationsbehandlung hin, bislang allerdings ohne ausreichende empirische Fundierung.

Auch die Tatsache, dass die Effekte der Therapie von Depression bei Kindern und Jugendlichen tendentiell unter den Effektstärken anderer Störungsbilder liegen, spiegelt den Bedarf einer Entwicklung effektiverer Behandlungsmethoden wider. Aktuell fokussieren beispielsweise die meisten Studien auf Akut-/ Kurzzeitbehandlung, obwohl v.a. die Langzeitbehandlung von großer Relevanz ist und langfristig wirksame Interventionsstrategien in der Behandlung depressiver Kinder und Jugendlicher bisher fehlen. Als weitere Strategien, die zur Entwicklung wirksamerer Behandlungsansätze beitragen könnten, werden folgende Aspekte diskutiert: substantielle Verbesserung spezifischer Therapiemanuale; Entwicklung neuer, speziell für Kinder entwickelte Konzepte - im Gegensatz zur oft praktizierten schlichten Anpassung von Therapien aus dem Bereich der Erwachsenenpsychotherapie mit z.T. deutlich geringerer Effektivität (z.B. CBT, TZA); Kombination verschiedener effektiver Interventionen zu einem neuen „Interventionspaket“; vermehrte Forschung zur Kombinationsbehandlung (Psycho- und Pharmakotherapie); Fokussierung auf die wenigen vorhandenen Interventionen mit erwiesenermaßen hohen ES; (angesichts des anders als erhofft nur mäßigen Potentials der CBT als bisherigem Forschungsschwerpunkt) Erweiterung/Verlagerung der Forschung hin zu nichtkognitiven Behandlungsansätzen oder alternativen Psychotherapiemodellen. Auch neuere Ansätze, z.B. Überlegungen zur Betreuung depressiver Jugendlicher in der Primärversorgung (vgl. Stein et al., 2006) sollten im Blick behalten werden. Eine zusammenfassende Diskussion der dargestellten Ergebnisse zu Angststörungen und depressiven Störungen ist dem Teil II dieser Arbeit (Bachmann et al., 2008) zu entnehmen.

LITERATUR

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice Parameters (2008). www.aacap.org/cs/root/member_information/practice_information/practice_parameters/practice_parameters . Letzter Zugriff 05/2008

Bachmann, M., Bachmann, C., Rief, W., Mattejat, F. (2008). Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen: Eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews. Teil II: ADHS und Störungen des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (im Druck).

Barmish, A.J. & Kendall, P.C. (2005). Should parents Be Co-Clients in Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Youth? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34 (3),* 569-581.

Bridge, J.A., Iyengar, S., Salary, C.B., Barbe, R.P., Birmaher, B., Pincus, H.A., Ren, L. & Brent, D.A. (2007). Clinical Response and Risk for Reported Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Pediatric Antidepressant Treatment. A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Medical Association, 297 (15),* 1683-1696.

Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Chrits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J.P., Haaga, D.A., Bennet Johnson, S., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickler, T., Williams, D.A. & Woody, S.R. (1998). Update on empirically validated Therapies II. *The Clinical Psychologist, 51*, 3-15.

Cheung, A.H., Emslie, G.J. & Mayes, T.L. (2005). Review of the efficacy and safety of antidepressants in youth depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46 (7),* 735-754.

Cheung, A.H., Emslie, G.J. & Mayes, T.L. (2006). The use of antidepressants to treat depression in children and adolescents. *Canadian Medical Association Journal, 174 (2),* 193-200.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* 2nd edition Hillsdale, NY: Erlbaum.

Courtney, D.B. (2004). Selective Serotonin Reuptake Inhibitor and Venlafaxine Use in Children and Adolescents With Major Depressive Disorder: A Systematic Review of Published Randomized Controlled Trials. *Canadian Journal of Psychiatry, 49 (8),* 557-563.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (2007). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage.

Döpfner, M. (2006). Therapieforschung - Methoden und Ergebnisse. In: F. Mattejat (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (pp. 97-108). München: CIP Verlag.

Hartmann, A. & Herzog, T. (1995). Varianten der Effektstärkenberechnung in Meta-Analysen: Kommt es zu variablen Ergebnissen? *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 24 (4),* 337-343.

Hetrick, S., Merry, S., McKenzie, J., Sindahl, P. & Proctor, M. (2007). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007*.

Holtmann, M., Bölte, S. & Poustka, F. (2006). Suizidalität bei depressiven Kindern und Jugendlichen unter Behandlung von selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern. Review und Metaanalyse verfügbarer placebokontrollierter Doppelblindstudien. *Nervenarzt, 77,* 1332-1337.

Jureidini, J.N., Doecke, C.J., Mansfield, P.R., Haby, M.M., Menkes, D.B. & Tonkin, A.L. (2004). Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *British Medical Journal, 328,* 879-883.

Majewicz-Hefley, A. & Carlson, J.S. (2007). A Meta-Analysis of Combined Treatments for Children Diagnosed With ADHD. *Journal of Attention Disorders, 10,* 239-250.

March, J.S., Klee, B.J. & Kremer, C.M.E. (2006). Treatment Benefit and the Risk of Suicidality in Multicenter, Randomized, Controlled Trials of Sertraline in Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 16 (1/2),* 91-102.

Michael, K.D. & Crowley, S.L. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 22,* 247-269.

Michael, K.D., Huelsman, T.J. & Crowley, S.L. (2005). Interventions for Child and Adolescent Depression: Do Professional Therapists Produce Better Results? *Journal of Child and Family Studies, 14 (2),* 223-236.

Prins, P.J.M. & Ollendick, T.H. (2003). Cognitive Change and Enhanced Coping: Missing Mediational Links in Cognitive Behavior Therapy With Anxiety-Disordered Children. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6 (2),* 87-105.

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS*). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50,* 871-878.

Reinblatt, S.P. & Riddle, M.A. (2007). The pharmacological management of childhood anxiety disorders: a review. *Psychopharmacology, 191,* 67-86.

Robert-Koch-Institut (2007). Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KIGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50 (5/6).*

Ryan, N.D. (2005). Treatment of depression in children and adolescents. *Lancet, 366,* 933-940.

Schneider, S. (2005). Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 26 (3),* 305-316.

Sharp, S.C. & Hellings, J.A. (2006). Efficacy and Safety of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in the Treatment of Depression in Children and Adolescents. Practitioner Review. *Clinical Drug Investigation, 26 (5),* 247-255.

Spielmans, 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

Stein. R.E.K., Zitner, L.E. & Jensen, P.S. (2006). Interventions for Adolescent Depression in Primary Care. *Pediatrics, 118,* 669-682.

von Sydow, K., Beher, S., Retzlaff, R., Schweitzer, J. (2007). *Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie / Familientherapie.* Göttingen: Hogrefe.

von Sydow, K., Beher, S., Schweitzer-Rothers, J. & Retzlaff, R. (2006). Systemische Familientherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters. Eine Metainhaltsanalyse von 47 randomisierten Primärstudien. *Psychotherapeut, 51,* 107-143.

Wallace, A.E., Neily, J., Weeks, W.B. & Friedman, M.J. (2006). A Cumulative Meta-Analysis of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Pediatric Depression: Did Unpublished Studies Influence the Efficacy/ Safety Debate? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 16 (1/2),* 37-58.

Watanabe, N., Hunot, V., Omori, I.M., Churchill, R. & Furukawa, T.A. (2007). Psychotherapy for depression among children and adolescents: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116,* 84-95.

Weisz, J.R., Hawley, K.M. & Jensen-Doss, A. (2004). Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 13,* 729-815.

Weisz, J.R., Jensen-Doss, A. & Hawley, K.M. (2005). Youth Psychotherapy Outcome Research: A Review and Critique of the Evidence Base. *Annual Review of Psychology, 56,* 337-363.

Weisz, J., Kazdin, A.E., Pauschardt, J. (2006). Gegenwart und Zukunft evidenzbasierter Psychotherapien für Kinder und Jugendliche. In: F. Mattejat (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (pp. 109-120). München: CIP Verlag.

Weisz, J.R., McCarty, C.A. & Valeri, S.M. (2006). Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin, 132 (1),* 132-149.

Whittington, C.J., Kendall, T. Fonagy, P., Cottrell, D. Cotgrove, A. & Boddington, E. (2004). Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet, 363,* 1341-1345.

Wolpert, M., Fuggle, P., Cotrell, D., Fonagy, P., Phillips, J., Pilling, S., Stein, S. & Target, M. (2006). *Drawing on the evidence*. London: CAMHS Publications.

Yorbik, Ö. & Birmaher, B. (2003). Pharmacological Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 13 (3),* 133-141.

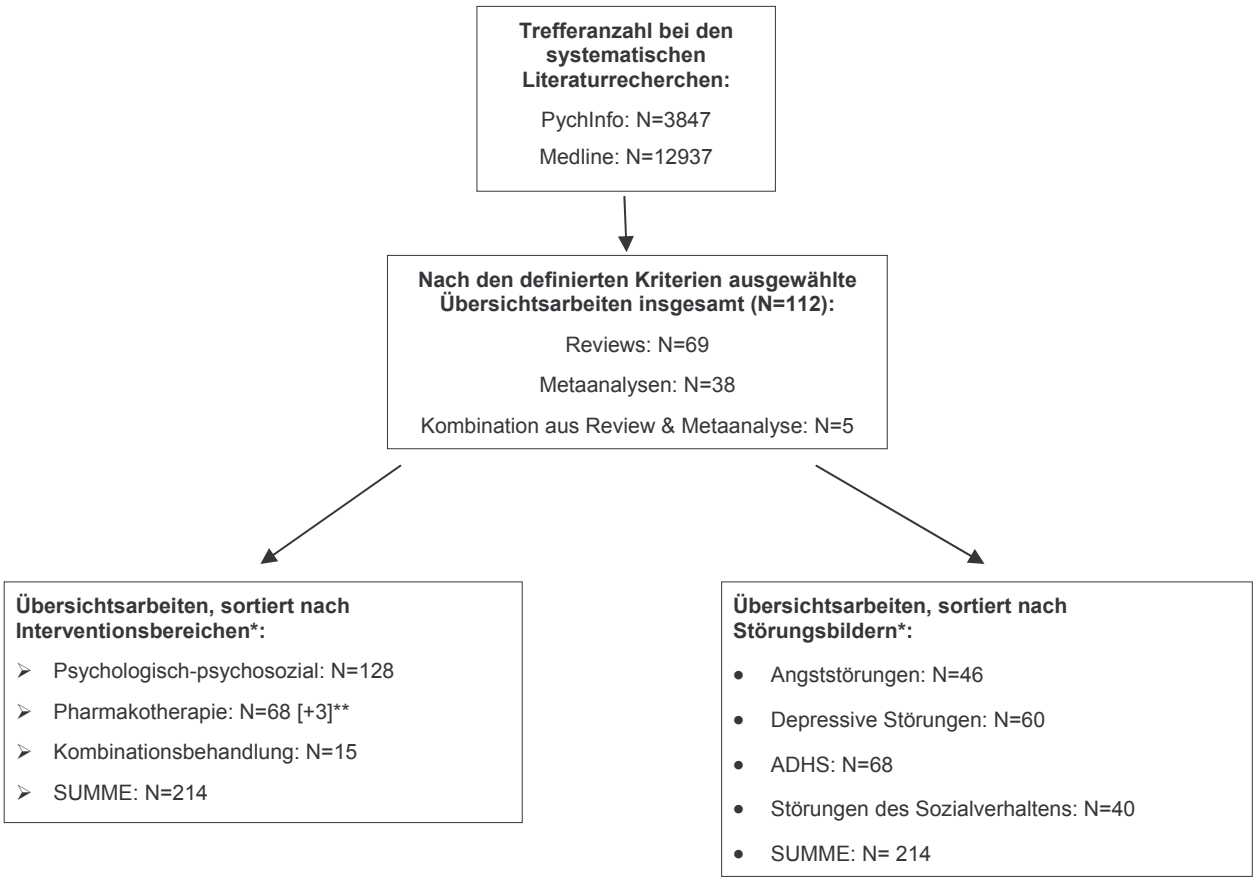


Abbildung 1: Ergebnisse der Literatursuche, Extraktion der Übersichtsarbeiten und Zuordnung nach Interventionsbereich bzw. Störungsbild.

* Die Summe der nach Interventionsbereichen und Störungsbildern aufgeschlüsselten Arbeiten (jeweils 214) ist höher als die Gesamtzahl aller eingeschlossenen Übersichtsarbeiten, da viele Arbeiten sich auf mehrere Interventionsbereiche/ Störungsbilder beziehen.

** Die Angaben in eckigen Klammern beziehen sich auf Arbeiten zum Bereich Non-Pharmakotherapie, d.h. Elektrokrampftherapie bei depressiven Störungen und Neurofeedback bei ADHS.

Tabelle 1 Überblick über die erhaltenen Übersichtsarbeiten, aufgeschlüsselt nach Störungsbildern und Interventionsbereichen

		Psychologisch-psychosoziale Interventionen		**Pharmako-therapie**		**Kombinations-behandlung**		***Gesamt***	
		N	∑	N	∑	N	∑	∑	∑
Angst	MA	6	35	2	9	---	2	8	46
	R	28		6		2		36	
	R/MA	1		1		---		2	
Depression	MA	6	31	8	26	---	3	14	60
	R	25		14+[2]*		3		44	
	R/MA	---		2		---		2	
ADHS	MA	2	31	9	28	1	9	12	68
	R	29		17+[1]*		8		55	
	R/MA	---		1		---		1	
SSV	MA	9	31	1	8	---	1	10	40
	R	22		6		1		29	
	R/MA	---		1		---		1	
Gesamt	MA	23	128	20	71	1	15	44	214
	R	104		43+[3]*		14		164	
	R/MA	1		5		---		6	

* die Angaben in eckigen Klammern beziehen sich auf Arbeiten zum Bereich Non-Pharmakotherapie, d.h. Elektrokrampftherapie bei depressiven Störungen und Neurofeedback bei ADHS

Tabelle 2: Ergebnisse zu Angststörungen

ANGSTSTÖRUNGEN *Gesamtanzahl* der ausgewerteten Übersichtsarbeiten: N=46 *Psychotherapeutische Interventionen:* 6 Metaanalysen, 28 systematische Reviews, 1 aus Metaanalyse und systematischem Review kombinierte Arbeit *Pharmakotherapie:* 2 Metaanalysen, 6 systematische Reviews, 1 aus Metaanalyse und systematischem Review kombinierte Arbeit *Kombinationsbehandlung:* 2 systematische Reviews	
PSYCHOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN:	
Gut bestätigt:	• **CBT** (inkl. **Verhaltensmodifikation/behavioraler Interventionen**) mit oder ohne Elterntraining/Familienmanagement: **mittlere bis große ES*** (bei Behandlungsende und im FU)
Bestätigt mit Einschränkungen:	• ---
Unklarheiten/ Divergenzen:	• Die Wirksamkeit des Elterneinbezugs (Elterntraining/Familienmanagement) ist noch nicht hinreichend geklärt (Vorliegen divergenter Ergebnisse); teilweise finden sich Hinweise, teilweise finden sich keine Hinweise auf eine Effektverbesserung. • Teilweise wird kontrovers darüber diskutiert, ob die Wirksamkeit von CBT auf CBT-spezifische Faktoren oder allgemeine Wirkfaktoren zurückzuführen ist.
Spezifizierende Ergebnisse:	Die meisten der unten aufgeführten Teilkomponenten sind für alle Angststörungen relevante Interventionen. Die in der Behandlung einzelner spezifischer Störungsbilder wichtigsten Komponenten sind die folgenden: • Spezifische Phobie: forcierte Reizkonfrontation, Desensibilisierung, operantes Vorgehen, teilnehmendes Modelllernen • Trennungsangststörung: Coaching der Eltern • Leistungsängste: Fertigkeitentraining • Soziale Phobie: Soziales Kompetenz-/Selbstsicherheitstraining
Wahrscheinlich wirksame Teilkomponenten:	• Psychoedukation, Vermittlung eines Störungs- und Therapiemodells • Selbstbeobachtung • kognitive Interventionen/Umstrukturierung, Abbau dysfunktionaler Gedanken, positive Selbstinstruktion • Imaginationstechniken, Entspannungstrainings • systematische Desensibilisierung (in sensu/vivo), forcierte (massierte) und graduierte Reizexposition • Modelllernen, Rollenspiel, Problemlösetraining, Kommunikationstraining, soziales Kompetenztraining, Fertigkeitentraining • Kontingenzmanagement (Exposition mit operanter Verstärkung), operante Methoden • Elterneinbezug, Coaching der Eltern zum Umgang mit der Angst • multiystemisch-multimodale Ansätze, z.B. Behandlung der Angst der Eltern, Einbezug der Schule, Fallmanagement, Kombination verschiedener Interventionen
Weitere mögliche Ansätze:	EMDR, klientenzentrierte-/nondirektive Therapie, Spieltherapie, Rational-emotive Therapie, Biofeedback, Selbsthypnose, sonstige eltern- und familienzentrierte Ansätze, eklektische Therapie, psychodynamische Ansätze, multisystemische/multidimensionale Familieninterventionen, systemische Familientherapie
PSYCHOPHARMAKOLOGISCHE BEHANDLUNG:	
Gut bestätigt:	• **SSRI** (Fluoxetin, Sertralin, Fluvoxamin, Paroxetin): Die kurzfristige Wirksamkeit (v.a. für SAD, GAS und SocP) ist gut bestätigt. Dabei zeigen sich **mittlere bis große Effekte** (sehr große Bandbreite).
Bestätigt mit Einschränkungen:	• ---
Unklarheiten/ Divergenzen:	• Es ist nicht hinreichend geklärt, inwieweit die Wirksamkeit von SSRI und SNRI vom Alter abhängig ist (Vorliegen divergenter Befunde).
Einschränkungen/ Nebeneffekte	• Die mögliche Gefahr einer Verstärkung von suizidalen Gedanken/Handlungen durch SSRI und SNRI wird noch kontrovers diskutiert. Als Behandlungsempfehlung kristallisiert sich ein vorsichtiger Einsatz unter sorgfältigem Monitoring heraus bei vorherigem Abwägen nicht-medikamentöser Behandlungsalternativen und unter Rücksprache mit allen an der Behandlung Beteiligten; die Vorteile scheinen die Risiken zu überwiegen. Zur Diskussion und Befundlage: vgl. Yorbik & Birmaher, 2003; Bridge et al., 2007; Reinblatt & Riddle, 2007.
KOMBINATIONSBEHANDLUNG:	
Evidenzbasierung:	Die Datenbasis/Studienlage bezüglich der Kombinationsbehandlungen ist derzeit noch insuffizient.
SCHLUSSFOLGERUNGEN:	
• Vorliegen sehr guter Behandlungsmöglichkeiten durch Psychotherapie (=CBT bzw. behaviorale Interventionen): gute Evidenzbasierung, breites Methodenspektrum, hohe ES und gute Stabilität der Effekte. • Die Anwendung von Psychopharmaka erscheint nur bei gleichzeitiger Psychotherapie und bei enger Indikationsstellung sinnvoll. • SSRI sind in der pharmakologischen Kurzzeittherapie die Medikation der Wahl.	

* Die Effekstärken-Angaben orientieren sich am Einteilungsvorschlag von Cohen (1988)

Tabelle 3: Ergebnisse zu depressiven Störungen

DEPRESSIVE STÖRUNGEN	
Gesamtanzahl der ausgewerteten Übersichtsarbeiten: N=60 *Psychotherapeutische Interventionen:* 6 Metaanalysen und 25 systematische Reviews *Pharmakotherapie:* 8 Metaanalysen, 16 systematische Reviews, 2 aus Metaanalyse und systematischem Review kombinierte Arbeiten *Kombinationsbehandlung:* 3 systematische Reviews	
PSYCHOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN:	
Gut bestätigt:	• **CBT für Kinder und für Jugendliche** mit oder ohne Elterntraining/Familienmanagement: **kleine bis mittlere Effekte** bei großer Bandbreite (kleine bis sehr große ES).
Bestätigt mit Einschränkungen:	• **IPT: kleine bis mittlere ES** (Angaben der Einzelstudien), vergleichbare Wirksamkeit wie CBT, jedoch Vorliegen von nur wenigen RCT-Studien mit Jugendlichen, kaum mit Kindern. V.a. für die Bereiche Selbstwertgefühl und soziale Anpassung hilfreich.
Unklarheiten/ Divergenzen:	• Bezüglich der berichteten ES zur Wirksamkeit von CBT bzw. zu Psychotherapie bei Depression im Allgemeinen finden sich zum Teil deutlich unterschiedliche Angaben (auch aufgrund methodischer Aspekte). • Rolle des Elterntrainings/Familienmanagements: Bislang ist unklar, ob eine Eltern-Kind-Behandlung einer ausschließlich patientenbezogenen Behandlung überlegen ist oder sich kein zusätzlicher Effekt eines Elterntrainings findet (zumindest bei Jugendlichen erweist sich der Elterneinbezug gegenüber der ausschließlichen Therapie mit Jugendlichen als nicht überlegen). • Ein Teil der Studien spricht für die Überlegenheit von CBT ggü. anderen psychotherapeutischen Interventionen, andere Studien fanden keine bedeutsamen (oder nur geringe) Unterschiede. • Zur Frage der Stabilität des Behandlungserfolgs (von CBT bzw. Psychotherapie im Allgemeinen) liegen divergierende Ergebnisse vor: Zum Teil bleiben die Behandlungsergebnisse erhalten, zum Teil findet sich längerfristig (ca. > 1 Jahr) eine reduzierte Wirksamkeit. • Divergente Ergebnisse liegen auch zum Vorliegen von Alterseffekten vor: Zum Teil finden sich zwischen Kindern und Jugendlichen Wirksamkeitsunterschiede, zum Teil finden sich zwischen diesen beiden Altersgruppen keine Unterschiede hinsichtlich der ES.
Spezifizierende Ergebnisse:	• Gegenüber aktiven Kontrollbedingungen finden sich nur geringe Effekte. • Die wenigen Studien zur Primärversorgung Jugendlicher weisen auf die Wirksamkeit von kurzen Interventionen hin.
Wahrscheinlich wirksame Teilkomponenten:	*CBT-Bausteine:* • angenehme Aktivitäten • Psychoedukation, Vermittlung eines Störungs- und Therapiemodells • Selbstbeobachtung • kognitive Interventionen/Umstrukturierung, Abbau dysfunktionaler Gedanken, positive Selbstinstruktion • Selbstkontrollverfahren, Steigerung des Kontrollerlebens, Erlernen von Affektregulation • Entspannungstrainings (PMR) • Problemlösetraining, Kommunikationstraining, Umgang mit interpersonellen Problemen, soziales Kompetenztraining, Verbesserung der Entscheidungsfertigkeiten • Elterneinbezug, Coaching der Eltern zum Umgang mit der Depression *IPT-Bausteine:* • Umgang mit pathologischer Trauer • Reduktion interpersoneller Konflikten • Umgang mit Rollenwechseln • Reduktion interpersoneller Defizite
Weitere mögliche Ansätze:	behaviorale Therapie, eklektische Therapie, familienzentrierte und multisystemische Ansätze, klientenzentrierte Gesprächs- bzw. Spieltherapie, psychodynamische Ansätze, multisystemische/multidimensionale Familieninterventionen, systemische Familientherapie
PSYCHOPHARMAKOLOGISCHE BEHANDLUNG:	
Gut bestätigt:	• **SSRI -> Fluoxetin:** k**leine ES**, zumindest kurzfristige Wirksamkeit (Fehlen von FU-Daten).
Bestätigt mit Einschränkungen:	• **TZA:** bei Jugendlichen finden sich zum Teil **kleine Effekte**, bei Kindern ist die Wirksamkeit demgegenüber klar **nicht nachgewiesen**; zudem Problematik der mit TZA verbundenen Risiken.
Spezifizierende Ergebnisse:	• Es liegen sehr viele Studien zu einzelnen Substanzen vor.
Einschränkungen/ Nebeneffekte:	• Umfangreiche Sicherheitsdiskussion mit einer großen Anzahl vorliegender Studien zum möglichen Nebeneffekt von SSRI, dass vermehrt suizidale Gedanken/Handlungen auftreten; diesbezüglich ist noch keine abschließende Beurteilung möglich. SSRI scheinen im Wesentlichen gut verträglich zu sein. Als Behandlungsempfehlung kristallisiert sich ein vorsichtiger Einsatz unter sorgfältigem Monitoring heraus bei vorherigem Abwägen nicht-medikamentöser Behandlungsalternativen und unter Rücksprache mit allen an der Behandlung Beteiligten; die Vorteile scheinen die Risiken zu überwiegen. Zur Diskussion und Befundlage: vgl. Courtney, 2004; Jureidini et al., 2004; Whittington et al. 2004; Cheung et al., 2005; Ryan, 2005; Cheung et al., 2006; Holtmann et al., 2006; March et al., 2006; Sharp & Hellings, 2006; Wallace et al., 2006; Bridge et al., 2007; Hetrick et al., 2007.
KOMBINATIONSBEHANDLUNG:	
Evidenzbasierung:	Die Datenbasis/Studienlage bezüglich der Kombinationsbehandlungen ist derzeit noch insuffizient (Vorliegen uneindeutiger Ergebnisse; mglw. findet sich eine Überlegenheit von Fluoxetin plus CBT ggü. Monotherapien in Bezug auf die Reduktion von Depressivität und Suizidalität).
SCHLUSSFOLGERUNGEN:	
• Primäre Behandlungsoption bei leichten und mittelschweren Depressionen ist Psychotherapie (CBT, IPT); dabei können jedoch häufig nur kleine bis mittlere Effekte erreicht werden. Die Effekte sind bezüglich Ausmaß, Breite und Stabilität eher mäßig, für Psychotherapie im Allgemeinen tendentiell geringer als bei den drei anderen Hauptstörungsgruppen. • Pharmakologische Behandlung kann im Rahmen einer Kombinationsbehandlung dann erwogen werden, wenn die Psychotherapie (z.B. im Falle (mittel-)schwerer Depressionen) nicht hinreichend effektiv erscheint; ebenso nach Nichtansprechen auf Psychotherapie oder im Falle einer Nicht-Zugänglichkeit/-Verfügbarkeit von CBT/IPT. • SSRI sind bei einer pharmakologischen Behandlung von depressiven Jugendlichen die Medikamente der ersten Wahl; der Einsatz von TZA ist in der Regel nicht empfehlenswert.	

Manuskript 2

Bachmann, M., Bachmann, C., Rief, W. & Mattejat, F. (im Druck, 2008). Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen – Eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews – Teil II: ADHS und Störungen des Sozialverhaltens. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*.

[Efficacy of psychiatric and psychotherapeutic interventions in children and adolescents with psychiatric disorders: A systematic evaluation of meta-analyses and reviews. Part II: ADHD and conduct disorders]

Mareile Bachmann[1], Christian Bachmann[1], Winfried Rief[2] und Fritz Mattejat[1]

[1] Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg

[2] AG Klinische Psychologie und Psychotherapie, Fachbereich Psychologie, Universität Marburg

ZUSAMMENFASSUNG:

Fragestellung: In den letzten Jahren hat die Forschung zur Wirksamkeit von Therapien bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen erfreulicherweise einen starken Aufschwung genommen. Mittlerweile liegen sehr viele Reviews und Metaanalysen zu den Forschungsergebnissen vor, so dass es schwer ist, einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu gewinnen. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die vorliegenden Reviews und Metaanalysen in systematischer Weise auszuwerten, um den aktuellen Ergebnisstand der Therapie-Wirksamkeitsforschung bei den vier häufigsten psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen (Angststörungen, depressive Störungen, ADHS, Störungen des Sozialverhaltens) zusammenfassend zu charakterisieren.

Methodik: Grundlage der vorliegenden Arbeit war eine systematische Literaturrecherche; in die Auswertung wurden 112 Metaanalysen bzw. Reviews zur Wirksamkeit psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlungsansätze im Kindes- und Jugendalter eingeschlossen, die zwischen den Jahren 2000 und 2007 publiziert wurden. Die Auswertung der 112 Übersichtsarbeiten wurde anhand von explizit definierten Kriterien durchgeführt. Die Ergebnisdarstellung orientiert sich schwerpunktmäßig an der Unterteilung in internalisierende und externalisierende Störungen. In Teil II werden die Ergebnisse zu ADHS und Störungen des Sozialverhaltens dargestellt.

Ergebnisse: Bezogen auf den Publikationszeitraum von 2000 bis 2007 liegen die meisten Reviews und Metaanalysen für ADHS und depressive Störungen vor. Für drei der vier untersuchten Störungsbilder wird Psychotherapie als die wirksamste Methode beschrieben, nur bei ADHS ist pharmakologische Behandlung (Stimulantien) effektiver. Die Kombination von psychologischer und pharmakologischer Behandlung ist eine wichtige Option bei ADHS und depressiven Störungen. In Bezug auf die Wirksamkeit verschiedener Behandlungen finden sich für Angststörungen und ADHS die höchsten Effektstärken, die Effektivität in der Behandlung depressiver Störungen und Störungen des Sozialverhaltens ist geringer. Für alle vier Störungsbilder sowie störungsübergreifend sind eine Reihe von inhaltlichen und methodologischen Forschungsdefiziten zu konstatieren.

Diskussion: Für alle beschriebenen Störungsgruppen können empirisch gut fundierte Empfehlungen für die Therapie abgeleitet werden. Es ist außerdem erkennbar, welche Forschungsfragen für die Zukunft von vorrangiger Bedeutung sind.

Schlüsselwörter: Übersichtsarbeit, Metaanalyse, Wirksamkeit, Therapie, ADHS, Störungen des Sozialverhaltens, Kinder, Jugendliche

ABSTRACT:

Objective: Over the last years, a large and growing body of research on effectiveness of treatments for psychiatric disorders in childhood and adolescence has been published, making it difficult to get an overview on the current status of research. The aim of this article is to systematically review the existing meta-analyses and reviews disorders on the four most frequent child and adolescent psychiatric disorders (anxiety disorder, depression, ADHD, conduct disorder) and to present an up-to-date summary on treatment effects for those disorders.

Methods: This article is based on a systematic literature search, which produced 112 meta-analyses and reviews on efficacy of psychological and psychiatric interventions in childhood and adolescence, published between 2000 and 2007. The articles resulting from the literature search were evaluated according to clearly defined criteria. Presentation of the results follows a dichotomous classification (internalizing vs. externalizing disorders), with Part II of this article reporting the results on ADHD and conduct disorders.

Results: The majority of reviews (published between 2000 and 2007) focuses on the treatment of depressive disorders and ADHD. Only for ADHD, the use of medication (stimulants) is considered to be the most efficacious treatment option available. For the remaining three disorders, psychotherapy is recommended as the most effective treatment of choice. Combination of psychological and pharmacological treatments is an important option in ADHD and depressive disorders. Considering the efficacy, treatments for ADHD and anxiety disorders produce higher effect-sizes than do interventions for depressive and conduct disorders. For all disorders, there are several desiderata (content and methodological aspects) to be incorporated in future research.

Discussion: Empirically supported treatment recommendations can be derived for anxiety disorders, depressive disorders, ADHD and conduct disorders. Finally, important implications for research and practice are discussed.

Key words: review, meta-analysis, efficacy, therapy, ADHD, conduct disorders, oppositional-defiant disorders, children, adolescents

FRAGESTELLUNG UND METHODIK

Nachdem in Teil I des Artikels (Bachmann et al., 2008) auf den aktuellen Forschungsstand zur Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei den zwei häufigsten internalisierenden Störungen eingegangen wurde, befasst sich der vorliegende Teil II schwerpunktmäßig mit der Zusammenfassung aktueller Reviews und Metaanalysen zum Status quo der Therapieforschung im Bereich der beiden wichtigsten externalisierenden Störungen (ADHS und Störungen des Sozialverhaltens). Die Methodik der vorliegenden Arbeit (Literaturrecherche und systematische Auswertung) ist in Teil I geschildert. Abschließend werden in Teil II die zu allen vier Störungsgruppen vorliegenden Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert sowie Schlussfolgerungen für Theorie und Praxis abgeleitet.

ERGEBNISSE

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)[6]: Für die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen liegen im Zeitraum von 2000 bis 2007 insgesamt 55 systematische Reviews, 12 Metaanalysen und eine aus Review und Metaanalyse kombinierte Übersichtsarbeit vor. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS lässt sich über die letzten Jahrzehnte hinweg ein enormer Wissenszuwachs feststellen. Bereits vor 2000 hat es eine starke Forschungstätigkeit gegeben (Jadad et al., 1999a,b; Spencer et al., 1996; Miller et al., 1998), so dass es sich bei ADHS vermutlich um die am meisten beforschte psychische Störung bei 6-12-jährigen handelt, zur Altersgruppe der Jugendlichen gibt es demgegenüber weniger Wissen.

In der Zusammenschau der Ergebnisse aus Reviews und Metaanalysen wird deutlich, dass der inhaltliche Schwerpunkt von Studien und Übersichtsarbeiten in erster Linie auf pharmakologischen Interventionen liegt. Die relative Vernachlässigung psychotherapeutischer Behandlungsansätze findet auch darin Ausdruck, dass wir nach unseren Kriterien nur zwei Metaanalysen zu psychologisch-psychosozialen Verfahren bei ADHS finden konnten. Auch das weitgehende Fehlen von Studien zur Langzeitbehandlung bei ADHS fällt auf und erschwert es, Empfehlungen zum langfristig anzuratenden Behandlungskonzept bei ADHS abzuleiten.
Außerdem wird in vielen Reviews und Metanalysen auf methodische Schwächen der vorliegenden Studien hingewiesen (vgl. Schachter, 2001). Die Erstellung von Metaanalysen wird durch die Heterogenität der vorliegenden Studien sehr erschwert. Ein Konsens bezüglich wichtiger methodischer Merkmale könnte deutlich bessere Voraussetzungen für eine systematische Evaluation der Effektivität von ADHS-Interventionen schaffen. Auch die Frage nach alternativen Studiendesigns rückt in diesem Zusammenhang in den Fokus: Möglicherweise sind RCT-Studien insbesondere bei längerfristigen Behandlungen aufgrund ihrer im klinischen Setting oft schwierigen Umsetzung bzw. damit verbundener ethischer Bedenken nicht das Design der Wahl. Beobachtungsstudien an Kohorten von behandelten und unbehandelten Patienten scheinen z.B. praktikabler. Die wichtigsten Ergebnisse zur aktuellen empirischen Befundlage sind in der folgenden Tabelle (Tabelle 1) zusammengefasst.

[6] Das Verzeichnis der im Text verwendeten Abkürzungen ist dem Download-Anhang 1 zu entnehmen.

***** Tabelle 1 ADHS*****

Bezüglich der wichtigsten Ergebnisse besteht weitgehender Konsens: ADHS ist durch psychopharmakologische Behandlung mit Stimulantien gut therapierbar; hierbei finden sich mitttlere bis große Effekte. Für den Bereich der psychologisch-psychosozialen Interventionen konnten bislang v.a. Elterntrainings und behaviorale Interventionen (Kontingenzmanagement, Verhaltensmodifikationen) ihre Wirksamkeit belegen; sie sind jedoch weniger effektiv als die medikamentöse Therapie. Die ADHS-Behandlung kann sich jedoch nicht nur auf einen pharmakologischen Ansatz stützen, da etwa 20-30% der Kinder und Jugendlichen nicht auf Stimulantien ansprechen. Auch angesichts der ablehnenden Haltung vieler Eltern ggü. Pharmakotherapie und wegen des Umstandes, dass manche Patienten, die auf Stimulantien ansprechen, starke Nebenwirkungen entwickeln, ist die Entwicklung alternativer Ansätze unerlässlich.

Während die Therapie mit Stimulantien gut untersucht ist, fehlt es noch an Studien, durch die die Effektivität der Kombinationsbehandlung empirisch eindeutig gestützt wird. Allerdings mehren sich die Hinweise darauf, dass eine Kombinationsbehandlung die Behandlungsform der Zukunft werden könnte – nicht zuletzt aufgrund der besseren Akzeptanz durch die Eltern und der reduzierten Compliance-Probleme. Außerdem sind im Rahmen einer Kombinationsbehandlung nicht nur eine Reduktion der ADHS-Kernsymptomatik, sondern darüber hinaus bessere Effekte auf Komorbiditäten, Funktionsniveau oder soziale Strukturen (inklusive langfristig anhaltender Strukturveränderungen im Umfeld) zu erwarten als bei alleiniger medikamentöser Therapie. Dies gilt insbesondere für komorbide introversive Auffälligkeiten.

Mittlerweile liegen zunehmend Studien zu anderen Stimulantien als MPH, alternativen Darreichungsformen und Nicht-Stimulantien vor: Mit den neueren Stimulantien-Retardpräparaten stehen z.B. wirkungsvolle und sichere Alternativen zu den unmittelbar wirksamen Präparaten zur Verfügung, die verschiedene Vorteile aufweisen (Reduktion von Compliance-Problemen, kein schwankender Plasmaspiegel inklusive unerwünschter Verhaltensschwankungen). Neben den mittlerweile ebenfalls vorliegenden Wirksamkeitsnachweisen für die Stimulantien Dexamphetamin, D-/L-Amphetamin und gemischte Amphetaminsalze ist als Nicht-Stimulans vermehrt Atomoxetin in den Fokus gerückt. Neben konsistenten Belegen für die kurz- und langfristige, mglw. mit den Effekten von MPH vergleichbare Wirksamkeit liegen für Atomoxetin verschiedene weitere Vorteile vor: Notwendigkeit der Einnahme von nur einer Tagesdosis; Einsetzbarkeit ab einem Alter von 6 Jahren; Fehlen eines Missbrauchspotentials; Vorliegen niedriger Abbruchraten (3-5%) und geringer „Nonresponder“-Raten (10%). Gerade angesichts der bei MPH z.T. vorliegenden Probleme scheint es sich – neben dem Rückgriff auf andere Stimulantien – um eine vielversprechende Behandlungsalternative zu handeln. Wie für alle anderen Substanzen (außer MPH) auch liegt für Atomoxetin aktuell jedoch noch eine deutlich schlechtere Datenbasis als für MPH vor, so dass weitergehende Studien (z.B. Langzeitstudien zur Sicherheit, direkte Vergleichsstudien zur relativen Wirksamkeit) abgewartet werden sollten.

Auch andere Aspekte wie Nebenwirkungen, Risiken, Kosten, zeitliches Verlaufsprofil, Alltagserfordernisse und Missbrauchspotential sollten bei der Substanzwahl eine wichtige Rolle spielen; Analysen zur Kosteneffektivität haben in den vergangenen Jahren eine eher untergeordnete Rolle gespielt und rücken erst sukzessive in den Fokus. Als Forschungsthema sollten zunehmend (direkte) Vergleichsstudien zur relativen

Effektivität in den Fokus rücken. Bislang ist die Datenlage für alle Substanzen außer MPH eher mäßig, so dass beispielsweise die Berechnung von relativen Wirksamkeitsvergleichen kaum möglich ist bzw. Ergebnisse und Schlussfolgerungen eher uneindeutig bleiben. Als extrem relevant erweist sich v.a. aufgrund der Persistenz der ADHS-Symptomatik auch die Entwicklung von Langzeitinterventionen, da es hierzu bislang nur unzureichende empirische Daten gibt: In der Literatur werden nur wenige pharmakologische Studien mit längeren Behandlungszeiträumen als 3 Monate berichtet, obwohl die Verschreibungszeiträume, z.B. von MPH, in der klinischen Praxis deutlich länger sind.

In verschiedenen anderen Hinsichten besteht noch ein erheblicher Forschungsbedarf; in Bezug auf strukturierte Elterntrainings ist zwar der Wirksamkeitsnachweis erbracht, hier stellt sich jedoch die Frage, wie Elterntrainings so weiterentwickelt werden können, dass maximale klinische Effekte erzielt werden können (Moderatoren und Mediatoren des Therapieerfolges). Im Zentrum der zukünftigen Forschung wird insbesondere die Kombinationsbehandlung stehen mit der Frage, wie multimodale psychosoziale Behandlungsprogramme zusammengesetzt sein sollten, um ihre Effektivität zu optimieren. Eine ausschließliche Pharmakotherapie – ohne den Kindern/Jugendlichen die ihnen fehlenden Fertigkeiten zur Verbesserung von Verhalten, Leistungen und Funktionsniveau mitzugeben – scheint *langfristig* nur begrenzt hilfreich (vgl. Miranda et al., 2006) und geht wie bereits beschrieben mit verschiedenen weiteren Nachteilen einher.

Im Allgemeinen scheint eine individualisierte, dem jeweiligen Behandlungsverlauf angepasste, multimodale Therapie in Kombination von Medikation und Verhaltenstherapie die Behandlung zu optimieren. Als zentrales Kriterium sind – aufgrund des Anhaltens der ADHS-Symptomatik – die Behandlungserfolge bei Langzeittherapien zu bewerten. Neben der Effektivität sind auch Sicherheit und Praktikabilität der jeweiligen Behandlung äußerst relevante Aspekte. Es bedarf (selbst für Methylphenidat; vgl. Schachter, 2001) großer, langfristig angelegter hochwertiger Studien mit adäquatem Design (RCT, prospektive Kohortenstudie) und gleichzeitiger Berücksichtigung der vielfältigen Symptomkombinationen. Als verheißungsvoller, die Fülle bereits vorliegender Behandlungsoptionen ergänzender Therapieansatz ist abschließend das Neurofeedback (NFB) zu nennen, dessen Evidenzbasierung sich in den letzten Jahren zunehmend verbessert hat. Die vorliegenden Studien belegen gute Effekte, die Datenbasis ist jedoch immer noch relativ klein. Somit könnte NFB als vielversprechender Ansatz ein wichtiger Baustein der ADHS-Behandlung werden.

Störungen des Sozialverhaltens: Für diese Störungsgruppe liegen im Zeitraum von 2000 bis 2007 29 systematische Reviews, 10 Metaanalysen und eine aus Review und Metaanalyse kombinierte Übersichtsarbeit vor. In der Zusammenfassung der Überblicksarbeiten und Metaanalysen zeigt sich in Bezug auf die aktuelle Befundlage ein fast durchweg konvergentes Bild. Die wichtigsten Ergebnisse zur aktuellen empirischen Befundlage sind in der folgenden Tabelle 2 zusammengefasst.

***** Tabelle 2 Störungen des Sozialverhaltens*****

In Bezug auf die vorliegenden empirischen Ergebnisse können wir folgendes festhalten: Bei älteren dissozialen Kindern und Jugendlichen kristallisieren sich multisystemisch-mehrdimensionale und gemeindebasierte Interventionen als die vielversprechendsten Behandlungsansätze heraus. Allem Anschein nach

bedarf es einer umfassenden, interdisziplinären Unterstützung, um langfristige Verbesserungen für Jugendliche und ihre Familien erzielen zu können. Dabei müssen Interventionen jedoch nicht zwangsläufig auf Kinder *und* ihre Eltern abzielen, um erfolgreich zu sein; auch kind- und elternfokussierte Programme per se (z.B. Elterntrainings bei jüngeren Kindern) erweisen sich als effektiv.

Bei schwerwiegenden, persistierenden und komorbiden (z.B. bei Patienten mit Störung des Sozialverhaltens und ADHS) Störungen scheint sich eine Kombinationsbehandlung aus psychosozialen Interventionen und Pharmakotherapie anzubieten. Der Rückgriff auf Pharmakotherapie erweist sich darüber hinausgehend auch dann als notwendig, wenn herkömmliche psychosoziale Ansätze zur Veränderung von Verhalten und Umfeld initial keine Wirkung gezeigt haben. Als relevant könnte sich außerdem die Unterscheidung verschiedener Subtypen von Aggressivität („impulsiv-affektiv“ vs. „kontrolliert-räuberisch“) herausstellen, die einer unterschiedlichen Behandlung bedürfen: Erstere Subgruppe scheint eher auf pharmakologische und psychosoziale Interventionen (zur Reduktion von Feindseligkeit, Impulsivität und Arousal) anzusprechen, letztere eher auf behaviorale Therapie.

Während sich die Forschung zu FFT und MTFC noch in der Entwicklung befindet, wird die Effektivität von MST (als besondere Stärke dieses Ansatzes) durch eine Vielzahl von RCT-Studien gestützt. „Efficacy“-Studien weisen dabei deutlich höhere Effekte auf als „effectiveness“-Studien; der Qualitätssicherung und Supervision scheint bei der praktischen Durchführung von MST somit eine besondere Rolle zuzukommen. Im Gegensatz zu allen anderen Reviews (Woolfenden et al., 2001, 2002; Farmer et al., 2002; Roberts et al., 2003; Curtis et al., 2004) finden Littell et al. (2005) in ihrer Metaanalyse keine Hinweise auf eine Überlegenheit der MST-Programme gegenüber anderen Behandlungsansätzen. Es finden sich außerdem Diskrepanzen im Hinblick auf Einzelaspekte: In Bezug auf die Stabilität des Behandlungserfolgs bei MST finden sich beispielsweise unterschiedliche Ergebnisse (Stabilität der Ergebnisse bis 4 Jahre nach Behandlungsende (Curtis et al., 2004) vs. Reduktion der Effekte im 12- bis 16-Monats-FU (McClellan et al., 2003). Auch für den Bereich der Elterntrainings ist die Frage nach der Aufrechterhaltung der Effekte (Rückgang der Effekte im Laufe der Zeit vs. Stabilität der Effekte) noch nicht abschließend geklärt, wenngleich dieser Widerspruch auch auf die unterschiedlich langen FU-Intervalle (Stabilität bis mind. 3 Monate nach Behandlungsende (Dretzke et al., 2005) vs. Rückgang der Effekte im 8-Monats-FU (Lundahl et al., 2006)) zurückzuführen sein könnte. Weitere divergente Aspekte im Bereich der Elterntrainings sind darüber hinausgehend die Frage nach dem Einfluss der Behandlungsintensität (tendentiell höhere Effektivität von intensiveren Interventionen vs. kein signifikanter Zusammenhang von Behandlungsdauer/Sitzungsanzahl und Behandlungserfolg), nach Alterseffekten (kein signifikanter Einfluss von Alter vs. Vorteile für jüngere Kinder) und nach der relativen Wirksamkeit von kombinierten vs. einzelnen kind- oder elternorientierten Maßnahmen (keine Verbesserung des Behandlungserfolgs durch Kindereinbezug zusätzlich zum Elterntraining vs. Überlegenheit eines kombinierten Eltern-/ Kindtrainings ggü. der einzelnen Anwendung).

Verglichen mit der Vielzahl der noch völlig unzureichend erforschten Störungsbilder des Kinder- und Jugendalters hat die Wirksamkeitsforschung bei Störungen des Sozialverhaltens eine relativ gute Datenbasis. Die berichteten Effektstärken deuten (für eine Vielzahl von Interventionen und über verschiedene Outcome-Bereiche hinweg) auf höchstens mittlere Effekte hin. Doch auch kleinere Effekte sollten in ihrer

praktischen Bedeutsamkeit nicht unterschätzt werden – sowohl in ihrem direkten Effekt auf Kind und Eltern als auch in Bezug auf die Reduktion der gesellschaftlichen Folgekosten.

Gleichwohl wird auch deutlich, dass noch erhebliche Forschungslücken bestehen: Problematisch sind beispielsweise die methodologischen Defizite vieler Studien. Häufig bleibt trotz eines anfangs großen Studienpools bei Reviews und Metaanalysen schließlich nur noch eine Handvoll methodisch hochwertiger Studien, die den Einschlusskriterien genügen, übrig. Dies reduziert die Generalisierbarkeit der in diesen Überblicksarbeiten gewonnenen Ergebnisse deutlich. Auch Aspekte des Studiendesigns (z.B. Überwiegen von „efficacy"-Studien, kurze Follow-up-Zeiträume, Fehlen von Studien mit Mädchen, ausschließliches Vorliegen von US-Studien, Unterrepräsentiertheit bestimmter Altersgruppen) stellen die Generalisierbarkeit der Ergebnisse in Frage.

Die Forschung zur Psychopharmakotherapie von Störungen des Sozialverhaltens befindet sind – ganz im Gegensatz zu den psychosozialen Studien – derzeit noch in den Anfängen (Studien v.a. an stationären Stichproben, keine Repräsentativität in Bezug auf Alter, Geschlecht und Nationalität, kleine Stichproben, inadäquate Erhebung der Symptomatik). Trotz eines ersten, sich langsam herauskristallisierenden Trends (z.B. Vorliegen von Wirksamkeitsnachweisen für Risperidon, Lithium und Stimulantien) ist eine Vielzahl pharmakologischer Fragen noch ungeklärt. Als problematisch erweist sich beispielsweise das Fehlen störungsspezifischer Reviews bzw. einer ausreichenden Anzahl adäquater Einzelstudien zu einzelnen Störungsbildern. Bislang liegen v.a. Übersichtsarbeiten zu störungsunspezifischen Symptomen (Aggressivität, disruptives Verhalten, Impulskontrollstörungen) vor. Umso kritischer ist die derzeitige Diskrepanz zwischen dem verbreiteten Gebrauch von Medikamenten zur Aggressionsbehandlung und den begrenzten empirischen Belegen bzw. einer nicht adäquaten Evidenzbasierung zu betrachten.

Für die Zukunft bedarf es somit – je nach Behandlungsansatz – eines unterschiedlichen Vorgehens: Während im Bereich der Pharmakotherapie in erster Linie „efficacy"-Studien gefragt sind, sollte sich die Psychotherapie-Forschung vermehrt der Durchführung von „effectiveness"-Studien und einer Differenzierung/Spezifizierung der positiven bereits vorliegenden Befunde widmen.

DISKUSSION

Zusammenfassung der Ergebnisse: In der Tabelle 3 sind die Ergebnisse zu den vier Störungsbildern tabellarisch zusammengefasst. Die Höhe der berichteten Effekte bezieht sich dabei auf den Einteilungsvorschlag von Cohen (1988). Über alle Störungsbilder hinweg können mittlere bis große Effektstärken erreicht werden; in der Kinder- und Jugendpsychotherapie werden somit ähnlich große Effekte erzielt wie in der Erwachsenentherapie (vgl. Döpfner & Lehmkuhl, 2002).

***** Tabelle 3: Zusammenfassung der aktuellen Forschungssituation *****

Im Hinblick auf die Forschungsergebnisse können wir festhalten:

- Wenn man sich primär an der empirisch nachgewiesenen Wirksamkeit orientiert, dann stellt die Psychotherapie (bzw. psychologisch-psychosoziale Interventionen) bei der Mehrzahl der Störungsbilder die primäre Behandlungsoption dar. Lediglich bei ADHS sind die Therapieeffekte bei pharmakologischer Behandlung (Stimulantien) am besten.
- Kombinationsbehandlungen scheinen – zumindest im Falle depressiver Erkrankungen und ADHS – vielversprechend und den bisherigen Behandlungsansätzen möglicherweise überlegen zu sein, sind bislang jedoch bei allen vier Störungsbildern noch unzureichend erforscht.
- Je nach Störungsbild ist mit unterschiedlichen Behandlungserfolgen zu rechnen: Bei Angststörungen und ADHS sind tendentiell große, bei Störungen des Sozialverhaltens und bei depressiven Erkrankungen im Durchschnitt eher mittlere Behandlungseffekte erreichbar.

Hinsichtlich der allgemeinen Forschungssituation gilt folgendes: In Bezug auf *psychotherapeutische Interventionen* liegt für Angststörungen und Sozialverhaltensstörungen eine relativ große Datenbasis vor, die das Ableiten klarer, eindeutiger Schlussfolgerungen ermöglicht. Demgegenüber ist der Forschungsstand für depressive Störungen lückenhaft und unzureichend. Für ADHS findet sich ein deutlicher Mangel an neueren (über Elterntraining und behaviorale Interventionen hinausgehenden) Studien und Übersichtsarbeiten zu psychologisch-psychosozialen Interventionen. Dieses Ergebnis deckt sich auch mit den bei Weisz et al. (2004) beschriebenen Ergebnissen zur Häufigkeit von Interventionsstudien mit psychotherapeutischem Fokus: Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens gehören diesbezüglich zu den am besten beforschten Störungsbildern im Kindes- und Jugendalter, für depressive Störungen und ADHS liegen deutlich weniger Untersuchungen und erprobte Interventionsansätze vor. In Bezug auf *pharmakotherapeutische Behandlungsansätze* verfügt ADHS als einziges Störungsbild über eine relativ gute Datenbasis. Demgegenüber sind die für den Bereich der depressiven Störungen vorliegenden pharmakologischen Behandlungsoptionen nur mäßig effektiv bzw. der Einsatz von SSRI (als Medikamente der ersten Wahl) von der aktuellen Sicherheitsdebatte überlagert. Für Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens liegen bislang deutlich weniger pharmakotherapeutische Studien vor, wenngleich dieses Defizit angesichts der (für Angststörungen) sehr guten bzw. (für SSV) zufriedenstellenden Behandlungseffekte psychotherapeutischer Interventionen insgesamt weniger stark zu gewichten ist. Während zur pharmakotherapeutischen Behandlung von Angststörungen mittlerweile immerhin zwei Übersichtsarbeiten vorliegen und der Einsatz von SSRI als empirisch gestützt gilt, ist die Befundlage im Bereich der Störungen des Sozialverhaltens als insuffizient einzustufen. Im Bereich der K*ombinationsbehandlung* liegen für ADHS die - relativ gesehen - besten Ergebnisse vor, über alle vier Störungsbilder hinweg ist die Datenlage jedoch als unzureichend zu bewerten.

Als verallgemeinerbares Ergebnis über alle besprochenen Störungsbilder hinweg wird auch in unserer Übersicht (analog zu Esser & Ballaschk, 2005) die höhere Effektivität behavioraler im Vergleich zu nichtbehavioralen Verfahren deutlich. Kognitive Interventionen sind v.a. bei älteren Kindern und Jugendlichen wirkungsvoll, während bei jüngeren Kindern schlechtere Effekte erzielt werden (vgl. Döpfner & Lehmkuhl, 2002). Moderatoren wie Alter, Geschlecht und Schweregrad der Störung scheinen – anders als oft an-

genommen - einen geringeren Einfluss auf den Behandlungserfolg zu besitzen (vgl. Esser & Ballaschk, 2005). Die Verhaltenstherapie einschließlich der kognitiv-behavioralen Therapie (CBT) ist gegenwärtig das mit Abstand am häufigsten wissenschaftlich untersuchte Therapieverfahren (Kazdin, 2002, 2003). Die Dominanz dieser Therapierichtung ergibt sich nicht zuletzt daraus, dass sich die Verhaltenstherapie von ihrem Beginn an eng an der empirischen Forschung orientierte; hieraus entwickelte sich ein intensiver Austausch zwischen Verhaltenstherapeuten und Wissenschaftlern in Forschungseinrichtungen. Die Wirksamkeit für Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ist für die nicht-behavioralen Methoden (klientenzentriert, einsichtsorientiert, Diskussionsgruppen) demgegenüber noch nicht ausreichend belegt. Ein Mangel an Effektivitätsstudien besteht speziell für psychoanalytische, tiefenpsychologische, systemische bzw. familientherapeutische Therapiekonzepte (vgl. auch Valdez et al., 2005). Insbesondere bei der analytischen Kinder- und Jugendlichentherapie besteht im Vergleich zu anderen Psychotherapieverfahren ein enormer Rückstand in der empirischen Forschung: So konstatiert z.B. der Forschungsbeauftragte der „Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“, E. Windaus (2005, S. 537), dass „die Verbreitung der analytischen Verfahren in einem krassen Missverhältnis zu ihrer Erforschtheit steht: 18 psychoanalytische Evaluationsstudien und 6 Katamnesen stehen weltweit ca. 1500 Studien anderer Psychotherapieverfahren gegenüber.“

Ausblick für die Forschung: In Abhängigkeit vom jeweils untersuchten Störungsbild sind die in *inhaltlicher Hinsicht* noch ausstehenden, offenen Forschungsfragen zum Teil sehr unterschiedlich, so dass es bei jedem Störungsbild eines anderen spezifischen Vorgehens bedarf. Dennoch gibt es über alle Störungsbilder hinweg auch eine Reihe von Gemeinsamkeiten, von denen hier einige stichwortartig genannt werden sollen:

- Fehlen von empirischer Unterstützung für eine Vielzahl von Interventionen
- Notwendigkeit einer verbesserten Aufrechterhaltung der Behandlungseffekte
- Fehlen von Studien zur Kombinationsbehandlung aus Psycho- und Pharmakotherapie
- Fehlen von Therapien in (ggü. dem traditionellen Praxismodell) alternativen Settings
- Entwicklung und Überprüfung von speziell für Kinder/Jugendliche konzipierten Programmen
- Notwendigkeit, in Zukunft insgesamt spezifischer zu forschen:
  - Bedarf an Subgruppenanalysen
  - Studien zur Generalisierbarkeit der vorliegenden Interventionen auf andere Stichproben und Settings
  - Analyse anderer wichtiger Einflussfaktoren (als ausschließliche Fokussierung auf die Variable „Behandlungsansatz“)
  - Bedarf an Studien zu Moderatoren, Mediatoren, Prozessforschung und Komponentenanalysen
  - Bedarf an Forschung zu behandlungsspezifischen Effekten vs. allgemeinen Wirkfaktoren
  - Verbesserung des Matching zwischen Patientencharakteristika und Behandlungsansatz
- Forschung zu therapeutischen Basisfertigkeiten, Verbesserung der therapeutischen Kompetenz und Einfluss von regelmäßigem Feedback an den Therapeuten
- Forschung zu weiteren Aspekten: Verbreitbarkeit („disseminability“), Kosten-Nutzen-Analysen, Akzeptanz von Behandlungen, klinische Nützlichkeit

Eine ausführliche Darstellung ist dem Download-Anhang zu entnehmen (vgl. Download-Anhang 3). Die dargestellten Aspekte decken sich gut mit den bei Weisz und Kazdin (2003) beschriebenen Herausfor-

derungen zukünftiger Forschung. Darüber hinausgehend werden in fast allen Überblicksarbeiten über alle Störungsbilder hinweg ähnliche *methodologische Probleme* der jeweils berücksichtigten Einzelstudien (vgl. auch Weisz & Kazdin, 2003) benannt (vgl. ausführlicher im Download-Anhang 3):

- Fehlen von Langzeitstudien sowie Notwendigkeit längerer Follow-up-Intervalle
- Fehlen von „effectiveness"-Studien
- Bedarf an Replikationsstudien
- Notwendigkeit
  - einer Ausweitung der Stichprobengrößen
  - die Zweckmäßigkeit der zum Einsatz kommenden KG zu berücksichtigen
  - einer Verbesserung der Studien-Einschlusskriterien
  - einer Standardisierung der Angaben zum Studienprotokoll
  - verbesserter Angaben zum untersuchten Therapiekonzept und verbesserter Therapiequalität
  - einer Verbesserung/Vereinheitlichung der Qualität von Studiendesign/-bericht
  - einer Erweiterung der Outcome-Kriterienbereiche
  - einer Standardisierung der zur Messung eingesetzten Outcome-Maße
  - der Durchführung von „completer"- und „intent-to-treat"-Analysen
  - die Einflussfaktoren auf die ES-Berechnung zu kennen und zu kontrollieren
  - einer Kontrolle des Publikationsbias

Vergleicht man die Resultate international publizierter Effektivitätsstudien mit den Forschungsergebnissen im *deutschen Sprachraum*, findet sich in der Tendenz eine Übereinstimmung der Ergebnisse. Dennoch gibt es auch einige Unterschiede und damit verbunden zahlreiche besondere Forschungsaufgaben für die deutschsprachige Forschung: Für den deutschen Sprachraum liegen systematische empirische Evaluationen nur in begrenztem Maße vor (Beelmann & Schneider, 2003; Esser & Ballaschk, 2005). Methodisch lässt sich eine überwiegend an Einzelfällen und unkontrollierten Untersuchungen orientierte Therapieforschung feststellen. Das Spektrum der untersuchten Störungsformen und Altersgruppen ist als gering zu bewerten, auffallend ist das Fehlen von Studien für Kinder < 6 Jahre. Alter und Geschlecht werden oft nicht hinreichend dokumentiert, viele Studien greifen auf gemischtes Klientel zurück (vgl. Beelmann & Schneider, 2003). Ferner handelt es sich um eine weit überwiegend verhaltenstherapeutische Wirksamkeitsforschung; zu psychoanalytischen, tiefenpsychologischen, non-direktiven, eltern- und familienorientierten Therapiekonzepten finden sich sehr wenige Untersuchungen – ein Ergebnis, dass das Missverhältnis zwischen praktischer Verbreitung verschiedener Interventionsansätze und deren wissenschaftlicher Fundierung deutlich unterstreicht. Auch die Beantwortung differentieller Indikationsfragen erscheint angesichts der vorliegenden Forschungssituation nicht ausreichend möglich. Für den deutschen Sprachraum besteht insofern ein sehr großer Nachholbedarf an empirischen, methodisch hochwertigen Studien.

Schlussfolgerungen: Bei einer Bewertung der bisherigen Forschungsergebnisse zur Therapie der vier häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter ist zunächst festzuhalten, dass Psychotherapieforschung für das Kindes- und Jugendalter noch dabei ist, den häufig beklagten Rückstand gegenüber der Forschung im Erwachsenenbereich aufzuholen. Schneider (2005) schätzte, dass im Jahr 1990 etwa

3500 kontrollierten Therapiestudien mit Erwachsenen etwa 400 entsprechende Studien mit Kindern und Jugendlichen gegenüberstanden. Im Jahr 2005 beläuft sich ihre Schätzung bereits auf mindestens 800 kontrollierte Therapiestudien mit Kindern/Jugendlichen (Schneider, 2005), dies zeigt die dynamische Entwicklung dieses Bereichs. Auch die von uns ausgewerteten Metaanalysen und Reviews, die von 2000 bis 2007 publiziert wurden, dokumentieren qualitativ und quantitativ einen enormen Wissenszuwachs.

Für jedes der vier Störungsbilder existieren Behandlungsansätze, deren Wirksamkeit klar nachgewiesen ist. Außerdem wird deutlich, dass die verschiedenen Krankheitsbilder eine unterschiedliche Therapie erfordern und dass – je nach Störungsbild – unterschiedliche Behandlungserfolge zu erwarten sind. Bei jedem der Störungsbilder können auch Unklarheiten, Divergenzen und offene Forschungsfragen benannt werden, die in der weiteren Forschung zu klären sind. Der Bereich des gesicherten Wissens kann somit relativ klar umschrieben werden. Die noch offenen Fragen können durch die zukünftige Forschung gezielt aufgegriffen werden. In diesem Sinne repräsentiert die aktuelle Psychotherapieforschung ein funktionierendes und auch für die Zukunft vielversprechendes Forschungsparadigma.

Ausgehend von den gut gesicherten und wirksamen störungsspezifischen Therapiemodellen bzw. Therapieprogrammen lassen sich die neuen Forschungsaufgaben definieren: Die vorhandenen psychotherapeutischen Behandlungsprogramme sind „Pakete“ mit vielen Einzelkomponenten, die „aufgeschnürt“ werden müssen, um sie in ihrer Funktion besser verstehen zu können:

- Welche psychotherapeutischen Teilkomponenten der validierten Programme (z.B. Teilkomponenten der CBT) sind unter welchen Bedingungen (bei welchen Gruppen, Rahmenbedingungen) wirksam,
- auf welchem Wege kommen therapeutische Veränderungen zustande, wie wirken hierbei psychotherapeutische Einzelkomponenten und Pharmakotherapie zusammen und
- welche neurobiologischen, psychologischen und sozialen Systeme sind hierbei beteiligt?

Eine wichtige Herausforderung für die Psychotherapieforschung wird in Zukunft darin liegen, über diese Fragen die Verbindung zur (neurobiologischen) Grundlagenforschung herzustellen. Somit ergibt sich eine Fülle von hochinteressanten Anschlussfragen, die auf den Ergebnissen der störungsspezifischen Wirksamkeitsforschung aufbauen und als differenzierte Wirksamkeits- und Prozessforschung bezeichnet werden können. Fragestellungen wie „Wie wirksam sind die verschiedenen therapeutischen Verfahren (Psychoanalyse, Verhaltenstherapie etc.) im Vergleich?“ oder ähnlich pauschale bzw. therapeutisch-konfessionell motivierte Fragen fallen hinter den schon erreichten Stand der Psychotherapieforschung zurück und werden die zukünftige Forschung nicht beschäftigen. Interessant sind stattdessen Fragen, die auf die notwendige weitere Verbesserung der verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten abzielen:

- Wie kann das Spektrum der verfügbaren evidenzbasierten Programme - die in vielen Fällen noch nicht hinreichend effektiv sind - durch andere neue oder alternative Behandlungsmodelle ergänzt und erweitert werden, damit auch der Patientengruppe geholfen werden kann, die von den aktuell verfügbaren Interventionsansätzen bislang noch unzureichend profitiert?
- Wie können die bereits vorhandenen und als effektiv zu bewertenden Programme und Methoden in der praktischen Patientenversorgung umgesetzt und genutzt werden (praxisnahe Forschung / Generalisierungsforschung / „effectiveness“-Forschung)?

Mit der zuletzt genannten Fragestellung ist das Verhältnis zwischen der Forschung und dem Bereich der praktischen kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgung angesprochen. Nachgewiesenermaßen wirksame Methoden werden in der Praxis bislang nur zu einem geringen Bruchteil realisiert. Die Behandlungen, die für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen in der praktischen Versorgung angeboten und durchgeführt werden, sind häufig noch sehr stark durch traditionelle Strukturen bestimmt und greifen nur in geringem Umfang auf aktuelle Forschungsergebnisse zurück. Ein Verharren in überkommenen Versorgungsstrukturen widerspricht jedoch der ethischen Forderung, den Patienten die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Aus diesem Grunde sind die im Bereich der Kinder- und Jugendlichentherapie Tätigen gefordert, die neueren Forschungsbefunde zur Kenntnis zu nehmen und in der praktischen Arbeit und in der Ausbildung zu berücksichtigen. Dies erfordert nicht nur persönliche Lernbereitschaft, sondern auch weitgehende Veränderungen und Umgestaltungen in der Versorgungslandschaft sowie längerfristig die Entwicklung von Strukturen und Prozeduren, die dazu dienen, einen produktiveren Austausch zwischen Praxis und Forschung zu organisieren, um ein weiteres Auseinanderdriften von Forschung und Versorgung zu verhindern. Die vorliegende Arbeit will hierzu einen Beitrag leisten.

LITERATUR

Bachmann, M., Bachmann, C., Rief, W., Mattejat, F. (2008). Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen: Eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews. Teil I: Angststörungen und depressive Störungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (im Druck).

Beelmann, A. & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32 (2),* 129-143.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* 2nd edition Hillsdale, NY: Erlbaum.

Curtis, N.M., Ronan, K.R. & Borduin, C.M. (2004). Multisystemic Treatment: A Meta-Analysis of Outcome-Studies. *Journal of Family Psychology, 18 (3),* 411-419.

Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002). Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychologische Rundschau, 53 (4),* 184-193.

Dretzke, J., Frew, E., Davenport, C., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Sandercock, J., Bayliss, S., Raftery, J., Hyde, C. & Taylor, R. (2005). The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children. *Health Technology Assessment, 9 (50*), 1-250.

Esser, G. & Ballaschk, K. (2005). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Forschungsstand und Perspektiven. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 26 (Sonderheft 1),* 19-39.

Farmer, E.M.Z., Compton, S.N., Burns, B.J. & Robertson, E. (2002). Review of the Evidence Base for Treatment of Childhood Psychopathology: Externalizing Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70 (6),* 1267-1302.

Jadad, A.R., Booker, L., Gauld, M., Kakuma, R., Boyle, M., Cunningham, C.E., Kim, M.K. & Schachar, R. (1999a). The treatment of attention-deficit hyperactivity disorder: An annotated bibliography and critical appraisal of published systematic reviews and meta-analyses. *Canadian Journal of Psychiatry, 44,* 1025-1035.

Jadad, A.R., Boyle, M., Cunningham, C., Kim, M. & Schachar, R. (1999b*). Treatment of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. Evidence Report: Technology Assessment No. 11*. Rockville MD: Agency for Health-

care Research and Quality.

Kazdin, A.E. (2002). The State of Child and Adolescent Psychotherapy Research. *Child and Adolescent Mental Health, 7 (2),* 53-59.

Kazdin, A.E. (2003). Psychotherapy for Children and Adolescents. *Annual Review of Psychology, 54,* 253-276.

Littell, J.H., Popa, M. & Forsythe, B. (2005). Multisystemic Therapy for social, emotional and behavioral problems in youth aged 10-17 (Review). *Cochrane Database of Systematic Review 2005,* Issue 4.

Lundahl, B., Risser, H.J. & Lovejoy, M.C. (2006). A meta-analysis of parent-training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review, 26,* 86-104.

McClellan, J.M. & Werry, J.S. (2003). Evidence-Based Treatments in Child and Adolescent Psychiatry: An Inventory. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42 (12),* 1388-1400.

Miller, A., Lee, S.K., Raina, P., Klassen, A., Zupancic, J. & Olsen, L. (1998). A review of therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Ottowa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment CCOHTA.

Miranda, A., Jarque, S. & Tárraga, R. (2006). Interventions in School Settings for Students With ADHD. *Exceptionality, 14 (1),* 35-52.

Roberts, M.C., Lazicki-Puddy, T.A., Puddy, R.W. & Johnson, R.J. (2003). The Outcomes of Psychotherapy With Adolescents: A Practioner-Friendly Research Review. *Journal of Clinical Psychology/In Session, 59 (11),* 1177-1191.

Schachter, H.M., Pham, B., King, J., Langford, S. & Moher, D. (2001). How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal, 165 (11),* 1475-1488.

Schneider, S. (2005). Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 26 (3),* 305-316.

Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Harding, M., O'Donnell, D. & Griffin, S. (1996). Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35,* 409-432.

Valdez, C.R., Carlson, C. & Zanger, D. (2005). Evidence-Based Parent Training and Family Interventions for School Behavior Change. *School Psychology Quarterly, 20 (4),* 403-433

Weisz, J.R., Hawley, K.M. & Jensen-Doss, A. (2004). Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 13,* 729-815.

Weisz, J.R. & Kazdin, A.E. (2003). Concluding Thoughts: Present and Future of Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents. In: A.E. Kazdin & J.R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 439-451). New York, London: The Guilford Press.

Windaus, E. (2005). Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 54,* 530-558.

Woolfenden, S.R., Williams, K. & Peat, J. (2001). Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorders and delinquency aged 10-17 (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2001,* Issue 2.

Woolfenden, S.R., Williams, K. & Peat, J. (2002). Family and parent interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Archives of Disease in Childhood, 86,* 251-256.

Tabelle 1: Ergebnisse zu Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)

AUFMERKSAMKEITSDEFIZIT- UND HYPERAKTIVITÄTSSTÖRUNGEN (ADHS) *Gesamtanzahl* der ausgewerteten Übersichtsarbeiten: N=68 *Psychotherapeutische Interventionen: 2* Metaanalysen, 29 systematische Reviews *Pharmakotherapie:* 9 Metaanalysen, 18 systematische Reviews, 1 aus Metaanalyse und systematischem Review kombinierte Arbeit *Kombinationsbehandlung:* 1 Metaanalyse, 8 systematische Reviews	
PSYCHOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN:	
Gut bestätigt:	• **Behaviorales Elterntraining**: **kleine bis mittlere Effekte** (bei großer ES-Bandbreite); die Effekte bzgl. der ADHS-Kernsymptomatik sind eher gering, die Effekte auf internalisierende Begleitsymptomatik und angrenzende ADHS-Problembereiche höher. • **Behaviorale Interventionen** (Verhaltensmodifikation, Kontingenzmanagement) **in Kindergarten und Schule: Fehlen von genauen ES-Angaben.**
Bestätigt mit Einschränkungen:	• **CBT** mit dem Kind/ Jugendlichen: Inkonsistente Ergebnisse, zum Teil **kleine ES**; Einfluss einzelner Techniken ist bislang unklar, in alleiniger Anwendung weniger hilfreich als im Rahmen multimodaler Behandlungsprogramme; Hinweise, dass intensive CBT günstige Effekte auf komorbide Symptomatik hat. • **Intensive Sommer-Ferienprogramme** (Kontingenzmanagement, soziales Kompetenz-Training): **nachgewiesene Effekte**, Problem der Generalisierbarkeit auf andere (weniger strukturierte und intensive) Settings.
Offene Fragen, Unklarheiten/ Divergenzen:	• Die Stabilität der Effekte nach Therapieende ist bislang zweifelhaft (nur z.T. sind Langzeiteffekte belegt, z.T. fehlen lange FU-Intervalle oder es ist ein Rückgang der Behandlungserfolge im FU beobachtbar). • Es finden sich divergierende Ergebnisse zu Alterseffekten bei Elterntrainings, d.h. bislang ist unklar, ob eher jüngere oder eher ältere Kinder stärker vom Einbezug der Eltern profitieren. • Im Bereich der kognitiven Interventionen (u.a. auch CBT) liegen inkonsistente Ergebnisse vor, vermutlich spielen diesbezüglich auch altersabhängige Effekte eine Rolle.
Spezifizierende Ergebnisse:	• In der Regel ist aufgrund der Chronizität der Probleme eine längerfristige Behandlung notwendig. • Die Behandlung erfordert eine intensive Zusammenarbeit zwischen Therapeuten, Eltern und Lehrern; aufgrund der erforderlichen Eltern-/Lehrerarbeit treten teilweise ausgeprägte Compliance-Probleme auf. • Zum Teil finden sich Probleme bei der Generalisierung von Effekten von einer Rahmensituation in andere Kontexte.
Wahrscheinlich wirksame Teilkomponenten:	*Mit den Eltern/Erziehern/Lehrern* (Wirksamkeit gut belegt): • Psychoedukation • Kontingenzmanagement (Belohnung, Token-Systeme, unmittelbares Feedback, Bestrafung/Verstärkerentzug, Löschung, Time-out) • Interaktions- und Kommunikationstraining (Kind, Eltern) • aktive Beaufsichtigung/„Supervision“ und Monitoring des kindlichen Verhaltens *Mit dem Kind/Jugendlichen* (teilweise divergente Befunde): • Selbstbewertung, Selbstinstruktions-Training, Selbstmanagement-Techniken • kognitives Modelllernen, Problemlösetraining • Ärger-Kontroll-Training • Konzentrations-/Genauigkeitstraining und Fertigkeitentraining (schulische Fertigkeiten) • soziales Kompetenztraining
Weitere mögliche Ansätze	Entspannungstraining, Familientherapie, Spieltherapie, Bibliotherapie, eklektische Therapie, multisystemische Ansätze, Eltern- und Lehrerberatung, Kunsttherapie, EMDR, Selbsthypnose, Metronom-Behandlung, psychodynamische Ansätze, multisystemische/multidimensionale Familieninterventionen, systemische Familientherapie
PSYCHOPHARMAKOLOGISCHE BEHANDLUNG:	
Gut bestätigt:	• **Stimulantien (**MPH, Dexamphetamin, D-/L-Amphetamin, gemischte Amphetaminsalze): **mittlere bis große Effekte** • **Atomoxetin: mittlere Effekte**
Bestätigt mit Einschränkungen:	• **Pemolin:** Vorliegen guter ES, jedoch Risiko schwerer Leberschädigungen. • **TZA:** Vorliegen kleiner bis mittlerer ES, jedoch fragliche Sicherheit. • **α_2-adrenerge Agonisten (v.a. Clonidin):** mittlere ES • **weitere Nicht-Stimulantien (Bupropion, Modafinil):** kleine bis mittlere ES
Spezifizierende Ergebnisse:	• In Abhängigkeit von niedriger vs. hoher Medikamentendosierung ergeben sich ES-Unterschiede. • Langwirksame (Retard-)Präparate erweisen sich in der Behandlung als effektiv und bilden eine hilfreiche Ergänzung der Behandlungsmöglichkeiten, sollten kurzwirksame Präparate jedoch nicht ersetzen. • Die pharmakologische Behandlung von komorbider Aggressivität ist als gesondertes Thema zu betrachten, auf das an dieser Stelle nicht näher eingegangen wird (vgl. Ergebnisse zu Störungen des Sozialverhaltens). • Als problematisch erweist sich teilweise Non-Compliance.
KOMBINATIONSBEHANDLUNG:	
Evidenzbasierung:	*Gute Evidenzbasierung:* • Kombinationsbehandlung (Psychotherapie plus Medikation) erzielt große Effekte (hohe ES) und ist einer ausschließlich psychotherapeutischen Behandlung überlegen. • Die Überlegenheit der Kombinationsbehandlung gegenüber der reinen Pharmakotherapie ist dagegen nicht klar nachgewiesen. • Wahrscheinliche Vorteile einer Kombinationsbehandlung sind vergleichbare Effekte auf die ADHS-Kernsymptomatik, jedoch bei geringerer Medikamentendosierung sowie bessere Effekte auf komorbide Auffälligkeiten (z.B. extraversive, introversive Störungen) und mit ADHS einhergehende Problemfelder.
SCHLUSSFOLGERUNGEN:	
• Die Evidenzbasierung für Pharmakotherapie ist sehr gut, für psychotherapeutische Ansätze insgesamt noch unzureichend. • Ausschließlich psychotherapeutische Interventionen erweisen sich häufig als nicht hinreichend (d.h. es finden sich meist geringere Effekte als bei alleiniger Medikation), sind jedoch bei komorbider introversiver Symptomatik sinnvoll einsetzbar (vergleichbare ES wie bei Medikation). • Ausschließliche Pharmakotherapie hat für die ADHS-Kernsymptomatik eine gute Wirksamkeit (hohe ES). • Für Kombinationsbehandlung liegen tendentiell die besten Erfolgsaussichten vor.	

Tabelle 2: Ergebnisse zu Störungen des Sozialverhaltens

STÖRUNGEN DES SOZIALVERHALTENS (SSV)	
Gesamtanzahl der ausgewerteten Übersichtsarbeiten: N=40 *Psychotherapeutische Interventionen:* 9 Metaanalysen, 22 systematische Reviews *Pharmakotherapie:* 1 Metaanalyse, 6 systematische Reviews, **1** aus Metaanalyse und systematischem Review kombinierte Arbeit *Kombinationsbehandlung:* 1 systematischer Review	
PSYCHOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN:	
Gut bestätigt:	• **Multisystemisch-mehrdimensionale strukturierte Eltern-Kind-/Familieninterventionen** (insbesondere MST, aber auch FFT, MTFC): zumeist **mittlere Effekte** • **Elterntrainings** (mit behavioralen Interventionen für das Kind, auch Eltern-Kind-Interaktions-Therapie): **kleine bis mittlere Effekte** • **Patientenfokussierte CBT** mit Fertigkeiten-Trainings**: kleine Effekte**
Bestätigt mit Einschränkungen	• **Außerhäusliche Unterbringung:** Effektivität nachgewiesen, aber nachgeordnete Option. • **Tagesklinische Behandlung:** noch mäßige Evidenzlage; stark schwankende kleine bis große ES.
Unklarheiten/ Divergenzen:	*Elterntrainings:* • Die Frage nach dem Einfluss des Alters auf den Behandlungserfolg ist noch nicht abschließend geklärt (kein signifikanter Einfluss des Alters vs. Vorteile für jüngere Kinder). • Noch ungeklärt ist die Frage, ob intensivere Interventionen tendentiell effektiver sind oder kein signifikanter Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer/Sitzungsanzahl und Behandlungserfolg vorliegt (Vorliegen divergenter Ergebnisse). • Divergente Befunde liegen hinsichtlich der Frage vor, ob kombinierte Eltern-Kind-Interventionen wirksamer sind als nur eltern- oder nur kindorientierte Maßnahmen oder sich eine vergleichbare Wirksamkeit findet. *Elterntrainings und MST:* • Zur Stabilität der Effekte liegen divergente Ergebnisse vor (Rückgang der Effekte im Laufe der Zeit vs. Aufrechterhaltung der Behandlungserfolge). *MST:* • Für MST liegt eine (methodisch problematische) Metaanalyse vor, bei der sich keine Überlegenheit von MST ggü. herkömmlichen Behandlungsansätzen (jedoch auch keine Unterlegenheit) ergibt.
Wahrscheinlich wirksame Teilkomponenten:	*Mit Eltern/Familien/Umfeld:* • Veränderung der Rahmenbedingungen, unter denen das Kind/der Jugendliche lebt • Verbesserung von Eltern-Kind-Beziehung und Erziehungsverhalten (Eltern-Kind-Interaktions-Training) • Reduktion negativer, sich aufschaukelnder Interaktionen zwischen Kind und Eltern • Rückgriff auf Verstärkungsprinzipien/operante Verfahren und Modelllernen • MST: offensives Case-Management, Einsatz von gezielten Familieninterventionen, Verknüpfung verschiedener Dienste, Haus- und Schulbesuche, Supervision/Qualitätssicherung *Mit dem Kind/Jugendlichen:* • CBT mit den Hauptkomponenten: Ärger-Management-/Kontroll-Training, Problemlöse-Training, soziales Kompetenz-/Selbstsicherheits-Training, Selbstbehauptungs-Training, Training prosozialen Verhaltens; Identifikation und Verbalisation eigener Gefühle *Multisystemisch-mehrdimensionale Behandlungsprogramme:* • Kombination aus Bausteinen, deren generelle Wirksamkeit als Einzelbaustein nachgewiesen ist: Elterntrainings, behaviorale Interventionen, CBT, Fertigkeitentrainings sowie Familientherapie
Weitere mögliche Ansätze:	Entspannungstraining, Spieltherapie, eklektische Therapie, Kunsttherapie, Lehrertraining/-beratung, Familien- und Nachbarschaftsservice**,** psychodynamische Ansätze, systemische Familientherapie
PSYCHOPHARMAKOLOGISCHE BEHANDLUNG (von *Aggressivität*):	
Gut bestätigt:	• **Atypische Antipsychotika:** Risperidon; nachgewiesene Wirksamkeit sowohl in der Kurzzeit- als auch in der Langzeitbehandlung (bis zu einem Jahr); **große ES.** • **Stimmungsstabilisierer:** Lithium, positive Resultate für Valproinsäure in höherer Dosierung; **kleine ES.** • **Psychostimulantien:** Methylphenidat, v.a. bei komorbidem Vorliegen von SSV und ADHS geeignet, **mittlere bis große ES.**
Bestätigt mit Einschränkungen	• **Typische Antipsychotika:** Molindon, Thioridazin, Haloperidol; aufgrund des erhöhten Risikos für Spätdyskinesien allenfalls für Patienten mit schweren, behandlungsresistenten Symptomen geeignet; **mittlere ES.**
Unklarheiten/ Divergenzen:	• allgemein: einige positive Ergebnisse, jedoch insgesamt wenig Forschung auf diesem Gebiet, zudem sehr kurze FU-Intervalle, kleine Stichproben und wenige störungsspezifische Studien.
Einschränkungen/ Nebeneffekte	• Die Ergebnisse beziehen sich fast alle auf Wirksamkeitsstudien zu störung*un*spezifischer Aggressivität. Für Kinder/Jugendliche mit ausschließlicher Störung des Sozialverhaltens liegen nur wenige Studien vor. • Für die gut bestätigten Substanzen (atypische Antipsychotika, Stimmungsstabilisierer, Psychostimulantien) liegt im Allgemeinen eine relativ gute Verträglichkeit vor.
KOMBINATIONSBEHANDLUNG:	
Evidenzbasierung:	Die Datenbasis/Studienlage bezüglich der Kombinationsbehandlungen ist derzeit noch insuffizient.
SCHLUSSFOLGERUNGEN:	
• Bei älteren dissozialen Kindern und Jugendlichen kristallisieren sich multisystemisch-mehrdimensionale und gemeindebasierte Interventionen als die vielversprechendsten Behandlungsansätze heraus; für Kinder unter 11 Jahren sind Elterntrainings die Methode der Wahl, CBT-Interventionen zeigen in diesem Altersbereich (ggü. dem Einsatz bei Jugendlichen) eine reduzierte Wirksamkeit. • Auf Pharmakotherapie wird nur dann zurückgegriffen, wenn herkömmliche psychologisch-psychosoziale Ansätze zur Veränderung von Verhalten und Umwelt initial keine Wirkung gezeigt haben oder im Rahmen einer Kombinationsbehandlung (aus psychosozialen Interventionen und Pharmakotherapie) bei schwerwiegenden, persistierenden oder komorbiden Störungen (z.B. komorbide ADHS).	

Tabelle 3: Zusammenfassung der aktuellen Forschungssituation

	Die wirksamsten Behandlungsansätze bei Kindern und Jugendlichen (Primäre Behandlungs-optionen)	**Berichtete Effekte**	**Forschungssituation zu:**			
			Psycho-therapie	**Pharmako-therapie**	**Kombi-nations-behand-lung**	**Prävention**
Angststörungen	Psychotherapie: CBT	**mittel bis groß**	**X**	(X)	O	(X)
Depressive Störungen	Psychotherapie: CBT (IPT); evtl. Überlegenheit von Kombinations-behandlung	**klein bis mittel**	(X)	(X)	O	(X)
ADHS	Pharmakotherapie mit Stimulantien; evtl. Überlegenheit von Kombinationsbehandlung	**mittel bis groß**	(X)	**X**	(X)	O
Störungen des Sozial-verhaltens	Psychotherapie: - Multisystemische Therapie - Eltern-/Lehrertraining - CBT	**klein bis mittel**	**X**	(X)	O	(X)

X = umfangreiche Datenbasis, Vorliegen empirisch gut abgesicherter Interventionen

(X) = Vorliegen von Studien, jedoch noch unzureichende, eingeschränkte Datenbasis

O = kaum oder keine Studien vorliegend

Manuskript 3

Bachmann, M., Bachmann, C., John, K., Heinzel-Gutenbrunner, M., Mattejat, F. & Remschmidt, H. (im Review). The Effectiveness of Child and Adolescent Psychiatric Treatments in a Naturalistic Outpatient Setting. Causal Analysis of Treatment Effects by Means of Propensity Score Methods. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.*

Mareile Bachmann, MSc[1], Christian J. Bachmann, MD[1], Katja John, MSc[1], Monika Heinzel-Gutenbrunner, PhD[1], Helmut Remschmidt, MD, PhD[1] and Fritz Mattejat, PhD[1]

[1] Department of Child and Adolescent Psychiatry, University Hospital Giessen and Marburg, Campus Marburg, Germany

ABSTRACT

Objective: To determine the effectiveness of child and adolescent psychiatric treatments in a naturalistic outpatient setting, using data from child and adolescent psychiatric practices in Germany.

Method: In this prospective observational treatment study, 306 patients [attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) (n=94), conduct disorder (CD) (n=57), anxiety disorder (AD) (n=53), depressive disorder (DD) (n=38) and various other diagnostic categories (n=64)] were included from the participating practices. Treatment effects were compared between patients who received intensive treatment and patients who only participated in diagnostics and short interventions. Since randomization was not possible, propensity score analysis methods were used; through this method randomization can be imitated.

Results: Regarding the total sample, no significant treatment effects could be demonstrated. However, a subgroup analysis for the four most frequent disorders (ADHD, CD, AD, DD) showed small to moderate treatment effects in patients with ADHD and AD. In CD and DD subgroups, no significant treatment effects could be found. The difference between the calculation of treatment effects with and without propensity score analysis was substantial and underlines the necessity of using this method for analyzing similar kinds of data.

Conclusions: By the use of propensity score analysis, it was possible to demonstrate significant effects of “real-world-tretament” for ADHD and AD. Compared to efficacy studies, the results of this investigation are encouraging; they show that naturalistic treatment might be better than expected.

Introduction

Considering all known psychiatric disorders, four disorders are particularly frequent in children and adolescents.[1, 2] These are: Depressive disorder (DD) and anxiety disorder (AD) as internalizing disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and conduct disorder (CD) as externalizing disorders.[3, 4, 5, 6] Efficacy studies demonstrate that a positive treatment response in children and adolescents in an outpatient setting is far more likely to occur in those being treated for ADHD and AD than in those children and adolescents being treated for DD and CD in the same setting.[5, 6, 7, 8]

In meta-analyses and systematic reviews, which essentially concentrate on efficacy studies, effect size estimations for the treatment of mental disorders in children and adolescents range from 0.7 to 0.8.[9, 10, 11, 12, 13] On the contrary, the few reviews available on "usual care" studies report mean effect sizes of 0.0.[14, 15, 16, 17] In a meta-analysis of direct comparisons, Weisz et al at least found, that evidence-based youth treatments produce significantly better outcomes than the usual interventions employed in clinical care.[18] The scarcity of effectiveness studies can probably be explained by the fact that controlled studies are difficult to conduct in naturalistic settings – firstly due to sheer practical constraints and secondly due to ethical difficulties. Within the context outlined above, the work presented here intends to answer the following questions:

- How successful is therapy in child and adolescent psychiatric (CAP) practices and to what extent are effects, as described in effectiveness studies, achieved? Is there a difference in therapy outcome between patients with a lower vs. higher therapy intensity?
- Do children and adolescents with different disorders benefit from therapy in a similar way, or are there major differences?
- To which extent do the results calculated with conventional evaluation methods differ from those obtained after inclusion of propensity score analysis in data evaluation?

METHOD

In order to determine the quality of therapeutic results achieved in CAP practices, a collaborative project ("kjp-Qualität" [CAP quality]) was initiated between CAP practitioners and a therapy research unit at the Department of CAP, University of Marburg, Germany.[19] In this project, a new system for therapy evaluation was developed, with the aim of generating reliable and substantial findings on the results and benefits of therapy.

Design

The investigation was conducted as a collaboration project between the "Evaluation Research Group" at the CAP Department of the University of Marburg and nine CAP practices all over Germany. The study was conceived as an observational design with three measuring points: During the project, a non-selected consecutive patient sample (all new admissions in CAP practices) was followed over a time span of 1 year. Standardized data assessment was conducted with all cases included, regardless of the fact whether they participated in further diagnostic procedures or whether they received any kind of treatment at all. Each case remained in the study for one year: Telephone interviews with the main caregiver were conducted at the time of referral (T1: within one week after the first diagnostic contact in the practice), three months later (T2) and one year after T1 (T3). Additionally, at these 3 time points care givers and patients (provided they

were older than 12 years) completed a questionnaire. Further information from the therapists regarding the children's symptoms, treatment and therapeutic results was taken into account. Data were assessed by standardized telephone interviews with the parents of the young patients and the completion of questionnaires by parents, patients and therapists. The protocol, survey instrument, and consent document were approved by the institutional review board. Participants and their parents gave written informed consent before participation.

Participants

Between May 2004 and July 2006 data were collected from nine CAP practices throughout Germany, including a total of 1182 referred patients in the CAP practices. At T1 we were able to conduct a telephone interview with 1029 caretakers (=87% of all referred patients). Only those cases remained in the study, in which telephone interviews were conducted. At T2 we conducted 927 interviews (90% of 1029) and at T3 it was possible to conduct 800 telephone interviews (86% from 927). From T1 to T3 we obtained a drop-out-rate of 22%. Complete documentation data (diagnoses, treatment variables) from the responsible child psychiatrist existed in 727 cases; these 727 cases comprise our "total sample" for further analysis. Starting with this sample of N=727 patients, from whom all 3 telephone interviews and the Basic Documentation (BADO)[20, 21] (including the clinical psychiatric diagnosis and treatment data) are available, for the following analyses the number of patients is reduced to a sample, in which the parents completed the Child Behavior Checklist (CBCL)[22, 23, 24] at T1 and T3 (N=306). So our "CBCL Sample" consists of those cases, in which the CBCL total score for T1 and T3 could be calculated. We compared the dropped out patients (N=421) with the CBCL Sample (N=306) with regard to the variables of the Multiaxial Classification System (MAS)[25] and to selected variables such as gender, age, social status and diagnosis. In spite of an obvious reduction of the sample size (ca. 58%), no serious differences between both samples were identified. The CBCL Sample includes subgroups, which belong to the following diagnostic categories (according to the International Classification of Diseases, 10th edition (ICD-10))[26]: ADHD [F 90.0, F 90.8 and F 90.9 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)[27] categories: 314.01, 314.00); N=94], CD [F 91.0, F 91.1, F 91.2, F 91.3, F 91.8, F 91.9, F 43.24, F 43.25, F 90.10, F 90.11, F 92.0, F 92.8, F 92.9, F 93.30 and F 94.2 (DSM-IV-TR: 312.8, 312.9, 313.81, 309.3, 309.4, 313.89); N=57], DD [F 32.0, F 32.1, F 32.2, F 32.9, F 33.1, F 43.20, F 43.21, F 41.20, F 43.22 and F 43.23 (DSM-IV-TR: 296.21, 296.22, 296.23, 309.0, 296.32, 311, 309.28); N=38], AD [F 40.1, F 40.2, F 41.0, F 41.3, F 41.9, F 93.0, F 93.1, F 93.2, F 93.8 (DSM-IV-TR: 300.23, 300.00, 300.29, 300.01, 309.21); N=53], other diagnoses (N=54), no diagnosis (N=10).

Treatment

All practices which participated in the collaboration project "kjp-Qualität" [CAP quality], work according to a special contract between insurances and child and adolescent psychiatrists, the "Social Psychiatry Agreement", which enables practitioners to employ personnel from different professions (physicians, pediatricians, child and adolescent psychiatrists, child and adolescent psychotherapists, teachers, nurses, pedagogues, social pedagogues and social workers) in their practice in order to offer a broad variety of treatments including medication, physiotherapy, dyslexia treatment, language and speech training, various forms of psychotherapy and family therapy. Case formulations and therapy planning were carried out individually and based

on the practice guidelines of the German Association of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy (DGKJP).[28] In 58% of the cases, only diagnostic and a few consultation sessions were conducted; 42% received more intensive treatment. 26% of all patients received medication. Extensive further information about the sample and the treatment is provided in the final project report.[19]

Data assessment

The data presented in this study are based on the CBCL and data collected from the standardized telephone interviews with the main caretaker at the 3 time points (T1-T3). The diagnoses (axis I-VI) were made according to the "Multiaxial Classification System for psychiatric disorders childhood and adolescence" (MAS),[25] which is based on the ICD-10. The MAS diagnosis is recorded in the "BADO" [Basic Documentation],[20, 21] the standardized documentation proposal of the German Association of Child and Adolescent Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy.[28]

In 1983, Achenbach and Edelbrock developed the CBCL,[22] in 1991 Achenbach revised it,[23] and today the CBCL is used worldwide as a standard questionnaire to detect psychopathological symptoms and behavior disorders in children and adolescents. For this study we use german norms[24] and solely make use of the CBCL total score. The BADO used in this study was first published in 1998.[20, 21] It can be downloaded from the website of the German Professional Organization for Child and Adolescent Psychiatrists (BKJPP) (http://www.bkjpp.de/files/BADO_3.PDF). The standardized telephone interview (downloadable under http://www.kjp.uni-marburg.de/qs/kjpQ_Abschlussbericht_Anhang.pdf) which was used to assess information from the parents was already used in previous similar investigations. Reliability and validity of this interview have proven to be efficient.[29]

Statistical analyses

The aim of the present study is to investigate the question, whether treatment in the CAP practices is effective. For this purpose the data analysis which we report in this article is based solely on the data which were assessed at referral (T1) and one year later (T3).

Group assignment (Experimental groups 1 and 2): Due to the absence of a randomized control group, we subdivided the CBCL Sample in two groups according to the total number of diagnostic and therapeutic sessions, which were conducted with parents and/or patients. The total number of diagnostic/therapeutic sessions in the sample had a median of 8 sessions; the two groups were formed using this value (because of missing data on the number of sessions, 7 cases were excluded from data analysis). The cut-off of 8 sessions (≤ vs. > 8 sessions) corresponds to the subdivision of the main group into one group with intensive treatment (more than 8 sessions = experimental group 1 = EG1) and a group without intensive treatment (= only diagnostic sessions and short intervention = experimental group 2 = EG2). The treatment group assignment (belonging to the high vs. the low therapy intensity group) is considered the independent variable.

Dependent variable: As dependent variable we use CBCL total scores at T3 (post-test); for some analyses we dichotomize the CBCL total score in order to generate outcome-groups: For this purpose we use cut-off scores of 32/33 (normal vs. disturbed); this cut-off-value corresponds with a T-score of 60.[30]

Propensity score analysis: Since experimental group 1 and experimental group 2 were not randomized,

propensity analyses were used to parallelize the two groups and thus control influences on the dependent variable in order to safeguard the results. The propensity score by definition is the conditional probability of being assigned to a treatment group based on given covariates.[31, 32] Quite a number of different propensity score calculation methods are described.[31, 33, 34, 35, 36, 37] The propensity scores in this study were calculated using logistic regression of the SPSS 14.0 program.[38] The covariates were seen as the independent variables and represent all variables considered as relevant for parallelizing the treatment groups. Based on experts' judgments and under consideration of the current research insights and theoretical contemplations the following covariates were considered as relevant for propensity score analysis: Axis I, III and VI on the MAS, sex, age, housing, school and social status of the children; T1-scores of different questionnaire methods (Quality-of-Life-Score 28 of the ILK,[39] symptom total and symptom score of the MSR,[40] CBCL total score, CBCL internalizing score and CBCL externalizing score). Because of missing sociodemographic data for propensity score calculation, 30 cases had to be excluded from propensity score data analysis, leaving a sample of N=269 patients.

To evaluate the differences of CBCL between T1 and T3 in the diagnostic subgroups without regarding treatment, t-tests for dependent samples were used. To compare the starting scores and CBCL score reduction between the diagnostic groups, analyses of variance with post-hoc-tests were used. In this case the LSD-Test (Least Significant Differences Test) - equal to the t-Test which compares 2 means – was chosen as *a posteriori*-test. To calculate the treatment effects analyses of variance with repeated measurement were modeled. CBCL scores at T1 and T3 are the dependent variables, group is used as interindividual influence factor and the interaction time*group, which reflects differences in the CBCL course between the 2 groups, is regarded as treatment effect. These models are compared to extended models with an additional covariate, the propensity score.

Calculation of effect sizes: The effect size (ES) was calculated using corrected Pre-Post-ES (Pre-Post-ES corrected under consideration of pre-tests):

$$D_{corr} = d_{Post\text{-}test} - d_{Pre\text{-}test} \text{ with the pooled variances } S_p \text{ from both groups}$$

$$S_p = \sqrt{[(((N_{EG1} - 1) * S^2_{EG1}) + ((N_{EG2} - 1) * S^2_{EG2})) / (N_{EG1} + N_{EG2} - 2)]}$$

All statistical analyses were done by means of SPSS 14.0.[38] The procedure "Paired comparison (or Dependent) T-Tests" was used for the pre-post-comparisons. The procedure "One-Way Analysis of Variance" with post hoc tests (Sheffee) is used for the comparison of the diagnostic groups. The procedure "General Linear Models (GLM): Repeated Measures" is used for the analysis of the influence of treatment on the changes of the CBCL score with and without regard of a propensity score.

RESULTS

Description of differences from T1 to T3 in the CBCL total score

Starting with a purely descriptive presentation, Table 1 and Figure 1 present the CBCL total scores for the total group (CBCL sample) as well as for the 4 diagnostic subgroups.

****** Table 1 about here ******

****** Figure 1 about here ******

For the total group and the subgroups, a significant reduction in CBCL scores can be observed during the course of therapy ($p \leq 0.0005$). With reference to the total sample, approximately 2/3 (66%) of the children and adolescents did not show clinically relevant symptoms any longer a year after referral (T-score ≤ 60). When comparing the different disorders, we notice a worse initial level for ADHD and CD than for AD and DD. Furthermore, there are considerable improvements from T1 to T3: 20% in patients with AD and ADHD, 25% in patients with DD and 30% in patients with CD shift from showing clinically relevant symptoms (disturbed) to the normal group. When calculating the pre-post-effect size d* according to Hasselblad and Hedges,[41] in order to obtain a value which is directly comparable with the effect size d,[42] we obtain the following results: d* = 1,19 for the total sample, d* = 0,72 for patients with ADHD, d* = 1,00 for patients in the DD subgroup and d* = 1,96 for patients with AD. For the CD subgroup the effect size is d* ≈ 1,85 (approximative estimation, because one cell equals zero).

Analyses of variance with repeated measurement without propensity score calculation

Table 2 shows the results of the analysis of variance with repeated measurement with the CBCL total score as the dependent variable and the factors “time” (T1 vs. T3) and “group” (EG1 vs. EG2).

****** Table 2 about here ******

Main effects for the factor “time” can be observed in both the total sample and the 4 subgroups. Main effects of the factor “group” indicate that CBCL scores are different in EG1 and EG2 (significant for the total sample). Interaction effects between time and group, which indicate a treatment effect, are significant in the total sample, the ADHD subgroup and the AD subgroup, but not in the CD and DD subgroups.

Figures 2 - 6 display the changes in the CBCL score during the course of treatment. The extent of reduction (main effect time), the differences between the treatment groups (main effect group) and the treatment effects (interaction time*group) are visualized in the figures. The dependence of the results on the particular disorder becomes evident when the figures are compared.

****** Figures 2 - 6 about here ******

Analyses of variance with repeated measurement using propensity score calculation

Table 3 shows the results of the analyses of variance with repeated measurement, when the propensity score is used as covariate in the analyses.

****** Table 3 about here ******

In comparison with previous results without consideration of propensity score (and without control of covariates), the results are quite different. The main effect time becomes significant only in the total sample, yet not any more for the four subgroups, as displayed in Table 3.

As it is expected, there is no longer a main effect in the total group for the factor “group” under inclusion of propensity score, which may be caused by the approximation of both treatment groups regarding the initial values of the CBCL at T1. This shows that the inclusion of the propensity score “works” in the sense of controlling confounding variables and making the two groups comparable. Interactions between time point and treatment intensity (meaning treatment effects) are no longer found for the total group as well, but still (as before) for the subgroups with ADHD and AD. For the covariate “propensity score” a significant main effect can be found for the total sample and the subgroups DD and AD. This result emphasizes the necessity of propensity score analysis for these samples: There are obvious group differences between the

two treatment groups (low vs. high number of sessions) with reference to T1 starting levels of different questionnaires, socio-demographic factors and the MAS axis. The differences between the variance analyses with and without propensity score use are evident, when comparing part A and part B in Figures 2 - 6. Especially the approximation of both treatment groups regarding the initial values of the CBCL at T1 becomes apparent (Figures 2 - 6, part B)).

The results show that for children and adolescents with ADHD or AD there is a significant treatment effect: Patients in the high treatment intensity group show a significantly higher reduction of the CBCL total score than children and adolescents in the low treatment intensity group. But this favorable result is not evident in the total sample; treatment intensity was not relevant either for patients with CD. For children and adolescents with DD, a different trend can be observed (Figure 5): Here it seems to be possible to identify 2 groups - firstly those with a lasting depression which improve under continuous therapy, and secondly those with depressive episodes which show impressive spontaneous remissions.
When converting these results (using means, standard deviations and sample sizes) into effect sizes (ES), the values displayed in Table 4 were computed. The ES for ADHD and anxiety disorder (d* = 0.39 to 0.54) correspond with small to moderate effects. Overall, ES with and without propensity score calculation are approximately concordant.
****** Table 4 about here ******

DISCUSSION

Results: For the *total sample,* this study does not reveal significant treatment effects in an outpatient CAP setting. However, in the *subgroups* significant small to moderate treatment effects are apparent for children and adolescents with ADHD and AD. Patients with high therapy frequency profit more from therapy than those children and adolescents with less treatment sessions. Moreover, patients in the subgroup with CD come off relatively poorly in general: Both the treatment effects (compare analysis of variance results) and the symptom severity at the beginning and end of treatment (compare results of the normalized CBCL scores) underline this trend. In the subgroup with DD, it is not possible either to validate a significant treatment effect; in depressive children and adolescents there seems to be a high spontaneous remission for those who receive only a low intensity treatment.
When we compare our results with the treatment effects achieved in “efficacy-studies”, [7, 8, 9, 10, 11, 12] it becomes obvious that our results replicate the findings from efficacy studies, which show that treatments for AD and ADHD display a better efficacy than treatments for DD and CD.[7, 8]

Methods: Although it is desirable that effectiveness studies are conducted as randomized controlled trials, this aim often is not attainable. So we are dependent on designs with non-randomized control groups and observational designs. The design used in this study - in which we compared groups with high and low treatment intensity - proved to be feasible for therapy evaluation studies in naturalistic settings; the low drop-out rate, the parental acceptance, and high participation quotes are convincing. Calculating propensity scores, under consideration of the relevant covariates, proves to be extremely important in order to compensate for the lack of randomized group assignment. The differences between results calculated with, and without propensity scores are notable. The use of a single outcome criterion nevertheless obviously implies

disadvantages: Not only with regard to methodological aspects, but also to illustrate the patient's situation, a large number of relevant reviews emphasizes the necessity to make use of outcome criteria from a wide range of different domains (e.g. symptoms, functional level, quality of life, long-term consequences).[7, 8]

Implications for research: There is a big range of questions relating to psychiatric and psychological treatments for children and adolescents which require continuous and intensive research: One of the highest demands exists for more effectiveness studies which show that supported intervention methods can be utilized in everyday health care. Representative clinical observational studies certainly do not represent the gold standard, yet they can be considered as a fine alternative which is practical in an outpatient setting, especially when methodological deficits in the study design can be controlled with adequate methods of data analysis methods. Certainly propensity score analysis has its limitations as well.[43] Apart from the problem with missing values (compare methods); none of the covariates which were not documented in the first place can be balanced and therefore remain as confounding variables. Furthermore, the fact that only such variables which are not influenced by the independent variable (meaning treatment intensity in this case) are included is deemed to be critical.

In our present investigation, we simply related the intensity of treatments (number of sessions within one year) to the outcome one year after referral. Up to now, comparable naturalistic studies examining the dosage-effect relations in children and adolescents are not available and it would be interesting, whether our results can be replicated. Furthermore, it would be interesting to differentiate the research questions. Thus, it would be possible to conduct more analyses, in which the effectiveness of different treatment modules is investigated (medication, individual therapy, parent and family therapy).[44, 45, 46] Another direction of refinement would possibly investigate the process of change by assessing data during treatment. This could lead to the development of a benchmarking system in order to judge the patient's individual therapy progress (according to therapy progress curves) which is important as well.

Implications for practice: Up to now, no comparable study exists in Germany. The treatment effects of outpatient CAP therapies in "real-world" health services are similar to those of psychological, psychosocial and pharmacological interventions, as reported in meta-analyses and reviews on efficacy studies.[7, 8] Especially ADHD and AD are best treated in an outpatient setting. The treatment effect for DD is quite low; this might be due to the age and developmental stage of the child, and the hence resulting limited applicability of cognitive therapy methods. For the treatment of patients with CD, an outpatient treatment setting in a psychiatric practice is probably not sufficiently intensive and seems less suitable than the recently discussed alternative approach of a multimodal and family orientated treatment (e.g. Multisystemic Treatment (MST)).[47] Contrary to the results of previous effectiveness studies,[14, 15, 16, 17] our examination of therapy in a naturalistic setting (provided a certain frequency of treatment is assured) shows apparent treatment effects. However, two restrictions should be mentioned: Firstly, treatment effects cannot be shown for all disorders. This does not necessarily mean that these disorders without a proven effect cannot be treated sufficiently, but rather that it might not be the right setting (as in CD) or that until now no adequate specific treatment for children has been developed (as in DD). Secondly, although only small to moderate effects are validated, the treatments can contribute significantly to the prevention – or reduction – of negative long-term consequences (e.g. human and social costs). Even if the effects achieved in practice are

not as high as the effects known from efficacy studies, this should not be discouraging, but rather be seen as an expression of real conditions: Isolated disorders are rarely treated in practice, patients showing comorbid conditions are more common.

Acknowledgements

We are grateful for the congenial collaboration with the heads of the nine practice teams, the Child and Adolescent Psychiatrists and Psychotherapists Dr. D. Hoehne, Dr. K. Kuehl, Dr. Dipl.-Psych. L. Lam, Dr. M. Neuhauss, Dr. F. Wienand, Dr. E. Fischer, Dr. K.-U. Oehler, Dr. C. Schaff and Dr. Uzelli-Schwarz. We also thank the German Professional Organization for Child and Adolescent Psychiatrists for their support of this study.

Financial support

This study was supported by a grant from Janssen-Cilag.

REFERENCES

1. Weisz JR, Jensen-Doss A, Hawley KM. Youth Psychotherapy Outcome Research: A Review and Critique of the Evidence Base. *Annu Rev Psychol.* 2005;56:337-363.

2. Jensen AL, Weisz JR. Assessing match and mismatch between practitioner-generated and standardized interview-generated diagnoses for clinic-referred children and adolescents. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(1):158-168.

3. Baving L, Schmidt MH. Evaluierte Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie I. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2001;29(3):189-205.

4. Baving L, Schmidt MH. Evaluierte Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie II. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2001;9(3):206-220.

5. Farmer EMZ, Compton SN, Burns BJ & Robertson E. Review of the Evidence Base for Treatment of Childhood Psychopathology: Externalizing Disorders. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(6):1267-1302.

6. Compton SN, Burns BJ, Egger HL, Robertson E. Review of the Evidence Base for Treatment of Childhood Psychopathology: Internalizing Disorders. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(6):1240-1266.

7. Bachmann M, Bachmann C, Rief W, Mattejat F. Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen – Eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews – Teil I: Angststörungen und depressive Störungen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. In press.

8. Bachmann M, Bachmann C, Rief W, Mattejat F. Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen – Eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews – Teil II: ADHS und Störungen des Sozialverhaltens. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. In press.

9. Casey RJ, Berman JS. The outcome of psychotherapy with children. *Psychol Bull.* 1985;98(2):388-400.

10. Weisz JR, Weiss B, Alicke MD, Klotz ML. Effectiveness of Psychotherapy with Children and Adolescents: A Meta-Analysis for Clinicians. *J Consult Clin Psychol.* 1987;55(4):542-549.

11. Kazdin AE, Bass D, Ayers WA, Rodgers A. Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol.*1990;58(6):729-740.

12. Weisz JR, Weiss B, Han SS, Granger DA, Morton T. Effects of Psychotherapy with Children and Adolescents Revisited: A Meta-Analysis of Treatment Outcome Studies. *Psychol Bull.* 1995;117(3):450-468.

13. Esser G, Ballaschk K. Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Forschungsstand und Perspektiven. *Verhaltensther Verhaltensmed.* 2005;26(Sonderheft 1):19-39.

14. Weisz JR, Donenberg GR, Han SS, Kauneckis D. Child and Adolescent Psychotherapy Outcomes in Experiments versus Clinics: Why the Disparity? *J Abnorm Child Psychol.* 1995;23(1):83-106.

15. Weisz JR, Donenberg GR, Han SS, Weiss B. Bridging the Gap Between Laboratory and Clinic in Child and Adolescent Psychotherapy. *J Consult Clin Psychol.* 1995;63(5):688-701.

16. Weisz JR, Jensen PS. Efficacy and Effectiveness of Child and Adolescent Psychotherapy and Pharmacotherapy. *Ment Health Serv Res.* 1999;1(3):125-157.

17. Weisz JR, Weiss B, Donenberg GR. The Lab Versus the Clinic – Effects of Child and Adolescent Psychotherapy. *Am Psychol.* 1992;47(12):1578-1585.

18. Weisz JR, Jensen-Doss A, Hawley KM. Evidence-Based Youth Psychotherapies Versus Usual Clinical Care. A Meta-Analysis of Direct Comparisons. *Am Psychol.* 2006;61(7):671-689.

19. Mattejat F, Trosse M, John K, Bachmann M, Remschmidt H. *kjp-Qualität, Modellforschungsprojekt zur Qualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen, Abschlussbericht.* Marburg: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am Universitätsklinikum Gießen Marburg; 2006.

20. Englert E, Jungmann J, Lam L, Wienand F, Poustka F. Pilotstudie Basisdokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Konzeption einer bundesweiten Anwendungsstudie mit dem Entwurf einer neuen gemeinsamen Basisdokumentation für Klinik und Praxis. In: Schmeck K, Poustka F, Katschnig H, eds. *Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.* Wien: Springer; 1998:83-92.

21. Englert E, Jungmann J, Lam L, Wienand F, Poustka F. Die Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie – Merkmalskatalog der Fachverbände für eine gemeinsame Basisdokumentation für Klinik und Praxis. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde.* 1998; 27:129-146.

22. Achenbach TM, Edelbrock C. *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile.* Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1983.

23. Achenbach TM. *Manual for the Child Behavior Checklist 4/18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991.

24. Döpfner M, Plück J, Bölte S, Lenz K, Melchers P, Heim K; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung.* 2nd ed. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD); 1998.

25. Remschmidt H, Schmidt MH, Poustka F. *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. 5th ed. Bern: Hans Huber; 2006.

26. WHO (World Health Organization), Weltgesundheitsorganisation. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien.* Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E, eds. Bern, Göttingen, Seattle, Toronto: Verlag Hans Huber; 2006.

27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV Fourth Edition (Text Revision).* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc./ Jaypee; 2000.

28. DGKJP, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter.* 3rd ed. Köln: Deutscher Ärzte Verlag; 2007.

29. Mattejat F, Hirsch O, Remschmidt H. Die Nutzung von Telefoninterviews für die Qualitätssicherung und Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Literaturübersicht und empirische Ergebnisse zur Teilnahmequote und zu möglichen Stichprobenverzerrungen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2003;31(1):17-34.

30. Schmeck K, Poustka F, Döpfner M, et al. Discriminant validity of the child behaviour checklist CBCL-4/18 in German samples. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2001;10(4):240-247.

31. D'Agostino RB Jr. Tutorial in Biostatistics. Propensity Score Methods for Bias Reduction in the Comparison of a Treatment to a Non-Randomized Control Group. *Stat Med.* 1998;17(19):2265-2281.

32. Rosenbaum PR, Rubin DB. The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects. *Biometrika.* 1983;70(1):41-55.

33. Hahs-Vaughn DL, Onwuegbuzie AJ. Estimating and Using Propensity Score Analysis With Complex Samples. *J Exp Educ.* 2006;75(1):31-65.

34. Ridgeway G, McCaffrey DF, Morral AR. *Toolkit for Weighting and Analysis of Nonequivalent Groups (Twang): A tutorial for the twang package*. 2006. http://cran.r-project.org/web/packages/twang/index.html. Accessed July 15, 2008.

35. Stürmer T, Joshi M, Glynn R, Avorn J, Rothman K, Schneeweiss S. A review of the application of propensity score methods yielded increasing use, advantages in specific settings, but not substantially different estimates compared with conventional multivariate methods. *J Clin Epidemiol.* 2006;59 (5), 437-447.

36. Luellen JK, Shadish WR, Clark MH. Propensity scores: an introduction and experimental test. *Eval Rev.* 2005;29(6):530-558.

37. Perkins SM, Tu WZ, Underhill MG, Zhou XH, Murray MD. The Use of Propensity Scores in Pharmacoepidemiologic Research. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2000;9(2):93-101.

38. SPSS for Windows [computer program]. Version 14.0. Chicago, IL: SPSS Inc.; 2006.

39. Mattejat F, Remschmidt H. *ILK. Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen.* Bern: Huber; 2006.

40. Mattejat F, Remschmidt H. *MSR. Marburger Symptomrating.* Bern: Huber; 2006.

41. Hasselblad V, Hedges LV. Meta-analysis of screening and diagnostic tests. *Psychol Bull.* 1995;117(1):167-178.

42. Wirtz M, Nachtigall C. *Deskriptive Statistik. Statistische Methoden für Psychologen. Teil 1.* Weinheim: Juventa; 2002.

43. Winkelmayer WC, Kurth T. Propensity scores: help or hype? *Nephrol Dial Transplant.* 2004;19(7):1671-1673.

44. Garland AF, Hawley KM, Brookman-Frazee L, Hurlburt MS. Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47(5):505-14.

45. Piacentini J. Optimizing cognitive-behavioral therapy for childhood psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47(5):481-482.

46. McCarty CA, Weisz JR. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: what we can (and can't) learn from meta-analysis and component profiling. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(7):879-886.

47. Henggeler S, Rowland MD, Halliday-Boykins C, et al. One-year follow-up of multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42(5):543-551.

TABLES

Table 1: CBCL total score, means and standard deviations for the total sample and subsamples

	Time point T1		Time point T3		Significance
	Mean	SD	Mean	SD	
Total sample (N=306)	40.83	22.75	28.78	20.14	p<0.0005
ADHD (N=94)	43.35	21.68	32.40	19.86	p<0.0005
Conduct disorder (N=57)	50.44	20.80	35.40	19.92	p<0.0005
Depressive disorder (N=38)	34.55	19.42	23.37	16.77	p<0.0005
Anxiety disorder (N=53)	40.08	26.71	28.06	20.97	p<0.0005

Table 2: Results of the analyses of variance without propensity score calculation: CBCL total score as dependent variable and "time" and "group" as independent factors (means, standard deviations, p-value)

		Total sample Mean (SD)		ADHD Mean (SD)		Conduct disorder Mean (SD)		Depressive disorder Mean (SD)		Anxiety disorder Mean (SD)	
Main effect Time											
T1		40.71 (22.43)	**p<0.0005**	42.16 (22.16)	**p<0.0005**	50.39 (25.81)	**p<0.0005**	36.35 (22.73)	**p=0.001**	41.25 (27.39)	**p<0.0005**
T3		28.72 (20.21)		32.86 (20.65)		34.41 (24.33)		25.15 18.95)		27.99 (21.83)	
Main effect group											
EG1		31.58 (19.44)	**p=0.006**	36.01 (18.09)	p=0.443	41.25 (18.72)	p=0.709	27.00 (16.36)	p=0.242	32.36 (22.98)	p=0.492
EG2		37.84 (19.43)		39.00 (18.10)		43.55 (18.72)		34.50 (16.36)		36.88 (22.98)	
Interaction time X group = treatment effect											
EG 1	T1	36.32 (20.69)	**p=0.014**	37.80 (21.28)	**p=0.010**	50.33 (26.67)	p=0.472	33.93 (15.76)	p=0.383	36.45 (23.85)	**p=0.013**
	T3	26.83 (18.80)		34.22 (18.88)		32.17 (22.73)		20.07 (14.47)		28.27 (20.83)	
EG 2	T1	45.09 (23.82)		46.52 (21.58)		50.45 (19.83)		38.78 (28.98)		46.05 (30.57)	
	T3	30.60 (21.36)		31.48 (20.65)		36.64 (19.51)		30.22 (21.56)		27.70 (21.73)	

Table 3: Results of the analyses of variance using propensity score calculation: CBCL total score as dependent variable and "time" and "group" as independent factors (means, standard deviations, p-value)

		Total Sample Mean (SD)		ADHD Mean (SD)		Conduct disorder Mean (SD)		Depressive disorder Mean (SD)		Anxiety disorder Mean (SD)	
Main effect Time											
T1		41.24 (21.60)	**p=0.004**	43.46 (21.13)	p=0.967	50.69 (26.09)	p=0.533	33.21 (22.62)	p=0.072	41.52 (26.49)	p=0.145
T3		28.98 (19.71)		33.87 (20.82)		33.20 (23.97)		24.72 (22.63)		27.50 (20.63)	
Main effect group											
EG1		35.94 (20.45)	p=0.535	40.26 (18.23)	p=0.451	42.50 (20.02)	p=0.869	27.69 (14.45)	p=0.745	36.62 (22.94)	p=0.563
EG2		34.28 (20.25)		37.07 (17.70)		41.38 (19.21)		30.24 (15.52)		32.40 (23.22)	
Interaction time X group = treatment effect											
EG 1	T1	41.23 (23.64)	p=0.182	42.56 (21.37)	**p=0.049**	52.97 (23.16)	p=0.298	34.30 (16.35)	p=0.259	**41.59 (26.56)**	**p=0.048**
	T3	30.65 (21.56)		37.95 (21.05)		32.04 (21.28)		21.09 (16.36)		**31.65 (20.69)**	
EG 2	T1	41.26 (23.40)		44.37 (20.75)		48.41 (22.24)		32.12 (17.56)		**41.44 (26.89)**	
	T3	27.30 (21.35)		29.78 (20.44)		34.36 (20.43)		28.36 (17.57)		**23.36 (20.95)**	

Table 4: Effect sizes without and with propensity score-calculation (comparison EG1 vs. EG2, controlled by pretest)

	Total sample	**ADHD**	**Conduct disorder**	**Depressive disorder**	**Anxiety disorder**
Without propensity score-calculation	**0,20**	**0,54**	-0,22	-0,37	**0,39**
With propensity score-calculation	0,16	**0,48**	-0,32	-0,57	**0,39**

FIGURE LEGENDS

Figure 1: Changes in CBCL total score in the course of treatment (without propensity score calculation): Comparison of subgroups and total sample.

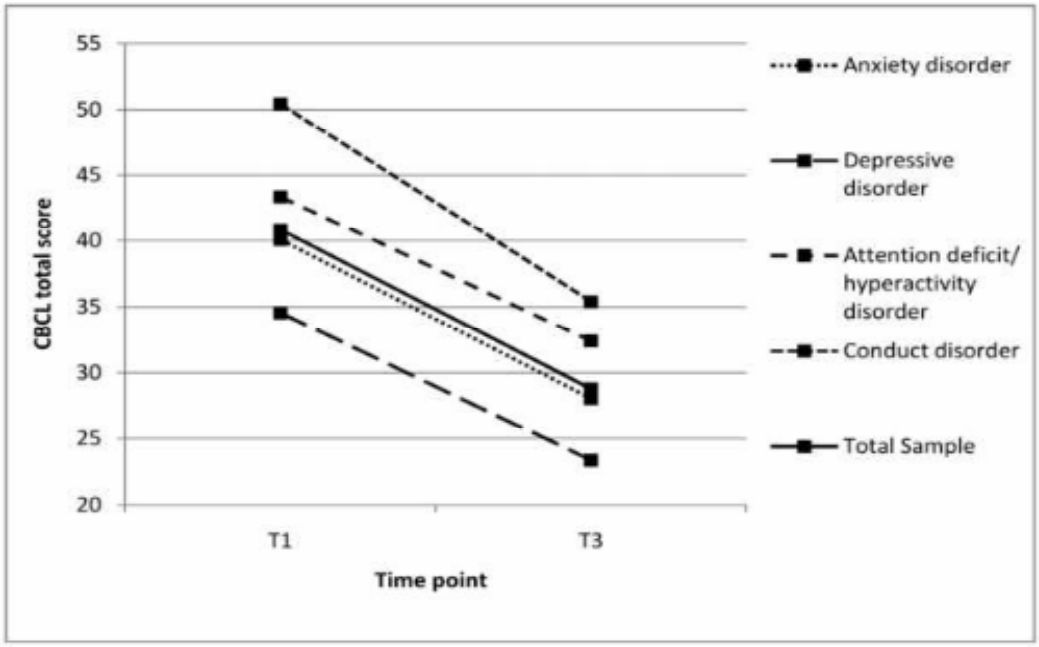
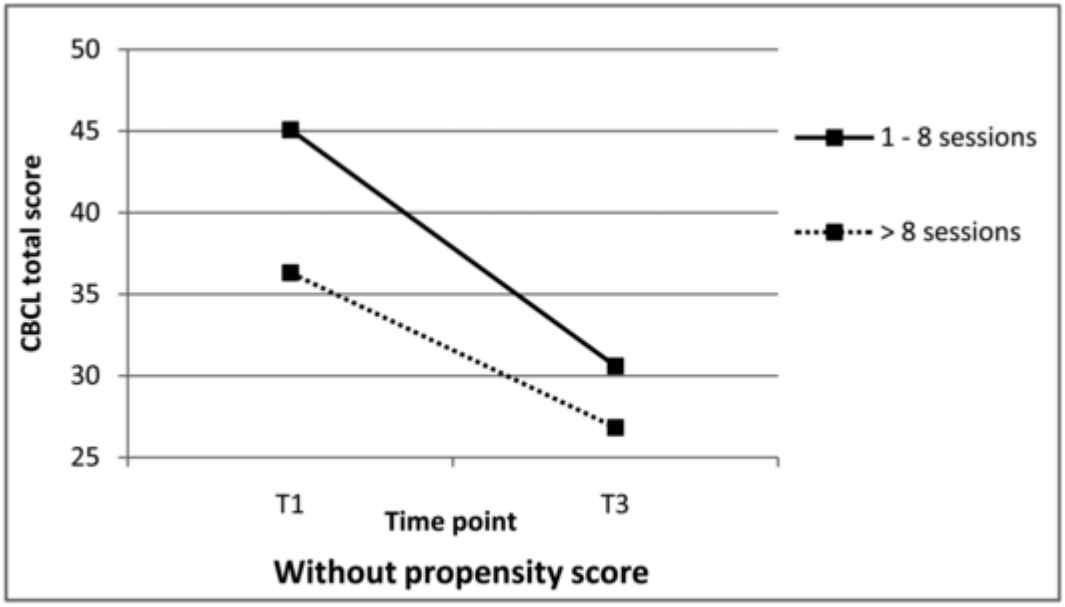
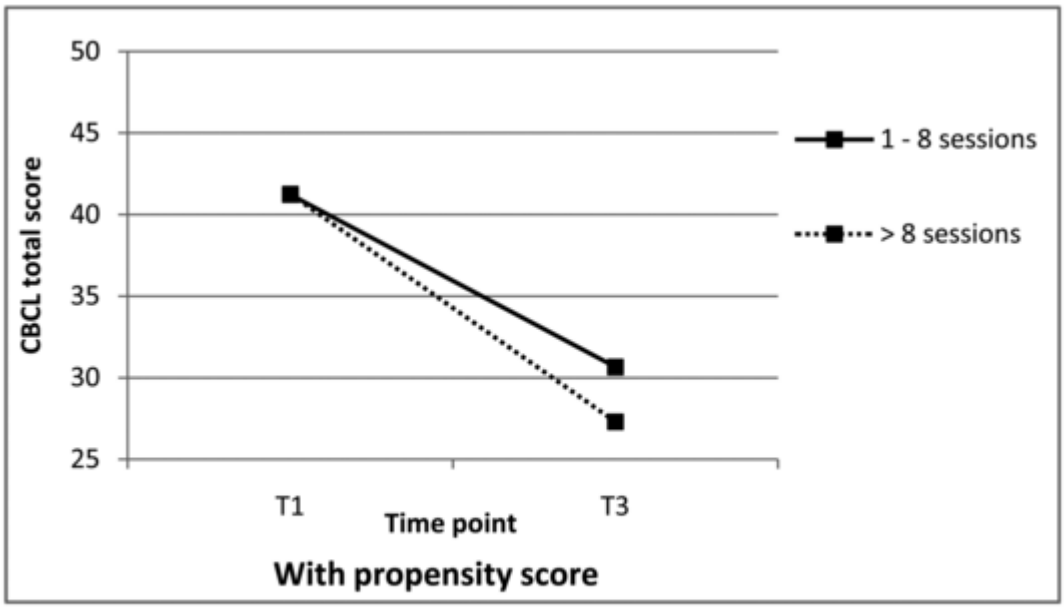


Figure 2 A and 2 B: Changes in CBCL total score without (A, N=299) and with (B, N=269) propensity score calculation: Total sample.

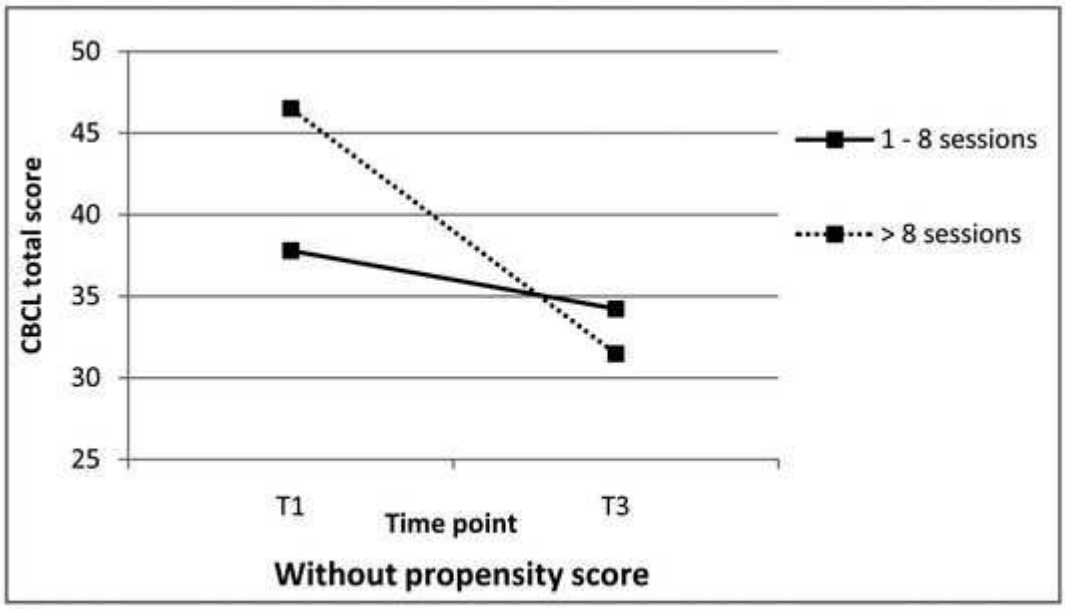


A

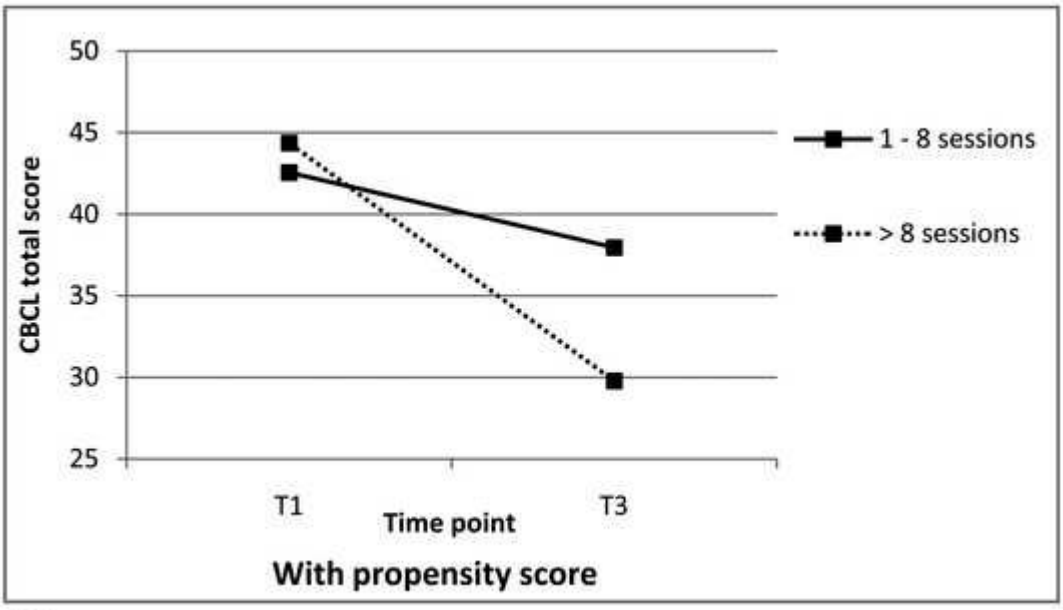


B

Figure 3 A and 3 B: Changes in CBCL total score without (A, N=93) and with (B, N=88) propensity score-calculation: Attention deficit/ hyperactivity disorder.

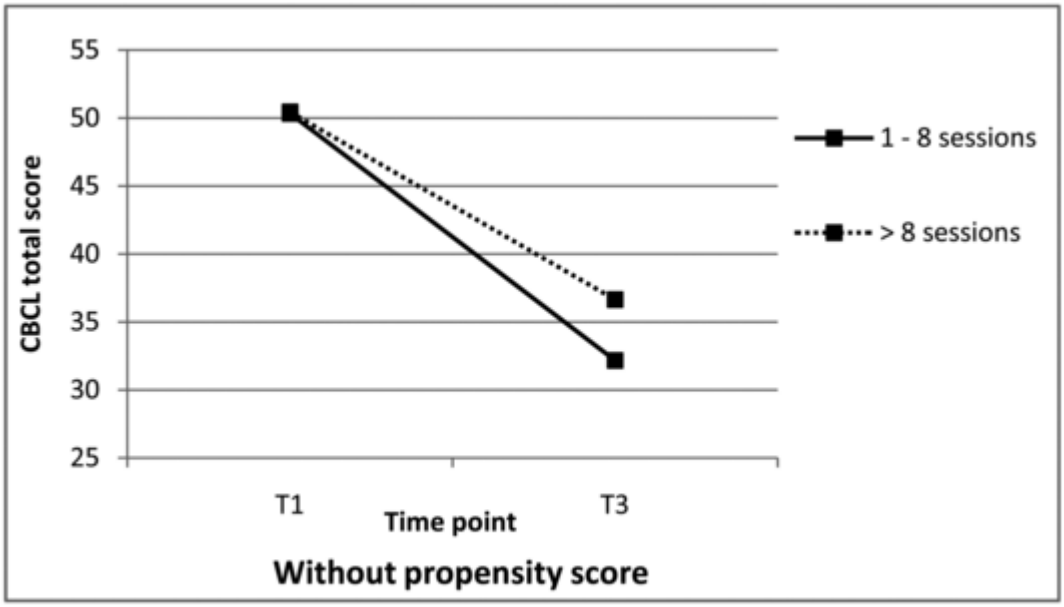


A

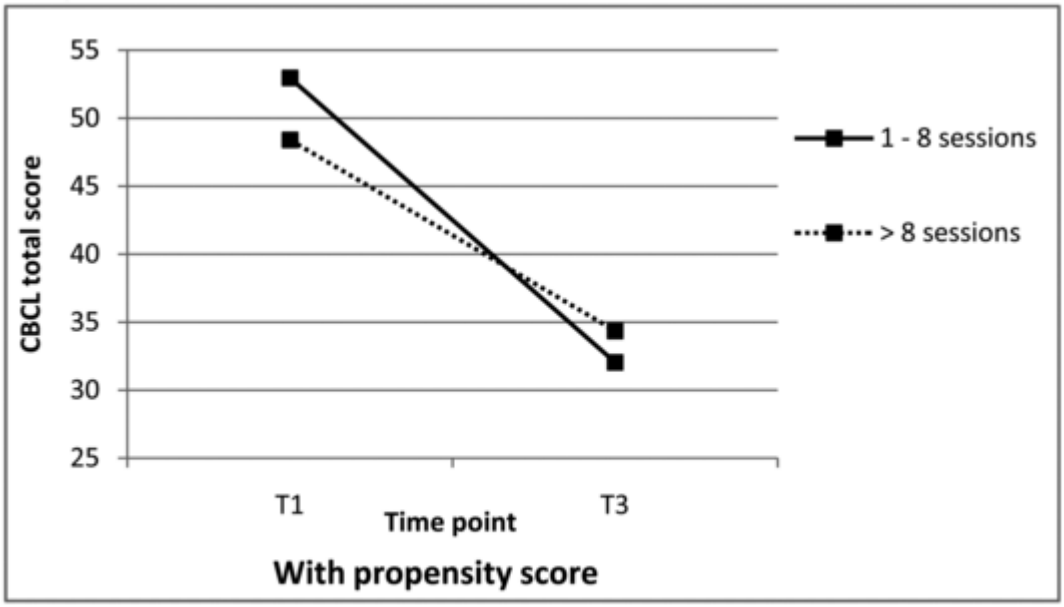


B

Figure 4 A and 4 B: Changes in CBCL total score without (A, N=54) and with (B, N=50) propensity score calculation: Conduct disorder.

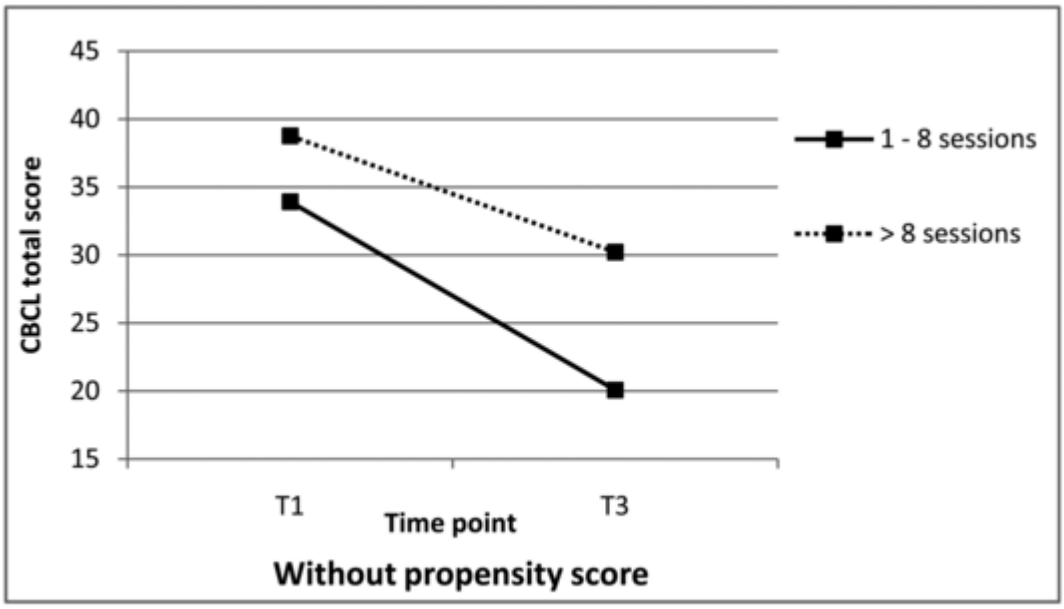


A

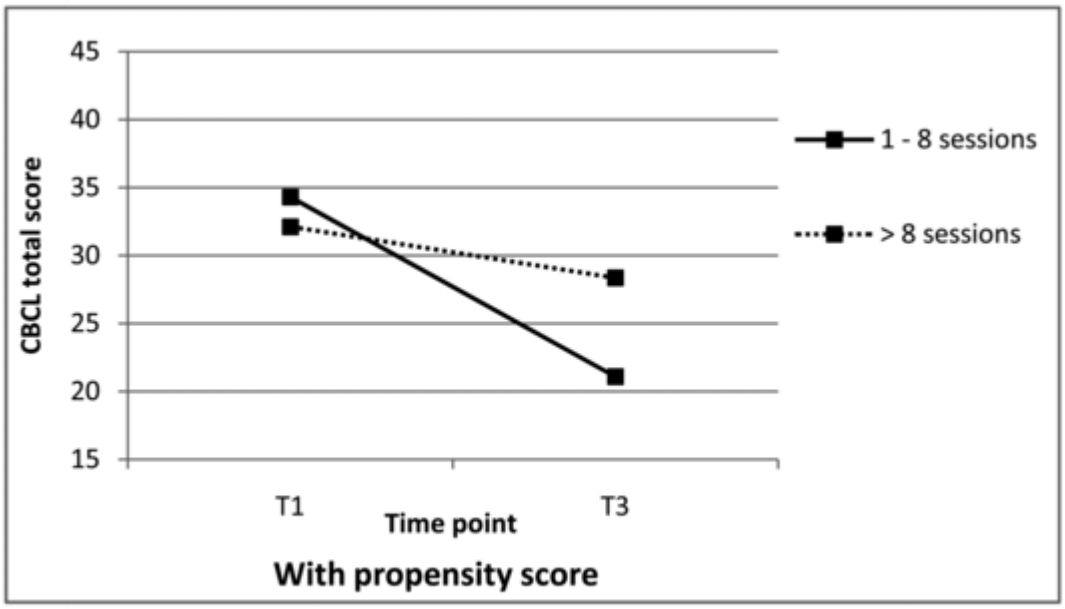


B

Figure 5 A and 5 B: Changes in CBCL total score without (A, N=36) and with (B, N=30) propensity score calculation: Depressive disorder.

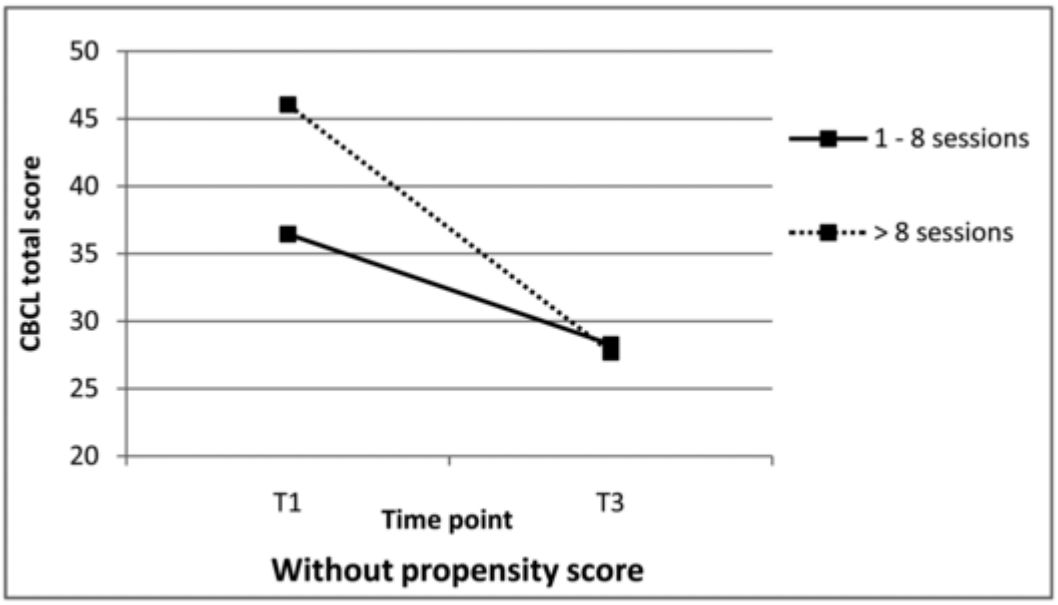


A

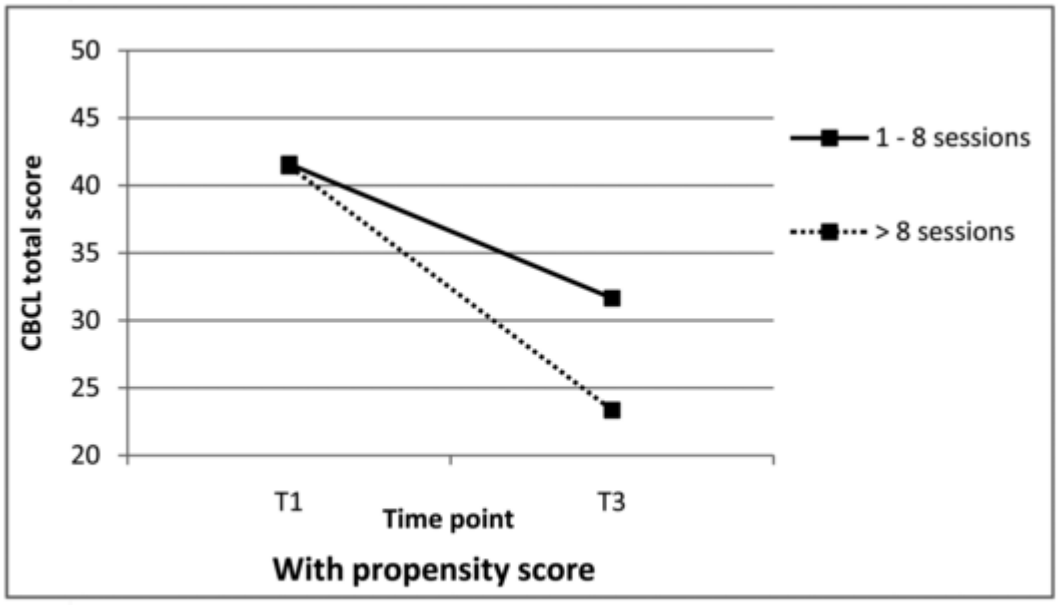


B

Figure 6 A and 6 B: Changes in CBCL total score without (A, N=53) and with (B, N=45) propensity score calculation: Anxiety disorder.



A



B

10. Anhang

10.1. Download-Anhang 1: Literaturrecherche und -auswahl

Tabelle A 1.1 Einschlusskriterien für die vorliegende Übersichtsarbeit

- **Publikationszeitraum der berücksichtigten Arbeiten zwischen 01/2000 bis 08/2007** [Ausnahme: ab 01/2005 für über den Postweg zu bestellende]
- **Metaanalysen und systematische Reviews**
  - (1) expliziter Bericht der Einschlusskriterien *oder*
  - (2) expliziter Bericht von empirisch fundierten Evaluationsniveaus *oder*
  - (3) systematische Übersicht von Effektstärken
  - als Metaanalysen werden nur die Arbeiten bezeichnet, die (pro Substanz, Kriterienbereich, Verfahren etc.) *eine* Gesamt-Effektstärke über alle Studien hinweg berichten
  - *Ausschluss:* Multicenter-Studien; Studien mit Rückgriff auf nationale Datenbanken, Studien innerhalb einzelner Bundesstaaten; Surveys/Studien mit zusammenfassender Darstellung mehrerer eigener Studien; keine einzelnen Programmevaluationen; keine öffentlichen Gesundheitsdienste
  - *Ausschluss*: Behandlungsleitlinien/-empfehlungen; Ausschluss von Arbeiten, bei denen sich (verglichen mit der Gesamtanzahl der berichteten Studien) nur ein geringer Anteil der Einzelstudien bzw. nur eine kurze Textpassage als relevant erweisen
- **Bezug auf Wirksamkeitsstudien:**
  - keine schwerpunktmäßige Fokussierung therapeutischer Rahmenfaktoren -> *Ausschluss:* Eltern-Kind-Beziehung, Aspekte der therapeutischen Beziehung, Dosis-Wirkungs-Variablen, elterliches Management von „Adherence“ und „Attendance“, elterliche Selbstwirksamkeit, Klientenerwartungen, Prozessvariablen, „Adherence“ des Therapeuten, Einfluss von Hausaufgaben, Umgang mit Medikamenteneinnahme, Einsatz von (telefonischen oder schriftlichen) Behandlungserinnerungen, Hilfesuchverhalten, Wirksamkeit unspezifischer therapeutischer Faktoren, Wahrnehmung/Einschätzung des Therapeuten bzgl. des Behandlungsfalls, Lesefähigkeit/ Sprachverständnis; Vergleich von erfahrenen Klinikern vs. Graduierten bzgl. Behandlungserfolg [ABER: Einschluss von Elterneinbezug/Elterntraining!]
  - *Ausschluss* methodischer und diagnostischer Fragen -> Vergleich individueller vs. Gruppeninterventionen, Vergleich kleiner vs. großer Stichproben, Vergleich verschiedener Erhebungsinstrumente
- **Inhalt der Therapiestudien: psychologisch-psychosoziale Interventionen, Psychopharmakotherapie oder Kombinationsbehandlungen:**
  - Der Begriff „Psychotherapie“ wird mittlerweile für eine breite Palette von nicht-medizinischen Interventionen verwendet (Weisz et al., 2004; vgl. Definition nach Schmidtchen, 1996); aufgrund der oft unsauberen Verwendung und Differenzierung werden infolgedessen psychologische und psychosoziale Interventionen in einer Kategorie zusammengefasst.
  - Spezifische Psycho- und Pharmakotherapie -> *Ausschluss:* Sport, körperliche Aktivitäten, Sedierung, Fixierungs- oder Timeout-Maßnahmen, spezifische Dosierungsempfehlungen
  - *Ausschluss* von Arbeiten, die sich ausschließlich auf das Thema Prävention beziehen
  - herkömmliche Behandlungssettings -> *Ausschluss*: Hausbesuchs-Programme („home care/visitation“); ausschließlich schulbasierte Programme (eher Prävention), Wohngruppen [vs. Einschluss. hausärztliche Versorgung, Tagesklinik]
  - herkömmliche Behandlungsansätze -> *Ausschluss*: Homöopathie, anthroposophische Medizin, komplementäre Angebote, Ansätze zur Selbsthilfe (z.B. Bachblüten, Zitronengras, Akupunktur, Aromatherapie, Hydrotherapie, Lichttherapie, Massage, Tanz- und Bewegungstherapie, Bibliotherapie, medienbasierte Interventionen, Einsatz von Humor, Meditation, Musik- und Kunsttherapie, Gebet, Yoga, Diätvorschriften) [wenn ausschließlicher Fokus]
- **Bezugnahme auf die vier Störungsbilder Angststörungen, Depressionen, ADHS, SSV:**
  - Vorliegen einer klinischen bzw. subklinischen Symptomatik entsprechend einem Störungsbild nach DSM-IV oder ICD-10* -> *Ausschluss:* störungsunspezifische Probleme und Schwierigkeiten ohne Bezug zu einem konkreten DSM-/ICD-Störungsbild (z.B. antisoziales Verhalten, allgemeine Verhaltensprobleme, Schüchternheit, soziale Isolation, soziale Inkompetenz)
  - eindeutig störungsspezifische Ergebnisdarstellung [Differenzierung der Ergebnisse nach verschiedenen Störungsbildern/-gruppen möglich]
  - *Ausschluss:* bipolare Erkrankungen, schwere emotionale Störungen (im Zusammenhang mit Straftaten), schizoaffektive Störungen, Depression und dysphorische Störungen im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen (z.B. PMS, Schwangerschaft, Diabetes, postnatal), Angst im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen (z.B. Asthma), d.h. Ausschluss der jeweiligen Störung als Komorbidität
  - Bezugnahme auf Interventionen für die Allgemeinbevölkerung -> *Ausschluss:* Personen mit geistiger, körperlicher oder Lernbehinderung, Autismus, Taubstumme, Blinde, Entwicklungsstörungen, Schwangere, spezifische Minderheiten, Migranten und Flüchtlinge, chronischen Erkrankungen, Hirnverletzungen, Epilepsie, Herz- und Krebserkrankungen, AIDS, Persönlichkeitsstörungen, Störungen der Sexualpräferenz (Pädophilie), Sportler, Teenager-Eltern, Personen mit Sprachschwierigkeiten
- **Bezug auf Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren (oder Differenzierung der Ergebnisse nach Kindern/Jugendlichen vs. Erwachsene möglich).**
- **Ausschluss von angrenzenden oder störungsspezifischen Randgebieten:**
  - Substanzmissbrauch (Drogen, Alkohol, Nikotin -> Sucht), Gewalt, Glücksspielsucht, Gewalt- und Sexualverbrechen, partnerschaftliche Gewalt, Waffengebrauch, Kriminalität, Delinquenz, Umgang mit Ärger, Bullying, Aggressivität, selbstverletzendes9999 Verhalten, Schul-Dropout, Pyromanie, Non-Compliance, Geschlechtskrankheiten, Obdachlosigkeit [Störung des Sozialverhaltens]
  - Trauer, kindliche Vernachlässigung und Missbrauch, Schlafstörungen, Suizidalität, PTSD, Traumata, Scheidungsfolgen, Einsamkeit [depressive Erkrankungen]
  - Schlafstörungen, Zusammenhang zwischen Stimulantientherapie und späterem Substanzmissbrauch [ADHS]
  - spezifische Behandlungsansätze von (Zahn-)Ärzten, z.B. Sedierung oder Ablenkung; spezifische Ängste (Alpträume, Stress/Schmerz bei Nadelgebrauch) [Angst]
  - Nebenwirkungen, Verschreibungsmuster, Risiko-/Resilienzfaktoren, allg. Einflussfaktoren (z.B. Ausmaß der Symptomausprägung als Prädiktor), allgemeine Versorgungssituation/Zugangswege, Lebensqualität, Selbstbewusstsein (und andere sehr spezifische Outcome-Variablen, z.B. Komponenten der phobischen Reaktion); Komorbiditäten, Pharmakodynamik/-kinetik, Prädiktoren des Therapieerfolgs, Moderator-/Mediatoranalysen (als ausschließlicher Review-Fokus), z.B. Geschlechterunterschiede; Stigmata, Einfluss von Enzymen/Metabolismus auf Wirksamkeit; Sicherheit & Verträglichkeit. Kosteneffektivität [für alle vier Störungsbilder]
- **Hinlänglich gute Zugänglichkeit über Zeitschriften:**
  keine Dissertationen, keine Buchartikel, keine unveröffentlichten Daten, keine unveröffentlichten Manuskripte, keine aus nicht im Online-Gesamtkatalog Deutschland verzeichneten Zeitschriften
- **Englisch- oder deutschsprachige Arbeiten.**

* die Metaanalysen und Reviews orientieren sich an den im ICD oder DSM geschilderten Störungsbildern, jedoch ohne dass die Diagnosekriterien über alle Studien und Patienten hinweg vollständig erfüllt sein müssen (d.h. das Vollbild einer klinischen Störung vorliegen muss). Häufig werden auch Patienten mit subklinischer Symptomatik (d.h. auffälligen, über bestimmten Cutoff-Werten liegenden Skalenwerten) in die Arbeiten eingeschlossen. Im Bereich der Störungen des Sozialverhaltens wird dieses Einschlusskriterium erweitert: Bei dieser Störungsgruppe werden vermehrt auch Studien/Patienten mit störungs*un*spezifischer Symptomatik (wie z.B. Vorliegen von Delinquenz, Aggressivität, antisozialem oder disruptivem Verhalten) eingeschlossen, weil auch bei einem Großteil der relevanten Arbeiten sehr breite Störungskategorien, d.h. ein Mix aus diesen verschiedenen Problematiken, vorliegen. Nur auf diese Art und Weise lässt sich eine repräsentative Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstands in diesem Störungsbereich sicherstellen. Unter den Begriffen „Angststörungen“ und „Depressionen“ werden Störungen der ICD-Kapitel F3 und F5 sowie emotionale Störungen des Kindesalters (nach F 93) zusammengefasst.

Tabelle A 1.2 Überblick über die erhaltenen Übersichtsarbeiten (4 Interventionsbereiche)

		Psychologisch-psychosoziale Interventionen		**Pharmako-therapie**		**Kombinations-behandlung**		**Berücksichtigung mehrerer Bereiche**		***Gesamt***	
		N	∑	N	∑	N	∑	N	∑	∑	∑
Angst	MA	6	30	2	4	---	---	---	5	8	39
	R	24		2		---		4		30	
	R/MA	---		---		---		1		1	
Depression	MA	4	23	6	18	---	---	2	8	12	49
	R	19		8+[2]*		---		6		35	
	R/MA	---		2		---		---		2	
ADHS	MA	2	20	9	17	1	1	---	11	12	49
	R	18		6+[1]*		---		11		36	
	R/MA	---		1		---		---		1	
SSV	MA	9	26	1	3	---	---	---	5	10	34
	R	17		1		---		5		23	
	R/MA	---		1		---		---		1	
Gesamt	MA	21	99	18	42	1	1	2	29	42	171
	R	78		17+[3]*		---		26		124	
	R/MA	---		4		---		1		5	

* die Angaben in eckigen Klammern beziehen sich auf Arbeiten zum Bereich der Non-Pharmakotherapie, d.h. Elektrokrampftherapie bei depressiven Störungen und Neurofeedback bei ADHS

Tabelle A 1.3 Überblick über die erhaltenen Übersichtsarbeiten (3 Interventionsbereiche)

		Psychologisch-psychosoziale Interventionen		**Pharmako-therapie**		**Kombinations-behandlung**		***Gesamt***	
		N	∑	N	∑	N	∑	∑	∑
Angst	MA	6	35	2	9	---	2	8	46
	R	28		6		2		36	
	R/MA	1		1		---		2	
Depression	MA	6	31	8	26	---	3	14	60
	R	25		14+[2]*		3		44	
	R/MA	---		2		---		2	
ADHS	MA	2	31	9	28	1	9	12	68
	R	29		17+[1]*		8		55	
	R/MA	---		1		---		1	
SSV	MA	9	31	1	8	---	1	10	40
	R	22		6		1		29	
	R/MA	---		1		---		1	
Gesamt	MA	23	128	20	71	1	15	44	214
	R	104		43+[3]*		14		164	
	R/MA	1		5		---		6	

* die Angaben in eckigen Klammern beziehen sich auf Arbeiten zum Bereich der Non-Pharmakotherapie, d.h. Elektrokrampftherapie bei depressiven Störungen und Neurofeedback bei ADHS

Tabelle A 1.4 Inhaltlicher Umfang der Übersichtsarbeiten (N=112)

		Bezugnahme auf 1 Störungs-gruppe		Bezugnahme auf 2 Störungs-gruppen		Bezugnahme auf 3 Störungs-gruppen		Bezugnahme auf 4 Störungs-gruppen		*Gesamt*	
		N	∑	N	∑	N	∑	N	∑	∑	∑
Psychologisch-psychosoziale Interventionen	MA	17	28	2	6	---	1	---	14	19	49
	R	11		4		1		14		30	
	R/MA	---		---		---		---		---	
Pharmakotherapie	MA	14	38	2	2	---	---	---	---	16	40
	R	17+[3]*		---		---		---		20	
	R/MA	4		---		---		---		4	
Kombinations-behandlung	MA	1	1	---	---	---	---	---	---	1	1
	R	---		---		---		---		---	
	R/MA	---		---		---		---		---	
Berücksichtigung mehrerer Bereiche	MA	2	17	---	4	---	---	---	1	2	22
	R	14		4		---		1		19	
	R/MA	1		---		---		---		1	
Gesamt	MA	34	84	4	12	---	1	---	15	38	112
	R	45		8		1		15		69	
	R/MA	5		---		---		---		5	

* die Angaben in eckigen Klammern beziehen sich auf Arbeiten zum Bereich der Non-Pharmakotherapie, d.h. Elektrokrampftherapie bei depressiven Störungen und Neurofeedback bei ADHS

Tabelle A 1.5 Liste der eingeschlossenen 112 Übersichtsarbeiten

		Art	Bereich	Angst	Depression	ADHS	SSV
[1]	Ambrosini, 2000	R	Pharmakotherapie		X		
[2]	Bennett et al., 2000	MA	Psycholog.-psychosoz. Interv.				X
[3]	Biederman & Spencer, 2000**	R	Pharmakotherapie			X	
[4]	Corcoran, 2000	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.				X
[5]	Lord & Paisley, 2000**	R	Berücksichtigung mehrerer Bereiche			X	
[6]	Smith et al., 2000	R	Berücksichtigung mehrerer Bereiche			X	
[7]	Baving & Schmidt, 2001a	R	Berücksichtigung mehrerer Bereiche			X	X
[8]	Baving & Schmidt, 2001b	R	Berücksichtigung mehrerer Bereiche	X	X		
[9]	Chambless & Ollendick, 2001	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X	X	X	X
[10]	Hibbs, 2001	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X	X	X	X
[11]	Schachter et al., 2001	MA	Pharmakotherapie			X	
[12]	Weisz & Jensen, 2001	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X	X	X	X
[13]	Woolfenden et al., 2001, 2002	MA	Psycholog.-psychosoz. Interv.				X
[14]	Compton et al., 2002	R	Berücksichtigung mehrerer Bereiche	X	X		
[15]	Connor, 2002	R	Pharmakotherapie			X	
[16]	Connor et al., 2002	MA	Pharmakotherapie			X	
[17]	Döpfner & Lehmkuhl, 2002a*	R	Berücksichtigung mehrerer Bereiche			X	
[18]	Döpfner & Lehmkuhl, 2002b	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X	X	X	X
[19]	Farone & Biederman, 2002	MA	Pharmakotherapie			X	
[20]	Faraone et al., 2002	MA	Pharmakotherapie			X	
[21]	Farmer et al., 2002	R	Berücksichtigung mehrerer Bereiche			X	X
[22]	Hazell et al., 2002	MA	Pharmakotherapie		X		
[23]	Heiser & Remschmidt, 2002*	R	Pharmakotherapie		X		
[24]	Kazdin, 2002	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X	X	X	X
[25]	McGoey et al., 2002	R	Berücksichtigung mehrerer Bereiche			X	
[26]	Michael & Crowley, 2002	MA	Berücksichtigung mehrerer Bereiche		X		
[27]	Ramchandani et al., 2002**	R	Berücksichtigung mehrerer Bereiche			X	
[28]	Schachar et al., 2002	R	Berücksichtigung mehrerer Bereiche			X	
[29]	Weisz& Hawley., 2002	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X	X	X	X

		Art	Bereich	Angst	Depression	ADHS	SSV
[30]	Beelmann et al., 2003	MA	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X		X	
[31]	Ihle et al., 2003*	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X			
[32]	Kapczinski er al., 2003	MA	Pharmakotherapie	X			
[33]	Kazdin, 2003	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X	X	X	X
[34]	McClellan et al., 2003	R	Berücksichtigung mehrerer Bereiche	X	X	X	X
[35]	McDougle et al., 2003**	R	Pharmakotherapie				X
[36]	Prins & Ollendick, 2003	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X			
[37]	Roberts et al., 2003	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X	X	X	X
[38]	Yorbik & Birmaher, 2003**	R	Pharmakotherapie	X			
[39]	AACAP, 2004**	R	(Non-)Pharmakotherapie		X		
[40]	Cartwright-Hatton, 2004	MA	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X			
[41]	Chronis et al., 2004**	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.			X	
[42]	Compton et al., 2004	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X	X		
[43]	Courtney, 2004	R	Pharmakotherapie		X		
[44]	Curtis et al., 2004	MA	Psycholog.-psychosoz. Interv.				X
[45]	Donnelly et al., 2004	MA	Pharmakotherapie			X	
[46]	Haby et al., 2004	MA	Berücksichtigung mehrerer Bereiche		X		
[47]	Holtmann et al., 2004*	R	(Non-)Pharmakotherapie			X	
[48]	Ihle et al., 2004*	R	Berücksichtigung mehrerer Bereiche		X		
[49]	Jureidini et al., 2004**	R/MA	Pharmakotherapie		X		
[50]	Schneider & Döpfner, 2004	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X			
[51]	Sevecke et al., 2004*	R	Pharmakotherapie			X	
[52]	Weisz et al., 2004	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X	X	X	X
[53]	Whittington et al., 2004	MA	Pharmakotherapie		X		
[54]	Barmish & Kendall, 2005	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X			
[55]	Bjornstad et al., 2005	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.			X	
[56]	Bradley et al., 2005	MA	Psycholog.-psychosoz. Interv.				X
[57]	Brown et al., 2005**	R	Berücksichtigung mehrerer Bereiche			X	
[58]	Cheung et al., 2005	R	Pharmakotherapie		X		
[59]	Dretzke et al., 2005	MA	Psycholog.-psychosoz. Interv.				X
[60]	Esser & Ballaschk, 2005	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X	X	X	X
[61]	Farley et al., 2005	R	Berücksichtigung mehrerer Bereiche				X

		Art	Bereich	Angst	Depression	ADHS	SSV
[62]	Greenhalgh et al., 2005	R	(Non-)Pharmakotherapie		X		
[63]	Ihle & Jahnke, 2005*	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X	X		
[64]	Johnson & Safranek, 2005	R	Berücksichtigung mehrerer Bereiche			X	
[65]	Kremberg & Mitte, 2005	MA	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X			
[66]	Littell et al., 2005	MA	Psycholog.-psychosoz. Interv.				X
[67]	Michael et al., 2005	MA	Psycholog.-psychosoz. Interv.		X		
[68]	Ryan, 2005**	R	Berücksichtigung mehrerer Bereiche		X		
[69]	Schneider, 2005	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X		X	
[70]	Scott et al., 2005	R	Berücksichtigung mehrerer Bereiche	X			
[71]	Sevecke et al., 2005*	R	Pharmakotherapie			X	
[72]	Valdez et al., 2005	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X	X	X	X
[73]	Weisz et al., 2005	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X	X	X	X
[74]	Windaus, 2005*	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X	X	X	X
[75]	Banaschewski et al., 2006	R/MA	Pharmakotherapie			X	
[76]	Butler et al., 2006	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X	X		
[77]	Cheung et al., 2006	R	Pharmakotherapie		X		
[78]	Connor et al., 2006	R	Berücksichtigung mehrerer Bereiche				X
[79]	Corcoran & Dattalo, 2006	MA	Psycholog.-psychosoz. Interv.			X	
[80]	Faraone et al., 2006	MA	Pharmakotherapie			X	
[81]	Gibson et al., 2006	R	Pharmakotherapie			X	
[82]	Holtmann et al., 2006	R/MA	Pharmakotherapie		X		
[83]	James et al., 2006	MA	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X			
[84]	King et al., 2006	R	Pharmakotherapie			X	
[85]	Kratchovil et al., 2006	MA	Pharmakotherapie			X	
[86]	Lundahl et al., 2006	MA	Psycholog.-psychosoz. Interv.				X
[87]	March et al., 2006	R	Pharmakotherapie		X		
[88]	McCart et al., 2006	MA	Psycholog.-psychosoz. Interv.				X
[89]	Miranda et al., 2006	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.			X	
[90]	Papanikolaou et al., 2006	MA	Pharmakotherapie		X		
[91]	Pappadopulos et al., 2006**	MA	Pharmakotherapie			X	X
[92]	Pössel & Hautzinger, 2006*	R	Berücksichtigung mehrerer Bereiche		X		
[93]	Schneider, 2006	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X			

		Art	Bereich	Angst	Depression	ADHS	SSV
[94]	Schneider & In-Albon, 2006	R/MA	Berücksichtigung mehrerer Bereiche	X			
[95]	Sharp & Hellings, 2006	R	Pharmakotherapie		X		
[96]	Stein et al., 2006**	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.		X		
[97]	Tse, 2006	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.				X
[98]	von Sydow et al., 2006	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X	X	X	X
[99]	Wallace et al., 2006	MA	Pharmakotherapie		X		
[100]	Weisz et al., 2006a	MA	Psycholog.-psychosoz. Interv.		X		
[101]	Weisz et al., 2006b	MA	Psycholog.-psychosoz. Interv.				X
[102]	Wilens et al., 2006	MA	Pharmakotherapie			X	
[103]	Bridge et al., 2007	MA	Pharmakotherapie	X	X		
[104]	Hetrick et al., 2007	MA	Pharmakotherapie		X		
[105]	Hunsley & Lee, 2007	R	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X	X		X
[106]	In-Albon & Schneider, 2007	MA	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X			
[107]	Ipser & Stein, 2007	R/MA	Pharmakotherapie				X
[108]	Majewicz-Hefley & Carlson, 2007	MA	Kombinationsbehandlung			X	
[109]	Moreno et al., 2007**	R	Pharmakotherapie		X		
[110]	Reinblatt & Riddle, 2007	R	Pharmakotherapie	X			
[111]	Spielmans et al., 2007**	MA	Psycholog.-psychosoz. Interv.	X	X		
[112]	Watanabe et al., 2007	MA	Psycholog.-psychosoz. Interv.		X		

* zusätzlich aufgenommene deutschsprachige Arbeit; ** zusätzlich aufgenommene inhaltlich relevante Arbeit

Tabelle A 1.6 Literaturverzeichnis zur Liste der eingeschlossenen 112 Übersichtsarbeiten

AACAP Official Action (2004). Practice Parameter for Use of Electroconvulsive Therapy in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43 (12),* 1521-1539.

Ambrosini, P.J. (2000). A Review of Pharmacotherapy of Major Depression in Children and Adolescents. *Psychiatric Services, 51 (5),* 627-633.

Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., Danckaerts, M., Döpfner, M., Faraone, S.V., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H.-C., Sonuga-Barke, E.J.S. & Taylor, E. (2006). Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *European Child and Adolescent Psychiatry, 15,* 476-495.

Barmish, A.J. & Kendall, P.C. (2005). Should parents Be Co-Clients in Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Youth? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34 (3),* 569-581.

Baving, L. & Schmidt, M.H. (2001a). Evaluierte Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie I. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 29 (3),* 189-205.

Baving, L. & Schmidt, M.H. (2001b). Evaluierte Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie II. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 29 (3),* 206-220.

Beelmann, A. & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32 (2),* 129-143.

Bennett, D.S. & Gibbons, T.A. (2000). Efficacy of child cognitive-behavioral interventions for antisocial behavior: a meta-analysis. *Child and Family Behavior Therapy, 22 (1),* 1-15.

Bennett, D.S. & Gibbons, T.A. (2006). Efficacy of child cognitive-behavioral interventions for antisocial behavior: a meta-analysis (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effects 2006,* Issue 3.

Biederman, J. & Spencer, T. (2000). Non-stimulant treatments for ADHD. *European Child and Adolescent Psychiatry, 9 (Supplement 1),* I51-I59.

Bjornstad, G & Montgomery, P. (2005). Family therapy for attention-deficit disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2005,* Issue 2.

Bradley, M.C. & Mandell, D. (2005). Oppositional defiant disorder: A systematic review of intervention effectiveness. *Journal of Experimental Criminology, 1,* 343-365.

Bridge, J.A., Iyengar, S., Salary, C.B., Barbe, R.P., Birmaher, B., Pincus, H.A., Ren, L. & Brent, D.A. (2007). Clinical Response and Risk for Reported Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Pediatric Antidepressant Treatment. A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Medical Association, 297 (15),* 1683-1696.

Brown, R.T., Amler, R.W., Freeman, W.S., Perrin, J.M., Stein, M.T., Feldman, H.M., Pierce, K., Wolraich, M.L. And the Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (2005). Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Overview of the Evidence. *Pediatrics, 115,* e749-e757.

Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26,* 17-31.

Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C. & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 43 (4),* 421-436.

Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C. & Harrington, R. (2007). Systematic review of the efficacay of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effects 2007,* Issue 2.

Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology, 52,* 685-716.

Cheung, A.H., Emslie, G.J. & Mayes, T.L. (2005). Review of the efficacy and safety of antidepressants in youth depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46 (7),* 735-754.

Cheung, A.H., Emslie, G.J. & Mayes, T.L. (2006). The use of antidepressants to treat depression in children and adolescents. *Canadian Medical Association Journal, 174 (2),* 193-200.

Chronis, A.M., Chacko, A., Fabiano, G.A., Wymbs, B.T. & Pelham, W.E. (2004). Enhancements to the Behavioral Parent Training Paradigm for Families of Children With ADHD: Review and Future Directions. *Clinical Child and Family Psychology Review, 7 (1),* 1-27.

Compton, S.N., Burns, B.J., Egger, H.L. & Robertson, E. (2002). Review of the Evidence Base for Treatment of Childhood Psychopathology: Internalizing Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70 (6),* 1240-1266.

Compton, S.N., March, J.S., Brent, D., Albano, A.M., Weersing, R. & Curry, J. (2004). Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Anxiety and Depressive Disorders in Children and Adolescents: An Evidence-Based Medicine Review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43 (8),* 930-959.

Connor, D.F. (2002). Preschool Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Review of Prevalence, Diagnosis, Neurobiology, and Stimulant Treatment. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 23 (15),* S1-S9.

Connor, D.F., Carlson, G.A., Chang, K.D., Daniolos, P.T., Ferziger, R., Findling, R.L., Hutchinson, J.G., Malone, R.P., Halperin, J.M., Plattner, B., Post, R.M., Reynolds, D.L., Rogers, K.M., Saxena, K. & Steiner, H. For the Stanford/Howard/AACAP Workgroup on Juvenile Impulsity and Aggression (2006). Juvenile Maladaptive Aggression: A Review of Prevention, Treatment, and Service Configuration and a Proposed Research Agenda. *Journal of Clinical Psychiatry, 67 (5),* 808-820.

Connor, D.F., Glatt, S.J., Lopez, I.D., Jackson, D. & Melloni, R.H. (2002). Psychopharmacology and aggression – I: a meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41 (3),* 253-261.

Connor, D.F., Glatt, S.J., Lopez, I.D., Jackson, D. & Melloni, R.H. (2007). Psychopharmacology and aggression – I: a meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. *Database of Abstracts of Reviews of Effects 2007*, Issue 2.

Corcoran, J. (2000). Family Treatment of Preschool Behavior Problems. *Research on Social Work Practice, 10,* 547-588.

Corcoran, J. & Dattalo, P. (2006). Parent Involvement in Treatment for ADHD: A Meta-Analysis of the Published Studies. *Research on Social Work Practice, 16,* 561-570.

Courtney, D.B. (2004). Selective Serotonin Reuptake Inhibitor and Venlafaxine Use in Children and Adolescents With Major Depressive Disorder: A Systematic Review of Published Randomized Controlled Trials. *Canadian Journal of Psychiatry, 49 (8),* 557-563.

Curtis, N.M., Ronan, K.R. & Borduin, C.M. (2004). Multisystemic Treatment: A Meta-Analysis of Outcome-Studies. *Journal of Familiy Psychology, 18 (3),* 411-419.

Donnelly, M., Haby, M.M., Carter, R., Andrews, G. & Vos, T. (2004). Cost-effectiveness of dexamphetamine and methylphenidate for the treatment of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38,* 592-601.

Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002a). Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 51,* 419-440.

Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002b). Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychologische Rundschau, 53 (4),* 184-193.

Dretzke, J., Frew, E., Davenport, C., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Sandercock, J., Bayliss, S., Raftery, J., Hyde, C. & Taylor, R. (2005). The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children. *Health Technology Assessment, 9 (50*), 1-250.

Esser, G. & Ballaschk, K. (2005). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Forschungsstand und Perspektiven. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 26 (Sonderheft 1),* 19-39.

Faraone, S.V. & Biederman, J. (2002). Efficacy of Adderall for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A meta-analysis. *Journal of Attention Disorders, 6 (2),* 69-75.

Faraone, S.V., Biederman, J. & Roe, C. (2002). Comparative Efficacy of Adderall and Methylphenidate in Attention-deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 22 (5),* 468-473.

Faraone, S.V., Biederman, J., Spencer, T.J. & Aleardi, M. (2006). Comparing the Efficacy of Mediactions for ADHD Using Meta-analysis. *Medscape General Medicine, 8 (4),* 4.

Farley, S.E., Adams, J.S., Lutton, M.E. & Scoville, C. (2005). What are effective treatments for oppositional and defiant behaviors in preadolescents? *The Journal of Family Practice, 54 (2),* 162-165.

Farmer, E.M.Z., Compton, S.N., Burns, B.J. & Robertson, E. (2002). Review of the Evidence Base for Treatment of Childhood Psychopathology: Externalizing Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70 (6),* 1267-1302.

Gibson, A.P., Bettinger, T.L., Patel, N.C. & Crismon, M.L. (2006). Atomoxetine Versus Stimulants for Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *The Annals of Pharmacotherapy, 40,* 1134-1142.

Greenhalgh, J., Knight, C., Hind, D., Beverley, C. & Walters, S. (2005). Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania: systematic reviews and economic modelling studies. *Health Technology Assessment, 9 (9),* 1-156.

Haby, M.M., Tonge, B., Littlefield, Carter, R. & Vos, T. (2004). Cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy and selective serotonin reuptake inhibitors for major depression in children and adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38,* 579-591.

Hazell, P., O'Connell, D., Heathcote, D. & Henry, D. (2002). Tricyclic drugs for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2002,* Issue 2.

Heiser, P. & Remschmidt, H. (2002). Die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer und die neueren Antidepressivasubstanzen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 30 (3),* 173-183.

Hetrick, S., Merry, S., McKenzie, J., Sindahl, P. & Proctor, M. (2007). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007*.

Hibbs, E.D. (2001). Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry, 10 (Supplement 1),* I3-I11.

Holtmann, M., Bölte, S. & Poustka, F. (2006). Suizidalität bei depressiven Kindern und Jugendlichen unter Behandlung von selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern. Review und Metaanalyse verfügbarer plazebokontrollierter Doppelblindstudien. *Nervenarzt, 77,* 1332-1337.

Holtmann, M., Stadler, C., Leins, U., Strehl, U., Birbaumer, N. & Poustka, F. (2004). Neurofeedback in der Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 32 (3),* 187-200.

Hunsley, J. & Lee, C.M. (2007). Research-Informed Benchmarks for Psychological Treatments: Efficacy Studies, Effectiveness Studies and Beyond. *Professional Psychology, Research and Practice, 38,* 21-33.

Ihle, W., Ahle, M.E., Jahnke, D. & Esser, G. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung, 13 (2),* 64-79.

Ihle, W. & Jahnke, D. (2005). Die Wirksamkeit familienbezogener Interventionsansätze bei Angststörungen und depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter. Stand der Evidenzbasierung. *Kindheit und Entwicklung, 14 (1),* 12-20.

Ihle, W., Jahnke, D. & Esser, G. (2003). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze bei nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 52,* 409-424.

In-Albon, T. & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of Childhood Anxiety Disorders: A Meta-Analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76,* 15-24.

Ipser, J. & Stein, D.J. (2007). Systematic review of pharmacotherapy of disruptive behavior disorders in children and adolescents. *Psychopharmacology, 191,* 127-140.

James, A., Soler, A. & Weatherall, R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, *Issue 4.*

Johnson, L.A. & Safranek, S. (2005). What is the most effective treatment for ADHD in children? *The Journal of Family Practice, 54 (2),* 166-168.

Jureidini, J.N., Doecke, C.J., Mansfield, P.R., Haby, M.M., Menkes, D.B. & Tonkin, A.L. (2004). Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *British Medical Journal, 328,* 879-883.

Kapczinski, F., Lima, M.S., Souza, J.S., Cunha, A. & Schmitt, R. (2003). Antidepressants for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2003*.

Kazdin, A.E. (2002). The State of Child and Adolescent Psychotherapy Research. *Child and Adolescent Mental Health, 7 (2),* 53-59.

Kazdin, A.E. (2003). Psychotherapy for Children and Adolescents. *Annual Review of Psychology, 54,* 253-276.

King, S., Griffin, S., Hodges, Z., Weatherly, H., Asseburg, C., Richardson, G., Golder, S., Taylor, E., Drummond, M. & Riemsma, R. (2006). A systematic review and economic model of the effectiveness and cost-effectiveness of methylphenidate, dexamfetamine and atomoxetine for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Health Technology Assessment, 20 (23),* iii-382.

Kratochvil, C.J., Wilens, T.E., Greenhill, L.L., Gao, H., Baker, K.D., Feldman, P.D. & Gelowitz, D.L. (2006). Effects of Long-Term Atomoxetine Treatment for Young Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45 (8),* 919-927.

Kremberg, E. & Mitte, K. (2005). Kognitiv-behaviorale und behaviorale Interventionen der Sozialen Phobie im Kindes- und Jugendalter – Ein Überblick zur Wirksamkeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 34 (3),* 196-204.

Littell, J.H., Popa, M. & Forsythe, B. (2005). Multisystemic Therapy for social, emotional and behavioral problems in youth aged 10-17 (Review). *Cochrane Database of Systematic Review 2005,* Issue 4.

Lord, J. & Paisley, S. (2000). Summary of National Institute for Clinical Excellence (NICE) guidelines on: The clinical and cost-effectiveness of methylphenidate for hyperactivity in childhood: Version 2 – for consultation. (IPS summary).

Lundahl, B., Risser, H.J. & Lovejoy, M.C. (2006). A meta-analysis of parent-training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review, 26,* 86-104.

Majewicz-Hefley, A. & Carlson, J.S. (2007). A Meta-Analysis of Combined Treatments for Children Diagnosed With ADHD. *Journal of Attention Disorders, 10,* 239-250.

March, J.S., Klee, B.J. & Kremer, C.M.E. (2006). Treatment Benefit and the Risk of Suicidality in Multicenter, Randomized, Controlled Trials of Sertraline in Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 16 (1/2),* 91-102.

McCart, M.R., Priester, P.E., Davies, W.H. & Azen, R. (2006). Differential Effectiveness of Behavioral-Parent-Training and Cognitive-Behavioral Therapy for Antisocial Youth: A Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34 (4),* 527-543.

McClellan, J.M. & Werry, J.S. (2003). Evidence-Based Treatments in Child and Adolescent Psychiatry: An Inventory. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42 (12),* 1388-1400.

McDougle, C.J., Stigler, K.A. & Posey, D.J. (2003). Treatment of Aggression in Children and Adolescents With Autism and Conduct Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 64 (Supplement 4),* 16-25.

McGoey, K.E., Eckert, T.L. & DuPaul, G.J. (2002). Early intervention for preschool-age children with ADHD: a literature review. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 10 (1),* 14-28.

McGoey, K.E., Eckert, T.L. & DuPaul, G.J. (2007). Early intervention for preschool-age children with ADHD: a literature review. *Database of Abstracts of Reviews of Effects 2007,* Issue 2.

Michael, K.D. & Crowley, S.L. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 22,* 247-269.

Michael, K.D., Huelsman, T.J. & Crowley, S.L. (2005). Interventions for Child and Adolescent Depression: Do Professional Therapists Produce Better Results? *Journal of Child and Family Studies, 14 (2),* 223-236.

Miranda, A., Jarque, S. & Tárraga, R. (2006). Interventions in School Settings for Students With ADHD. *Exceptionality, 14 (1),* 35-52.

Moreno, C., Arango, C., Parellada, M., Shaffer, D. & Bird, H. (2007). Antidepressants in child and adolescent depression: where are the bugs? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 115,* 184-195.

Papanikolaou, K., Richardson, C., Pehlivanidis, A. & Papadopoulou-Daifoti, Z. (2006). Efficacy of antidepressants in child and adolescent depression: a meta-analytic study. *Journal of Neural Transmission, 113,* 399-415.

Pappadopulos, E., Woolston, S., Chait, A., Perkins, M., Connor, D.F. & Jensen, P.S. (2006). Pharmacotherapy of Aggression in Children and Adolescents: Efficacy and Effect Size. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 15 (1),* 27-39.

Pössel, P. & Hautzinger, M. (2006). Effekte pharmakologischer und psychotherapeutischer Interventionen auf Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 34 (4),* 243-255.

Prins, P.J.M. & Ollendick, T.H. (2003). Cognitive Change and Enhanced Coping: Missing Mediational Links in Cognitive Behavior Therapy With Anxiety-Disordered Children. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6 (2),* 87-105.

Ramchandani, P., Joughin, C. & Zwi, M. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder in children. *Clinical Evidence, 8,* 280-290.

Reinblatt, S.P. & Riddle, M.A. (2007). The pharmacological management of childhood anxiety disorders: a review. *Psychopharmacology, 191,* 67-86.

Roberts, M.C., Lazicki-Puddy, T.A., Puddy, R.W. & Johnson, R.J. (2003). The Outcomes of Psychotherapy With Adolescents: A Practioner-Friendly Research Review. *Journal of Clinical Psychology/In Session, 59 (11),* 1177-1191.

Ryan, N.D. (2005). Treatment of depression in children and adolescents. *Lancet, 366,* 933-940.

Schachar, R., Jadad, A.R., Gauld, M., Boyle, M., Booker, L., Snider, A., Kim, M. & Cunningham, C. (2002). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Critical Appraisal of Extended Treatment Studies. *The Canadian Journal of Psychiatry, 47,* 337-348.

Schachter, H.M., Pham, B., King, J., Langford, S. & Moher, D. (2001). How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal, 165 (11),* 1475-1488.

Schneider, S. (2005). Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 26 (3),* 305-316.

Schneider, S. (2006). Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. Behandlungsbedarf und Behandlungsmöglichkeiten. *Psychotherapeut, 51,* 99-106.

Schneider, S. & Döpfner, M. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von Angst- und Phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung, 13 (2),* 80-96.

Schneider, S. & In-Albon, T. (2006). Die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter – Was ist evidenzbasiert? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 34 (3),* 191-202.

Scott, R.W., Mughelli, K. & Deas, D. (2005). An Overview of Controlled Studies of Anxiety Disorders Treatment in Children and Adolescents. *Journal of the National Medical Association, 97 (1),* 13-24.

Sevecke, K., Battel, S., Dittmann, R., Lehmkuhl, G. & Döpfner, M. (2005). Wirksamkeit von Atomoxetin bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS. Eine systematische Übersicht. *Nervenarzt, 77,* 294-308.

Sevecke, K., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2004). Die Wirksamkeit von Stimulantien-Retardpräparaten bei Kindern und Jugendlichen mit ADHD – eine systematische Übersicht. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 32 (4),* 265-278.

Sharp, S.C. & Hellings, J.A. (2006). Efficacy and Safety of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in the Treatment of Depression in Children and Adolescents. Practitioner Review. *Clinical Drug Investigation, 26 (5),* 247-255.

Smith, B.H., Waschbusch, D.A., Willoughby, M.T. & Evans, S. (2000). The Efficacy, Safety and Practicability of Treatments for Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Clinical Child and Family Psychology Review, 3 (4),* 243-267.

Smith, B.H., Waschbusch, D.A., Willoughby, M.T. & Evans, S. (2007). The Efficacy, Safety and Practicability of Treatments for Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) (Structured abstract). *Database of Abstracts of Reviews of Effects 2007,* Issue 2.

Spielmans, 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

Stein. R.E.K., Zitner, L.E. & Jensen, P.S. (2006). Interventions for Adolescent Depression in Primary Care. *Pediatrics, 118,* 669-682.

Tse, J. (2006). Research on Day Treatment Programs for Preschoolers With Disruptive Behavior Disorders. Psychiatric Serv*ices, 57,* 477-486.

Valdez, C.R., Carlson, C. & Zanger, D. (2005). Evidence-Based Parent Training and Family Interventions for School Behavior Change. *School Psychology Quarterly, 20 (4),* 403-433.

von Sydow, K., Beher, S., Schweitzer-Rothers, J. & Retzlaff, R. (2006). Systemische Familientherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters. Eine Metainhaltsanalyse von 47 randomisierten Primärstudien. *Psychotherapeut, 51,* 107-143.

Wallace, A.E., Neily, J., Weeks, W.B. & Friedman, M.J. (2006). A Cumulative Meta-Analysis of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Pediatric Depression: Did Unpublished Studies Influence the Efficacy/Safety Debate? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 16 (1/2),* 37-58.

Watanabe, N., Hunot, V., Omori, I.M., Churchill, R. & Furukawa, T.A. (2007). Psychotherapy for depression among children and adolescents: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116,* 84-95.

Weisz, J.R. & Hawley, K.M. (2002). Developmental Factors in the Treatment of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70 (1),* 21-43.

Weisz, J.R., Hawley, K.M. & Jensen-Doss, A. (2004). Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 13,* 729-815.

Weisz, J.R. & Jensen, A.L. (2001). Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child and Adolescent Psychiatry, 10,* I12-I18.

Weisz, J.R., Jensen-Doss, A. & Hawley, K.M. (2005). Youth Psychotherapy Outcome Research: A Review and Critique of the Evidence Base. *Annual Review of Psychology, 56,* 337-363.

Weisz, J.R., Jensen-Doss, A. & Hawley, K.M. (2006b). Evidence-Based Youth Psychotherapies Versus Usual Clinical Care. A Meta-Analysis of Direct Comparisons. *American Psychologist, 61 (7),* 671-689.

Weisz, J.R. & Kazdin, A.E. (2003). Concluding Thoughts: Present and Future of Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents. In: A.E. Kazdin & J.R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 439-451). New York, London: The Guilford Press.

Weisz, J.R., McCarty, C.A. & Valeri, S.M. (2006a). Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin, 132 (1),* 132-149.

Whittington, C.J., Kendall, T. Fonagy, P., Cottrell, D. Cotgrove, A. & Boddington, E. (2004). Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet, 363,* 1341-1345.

Wilens, T.E., Newcorn, J.H., Kratochvil, C.J., Gao, H., Thomason, C.K., Rogers, A.K., Feldman, P.D. & Levine, L.R. (2006). Long-Term Atomoxetine Treatment in Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Pediatrics, 149,* 112-119.

Woolfenden, S.R., Williams, K. & Peat, J. (2001). Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorders and delinquency aged 10-17 (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2001,* Issue 2.

Woolfenden, S.R., Williams, K. & Peat, J. (2002). Family and parent interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Disease in Childhood, 86,* 251-256.

Yorbik, Ö. & Birmaher, B. (2003). Pharmacological Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 13 (3),* 133-141.

Tabelle A 1.7 Liste der in Artikel 1 und 2 verwendeten Abkürzungen

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung
CBT	Kognitiv-behaviorale Therapie
DEX	Dexamphetamin
EG	Experimentalgruppe
EMDR	„Eye Movement Desensitization and Reprocessing“
ES	Effektstärke
FFT	Funktionelle Familientherapie
FU	Follow-up
GAS	Generalisierte Angststörung
IPT	Interpersonale Psychotherapie
KG	Kontrollgruppe
MA	Metaanalyse
MAO	Monoaminooxidase
MDD	Major Depression
MDFT	Multidimensionale Familientherapie
MPH	Methylphenidat
MST	„Multisystemic Treatment“
MTFC	Multidimensionale Behandlung mit außerhäuslicher Unterbringung
NFB	Neurofeedback
ODD	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem aufsässigem Verhalten
PMR	Progressive Muskelrelaxation
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
R	Review
R/MA	aus Metaanalyse und systematischem Review kombinierte Überblicksarbeit
RCT	„Randomised Controlled Trial“
SAD	Trennungsangst
SFT	Systemische Familientherapie
SocP	Soziale Phobie
SNRI	Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
SSV	Störung des Sozialverhaltens
TZA	Trizyklische Antidepressiva

Tabelle A 1.8 Liste der im Anhang verwendeten Abkürzungen

AD	Vermeidendes Verhalten
ADD	Aufmerksamkeitsdefizit-Störung
ADHD	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AG	Agoraphobie
AN	Anorexia nervosa
ATX	Atomoextin
AXD	Angststörung („anxiety disorder“)
BDI	„Beck Depression Inventory“
BN	Bulimia nervosa
BPT	Behaviorales Elterntraining
CBCL	„Child Behavior Checklist“
CBT	Kognitiv-behaviorale Therapie
CD	Störung des Sozialverhaltens
CDI	„Children`s Depression Inventory“
CDRS	“Children`s Depression Rating Scale“
CGI	“Clinical Global Impression“
DBD	Disruptive Verhaltensstörung
DEX	Dexamphatamin
DPICS	“Dyadic Parent-Child Interaction Coding System“
EBT	Evidenzbasierte Therapie
ECBI	“Eyberg Child Behavior Inventory“
EG	Experimentalgruppe
EKT	Elektrokrampftherapie
ER	“Extended Release“
ER-MPH	Methylphenidat-Variante („extended release“)
ES	Effektstärke
FBT	“Family Behavioral Therapy“
FDA	US Food and Drug Administration
FFT	Funktionelle Familientherapie
FU	Follow-up
GAD	Generalisierte Angststörung
Hamilton DRS	“Hamilton Depression Rating Scale“
intermittierende DD	intermittierende depressive Störung
IPT	Interpersonelle Psychotherapie
IR	“Immediate Release“
IR-MPH	Methylphenidat-Variante („immediate release“)
ITT-Analyse	“Intent-To-Treat“-Analyse
KG	Kontrollgruppe
K-SDAS-L	“Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children – Lifetime Version“
M	Mittelwert
MAO	Monoaminooxidase
MAS-ER/MAS-XR	Gemischte Amphetaminsalze („extended release“)
MDD	Major Depression (depressive Episode)
MDFT	Multidimensionale Familientherapie
MHRA	Englische Zulassungsbehörde, Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency
Minor DD	Minor Depression
MST	Multisystemische Behandlung („multi systemic treatment“)
MPH	Methylphenidat
MPH-SR	Methylphenidat-Variante („sustained release“)

MTFC	Multidimensionale Behandlung mit außerhäusl. Unterbringung („multidimensional treatment foster care“)
NaSSA	Noradrenerge und selektiv serotonerge Antidepressiva
NDRI	Noradrenalin- und Dopamin-Wiederaufnahmehemmer
NFB	Neurofeedback
NNH	“Number-Needed-to-Harm“
NNT	“Number-Needed-to-Treat“
NW	Nebenwirkungen
OAD	Überängstlichkeit
OCD	Zwangsstörung
ODD	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem aufsässigen Verhalten
ODD-NOS	Nicht näher bezeichnete Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem aufsässigen Verhalten
OROS-MPH	Methylphenidat-Variante („osmotic oral release system“)
PCT	“Practical Clinical Trial“
PD	Panikstörung
PDAG	Panikstörung mit Agoraphobie
PTSD	Posttraumatische Belastungsstörung
RCMAS	“Revised Children`s Manifest Anxiety Scale“
RCT	“Randomized Controlled Trial“
RET	Rational-Emotive-Therapie
SAD	Trennungsangst
SARI	Serotonin-2-Antagonisten/Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
SchP	Schulphobie
SchR	Schulverweigerung
SED	“Serious Emotional Disturbance“
SFT	Systemische Familientherapie
SM	Selektiver Mutismus
SNRI	Selektive Serotonin- Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
SocAD	Soziale Ängstlichkeit
SocP	Soziale Phobie
SOR	“Strength Of Recommendation“
SP	Spezifische Phobie
SSRI	Selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer
STD	Standardabweichung
TZA	Trizyklische Antidepressiva
UADD	Undifferenzierte Aufmerksamkeitsdefizit-Störung
UC	Klinische Standardbehandlung („usual care“)
WL	Warteliste
XR	“Extended Release“

10.2. Download-Anhang 2: Auswertungsmethode

Tabelle A 2.1 Anleitung zur systematischen Auswertung der Metaanalysen und Reviews: Struktur der Auswertungsblätter

Als Ausgangspunkt und Grundlage für die vorliegende systematische Übersichtsarbeit wurden die relevanten Reviews und Metaanalysen zur Therapieforschung bei Kindern und Jugendlichen zunächst einer genauen Analyse unterzogen und anhand von Auswertungsblättern tabellarisch dargestellt. Die für diese *deskriptive Darstellung* von Inhalt und Design der Übersichtsarbeit als relevant erachteten Aspekte sind die folgenden:

- bezogen auf die gesamte Überblicksarbeit (Review oder Metaanalyse)

- berücksichtigter Interventionsbereich: Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie, Kombinationsbehandlung
- Inhalt bzw. Thematik des Reviews
- Design (Anzahl und Charakteristika der eingeschlossenen Einzelstudien)
- fokussierte Hauptproblematik bzw. Störungscharakteristika der Patienten
- Ein-/ Ausschlusskriterien für die Auswahl der Einzelstudien

- bezogen auf die im Review eingeschlossenen Einzelstudien

- Dauer der jeweiligen Intervention
- der Wirksamkeitsanalyse zugrundeliegende Vergleichsgruppe (EG-KG-Vergleich, Prä-Post-Vergleich, Art der KG etc.)
- explizite Auflistung der berücksichtigten Störungsbilder
- Alter der Patienten
- erhobene abhängige Variablen
- Zeitpunkt der Messung des Behandlungserfolgs

Im Rahmen der Ergebnisdarstellung findet sich eine Unterscheidung nach drei Gesichtspunkten: Ergebnisse; sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen sowie methodische Aspekte.

Tabelle A 2.2 Allgemeine Erläuterungen zur Effektstärken-Berechnung

1. Inhaltliche Unterscheidung

Der Begriff „Effektstärke“ wird in der Literatur in unterschiedlichen Zusammenhängen sehr unterschiedlich definiert und dementsprechend verwendet:

- **ES 1:** In der methodischen und statistischen Literatur wird der Begriff „Effektstärke“ in seiner umfassenderen Bedeutung verwendet. In diesem Rahmen wird er für alle Maße verwendet, die das Ausmaß bzw. die Stärke eines Zusammenhangs bzw. Effekts erfassen. Dazu zählen z.B. Korrelationskoeffizienten (u.a. Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson und je nach Datenniveau eine Reihe weiterer Korrelationskoeffizienten), standardisierte Mittelwertsdifferenzen (bei intervallskalierten Daten), Proportionsdifferenzen (bei dichotomen Daten) und verschiedene andere Maße.
- **ES 2:** Im Rahmen von Therapiestudien und Metaanalysen (wie z.B. in der vorliegenden Arbeit) wird der Begriff „Effektstärke“ in seiner engeren Bedeutung verwendet und bezieht sich nur auf standardisierte Mittelwertsdifferenzen und analoge Maße.
  Auch standardisierte Mittelwertsdifferenzen sagen für sich genommen nichts über die Kausalität, sondern lediglich etwas über die Stärke eines Zusammenhangs aus. Ob kausale Effekte erfasst werden können oder nicht, hängt ausschließlich vom Untersuchungsdesign ab. Die grundlegende Frage der Psychotherapieforschung – nach der absoluten Wirksamkeit von Interventionen – kann also nur durch ***Kontrollgruppen-Designs*** beantwortet werden. In diesem Fall drückt die berechnete KG-EG-Effektstärke oder die Netto-Effektstärke den *kausalen Effekt* einer Intervention aus.
- **ES 3:** Im Rahmen von Kontrollgruppen-Designs erhält der Begriff „Effektstärke“ ergänzend zu den eingangs beschriebenen Definitionen (ES 1 und ES 2) also eine weitere Bedeutung und beschreibt die „reine Effekstärke“ als Maß für die absolute Wirksamkeit einer Therapie. Beim Kontrollgruppen-Design (KG-EG-Effektstärke) kann zudem nach verschiedenen Typen von Kontrollgruppen unterschieden werden:
  - Eine *„Aufmerksamkeits-Placebo“-Gruppe* erhält eine unspezifische Aufmerksamkeitszuwendung, so dass die Effektstärke in diesem Fall ausschließlich den spezifischen Therapieeffekt erfasst.
  - Eine *Wartegruppe* erhält keine vergleichbare Zuwendung. In diesem Fall sind höhere Effektstärken zu erwarten, da in den Unterschied zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe sowohl spezifische als auch unspezifische Therapieeffekte einfließen.

In Therapiestudien, in denen standardisierte Mittelwertsdifferenzen als Effektstärke-Maß sinnvoll verwendet werden können, lassen sich verschiedene Ansätze der Effektstärkenberechnung unterscheiden. Obwohl diese Werte in allen Fällen als „Effektstärken“ bezeichnet werden, besagen sie inhaltlich jedoch etwas sehr Unterschiedliches. Einen Überblick über die wesentlichen Ansätze zur Berechnung von Effektstärken gibt Abbildung 1.

Abbildung 1: Ansätze der Effektstärkenberechnung

Design	*Bildung der Mittelwertsdifferenz*	*Interpretation der ES*
Vergleich: Kontrollgruppe (KG) vs. Experimentalgruppe (EG)	[Post-Test-Ergebnis (Outcome) der EG] – [Post-Test-Ergebnis (Outcome) der KG]	**KG-EG-ES:** Absolute Wirksamkeit einer Intervention
Vergleich: Experimentalgruppe 1 (EG 1) vs. Experimentalgruppe 2 (EG 2)	[Post-Test-Ergebnis (Outcome) der EG1] – [Post-Test-Ergebnis (Outcome) der EG2]	**EG-EG-ES:** Relative Wirkung der Interventionen zueinander
Vergleich: Prä-Test-Ergebnis einer Gruppe (KG oder EG) vs. Post-Test-Ergebnis einer Gruppe (KG oder EG)	[Post-Test-Ergebnis (Outcome)] – [Prä-Test-Ergebnis (Baseline)]	**Prä-Post-ES:** Veränderung der Gruppe (KG oder EG) im Therapieverlauf
Vergleich: Prä-Post-ES (KG) vs. Prä-Post-ES (EG)	[Outcome – Baseline (EG)] – [Outcome – Baseline (KG)]	**Netto-ES:** Absolute Wirksamkeit einer Intervention

2. Berechnungsvarianten

Den im Rahmen dieser Arbeit verwendeten Effektstärken liegen unterschiedliche Berechnungsvarianten zugrunde. Somit können diese Werte nicht ohne Weiteres bzw. dürfen überhaupt nicht miteinander verglichen werden (Zwingmann & Maier-Riehle, 1999; Faller et al., 1999; Maier-Riehle & Zwingmann, 2000), da unterschiedliche Berechnungsvarianten für Effektstärke-Indizes zu höchst unterschiedlichen Ergebnismustern führen (s. auch Maier-Riehle & Zwingmann, 2000). Einheitlich ist bei der Darstellung demgegenüber, dass eine positive Effektstärke für eine Überlegenheit der Experimentalgruppe gegenüber der Kontrollgruppe bzw. für eine Verbesserung der Interventionsgruppe im Verlauf der Behandlung steht.

Im Folgenden sollen – zum besseren Verständnis dieser Arbeit – die wichtigsten und am häufigsten verwendeten Formeln zur Berechnung von Effektstärken dargestellt werden (Glass Δ, Cohens d, Hedges g, $d_{prä}$, d_{pool}, d_{korr}).
Alle anderen im Rahmen der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten verwendeten Berechnungsvarianten und Wirksamkeitsmaße (z.B. Odds Ratio, Relative Risk), werden explizit in der jeweiligen Tabellenübersicht im Anhang aufgeführt (Tabelle A 6.5 bis A 6.8).

Effektstärke für unabhängige Stichproben (EG-KG-Vergleich):

Für die Effektstärken wird die Differenz der Mittelwerte von Experimental- und Kontrollgruppe durch die Standardabweichung der Testwerte geteilt. Eine Effektstärke von 1 bedeutet somit in einer

kontrollierten Therapiestudie, dass das durchschnittliche Ergebnis der Therapiegruppe eine Standardabweichung günstiger liegt als das der Kontrollgruppe. Für die Streuung S können – in Abhängigkeit vom gewählten Effektstärke-Maß – dabei unterschiedliche Werte in die allgemeine Formel eingesetzt werden:

- **allgemeine** Berechungsformel:
  $d = (X_{EG} - X_{KG}) / S$
- ***Glass Δ*** (nach Smith, Glass und Miller, 1980):
  $S = S_{KG}$
- ***Cohens d*** (mit „gepoolter" Standardabweichung):
  $S_p = \sqrt{[(S_{EG}^2 + S_{KG}^2) / 2]}$ bzw.
  $S_p = \sqrt{[(N_{EG} - 1) * S_{EG}^2 + (N_{KG} - 1) * S_{KG}^2) / (N_{EG} + N_{KG} - 2)]}$
- ***Hedges g*** (bei kleinen Stichproben)
  g = Cohens d * (1- (3 / (4 * (N_{EG} + N_{KG}) – 9)))

Dabei wird bei Glass Δ als Streuung auf die Standardabweichung der Kontrollgruppe zurückgegriffen (Glass et al., 1981; McGaw & Glass, 1980), Cohens d verwendet zur Berechnung der Effektstärke die gemeinsame („gepoolte") Streuung aus EG und KG (Hedges & Olkin, 1985) und bietet zwei Berechungsvarianten für den Fall gleich großer und ungleich großer Stichproben von EG und KG an. Der verzerrungsfreie Schätzer Hedges g ist bei kleinen Stichproben zu empfehlen, ihm liegt ebenfalls die Berechnungsvariante nach Cohen zugrunde; Cohens d und Hedges g nähern sich dabei mit zunehmender Stichprobengröße an (Hedges & Olkin, 1985).

Unterscheiden sich die Vortestwerte von EG und KG können die Nachtestvergleiche allein den experimentellen Effekt nur unvollkommen wiederspiegeln, so dass es ratsam ist, eine korrigierte Effekstärke d_{korr} zu berechnen, d.h. die Effektstärke um die Vortestunterschiede zu korrigieren (Klauer, 1993). Als Streuung dient dabei die „gepoolte" Standardabweichung S_P aus der Berechnung von Cohens d, entweder für identische oder für ungleich große Stichprobenumfänge.

$d_{korr} = d_{Nachtest} - d_{Vortest}$

Effektstärke bei abhängigen Stichproben (Prä-Post-Vergleich):

Liegen Mittelwerte und Streuungen für Vor -und Nachtest vor, so kann die Effektstärke für abhängige Stichproben berechnet werden, indem man die Vortestergebnisse als KG und die Nachtestergebnisse als EG deutet. In Anlehnung an die Berechnung der Effektstärken für unabhängige Stichproben (s.o.) resultieren somit folgende Berechnungsformeln:

allgemeine Berechnungsformel: $d = (X_{prä} - X_{post}) / S$

$d_{prä}$**:** $S = S_{prä}$

d_{pool}**:** $S_p = \sqrt{[(N_{prä} - 1) * s_{prä}^2 + (N_{post} - 1) * s_{post}^2]} / (N_{prä} + N_{post} - 2)$ bzw.

$S_p = \sqrt{[(S_{prä}^2 + S_{post}^2) / 2]}$

Wiederum gibt es für die Berechnung des Nenners verschiedene Empfehlungen (Maier-Riehle & Zwingmann, 2000). Bei $d_{prä}$ ist S die Standardabweichung der Vortestwerte (z.B. Grawe & Braun, 1994), bei d_{pool} wird S als „gepoolte" Standardabweichung der Vortest- und Nachtestwerte gerechnet (vgl. Hartmann, Herzog und Drinkmann, 1992) für den Fall identischer und ungleich großer Stichprobenumfänge. Eine Effektstärke von 1 bedeutet bei dieser Effektstärken-Variante, dass der Mittelwert der Stichprobe nach der Behandlung um eine Standardabweichung höher liegt als vor der Behandlung.

Fehlen die Kennwerte zur klassischen Berechnung von Effektstärken wird häufig auf eine Schätzung der Effektstärken aus t- und F-Tests, Korrelationen oder Vierfeldertafeln zurückgegriffen (z.B. Westermann 2000; Dunlap, Cortina, Vaslow & Burke, 1996; Wirtz & Nachtigall, 2002; Hasselblad und Hedges, 1995).

3. Interpretation und Darstellung von Effektstärken

Für die Interpretation von Effektstärken (standardisierte Mittelwertsdifferenzen) liegen nach Cohen (1988) insgesamt vier Möglichkeiten zur Veranschaulichung der d-Werte vor (Abbildung 2): Erstens die sogenannten U-Maße, die Kennwerte für die „Nicht-Überlappung" der zugrundeliegenden Verteilungen der beiden Populationen darstellen. Zweitens können die d-Werte in Korrelationen (r) umgerechnet werden (s.a. Sedlmeier, 1996). Aus der Korrelation r kann als dritte Möglichkeit der Anteil aufgeklärter bzw. gemeinsamer Varianz η^2 bestimmt werden (s.a. Gediga, 1998). Viertens liegt eine mögliche Umrechnung von Effektstärken in Prozentränge vor.

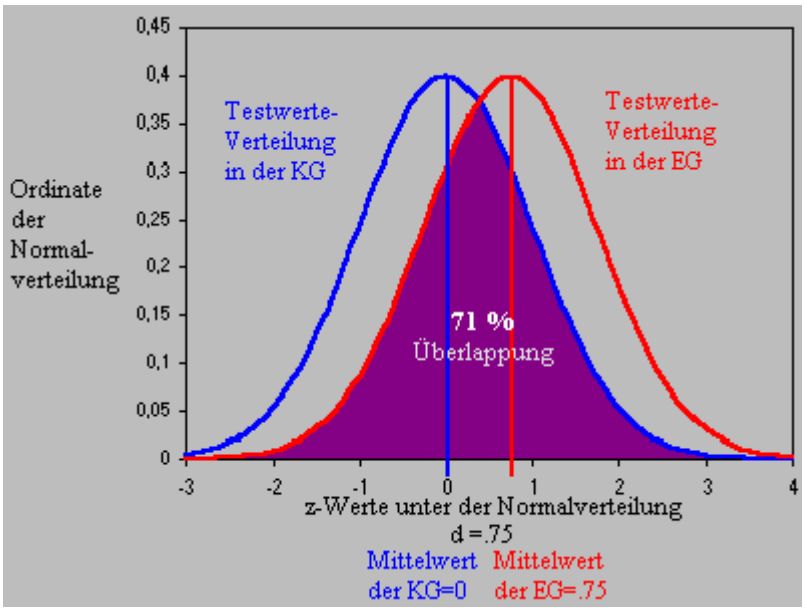
Diese Interpretationshilfen von Cohen können jedoch nur dann angewendet werden, wenn die Voraussetzungen der Normalverteilung und der Varianzhomogenität erfüllt sind; im Falle von schiefen Verteilungen können erhebliche Interpretationsprobleme auftreten (Kazis et al., 1989). Will man diese Einteilung von Cohen (1988) in kleine, mittlere und große ES auf unkontrollierte Prä-Post-Effektstärken ($d_{prä}$ und d_{pool}) übertragen, müssen die Interpretationsgrenzen entsprechend der Prä-Post-Effektstärke von Kontrollgruppen aus vergleichbaren Untersuchungen korrigiert werden (Netto-Effektstärke).

Abbildung 2: Interpretation von Effektstärken nach Cohen, 1988 (nach Carr, 2002)

Interpretation der Effektstärke	*Effektstärke d*	*Korrelation*	*Zugehöriger Prozentrang*	*Aufgeklärte Varianz*	*Interpretation des Prozentrangs (sog. U-Maße)*
	1		84		
	0.9		82		
deutlicher Effekt	0.8	0.50	79	14.0%	Teilnehmer der Intervention sind im Durchschnitt besser als 79% der Kontrollgruppe
	0.7		76		
	0.6		73		
mittlerer Effekt	0.5	0.30	69	6.0%	... als 69% der Kontrollgruppe
	0.4		66		
	0.3		62		
geringer Effekt	0.2	0.10	58	1.0%	... als 58% der Kontrollgruppe
	0.1		54		
kein Effekt	0.0	0.00	50	0.0%	... als 50% der Kontrollgruppe

Eine anschauliche Interpretation der Effektstärke liefert in diesem Zusammenhang auch eine graphische Darstellung zum Prozentsatz der Überlappung der Verteilungen von EG und KG. Je mehr sich die Verteilungen überlappen, desto geringer sind die Unterschiede zwischen den Gruppen. Bei einer Effektstärke von d = .75 überlappen sich die Verteilungen von EG und KG z.B. zu 71% (Abbildung 3).

Abbildung 3: Beispiel für die Interpretation von Effektstärken über Verteilungskurven



Nach einem Vorschlag von Rosenthal (1991) können Effektstärken auch in eine aussagekräftige und anschauliche dichotome Effektdarstellung (binomial effect size display – BESD) umgerechnet werden. Abbildung 4 zeigt eine dichotomisierte Effektdarstellung für eine Effektstärke von 0.85, die ganz konkret besagt, dass es für 40 von 100 Patienten einen ganz wesentlichen Unterschied ausmacht, ob sie an einer Therapie teilnehmen oder nicht (Grawe et al., 1994).

Abbildung 4: Beispiel für eine dichotome Effektdarstellung (BESD) für eine ES von 0.85

	Keine bedeutsame Verbesserung	***Bedeutsame Verbesserung***	Summe
Psychotherapie – Behandlungsgruppe	30	70	100
Kontrollgruppe ohne Psychotherapie	70	30	100
Summe	100	100	

4. Mögliche Einflussfaktoren für die geringe Vergleichbarkeit von ES

Hartmann & Herzog (1995) haben in ihrer Arbeit verdeutlicht, dass unterschiedliche Berechnungsformeln zu deutlich divergierenden Ergebnissen führen. Darüber hinausgehend hat eine Vielzahl weiterer Faktoren Einfluss auf die Höhe der resultierenden Effektstärke (vgl. Abbildung 5 mit einer Auswahl relevanter Aspekte).

Abbildung 5: Mögliche Einflussfaktoren auf die Höhe der ES

- ***Studiendesign:*** *efficacy* (experimentelle Laborstudie) vs. *effectiveness* (naturalistische Feldstudie)
- ***Art der Outcome-Maße:***
  - inhaltlicher Bereich (Phasenmodell: Veränderung von subjektivem Wohlbefinden, Symptomatik, Funktionsniveau)
  - mögl. subjektive Verzerrung der Ergebnismaße („weich" bis „hart") –> härtere Daten haben bessere ES
  - Blindheit der Rater
  - Ähnlichkeit zwischen Intervention und Outcome-Maß
  - Infoquelle der Ergebnismaße
- ***Methodische Aspekte:***
  - Zufälligkeit der Gruppenzuordnung der Patienten
  - Untersuchungsdesign -> Kontrollgruppendesign mit schlechteren ES als Eingruppen-Prä-Post-Design
  - Art der KG: Warteliste vs. Aufmerksamkeits-Placebo-Gruppe vs. nur Diagnostik vs. minimale/ Routinebehandlung
  - Zeitpunkt des berichteten Follow-ups
  - Ausfälle/Stichprobenreduktion („Intention-to-treat" vs. „Therapieresponder")
  - Einbezug der Vortest-Werte
  - Varianz der Kontroll- bzw. Experimentalgruppe -> niedrige Varianzen verbessern die ES
  - Versuchspersonenzahl -> kleine Studien mit höheren ES
  - Methodische Qualität der Studien -> bessere Studienqualität hat bessere ES
  - Art der ES-Mittelwertbildung (maximal konservativ: Mittelwert über alle Behandlungsgruppen und Outcome-Kriterien)
  - Publikationspraxis (Stichwort:: Publikationsbias)
- ***Patienten und Therapeuten:***
  - Alter -> jüngere Kinder mit besseren ES
  - Geschlecht
  - Art der psychischen Störung (z.B. extraversiv vs. introversiv)
  - Schweregrad der psychischen Störung
  - Ausbildungsgrad und Erfahrung des Therapeuten
- ***Interventionen und Setting:***
  - Art des Therapieansatzes -> behaviorale Therapieansätze mit besseren ES
  - Setting (klinisch, nicht-klinisch, Schule, Forschung)
  - Struktur der Therapie (manualisierte, strukturierte Forschungstherapien mit höheren ES)
  - Forschungstherapien mit eher spezifischen, fokussierten Behandlungsmethoden -> höhere ES

5. Literatur

Carr, A. (ed) (2002). Prevention: What works with Children and Adolescents? A critical review of psychological prevention programmes for children, adolescents and their families. London and New York: Routledge.

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the bahavioral sciences. 2nd edition Hillsdale, NY: Erlbaum.

Dunlap, W. P., Cortina, J. M., Vaslow, J. B., & Burke, M. J. (1996). Meta-analysis of experiments with matched groups or repeated measures designs. Psychological Methods, 1, 170-177.

Faller, H., Haaf, H.G., Kohlmann, T., Löschmann, C., Maurischat, C., Petermann, F., Schulz, H. & Zwingmann, C. (1999). Orientierungshilfen und Empfehlungen für die Anlage, Durchführung und Interpretation von Studien in der Rehabilitationsforschung. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (ed.). Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften". Empfehlungen der Arbeitsgruppen „Generische Methoden", „Routinedaten" und „Reha-Ökonomie". DRV-Schriften, Bd. 16; Frankfurt am Main, 9-51.

Gediga, G. (1988). *Skalierung – Eine Einführung in die Methodik zur Entwicklung von Test- und Messinstrumenten in den Verhaltenswissenschaften.* Münster: Lit-Verlag.

Glass, G.V., McGaw, B. & Smith, M.L. (1981). Meta-analysis in social research. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Grawe, K. & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 23, 242-267.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. 3. Aufl. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. 5.Aufl. 2001.

Hartmann, A., Herzog, T. & Drinkmann, A. (1992). Psychotherapy of Bulimia Nervosa: What is effective? A meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research, 36, 159-167.

Hasselblad, V., & Hedges, L.V. (1995). Meta-analysis of screening and diagnostic tests.Psychological Bulletin, 17, 167-178. (zitiert nach Wirtz & Nachtigall, 2002).

Hedges, L.V. & Olkin, I. (1985). Statistical methods for meta-analysis. Orlando, FA: Academic Press.

http://www.phil.uni-sb.de/~jakobs/seminar/vpl/bedeutung/effektstaerketool.htm

Kazis, L.E., Anderson, J.J. & Meenan, R.F. (1989). Effect sizes for interpreting changes in health status. Medical Care, 27, Suppl. S178-S189.

Klauer, K. (1993). Denktraining für Jugendliche. Ein Programm zur intellektuellen Förderung. Handanweisung. Hogrefe. Göttingen.

Maier-Riehle, B. & Zwingmann, C. (2000). Effektstärkenvarianten beim Eingruppen-Prä-Post-Design: Eine kritische Betrachtung. Rehabilitation, 39, 189-199.

McGaw, B. & Glass, G.V. (1980). Choice of metric for effect size in meta-analysis. American Educational Research Journal, 17, 325 – 337.

Rosenthal, R. (1991). Effect sizes: Pearson's correlation, its display via the BESD and alternative indices. American Psychologist, 46, 1086-1087.

Sedlmeier, P. (1996). Jenseits des Signifikanztest-Rituals: Ergänzungen und Alternativen. *Methods of Psychological Research Online 1996, 1 (4).*

Smith, M.L. & Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. American Psychologist, 32, 752-760.

Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980). The benefits of psychotherapy. Baltimore, London: John Hopkins University Press.

Westermann, R. (2000). Wissenschaftstheorie und Experimentalmethodik. Ein Lehrbuch zur Psychologischen Methodenlehre. Göttingen: Hogrefe.

Wirtz, M. & Nachtigall, Ch. (2002). Deskriptive Statistik. Statistische Methoden für Psychologen. Teil 1. Juventa. Weinheim.

Zwingmann, C. & Maier-Riehle, B. (1999). Eingruppen-Prä-Post-Design und Effektstärken: Kritische Anmerkungen. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (ed.). 8. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 8.-10.3.1999 auf Norderney. Reha-Bedarf - Effektivität – Ökonomie. Tagungsband. DRV-Schriften, Bd. 12; Frankfurt am Main, 114-116.

Tabelle A 2.3 Systematische Auswertung nach eng definierten Kriterien (spezielle Metaanalysen-Auswertung)

Vorgehen bei der Auswahl der Referenzpublikationen:

Auswahl der Referenzpublikationen: Anhand verschiedener Kriterien (vgl. auch Download-Anhang 2 wurden innerhalb der Gruppe der metaanalytischen Übersichtsarbeiten Referenzarbeiten identifiziert. Dieses Verfahren wurde für verschiedene Subgruppen von Metaanalysen durchgeführt, d.h. die Auswahl von Referenz-Publikationen erfolgte jeweils getrennt für die einzelnen Störungsbilder (Angst, Depression, ADHS, SSV), Interventionsbereiche (Psycho- vs. Pharmakotherapie) und den Forschungsfokus (klassische Wirksamkeitsforschung vs. darauf aufbauende Arbeiten). Letzterer Aspekt der Differenzierung geht aus der Beobachtung hervor, dass sich die Übersichtsarbeiten inhaltlich gesehen in zwei Gruppen einteilen lassen. Zum einen gibt es Arbeiten, die die grundlegende Fragestellung der Evidenzbasierung aufgreifen, d.h. der Frage nachgehen, welche Behandlungsverfahren, -methoden und -techniken zur Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen empirisch gestützt sind (Wirksamkeitsforschung, Stufe 1). Zum anderen scheint seit 2006/ 2007 eine weitere Stufe der Wirksamkeitsforschung erreicht zu sein: Seit diesem Zeitpunkt liegen erste Arbeiten vor, die davon ausgehen, dass die Grundfragestellung der Evidenzbasierung geklärt ist und ihren Fokus auf die Untersuchung sich daran anschließender spezifischerer Fragestellungen (z.B. Moderatoren, Mediatoren, Komponentenanalysen etc.) legen (Wirksamkeitsforschung, Stufe 2).

Auswahlkriterien für die Referenzpublikationen:

Als Kriterien für die Auswahl der Referenzpublikationen zur Grundfragestellung (Wirksamkeitsforschung Stufe 1) wurden folgende Punkte formuliert: Die Referenzarbeiten sollen:

- aktuell sein (Publikationsdatum)
- Metaanalysen mit möglichst hoher methodischer Qualität sein (Musterbsp.: Cochrane)
- sich auf mindestens eine der vier Störungsgruppen beziehen (Musterbsp.: ICD-/DSM-Diagnosekriterien)
- eine möglichst breite empirische Basis haben, d.h. möglichst viele RCT-Studien integrieren
- inhaltlich die Hauptfragestellungen beantworten:
- keine Einschränkungen bezüglich des Interventionsspektrums aufweisen:
- keine weiteren Einschränkungen aufweisen (z.B. bzgl. des Störungsspektrums, bzgl. des Alters etc.)
- nach Möglichkeit auch differenzierte Aussagen zu Subdiagnosen (Untergruppen) beinhalten
- nach Möglichkeit auch differenzierte Aussagen zur Wirksamkeit von einzelnen Methoden oder Techniken beinhalten

Ferner wurden Kriterien für die Auswahl von Referenz-Publikationen zur Anschlussfragestellung (Wirksamkeitsforschung Stufe 2) formuliert.

Auswertung der ausgewählten Metaanalysen:

In einem ersten Schritt versuchen wir, die inhaltlichen Hauptergebnisse der Metaanalysen zusammenzufassen. Hierbei beziehen wir uns auf zwei Fragestellungen:

(1) Welche Interventionen werden in den Metaanalysen als „empirisch gestützt" bezeichnet?

Alle Metaanalysen beziehen sich auf diese Frage. Die verschiedenen Überblicksarbeiten legen diesbezüglich jedoch unterschiedliche bzw. unterschiedlich strenge Kriterien an: Beispielsweise verlangen Weisz et al. (2004) nur das Vorliegen von „mindestens 1 RCT-Studie" mit einem positiven Befund, andere Reviews orientieren sich an den APA-Kriterien oder vergleichbaren Operationalisierungen zur Evidenzbasierung, Metaanalysen greifen (als Maß für die empirische Stützung) bevorzugt auf die berechneten (signifikanten) Effektstärken zurück. Im Rahmen unserer tabellarischen Zusammenfassungen wird ausschließlich darüber berichtet, welche Interventionen in den Metaanalysen als „empirisch gestützt" bezeichnet werden (d.h. wir treffen unsererseits keine Entscheidung darüber, wie streng das Kriterium sein soll, sondern zitieren die Ergebnisse der jeweiligen Metaanalysen). Wir berichten auch darüber, wenn Metaanalysen zum Ergebnis kommen, dass bestimmte Interventionen nicht hinreichend empirisch gestützt sind. Falls die Metaanalysen zu widersprüchlichen Ergebnissen kommen, wird auch dies in den Tabellen deutlich gemacht.

(2) Welche Effektstärken werden in den Metaanalysen für die empirisch gestützten Interventionen berichtet?

Bezüglich dieser Frage berichten wir keine Zahlenwerte, sondern orientieren uns an der COHENschen Einteilung (1988) und verwenden zur Interpretation der Effektstärken folgende Sprachregelung: Werte unter 0.2 sind vernachlässigbar bzw. ohne praktische Bedeutsamkeit, Werte von 0.2-0.49 werden als „klein", Werte zwischen 0.5 und 0.79 als „mittel" und solche größer als 0.8 als „groß" bezeichnet.

10.3. Download-Anhang 3: Allgemeine Ergebnisse

Tabelle A 3.1 Inhaltlich offene Forschungsfragen

- Fehlen von empirischer Unterstützung für eine Vielzahl von (in der Praxis bereits häufig eingesetzten) Interventionen (z.B. systemische Psychotherapie, tiefenpsychologische Psychotherapie)
- Notwendigkeit einer verbesserten Aufrechterhaltung der Effekte, damit verbunden Bedarf an Untersuchungen zum Einfluss von Rückfallprophylaxe/ Boostersitzungen, langfristiger Begleitung und verlängerten Therapieintervallen
- Bedarf an (RCT-)Studien zur Verbesserung des Matching zwischen Patientencharakteristika und Behandlungsansatz (differentielle Indikation)
- Fehlen von Studien zur Kombinationsbehandlung aus Psycho- und Pharmakotherapie
- Fehlen von Therapien im (ggü. dem traditionellen Praxismodell) alternativen Setting (z.B. aufsuchende Arbeit, Schularbeit, gemeindebasierte Arbeit)
- Notwendigkeit der Entwicklung von *eigenen*, speziell für diese Patientengruppe konzipierten (altersspezifischen) Programmen für Kinder/Jugendliche unter Berücksichtigung ethnischer, kultureller, sozioökonomischer und biopsychosozialer Aspekte (bislang werden Programme zur Behandlung Erwachsener häufig einfach für Kinder/Jugendliche angepasst bzw. Programme aus dem Kinderbereich entsprechend modifiziert für Jugendliche übernommen; dabei liegt den meisten Interventionsprogrammen zudem eine Orientierung an traditionellen Behandlungsmodellen zugrunde)
- *„effectiveness"-Studien:* Notwendigkeit, „efficacy"-Studien entsprechend der im klinischen Alltag benötigten Interventionen (Relevanz und Vergleichbarkeit) zu konzipieren; Fehlen von Vergleichstudien (in „efficacy"-Studien erprobte Ansätze vs. übliche klinische Praxis)
- Notwendigkeit, in Zukunft zur Erhebung der differentiellen Wirksamkeit (bzw. mglw. vorliegender systematischer Unterschiede) insgesamt *spezifischer* zu forschen (z.B. bzgl. bestimmter Behandlungsansätze, Kliniker, Gruppen, Probleme, Störungsbilder, Kontexte):
  - Bedarf an Subgruppenanalysen (z.B. Patienten mit/ohne Komorbidität, Störungsuntergruppen (Störungsbilder, Subtypen, Störungsverläufe, Symptomschwere, Entwicklungsfaktoren, auslösende/aufrechterhaltende Bedingungen), Altersgruppen, Jugendliche mit/ohne strafrechtliche Problematik) inkl. Entwicklung und Evaluation störungsspezifischer Behandlungsprogramme
  - Fehlen von Studien zur Generalisierbarkeit der bislang vorliegenden Interventionen auf andere Stichproben und Settings (u.a. Schule!): Kinder kranker Eltern, geistige/körperliche Behinderung, chronische Erkrankung, Missbrauch und Vernachlässigung, Straftäter, obdachlose Jugendliche; klinisch zugewiesene Patienten, Minoritäten (z.B. bzgl. Nationalität, Geschlecht), verschiedene sozioökonomische Gruppen
  - Notwendigkeit einer vermehrten Analyse anderer wichtiger Einflussfaktoren (im Gegensatz zu bislang fast ausschließlich vorliegenden Studien zur Wirksamkeit/Evidenzbasierung bestimmter Behandlungsansätze), z.B. Charakteristika von Kind, Eltern, Familie und Umfeld; Rahmenfaktoren (Therapiesetting, Programmstruktur, Behandlungsdauer); andere an der Behandlung beteiligte Systeme (Schule, Familie, Justiz, Staat); optimales Zusammenspiel aller Beteiligten
  - Bedarf an Studien zu Moderatoren, Mediatoren, Prozessforschung (potentielle Veränderungsmechanismen) und Komponentenanalysen (d.h. Ermittlung relevanter Wirkfaktoren komplexer Behandlungsprogramme durch systematische Untersuchung von Einzelkomponenten)
  - Bedarf an theoriegeleiteten, für die Beantwortung spezifischer Fragen explizit konzipierter Studien mit ausreichender statistischer Power (z.B. Suizidalität, Moderatoren, Mediatoren, zugrundeliegende Veränderungsprozesse, Komponentenanalysen, relative Wirkdauer von Psychopharmaka, Vergleich von evidenzbasierten Behandlungen vs. Routine-Behandlungen)
  - Bedarf an Forschung zu behandlungsspezifischen Effekten (z.B. angestrebte kognitive Veränderungen durch CBT) vs. allgemeinen Effekten/ Wirkfaktoren (z.B. Unterstützung, Psychoedukation, Aufmerksamkeit)
- Notwendigkeit von vermehrter Forschung zu therapeutischen Basisfertigkeiten (altersadäquate Gesprächsführung, Beziehungsgestaltung, Motivationsarbeit), zur Optimierung der therapeutischen Kompetenz (z. B. Klärung der Frage, welches Ausmaß von Manualwissen, Training und Supervision mit optimalen Behandlungserfolgen einhergeht bzw. wie die Aneignung therapeutischer Kompetenz im Alltag bestmöglich gelingen kann) und zum Einfluss von regelmäßigem Feedback an den Therapeuten (z.B. derzeitiger Behandlungserfolg, Patientenzufriedenheit etc.)
- Bedarf an Untersuchungen zu weiteren Aspekten: Verbreitbarkeit („disseminability"); Kosten bzw. Kosten-Nutzen-Analysen unter Berücksichtigung aller relevanten Bereiche [Gesundheit, Justiz, Sozialausgaben, Bildung]) zur Optimierung der ökonomischen Aspekte und Verbesserung der gesellschaftlichen Legitimation für entsprechende Investitionen; Akzeptanz von Behandlungen; klinische Nützlichkeit; Einsatz neuer Technologien (z.B. CD-ROM) im Rahmen der Programme
- Fehlen eines evidenzbasierten Kategoriensystems zur Klassifikation bzw. abschließenden Einordnung der Ergebnisse von Metaanalysen
- Notwendigkeit eines übergeordneten Forschungsplans, um Forschungsfortschritte systematisch zu überwachen, zu erfassen und zu evaluieren; Notwendigkeit regelmäßiger Updates zum Stand der Evidenzbasierung und einer permanenten Aktualisierung der evidenzbasierten Leitlinien
- *Pharmakotherapie:* generell vorliegender Mangel an geeigneten (methodisch hochwertigen doppelblinden RCT-)Studien zur Pharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter (häufige Anwendung von Pharmaka trotz fehlender Evidenzbasierung!); Fehlen von Studien zur Untersuchung von Wirkspiegeln (Erklärung für (Nicht-)Compliance, Identifikation von langsamen vs. schnellen Metabolizern); Bedarf an Forschung zu (pharmakogenetischen) Prädiktoren von Therapieerfolg, optimalem Matching, (Non-)Respondern und Nebenwirkungen; Fehlen von Studien zu Erhaltungstherapie, Rückfallprophylaxe und optimaler Therapiedauer; Bedarf an weitergehenden, spezifischeren Analysen (z.B. Einfluss der Dosis, Dosis-Wirkungs-Beziehung, Moderatoren); Bedarf an Studien zu komorbiden Störungsbildern
- *tiefenpsychologisch fundierte/analytische Psychotherapie:* Notwendigkeit der Entwicklung von Forschung als notwendigem Instrument zur elbsterhaltung des Verfahrens und des Berufsstandes; Notwendigkeit, eine Kooperation mit an Psychoanalyse interessierten Forschern an Universitäten/Hochschulen herzustellen (inkl. Anwerben von Drittmitteln, Anmahnung von Verfahrensausgewogenheit bei der Vergabe von Forschungsgeldern und Durchführung von Vergleichsstudien VT vs. Psychoanalyse); Bedarf an Studien zur Beforschung der Langzeitwirkung von Strukturumwandlungen und Nachhaltigkeit der Effekte; Notwendigkeit der Orientierung an Mindestanforderungen und Regularien für Wirksamkeitsstudien (trotz diesbezüglich vor-liegender ambivalenter Haltung); Bedarf an Effektivitätsstudien im Labor *und* naturalistischen Studien; Notwendigkeit der Implementierung einer Forschungsstruktur im Bereich der Psychoanalyse (mglw. auch über jährliche Forschungsumlage); bislang Fehlen von Komponentenanalysen
- *Systemische Familientherapie (SFT):* generell sowie im deutschsprachigen Raum Bedarf an methodisch hochwertiger Therapieforschung (RCT)

Tabelle A 3.2 Methodologische Probleme

- Fehlen von (methodisch hochwertigen) Langzeitstudien (die Effektivität und Sicherheit/NW der Behandlung erheben) und Notwendigkeit längerer Follow-up-Intervalle !!! -> trotz der enormen Relevanz von Langzeitbehandlung ist das Wissen über Langzeitwirkung und unerwünschte Langzeitereignisse bislang vielfach unzureichend
- Fehlen von (methodisch hochwertigen) „effectiveness"-Studien im „real-world"-Setting zur Erhöhung der klinischen Validität mit Repräsentativität in Bezug auf Patienten, Therapeuten und Setting (entsprechend der in „efficacy"-Studien bereits erforschten, wirksamen Interventionen) -> Notwendigkeit, eine ausreichende Datengrundlage zu erheben/berichten (Veränderung Diagnosestatus, klinisch bedeutsame Veränderungen) und ausschließlich zu-gewiesene Kinder/Jugendliche einzuschließen
- Notwendigkeit einer vermehrten Anwendung bzw. verbesserten Umsetzung von evidenzbasierten Behandlungen im klinischen Praxisalltag (Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Theorie und Praxis)
- Notwendigkeit einer Ausweitung der Stichprobengrößen (als Grundlage für eine adäquate statistische „Power") !!!
- Bedarf an Replikationsstudien (mit unabhängigen Forschergruppen, über viele Studienorte hinweg, mit größeren Stichproben, mit wiederholter Erhebung von Outcome-Kriterien und mit robusten Effekten)
- Bedarf an Multicenter-Studien (Notwendigkeit, auf weniger/größere Studienorte zurückzugreifen oder die Studienqualität zu verbessern, um ein Absinken der Effektstärken zu vermeiden) [bei ADHD mittlerweile zunehmend eingesetzt]
- Notwendigkeit einer Kontrolle des Publikationsbias (selektive Publikationspolitik positiver Resultate bzw. Nicht-Veröffentlichung von (auch guten) Studien insgesamt) -> u.a. Empfehlung, eine Registrierung von Studien einzuführen (trägt zu reduziertem Publikationsbias und erhöhter Transparenz bei)
- Notwendigkeit, vermehrt Brauchbarkeit/Zweckmäßigkeit der in Vergleichsstudien zum Einsatz kommenden alternativen Behandlungsansätze zu berücksichtigen (bislang häufiger Rückgriff auf non-bona fide-Interventionen als KG)
- Fehlen von Studien an älteren Jugendlichen unter Berücksichtigung ihrer Charakteristika (Alter, Nationalität, Geschlecht,..)
- Notwendigkeit einer Verbesserung der Studien-Einschlusskriterien (ICD-/DSM-Diagnose ist oft keine Voraussetzung für eine Studienteilnahme)
- Notwendigkeit einer Erweiterung der Outcome-Kriterienbereiche (bislang v.a. Erfassung von Symptomreduktion/Primärproblematik/Diagnose) mit dem Ziel der Erfassung eines breiten Spektrums und einer größeren Zahl von Outcome-Kriterien
- Notwendigkeit, den Einfluss von eingesetztem bzw. berichtetem Outcome-Maß, Messinstrument, Studiendesign, Studienqualität, Stichprobengröße, Kriterium, Kriterienbereich, Berechnungsvariante, Rater etc auf die Höhe der erhaltenen ES zu kennen, zu berücksichtigen und zu kontrollieren
- Notwendigkeit einer Vereinheitlichung/Standardisierung der zur Messung des Behandlungserfolgs verwendeten Outcome-Maße (Kriterienbereich; Response-Kriterium [Skalenauswahl, Cutoff/Prozentanteile, kategorial/kontinuierlich]; kindspezifische vs. für den Erwachsenenbereich konzipierte Ratingskalen, verschiedene Informationsquellen; Differenzierung in direkte vs. indirekte Maße bei Metaanalysen)
- Notwendigkeit einer Verbesserung bzw. Vereinheitlichung der Qualität von Studiendesign/-bericht, nicht zuletzt um Ausschluss einiger vielversprechender Therapieansätze aufgrund unpassender Designs/unzureichender Studieninformation aus Übersichtsarbeiten zu verhindern)
- Fehlen von Angaben zum Studienprotokoll bzw. Notwendigkeit einer Standardisierung dieser Angaben (sozioökonomischer Status, Therapeutenstatus, Setting, demographische Angaben wie Geschlecht und Nationalität)
- Notwendigkeit verbesserter Angaben zum Therapiekonzept (Inhalte, konkrete Operationalisierung, theoretischer Hintergrund); z.T. Problematik einer fehlenden Manualisierung/ Modularisierung der in der Praxis verwendeten Verfahren bzw. einer fehlenden Publikation von Therapiemanualen
- Notwendigkeit einer Verbesserung der Therapiequalität (Einsatz von Begleitmanualen, vorherige Trainings, Supervision, Erstellen störungsspezifischer Manuale)
- im Rahmen der Behandlung von Adoleszenten Notwendigkeit einer vermehrten Berücksichtigung der biologischen, psychologischen und sozialen Dimension als wichtiger Grundlage einer adäquaten Behandlung (im Sinne einer entwicklungsorientierten Perspektive)
- Notwendigkeit der Durchführung von „Completer"- und „Intent-to-treat"-Analysen
- Fehlen von familiendiagnostischen Instrumenten zur Behandlungsevaluation; Notwendigkeit der Entwicklung von geeigneten (veränderungssensitiven) Messinstrumenten zur Erhebung kognitiver Veränderungen (z.B. zur Klärung der Frage, ob CBT wirklich die angestrebten Veränderungen erzielt)
- *Pharmakotherapie:* Fehlen von Studien zu einer Vielzahl von Störungsbildern; Fehlen einer Zulassung für eine Reihe von Psychopharmaka („Off-Label-Use"); Problematik der aus Erwachsenenstudien abgeleiteten Behandlungsleitlinien/-dosis (bzw. bei Jugendlichen außerdem Ableitung aus Kinderstudien); Problematik des häufigen Poolings von Kindern und Jugendlichen im Rahmen von Studien (keine ausreichende Datengrundlage zu Unterschieden zwischen Kindern und Jugendlichen); häufiges Vorliegen enger diagnostischer Einschlusskriterien; Vorliegen von Studien mit meist kurzer Behandlungsdauer; Notwendigkeit der Berücksichtigung der z.T. hohen Placebo-Response-Raten
- *tiefenpsychologisch fundierte/analytische Psychotherapie: z.T.* Fehlen differenzierter Angaben zu Stichprobencharakteristika und Behandlung (z.B. Info über Therapeutenerfahrung); Notwendigkeit einer adäquaten Diagnostik; Fehlen eines systematischen, störungsspezifischen Studienberichts; Notwendigkeit störungsspezifischer Studien (≠gemischtes Klientel); Bedarf an Studien mit enger gefassten Störungsbildern (bislang oft sehr breite Störungsgruppen); bislang Fehlen von ES-Bericht inkl. Berechnungsformel; häufiges Fehlen von KG unbehandelter Patienten (bislang v.a. Bericht von Prä-Post-Effektstärken); bislang Fehlen von RCT-Studien (≠ retrospektive Erhebung); Bedarf an Studien mit schwerer gestörtem Klientel

10.4. Download-Anhang 4: Ergebnisse zur speziellen Metaanalysen-Auswertung

Tabelle A 4.1 Referenz-Publikationen im Bereich der Metaanalysen: Die nach den festgelegten Kriterien aktuellsten und methodisch besten Metaanalysen

	Psychologisch-psychosoziale Interventionen	Pharmakotherapie
Angststörungen	• A: Schneider & In-Albon, 2006 [94]* • A: In-Albon & Schneider, 2007 [106] • B: Beelmann et al., 2003 [30] • B: James et al., 2006 [83] • C: Spielmans et al., 2007 [111]	• A: ----- • B: Bridge et al., 2007 [103]
Depressive Störungen	• A: Weisz et al., 2006a [100] • A: Watanabe et al., 2007 [112] • B: Michael & Crowley, 2002 [26] • B: Michael et al., 2005 [67] • C: Spielmans et al., 2007 [111]	• A: Papanikolaou et al., 2006 [90] • B: Wallace et al., 2006 [99] • B: Bridge et al., 2007 [103] • B: Hetrick et al., 2007 [104]
ADHS	• A: ----- • B: Corcoran & Dattalo, 2006 [79] • B: Beelmann et al., 2003 [30] • B: Majewicz-Hefley & Carlson, 2007 [108]	• B: Faraone et al., 2006 [80] • B: Schachter et al., 2001 [11] • B: Connor et al., 2002 [15] • B: Faraone & Biederman, 2002 [19] • B: Faraone et al., 2002 [20] • C: Banaschewski et al., 2006 [75]
Störungen des Sozialverhaltens	• A: ----- • B: Curtis et al., 2004 [44] • B: Dretzke et al., 2005 [59] • B: Littell et al., 2005 [66] • B: McCart et al., 2006 [88] • C: Lundahl et al., 2006 [86] • C: Weisz et al., 2006b [101]	• A: ----- • B: -----

* die Zahlen in eckigen Klammern verweisen auf die Nummer in der Liste der eingeschlossenen 112 Übersichtsarbeiten (Download-Anhang 1).

Abkürzungserläuterung:

A: Metaanalysen, die den operational definierten, sehr strengen Kriterien genügen (vgl. Download-Anhang 2).
B: Metaanalysen, die bezüglich der operational definierten Kriterien Einschränkungen aufweisen (vgl. Download-Anhang 2).
C: Metaanalysen, die sich nicht auf die klassische Fragestellung der Wirksamkeitsforschung (Wirksamkeitsforschung Stufe 1) beziehen (ist bei einem Störungsbild X die Methode Y wirksam?), sondern die auf der Grundlage von gesicherten Ergebnissen der klassischen Wirksamkeitsforschung Anschlussfragestellungen behandeln (z.B. Erhebung von Moderatoren der Wirksamkeit von Methoden, deren generelle Wirksamkeit bereits nachgewiesen ist).

Tabelle A 4.2 Inhaltliche Hauptergebnisse der MA zu Angststörungen

Psychologisch-psychosoziale Interventionen:

Empirisch gestützte Interventionen:

- hinreichend empirisch gestützt: CBT mit/ohne Elterntraining (als individuelle Therapie oder Gruppentherapie) mit den Komponenten Psychoedukation, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierter Reizkonfrontation, operanten Verfahren/Kontingenzmanagement, Entspannungsverfahren, Sozialem Kompetenz-/Selbstsicherheitstraining; forcierte Reizkonfrontation, operantes Vorgehen („reinforced practice"), teilnehmendes Modelllernen (als ergänzende Komponenten zur Behandlung einer Spezifischen Phobie); Verhaltensmodifikation; (teil)stationäre Psychotherapie; behaviorale und nicht-behaviorale Interventionen im Allgemeinen [30, 83, 94, 106]*
- keine hinreichende bzw. kontrovers diskutierte empirische Stützung: für systemische Psychotherapie und tiefenpsychologische Psychotherapie liegen bislang keine eindeutigen Wirksamkeitsnachweise vor, es fehlen den CONSORT-Kriterien genügende RCT-Studien [30, 94, 106]

Angaben zu den erzielten Effektstärken:

- *Psychologisch-psychosoziale Interventionen im Allgemeinen*: mittlere ES [30]
- *behaviorale Verfahren im Allgemeinen:* große ES [30]
- *nicht-behaviorale Verfahren im Allgemeinen:* kleine ES [30]
- *CBT:* mittlere ES (im Durchschnitt, individuelle Therapie, Gruppentherapie, kindzentrierte Therapie, familienzentrierte Therapie) [30, 83, 94, 106]
- *Verhaltensmodifikation:* große ES [30]
- *Entspannung:* kleine ES [30]
- *(teil-)stationäre Therapie:* kleine ES [30]
- *aktives Aufmerksamkeits-Placebo:* ebenfalls relativ hohe, mittlere ES (Psychoedukation ohne Exposition ebenfalls sehr hilfreich?) [106]

Pharmakotherapeutische Interventionen:

Empirisch gestützte Interventionen:

- hinreichend empirisch gestützt: ***SSRI/SNRI*** [103]
- keine hinreichende bzw. kontrovers diskutierte empirische Stützung: ---

Angaben zu den erzielten Effektstärken:

- *SSRI/SNRI*: mittlere ES bei GAS, SocP und SAD [103]

* die Zahlen in eckigen Klammern verweisen auf die entsprechende Übersichtsarbeit im Literaturverzeichnis

Tabelle A 4.3 Inhaltliche Hauptergebnisse der MA zu depressiven Störungen

Psychologisch-psychosoziale Interventionen:

Empirisch gestützte Interventionen:

- hinreichend empirisch gestützt: Psychologisch-psychosoziale Interventionen im Allgemeinen [26, 67, 100, 112]; CBT, behaviorale Therapie, IPT [112]*
- keine hinreichende bzw. kontrovers diskutierte empirische Stützung: eine Metaanalyse berichtet, dass für Problemlösetherapie, supportive Therapie und kognitive Therapie keine Überlegenheit ggü. einer KG vorliegt [112] (vgl. Abschnitt „Angaben zu den wirksamsten Therapiekomponenten“)

Angaben zu den erzielten Effektstärken:

- *Psychologisch-psychosoziale Interventionen im Allgemeinen*: kleine bis mittlere ES [26, 100, 112]

Pharmakotherapeutische Interventionen:

Empirisch gestützte Interventionen:

- hinreichend empirisch gestützt: Antidepressiva im Allgemeinen (d.h. Vorliegen einer Kombination verschiedener Antidepressiva/-gruppen) [90, 103]; SSRI [90, 99, 104]: Fluoxetin [99, 103, 104]
  - *Fluoxetin:* innerhalb der Gruppe der SSRI liegen ausschließlich für Fluoxetin konsistente, gut replizierte Wirksamkeitsnachweise vor [104]; Fluoxetin erweist sich bei Kindern (< 12 Jahren) mit MDD als einziges neueres Antidepressivum einem Placebo als überlegen [103]; Vorliegen eines günstigen Nutzen-Risiko-Profils [99]

- keine hinreichende bzw. kontrovers diskutierte empirische Stützung: TZA [90]; SSRI: Citalopram, Sertralin, Paroxetin [99, 104], Fluvoxamin [99]; Venlafaxin (SNRI) [99]
  - *TZA:* für TZA zeigt sich in dieser Metaanalyse keine signifikante Überlegenheit ggü. einem Placebo (der Einsatz von TZA zur Behandlung depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter erweist sich somit als nicht geeignet) [90]
  - *Citalopram:* Vorliegen von Hinweisen auf ein ebenfalls günstiges Nutzen-Risiko-Profil, die Ergebnisse sind aufgrund der kleinen Stichprobengröße jedoch nicht abgesichert [99] vs. Vorliegen inkonsistenter, uneindeutiger Ergebnisse [104] -> *Divergenz!*
  - *Sertralin:* Vorliegen von Wirksamkeitsnachweisen (v.a. in der Behandlung von Jugendlichen, weniger bei Kindern) bei jedoch unzureichender empirischer Grundlage [104] vs. Vorliegen eines eher ungünstigen Nutzen-Risiko-Profils [99] -> *Divergenz!*
  - *Paroxetin; Venlafaxin* [SNRI]:Vorliegen einer unzureichenden/ungünstigen empirischen Grundlage für den Einsatz dieser Substanzen [99, 104]
  - *Fluvoxamin:* zu Fluvoxamin liegen keine RCT-Studien vor [99]

Angaben zu den erzielten Effektstärken:

- Antidepressiva der zweiten Generation [SSRI, Nefazodon, Venlafaxin, Mirtazapin]: kleine Effekte [99, 103, 104]

* die Zahlen in eckigen Klammern verweisen auf die entsprechende Übersichtsarbeit im Literaturverzeichnis

Tabelle A 4.4 Inhaltliche Hauptergebnisse der MA zu ADHS

Psychologisch-psychosoziale Interventionen:

Empirisch gestützte Interventionen:

- hinreichend empirisch gestützt: Elterneinbezug *(die entsprechende Metaanalyse beruht ausschließlich auf CBT-Studien)* [79], Kombinationsbehandlung [108]*
- keine hinreichende bzw. kontrovers diskutierte empirische Stützung:
  - CBT bzw. behaviorale Interventionen im Allgemeinen: in einer Metaanalyse zur deutschsprachigen Psychotherapieforschung findet sich hierfür ein kleiner, statistisch jedoch nicht signifikanter Effekte, der angesichts des international vorliegenden Wirksamkeitsnachweises überrascht und wahrscheinlich daraus resultiert, dass in den Studien proportional häufiger distale Erfolgskriterien zugrunde gelegt werden (die für eine weniger ausgeprägte mittlere Effektvität verantwortlich sind) [30]
  - in dieser Metaanalyse zur deutschsprachigen Psychotherapieforschung finden sich zudem keine unkontrollierten oder kontrollierten Studien zu Spieltherapie, Elterntrainings (hierzu liegt nur eine unkontrollierte Studie vor), tiefenpsychologischen Behandlungen, Familientherapien (verschiedener Richtungen) und Entspannungsverfahren bei ADHS [30]

Angaben zu den erzielten Effektstärken:

- *behaviorale Interventionen im Allgemeinen:* kleine Effekte (vgl. Abschnitt „empirisch gestützte Interventionen“) [30]
- *CBT:* kleine Effekte (vgl. Abschnitt „empirisch gestützte Interventionen“) [30]
- *Elterneinbezug (die entsprechende MA beruht ausschließlich auf CBT-Studien):* kleine bis mittlere ES [79]
- *Kombinationsbehandlung:* (je nach Kriterienbereich) kleine bis große ES (bei hoher Variabilität der ES über die Einzelstudien hinweg; Angabe von Prä-Post-ES) [108]

Pharmakotherapeutische Interventionen:

Empirisch gestützte Interventionen:

- hinreichend empirisch gestützt: Stimulantien (MPH, Amphetamine, Pemolin) [15], kurz- und langwirksame (Retard-Präparate) Stimulantien [80], kurzwirksames MPH [11, 20], Adderall [19, 20], Nicht-Stimulatien (Atomoxetin, Bupropion, Modafinil) [80]
- keine hinreichende bzw. kontrovers diskutierte empirische Stützung: ---

Angaben zu den erzielten Effektstärken:

- *Stimulantien (MPH, Amphetamine, Pemolin):* mittlere bis große ES für offenes/verdecktes aggressives Verhalten [15]
- *kurz- und langwirksame (Retard-Präparate) Stimulantien:* große ES [80]
- *kurzwirksames MPH:* mittlere ES für primäres Erfolgskriterium (Hyperaktivitäts-Index) [11] (vgl. Abschnitt „Veränderungsbereiche und Veränderungsmaße“)
- *Adderall:* große ES [19]
- *Adderall vs. MPH:* (über alle Studien und Outcome-Maße hinweg) kleine ES, d.h. tendentielle Überlegenheit von Adderall ggü. MPH [20] (vgl. Abschnitt „Angaben zu den wirksamsten Therapiekomponenten“)
- *Nicht-Stimulatien (Atomoxetin, Bupropion, Modafinil):* mittlere ES [80]

* die Zahlen in eckigen Klammern verweisen auf die entsprechende Übersichtsarbeit im Literaturverzeichnis

Tabelle A 4.5 Inhaltliche Hauptergebnisse der MA zu Störungen des Sozialverhaltens

Psychologisch-psychosoziale Interventionen:

Empirisch gestützte Interventionen:

- hinreichend empirisch gestützt: strukturierte Elterntrainings [59, 88], CBT [88], MST [44]*
- keine hinreichende bzw. kontrovers diskutierte empirische Stützung: in einer Metaanalyse findet sich keine Unterstützung dafür, dass MST herkömmlichen Ansätzen überlegen ist, jedoch auch kein Beleg dafür, dass MST keinen Effekt hat [66]

Angaben zu den erzielten Effektstärken:

- *MST:* mittlere Effekte [44]
- *Strukturierte Elterntrainings:* kleine bis mittlere ES [59, 88]
- *CBT:* (zumeist) kleine ES [88]

Pharmakotherapeutische Interventionen: -----

* die Zahlen in eckigen Klammern verweisen auf die entsprechende Übersichtsarbeit im Literaturverzeichnis

Tabelle A 4.6 Spezifizierende Ergebnisse der MA zu Angststörungen

Psychologisch-psychosoziale Interventionen:

Veränderungsbereiche und Veränderungsmaße:

- *CBT mit/ohne Familienmanagement:* die Erfolge beschränken sich nicht nur auf die Angstsymptomatik, beobachtbar ist z.B. auch eine Reduktion der depressiven Symptomatik [94, 106]*

Stabilität/zeitliche Aspekte:

- *CBT mit/ohne Familienmanagement:* Stabilität der Effekte (über mehrere Jahre) [83, 94, 106]

Setting:

- *CBT mit/ohne Familienmanagement* zwischen individueller Therapie, Gruppentherapie und Familien-/Elterneinbezug zeigen sich keine Wirksamkeitsunterschiede [83, 94, 106]; in Bezug auf den Vergleich von Therapien mit vs. ohne Familieneinbezug finden sich unterschiedliche Ergebnisse: zum Teil liegen keine Wirksamkeitsunterschiede zwischen Therapien mit bzw. ohne Familien-/Elterneinbezug (d.h. kindzentrierten vs. familienzentrierten Therapien) vor [94, 106, 111] vs. zum Teil scheinen jüngere Kinder und Kinder von Eltern mit Angststörungen tendentiell stärker von einer familienzentrierten als von einer kindzentrierten Therapie zu profitieren

Moderatoren und Subgruppen:

Empirisch validierte Interventionen für einzelne Phobien und Angststörungen:

- Spezifische Phobie: forcierte Reizkonfrontation, operantes Vorgehen („reinforced practice"), teilnehmendes Modelllernen, CBT mit/ohne Elterntraining (als individuelle Therapie oder Gruppentherapie) mit den Komponenten Psychoedukation, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierter Reizkonfrontation, operanten Verfahren, Entspannungsverfahren [94]
- Soziale Phobie: CBT mit/ohne Elterntraining (möglichst als Gruppentherapie) mit den Komponenten Psychoedukation, Abbau dysfunktionaler Gedanken, Sozialem Kompetenz-/Selbstsicherheitstraining, graduierter Reizkonfrontation [94]
- Trennungsangst: CBT mit/ohne Elterntraining (als individuelle Therapie oder Gruppentherapie) mit den Komponenten Psychoedukation, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierter Reizkonfrontation, operanten Verfahren, Entspannungsverfahren [94]
- GAS: CBT mit/ohne Elterntraining (als individuelle Therapie oder Gruppentherapie) mit den Komponenten Psychoedukation, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierter Reizkonfrontation, operanten Verfahren, Entspannungsverfahren [94]
- Leistungsängste: CBT mit Elterntraining mit den Komponenten Psychoedukation, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierter Reizkonfrontation, operanten Verfahren, Entspannungsverfahren, Fertigkeitentraining [94]

Compliance/Akzeptanz:

- *CBT:* CBT scheint als Verfahren gut akzeptiert zu werden [83]

Anschlussfragestellungen (Wirksamkeitsforschung Stufe 2)

- CBT erweist sich non-bona-fide-Interventionen als überlegen: bei direkten Outcome-Maßen finden sich mittlere ES, bei indirekten Outcome-Maßen nicht-signifikante Unterschiede; umfangreiche CBT-Behandlungen sind einzelnen CBT-Komponenten (in alleiniger Anwendung) nicht überlegen: dies kann entweder als Ausdruck fehlender Behandlungsspezifität von CBT oder als mäßiger Behandlungszugewinn durch Elterntrainings interpretiert werden, da es sich bei den CBT-Zusatzbausteinen fast ausschließlich um Elterntrainings handelt [111].

Pharmakotherapeutische Interventionen:

Veränderungsbereiche: -----

Stabilität/zeitliche Aspekte: -----

Moderatoren und Subgruppen:

- [SSRI-/SNRI-Studien]: bei Jugendlichen (vs. Kindern), bei Angststörungen (vs. Depressionen) und für SSRI (vs. Non-SSRI) finden sich tendentiell höhere Effekte [103]

Nebeneffekte/Suizidalität/Nebenwirkungen:

- *Suizidalität* [SSRI-/SNRI-Studien]: über alle Störungsbilder hinweg scheinen die Vorteile die Risiken (Suizidgedanken/-versuche) zu überwiegen, obwohl die Nutzen-Risiko-Analyse natürlich auch vom Störungsbild, dem Alter des Patienten, der Chronizität der Erkrankung und den Rahmenbedingungen abhängt [103]

Anschlussfragestellungen (Wirksamkeitsforschung Stufe 2): ---

* die Zahlen in eckigen Klammern verweisen auf die entsprechende Übersichtsarbeit im Literaturverzeichnis

Tabelle A 4.7a Spezifizierende Ergebnisse der MA zu depressiven Störungen, Teil I

Psychologisch-psychosoziale Interventionen:

Angaben zu den wirksam(st)en Therapiekomponenten:

- kognitive Behandlungsansätze (z.B. CBT; u.a. kognitive Umstrukturierung, Selbstinstruktionen) sind nicht-kognitiven Ansätzen (u.a. behaviorales Problemlösen, Gruppenunterstützung, IPT, Entspannung, Rollenspiel, „self-modeling", Familientherapie, strukturiertes Lernen, soziales-Kompetenz-Training) *nicht* überlegen [100]*

Veränderungsbereiche und Veränderungsmaße:

- *Psychologisch-psychosoziale Interventionen im Allgemeinen:*
  - es finden sich Generalisierung (d.h. zusätzlich zur Verbesserung der depressiven Symptomatik auch eine Reduktion der Angst in einer mit den Auswirkungen auf die Depressivität fast vergleichbaren Höhe) und Spezifität der Effekte (für den Bereich der Externalisierung liegen z.B. nicht-signifikante, deutlich geringere ES vor); zudem findet sich eine Reduktion von Suizidalität durch Psychotherapie (kleine ES) [100]
  - beim Vergleich verschiedener Subgruppen von Studien (Rückgriff auf ICD-/DSM-Depressionsdiagnosen vs. dimensionale Depressionsmaße; peer-reviewed vs. non-peer-reviewed-Studien; Rückgriff auf EG-KG- vs. Prä-Post-Vergleich) finden sich zwischen den Subgruppen keine ES-Unterschiede [26, 100]; lediglich beim Vergleich von Selbstbericht und Elternbericht finden sich ES-Unterschiede: für die Kinderaussagen liegen höhere ES vor [100]
  - ggü. aktiven Kontrollgruppen finden sich kleinere Effekte als ggü. passiven Kontrollgruppen [100]; die Effekte sind in Bezug auf Ausmaß, Breite und Stabilität eher mäßig [100]

Stabilität/zeitliche Aspekte:

- *Psychologisch-psychosoziale Interventionen im Allgemeinen:* kurzfristige (bis ca. 1 Jahr), jedoch (mit Ausnahme weniger Studien) tendentiell keine langfristige Wirksamkeit (FU-Intervalle länger als 1 Jahr): Follow-up-Erhebungen mit größerer zeitlicher Nähe zum Behandlungsende zeigen große ES, Studien mit FU-Intervallen von 1 Jahr und mehr zeigen im Wesentlichen keine Effekte mehr [26, 100, 112] (vgl. Angaben der Originalarbeiten)

Setting:

- *Psychologisch-psychosoziale Interventionen im Allgemeinen:* beim Vergleich von Gruppen- vs. Einzeltherapie sowie Interventionen mit unterschiedlicher Behandlungsdauer (mehr vs. weniger als 12 Stunden) finden sich keine ES-Unterschiede [100]

Moderatoren und Subgruppen:

- *Psychologisch-psychosoziale Interventionen im Allgemeinen:*
  - für die Gruppe der 12-18jährigen Jugendlichen zeigt sich eine Überlegenheit von Psychotherapie ggü. der KG, demgegenüber findet sich für die Gruppe der 6-12jährigen Kinder keine Überlegenheit [26, 112] vs. zwischen diesen beiden Altersgruppen (Kinder und Jugendlichen) liegen keine signifikanten ES-Unterschiede vor [67, 100] *[Divergenz!]*
  - Psychotherapie erweist sich für alle Schweregrade von Depression als effektiv, die relativ höchste Effektivität liegt für Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Depression vor [112]
  - für Behandlungen von depressiver Symptomatik vs. Major Depression liegen im Wesentlichen vergleichbare ES vor [26]
  - Mädchen profitieren tendentiell mehr als Jungen (die differentiellen Effekte in Bezug auf Geschlecht sind jedoch weitgehend ungeklärt) [26]
  - im Vergleich von Therapeuten vs. Graduierten zeigen sich keine signifikanten ES-Unterschiede [67]

Compliance/Akzeptanz:

- *Psychologisch-psychosoziale Interventionen im Allgemeinen:* hinsichtlich der Behandlungsakzeptanz (Dropout-Raten) liegen im Vergleich von EG und KG keine Unterschiede vor [112]

Anschlussfragestellungen (Wirksamkeitsforschung Stufe 2):

- CBT erweist sich non-bona-fide-Interventionen als überlegen: bei direkten Outcome-Maßen finden sich mittlere ES, bei indirekten Outcome-Maßen kleine ES; für CBT und IPT zeigt sich eine vergleichbare Wirksamkeit (dieses Ergebnis beruht jedoch nur auf *einer* Studie); umfangreiche CBT-Behandlungen sind einzelnen CBT-Komponenten (in alleiniger Anwendung) nicht überlegen: dies kann entweder als Ausdruck fehlender Behandlungsspezifität von CBT oder als mäßiger Behandlungszugewinn durch Elterntrainings interpretiert werden, da es sich bei den CBT-Zusatzbausteinen fast ausschließlich um Elterntrainings handelt (dieses Ergebnis beruht jedoch ebenfalls nur auf *einer* Studie) [111]

Sonstige Ergebnisse:

- *Psychologisch-psychosoziale Interventionen im Allgemeinen:*
  - zwischen „efficacy" und „effectiveness"-Studien finden sich (in Bezug auf Jugendliche (rekrutiert/zugewiesen), Therapeuten (Forscher/ Kliniker) und Setting (Labor/Klinik)) keine Wirksamkeitsunterschiede [100]
  - unter Einbezug nur derjenigen Studien mit Patienten ohne komorbide psychische/ körperliche Störungen lässt sich eine Überlegenheit von Psychotherapie ggü. der KG über das Behandlungsende hinweg bis zum 6-Monats-FU nachweisen (nicht jedoch im 12-Monats-FU) vs. bei Einbezug aller Studien lässt sich eine Überlegenheit von Psychotherapie ggü. der KG nur bei Behandlungsende, nicht jedoch im 6- oder 12-Monats-FU nachweisen [112]

* die Zahlen in eckigen Klammern verweisen auf die entsprechende Übersichtsarbeit im Literaturverzeichnis

Tabelle A 4.7b Spezifizierende Ergebnisse der MA zu depressiven Störungen, Teil II

Pharmakotherapeutische Interventionen:

Angaben zu den wirksam(st)en Therapiekomponenten:

- Fluoxetin und Citalopram können (aufgrund ihres günstigen Nutzen-Risiko-Profils) als sichere und effektive Behandlungsalternativen zu CBT angesehen werden [99] vs. Fluoxetin erweist sich als einziges SSRI, für das konsistente Wirksamkeitshinweise vorliegen, Sertralin scheint v.a. in der Behandlung von Jugendlichen (weniger bei Kindern) effektiv zu sein [104]* -> *Divergenz!*

Veränderungsbereiche: -----

Stabilität/zeitliche Aspekte: -----

Moderatoren und Subgruppenanalysen:

- *SSRI/SNRI:* Moderatoren der Behandlungswirksamkeit sind Alter (bei Kindern liegen – außer für Fluoxetin – niedrigere ES vor, was evtl. auch mit den hohen Placebo-Response-Rate bei Kindern zusammenhängen könnte), Depressionsdauer (bei längeren Episoden finden sich schlechtere ES), Diagnose (für Angststörungen liegen verglichen mit Depression höhere ES vor) und Anzahl der Studienorte pro Studie (je mehr Studienorte vorliegen, desto geringer ist die ES) [103]
- *SSRI:* diskutiert wird, ob kürzerwirksame Substanzen evtl. größere Risiken und einen geringeren Nutzen aufweisen [99]

Nebeneffekte/Suizidalität/Nebenwirkungen (*s. ausführlicher Exkurs zu dieser Thematik*):

- *Suizidalität* [SSRI-/SNRI-Studien]: über alle Störungsbilder hinweg scheinen die Vorteile die Risiken (Suizidgedanken/-versuche) zu überwiegen, obwohl die Nutzen-Risiko-Analyse natürlich auch vom Störungsbild, dem Alter des Patienten, der Chronizität der Erkrankung und den Rahmenbedingungen abhängt [103]
- *Suizidalität* [SSRI]: es liegen Hinweise für ein erhöhtes Risiko von Suizidgedanken/-verhalten unter der Behandlung mit SSRI vor, dieses lässt sich jedoch nur für die Gesamtgruppe und nicht für einzelne SSRI-Gruppen nachweisen; über alle Studien hinweg findet sich darüber hinausgehend kein einziger Fall eines vollendeten Suizids [104]

Anschlussfragestellungen (Wirksamkeitsforschung Stufe 2): -----

Sonstige Ergebnisse:

- der Einsatz von SSRI sollte (v.a. aufgrund der aktuellen Debatte zu Risiken einer SSRI-Behandlung im Kindes-/Jugendalter) mit Vorsicht erfolgen [90]

* die Zahlen in eckigen Klammern verweisen auf die entsprechende Übersichtsarbeit im Literaturverzeichnis

Tabelle A 4.8a Spezifizierende Ergebnisse der MA zu ADHS, Teil I

Psychologisch-psychosoziale Interventionen:

Veränderungsbereiche:

- *Elterneinbezug:*
  - für die Bereiche „schulische Leistung“, „familiäres Funktionsniveau“ und „Internalisierung“ liegen mittlere bis große ES, für die Bereiche „Externalisierung“ und „ADHS-Symptomatik“ kleine ES und für den Bereich der „sozialen Kompetenz“ lediglich sehr kleine ES vor (die Bereiche „schulische Leistung“ und „familiäres Funktionsniveau“ wurden nur in wenigen Studien erhoben, so dass das vorliegende Ergebnis vorläufigen Charakter und mit Vorsicht zu bewerten ist) [79]*
  - für das Lehrerrating finden sich durchschnittlich mittlere ES, für das Elternrating kleine ES und für das Kinderrating lediglich sehr kleine ES [79]
- *Kombinationsbehandlung:* für die ADHS-Kernsymptomatik und den Bereich der sozialen Fertigkeiten liegen große ES vor, für den Bereich der schulischen Leistungen demgegenüber kleine ES (die kleinen Effekte im „schulischen Bereich“ könnten jedoch auch aus verschiedenen methodischen Faktoren resultieren; Angabe von Prä-Post-ES) [108]

Stabilität/zeitliche Aspekte: -----

Moderatoren und Subgruppen:

- *Moderatorenanalysen zum Elterneinbezug:*
  - relativ gesehen größere ES finden sich für Zwei-Eltern-Haushalte (vs. Haushalte mit einem Elternteil), für ältere (vs. jüngere) Kinder und für Kinder aus Familien mit höherem sozioökonomischem Status; die Zusammensetzung des Haushalts ist der stärkste Prädiktor für die ES-Höhe, gefolgt von Alter (beide statistisch signifikant) und sozioökonomischem Status (nicht signifikant) [79] -> *Divergenz:* das Ergebnis zum Einfluss des Alters auf die Höhe der ES ist konträr zu den Befunden vorangegangener Studien
  - von den anderen geprüften Moderatorvariablen (Medikation vs. keine Medikation; Modalitäten; Sitzungsanzahl; Studienqualität; Studiendesign (z.B. Randomisierung, Vorliegen einer KG); Stichprobencharakteristika wie Nationalität oder Geschlecht) ist keine Variable signifikanter Prädiktor für den Therapieerfolg [79]

Compliance/Akzeptanz: -----

* die Zahlen in eckigen Klammern verweisen auf die entsprechende Übersichtsarbeit im Literaturverzeichnis

Tabelle A 4.8b Spezifizierende Ergebnisse der MA zu ADHS, Teil II

Pharmakotherapeutische Interventionen:

Angaben zu den wirksam(st)en Therapiekomponenten:

- kurz- und langwirksame (Retard-Präparate) Stimulantien unterscheiden sich nicht voneinander, sind in ihrer Wirksamkeit jedoch der Gruppe der Nicht-Stimulantien überlegen [80]*
- Amphetamine und MPH produzieren vergleichbare Effekte [15]
- Adderall hat hinsichtlich seiner Effektivität einen kleinen, aber statistisch signifikanten Vorteil ggü. der MPH-Standardform (berücksichtigt man die methodischen Schwächen der Einzelstudien lässt sich zumindest festhalten, dass Adderall und MPH vergleichbar effektiv bzw. Adderall tendentiell ein wenig wirksamer ist) [20]
- der Einsatz von Pemolin sollte trotz des Vorliegens großer ES wegen der potentiell hepatotoxischen Wirkung begrenzt werden [15]

Veränderungsbereiche und Veränderungsmaße:

- *Stimulantien (MPH, Amphetamine, Pemolin*): für „offene Aggressivität" finden sich große Effekte, für „verdeckte Aggressivität" mittlere Effekte [15]; die durch Stimulantienbehandlung erzielten Effekte sind für aggressive Verhaltensweisen und ADHS-Kernsymptomatik vergleichbar groß [15]
- *kurzwirksames MPH:* für das primäre Erfolgskriterium (Hyperaktivitäts-Index) finden sich mittlere ES, bezüglich der anderen Outcome-Kriterien liegen variablere und tendentiell kleinere Effekte vor; für einige der zentralen Erfolgskriterien (Aufmerksamkeit, emotionale Labilität, Hyperaktivität/-Impulsivität, oppositionelles Verhalten) werden die ES nicht signifikant [11]
- *Adderall:* für globale Ratings finden sich höhere ES als für die Kriterienbereiche „Aggressivität" und „ADHS-Symptomatik" (d.h. Vorliegen sehr großer vs. großer ES) [19]
- *Adderall vs. MHP:* die Überlegenheit von Adderall findet sich für alle Kriterienbereiche (ADHS-Symptomatik, Aggressivität, globale Ratings), am stärksten jedoch für die globalen Ratings (d.h. Vorliegen kleiner vs. mittlerer ES) [20]

- *Adderall:* für die verschiedenen Dosierungsformen (fixe vs. optimale Dosierung) finden sich hinsichtlich der ES keine Unterschiede (große ES) [19]
- *Adderall vs. MPH:* die Überlegenheit von Adderall findet sich für alle Dosierungsarten (fixe vs. optimale Dosierung) (kleine ES) [20]

- *Stimulantien (MPH, Amphetamine, Pemolin):* für Eltern- und Klinikerrating liegen mittlere, für Lehrer-, und Gesamtrating große ES vor [15]
- *kurzwirksames MPH:* für das Elternrating finden sich ggü. dem Lehrerrating insgesamt schwächere Effekte [11]
- *Adderall:* im Kliniker-Rating finden sich höhere ES als beim Lehrer- und Elternrating (sehr große ES vs. große ES) [19]
- *Adderall vs. MPH:* die Überlegenheit von Adderall ggü. MPH findet sich für das Eltern- und Klinikerrating (kleine ES), nicht jedoch für das Lehrerrating [20]

Stabilität/zeitliche Aspekte:

- *Stimulantien (MPH, Amphetamine, Pemolin):* eine längere Behandlungsdauer geht (v.a. bei MPH) tendentiell mit besseren Effekten einher [15]
- *kurzwirksames MPH:* für längere Behandlungszeiträume (innerhalb von 4 Wochen) finden sich höhere ES [11]

Moderatoren und Subgruppen:

- *Stimulantien (MPH, Amphetamine, Pemolin):* bei älteren Patienten finden sich tendentiell bessere Effekte; Geschlechtsunterschiede liegen nicht vor; für Kinder mit ADHD und geistiger Behinderung findet sich eine verringerte Wirksamkeit; das komorbide Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens geht mit einer reduzierten Wirksamkeit der Stimulantien-Behandlung auf offen aggressives Verhalten einher (d.h. die Symptome offener Aggressivität scheinen in Kombination mit einer Störung des Sozialverhaltens besonders schwer behandelbar zu sein) [15]
- *kurzwirksames MPH:* für eine ausschließlich aus Jungen bestehende Stichprobe sind die ES tendentiell höher als für eine „gemischte" Stichprobe [11]

Nebeneffekte/Suizidalität/Nebenwirkungen:

- *kurzwirksames MPH* (Nebenwirkungen): im Selbst-/Elternrating zeigen sich bei MPH-Einnahme (im Vergleich zur Placebo-Gruppe) signifikant mehr Appetitreduktion, Schlaflosigkeit und Magenschmerzen sowie im Lehrer/ Team-Rating ebenfalls eine signifikante Reduktion des Appetits [11]

Compliance/Akzeptanz: -----

Ergebnisse zu Anschlussfragestellungen (Wirksamkeitsforschung Stufe 2)

- *Wirksamkeit von langwirksamer Medikation(Retard-Präparate)* **[75]:**
  - Stimulantien-Retard-Präparate und kurzwirksame Stimulantien sind vergleichbar effektiv; die Wirksamkeit von Atomoxetin und Modafinil (als Nicht-Stimulantien) ist demgegenüber (je nach Bezugnahme auf ES vs. „number-needed-to-treat"-Werte) etwas kleiner bzw. vergleichbar groß
  - zwischen den beiden Substanzklassen (Stimulantien vs. Nicht-Stimulantien) finden sich unterschiedliche Nebenwirkungen, Risiken und Kosten; das Missbrauchspotential scheint insgesamt relativ niedrig zu sein (Atomoxetin geht mit dem relativ niedrigsten, Dexamphetamin mit dem relativ höchsten Missbrauchs-Risiko einher)

Sonstige Aspekte:

- die ES bei „crossover"-Designs sind größer als die Effekte bei „parallel"-Designs, für den Bericht von Post-Treatment-Scores finden sich größere ES als für den Bericht von Differenzen [80]

* die Zahlen in eckigen Klammern verweisen auf die entsprechende Übersichtsarbeit im Literaturverzeichnis

Tabelle A 4.9 Spezifizierende Ergebnisse der MA zu Störungen des Sozialverhaltens

Psychologisch-psychosoziale Interventionen:

Angaben zu den wirksam(st)en Therapiekomponenten:

- im direkten Vergleich von Elterntraining und CBT finden sich in der Gruppe der 6-12jährigen für Elterntrainings größere Effekte als für CBT (knapp mittlere vs. kleine ES), d.h. bei Vorschülern und Kindern im Grundschulalter (Vorliegen einer höheren Abhängigkeit ggü. den Eltern) haben Elterntrainings relativ gesehen eine höhere Wirksamkeit als CBT; bei Jugendlichen scheint (aufgrund der fortgeschrittenen Entwicklung der abstrakten kognitiven Fähigkeiten) demgegenüber relativ betrachtet eine größere Wirksamkeit von CBT vorzuliegen [88]*

Veränderungsbereiche und Veränderungsmaße:

- *MST:* im Bereich „familiäre Beziehungen" liegen ggü. den Bereichen „Beziehungen zu Gleichaltrigen" und „individuelle Anpassungsfähigkeit" deutlich höhere Effekte vor (dieses Ergebnis deckt sich mit dem umfangreichen Einsatz von Familieninterventionen im Rahmen von MST sowie mit Studien, die belegen, dass eine Verbesserung der familiären Beziehungen (in einem nächsten Schritt) positive Auswirkungen auf die Peer-Beziehungen und die Einzelperson selber hat) [44]
- *Strukturierte Elterntrainings:* die Ergebnisse belegen signifikante Verbesserungen des kindlichen Verhaltens [59]; Eltern, die am Elterntraining teilnehmen, erleben eine Reduktion ihres eigenen psychosozialen Stresses (kleine Effekte) [88]

Stabilität/zeitliche Aspekte:

- *MST:* Stabilität der Ergebnisse (bis 4 Jahre nach Behandlungsende) [44]
- *Strukturierte Elterntrainings:* Stabilität der Ergebnisse bis mind. 3 Monate nach Behandlungsende [59]
- *CBT:* Stabilität der Effekte im Follow-up [88]

Setting:

- *Strukturierte Elterntrainings:* zwischen den einzelnen Programmen finden sich wenige signifikante Unterschiede, intensivere Interventionen scheinen jedoch tendentiell effektiver zu sein [59]

Moderatoren und /Subgruppen:

- *MST:* die Zielgruppe ist keine Moderatorvariable, sondern MST ist über alle Anwendungsbereiche hinweg effektiv; in Bezug auf den Einsatz von MST (nicht nur bei jugendlichen Straftätern, sondern auch) bei Substanzmissbrauch und schweren emotionalen Störungen (als Alternative zu stationären Psychiatrieaufenthalten) besteht jedoch die Notwendigkeit einer Replikation/Absicherung der Ergebnisse [44]
- *Elterntraining:* es findet sich kein Zusammenhang zwischen Alter und Therapieerfolg [88]
- *CBT:* zwischen Alter und Outcome liegt eine positive Beziehung vor; für Weiße und Afro-Amerikaner zeigt sich eine vergleichbare Wirksamkeit [88]

Compliance/Akzeptanz: -----

Anschlussfragestellungen (Wirksamkeitsforschung Stufe 2):

- *Moderatoren und Follow-up-Effekte in Rahmen von Elterntrainings* [86]
  - die Effekte behavioraler und nicht-behavioraler Programme liegen knapp im mittleren Bereich
  - zwischen behavioralen und nicht-behavioralen Programmen finden sich keine signifikanten Unterschiede (jedoch müssen diesbezüglich verschiedene methodische Schwächen berücksichtigt werden)
  - die ES der 3 verschiedenen Kriterienbereiche (kindliches Verhalten, elterliches Verhalten, elterliche Wahrnehmung) sind vergleichbar hoch
  - bei behavioralen Programmen finden sich im Follow-up (ca. 8 Monate) kleine bis knapp mittlere ES, d.h. es zeigt sich ein Rückgang der Effekte im Laufe der Zeit *[Divergenz?]*
  - Moderatoranalysen (eine Durchführung von Moderatorenanalysen ist nur für die behavioralen Programme möglich): u.a. erweist sich Elterntraining für sozialschwache Familien (relativ gesehen) als am wenigsten effektiv; sozialschwache Familien profitieren stärker von individuellen als von in Gruppensettings durchgeführten Elterntrainings; Kindereinbezug (zusätzlich zum Elterntraining) verbessert den Behandlungserfolg nicht; das Alter hat keinen signifikanten Einfluss (tendentiell liegen für jüngere Kinder größere ES vor)
- *Vergleich von evidenzbasierten Therapien und klinischer Standardbehandlung* [101]
  - es findet sich eine Überlegenheit von evidenzbasierten Therapien ggü. klinischer Standardbehandlung
  - bei Behandlungsende liegen kleine Effekte vor, die bis zum Follow-up noch etwas ansteigen
  - Moderatorenanalysen: es zeigt sich eine relative Stabilität des Ergebnisses unabhängig von verschiedenen Einflussfaktoren wie: Symptomschwere, Einschluss ethnischer Minderheiten, Follow-up-Dauer, Publikationsjahr, Einbezug von Hausaufgaben, Behandlungsdosis, Behandlungsintegrität, in der Forschung vs. in alternativen Settings tätige Therapeuten, Freiwilligkeit der Patienten bzgl. Behandlung, Komorbidität, Therapeutenauswahl, Behandlungssetting, Design (Einschluss aller Studien vs. nur methodisch hochwertiger Vergleichsstudien); Einschluss von unveröffentlichten Dissertationen; ausschließlicher Einschluss „offizieller" evidenzbasierter Behandlungsansätze, Beteiligung des Behandlungs-Entwicklers

Sonstige wichtige Ergebnisse:

- bei „efficacy"-Studien (Behandlung durch „graduate student therapists", die supervidiert werden) finden sich im Vergleich mit „effectiveness"- Studien (d.h. gemeindebasierte Studien) deutlich höhere Effekte, d.h. der Aspekt der Qualitätssicherung scheint bei der praktischen Durchführung von MST unabdingbar zu sein [44]

* die Zahlen in eckigen Klammern verweisen auf die entsprechende Übersichtsarbeit im Literaturverzeichnis

10.5. Download-Anhang 5: Weitere Ergebnisse

Tabelle A 5.1 Ergebnisse zur SSRI-Sicherheitsdebatte bei depressiven Störungen

Allgemeine Nebenwirkungen:

- Für die Gruppe der SSRI zeigt sich im Wesentlichen eine gute Verträglichkeit.

Suizidalität [insgesamt Vorliegen vieler Divergenzen]:

- Zum Teil ergeben sich Hinweise auf ein signifikant leicht erhöhtes Risiko für „suizidale" Ereignisse vs. zum Teil liegen keine Hinweise auf ein erhöhtes Suizidrisiko vor.

  Die relative Auftretenshäufigkeit von „suizidalen" Ereignissen ist jedoch gering. Zudem muss einschränkend angemerkt werden, dass auch bei Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung Suizidgedanken/-planungen/-versuche relativ häufig auftreten (werden von 8-19% aller Jugendlichen berichtet) und die Häufigkeit von Suizidgedanken/-planungen/-versuchen um ein Vielfaches höher als die Zahl der vollendeten Suizide.

  Wichtig ist die somit Unterscheidung zwischen dem Auftreten von im Rahmen von Depressionen häufig vorkommenden Suizidgedanken (werden häufig berichtet; entspricht der Mehrheit der berichteten „suizidalen" Ereignisse) und Suizidversuchen (selten) bzw. vollzogenen Suiziden (über alle Studien hinweg findet sich kein vollendeter Suizid).
- Zum Teil zeigt sich über alle Studien hinweg eine höhere Rate an schwerwiegenden Nebenwirkungen/Suizidalität, obwohl die Vielzahl der Einzelstudien keinen Unterschied nachweisen kann *oder* es lässt sich nur für die Gesamtgruppe aller Substanzen, nicht aber für einzelne SSRI-Gruppen ein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken/-verhalten nachweisen *oder* ein leicht erhöhtes Risiko lässt sich nur über verschiedene Störungsbilder hinweg, nicht aber innerhalb der einzelnen Störungsgruppen nachweisen.
- *Klinische Studien* deuten zum Teil auf ein durch die Einnahme von Antidepressiva erhöhtes Risiko für Suizidalität hin, während *Beobachtungsstudien* einen inversen Zusammenhang zwischen Suizidalität und Behandlung mit Antidepressiva aufweisen (z.B. *epidemiologische Studien*; *forensisch-toxikologische Studien* (Autopsien nach vollzogenen Suiziden) deuten darauf hin, dass im Vorfeld vielfach keine Antidepressiva eingenommen wurden).
- *Differentielle Effekte:* Über die verschiedenen Störungsgruppen hinweg findet sich ein ähnlich erhöhtes Suizidrisiko bei höherer Wirksamkeit von Antidepressiva bei Angststörungen (dieses Ergebnis widerlegt die Annahme, dass ein Mangel an Effektivität zur Entwicklung von Suizidalität führt).
- *Weitere Ergebnisse:* kein Vorliegen von Variablen zur Vorhersage von Suizidalität; kein bestimmter Zeitpunkt/Cluster des Auftretens von Suizidalität im Rahmen der Behandlung

Bedeutsame methodische Aspekte/Schwierigkeiten im Rahmen der Sicherheitsdebatte:

- *Vorliegen einer Vielzahl von Aspekten, die die Vergleichbarkeit und Interpretation von Studien erschweren:* schwierige Abgrenzung zwischen Suizidalität als Symptom der Depression vs. als Folge der Antidepressiva-Behandlung; z.T. sind die Stichproben zu klein, um Ergebnisse eindeutig interpretieren zu können; Vorliegen einer uneindeutigen, interindividuell variierenden Terminologie; Vernachlässigung der Notwendigkeit, zwischen Suizdgedanken und Suizidversuchen bzw. vollzogenen Suiziden zu unterscheiden; Fehlen von Forschung zur Verbesserung suizidalen Verhaltens unter der Antidepressiva-Behandlung; in Abhängigkeit vom gewähltem Outcome-Kriterium variieren die Ergebnisse (bei Unterteilung nach berichteten Nebenwirkungen findet sich z.B. Signifikanz, beim Rückgriff auf Suizidalität erfassende Skalenitems liegt demgegenüber keine Signifikanz vor); Fehlen einer ausreichenden Studienanzahl zur entsprechenden Thematik

Allgemeine Überlegungen:

- Ein *Modell zur Integration aller vorliegenden Befunde* gründet sich auf den Gedanken, dass der Nettoeffekt einer SSRI-Behandlung für die Gesamtpopulation protektiv ist, sich im Einzelfall jedoch (neben einer Reduktion des Suizidrisikos) auch eine Zunahme an Suizidalität ergeben kann (die im vollendeten Suizid enden kann/nicht muss; die Stärke dieses Zusammenhangs ist bislang jedoch noch unklar). Daraus resultiert die Notwendigkeit einer engmaschigen Überwachung v.a. zu Behandlungsbeginn, um etwaige negative Entwicklungen rechtzeitig zu erkennen.
- Für die *Wirksamkeitsunterschiede zwischen Studien an Erwachsenen und Kindern/Jugendlichen* werden verschiedene Gründe diskutiert: bei Studien mit Jugendlichen werden v.a. Patienten mit leichten Depressionen eingeschlossen; supportive und edukative Interventionen in der KG gehen mit Placebo-Response-Raten von 30-70% einher (Vorliegen unspezifischer therapeutischer Effekte) und unterstreichen die bedeutendere Rolle nicht-spezifischer therapeutischer Faktoren (Motivationslage, therapeutische Allianz, Aufmerksamkeit, Monitoring, Empathie, Erwartungshaltung) in der Behandlung von Kindern; Vorliegen entwicklungsbedingter Unterschiede in Bezug auf Pharmakokinetik und Pharmakodynamik (Ansprechbarkeit auf Substanzen, Toxizität, Halbwertszeiten, Metabolismus); Vorliegen neurobiologischer entwicklungsbedingter Korrelate (Reifung des noradrenergen, dopaminergen und serotoninergen Systems); Vorliegen unterschiedlicher depressiver Syndrome bei Erwachsenen vs. Kindern/Jugendlichen (im Sinne einer anderen biologischen Entität/Basis); durch die Heterogenität kindlicher Depression (verschiedene Subtypen oder Depression im Rahmen einer bipolaren Störung erfordern mglw. unterschiedliche Behandlungsansätze) werden positive Studienergebnisse evtl. verschleiert; Vorliegen verschiedener methodologischer Einflussfaktoren
- *Kritik einzelner Forschergruppen:* Jureidini et al. (2004) führen in ihrer Arbeit eine Vielzahl weiterer kritischer Überlegungen an.

Tabelle A 5.2 Schlussfolgerungen zur SSRI-Sicherheitsdebatte bei depressiven Störungen

Schlussfolgerung
• Die vorliegende Datenqualität erschwert eine klare, sichere Interpretation der Daten im Sinne einer SSRI-Kosten-Nutzen-Analyse, d.h. die Frage der Suizidalität kann nicht abschließend beantwortet werden.
Empfehlungen:
• Über alle Studien hinweg scheinen die Vorteile von SSRI die Risiken zu überwiegen, obwohl die Nutzen-Risiko-Analyse natürlich auch vom Störungsbild, dem Alter des Patienten, der Chronizität der Erkrankung und den Rahmenbedingungen abhängt. • SSRI bleiben im Rahmen einer pharmakologischen Behandlung bei depressiven Jugendlichen die Substanz der ersten Wahl, sind jedoch nicht notwendigerweise die Methode der Wahl. SSRI der Wahl ist Fluoxetin, empfohlen wird der Einsatz im Rahmen einer Kombinationsbehandlung (bei (mittel-)schweren depressiven Erkrankungen), nach Nichtansprechen auf Psychotherapie oder im Falle einer Nicht-Zugänglichkeit/Verfügbarkeit von CBT. • Die Behandlung mit antidepressiver Medikation sollte nur innerhalb eines Gesamtbehandlungsplans erfolgen. Für die Auswahl der Medikation sind klinisches Erscheinungsbild, psychiatrische Vorgeschichte, familiäre Belastung sowie Nebenwirkungsprofile mit zu berücksichtigen. Die Wirkung antidepressiver Medikation scheint im Kindes- und Jugendalter später als bei Erwachsenen einzusetzen, oftmals erst nach 6-8 Wochen. Eine die Pharmakotherapie ergänzende CBT könnte sich ggü. der Entwicklung suizidaler Gedanken als protektiv erweisen, diesbezüglich besteht jedoch Bedarf an weiteren Studien. • *Praktisches Vorgehen:* gute Diagnostik (Erhebung der depressiven Symptomatik im Allgemeinen sowie Erfassung von Suizidverhalten in der Vorgeschichte); sorgfältige (Familien-)Anamnese vorheriger bipolarer Episoden bzw. aktueller manischer Symptome; hohe Wachsamkeit ggü. potentiellen Nebenwirkungen, d.h. intensives, engmaschiges Monitoring v.a. zu Behandlungsbeginn und bei Hochrisiko-Patienten; klinische Abklärung einer entsprechenden Symptomatik; Psychoedukation (bzgl. Diagnose, Risiko/Nutzen einer (Nicht-)Behandlung, Hilfsangeboten; Aufklärung über mglw. aufkommende Suizidideen; Aufzeigen potentieller nicht-medikamentöser Behandlungsalternativen; Abwägen von Behandlungsalternativen; Aufklärung über vorliegende Unklarheiten/aktuelle Datenlage zur SSRI-Behandlung); sorgfältige Dokumentation der elterlichen Aufklärung; Notwendigkeit eines überlegten „informed consent“; Einbezug der Familie (um das Monitoring des Patienten zu verbessern); Therapiegestaltung (niedrige Anfangsdosis, langsame Dosissteigerung, regelmäßiges Monitoring durch den Behandler, Warnung des Patienten vor Eigentherapie/Medikamentenumstellung, altersentsprechende Anpassung von Dosis/Verabreichungshäufigkeit); Notwendigkeit, immer wieder zwischen dem einzelnen Patienten und den Durchschnittswerten zu differenzieren (d.h. Anpassung der verfügbaren Ergebnisse an den Einzelfall)
Allgemeine Überlegungen:
• *Pharmaindustrie:* Alle an klinischen Studien beteiligten Institutionen sollten verpflichtet werden, ihre Daten unabhängig vom Ergebnis zeitnah zu publizieren. Für z.B. in den USA zur Behandlung Minderjähriger zugelassene Medikamente sollte auch in Deutschland nachdrücklich eine Zulassung beantragt werden, um den „Off-Label“-Gebrauch und die damit verbundene Unsicherheit zu reduzieren. • *Praktische Umsetzung:* Es findet sich Unterstützung für die Einführung von Studienregistern zur Überwachung aller (veröffentlichten und unveröffentlichten) Wirksamkeitsstudien, obwohl die Zugänglichkeit und Interpretierbarkeit von Registern (für den praktischen Kliniker) ebenfalls fraglich bleiben. Als alternativer Vorschlag wird die Berechnung und Zugänglichkeit von kumulativen Metaanalysen durch regulatorische Behörden diskutiert. Zudem besteht die Notwendigkeit eines ausreichenden Zusammenschlusses von Interessenvertretern zur Durchführung von PCT-Studien.

10.6. Download-Anhang 6: Auswertungsblätter

Tabelle A 6.1 Deskriptive Auswertung: Übersichtsarbeiten zu Angststörungen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Baving & Schmidt, 2001b** Baving, L. & Schmidt, M.H. (2001b). Evaluierte Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie II. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 29 (3)*, 206-220.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie, Kombinationsbehandlung • **Inhalt:** Bestimmung des Evaluationsniveaus psychotherapeutischer, psychopharmakologischer und kombinierter Behandlungsansätze bei verschiedenen psychiatrischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (u.a. Angststörungen) • **Eingeschlossene Studien:** 30 „efficacy"-Studien (z.T. RCT): 16 Studien zu psychotherapeutischen Ansätzen, 12 Studien zu psychopharmakologischen Ansätzen und 2 Studien zu Kombinationsbehandlung zu Angststörungen • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=keine Behandlung, alternative Behandlungsansätze) • **Störungsbilder:** Phobien und Angststörungen: u.a. SP (Dunkelheit, Wasser, Spinnen, Schlangen), SocP, andere Angststörungen (OAD, SAD, soziale Überempfindlichkeit) • **Altersbereich:** 4-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- <u>Definition der Evaluationsniveaus (Chambless & Hollon, 1998; Jobson & Potter, 1995):</u> Evaluationsniveau A: Vorliegen von mind. 2 RCT-Studien Evaluationsniveau B: Vorliegen einer RCT-Studie Evaluationsniveau C: Vorliegen offener Studien ohne Kontrollbedingungen, Kasuistiken	**Ergebnisse:** *Psychotherapeutische Behandlungsansätze:* • *Spezifische Phobien* – graduierte Exposition: Evaluationsniveau A *Spezifische Phobien* – Lernen am Modell: Evaluationsniveau A *Spezifische Phobien* – systematische Desensibilisierung: Evaluationsniveau A *Spezifische Phobien* – kognitive Verfahren mit Selbstinstruktion: Evaluationsniveau A • *Soziale Phobie* – kognitive Verhaltenstherapie: Evaluationsniveau A • *Andere Angststörungen (F41, F93)* – kognitive Verhaltenstherapie mit/ohne Familienmanagement: Evaluationsniveau A • *allgemeine Behandlungsergebnisse (über alle Interventionen hinweg):* Reduktion von Vermeidungsverhalten, (sozialer, spezifischer und allgemeiner) Angst, Depression und Hautreaktion; Zunahme sozialer Fertigkeiten und des sozialen Funktionsniveaus; Symptomreduktion (Überängstlichkeit, Überempfindlichkeit, Trennungsangst) • am wirksamsten ist die aktive Auseinandersetzung mit den angstbesetzten Stimuli in „Live"-Situationen (Exposition, Desensibilisierung in vivo, teilnehmendes Modelllernen, in Einzelfällen Flooding) *Psychopharmakologische Behandlungsansätze:* • Fluoxetin: Evaluationsniveau C • Fluvoxamin: Evaluationsniveau C • Paroxetin: Evaluationsniveau C • Citalopram: Evaluationsniveau C • Sertralin: Evaluationsniveau C • Buspiron: Evaluationsniveau C • Moclobemid: Evaluationsniveau C • Benzodiazepine: Vorliegen von gewissen Wirksamkeitshinweisen in offenen Studien, die in kontrollierten Studien jedoch nicht bestätigt werden *Kombinierte Behandlungsansätze:* • Evaluationsniveau A • allgemein: Imipramin und CBT führten bei Schulverweigerung mit komorbider Angst und Depression zu verbesserten Ergebnissen **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • --- **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Chambless & Ollendick, 2001** Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology, 52,* 685-716.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über empirisch gestützte psychologische Interventionen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von insgesamt 37 empirisch gestützten Therapieansätzen für Kinder und Jugendliche in den Evaluationskategorien „well-established" und „probably efficacious" • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** Angststörungen (SAD, OAD, AD) und Phobien (u.a. SchP) • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- <u>Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999):</u> „well-established": mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious": 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising": Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** *Angststörungen (Trennungsangst, vermeidendes Verhalten, Überängstlichkeit):* • „probably efficacous": kognitiv-behaviorale Techniken mit/ohne Familienmanagement • „promising": psychodynamische Psychotherapie *Phobien:* • „well-established": teilnehmendes Modelllernen, Kontingenzmanagement (Exposition mit operanter Verstärkung) • „probably efficacious": kognitiv-behaviorale Techniken, Desensibilisierung (imaginativ, in vivo), Modelllernen (Videogebrauch, lebendes Modell), massierte Exposition (bei Schulphobien) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschungsempfehlungen: höherer Bedarf an „effectiveness"-Studien; Notwendigkeit der Erhebung von Lebensqualität als wichtiger Outcome-Variable; Bedarf an Forschung zur Verbesserung des Matching zwischen Probanden-Charakteristika und passenden Behandlungsansätzen **Methodische Aspekte:** • **---**

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Hibbs, 2001** Hibbs, E.D. (2001). Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry, 10 (Supplement 1)*, I3-I11.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Evaluation von empirisch basierter Psychotherapieforschung für Kinder und Jugendliche • **Eingeschlossene Studien:** 22 kontrollierte Studien zu Phobien und Angststörungen • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** Phobien und Angststörungen • **Altersbereich:** 3-15 Jahre (für Studien zu „well-established"- und „probably efficacious"- Ansätzen) • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- <u>Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999):</u> „well-established": mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious": 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanu-ale, gute Definition der Stichprobe „promising": Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** *Phobien und Angststörungen:* • „well-established": teilnehmendes Modelllernen, Kontingenzmanagement (Exposition mit operanter Verstärkung) • „probably efficacious": kognitiv-behaviorale Techniken mit/ohne Familienmanagement, Desensibilisierung (imaginativ, in vivo), Modelllernen (Videogebrauch, lebendes Modell), kognitiv-behaviorale Techniken unter Gebrauch von Selbstinstruktionen **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** *allgemein:* • insgesamt Vorliegen weniger „well-established"-Interventionen, d.h. fehlende empirische Unterstützung für eine Vielzahl von Interventionen • Empfehlungen: Notwendigkeit einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis; Notwendigkeit vermehrter „effectiveness"-Studien; Forderung einer verbesserten Rückfallprophylaxe und verlängerter Therapieintervalle; Bedarf an langfristigen FU-Studien (bislang häufige Beobachtung von Rückfällen im zweiten Jahr nach Therapieende); Notwendigkeit einer vermehrten Berücksichtigung von Störungs-Untergruppen; Notwendigkeit einer Erweiterung des Zielspektrums über die Symptomreduktion hinausgehend (d.h. Berücksichtigung anderer Funktions- und Lebensbereiche) **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Weisz & Jensen, 2001** Weisz, J.R. & Jensen, A.L. (2001). Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child and Adolescent Psychiatry, 10*, I12-I18.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Darstellung zentraler Ergebnisse der Psychotherapieforschung für Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung von „efficacy"- und „effectiveness"-Forschung • **Eingeschlossene Studien:** über 500 „efficacy"-Studien und 14 „effectiveness"-Studien (über alle untersuchten Störungsbilder hinweg), 26 Studien für Phobien und Angststörungen • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** Phobien (u.a. SP, SocP) und Angststörungen (u.a. GAD, SAD) • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999): „well-established": mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious": 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising": Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** • *allgemein:* Vorliegen/Verfügbarkeit einer relativ großen Datenbasis für empirisch gestützte Behandlungen von Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter *Phobien:* • „well-established": teilnehmendes Modelllernen, Kontingenzmanagement (Exposition mit operanter Verstärkung) • „probably efficacious": kognitiv-behaviorale Techniken, Desensibilisierung (imaginativ, in vivo), Modelllernen (Videogebrauch, lebendes Modell) *Angststörungen:* • „well-established": --- • „probably efficacious": kognitiv-behaviorale Techniken mit/ohne Familienmanagement **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** *allgemein:* • Fehlen von Studien zu anderen als den vier häufigsten Störungsbildern • Fehlen von Studien an älteren Jugendlichen (ggü. vielen Studien an Kindern) • Notwendigkeit der Überprüfung einer Vielzahl von in der Praxis bereits eingesetzten Interventionsverfahren (z.B. psychodynamische Verfahren, Familientherapie, ...) • Notwendigkeit der Berücksichtigung von Moderatoren und Mediatoren im Rahmen der Therapieforschung • Fehlen von „effectiveness"-Studien • Fehlen von alternativen Behandlungsansätzen (ggü. dem traditionellen Praxisbesuchs-Modell), z.B. aufsuchende Arbeit, gemeindebasierte Arbeit, Schularbeit **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Compton et al., 2002** Compton, S.N., Burns, B.J., Egger, H.L. & Robertson, E. (2002). Review of the Evidence Base for Treatment of Childhood Psychopathology: Internalizing Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70 (6),* 1240-1266.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1985-2001 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie • **Inhalt:** Übersicht über empirisch gestützte (psychosoziale und psychopharmakologische) Behandlungsansätze für Kinder mit Angstproblematik im Alter von 6-12 Jahren (mit dem Ziel, durch Behandlung von Angststörungen im Kindes-alter einem Substanzmissbrauch im Jugendalter vorzubeugen) • **Eingeschlossene Studien:** 31 RCT-Studien, 2 kontrollierte Studien (24 psychosoziale Interventionen, 9 pharmakologische Interventionen) zu Angststörungen • **Explizite Ausschlusskriterien:** andere Altergruppe, nicht-englische Veröffentlichung, anderes Störungsbild <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 2-20 Sitzungen (psychosoziale Studien), 4-13 Wochen (psychopharmakologische Studien) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=alternative Behandlungsansätze, keine Behandlung, Warteliste, herkömmliche Behandlungen, Placebo, unspezifische Behandlungsgruppe) • **Störungsbilder:** Kinder mit Angststörungen/-problematik (OAD, SAD, SocP, sexueller Missbrauch, PTSD, GAD, SP, AD, SchR, elektiver Mutismus, OCD) • **Altersbereich:** 6-12 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (kein FU bzw. 1 Monat - 6 Jahre für psychosoziale Interventionen; fast kein FU für psychopharmakologische Interventionen)	**Ergebnisse:** *Psychosoziale Studien:* • kleine bis sehr große ES (0.15-3.98; erhebliche Bandbreite, Kinder berichten kleinere Effekte als ihre Eltern); Einbezug der Familie scheint die Effekte mglw. zu verbessern (Familienmanagement); Stabilität der Therapieeffekte (bei FU von 3-5 Jahren); Notwendigkeit weiterer systematischer Forschung für PTSD und Zwangsstörungen • Verweis auf Ollendick et al. (1998): „well-established" sind systematische Desensibilisierung und Kontingenzmanagement zur Behandlung von Phobien, „probably efficacious" ist CBT zur Behandlung von Angststörungen *Psychopharmakologische Studien:* • mittlere bis sehr große ES (0.31-1.13); Clomipramin und SSRI (Fluoxetin, Sertralin) mit guten Effekten in der Behandlung von Zwangsstörungen; wenig Einfluss von Psychopharmaka auf selektiven Mutismus; die Ergebnisse zu anderen Angststörungen sind uneindeutig (3 Studien mit den Substanzen Clonazepam, Imipramin und Alprazolam ohne signifikanten Unterschied ggü. einem Placebo, eine Studie mit gutem Effekt bei Kurzzeitbehandlung mit Fluvoxamin) *allgemein:* • Vorliegen relativ umfangreicher und systematischer Forschung zu Behandlungsansätzen bei kindlichen Angststörungen mit gutem methodologischen Standard, dennoch Forschungsrückstand ggü. externalisierenden Störungen und Forschung zu allgemeinen psychiatrischen Störungen bei Jugendlichen und Erwachsenen **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschung: Notwendigkeit der Untersuchung von Mediatoren des Therapieerfolgs; Notwendigkeit der Durchführung von „effectiveness"-Studien, der Berücksichtigung von aktiven Behandlungen (anstelle von WL) als KG und der Berücksichtigung von anderen Kriterienbereichen (z.B. Familie, Schule, Kliniksaufenthalte) **Methodische Aspekte:** • Schwächen: bislang keine Outcome-Variablen, die Substanzmissbrauch berücksichtigen; bzgl. der methodischen Auswertung Vorliegen von „Completer"-Analysen bei psychosozialen Ansätzen vs. „intent-to-treat"-Analysen bei psychopharmakologischen Studien; z.T. relativ kurze FU-Intervalle und kleine Stichproben

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
	Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999): „well-established“: mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious“: 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising“: Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Döpfner & Lehmkuhl, 2002b** Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002b). Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychologische Rundschau, 53 (4),* 184-193.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Übersicht über empirische Ergebnisse (und methodische Probleme) bei der Untersuchung der Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter • **Eingeschlossene Studien: ---** • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder: ---** • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- <u>Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999):</u> „well-established“: mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious“: 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising“: Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** • *Status quo:* Psychotherapieforschung im Kindes- und Jugendalter hat sich in quantitativer und qualitativer Hinsicht verbessert; Vorliegen von Kriterien für empirisch bewährte Interventionen bei unterschiedlichen Störungen und Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien für Diagnostik und Therapie; die Vielzahl methodisch zufriedenstellender Untersuchungen stammt aus dem kognitiv-behavioralen Spektrum, für alle anderen Therapierichtungen (psychodynamisch, psychoanalytisch, non-direktiv, familientherapeutisch orientiert) liegen kaum vergleichbare Studien vor • *Methodische Probleme:* Fehlen und reduzierte Effektivität (ES von ca. 0.0) von „effectiveness“-Studien; Notwendigkeit eines breiteren Spektrums an Outcomekriterien; Relevanz multimodaler und multimethodaler Outcome-Erhebung • *Globale Metaanalysen:* Darstellung der Ergebnisse von Casey & Berman (1987), Kazdin et al. (1990), Weisz et al. (1987), Weisz et al. (1995): Es finden sich durchschnittlich mittlere bis starke Effekte (ES von ca. 0.80); Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist ähnlich wirkungsvoll wie Psychotherapie mit Erwachsenen; durch kognitiv-behaviorale Verfahren lassen sich mittlere bis starke Effekte erzielen, durch nicht-behaviorale Methoden geringe bis mittlere Effekte; die Therapieeffekte bleiben über einen Zeitraum von durchschnittlich 6 Monaten stabil; die Therapieeffekte sind spezifisch (die Effekte therapieproximaler Kriterien sind etwa doppelt so hoch wie die Effekte therapiedistaler Kriterien) • *Spezifische Metaanalysen:* Vorliegen stärkerer Interventionseffekte tendentiell für ältere Mädchen (ggü. gleichaltrigen männlichen Jugendlichen und jüngeren Kindern); bei internalen Störungen Nachweis der Effekte meist über Peer- oder Selbsturteile, bei externalen Störungen über Lehrer-/Beobachterbeurteilungen oder Verhaltenstests; kognitive Interventionen sind v.a. bei älteren Kindern (11-13 Jahre) wirkungsvoll, während bei jüngeren Kindern schlechtere Effekte erzielt werden; die Effekte kognitiver Interventionen sind kurzfristiger Natur und selten länger als 3 Monate nachweisbar • *Phobien:* „well-established“ -> teilnehmendes Modelllernen, Verstärkung von Annäherungsverhalten an den gefürchteten Reiz („reinforced practice“); „probably efficacious“ -> weitere Verfahren aus dem Bereich des Modelllernens und der Desensibilisierung, kognitiv-behaviorale Interventionen • *Angststörungen:* „well-established“ -> ---; probably efficacious“ -> kognitiv-behaviorale Interventionen (v.a. Psychoedukation und Exposition) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Nachholbedarf der Forschung im deutschen Sprachraum verglichen mit dem international zu verzeichnenden Fortschritt; Notwendigkeit einer permanenten Aktualisierung der evidenzbasierten Leitlinien; Relevanz von Vergleichsstudien (Pharmakotherapie vs. Psychotherapie vs. Kombinationsbehandlung) und Multicenter-Studien; Bedarf an Forschung zu Mediatoren und Moderatoren; Notwendigkeit von „effectiveness“-Studien und Kosten-Nutzen-Analysen (Optimierung der ökonomischen Aspekte und Verbesserung der gesellschaftlichen Legitimation für entsprechende Investitionen) **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Kazdin, 2002** Kazdin, A.E. (2002). The State of Child and Adolescent Psychotherapy Research. *Child and Adolescent Mental Health, 7 (2),* 53-59.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über den aktuellen Forschungsstand der Psychotherapie-forschung bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien: ---** • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** Angststörungen, Depression, ODD/CD, ADHD • **Altersbereich:** < 19 Jahre • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • deutliche Fortschritte der Forschung in Bezug auf Quantität der kontrollierten Behandlungs-studien und Verbesserung der Studienqualität (Einsatz von Behandlungsmanualen zur Erhöhung der Behandlungsintegrität, Erfassung klinisch signifikanter Veränderungen, übereinstimmende Hinweise auf Wirksamkeit (ES von ca. .70 im Vergleich von EG vs. keine Behandlung), Verfügbarkeit und Identifikation von evidenzbasierten Behandlungen für eine Vielzahl von klinischen Störungen, Entwicklung von Behandlungsleitlinien für die klinische Praxis) • Evidenzbasierte Behandlungen für den Bereich der Angststörungen: CBT, Verstärkung („reinforced practice"); Modelllernen, systematische Desensibilisierung **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *6 Schritte zur Entwicklung effektiver Behandlungen nach Kazdin (2002)* -> (1) verbessertes psychopathologisches Wissen bzgl. Entstehung, Aufrechterhaltung, Wiederauftreten und Remission der Störung (Generierung von Hypothesen und Hypothesentestung); Identifikation von Subtypen, Risiko- und Präventivfaktoren; (2) Forschung zu der Behandlung zugrundeliegenden Mechanismen und Prozessen (z.B. Neurotransmitter, Lernen, Motivation) und empirische Überprüfung der entwickelten Veränderungstheorien (nehmen Interventionen Einfluss auf die angenommenen Prozesse?); (3) Behandlungsspezifizierung: Operationalisierung von Behandlungsansätzen (am besten in Manualform) zur Evaluierung der Behandlungsintegrität und möglichen Replikation; (4) Studien zum Behandlungserfolg mit verschiedenen Designs/Studientypen; (5) Weitere Analysen zu Moderatorvariablen, verbesserter Selektion/Matching und Anpassung der Interventionen an den einzelnen; (6) Überprüfung von Generalisierbarkeit und Anwendbarkeit des Ansatzes (in verschiedenen Varianten) auf verschiedene Settings, Stichproben, Störungen -> generelle bestehende Notwendigkeit eines gezielten, planvolleren Vorgehens, um größere Fortschritte zu erzielen • *Aspekte individueller Studien/Psychotherapien nach Kazdin (2002) -> Klärung eines Fragenkatalogs* (inwieweit ist Behandlung einer Nicht-Behandlung überlegen? Welche Komponenten tragen zur Veränderung bei? Welche Ansätze können kombiniert werden, um den Behandlungserfolg zu optimieren? Welche Parameter können variiert werden, um das Outcome zu beeinflussen/verbessern? Relative Wirksamkeit der Behandlung ggü. anderen Behandlungen? Welche Moderatorvariablen beeinflussen das Outcome? Welche Prozesse und Mechanismen nehmen Einfluss auf die therapeutische Veränderung? Inwieweit liegt Generalisierbarkeit auf Settings, Störungen etc. vor?); *Notwendigkeit einer Erweiterung der Outcome-Kriterien* (Symptomreduktion erweist sich für langfristige Anpassung und Funktionsniveau nicht als bester Prädiktor; Nutzen der Therapie wird so oft unterschätzt), je nach Störung, Subtyp und Entwicklungsstand Berücksichtigung von kindlichem Funktionsniveau, elterlichem/familiärem Funktionsniveau und/oder sozialen Auswirkungen • *Notwendigkeit der Berücksichtigung weiterer Aspekte im Rahmen von Forschung*: Verbreitbarkeit („disseminability"), Kosten und Akzeptanz von Behandlungen; Erweiterung der Forschung auf andere Stichproben (z.B. Kinder kranker Eltern, geistige/körperliche Behinderung, chronische Erkrankung, Missbrauch und Vernachlässigung, Straftäter, obdachlose Jugendliche) • *Relevanz der Erfassung des Forschungsfortschritts:* Bestehen einer Notwendigkeit, den Forschungsfortschritt systematisch zu überwachen und zu evaluieren -> Bedarf nach einem übergeordneten Forschungsplan und einem regelmäßigen Abgleich von offenen Forschungsfragen und deren sukzessiver Klärung im Rahmen von Studien

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Schwächen der bisherigen Forschung: Vorliegen von insgesamt relativ wenigen evidenzbasierten Behandlungen; evidenzbasierte Behandlungen werden im klinischen Praxisalltag oft nicht angewendet vs. fehlende/geringe Evidenzbasierung für eine Vielzahl von in der Praxis bereits eingesetzten Verfahren; viele Unterschiede zwischen Forschungs- und Praxis-Setting (d.h. fragliche Generalisierbarkeit der Ergebnisse und Effekte); insgesamt Vorliegen eines engen Forschungsfokus -> Fokussierung v.a. auf den Behandlungsansatz, weniger auf Charakteristika von Kind, Eltern und Familie; Fokussierung auf Symptomreduktion als Outcome-Kriterium, weniger auf andere für Funktionsniveau und Langzeitprognose relevante Bereiche (schulisches Funktionsniveau, Beeinträchtigung, Peer-Beziehungen); keine Fokussierung auf Prozess-/Mediator-/Moderatorvariablen (wie/warum funktioniert Therapie?) -> Notwendigkeit der Berücksichtigung dieser wichtigen Aspekte, um Behandlungen weiter zu optimieren; Fehlen eines systematischen, übergeordneten, den Fortschritt begünstigenden Forschungsplans **Methodische Aspekte:** • **---**

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Weisz & Hawley, 2002** Weisz, J.R. & Hawley, K.M. (2002). Developmental Factors in the Treatment of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70 (1),* 21-43.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1963-2000 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** u.a. Überblick zum aktuellen Forschungsstand psychosozialer Interventionen bei Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** 114 Studien zu psychosozialen Interventionen bei Jugendlichen (insgesamt Vorliegen von 14 evidenzbasierten Behandlungsansätzen für Jugendliche, davon 5 Behandlungsansätze zu Angststörungen) • **Explizite Ausschlusskriterien:** anderer Fokus (als psychosoziale Interventionen); unveröffentlichte Studie; andere Altersgruppe; unzureichende methodologische Qualität (keine Randomisierung, kein Vorliegen von mind. einer EG und einer KG) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer: ---** • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG • **Störungsbilder:** Depression, Angststörungen, ADHD, Störungen des Sozialverhaltens • **Altersbereich:** M=11.0 – 17.9 Jahre • **Abhängige Variablen: ---** • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment) Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999): „well-established“: mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious“: 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising“: Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** • Darstellung der Ergebnisse von Weisz et al., 1987; Weisz et al., 1995; Casey & Berman, 1985 (über verschiedene Behandlungsansätze und Störungsbilder hinweg) • *Evidenzbasierte Behandlungsansätze:* „well-established“ -> teilnehmendes Modelllernen für Ängste und Phobien, „reinforced practice“; „probably efficacious“ -> Modelllernen (lebendes Modell) für Ängste und Phobien, imaginative Desensibilisierung für Ängste und Phobien, CBT für Angststörungen • *Status quo der Therapieforschung:* weiterhin hohe Prävalenzraten (ca. 12-15%) für die genannten Störungsbilder; insgesamt weniger Studien zu Jugendlichen als zu Kindern und Erwachsenen (36 % der Studien mit Patienten < 18 Jahre); die vorliegenden Interventionen sind primär Adaptionen von Programmen für Erwachsenen oder Kinder, nur ein Programm (MST) wurde speziell für Jugendliche entwickelt 60% aller Studien beziehen sich auf Angststörungen (24%) und Störung des Sozialverhaltens (37%, gute Forschungslage), nur 11% der Studien auf Depression (trotz (mit Ausnahme von ADHD) Ansteigen der Prävalenzraten vom Kindes- zum Jugendalter); Vorliegen sehr weniger Studien zu so relevanten Bereichen wie Essstörungen, Substanzmissbrauch, Suizidalität, ADHD [Stimulantien-Behandlung wird Methode der Wahl, kaum Vorliegen geeigneter psychosozialer Interventionen], bipolarer Störung oder Panikstörung; generelles Fehlen von „effectiveness“-Studien (nur jeweils ca. 10% der Studien greifen auf Patienten aus klinischem Setting zurück und schließen Patienten mit komorbiden Störungen ein) aus Sicht einer entwicklungsorientierten Perspektive unzureichende Berücksichtigung der biologischen, psychologischen und sozialen Dimension als wichtiger Grundlage einer adäquaten Behandlung im Rahmen der Adoleszenz, d.h. häufig keine Integration dieser Faktoren in die Behandlung bzw. keine Berücksichtigung dieser Faktoren als Moderatoren/Mediatoren (insgesamt bescheidene Forschungslage für den Aspekt der biologischen Dimension, substantielle Forschungslage für die Bereiche der psychologischen und sozialen Dimension; bzgl. der sozialen Dimension am ehesten Berücksichtigung der Aspekte Peers und Familie, weniger der Bereiche Schule, Nachbarn, Arbeitgeber oder Versorgungssysteme) allgemein: fehlende Berücksichtigung von Moderatorvariablen in 72% der Studien; Fehlen von Studien zu Mediator-/Prozessvariablen; Fehlen von Vergleichsstudien (Pharmakotherapie vs. Psychotherapie) und Studien zur Kombinationsbehandlung; Fehlen von Langzeitstudien (inkl. Erfassung von Sicherheit und Effektivität der Behandlung); Fehlen von geeigneten pharmakotherapeutischen Studien (entsprechende Studien liegen bislang nur zu wenigen Störungsbildern vor, sehr häufige Ableitung von Behandlungsleitlinien für Jugendliche aus Erwachsenen-/Kinderstudien; Pooling von Kindern und Jugendlichen im Rahmen von Studien, häufige Anwendung von Pharmaka trotz fehlender Evidenzbasierung) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Stärken aktueller Forschung: Vorliegen von respektablen (mittleren bis großen) ES und evidenzbasierten Behandlungsansätzen für einige der wichtigsten Störungsbilder; zunehmende Beschäftigung mit einer entwicklungsorientierten Perspektive

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Schwächen aktueller Forschung: vgl. Abschnitt „Ergebnisse“ (Notwendigkeit einer vermehrten Berücksichtigung der biologischen (v.a.), psychologischen und sozialen Dimension, Bedarf an „effectiveness“-Studien, Moderator-/Mediatoranalysen, Vergleichsstudien, Studien zur Kombinationsbehandlung, umfangreichem Wissen zu Pharmakotherapie); Notwendigkeit, nicht nur Primärproblematik/Diagnose, sondern auch Kriterien der allgemeinen Lebensqualität zu erheben • Praxis: beispielhaft wird im Rahmen des Artikels die Ableitung eines biopsychosozialen Rahmenmodells dargestellt (zentrale Gedanken: bei Betrachtung der allgemeinen Entwicklungsperspektive handelt es sich im Wesentlichen um die Berücksichtigung eines Gruppentrends, so dass die Anpassung der allgemeinen Erkenntnisse an den einzelnen zentral ist; dementsprechend notwendig sind Wachsamkeit ggü. den Meilensteinen der Entwicklung, eine jeweilige Gewichtung und Priorisierung der Probleme, die Auswahl für den Patienten geeigneter Interventionen, das Abwägen uni- vs. mehrdimensionaler bzw. systemischer Behandlung, das Erarbeiten einer individuellen Toolbox (d.h. Vorstellung aller möglichen Interventionen und Intensivierung einiger vom Patienten als besonders hilfreich erlebten Interventionen); zentral ist weiterhin die sukzessive Entwicklung von altersspezifischen Interventionen, das Beibehalten von Flexibilität in Bezug auf Therapieinhalt/-struktur und die Nutzung von Behandlungsmanualen als Bausteinsets, verbunden mit der Hoffnung, dass sich daraus speziell für die Altersgruppe der Jugendlichen geeignete, adäquate Interventionen ergeben, die die Schwächen bisheriger Ansätze aufheben); weitere Details sind dem zu entnehmen **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Beelmann et al., 2003** Beelmann, A. & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32 (2)*, 129-143.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1952-1997 (bis 2000 für die Metaanalyse) • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Bestandsaufnahme der deutschsprachigen Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen sowie eine Metaanalyse der gefundenen kontrollierten Studien • **Eingeschlossene Studien:** über alle Störungsbilder hinweg insgesamt 267 Studien (116 RCT-Studien und 151 unkontrollierte Studien); für den Bereich der Angststörungen insgesamt 37 Studien (29 RCT-Studien und 8 unkontrollierte Studien) • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine *Gruppen*studie; Themen wie Prävention, Beratung, Rehabilitation, Funktionstraining; Fehlen einer ausreichenden Datengrundlage (Metaanalyse); Fehlen adäquater Kontrollgruppen, Therapierealisierungen, Designs (Metaanalyse); unveröffentlichte oder nicht allgemein zugängliche Studien <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=mind. 1 nicht-äquivalentes Prä-Post-KG-Design) • **Störungsbilder:** Angststörungen (Problemausprägungen, ICD-/DSM-Diagnosekriterien müssen nicht zwingend erfüllt sein) • **Altersbereich:** 0-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene (mind. 1) quantifizierbare Parameter des Behandlungserfolgs, die eine ES-Berechnung zulassen • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** *Angststörungen:* • mittlere bis große statistisch signifikante Effekte für kognitiv-behaviorale Interventionen, Verhaltensmodifikation und allgemein behaviorale Verfahren (0.68-0.97); kleine Effekte für Entspannung, (teil-)stationäre Therapie und allgemein nicht-behaviorale Verfahren (0.30-0.44) *allgemein:* • forschungsmethodisch lässt sich eine weitgehend an Einzelfällen und unkontrollierten Untersuchungen orientierte Erfolgsforschung feststellen (gegenüber kontrollierten Untersuchungen) • es handelt sich um eine weit überwiegend verhaltenstherapeutische Wirksamkeitsforschung (deutliche Dominanz behavioraler Therapieverfahren) • wenige Untersuchungen zu psychoanalytischen/tiefenpsychologischen, eltern- und familienorientierten Therapiekonzepten (Missverhältnis zwischen praktischer Verbreitung und wissenschaftlicher Fundierung) • die Bandbreite der untersuchten Störungsformen und Altersgruppen ist als gering zu bewerten; Alter und Geschlecht werden oft nicht dokumentiert; Vorliegen vieler Studien mit gemischtem Klientel; Fehlen von Studien für Kinder < 6 Jahre • die Beantwortung differentieller Indikationsfragen erscheint angesichts der vorliegenden Forschungssituation nicht ausreichend möglich • Vorhandensein geringer Wirksamkeitsunterschiede zwischen den verschiedenen Störungsgruppen bzw. behavioraler und nicht-behavioraler Therapie; tendentiell zeigt sich eine Überlegenheit verhaltenstherapeutischer Maßnahmen (ggü. anderen Therapieformen) und familienbezogener Therapien (ggü. Konzepten ohne Beteiligung der Eltern) • methodische Aspekte: bei der Analyse der verschiedenen Erfolgsmaße ergeben sich annähernd vergleichbare Effekte; Leistungsmaße werden häufiger als Verhaltensmerkmale erfasst; die Breite der Effektmessung ist gering (in 60% der Fälle wird nur ein Kriterienbereich erfasst); bei therapieproximalen Erfolgskriterien finden sich doppelt so hohe Effekte wie bei therapiedistalen Maßen **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* in Deutschland besteht ein großer Nachholbedarf an empirischen und methodisch hochwertigen Studien; der Forschungsstand ist nur für Angststörungen, lernbehindertes Klientel und (psycho-)somatische Erkrankungen als ausreichend zu bewerten • Notwendigkeit, moderne entwicklungspsychologische Erkenntnisse in therapeutische Konzepte zu integrieren und die Effektivitätsforschung stärker auf die realen Praxisbedingungen zu beziehen („effectiveness"-Studien) **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Ihle et al., 2003** Ihle, W., Jahnke, D. & Esser, G. (2003). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze bei nicht dissozialer Schulverweigerung: Schulphobie und Schulangst. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 52,* 409-424.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- [1984-2002] • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze bei nicht-dissozialer Schulverweigerung (Schulphobie und Schulangst) • **Eingeschlossene Studien:** 4 Studien (aktuell am wichtigsten) • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- [unwichtigere Studien] <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 6-16 Sitzungen (z.T. bis 1 Jahr) • **Vergleichsgruppen:** EG (=CBT) vs. KG (=alternative Behandlungsansätze, Warteliste, edukativ-supportive Therapie, alternative Behandlungsbedingungen) • **Störungsbilder:** Schulphobie und Schulangst (als Formen nicht-dissozialer Schulverweigerung) • **Altersbereich:** 5-17 Jahre • **Abhängige Variablen:** Verschiedene Outcome-Variablen (Schulbesuch; Trennungsangst; selbstberichtete Furcht, Ängstlichkeit, Depression, Coping; Selbstwirksamkeit) • **Messzeitpunkte:** z.T. im Verlauf der Behandlung; nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (4 Wochen-1 Jahr) <u>Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999):</u> „well-established“: mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious“: 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising“: Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** • „probably efficacious“: CBT-Programm nach Kendall • generelle Behandlungsprinzipien multimodaler CBT-Programme zur Angstbewältigung: Psychoedukation, Selbstbeobachtung, Expositionsbehandlung, Entspannungsverfahren, kognitive Umstrukturierung, Modelllernen, Belohnung, Einbezug der Familie, Einbezug der Schule, individuelle Exploration/Therapieplanung, Zusammenarbeit mit anderen Professionen, Therapie der Eltern • *Effektivität:* 2 Studien belegen Überlegenheit von CBT ggü. alternativen Behandlungsansätzen (stationäres multimodales Programm, individuelle Psychotherapie in Kombination mit „Home-Training“) und Warteliste; vergleichbare Wirksamkeit von CBT und edukativer, supportiver Therapie (1 Studie); tendentielle Überlegenheit von Eltern-/Lehrer-Training in Kombination mit Kindertraining bzw. ausschließlichem Eltern-/Lehrertraining ggü. ausschließlichem Kindertraining bei Behandlungsende, im FU sind jedoch keine Unterschiede mehr nachweisbar (1 Studie) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschung: Notwendigkeit weiterer Forschungsbemühungen zur Überprüfung der Wirksamkeit von CBT in der Behandlung von angstbedingter Schulverweigerung -> bislang Vorliegen einer unzureichenden Befundlage bei Heterogenität der Störungsbilder und der auslösenden/aufrechterhaltenden Bedingungen • Empfehlungen für die Praxis: sorgfältige Erfassung aller relevanten Faktoren (die zur Nicht-Teilnahme am Unterricht beitragen können); sorgfältige Erfassung der kindlichen Fähigkeiten und der Symptomatik; Identifikation prädisponierender, auslösender und aufrechterhaltender Faktoren; Besprechung der Ergebnisse der Diagnostikphase mit allen relevanten Personen; Einsatz von Psychoedukation; unterschiedliches Vorgehen für Trennungsangst (-> Reintegration des Kindes in die Schule als vorrangiges Therapieziel, Lockerung der Eltern-Kind-Beziehung, Verselbständigung des Kindes, Kooperationsbereitschaft der Eltern hinsichtlich therapeutischer Absprachen) und Furcht vor Tyrannisieren durch Mitschüler, Viktimisierung durch Lehrer und akademischem Versagen (-> Klären der Themen vor Rückkehr in die Schule, Konfrontation der Betroffenen, sorgfältiges Monitoring in der Schule, Bearbeitung von Leistungsdefiziten durch Nachhilfe, evtl. Wechsel von Schule oder Schultyp bzw. Rückstufung, Festigung des Selbstwertgefühls, Erhöhung von Frustrationstoleranz, sozialer Kompetenz und Kontaktfähigkeit; Reintegration); präzise Planung des Rückkehrprozesses; Einführung eines Belohnungssystems; Rückfallprävention **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Kapczinski et al., 2003** Kapczinski, F., Lima, M.S., Souza, J.S., Cunha, A. & Schmitt, R. (2003). Antidepressants for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2003.*	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1966-05/2002 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Effektivität und Verträglichkeit von Antidepressiva in der Behandlung von GAD • **Eingeschlossene Studien:** 1 RCT-Studie • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; gleichzeitiges Vorliegen von GAD und weiterer Achse-I-Komorbidität; kein Vorliegen von DSM-/ICD-Diagnosekriterien; anderes Studiendesign (als EG vs. Placebo oder andere aktive pharmakologische Substanz) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 9 Wochen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** Kinder, Jugendliche [und Erwachsene] mit GAD • **Altersbereich:** 5-17 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (Response-Rate, Dropout-Rate, Nebenwirkungen) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment), kein FU	**Ergebnisse:** • *Effektivität:* für Kinder und Jugendliche liegt lediglich eine Studie mit relativ kleiner Stichprobe vor -> vielversprechende Ergebnisse für Sertralin (Überlegenheit ggü. einem Placebo), die einer Replizierung an einer größeren Stichprobe bedürfen • *Verträglichkeit:* keine Angaben **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • die vorliegenden Ergebnisse sind aufgrund methodischer Aspekte (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte“) mit Vorsicht zu betrachten -> die erhaltene ES ist jedoch sehr stabil, was darauf hindeuten könnte, dass junge Patienten eine bessere Ansprechbarkeit zeigen als Erwachsene • Forschung: Fehlen von Studien zur Antidepressiva-Behandlung bei GAD im Allgemeinen; Fehlen von Vergleichsstudien bzgl. Effektivität und Verträglichkeit (verschiedene Antidepressiva untereinander; Antidepressiva vs. Anxiolytika vs. Psychotherapie); Fehlen von Studien zur Kombinationsbehandlung (Vor- und Nachteile verschiedener Kombinationen); Fehlen von Langzeit-Studien **Methodische Aspekte:** • Schwächen: Vorliegen von nur einer Studie; relativ kleine Stichprobe; fragliche Generalisierbarkeit der Studie -> ausschließlicher Einschluss von Patienten ohne Komorbiditäten (obwohl ca. 90% der Personen mit GAD eine komorbide psychiatrische Störung haben; andererseits sind MDD und Dysthymia die häufigsten Komorbiditäten und sprechen ohnehin gut auf Antidepressiva an)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Kazdin, 2003** Kazdin, A.E. (2003). Psychotherapy for Children and Adolescents. *Annual Review of Psychology, 54,* 253-276.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien: ---** • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** Angststörungen, Depression, ODD/CD, ADHD • **Altersbereich:** < 19 Jahre • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • deutliche Fortschritte der Forschung: vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002); internalisierende und externalisierende Störungen sind am häufigsten Grund für die Zuweisung von Kindern und Jugendlichen; 17-22% der Kinder leiden unter entwicklungsmäßigen, emotionalen oder Verhaltensproblemen (je nach Kriterium (Diagnosestatus vs. subklinische Symptomatik) ergeben sich höhere bzw. niedrigere Schätzwerte) • *Besonderheiten von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*: (1) Notwendigkeit der Abgrenzung ernsthafter klinischer Probleme vs. kurzfristiger Probleme/Störungen im Rahmen einer ansonsten normalen Entwicklung ohne Behandlungsnotwendigkeit; (2) z.T. fehlender Leidensdruck und Behandlungsmotivation der Kinder/Jugendlichen bei Zuweisung durch die Eltern; (3) starker Einfluss der Eltern/Familie auf die Problematik (als Faktor, der für das Kind nicht zu beeinflussen ist), verbunden mit der Notwendigkeit, die Eltern/Familie in die Behandlung einzubeziehen (die Psychotherapie des Kindes ist nur ein Behandlungsbaustein); (4) die Interventionen werden nicht ausschließlich vom Therapeuten durchgeführt, sondern ebenfalls von Eltern, Lehrern, Peers oder Geschwistern; (5) Vorliegen hoher Drop-out-Raten im Rahmen der Therapie; Sicherstellung der Compliance und Regelmäßigkeit der Therapieteilnahme gestalten sich oft schwierig; (6) die Erhebung der emotionalen und behavioralen Probleme ist oft herausfordernd (die Aussagefähigkeit von Kindern unter 7 Jahren ist fraglich; oft ist der Rückgriff auf mehrere Informanten notwendig) • *Evidenzbasierte Behandlungen:* vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002); Überwiegen von kognitiv-behavioralen Behandlungen (ca. 50% der Studien im Kinder-/Jugendbereich beziehen sich auf CBT-Techniken) -> Hintergrund dafür ist die Tatsache, dass sich die geforderte methodische Qualität von evidenzbasierten Behandlungsansätzen v.a. in der aktuellen Forschungsliteratur findet (innerhalb derer CBT relativ populär ist) • *Hinweise auf gute Evidenzbasierung:* Konsistenz der Ergebnisse über verschiedene Settings, Stichproben, Altersgruppen, Messinstrumente, Selbst-/Fremdeinschätzung, Studiendesigns und Kriterienbereiche hinweg; Nachweis der Wirksamkeit auch im Langzeit-FU; Replikationen durch verschiedene Forschergruppen; im Rahmen der Studie Einschluss von Kindern, die die Diagnosekriterien erfüllen; Belege dafür, dass eine Mehrzahl der Kinder nach dem Behandlungsende ein im normativen Bereich liegendes Funktionsniveau erzielt; Möglichkeit einer Spezifizierung der Behandlung bzgl. wichtiger Einzelkomponenten (z.B. bei CBT für Angststörungen, Elterntraining für CD/ODD) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *6 Schritte zur Entwicklung effektiver Behandlungen nach Kazdin (2002):* vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002) • *Aspekte individueller Studien/Psychotherapien nach Kazdin (2002):* vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002) • *Notwendigkeit der Berücksichtigung verschiedener Stichproben im Rahmen von Forschung:* klinisch zugewiesene Patienten; Kinder kranker Eltern, geistige/körperliche Behinderung, chronische Erkrankung, Missbrauch und Vernachlässigung, Straftäter, obdachlose Jugendliche; Minoritäten und unterrepräsentierte Gruppen (bzgl. Nationalität, Rasse, Geschlecht, andere demographische Charakteristika)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • *Relevanz der Erfassung des Forschungsfortschritts:* vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002); Hinweis darauf, dass Reviews (narrativ, Meta-Analysen) zwar Ergebnisse zusammenfassen, jedoch keine Fragen beantworten können, die nicht in Einzelstudien erforscht wurden (z.B. Mediatorenanalyse, Zusammenhang zwischen zugrundeliegenden Veränderungsprozessen und Outcome-Veränderung) -> es bedarf Studien, die exakt für die Erfassung spezifischer Fragen konzipiert werden • Schwächen: vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002); weiterhin Vorliegen einer enormen Diskrepanz zwischen Forschung und Praxis (die Behandlungsverfahren, die im klinischen Praxisalltag angewendet werden, sind selten empirisch evaluiert vs. evidenzbasierte Behandlungen sind im klinischen Alltag nicht weit verbreitet); zentrale Bedeutung kommt der Frage der Generalisierbarkeit von evidenzbasierten Behandlungen zu -> evidenzbasierte Behandlungen sollten dennoch Behandlungsansatz der ersten Wahl sein und exploratorischen bzw. nicht-evidenzbasierten Behandlungen vorgezogen werden -> Fazit: die Forschung muss klinisch relevant bleiben, gleichzeitig muss der vermehrte/verbesserte Rückgriff der Kliniker auf bereits vorliegende Ergebnisse sichergestellt werden **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **McClellan et al., 2003** McClellan, J.M. & Werry, J.S. (2003). Evidence-Based Treatments in Child and Adolescent Psychiatry: An Inventory. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42 (12),* 1388-1400.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** bis 06/2003 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie • **Inhalt:** Übersicht über evidenzbasierte psychopharmakologische und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** --- • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; unveröffentlichte Studie; anderer Inhalt (als Pharmakotherapie oder Psychotherapie) <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** u.a. Angststörungen (u.a. SAD); außerdem ADHD, MDD, Störung des Sozialverhaltens, disruptives bzw. explosives Verhalten • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** *Angststörungen:* • *Antidepressiva:* Vorliegen von Studien, die den SSRI-Einsatz zur Behandlung von Angststörungen unterstützen; bislang fehlender Wirksamkeitsnachweis für Bupropion und TZA bei Angststörungen • *Anxiolytika:* die wenigen kontrollierten Studien zur Wirksamkeit von Benzodiazepinen konnten keine signifikante Effektivität belegen (z.T. wg. hoher Placebo-Response-Raten); Fehlen von kontrollierten Studien zur Wirksamkeit von Buspiron oder β-adrenergen Blockern in dieser Altersklasse • *CBT:* kognitiv-behaviorale Strategien, die auf Selbstinstruktionstraining zurückgreifen, erwei-sen sich für die Behandlung kindlicher Phobien als hilfreich; Vorliegen von Belegen für die Wirksamkeit von CBT für OAD, GAD und SAD; familienbasierte CBT-Strategien erweisen sich ebenfalls als vorteilhaft • *behaviorale Interventionen:* für kindliche Phobien erweisen sich behaviorale Interventionen (in-vivo-Desensibilisierung, Modelllernen über Filme/lebendes Modell) einer Wartelisten-KG als überlegen; diese Ergebnisse werden durch methodische Aspekte (z.B. kleine Stichproben, Fehlen von Vergleichen zwischen verschiedenen Behandlungsmodalitäten, Fehlen von Behandlungsmanualen und Rückgriff auf nicht-klinische Stichproben) eingeschränkt • *Familien und Elterninterventionen:* Elterninterventionen, Familientherapie bzw. Psychedukation erweisen sich in der Behandlung von Angststörungen als hilfreich • *systemische multimodale Interventionen:* das Programm RE-CAP (multimodal) führt zur Verbesserung internalisierender und externalisierender Probleme **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** *allgemein:* • *Pharmakotherapie:* Vorliegen ausreichender Belege für SSRI-Einsatz bei Angststörungen • *Psychotherapie:* die beste empirische Unterstützung (methodisch gute Studien) findet sich für kognitiv-behaviorale bzw. behaviorale Interventionen; familienbasierte Interventionen bzw. Interventionen im Rahmen der Versorgungssysteme erweisen sich ebenfalls als effektiv • trotz der wachsenden Anzahl von evidenzbasierten Behandlungsansätzen orientiert sich die klinische Praxis weiterhin häufig an der Erwachsenenliteratur bzw. an traditionellen Behandlungsmodellen -> einige Behandlungsansätze werden jedoch der Diversität und Komplexität mancher Störungsbilder nicht gerecht, zum anderen fehlt es vielen Klinikern an den entsprechenden Fertigkeiten oder dem inneren Wunsch bzw. der Bereitschaft, die evidenzbasierten Ansätze in die Praxis umzusetzen (wenngleich diesbezüglich natürlich große Unterschiede zwischen einzelnen Klinikern, Institutionen Berufsgruppen oder Kommunen bestehen) -> infolgedessen lassen sich 3 große Forschungsbereiche aufzeigen: (1) „effectiveness“-Studien zu im Praxissetting häufig angewendeten (bislang jedoch noch nicht untersuchten) Interventionen; (2) „effectiveness“-Studien zu in „efficacy“-Studien bereits beforschten, wirksamen Interventionen; (3) Verbesserung der Umsetzung von evidenzbasierten Interventionen (aus dem „Labor“) ins klinische Setting -> im Wesentlichen sollte sich der Behandlungsstandard aus der Forschung heraus entwickeln, weniger aus einer „Rechtfertigung“ von bereits in der Praxis angewendeten Interventionen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Forschung (Psychotherapie): Notwendigkeit, vorliegende Ergebnisse über viele Orte hinweg und mit größeren Stichproben zu replizieren; Bedarf an Studien zur Klärung der Frage, inwiefern Rahmenfaktoren (Therapiesetting, Kind, Umgebung) Behandlungsentscheidung und -erfolg beeinflussen; Bedarf an „effectiveness“-Studien im „real-world“-Setting (Klärung der Frage nach der Generalisierbarkeit von positiven Ergebnissen auf klinische Populationen) **Methodische Aspekte:** *allgemein:* • Schwächen (Pharmakotherapie): Fehlen von Studien zu komorbiden Störungsbildern; kleine Stichproben (mittlerweile immerhin zunehmend Multisite-Studien); enge diagnostische Einschlusskriterien; kurze Behandlungsdauer; hohe Placebo-Response-Raten

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **Prins & Ollendick, 2003** Prins, P.J.M. & Ollendick, T.H. (2003). Cognitive Change and Enhanced Coping: Missing Mediational Links in Cognitive Behavior Therapy With Anxiety-Disordered Children. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6 (2),* 87-105.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- [1987-2002] • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über kognitive Veränderungen und verbesserte Coping-Fertigkeiten im Rahmen von CBT bei Kindern mit Angststörungen (als spezifische Behandlungseffekte und als mögliche Mediatoren der Wirksamkeit von CBT) • **Eingeschlossene Studien:** 25 Studien (19 RCT-Studien und 6 kontrollierte Einzelfallstudien) • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie oder kontrollierte Einzelfallstudie; [unveröffentlichte Studie; nicht-englische Veröffentlichung] <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- [ca. 1 – > 16 Sitzungen] • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Warteliste, aktive Kontrollbedingungen wie z.B. edukative Unterstützung, alternative Behandlungsansätze/-bedingungen) • **Störungsbilder:** Angststörungen (u.a. GAD, SAD, PD, SocP, SP, SchR, OAD, SchP, AG, AD, Alpträume, PDAG), außerdem: z.T. Depression • **Altersbereich:** 5-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (im Wesentlichen Diagnosestatus, Angstsymptomatik, kognitive Indizes (10 Maße), Coping-Fertigkeiten (5 Maße)) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • *allgemeine Effektivität:* ggü. einer Wartelisten-Bedingung erweist sich CBT in der Reduktion der Angstsymptomatik als überlegen, im Vergleich mit einer aktiven Kontrollbedingung findet sich keine Überlegenheit • *spezifische Behandlungseffekte:* bezüglich der therapiespezifischen Variablen „kognitive Veränderung“ und „Coping-Fertigkeiten“ findet sich ggü. der Warteliste eine Überlegenheit, im Vergleich mit aktiven Kontrollbedingungen jedoch nicht -> Hinweis auf Fehlen von behandlungsspezifischen Effekten therapiespezifische Outcome-Maße (kognitive Veränderungen, Veränderungen der Coping-Fertigkeiten) werden nur in etwa der Hälfte der Studien erhoben, gehören also nicht zur Forschungspraxis • unter ausschließlicher Berücksichtigung der *individuellen kindfokussierten Interventionen* finden sich durchweg mittlere bis große ES (0.36-1.26): die höchsten ES liegen für den Elternbericht im Bereich Angstsymptomatik und Coping vor, die von den Kindern berichteten Veränderungen der Coping-Fertigkeiten sind größer als die von ihnen beschriebenen kognitiven Verän-derungen -> Hinweis auf unterschiedliche Zugänglichkeit der Kriterienbereiche Ergebnisse entsprechen dem allg. Befund, dass beim Vergleich von EG und aktiver KG kleine bis mittlere, beim Vergleich von EG und passiver KG mittlere bis große ES zu finden sind • *Mögliche Mediatoren der Wirksamkeit:* nur eine Studie untersucht die Mediation von Behandlungseffekten -> negative Selbstaussagen und das Verhältnis von positiven zu negativen Selbstaussagen sind signifikante Prädiktoren für den Therapieerfolg; diese Mediatorvariablen finden sich jedoch ausschließlich für den Selbstbericht der Kinder die Vielzahl der aktuellen Studien ist jedoch nicht dafür konzipiert, Mediatorenanalysen durchzuführen, so dass die Frage nach der Relevanz der kognitiven Veränderungen bzw. nach der Verbesserung der Coping-Fertigkeiten als zentralen Mediatoren der Wirksamkeit von CBT nicht beantwortet werden kann **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* CBT erweist in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen als effektiv, die der Veränderung zugrundeliegenden Mechanismen konnten jedoch nicht identifiziert werden -> Notwendigkeit, den Fokus (neben der Optimierung von Therapieinhalten/-konzepten) auf die Erfassung behandlungsspezifischer Effekte und potentieller Veränderungsmechanismen zu richten (Klärung der Frage, ob CBT-Prozeduren wirklich die angestrebten Veränderungen erzielen; Bedarf für die Entwicklung von geeigneten veränderungssensitiven Messinstrumenten zur Erhebung von kognitiven Veränderungen (bislang v.a. Selbstberichte)) • Forschung: Notwendigkeit, über die Kernsymptomatik hinausgehend weitere therapiespezifische Outcome-Maße zu erfassen (z.B. Relevanz von Kognition und Coping im Rahmen der allgemeinen Symptomverbesserung); Klärung der Frage, ob sich durchweg höhere Effekte für Coping-Fertigkeiten als für kognitive Outcome-Maße finden; Bedarf an explizit für Moderator-/Mediatoranalysen konzipierten Studien (mit ausreichend großen Stichproben und adäquater statistischer Power; bislang oft unzureichende Verknüpfung von Theorie und Praxis; Bedarf an mehr theoriegeleiteten Studien; bislang häufig getrennte (indirekte) Erhebung des Zusammenhangs „Behandlung/Outcome“ und „Behandlung/Veränderung in kognitiven Prozessen“ und keine Verknüpfung „Veränderung in kognitiven Prozessen als Prädiktor für Veränderung des Outcomes“ bzw. direkte Erhebung dieses Zusammenhangs)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • Schwächen: Mängel in der Studienqualität der eingeschlossenen Studien-> hohe Dropout-Raten (> 10%), Fehlen einer Aufmerksamkeits-Placebo-KG (nur bei 2 Studien vorliegend)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Roberts et al., 2003** Roberts, M.C., Lazicki-Puddy, T.A., Puddy, R.W. & Johnson, R.J. (2003). The Outcomes of Psychotherapy With Adolescents: A Practioner-Friendly Research Review. *Journal of Clinical Psychology/In Session, 59 (11),* 1177-1191.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Zusammenfassung der Ergebnisse der Psychotherapieforschung mit Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** 22 kontrollierte Studien zu Angststörungen • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen: ---** • **Störungsbilder:** Angststörungen (u.a. SAD, GAD, AG) und Phobien (u.a. SocP) • **Altersbereich:** --- (im Rahmen der Studien häufiger Mix aus Kindern und Jugendlichen, deswegen oft heterogenes Altersspektrum) • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- <u>Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999):</u> „well-established“: mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious“: 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising“: Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** *Angststörungen:* • gute Erfolge für kognitiv-behaviorale Therapie mit/ohne Familienmanagement *Phobien:* • „well-established“ -> teilnehmendes Modelllernen, Kontingenzmanagement (Exposition mit operanter Verstärkung) • nachgewiesene Effektivität auch für Desensibilisierung (imaginativ, in vivo) und Modelllernen (Videogebrauch, lebendes Modell) *allgemein:* • bei jüngeren Kindern sind Hausaufgaben und der Einbezug der Familie hilfreich, um die Anwendung der neu erlernten Fähigkeiten im Alltag zu unterstützen **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** *allgemein:* • es besteht die Notwendigkeit von vermehrter Psychotherapieforschung mit der besonderen Fokussierung der Gruppe der Jugendlichen; außerdem muss die Vielzahl der sehr unterschiedlichen Charakteristika von Jugendlichen (Alter, Geschlecht, Nationalität,...) in Forschung und Praxis vermehrt berücksichtigt werden **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Yorbik & Birmaher, 2003** Yorbik, Ö. & Birmaher, B. (2003). Pharmacological Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 13 (3),* 133-141.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- [ca. 1982-2002] • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Pharmakotherapeutische Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter • **Eingeschlossene Studien:** 18 (z.T. RCT-)Studien (davon systematische Darstellung von 15 Studien) • **Explizite Ausschlusskriterien:** anderer Behandlungsschwerpunkt (außer Pharmakotherapie); anderers Störungsbild (außer GAD, SocP, SM, SAD) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** ca. 4-12 Wochen • **Vergleichsgruppen:** z.T. EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** Angststörungen (v.a SAD, SocP, GAD, SM; zudem OAD, AD, SchR, AXD, SP, PD); außerdem DD • **Altersbereich:** 5-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** u.a. nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • *Effektivität:* SSRI (Fluoxetin, Sertralin, Fluvoxamin) erweisen sich in der Behandlung von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen als effektiv; --- für TZA liegen inkonsistente, uneindeutige Ergebnisse vor (vgl. methodische Probleme), sie sind somit als 2. oder 3. Behandlungsalternative zu betrachten; --- für Benzodiazepine finden sich keine vielversprechenden Ergebnisse, sondern fast durchweg negative Belege; --- Venlafaxin erweist sich in der Behandlung von GAD als wirksam • *Nebenwirkungen* (eine detaillierte Auflistung der NW ist dem zu entnehmen): die NW bei SSRI-Einsatz sind meist vorübergehend und fallen relativ mild aus (am relativ schlechtesten schneidet Fluvoxamin ab); Vorteile der SSRI sind weniger anticholinerge und antihistaminische NW und fehlende Toxizität bei hoher Dosierung; das Vorhandensein eines mglw. erhöhten Suizidrisikos konnte nicht bestätigt werden; Nachteil der SSRI ist die Gefahr der Aktivierung von (Hypo)Manien (sorgfältiges Monitoring!) sowie eines serotonergen Syndroms bei Kombination von SSRI und MAO-Hemmern; an NW finden sich v.a. gastrointestinale Probleme sowie Auswirkungen auf das ZNS; --- NW der TZA sind anticholinerge NW und Auswirkungen auf das kardiovaskuläre System (selten plötzliche Todesfälle); Gefahr besteht v.a. für „poor metabolizer“ (Notwendigkeit der Ermittlung von Risikofaktoren für die Entwicklung von schweren NW!); verglichen mit den SSRI liegt eine höhere Gefahr der Aktivierung von (Hypo)Manien vor; ebenfalls besteht die Gefahr eines Glaukomanfalls; --- Benzodiazepine gehen v.a. mit Sedierung (dosisabhängig, mit zunehmender Toleranzentwicklung rückläufig) einher; ihr Einsatz wird nur für kurze Zeiträume und als Ergänzung zu anderen Behandlungsansätzen empfohlen; zum Risiko psychischer und physiologischer Abhängigkeit liegen bislang keine Daten vor; --- Venlafaxin erweist sich in der Behandlung von GAD als sicher • *allgemein:* SSRI sind in der Kurzzeittherapie von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter derzeit die Methode der Wahl, da sowohl Effektivität als auch Sicherheit der Therapie nachgewiesen werden konnten; auch auf andere Substanzklassen (z.B. Benzodiazepine) kann zurückgegriffen werden, entweder als alleiniges Präparat oder in Kombination mit SSRI **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Vorliegen einer hohen Dringlichkeit, Angststörungen effektiv zu behandeln (hohe Prävalenzrate, Störung ist mit einer Vielzahl von negativen Aspekten verbunden -> niedriger Selbstwert, Substanzmissbrauch, Depression, soziale Isolation, inadäquate soziale Fertigkeiten, schulische/berufliche Schwierigkeiten) • Empfehlung: umfassende Eingangsuntersuchung vor Therapiebeginn (Angstsymptomatik, somatische Beschwerden, Funktionsniveau, verschiedene Erhebungsquellen und Messinstrumente, Familiengeschichte, Komorbidität, körperliche Untersuchung inkl. Labor, Miteinbezug/-behandlung der Eltern, Störungsverlauf); Therapieempfehlungen -> Beginn mit niedrigen Dosen, langsames Einschleichen (um Nebenwirkungen zu vermeiden und die Behandlungscompliance nicht zu gefährden; die Halbwertszeiten sind oft kürzer als bei Erwachsenen, außer für Fluoxetin), erst nach mind. 6-wöchiger Gabe der therapeutischen Dosis kann bzgl. Effektivität/ Weiterbehandlung eine Entscheidung getroffen werden, auch das Ausschleichen sollte langsam erfolgen und Wechselwirkungen berücksichtigt werden

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Forschung: bislang Vorliegen von nur wenigen Studien zur Pharmakotherapie bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter, d.h. Notwendigkeit weiterer, methodisch hochwertiger RCT-Studien zu dieser Thematik; Bestehen vieler offener Forschungsfragen (optimale Therapiedauer zur Vermeidung von Rückfällen bei SSRI-Einsatz; Prädiktoren zur Vorhersage derjenigen Patienten, die auf TZA-Therapie die schwersten NW zeigen; Studien zum Risiko psychischer/physiologischer Abhängigkeit bei Benzodiazepinen); Bedarf an Studien zu neueren Antidepressiva (Venlafaxin, Paroxetin, Citalopram, Bupropion, Nefazodon, MAO, Buspiron, Betablocker) und Antihistaminika (Hydroxyzin); Bedarf an Langzeitstudien, Studien zur Erhaltungstherapie und Rückfallprophylaxe, Analysen zur optimalen Therapiedauer; Bedarf an Vergleichsstudien (Antidepressiva vs. CBT) -> CBT ist bislang der einzige Behandlungsansatz, der sich in der Akut- und Langzeitbehandlung als effektiv erwiesen hat! **Methodische Aspekte:** • methodische Probleme: Durchführung vieler TZA-Studien mit Schulverweigerern (z.T. ohne Angststörung); große Unterschiede der TZA-Studien in Bezug auf Stichprobengröße, Ein- bzw. Ausschluss von Komorbidität, Dosierung oder begleitende Therapien

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Cartwright-Hatton et al., 2004** Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C. & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 43 (4),* 421-436.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 01/1990-08/2003 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Systematischer Überblick über die Effektivität von kognitiv-behavioraler Therapie zur Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter • **Eingeschlossene Studien:** 10 RCT-Studien zu Angststörungen • **Explizite Ausschlusskriterien:** anderes Störungsbild (Zwangsstörung, PTSD, SP), keine Angabe des Diagnosestatus als Outcome-Variable *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 10-18 Sitzungen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=keine Behandlung, inaktive KG) • **Störungsbilder:** Angststörungen (Vorliegen einer DSM/ICD-Diagnose; SocP, OAD, AD, SocAD, GAD) • **Altersbereich:** 6-16 Jahre • **Abhängige Variablen:** Angabe des Diagnosestatus • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • CBT eignet sich für die Behandlung von Angststörungen bei Kindern ab einem Alter von 6 Jahren **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschung: Notwendigkeit von Studien zur Effektivität von CBT bei jüngeren Kindern (< 6 Jahre), im Vergleich zu alternativen Behandlungsansätzen, in Bezug auf Langzeiteffekte und bei Kindern mit komorbiden Störungen; Notwendigkeit einer besseren Studienqualität (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte“) **Methodische Aspekte:** • Schwächen: schlechte methodologische Qualität der Studien, fast ausschließlich „efficacy“-Studien mit eingeschränkter Generalisierbarkeit

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Compton et al., 2004** Compton, S.N., March, J.S., Brent, D., Albano, A.M., Weersing, R. & Curry, J. (2004). Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Anxiety and Depressive Disorders in Children and Adolescents: An Evidence-Based Medicine Review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43 (8),* 930-959.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1990-2002 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über kognitiv-behaviorale Psychotherapie für Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen (im Sinne eines evidenzbasierten Ansatzes) • **Eingeschlossene Studien:** 23 RCT-Studien (21 „Post-Treatment"-Vergleiche und 22 FU-Vergleiche) zu Angststörungen • **Explizite Ausschlusskriterien:** andere Altergruppe; nicht-englische Veröffentlichung; anderes Störungsbild (Zwangsstörung, PTSD); Fehlen eines klinisch bedeutsamen Ergebnismaßes; Fehlen einer spezifischen Störung *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 3-24 Sitzungen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=unspezifische Behandlungsgruppe, alternative Behandlungsansätze, keine Behandlung, Warteliste, psychologisches Placebo) • **Störungsbilder:** Kinder mit spezifischer Angststörung (OAD, SAD, SocP, GAD, SP, AD, SM, SchR, PDAG, AG, SchP, OCD) • **Altersbereich:** 8-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene (klinisch bedeutsame) Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (4 Wochen – 6 Jahre)	**Ergebnisse:** • Vorliegen von deutlichen empirischen Belegen für die Effektivität von CBT; mittlere bis große ES für Symptomreduktion (primäres Outcome-Maß); Stabilität der Effekte auch im FU-Intervall (bis 6 Jahre) • relativ umfangreiche und systematische Forschung zu Behandlungsansätzen bei kindlichen Angststörungen mit gutem methodologischen Standard: Anwendung klinischer Interviews zur Bestimmung des Diagnosestatus, Gleichverteilung der Geschlechter im Rahmen der Studien, gute Dokumentation demographischer Variablen, Berechnung von Moderatoren (es finden sich keine Moderatoren des Therapieerfolgs), vielseitige Ergebnisvariablen (d.h. unterschiedliche Quellen und Instrumente), jedoch Fehlen von Berechnungen zum Einfluss der Komorbidität auf den Therapieerfolg • Vorherrschende Interventionen: Systematische Desensibilisierung, Exposition, kognitive Interventionen, Modelllernen, Problemlösen, Imagination, Entspannung, Selbstinstruktion, Rollenspiel, Kontingenzmanagement/Einsatz von Verstärkung, Ergänzung durch Familienmanagement **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschung: Notwendigkeit der Untersuchung von Mediatoren des Therapieerfolgs; Bedarf an Studien zur Kombinationsbehandlung (Psychotherapie und Psychopharmaka); Bedarf an Komponenten- und Mediatorenanalysen; Notwendigkeit von FU-Studien mit adäquaten KG (z.B. zur Frage der Relevanz von Boostersitzungen); Bedarf an „effectiveness"-Studien (z.B. Durchführung der Studien in anderen Settings, mit anderen Patientenpopulationen) **Methodische Aspekte:** • Schwächen: die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf Jugendliche bleibt fraglich (da das Durchschnittsalter im Rahmen der Studien bei ca. 10 Jahren liegt); kein Einschluss von Studien mit Kindern, die unter einer subklinischen Angstproblematik leiden; geringe Berücksichtigung von ethischen Minderheiten

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **Schneider & Döpfner, 2004** Schneider, S. & Döpfner, M. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von Angst- und Phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung, 13 (2),* 80-96. * die Angaben beziehen sich im Wesentlichen (bis auf die Aspekte Bereich, Inhalt und Störungsbilder) auf die Metaanalyse von In-Albon & Schneider, 2003 (Poster)	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:**</u> • **Zeitraum:** bis 12/2002 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Evidenzbasierte Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von Angst- und phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Zusammenschau der empirischen Befunde zur Psychotherapie) • **Eingeschlossene Studien:** 17 RCT-Studien (ausschließlich aus dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Spektrum) • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; nicht-deutsch- oder englischsprachig; kein Vorliegen einer ICD-/DSM-Diagnose <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:**</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=WL) • **Störungsbilder:** Angststörungen und Phobien (SAD, SP, SocP, GAD, Schulangst, soziale Ängstlichkeit/Verhaltenshemmung) • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (bis zu einem Jahr) <u>Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999):</u> „well-established“: mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious“: 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising“: Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** *Angststörungen allg. (Trennungsangst, Kontaktvermeidung, Überängstlichkeit):* • „well-established“: ---; „probably efficacous“: CBT mit/ohne Familienangstmanagement-Training; „promising“: psychodynamische Psychotherapie *Phobien allgemein:* • „well-established“: forcierte Reizkonfrontation, operantes Vorgehen („reinforced practice“), teilnehmendes Modelllernen; „probably efficacous“: CBT, Desensibilisierung in vivo/in sensu, Modelllernen über Video/ lebendes Modell; „promising“: --- *Empirisch validierte Interventionen für einzelne Angststörungen:* • SP: forcierte Reizkonfrontation, operantes Vorgehen, teilnehmendes Modelllernen, CBT mit/ohne Elterntraining (einzeln, in Gruppe) -> Psychoedukation, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierte Reizkonfrontation, operante Verfahren, Entspannung • SocP: CBT mit/ohne Elterntraining (möglichst in Gruppe) -> Psychoedukation, Abbau dysfunktionaler Gedanken, soziales Kompetenz-/Selbstsicherheitstraining, graduierte Reizkonfrontation • SAD: CBT mit/ohne Elterntraining (einzeln, Gruppe) -> Psychoedukation, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierte Reizkonfrontation, operante Verfahren, Entspannung • GAD: CBT mit/ohne Elterntraining (einzeln, Gruppe) -> Psychoedukation, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierte Reizkonfrontation, operante Verfahren, Entspannung • Leistungsängste: CBT mit Elterntraining -> Psychoedukation, Abbau dysfunktionaler Gedanken, graduierte Reizkonfrontation, operante Verfahren, Entspannung, Fertigkeitentraining *allgemein:* • Darstellung der Ergebnisse von Weisz et al. (1987, 1995); Beelmann & Schneider (2003) • Darstellung der Ergebnisse von In-Albon & Schneider (2003, Poster): im Prä-Post-Vergleich finden sich große durchschnittliche ES in der EG, die sich bis zu einem FU-Zeitraum von bis zu einem Jahr als stabil erweisen bzw. sogar noch verbessern (sehr große ES); im EG-KG-Vergleich findet sich eine mittlere ES (0.57); nach Abschluss einer standardisierten CBT waren im Durchschnitt 69% der Kinder ohne primäre Angstdiagnose, zum 1-Jahres-FU sogar 72% (d.h. Stabilität der Ergebnisse über einen langen Zeitraum, mit dem längsten FU-Zeitraum von 6 Jahren); für die Durchführung im Einzel- vs. Gruppensetting (9-20 Sitzungen) liegen vergleichbare ES vor *Zusammenfassung weiterer empirischer Befunde:* • die am besten untersuchten psychotherapeutischen Behandlungen für Phobien/ Angststörungen bei Kindern/Jugendlichen sind verschiedene Varianten standardisierter CBT mit/ohne Elterntraining; es liegen mehrere randomisierte KG-Vergleiche vor, die die Wirksamkeit dieser Verfahren belegen • der Einbezug der Eltern verbessert den Therapieerfolg insbesondere bei jüngeren Kindern

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Ergebnisse (Fortsetzung) • als möglicherweise wirksam können nondirektive und psychodynamische Psychotherapien eingeschätzt werden, wobei jedoch hinreichend umfangreiche randomisierte KG-Vergleiche fehlen, welche die Wirksamkeit belegen; für andere in der klinischen Praxis eingesetzte Psychotherapieverfahren (wie z.B. systemische Therapie oder Gestalttherapie) liegen bislang keine kontrollierten Interventionsstudien bei Kindern mit Phobien/ Angststörungen vor **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Psychotherapie der ersten Wahl bei Phobien und Angststörungen ist die kognitive Verhaltenstherapie mit und ohne Elterntraining; wenn diese Programme keine Wirksamkeit zeigen, können psychodynamische Verfahren (ergänzend) eingesetzt werden; es gibt jedoch keine empirischen Belege dafür, dass für besonders komplexe/schwere Phobien und Angststörungen eine Ergänzung der kognitiv-behavioralen Therapie um psychodynamische und psychopharmakologische Behandlung notwendig ist **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Weisz et al., 2004** Weisz, J.R., Hawley, K.M. & Jensen-Doss, A. (2004). Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 13,* 729-815.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1967-2002 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über empirisch untersuchte Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen mit internalisierenden und externalisierenden Problemen und Störungen (Angststörungen, depressive Störungen, Verhaltensstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen) • **Eingeschlossene Studien:** über alle Störungsbilder hinweg insgesamt 298 RCT-Studien, davon wenige „effectiveness"-Studien; für Angststörungen und Phobien Vorliegen von insgesamt 94 RCT-Studien, davon 4 „effectiveness"-Studien mit zugewiesenen Jugendlichen • **Explizite Ausschlusskriterien**: keine klinische Studie; andere Altersgruppe; nicht-englische Veröffentlichung; keine RCT-Studie (Fehlen von Randomisierung und Kontrollgruppe); unveröffentlichte Studie; unpublizierte Manuskripte; Buchkapitel; unveröffentlichte Dissertationen; andere Störungsgruppe; Vorliegen von medikamentöser Behandlung; Vorliegen zu weniger Outcome-Variablen (vgl. Abschnitt „Abhängige Variablen"); Einzelfallstudien; abwechselnde Zuteilung der Patienten zu Experimental- und Kontrollgruppe (nacheinander) <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Warteliste/keine Behandlung (62% der Studien); Placebo/passive Kontrollgruppen/Aufmerksamkeitsgruppen (39% der Studien); herkömmliche Behandlungsansätze/alternative Interventionen (8% der Studien)) • **Störungsbilder:** Angstproblematik, Angststörungen, Schüchternheit, Phobien • **Altersbereich:** 3.8 – 17.6 Jahre • **Abhängige Variablen**: verschiedene Outcome-Variablen (mind. eine Variable pro behandeltem Problembereich) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • Identifikation von denjenigen Psychotherapieansätzen, die in mind. 1 RCT-Studie Erfolg der Intervention belegen (d.h. Überlegenheit ggü. der Kontroll- oder Vergleichsgruppe in mind. 1 zentralen Outcome-Variable): Modelllernen, Entspannungstraining, systematische Desensibilisierung, Exposition, EMDR, soziales Kompetenztraining, klientenzentrierte/nondirektive Therapie, Spieltherapie, RET, CBT, „emotive imagery", Biofeedback, Selbsthypnose, eklektische Therapie, elternzentrierte Ansätze, familienzentrierte Ansätze, multisystemische Ansätze (d.h. Sitzungen mit Eltern, Jugendlichen oder Familie) • 67% der untersuchten Behandlungsgruppen zeigen sich gegenüber einer Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe in mindestens einer zentralen Outcome-Variable (therapieproximal) überlegen • für folgende Interventionsbereiche konnte die Wirksamkeit wiederholt belegt werden: Modelllernen, systematische Desensibilisierung, Exposition, soziales Kompetenztraining, CBT, multisystemische Ansätze **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • der Begriff „Psychotherapie" wird mittlerweile für eine breite Palette von Interventionen verwendet • die Anzahl der Studien ist über die verschiedenen Störungsbilder hinweg ungleich verteilt: für den Bereich der Angst- und Verhaltensstörungen liegen viele Studien, für ADHD und die Gruppe der depressiven Störungen liegen wenige Studien vor (entspricht der jeweils unterschiedlich langen Forschungsgeschichte) • Vorliegen einer großen Diversität bzgl. der Behandlungsansätze mit vielen unterschiedlichen Zielgruppen (Jugendliche, Eltern, Lehrer, Familien etc.): in Bezug auf Angststörungen dominieren kinderfokussierte CBT-Interventionen, über alle Störungsbilder hinweg behaviorale Verfahren die Übersicht; darüber hinausgehend liegen für die Gruppe der Angststörungen jedoch auch Hinweise für die Effektivität von nicht-behavioralen Interventionen (klientenzentrierte/nondirektive Therapie, Spieltherapie) vor; zudem gibt es Hinweise auf die Wirksamkeit einiger sehr einfacher oder ungewöhnlicher Interventionen (z.B. erweist sich Entspannungstraining bei allen vier betrachteten Störungsbildern als hilfreich) • Notwendigkeit, die Bedeutung der Forschung für die Praxis zu erhöhen: Bedarf an Replikationen mit robusten Effekten (zu vielen Ansätzen wurde bislang nur eine Studie durchgeführt); Notwendigkeit, die klinische und externe Validität durch „effectiveness"-Studien (Repräsentativität von Patienten, Therapeuten und Setting) zu erhöhen; Notwendigkeit der Anfertigung von Studienprotokollen inklusive der Publikation von Therapiemanualen (bislang stehen Manuale häufig nicht zur Verfügung, so dass Interventionen von anderen nicht aufgegriffen und erprobt werden können) **Methodische Aspekte:** • Schwächen: einige vielversprechende Therapieansätze mussten aufgrund unpassender Studiendesigns oder unzureichender Studieninformationen ausgeschlossen werden; dies verhindert die Verbreitung dieser Ansätze, was sowohl für die Autoren als auch für die Patienten bedauerlich ist

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Barmish & Kendall, 2005** Barmish, A.J. & Kendall, P.C. (2005). Should parents Be Co-Clients in Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Youth? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34 (3),* 569-581.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** bis 2003 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick zur Frage des Elterneinbezugs im Sinne von „Co-Klienten" (Eltern haben nicht nur Hilfsfunktionen, sondern erhalten selber Therapie) bei CBT zur Angstbehandlung von Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** 9 kontrollierte Studien (davon 5 Studien zum Vergleich von CBT vs. CBT plus Elterneinbezug) • **Explizite Ausschlusskriterien:** nicht-englische Veröffentlichung; anderes Störungsbild; die Mehrheit der Teilnehmer erfüllt nicht die ICD/DSM-Kriterien für eine Angststörung (GAD, SAD, SocP); anderes Studiendesign (außer CBT plus Elterneinbezug); Durchführung von weniger als 4 Elternsitzungen; anderer Behandlungsansatz (Pharmakotherapie, alternative psychologisch-psychoso-ziale Behandlungsansätze als CBT); RCT-Studien mit dem Fokus auf SP und Zwangsstörung <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 10-14 Wochen (4-12 Elternsitzungen) • **Vergleichsgruppen:** EG (=CBT plus Elterneinbezug) vs. KG (=Warteliste (in 7 Studien);alternative Behandlungsansätze (in 2 Studien); CBT (in 5 Studien)) • **Störungsbilder:** Angststörungen (OAD, SAD, SocP, SP, GAD, AG, AD, PD) • **Altersbereich:** 6-16 Jahre • **Abhängige Variablen: v**erschiedene Outcome-Variablen (Diagnosestatus, CBCL als Elternrating, RCMAS als Kinder-/Jugendlichenrating) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • *allgemein:* ausgehend von der großen Variabiliät der Studien untereinander (vgl. methodische Aspekte) und der geringen Studienanzahl insgesamt ist die Datenlage unzureichend, um eine verbindliche Aussage zur relativen Effektivität von CBT vs. CBT plus Elterneinbezug zu machen -> für beide Interventionsgruppen (CBT; CBT plus Elterntraining) liegt eine vergleichbare Bandbreite von ES vor, mit großen Schwankungen der Werte über die verschiedenen Studien und Messinstrumente hinweg; hinzu kommt der Einfluss methodischer Aspekte, z.B. geht der Rückgriff auf ein Elternrating mglw. mit Subjektivität der Einschätzung bzw. verzerrter Wahrnehmung der Eltern aufgrund ihres eigenen Engagements im Rahmen der Therapie (im Gegensatz zu nicht teilnehmenden Eltern) einher; zur Berechnung durchschnittlicher ES bedarf es somit weiterer Studien • *Angaben zur Effektivität:* CBT: mittlere bis große ES (Diagnosestatus); große ES (Elternrating); kleine bis mittlere ES (Selbstrating); --- CBT plus Elterneinbezug: große ES (Diagnosestatus), große ES (Elternrating); kleine bis große ES (Selbstrating) • *Einzelergebnis einer Studie (Cobham et al., 1998):* Kinder von nicht-ängstlichen Eltern zeigen bei einer kindfokussierten Therapie bessere Ergebnisse als Kinder mit mind. einem ängstlichen Elternteil; Elterntraining demgegenüber ergibt nur bei Kindern mit mind. einem ängstlichen Elternteil einen zusätzlichen Effekt zu einer kindfokussierten CBT **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • die Relevanz von Elterntraining liegt in verschiedenen Aspekten begründet: elterliche Faktoren tragen zur Aufrechterhaltung von Ängsten bei (über Modelllernen, Verstärkung, übermäßige Kontrolle, Familienkonflikte); die Generalisierung von Therapiegewinnen kann über den Elterneinbezug erleichtert werden; Elterneinbezug hat sich bereits bei der Behandlung anderer Störungsbilder bewährt • Forschung: Notwendigkeit von Moderatorenanalysen (Alter, Diagnose, elterliche Psychopathologie) -> mglw. erweist sich Elterneinbezug nur bei jüngeren Kindern, ängstlichen Eltern und bestimmten Störungsbildern (z.B. SAD) als hilfreich; Notwendigkeit weiterer RCT-Vergleichsstudien (CBT vs. CBT plus Elterneinbezug), um obige Fragestellung abschließend klären zu können (z.B. Notwendigkeit der Berechnung mittlerer ES, vgl. Ergebnisse); Bedarf an Langzeitstudien mit langen FU-Intervallen (Aufrechterhaltung der Erfolge?, Ansteigen der ES, da Umsetzung der Erkenntnisse im Alltag Zeit braucht?); Notwendigkeit von Studien mit besserem Studiendesign (z.B. genauere Erfassung vieler Details: Anzahl der Sitzungen mit Elterneinbezug; Umfang der zu Hause durchgeführten Übungen; Ausmaß, in dem elterliche Angst in der Therapie fokussiert wird); Bedarf an Studien zur Klärung der Frage nach dem optimalen Ausmaß von Elterneinbezug (z.B. Anzahl gemeinsamer vs. getrennter Sitzungen, Anzahl der Elternsitzungen insgesamt); Notwendigkeit verbesserter Angaben zum Therapiekonzept (z.B. Inhalte, konkrete Operationalisierung der Inhalte, theoretischer Hintergrund); Bedarf an Vergleichsstudien und Komponentenanalysen (z.B. Klärung der Frage, ob Elterntraining der entscheidende Faktor ist vs. die Therapie einfach um eine allgemeine, zusätzliche Komponente ergänzt werden kann, d.h. v.a. Faktoren wie Unterstützung, Psychoedukation oder Aufmerksamkeitszuwendung zum Tragen kommen)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • Schwächen: Heterogenität der Einzelstudien in Bezug auf Inhalte des Elterntrainings, Sitzungsanzahl, Sitzungsdesign (gemeinsame vs. getrennte Sitzungen von Eltern und Kindern/Jugendlichen), Teilnehmer (beide vs. ein Elternteil, Mutter vs. Vater, Familienstand der Eltern), Outcome-Maße, Bericht von wichtigen Aspekten des Studiendesigns (z.B. Regelmäßigkeit der Teilnahme, Ausfallraten), Alter und Diagnose der Patienten; Möglichkeiten der ES-Berechnung sind begrenzt (vgl. Abschnitt „Ergebnisse“); insgesamt liegen nur wenige Studien, davon nur eine Langzeitstudie, zur Thematik vor; Fehlen von Angaben zum Inhalt, praktischer Umsetzung der Inhalte und theoretischem Hintergrund der Therapiesitzungen

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **Esser & Ballaschk, 2005** Esser, G. & Ballaschk, K. (2005). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Forschungsstand und Perspektiven. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 26 (Sonderheft 1),* 19-39. * die Angaben beziehen sich (bis auf die Aspekte Bereich und Inhalt) auf die Arbeit von Esser & Sell (2003)	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:**</u> • **Zeitraum:** 1993-1999 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über internationale und deutschsprachige empirische Ergebnisse zur Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter • **Eingeschlossene Studien:** 43 kontrollierte Studien (39 Studien zu kognitiv-behavioralen Verfahren, 4 Studien zu nicht-behavioralen Therapien), davon 25 Studien zu überkontrollierten Störungen) • **Explizite Ausschlusskriterien:** Fehlen einer unbehandelten KG <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:**</u> • **Behandlungsdauer:** 3-46 Stunden • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=unbehandelte KG) • **Störungsbilder:** verschiedene über- und unterkontrollierte Störungen (u.a. Angststörungen und Phobien, Prüfungsangst, Depressionen, oppositionell-deviantes Verhalten, dissoziale Störungen, Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung) • **Altersbereich:** 3-17 Jahre (M=10.5 Jahre) • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • Darstellung der Ergebnisse von Casey & Berman, 1985; Weisz et al., 1987; Kazdin et al., 1990; Weisz et al., 1995;Esser & Sell, 2003 • *spezifische Ergebnisse zu Angststörungen:* für „Prüfungsangst" (5 Studien) und für „Angststörungen/Phobien" (10 Studien) finden sich mittlere ES • *allgemein (über alle Störungsbilder hinweg):* insgesamt liegen mittlere bis große ES vor; die Ergebnisse weisen auf eine höhere Effektivität behavioraler Verfahren im Vergleich zu nicht- behavioralen Verfahren hin; signifikant höhere ES liegen für unterkontrollierte im Vergleich zu überkontrollierten Störungen vor; geringe ES zeigen sich bei den kombinierten emotionalen und dissozialen Störungen; in der Kinder- und Jugendpsychotherapie können ähnliche Effekte erzielt werden wie in der Erwachsenentherapie; Forschungsfokus war zuletzt v.a. die Weiterentwicklung der Psychotherapien für unterkontrollierte Störungen und der Kindertherapien (im Sinne eines Nachholeffekts ggü. der zuvor schwerpunktmäßig beforschten Behandlung von Jugendlichen); Moderatoren wie Alter, Geschlecht und Schweregrad der Störung scheinen kaum einen Einfluss auf den Behandlungserfolg zu haben **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* die Wirksamkeit für Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ist für die nicht-behavioralen Methoden (klientenzentriert, einsichtsorientiert, Diskussionsgruppen) noch nicht ausreichend belegt; ein Mangel an Effektivitätsstudien herrscht insbesondere für psychoanalytische, tiefenpsychologische, eltern- und familienorientierte Therapiekonzepte; die Verhaltenstherapie ist gegenwärtig das am häufigsten wissenschaftlich untersuchte Therapieverfahren (abgesehen von der unzureichenden Evidenzsituation für Intelligenzminderung, hirnorganische Störungen und Entwicklungsstörungen) • *allgemein*: im deutschen Sprachraum liegen systematische empirische Evaluationen nur in begrenztem Maße vor -> tendentiell decken sich die Ergebnisse mit den Resultaten international publizierter Effektivitätsstudien • Forschung: Notwendigkeit einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Forschern und Klinikern; Notwendigkeit der Annäherung von Therapieforschung an die klinische Praxis: Einbezug von komorbiden Störungsbildern; Bedarf an einer größeren Zahl von Outcome-Maßen; Notwendigkeit einer Manualisierung und Modularisierung der in der Praxis verwendeten Verfahren; Bedarf an Studien zur Gegenüberstellung von Kurzzeit- vs. Langzeitverfahren; Notwendigkeit einer systematischeren Untersuchung von Einzelkomponenten; Bedarf an Forschung zu nicht-behavioralen Verfahren; Bedarf an Studien zur Verbesserung der (bislang unzureichenden) Evidenzsituation der Verhaltenstherapie für Intelligenzminderung, hirnorganische Störungen und Entwicklungsstörungen; Bedarf an systematischen empirischen Evaluationen im deutschen Sprachraum; Bedarf an „effectiveness"-Studien mit hoher methodischer Qualität

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • Schwächen: Problematik der fehlenden Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf den therapeutischen Alltag -> nicht-repräsentatives Klientel, Ausschluss komorbider Störungen, Beschränkung des Behandlungsfokus auf das zentrale Problem, Problematik der zwischen Studien- und Praxistherapeuten vorliegenden Unterschiede (im Vorfeld der Studie Durchführung eines spezifischen Behandlungstrainings für Studientherapeuten; höhere Belastung durch die klinische Arbeit bei den Versorgungstherapeuten; im Studiensetting meist Kurzzeitbehandlungen von 8-10 Wochen, zu kurze FU-Zeiträume, zu selten Einbezug von Bezugspersonen, v.a. Durchführung von Gruppentherapien, Wirksamkeit von Einzelkomponenten ist oft unbekannt)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Ihle und Jahnke, 2005** Ihle, W. & Jahnke, D. (2005). Die Wirksamkeit familienbezogener Interventionsansätze bei Angststörungen und depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter. Stand der Evidenzbasierung. *Kindheit und Entwicklung, 14 (1),* 12-20.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- [1996-2001] • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Wirksamkeit familienbezogener Interventionsansätze bei Angststörungen (kognitiv-verhaltenstherapeutische Einzel- und Gruppenprogramme mit Familienkomponente) • **Eingeschlossene Studien:** 6 kontrollierte Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 10-12 Wochen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Warteliste, alternative Interventionen) • **Störungsbilder:** Angststörungen (u.a. GAD, SAD, SocP) • **Altersbereich:** 6-21 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (Angst, Depression, kindliches Verhalten, Coping-Strategien, Diagnosestatus) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (6 Monate bis 6 Jahre)	**Ergebnisse:** • bislang liegen nur randomisierte Kontroll-/Vergleichsgruppen-Studien zur kognitiven Verhaltenstherapie mit Familieneinbezug vor, nicht jedoch zu systemischer Familientherapie im engeren Sinne oder zu psychodynamischen Ansätzen mit Familieneinbezug • es existieren bisher nur Wirksamkeitsstudien bei jüngeren (6-14-jährigen) Kindern • der Einbezug der Eltern bzw. die Verbesserung der Erziehungskompetenz erweist sich v.a. bei jüngeren Kindern (7- bis 10-jährige im Vergleich zu 11- bis 14-jährigen) als bedeutsam • der Einbezug der Eltern bzw. das Elterntraining erweist sich v.a. bei ängstlichen Eltern als bedeutsam • Gruppentherapie erweist sich als ebenso erfolgreich wie Einzeltherapie • die Befunde bei Behandlungsende konnten auch im FU (bis zu 6 Jahre danach) bestätigt werden **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschung: Bedarf an europäischen Studien und *nicht* kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programmen mit Familieneinbezug; Bedarf an Studien mit älteren Jugendlichen (>14 Jahre) und Notwendigkeit einer insgesamt verbesserten Moderatoren- und Komponentenforschung (z.B. Klärung der Wechselwirkungen zwischen den Variablen Alter der Kinder, Ängstlichkeit der Eltern und Familieneinbezug); Notwendigkeit der Entwicklung von (bislang fehlenden) familiendiagnostischen Instrumenten zur Behandlungsevaluation; die Übertragung der positiven Befunde auf den klinischen Alltag (Praxisbewährung) sowie in der Anwendung bei schweren Störungsformen steht noch aus **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Kremberg & Mitte, 2005** Kremberg, E. & Mitte, K. (2005). Kognitiv-behaviorale und behaviorale Interventionen der Sozialen Phobie im Kindes- und Jugendalter – Ein Überblick zur Wirksamkeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 34 (3),* 196-204.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** bis 12/2003 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Kognitiv-behaviorale und behaviorale Interventionen zur Behandlung von sozialer Phobie im Kindes- und Jugendalter • **Eingeschlossene Studien:** insgesamt 9 Studien, davon 6 kontrollierte Studien (3 RCT-Studien, 3 Non-RCT-Studien) und 3 unkontrollierte Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine Einzelfallberichte; Studien ohne geeignete Messinstrumente; andere Angststörungen (als SP) oder gemischte Patientengruppen *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 10-16 Sitzungen • **Vergleichsgruppen:** z.T. EG vs. KG (=aktive Kontrollgruppe, Warteliste); z.T. Prä-Post-Design • **Störungsbilder:** SocP (Erfülltsein typischer Merkmale; Vorliegen einer ICD/ DSM-Diagnose) • **Altersbereich:** bis 18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); z.T. FU (3-12 Monate)	**Ergebnisse:** • deutliche Belege (mittlere bis große ES: 0.79-0.82) für die Wirksamkeit von CBT und die zeitliche Stabilität der Ergebnisse -> CBT scheint sehr gut zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit sozialer Phobie geeignet zu sein • jedoch Instabilität der Ergebnisse ggü. möglicherweise existierenden unveröffentlichten Studien (Fail Safe N) • Aussagen zu spezifischen Wirksamkeitsunterschieden behavioraler und kognitiv-behavioraler Behandlungen, zur Bedeutung der Elterninvolvierung sowie zur klinischen Signifikanz der Ergebnisse sind aufgrund der geringen Anzahl vorliegender Studien nicht möglich **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • allgemein: Vorliegen einer mangelnden empirischen Befundlage für das Störungsbild der sozialen Phobie im Kindes- und Jugendalter **Methodische Aspekte:** • Schwächen: die Studienqualität der vorliegenden Studien ist sehr unterschiedlich; Vorliegen weniger RCT-Studien (häufiges Fehlen eines KG-Designs); z.T. Rückgriff auf einseitige Informationsquellen; über alle Studien hinweg ausschließliche Berechnung von „Completer"-Analysen; z.T. Vernachlässigung bzw. Fehlen von Informationen zu weiteren wichtigen (eher „störungsunspezifischen") Symptomkategorien (z.B. psychopathologische Auffälligkeiten wie Depression, Lebensqualität etc.)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Schneider, 2005** Schneider, S. (2005). Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 26 (3),* 305-316.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über den aktuellen Wissensstand der Therapieforschung mit Kindern und Jugendlichen, und Aufzeigen von Zukunftsperspektiven • **Eingeschlossene Studien:** --- • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder: ---** (vgl. Angaben zu Beelmann et al., 2003) • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- (vgl. Angaben zu Beelmann et al., 2003)	**Ergebnisse:** • Darstellung der Ergebnisse von Weisz et al., 1995; Beelmann & Schneider, 2003; Chambless & Ollendick, 2001 • Weisz et al. (1995): behaviorale Interventionen weisen mittlere bis große ES auf und sind nicht-behavioralen, einsichtsorientierten und klientenzentrierten Interventionen überlegen • Beelmann et al. (2003): für die Gruppe der Angststörungen ergeben sich die größten ES beim Einsatz behavioraler Interventionen, insbesondere beim Rückgriff auf verhaltensmodifikatorische Verfahren (Überlegenheit ggü. Entspannungsverfahren, (teil-)stationärer Behandlung, nicht-behavioralen Ansätzen; Vorliegen von nur 2 Studien als Berechnungsgrundlage) • Chambless et al. (2001): empirisch validierte Therapien sind teilnehmendes Modelllernen, massierte Exposition (bei Schulphobie) und Kontingenzmanagement (Exposition mit operanter Verstärkung) • *allgemein:* bislang können nur verhaltenstherapeutische Interventionen die erfolgreiche Behandlung der wichtigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter nachweisen; für viele der bereits in der Praxis angewandten Verfahren fehlt nach wie vor der empirische Wirksamkeitsnachweis **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschung: Notwendigkeit von „effectiveness"-Forschung im Sinne einer Erfassung der „Wirksamkeit von Psychotherapie in der Routinepraxis" (Weiss et al., 1999, 2000); Berücksichtigung der Problematik des „Publikationsbias" als selektiver Publikationspolitik positiver Resultate (Whittington et al., 2004; McLeod & Weisz, 2004) • Ausblick: Notwendigkeit einer engen Vernetzung von Forschung und Praxis im Sinne des Roth & Fonagy-Modells (1996) **Methodische Aspekte:** • **---**

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Scott et al., 2005** Scott, R.W., Mughelli, K. & Deas, D. (2005). An Overview of Controlled Studies of Anxiety Disorders Treatment in Children and Adolescents. *Journal of the National Medical Association, 97 (1),* 13-24.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- [1992-2001] • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie, Kombinationsbehandlung • **Inhalt:** Überblick über kontrollierte Studien zur Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter in den letzten 10 Jahren • **Eingeschlossene Studien:** tabellarische Auflistung von 13 RCT-Studien (zu den entsprechenden Störungsbildern) • **Explizite Ausschlusskriterien:** andere Thematik (als Studien zur Effektivität von CBT (als individueller und Gruppen-Therapie), Familientherapie plus CBT, Pharmakotherapie); keine RCT-Studie; anderer Zeitrahmen (als die letzten 10 Jahre) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- [ca. 4-16 Wochen/24 Sitzungen] • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo bei Pharmakotherapie; alternative Behandlungsansätze/-bedingungen, WL, nichtspezifische Behandlungs-KG, Pharmakotherapie, edukativ-supportive KG, nondirektive supportive Therapie) • **Störungsbilder:** Angststörungen (u.a. GAD, SAD, SP, SchP, SchR, SocP, AG); zudem MDD (Vorliegen von DSM-Diagnosekriterien) • **Altersbereich:** --- [ca. 5-17 Jahre] • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** z.T. im Verlauf der Behandlung (Pharmakotherapie); nach Behandlungsende (Post-Treatment); z.T. FU (ca. 3 Monate -6 Jahre)	**Ergebnisse:** • *Trennungsangst, GAS; soziale Ängstlichkeit:* CBT (als individuelle und Gruppen-Intervention) und behaviorale Therapie erweisen sich einer WL-KG bzw. einer unspezifischen Behandlungs-KG als überlegen (bei Behandlungsende und im FU); Vorliegen von uneindeutigen Ergebnissen zur Frage des Elterneinbezugs (z.T. Überlegenheit vs. z.T. keine Überlegenheit der Interventionen mit Elterneinbezug); insgesamt liegen nur wenige Studien zur Pharmakotherapie bei kindlichen Angststörungen vor -> Überlegenheit von Fluvoxamin ggü. einem Placebo für Kinder/Jugendliche mit GAD, SocP und SAD (1 Studie); Überlegenheit von Sertralin ggü. einem Placebo für GAD, zudem finden sich zwischen EG und Placebo-KG keine Unterschiede hinsichtlich der NW (1 Studie) • *Schulverweigerung:* CBT erweist sich in der Behandlung von schulverweigernden Kindern einer WL-KG als überlegen (1 Studie); im Vergleich von CBT und supportiv-edukativer Therapie (Aufmerksamkeits-Placebo-KG) findet sich für die beiden Interventionen eine vergleichbare Wirksamkeit (1 Studie); die Ergebnisse einer weiteren Studie unterstützen eine Kombinationsbehandlung von Imipramin und CBT (Überlegenheit ggü. einem Placebo plus CBT) • *Spezifische Phobie:* zur Behandlung spezifischer Phobien bei Kindern/Jugendlichen liegen insgesamt nur wenige RCT-Studien vor; für expositionsbasiertes Kontingenzmanagement, expositionsbasierte kognitive Selbstkontrolle und supportiv-edukative Therapie (Aufmerksamkeits-Placebo-KG) findet sich eine vergleichbare Wirksamkeit; damit einhergehend stellt sich die Frage, welche Komponenten der Aufmerksamkeits-KG diese Verbesserung bedingen **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* es besteht die Notwendigkeit, Angststörungen im Kindes- und Jugendalter aufgrund ihrer Häufigkeit, Chronizität, Schwere und Komorbidität frühzeitig zu behandeln; trotz des Vorliegens vieler Behandlungsansätze wurden bislang jedoch nur wenige Verfahren durch kontrollierte Studien validiert; damit einhergehend sollte die Relevanz weiterer kontrollierter Studien, die u.a. einen wichtigen Beitrag zur Verfügbarkeit evidenzbasierter Behandlungsansätze für Angststörungen leisten, unterstrichen werden; ebenso sollte jedoch der enorme Forschungsfortschritt im letzten Jahrzehnt betont werden, der die aktuelle Ausgangsbasis der Forscher und Kliniker darstellt • *allgemein:* bei vielen Angststörungen liegen vielversprechende Ergebnisse insbesondere für CBT und Pharmakotherapie vor; einschränkend ist jedoch auf die methodischen Schwächen (vgl. methodische Aspekte) und die insgesamt geringe Anzahl an vorliegenden, empirisch basierten Studien zu verweisen • Forschung: Notwendigkeit von direkten Vergleichsstudien zur Erhebung der relativen Wirksamkeit der verschiedenen Behandlungsansätze; Bedarf an weiteren kontrollierten Studien **Methodische Aspekte:** • Schwächen: kleine Stichprobengrößen (z.T. hohe Dropout-Raten); fragliche Generalisierbarkeit der Ergebnisse der vorliegenden Studien (Ausschluss von Patienten mit komorbiden Störungen trotz häufiger Komorbidität von Angststörungen mit Depression, Substanzmissbrauch und weiteren Angststörungen; fragliche Repräsentativität der demographischen Merkmale der Studienpatienten vgl. mit der allg. Behandlungspopulation); insgesamt liegen nur wenige Studien zum Vergleich von zwei Behandlungsmodalitäten vor, die Ableitung von Schlussfolgerungen ist somit deutlich erschwert

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Valdez et al., 2005** Valdez, C.R., Carlson, C. & Zanger, D. (2005). Evidence-Based Parent Training and Family Interventions for School Behavior Change. *School Psychology Quarterly, 20 (4),* 403-433.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** vor 2003 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über evidenzbasierte Elterntraings und Familieninterventionen zur Veränderung des kindlichen Verhaltens im Schulsetting • **Eingeschlossene Studien:** über alle Störungsbilder hinweg insgesamt 24 Studien (19 Elterntrainings, 5 Familieninterventionen), davon 4 Studien zu Angststörungen • **Explizite Ausschlusskriterien:** andere Thematik (als Durchführung in der Schule, schulbezogene Behandlungskomponente, Einschluss von Messinstrumenten zur Erhebung der Veränderung schulischen Verhaltens); Studien zu universeller Prävention; anderes Störungsbild; Einzelfallberichte; kein Bereicht von mind. einer schulbezogenen Outcome-Variable; unveröffentlichte Studie *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- [im Allgemeinen: ca. 8-20 Sitzungen] • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=alternative Behandlungsansätze/-bedingungen, stationärer Aufenthalt, Warteliste, Monitoring) • **Störungsbilder:** Angststörungen (u.a. SAD, SchR), ADHD, Verhaltensstörungen (CD, ODD), Depression, Substanzmissbrauch, psychiatrische Notfälle • **Altersbereich:** 5-16 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (entsprechend der Outcome-Bereiche: Zielverhalten, familiäres Funktionsniveau, schulisches Funktionsniveau, sekundäre Outcome-Maße) • **Messzeitpunkte:** zumeist nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (3 Monate – 3 Jahre)	**Ergebnisse:** • *allgemein:* insgesamt finden sich mehr Studien zur Effektivität von Elterntrainings als zur Wirksamkeit von Familieninterventionen; Elterntrainings, behaviorale Familieninterventionen (v.a. bei Kindern und in der Frühpubertät) und multidimensionale systemische Interventionen (v.a. bei Jugendlichen) werden v.a. zur Behandlung von Verhaltensproblemen (ADHD, CD) angewendet; bei einem Drittel der Studien werden die Interventionen oder zumindest ein Behandlungsbaustein im Rahmen der Schule durchgeführt; insgesamt finden sich fast ausschließlich im weitesten Sinne behaviorale Interventionen; Kombinationsbehandlungen (eltern- und kindfokussierte Interventionen) sind einzelnen Bausteinen (eltern- oder kindfokussierte Intervention) in der Regel überlegen • zum Behandlungsende zeigen vier der 24 Studien große ES in Bezug auf eine Veränderung des Zielverhaltens und des schulischen Funktionsniveaus (1 Studie davon ist dem Bereich der Angststörungen zuzuordnen, 3 Studien dem Bereich der Verhaltensstörungen); zwei weitere Studien aus dem Bereich der Angststörungen erzielen mittlere bis große ES **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* trotz des bestehenden Zusammenhangs zwischen familiärem Umfeld und schulischem Verhalten sind Elterntrainings/Familieninterventionen im Rahmen von Schule eher ungewöhnlich; die (potentielle) Generalisierung des in Eltern-/Familieninterventionen Gelernten aufs schulische Setting wird bei Studien bislang nur unregelmäßig erhoben; ausgehend von der oft ohnehin kurzen Behandlungsdauer (8-20 Sitzungen) ist die erfolgreiche Durchführung von Eltern- und Familieninterventionen im Schulsetting als herausfordernd einzuschätzen • Forschung: Notwendigkeit, vorhandene Defizite (vgl. vorangegangene Abschnitte; keine Erhebung von Generalisierungseffekten) zu beheben; Notwendigkeit, bei familienfokussierten Interventionsstudien auf für die verschiedenen öffentlichen Schulen repräsentative Stichproben zurückzugreifen; Notwendigkeit, Generalisierbarkeit (klinische Nützlichkeit und Effektivität) der Interventionen für verschiedene ethnische und sozioökonomische Gruppen bzw. verschiedene Settings (u.a. Schule!) zu überprüfen; Notwendigkeit, ethnische, kulturelle und sozioökonomische Aspekte auch bei der Programmentwicklung zu berücksichtigen; Bedarf an Vergleichsstudien (verschiedene Behandlungsansätze innerhalb eines theoretischen Konzepts; ähnliche Behandlungsansätze über verschiedene theoretische Konzepte hinweg); Beantwortung der Frage nach der (kosten-)effektivsten Behandlungsvariante (für verschiedene Gruppen und Probleme); Notwendigkeit der häufigeren Erhebung von schulbezogenen Outcome-Maßen; Bedarf an regelmäßigen Updates zum Stand der Evidenzbasierung von eltern-/familienfokussierten, schulbasierten Interventionen • Praxis: Notwendigkeit, Eltern-/Familieninterventionen häufiger im schulischen Setting durchzuführen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • Schwächen: z.T. Vorliegen einer unzureichenden Datengrundlage (bei 9 Studien war keine ES-Berechnung möglich); z.T. Fehlen von Informationen zur Nationalität der Patienten; insgesamt wenige Studien zu nicht-behavioralen Interventionen; Mängel und große Variabilität in der Qualität des Studiendesigns (z.B. Fehlen von Berechnung und Bericht der ES; fehlende Kontrolle von mglw. relevanten Interaktionen; Designs erweisen sich als unzureichend, um solche Behandlungsbausteine zu identifizieren, die in besonderer Weise mit den Outcomes in Zusammenhang stehen; Fehlen von Replikationsstudien mit wiederholter Erhebung des schulischen Funktionsniveaus); z.T. mussten Studien aufgrund eines fehlenden schulbezogenen Outcome-Maßes ausgeschlossen werden, obwohl sie die Wirksamkeit der Intervention belegen (Studien zu ADHD erheben z.B. vermehrt schulbezogene Outcome-Maße; die Erhebung von schulbezogenen Outcome-Maßen ist bei Wirksamkeitsstudien zu Elterntrainings ansonsten eher uncharakteristisch), was mögl. Unterschiede ggü. den Ergebnissen anderer Studien erklären kann; auch unveröffentlichte und aktuellere Studien wurden ausgeschlossen • Stärken: viele Studien schließen ethnische Minderheiten ein; im Allgemeinen findet sich eine gute Qualität des Studiendesigns: z.T. geht die Durchführung der Behandlung mit einem enormen Aufwand einher (wie z.B. bei MST); Vorliegen von Randomisierung; Einschluss einer KG oder Vergleichsgruppe; Vorliegen einer Äquivalenz von EG und KG; Rückgriff auf reliable und valide Outcome-Maße; Rückgriff auf Manuale und Methoden, die Compliance des Therapeuten bzgl. der Intervention sicherstellen; Anwendung angemessener statistischer Analysen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Weisz et al., 2005** Weisz, J.R., Jensen-Doss, A. & Hawley, K.M. (2005). Youth Psychotherapy Outcome Research: A Review and Critique of the Evidence Base. *Annual Review of Psychology, 56,* 337-363.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1962-12/2002 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Quantitative methodologische Analyse und Review aller methodisch akzeptablen, veröffentlichten, *psychotherapeutischen* RCT-Studien zu den vier Hauptstörungsbildern • **Eingeschlossene Studien:** 236 RCT-Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine klinische Studie; nicht-englische Veröffentlichung; Fehlen einer Kontrollgruppe (=Warteliste, keine Behandlung, Placebo, keine aktive Behandlung); anderes Störungsbild (als eines der 4 Hauptstörungsbilder); Studien zu psychopharmakologischer Medikation (da ausschließlich Review zu Psychotherapien); Fehlen der Angaben zu Post-Treatment-Werten <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Warteliste, keine Behandlung, Placebo, keine aktive Behandlung) • **Störungsbilder:** Verhaltensstörungen, Angststörungen, depressive Störungen, ADHD • **Altersbereich:** 3-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** --- [Analyse verschiedener Studiencharakteristika: Charakteristika der Stichprobe; Erhebung des Diagnosestatus; Berücksichtigung therapienaher/-ferner Veränderungsbereiche; Auswahl der Outcome-Variablen (Quelle, Selbst-/Fremdbericht); untersuchte Behandlungsansätze; Behandlungsintensität; durchschnittliche Stichprobengröße (EG, KG); Art der Kontrollgruppe; klinische Repräsentativität (Probanden, Therapeuten, Setting)] • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** *allgemein:* • *Analyse verschiedener Stichprobencharakteristika:* Fehlen von Angaben zu Nationalität (in 60% der Studien) und sozioökonomischem Status (72% der Studien); damit einhergehend Fehlen von Berechnungen zu Moderatoren des Therapieerfolgs • *Bestimmung des Diagnosestatus:* in 75% der Fälle ist das Erfüllen der Diagnosekriterien keine Voraussetzung für eine Studienteilnahme (in den Fällen, in denen das Vorliegen einer ICD-/DSM-Diagnose Einschlussvoraussetzung ist, wird jedoch häufig nicht auf eine standardisierte Diagnoseerhebung zurückgegriffen); in 80% der Fälle findet zudem kein Rückgriff auf Cutoff-Kriterien statt • *Durchschnittliche Stichprobengröße (EG, KG):* häufiges Vorliegen einer zu geringen Stichprobengröße (N=22 statt N=50 als Grundlage für eine adäquate statistische „Power") • *Art der Kontrollgruppe:* Fehlen von aktiven Kontrollgruppen und herkömmlichen Behandlungsansätzen als Kontrollgruppe (anstelle von Warteliste, keiner Behandlung) • *Untersuchte Behandlungsansätze:* Überwiegen von Studien zu lernbasierten statt einsichtsbasierten Interventionen; Jugendliche sind deutlich häufiger im Fokus als ihre Eltern; individuelle Behandlung und Gruppentherapie kommen gleich häufig vor; häufiges Fehlen von Begleitmanualen, vorherigen Trainings und Supervision • *Klinische Repräsentativität:* nur 1% der Studien sind in Bezug auf die 3 Dimensionen „Probanden, Therapeuten und Setting" klinisch repräsentativ; somit besteht ein enormes Defizit an externer Validität; zudem Fehlen von Angaben zu Therapeutenstatus und Setting • *Auswahl der Outcome-Variablen:* gelungene Methodenvielfalt bei der Datenerhebung (verschiedene Quellen, Ausgewogenheit von Selbst- und Fremdbericht, verschiedene Verfahren) • *Berücksichtigung der Veränderungsbereiche:* die Vielzahl der für die Auswahl von Outcome-Variablen in Frage kommenden Veränderungsbereiche (therapienah, therapiefern, funktionell, Auswirkungen auf die Umwelt, Zufriedenheit) sollte stärkere Berücksichtigung finden **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • die Implikationen für Forschung und Praxis ergeben sich aus den im vorangegangenen Abschnitt (vgl. Abschnitt „Ergebnisse") geschilderten Stärken und Defiziten **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Windaus, 2005** Windaus, E. (2005). Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 54,* 530-558.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Übersicht über Wirksamkeitsstudien im Bereich tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie • **Eingeschlossene Studien:** 21 z.T. kontrollierte Studien, 6 umfangreiche Katamnesen [zudem Hinweis auf einige noch in der Pilotphase befindliche bzw. noch nicht ganz abgeschlossene Studien] • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** affektive Störungen, depressive Störungen, neurotische Störungen, Anpassungsstörungen, komplexe emotionale Störung mit Depressionssyndrom, emotionale Störungen, Angststörungen, emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit, Verhaltensstörungen, Kinder mit starker emotionaler Deprivation; Kinder mit expansiven (Verhaltens-)Störungen • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • *Entwicklung der analytischen Wirksamkeitsforschung* (deutschsprachige und internationale Arbeiten): Details zu dieser Thematik sind dem zu entnehmen • *allgemein:* im Vergleich zu anderen Psychotherapieverfahren besteht bei der analytischen Kinder- und Jugendlichentherapie ein Rückstand in der empirischen Forschung: 21 psychoanalytische Evaluationsstudien und 6 Katamnesen stehen weltweit 1500 Studien anderer Psychotherapieverfahren gegenüber; somit liegt ein krasses Missverhältnis zwischen praktischer Verbreitung und wissenschaftlicher Fundierung vor; die analytischen Verfahren werden aufgrund ihres geringen Forschungsvolumens und der dürftigen Befunde in der Öffentlichkeit z.T. recht negativ bewertet; zudem wächst der Druck, auch den Anforderungen des wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zu genügen; demgegenüber liegt die Verhaltenstherapie bzgl. ihrer Evidenzbasierung weit vor den anderen Psychotherapieverfahren; diese gute Forschungslage für die Verhaltenstherapie schlägt sich auch in den Empfehlungen von Ärzten, der Entwicklung von Leitlinien etc. nieder • *Angststörungen (F40-F42); emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit/Jugend (F 93):* Vorliegen von ca. 6 Studien (davon ca. 4 störungsspezifische Studien): für diesen Anwendungsbereich liegen drei kontrollierte und methodisch adäquate Wirksamkeitsstudien vor (eine weitere Studie kommt zu einem negativen Befund, der im Gegensatz zu allen anderen Befunden der psychoanalytischen Psychotherapieforschung steht) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* die vorhandenen Studien (v.a. die neueren Studien, die eine Kombination aus Warte-KG-Design und naturalistischer Feldabbildung darstellen) belegen die Wirksamkeit analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unter Versorgungsbedingungen; auch die vorliegenden Katamnesen bilden die Behandlungsrealität unter Versorgungsbedingungen naturalistisch gut ab die störungsspezifischen [4] Studien zu depressiven, Angst- und Verhaltensstörungen belegen einzig und erstmalig, kontrolliert und naturalistisch die Wirksamkeit analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der ambulanten Versorgung in Deutschland • Forschung: die psychoanalytische Psychotherapieforschung muss zur Selbsterhaltung des Verfahrens und des Berufsstandes zu einem notwendigen Instrument werden; Bestehen der Notwendigkeit, eine Kooperation mit an Psychoanalyse interessierten Forschern an Universitäten/Hochschulen herzustellen und Wahrnehmen weiterer Aufgaben (wie Anwerben von Drittmitteln, Anmahnen von Verfahrensausgewogenheit bei der Vergabe von Forschungsgeldern, Durchführung von Vergleichsstudien „Verhaltenstherapie vs. Psychoanalyse“); Beforschung der Langzeitwirkung von Strukturumwandlungen und der Nachhaltigkeit des Effekts (als spezifischem, bedeutsamen Faktor psychoanalytischer Behandlungen; Notwendigkeit einer Evidenzbasierung als Rechtfertigung der höheren Stundenkontingente); trotz ambivalenter Haltung Notwendigkeit einer Orientierung an den Mindestanforderungen und Regularien für Wirksamkeitsstudien; Bedarf an Effektivitätsstudien im Labor *und* naturalistischen Studien; Notwendigkeit der Implementierung einer Forschungsstruktur im Bereich der Psychoanalyse (ggf. auch durch eine jährliche Forschungsumlage für die Mitglieder der Berufs-/Fachverbände)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • Schwächen der Einzelstudien: Fehlen differenzierter Angaben zu Stichprobencharakteristika; Fehlen von KG unbehandelter Patienten (z.T. nur Bericht von Prä-Post-ES); Vorliegen vieler Studien mit gemischtem Klientel; vielfach retrospektive Datenerhebung; z.T. Vorliegen einer nicht-adäquaten Randomisierung; unzureichende Beschreibung der Behandlung (trotz Manualisierung); Fehlen von Informationen über Therapeutenerfahrung; relativ niedriger Störungsgrad der Patienten; z.T. Vorliegen nicht abgrenzbarer Wirkfaktoren/Konfundierung von Einflussfaktoren; z.T. Durchführung unzureichender Diagnostik • [Weitere Schwächen: vollständig narrative, eher unübersichtliche Darstellung des Status quo im Rahmen des Reviews; Erhalt sehr breiter Störungsgruppen bei Untergliederung nach den vom Wissenschaftlichen Beirat festgelegten 8 Anwendungsbereichen (insgesamt Vorliegen nur weniger störungsspezifischer Studien und Angaben); Bericht der ES ohne dazugehörige Berechnungsformel] • Stärken der Einzelstudien: Durchführung der Outcome-Messung auf mehreren Ebenen; Rückgriff auf reliable und valide Messinstrumente mit altersspezifischer Normierung; Durchführung naturalistischer Studien; Vorliegen einer randomisierten Therapeutenzuweisung; z.T. Rückgriff auf Warteintervalle und Warte-KG; z.T. Vorliegen langer Katamnesezeiträume; z.T. Durchführung psychometrischer Vorstudien zur Normierung der Erfassungsinstrumente

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW ZU METAANALYSEN: **Butler et al., 2006** Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26,* 17-31.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1967-07/2004 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über 16 Metaanalysen zum aktuellen Forschungsstand kognitiv-behavioraler Therapien bei Kindern, Jugendlichen und (in erster Linie) Erwachsenen • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von insgesamt 16 Metaanalysen (davon 1 Metaanalyse zu internalisierenden Störungen bei Kindern, die 22 RCT-Studien berücksichtigt) • **Explizite Ausschlusskriterien:** Metaanalysen ohne RCT-Studien als Grundlage, ohne Gewichtung der ES über die Stichprobengröße, ohne Analyse der ES-Heterogenität und ohne Analyse von Moderatorvariablen; nicht-englische Veröffentlichung; redundante Darstellungen; Fehlen einer klaren Abgrenzung zwischen CBT und anderen psychosozialen Interventionen *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=keine Behandlung, psychologisches Placebo) • **Störungsbilder:** Internalisierende Störungen bei Kindern (depressive, Angst- und somatische Störungen) • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** verschiedene Angst-Maße • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • kognitiv-behaviorale Therapien erweisen sich in der Behandlung von Angststörungen bei Kindern als hoch effektiv; die Effekte werden auch nach Therapieende über einen erheblichen Zeitraum beibehalten **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschung: Notwendigkeit der Durchführung von Metaanalysen zu einem breiteren Störungsspektrum, zu Langzeiteffekten der CBT und zum Vergleich von CBT mit alternativen Behandlungsansätzen **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **James, Soler & Weatherall, 2006** James, A., Soler, A. & Weatherall, R. (2005). Cognitive Behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, Issue 4.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1970-01/2004 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Kognitiv-behaviorale Therapie zur Behandlung von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** 13 RCT-Studien zu Angststörungen (Vorliegen einer ICD/DSM-Diagnose) • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; anderes Störungsbild (SP, PTSD, OCD, elektiver Mutismus); Durchführung von weniger als 8 Sitzungen; Fehlen einer ICD/DSM-Diagnose; Vorliegen alternativer Behandlungsansätze als KG (anstelle von WL, keine Behandlung); ungeeigete Outcome-Variablen (Fehlen des Diagnosestatus) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** mind. 8 Sitzungen (8-28 Stunden) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Warteliste, Aufmerksamkeitsbedingung) • **Störungsbilder:** Angststörungen (u.a. GAD, PD, OAD, SAD, SocP, AD) • **Altersbereich:** 6-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (u.a. Fragebögen, Diagnosestatus, Akzeptanz der Therapie) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (3 Monate – 6 Jahre, im Durchschnitt ca. 13 Monate)	**Ergebnisse:** • CBT scheint zur Behandlung von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen ein effektives Verfahren zu sein (für die Reduktion der Angstsymptomatik finden sich z.B. mittlere ES); bezugnehmend auf das Kriterium einer Remission der Angstdiagnose erweist sich CBT für 56% der Patienten als effektiv (ggü. einer Remissionsrate von 28% in der WL-KG); die FU-Daten weisen auf die Stabilität der Ergebnisse hin • zwischen individueller Therapie, Gruppentherapie und Familien-/Elterneinbezug zeigen sich keine Unterschiede • CBT scheint als Verfahren gut akzeptiert zu werden **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschung: genereller Bedarf an Forschung zu Angststörungen (mit Ausnahme von Forschung zu CBT); Notwendigkeit von Vergleichsstudien zwischen CBT und alternativen Behandlungsansätzen (diesbezüglich liegen bislang uneindeutige Ergebnisse vor); Bedarf an Studien zu spezifischen Angststörungen (GAD, OAD, SAD, SocP) und Mediatorvariablen; Notwendigkeit von Langzeitstudien; Notwendigkeit von Vergleichsstudien zwischen CBT und Kombinationsbehandlung/Pharmakotherapie; Bedarf an Studien zum Einfluss von Boostersitzungen; Notwendigkeit, (CBT-)Studien nach Altersgruppen zu differenzieren (Stratifizierung); Bedarf für weitere Studien zu den verschiedenen Behandlungsformaten von CBT **Methodische Aspekte:** • Schwächen: Vorliegen ausschließlich ambulanter Studien mit leichten bis mittelschweren Angststörungen, damit einhergehend liegt eine eingeschränkte Generalisierbarkeit der Ergebnisse vor (im Rahmen dieses Reviews v.a. Berücksichtigung von ambulanten und gemeindebasierten Therapien, Fehlen von schweren Angststörungen, Berücksichtigung eher jüngerer Kinder)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Schneider, 2006** Schneider, S. (2006). Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen. Behandlungsbedarf und Behandlungsmöglichkeiten. *Psychotherapeut, 51,* 99-106.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Übersicht zur Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen (u.a. zu Behandlungsmöglichkeiten) • **Eingeschlossene Studien: ---** • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer: ---** • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** Angststörungen (SAD, SocP, SP, GAD, soziale Ängstlichkeit, Leistungsängste) • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • *Darstellung der Ergebnisse von In-Albon & Schneider (2007):* die Ergebnisse der Metaanalyse belegen, dass Angststörungen im Kindes- und Jugendalter erfolgreich mit Verhaltenstherapie behandelt werden können; Katamnesedaten dokumentieren, dass die Therapieerfolge über mehrere Jahre stabil bleiben; beim Vergleich von individueller vs. Gruppentherapie sowie von kind- vs. familienzentrierter Therapie ergeben sich keine bedeutsamen Unterschiede bzgl. des Therapieerfolgs • *Darstellung der empirisch validierten Interventionen für einzelne Angststörungen:* vgl. Darstellung der Ergebnisse des Reviews von Schneider & Döpfner (2004) • die am häufigsten eingesetzten verhaltenstherapeutischen Interventionen sind die folgenden: *-> Interventionen mit dem Kind:* Konfrontationsverfahren, kognitive Umstrukturierung, Entspannungstechniken, positive Selbstinstruktionen *-> Interventionen mit den Eltern:* „Coaching“ der Eltern im Umgang mit der Angst des Kindes, Kommunikationstraining, Problemlösetraining, Behandlung der Angst der Eltern **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschung: Notwendigkeit der Durchführung von Komponentenanalysen zur Ermittlung der relevanten Wirkfaktoren komplexer Behandlungsprogramme; Notwendigkeit einer Erweiterung der Outcome-Kriterienbereiche (z.B. um Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Autonomie, Merkmale der Familie, elterliche Psychopathologie); Bedarf an „effectiveness“-Studien; Notwendigkeit der Entwicklung und Evaluation von störungsspezifischen Therapieprogrammen für die einzelnen Angststörungen; Bedarf an Prozessforschung (d.h. Forschung zu Basisfertigkeiten, wie altersadäquater Gesprächsführung, Beziehungsgestaltung und Motivationsarbeit); Bedarf für die Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien zum Einsatz von kind- vs. eltern- vs. familienzentrierten Interventionen; Notwendigkeit von Forschung zum Einfluss der elterlichen Psychopathologie auf die Behandlung der kindlichen Störung; Bedarf an Forschung zu Risiken und Nebenwirkungen von Verhaltenstherapie **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW & METANALYSE: **Schneider & In-Albon, 2006** Schneider, S. & In-Albon, T. (2006). Die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter – Was ist evidenzbasiert? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 34 (3),* 191-202.	<u>Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:</u> • **Zeitraum:** bis 03/2005 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention (MA), Pharmakotherapie (R) • **Inhalt:** Effektivität von psychotherapeutischen Behandlungen bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter (im Sinne eines evidenzbasierten Ansatzes) • **Eingeschlossene Studien:** 24 RCT-Studien zu Angststörungen (Vorliegen einer ICD/DSM-Diagnose) • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; anderes Störungsbild (OCD, PTSD); Fehlen einer ICD/DSM-Diagnose <u>Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** Angststörungen (SAD, SP, SocP, GAD) • **Altersbereich:**--- • **Abhängige Variablen:** --- (u.a. Diagnosekriterien) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (ca. 10 Monate); Katamnese (bis zu 7 Jahren)	**Ergebnisse:** *Psychotherapie:* • *allgemein:* bei den eingeschlossenen Studien handelt es sich ausschließlich um kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapiestudien; bislang kann nur die CBT die (kurz- und langfristig) erfolgreiche Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter anhand von RCT-Studien nachweisen; für viele Psychotherapieverfahren (z.B. systemische Psychotherapie, tiefenpsychologische Psychotherapie) liegen keine eindeutigen Wirksamkeitsnachweise vor • *evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen:* Psychoedukation, kognitive Bearbeitung dysfunktionaler Gedanken (Kind, Eltern), systematische Konfrontation mit den angstauslösenden Situationen (Angaben zu empirisch validierten Interventionen für die einzelnen Angststörungen sind dem Abschnitt „Ergebnisse“ des Reviews von Schneider & Döpfner (2004) oder dem Originalartikel zu entnehmen) • *Effektivität:* bei Behandlungsende und im FU finden sich große ES (Vorliegen von Prä-Post-ES bzw. Prä-FU-ES); die Katamnesedaten belegen die Stabilität der Therapieerfolge über mehrere Jahre; die Erfolge beschränken sich dabei nicht nur auf die Angstsymptomatik (beobachtbar ist z.B. auch eine Reduktion der depressiven Symptomatik); keine Wirksamkeitsunterschiede finden sich beim Vergleich von Einzel- vs. Gruppentherapie und Therapien mit vs. ohne Familieneinbezug (evtl. profitieren jüngere Kinder und Kinder von Eltern mit Angststörungen tendentiell stärker von einer familienzentrierten als von einer kindzentrierten Therapie, jedoch liegen auch andere, gegenteilige Ergebnisse vor; die optimale Passung zwischen Charakteristika von Kind/Familie und Therapiemerkmalen bleibt bislang offen) *Psychopharmakotherapie:* • *Effektivität:* erste RCTs (3 Studien) belegen die kurzfristige Wirksamkeit psychopharmakologischer Behandlung (mit SSRI); diese ist jedoch nur als Kombinationsbehandlung zusammen mit Psychotherapie empfehlenswert; alleinige Pharmakotherapie wird nur zur Überbrückung von Wartezeiten auf eine Psychotherapie, in Notfällen oder bei schweren Angststörungen zur Vorbereitung einer Psychotherapie angeraten • *allgemein:* die Arzneimittelforschung bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen liegt (ggü. der Psychotherapieforschung zu Angststörungen im Kindes-/Jugendalter) deutlich zurück; aufgrund der besonderen ethischen Anforderungen an klinische Studien mit Kindern/Jugendlichen und dem damit verbundenen hohen Aufwand wird diese Altersgruppe bei psychopharmakologischen Studien oft ausgeschlossen; seit der Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen in den USA ist ein allmählicher Anstieg von Arzneimittelstudien bei Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen (Herpertz-Dahlmann, 2004); weiterhin besteht ein dringender Bedarf an Studien zu Effektivität und Nebenwirkungen von Pharmakotherapie im Langzeitverlauf und einer adäquaten Datenlage zum direkten Vergleich der Wirksamkeit von Pharmakotherapie und Psychotherapie

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Forschung: Notwendigkeit von Studien zu spezifischen Angststörungen inklusive der Ausformulierung störungsspezifischer Manuale; Bedarf an vergleichenden Studien; bislang Fehlen von Informationen zur differentiellen Indikation; Bedarf an Forschung zu Mediatoren und Moderatoren; Bedarf an (bislang fehlender) Prozessforschung; Bedarf an (bislang fehlender) Forschung zu therapeutischen Basisfertigkeiten; Fehlen von Leitlinien zum Einbezug der Familie; Fehlen von Studien zum Einfluss der elterlichen Psychopathologie; Notwendigkeit von „effectiveness"-Studien; Bedarf an Studien zu Effektivität und NW von Pharmakotherapie im Langzeitverlauf; Bedarf an Vergleichsstudien (Pharmakotherapie vs. Psychotherapie) **Methodische Aspekte:** • es finden sich keine Hinweise für das Vorliegen einer Publikationsverzerrung

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **von Sydow et al., 2006** von Sydow, K., Beher, S., Schweitzer-Rothers, J. & Retzlaff, R. (2006). Systemische Familientherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters. Eine Metainhaltsanalyse von 47 randomisierten Primärstudien. *Psychotherapeut, 51,* 107-143.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** bis 12/2004 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Metainhaltsanalyse zu systemischer Familientherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters • **Eingeschlossene Studien:** über alle Störungsbilder hinweg insgesamt 47 RCT-Studien (davon 1 RCT-Studie zu Angststörungen) • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; nicht-deutsche, nicht-englische oder nicht-spanische Veröffentlichung; Studien mit Patienten ohne klinisch bedeutsame Problematik; Studien zu allgemeinen Erziehungsproblemen; Fehlen von minimalen Angaben zu Design (Zufallszuteilung), Stichprobe (Alter, Geschlecht, Art der Störung) und eingesetzten Interventionen (Vorgehen, Ansatz, Sitzungsanzahl, Gesamtdauer der Intervention); Interventionen ohne Bezugnahme auf einen systemischen Autor oder einen systemischen Begriff <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** ca. 13-16 Sitzungen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=andere Behandlungsansätze) • **Störungsbilder:** Angststörungen (u.a. GAS, SAD) • **Altersbereich:** 12-17 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (6 Monate)	**Ergebnisse:** *allgemein:* • die Evidenz für die Wirksamkeit von SFT ist für Störungen von Kindern und Jugendlichen besser belegt als für Störungen von Erwachsenen; die Behandlung mit SFT ist jedoch nicht immer hinreichend: bei schweren Störungen empfiehlt sich eine Kombination mit anderen psycho-therapeutischen oder pharmakologischen Interventionen • SFT kann Menschen mit psychischen Störungen oft besser ansprechen und in der Therapie halten als andere Ansätze (Vorliegen geringerer Dropoutraten, hohe Akzeptanz von Familien mit schwer dissozialen Jugendlichen, hohe Zufriedenheit seitens der Patienten); das Prinzip der „Ressourcenorientierung“ erweist sich als hochwirksame Interventionstechnik; der Elterneinbezug ist für den Therapieerfolg wesentlich, nicht jedoch die gleichzeitige Präsenz von Kind und Eltern; SFT bewirkt Verbesserungen im Erziehungsverhalten und in den Familienbeziehungen • häufig finden sich im Rahmen von SFT „positive Schläfereffekte“, d.h., dass sich SFT im Vergleich zu Verhaltenstherapie kurzfristig z.T. als etwas weniger wirksam, im FU jedoch als gleichwertig oder überlegen erweist; bislang liegen keine Hinweise dafür vor, dass SFT un-erwünschte Wirkungen hat; zudem zeigt sich bei SFT eine relative Kostengünstigkeit -> das Kosten-Nutzen-Verhältnis erweist sich somit als gut • *Bestimmte(s) Therapeutenverhalten bzw. Therapieprozessvariablen* (klare Zielorientierung, Manualtreue, auf den Veränderungen der familiären Interaktionen liegender therapeutischer Fokus) gehen mit verbesserten Familienbeziehungen, reduzierter Bindung des Jugendlichen an delinquente Peers und Reduktion von Problemverhalten einher; Voraussetzung dafür ist eine bis dahin aufgebaute Vertrauensbeziehung des Therapeuten zu den Familienmitgliedern • *Reframing* ist die einzige Intervention, die zu Therapiebeginn zu positiven Reaktionen von delinquenten Jugendlichen führt und effektiv dazu beiträgt, destruktive Interaktionen zwischen Jugendlichem und Eltern zu unterbrechen *Angststörungen:* • zu Angststörungen liegt bisher nur eine RCT-Studie vor • SFT erweist sich für dieses Störungsbild bislang als nicht wirksam (in der vorliegenden RCT-Studie findet sich *keine* Überlegenheit ggü. einer KG ohne Intervention, medizinischen Routinebehandlungen oder eine vergleichbare/stärkere Wirksamkeit verglichen mit anderen etablierten Interventionen (z.B. CBT-/psychodynamische Einzeltherapie, verhaltenstherapeutische Familientherapie/Elterntraining, Familienpsychoedukation, Gruppentherapie oder stationäre Therapie) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* für den Bereich der Forschung zu SFT finden sich in den letzten Jahren enorme Fortschritte (sowohl quantitativ als auch qualitativ); weiterhin besteht jedoch Bedarf an anspruchsvollen methodischen Anforderungen genügender systemischer Therapieforschung – v.a. in deutschsprachigen Ländern (Bedarf an RCT-Studien, Bedarf an Grundlagenforschung, aufgrund der Einschlusskriterien war im Rahmen dieser Arbeit die Berücksichtigung von nur einer deutschen Studie möglich)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • *allgemein:* die wissenschaftliche Wirksamkeit von SFT ist für 3 der vom „Wissenschaftlichen Beitrag Psychotherapie“ definierten 8 Anwendungsbereiche der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nachweisbar; etwaige Verfahren werden jedoch nur dann als wissenschaftlich anerkannt, wenn 4 der 8 Bereiche das Wirksamkeitskriterium (Effektivitätsnachweis in mind. 3 unabhängigen, methodisch adäquaten Studien) erfüllen **Methodische Aspekte:** • Vorliegen einer in den letzten Jahren deutlich verbesserten Studienqualität im Bereich der SFT-Forschung: bessere Beschreibung der Interventionen; häufigerer Einsatz von Manualen; empirische Überprüfung der Behandlungsintegrität; zunehmender Einsatz von „intent-to-treat“-Analysen; Rückgriff auf multiple Datenquellen; Durchführung multipler Outcome-Messungen mit längeren FU-Intervallen (bis zu 5 Jahren); Durchführung von Komponentenanalysen; Konzeption von Vergleichsstudien (SFT vs. CBT oder psychodynamische Therapie); Vorliegen von standardisierten, methodisch brauchbaren Verfahren zur Prozess- und Ergebnisanalyse

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
METAANALYSE: **Bridge et al., 2007** Bridge, J.A., Iyengar, S., Salary, C.B., Barbe, R.P., Birmaher, B., Pincus, H.A., Ren, L. & Brent, D.A. (2007). Clinical Response and Risk for Reported Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Pediatric Antidepressant Treatment. A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Medical Association, 297 (15),* 1683-1696.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1988-2006 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Effektivität und Suizidalität im Rahmen der Antidepressiva-Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (unter Berücksichtigung von Antidepressiva der zweiten Generation: SSRI, Venlafaxin) • **Eingeschlossene Studien:** 6 RCT-Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; anderes Studiendesign (crossover-Design, aktive KG, ausschließliche Randomisierung von „Respondern", zusätzliche Behandlung mit CBT, nicht abgeschlossene Studien); anderes Antidepressivum (TZA, MAO-Hemmer); unzureichende Datengrundla-ge (kein Vorliegen von Daten zur Wirksamkeit oder Suizidalität aus EG und Placebo-Gruppe, unzureichende Datenbereitstellung durch Erstautor); andere Angststörungen (als SAD, SocP, GAD) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** ca. 8-16 Wochen (M=11 Wochen) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** Angststörungen (OCD und Nicht-OCD); im Rahmen der Nicht-OCD-Studien GAD, SocP, SAD • **Altersbereich:** < 19 Jahre [5-17 Jahre] • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (Ansprechen auf die Behandlung, Auftreten von „suizidalen" Ereignissen) • **Messzeitpunkte**: u.a. nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** *Angststörungen:* • *Effektivität:* signifikante Überlegenheit der Antidepressiva (mittlere Effekte); bei Jugendlichen (vs. Kindern) und für SSRI (vs. Non-SSRI) sind die Effekte tendentiell höher *allgemein (Angststörungen und depressive Störungen):* • *Suizidalität:* wenngleich sich im Vergleich von Antidepressiva und Placebo in Bezug auf Suizidgedanken/-versuche über alle Studien und Störungsbilder hinweg ein leicht erhöhtes Risiko zuungunsten der Antidepressiva findet, erweisen sich die Unterschiede bzgl. des Suizidrisikos innerhalb der einzelnen Störungsgruppen als statistisch nicht signifikant; zudem sind die „risk difference"-Werte insgesamt sehr niedrig (< 1%) und vollendete Suizide wurden im Rahmen der vorliegenden Studien nicht berichtet -> über die verschiedenen Störungsgruppen hinweg findet sich ein ähnlich erhöhtes Suizidrisiko bei höherer Wirksamkeit von Antidepressiva bei Angststörungen (dieses Ergebnis widerlegt die Annahme, dass ein Mangel an Effektivität zur Entwicklung von Suizidalität führt) -> innerhalb der Placebo-Gruppe ist das Suizidalitätsrisiko bei depressiven Störungen etwas höher als bei Angststörungen; dieser Effekt gilt allerdings nur für die Gruppe der Jugendlichen -> zwischen Substanzen mit langer vs. kurzer Halbwertszeit liegen hinsichtlich des Suizidrisikos keine Unterschiede vor **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* Antidepressiva erweisen sich in ihrer Wirksamkeit einem Placebo überlegen; die stärksten Effekte finden sich für die Gruppe der Nicht-OCD-Angststörungen, mäßige für depressive Erkrankungen; über alle Störungsbilder hinweg scheinen die Vorteile die Risiken (Suizidgedanken/-versuche) zu überwiegen, obwohl die Nutzen-Risiko-Analyse natürlich auch vom Störungsbild, dem Alter des Patienten, der Chronizität der Erkrankung und den Rahmenbedingungen abhängt -> Jugendliche scheinen sowohl bei Angst- als auch bei depressiven Störungen tendentiell besser auf Antidepressiva anzusprechen als Kinder (ein möglicher Erklärungsgrund für dieses Ergebnis ist die Tatsache, dass SAD unter Kindern weiter verbreitet ist und nicht so gut auf Antidepressiva anzusprechen scheint wie die anderen Angststörungen) -> Antidepressiva scheinen in der Behandlung von Angststörungen (bei Kindern und Jugendlichen) effektiver zu sein als in der Behandlung von Depressionen (ein möglicher Erklärungsgrund für dieses Ergebnis ist die Tatsache, dass Angststörungen im Vergleich zu Depression durch eine höhere Chronizität und Stabilität charakterisiert sind; damit einhergehend zeigt sich bei Kindern mit Angststörungen eine größere Homogenität als bei depressiven Kindern, von denen nicht alle in Zukunft wiederkehrende Depressionen haben werden) • Empfehlung: Antidepressiva sind vorsichtig und mit gutem Monitoring einzusetzen und sind unter bestimmten Bedingungen (Berücksichtigung der störungsspezifischen Effektivität (Angst > Depression), gemeinsames Abwägen des Vorgehens mit allen an der Behandlung Beteiligten, Abwägen potentieller nicht-medikamentöser Behandlungsalternativen) als eine der Behandlungsoptionen der ersten Wahl zu betrachten

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Forschung: Notwendigkeit, auf weniger und größere Studienorte zurückzugreifen oder die Studienqualität zu verbessern (z.T. Absinken der ES bei Vorliegen zu vieler Studienorte); Idee/Empfehlung, eine Registrierung von Studien einzuführen (in der Hoffnung, dass dies zu reduziertem Publikationsbias und erhöhter Transparenz beiträgt); Notwendigkeit, alle Baseline-Charakteristika (die mit dem Behandlungserfolg oder der Suizidalität im Zusammenhang stehen könnten) im Vorfeld zu erheben und zu berichten, um potentielle Zusammenhänge berechnen zu können; Notwendigkeit der Entwicklung optimaler Monitoring-Methoden für die Antidepressiva-Behandlung (zur Erfassung von Response-Rate und NW; zudem könnte ein entsprechendes Monitoring-System sowohl bei Klinikern als auch bei Eltern das Vertrauen in eine Pharmakotherapie deutlich erhöhen); Notwendigkeit der Untersuchung von Wirkspiegeln (als möglichem Erklärungsgrund für fehlende Compliance bzw. zur Identifikation von langsamen vs. schnellen „Metabolizern“); Bedarf an Forschung zu pharmakogenetischen Prädiktoren von Therapieerfolg und NW **Methodische Aspekte:** • allgemein: kein Vorliegen eines Publikationsbias; es findet sich ein Einfluss der Methodik („random-“ vs. „fixed-effect“-Modell, Rückgriff auf „relative-risk“-Berechnungen vs. Diskussion verschiedener Nachteile von „relative-risk“-Angaben) auf die Ergebnisse, jedoch bei vergleichbarer Höhe der resultierenden Effekte • Schwächen: mäßige Quantität und Qualität der vorliegenden Einzelstudien -> Schlußfolgerungen zu möglichen Moderatoren sind so nur begrenzt möglich; viele potentiell relevante Moderatorvariablen wurden zudem gar nicht erst erhoben; die Sekundäranalysen sind somit mit Vorsicht zu betrachten; viele Studien sind eigentlich nicht dafür konzipiert, Suizidalität als Outcome zu erheben (häufig wurden vor Studienbeginn Patienten mit erhöhtem Suizidrisiko ausgeschlossen; Suizidalität wurde häufig nur indirekt (über aversive Ereignisse), retrospektiv und nicht systematisch erfasst); keine inhaltliche Betrachtung/Berücksichtigung anderer Nebenwirkungen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Hunsley & Lee, 2007** Hunsley, J. & Lee, C.M. (2007). Research-Informed Benchmarks for Psychological Treatments: Efficacy Studies, Effectiveness Studies and Beyond. *Professional Psychology, Research and Practice, 38,* 21-33.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1872-03/2006 [1998-2005] • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Interventionen • **Inhalt:** Überblick über „effectiveness"-Studien bzw. deren Vergleich/Benchmarking mit Ergebnissen von „efficacy"-Studien bei Kindern, Jugendlichen [und Erwachsenen] • **Eingeschlossene Studien:** über alle Störungsbilder hinweg insgesamt 14 „effectiveness"-Studien, davon 5 Studien zu Angststörungen • **Explizite Ausschlusskriterien:** anderes Studiendesign (keine „effectiveness"-Studie); kein Vorliegen von mind. einer „efficacy"-Studie zu diesem Behandlungsansatz (d.h. kein Vorliegen eines Wirksamkeitsnachweises); unzureichende Datengrundlage bzgl. Verbesserung der Symptomatik; Patientenrekrutierung ausschließlich über Werbung (d.h. überhaupt keine zugewiesenen Patienten); Vorliegen von weniger als 2 „effectiveness"-Studien zum jeweiligen Störungsbild <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 9-19 Sitzungen • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder**: Depression, Angststörungen, disruptive Verhaltensstörungen bei Kindern, Störungen des Sozialverhaltens bei Jugendlichen • **Altersbereich: ---** • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); z.T. FU (3-15 Monate)	**Ergebnisse:** • *Angststörungen:* sowohl in Bezug auf die „*Completer*"-*Rate* als auch in Bezug auf die im Rahmen der Behandlung erzielten *Verbesserungen* sind die Ergebnisse von „effectiveness"- und „efficacy"- Studien im Wesentlichen vergleichbar: -> „Completer"-Rate: 87% („efficacy"-Studien) vs. 79-100% („effectiveness"-Studien) -> Remissionsrate: 63% („efficacy"-Studien) vs. 11-88% („effectiveness"-Studien) -> die FU-Daten weisen darauf hin, dass die Behandlungserfolge auch nach Abschluss der Therapie aufrechterhalten werden • *allgemein:* alle „effectiveness"-Studien mit Kindern und Jugendlichen berichten „Completer"-Raten größer als 75% (dies ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass überhaupt gute Behandlungserfolge erzielt werden können; außerdem Anzeichen dafür, dass die Patienten von der Behandlung profitieren) • *Trainings-Status des Therapeuten*: zumeist Kombination aus störungsspezifischem Training im Vorfeld (Lesen von Behandlungsmanual und Hintergrundartikeln, Workshop-Besuch) und regelmäßiger Supervision -> eine Kombination aus Manualwissen und Supervision ist erwiesenermaßen sehr effektiv und entspricht der Auflage an die Behandler, ihr Wissen regelmäßig aufzufrischen bzw. auszubauen (Qualitätssicherung, „life-long-learning") -> offen ist die Frage, welches Ausmaß von Training und Supervision optimal ist und wie diese Trainingsprogramme so gestaltet bzw. im klinischen Alltag umgesetzt werden können, dass sie maximal effektiv sind **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* trotz einiger methodischer Einschränkungen in den „effectiveness"-Studien liegen somit vielversprechende Belege für die Transportierbarkeit von im Rahmen von „efficacy"- Studien nachgewiesenermaßen effektiven Behandlungen ins klinische Setting vor; dies ist als Ermutigung zu bewerten, diese Verfahren zunehmend einzusetzen; für das FU liegen vielversprechende Ergebnisse vor, für die meisten Störungen findet sich diesbezüglich jedoch eine unzureichende Datengrundlage für die meisten herkömmlichen klinischen Angebote („routine clinical services") für Kinder und Jugendliche liegen demgegenüber eher geringere Behandlungserfolge vor; auch einzelne „effectiveness"-Studien zum Vergleich von „usual clinical service" vs. Nachgewiesenermaßen wirksamen Interventionen (mit randomisierter Zuweisung zu einer der beiden Behandlungsgruppen) weisen auf die Überlegenheit der nachgewiesenermaßen wirksamen Intervention ggü. einer Standardbehandlung hin • *allgemein:* zum Zwecke des Benchmarking scheint sich der Rückgriff auf „efficacy"-Studien zu bewähren; die Empfehlung geht dahin, diesbezüglich auf Metaanalysen (Vorliegen vieler Studien, Patienten und Therapeuten) zurückzugreifen; die Relevanz der jeweiligen Benchmarking-Werte ist dabei vom Ausmaß der Ähnlichkeit (bzgl. Interventionsansatz, Therapiedauer, Symptomschwere, Patienten- und Therapeutencharakteristika) zwischen Benchmarking-Studien und zu überprüfender Studie abhängig; die Werte der KG (= keine Behandlung) können im Rahmen des Benchmarking als untere Grenze eingesetzt werden; als problematisch erweist sich das Fehlen von adäquaten „efficacy"-Studien als Voraussetzung für den Prozess des Benchmarking

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Forschung: Bedarf an weiteren „effectiveness“-Studien (trotz bislang konsistenter, vielversprechender Ergebnisse); Fehlen von Vergleichstudien („efficacy“- Studien vs. „routine practice“); Notwendigkeit, bei „effectiveness“-Studien eine ausreichende Datengrundlage zu erheben und zu berichten (z.B. Angaben zur Veränderung des Diagnosestatus und klinisch bedeutsamen Veränderungen); Notwendigkeit der Durchführung von (mittlerweile zunehmend eingesetzten) „intent-to-treat“-Analysen (bei „Completer“-Analysen finden sich Raten von etwa 10% mehr Verbesserung); Notwendigkeit von FU-Daten (bislang unzureichendes Wissen zu Langzeitwirkung); Notwendigkeit, „efficacy“-Studien gemäß der im klinischen Alltag benötigten Interventionen zu konzipieren (bzgl. Relevanz und Vergleichbarkeit) **Methodische Aspekte:** • allgemein: insgesamt liegen nur wenige „effectiveness“-Studien vor • Schwächen der Einzelstudien: in den Studien mit Kindern und Jugendlichen finden sich nicht ausschließlich zugewiesene Patienten; es findet sich eine hohe Variabilität an vorliegenden Outcome-Maßen zur Messung der Symptomverbesserung durch die Behandlung • Schwächen des Reviews: Notwendigkeit, einige „effectiveness“-Studien aufgrund der unzureichenden Datengrundlage auszuschließen; nicht alle Studien berichten „Completer“- *und* „intent-to-treat“-Analysen; Fehlen von FU-Daten

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **In-Albon & Schneider, 2007** In-Albon, T. & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of Childhood Anxiety Disorders: A Meta-Analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76,* 15-24.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** bis 03/2005 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Effektivität von Psychotherapie zur Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter • **Eingeschlossene Studien:** 24 RCT-Studien zu Angststörungen (Vorliegen einer ICD/DSM-Diagnose) • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; anderers Störungsbild (OCD, PTSD); Fehlen einer ICD/DSM-Diagnose (subklinische Fälle); keine ausreichende Datengrundlage (M, STD, Stichprobengröße); N<10; Einzelfallstudie; psychopharmakologische Studien *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 3-18 Sitzungen (M=12) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Warteliste, Aufmerksamkeits-Placebo-Bedingung, alternative Behandlungsansätze) • **Störungsbilder:** Angststörungen (u.a. SAD, SocP, OAD, GAD, SP, PD, AG, SchR, AD, SchP); zudem OCD, CD • **Altersbereich:** 6-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (ca. 10 Monate); Katamnese (bis zu 7 Jahren)	**Ergebnisse:** • *allgemein:* bei den eingeschlossenen Studien handelt es sich ausschließlich um kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapiestudien, zu allen anderen Behandlungsansätzen (z.B. systemische Psychotherapie, tiefenpsychologische Psychotherapie) fehlen den CONSORT-Kriterien genügende RCTs; bislang kann so nur die CBT die (kurz- und langfristig) erfolgreiche Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter anhand von RCTs nachweisen • *Effektivität:* bei Behandlungsende und im FU finden sich große ES (Vorliegen von Prä-Post-ES bzw. Prä-FU-ES); die Katamnesedaten belegen die Stabilität der Therapieerfolge über mehrere Jahre (Bericht sowohl von „Completer"- als auch von „intent-to-treat"-Analysen); es handelt sich somit um eine effektive Möglichkeit der Behandlung von Angststörungen; die Erfolge beschränken sich nicht nur auf die Angstsymptomatik (es findet sich eine deutliche Symptomverbesserung), beobachtbar ist z.B. auch eine Reduktion der depressiven Symptomatik; im EG-KG-Vergleich finden sich bei Behandlungsende mittlere ES auch für die aktive Aufmerksamkeits-Placebo-Bedingung liegt eine relativ hohe (Prä-Post-) ES vor, Psychoedukation ohne Exposition scheint mglw. ebenfalls sehr hilfreich zu sein • keine Wirksamkeitsunterschiede finden sich beim Vergleich von Einzel- vs. Gruppentherapie (evtl. Konfundierungsprobleme) und Therapien mit vs. ohne Familieneinbezug (evtl. profitieren jüngere Kinder und Kinder von Eltern mit Angststörungen tendentiell stärker von einer familienzentrierten als von einer kindzentrierten Therapie, jedoch liegen auch andere, gegenteilige Ergebnisse vor; die optimale Passung zwischen Charakteristika von Kind/ Familie und Therapiemerkmalen bleibt bislang offen) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschung: Notwendigkeit von Studien zu spezifischen Angststörungen (GAD, SAD SP); Fehlen von RCTs zu anderen Behandlungsansätzen; Notwendigkeit von „effectiveness"-Studien **Methodische Aspekte:** • allgemein: es finden sich keine Hinweise für das Vorliegen einer Publikationsverzerrung • Schwächen: die Angabe der ES erfolgt leider ohne Informationen/Bezug zu Symptomschwere bzw. Funktionsniveau; Rückgriff auf einseitige Quellen zur Erhebung der Outcome-Variablen (meist nur Selbstbericht)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Reinblatt & Riddle, 2007** Reinblatt, S.P. & Riddle, M.A. (2007). The pharmacological management of childhood anxiety disorders: a review. *Psychopharmacology, 191,* 67-86.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1985-2006 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Pharmakologische Behandlung von Angststörungen bei Kindern • **Eingeschlossene Studien:** 10 RCT-Studien zu Angststörungen (davon 5 Studien zu SSRI und 5 Studien zu Trizyklika) • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; Alter > 18 Jahre; N < 10 Studienteilnehmer; ungeeignete Outcome-Variablen; Behandlungsdauer > 6 Monate; kein pharmakologischer Behandlungsansatz; anderes Störungsbild; unveröffentlichte Studie *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 6-16 Wochen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo, Placebo plus kognitiv-behaviorale Therapie, keine Angabe) • **Störungsbilder:** Angststörungen (u.a. SAD, SocP, GAD, SchP, elektiver Mutismus) [zudem OCD] • **Altersbereich:** ca. 5-17 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** im Verlauf der Behandlung nach Behandlungsende (Post-Treatment) [FU: unsystematischer Bericht]	**Ergebnisse:** • *allgemein:* GAD, SocP und SAD (als gemeinsame Störungsgruppe) können sicher und effektiv durch SSRI behandelt werden; die stärksten Wirksamkeitsnachweise liegen für Fluoxetin und Fluvoxamin vor • *SSRI:* SSRI haben TZA als Behandlungsmethode der Wahl für kindliche Angststörungen ersetzt -> Vorliegen von insgesamt 5 Studien: 2 Studien (Fluvoxamin, Fluoxetin) belegen Wirksamkeit von SSRI für SAD, GAD und SocP (kleine bis große ES: 0.4-1.1) mit im Wesentlichen guten Nebenwirkungsprofilen; 3 weitere Studien belegen die Effektivität für spezifische Angststörungen (GAD, SocP, elektiver Mutismus): für Sertralin zeigen sich in der Behandlung von GAD sehr große Effekte; Paroxetin geht in der Behandlung von SocP mit guten Effekten einher, gleichwohl bestehen jedoch Sicherheitsbedenken (einige Patienten entwickeln Suizidideen; fraglicher Zusammenhang zur SSRI-Einnahme); in der Behandlung von elektivem Mutismus finden sich uneindeutigere, aber tendentiell positive Ergebnisse -> kein Vorliegen von Alterseffekten in Bezug auf den Behandlungserfolg • *TZA:* TZA sollten – nicht zuletzt aufgrund ihrer verschiedenen Nachteile (mäßige Sicherheit; potentielles Auftreten kardiovaskulärer Nebenwirkungen, die EKG-Monitoring erfordern; Toxizität bei Überdosis) – nicht als Behandlungsmethode der ersten Wahl betrachtet werden -> Vorliegen von insgesamt 5 Studien: 1 Studie berichtet positive Effekte für Imipramin-Behandlung von Schulphobie, eine weitere Studie tendentiellen Nutzen für Imipramin bei Schulverweigerung (die Interpretation gestaltet sich aufgrund einer begleitenden CBT-Behandlung in diesem Fall jedoch schwierig); alle anderen 3 TZA-Studien (Imipramin, Imipramin/Alprazolam, Clomipramin) zeigten keinen signifikanten Behandlungseffekt oder Interpretationsschwierigkeiten bzgl. der Ergebnisse **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Vorliegen von guten Belegen für die Wirksamkeit von SSRI zur Behandlung von kindlichen Angststörungen, obwohl weiterhin viele Fragen unbeantwortet bleiben • *allgemein:* Vorliegen von Hinweisen für die Wirksamkeit sowohl von medikamentösen als auch von psychotherapeutischen Monotherapien für SAD, GAD und SocP (die aufgrund ichres gemeinsamen Auftretens und ähnlicher pharmakologischer Behandlungsprinzipien oft als Störungsgruppe zusammengefasst werden): es finden sich konsistente (im Allgemeinen mittlere bis große) ES sowie Wirksamkeitsnachweise in placebo-kontrollierten Studien • Forschung: Notwendigkeit von direkten Vergleichsstudien zur Erhebung der relativen Wirksamkeit von Pharmakotherapie, Psychotherapie und Kombinationsbehandlung; Fehlen von direkten Vergleichsstudien für SAD, SocP und GAD; Fehlen von großen, eindeutigen Wirksamkeitsstudien für kindliche PTSD und SP **Methodische Aspekte:** • Schwächen: z.T. fragliche Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf alle kindlichen Angstpatienten (bei den Studienpatienten liegen nur wenige Komorbiditäten vor); im Bereich der TZA-Forschung liegen keine großen Multicenter-Studien vor, zudem erweist sich der Aspekt der sich im Verlauf der vergangenen Jahre verändernden Diagnosekategorien als problematisch

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Spielmans et al., 2007** Spielmans, 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	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** bis 05/2005 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Übersicht zur Effektivität von CBT im Vergleich zu anderen Interventionen (bona fide-, non-bona fide-Interventionen) bei Angststörungen und Depression im Kindes- und Jugendalter • **Eingeschlossene Studien:** über beide Störungsbilder hinweg insgesamt 24 Studien zu bona-fide-Interventionen und 13 Studien zu non-bona fide-Interventionen (nicht nach Störungsbildern getrennt) • **Explizite Ausschluss:kriterien** anderes Störungsbild; anderes Studiendesign (als kognitive und/oder behaviorale Intervention vs. mind. eine andere psychotherapeutische Intervention, die auch kognitiv und/oder behavioral sein kann); unzureichende Beschreibung der Behandlung (die keine Einordnung in bona-fide oder non-bona fide zulässt); Standardbehandlung als KG (weil meist keine ausreichende Definition der Intervention vorliegt); nicht-englische Veröffentlichung; unzureichende Datengrundlage (um ES zu berechnen); andere Altersgruppe; anderes Störungsbild aus dem Spektrum (PTSD, OCD); Vorliegen von ausgeprägten Symptomen einer Störung des Sozialverhaltens oder anderer signifikanter Verhaltensprobleme <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer: ---** • **Vergleichsgruppen:** EG (=CBT) vs. KG (=bona-fide-Intervention -> systemische Familientherapie, soziales Kompetenz-Training, kognitive Restrukturierung, Rollenspiele, „self-modeling“, EMDR, Expo-in-vivo, IPT, Kontingenzmanagement, Selbstkontrolle, Problemlösen /ODER/ =non-bona fide-Interventionen -> non-direktive supportive Unterstützung, Aufmerksamkeitsplacebo, Entspannung, edukative Unterstützung, „emotional disclosure“, „computerized exposure“, nicht-fokussierte Intervention /ODER/ =Ergänzung von CBT um weitere CBT-Bausteine wie Elterntraining, Familienmanagement oder Gruppentraining) • **Störungsbilder:** Angstsymptomatik oder depressive Symptomatik (ICD-/DSM-Diagnosekriterien müssen nicht unbedingt erfüllt sein) • **Altersbereich:** < 18 Jahre (für die Mehrzahl der Behandelten) • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcomevariablen (direkte, die Kernsymptomatik betreffende Outcome-Maße; indirekte Outcome-Maße) • **Messzeitpunkte:** u.a. nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • CBT erweist sich non-bona fide-Interventionen als überlegen: bei direkten Outcome-Maßen finden sich mittlere ES; bei indirekten Outcome-Maßen nicht-signifikante Unterschiede • ferner zeigt sich eine Überlegenheit von allen bona fide-Interventionen (inkl. CBT) ggü. non-bona fide-Interventionen: für direkte Outcome-Maße finden sich mittlere ES, für indirekte Outcome-Maße kleine ES • umfangreiche, vollständige CBT-Behandlungen sind einzelnen CBT-Komponenten (in alleiniger Anwendung) nicht überlegen -> dies kann als Beleg dafür gewertet werden, dass keine Behandlungsspezifität vorliegt [vgl. Abschnitt „sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen“ für wichtige Anmerkungen zu dieser Schlussfolgerung] • die Unterschiede zwischen verschiedenen bona fide Interventionen zeigen ein homogenes Verteilungsmuster um den Bereich Null -> dies kann als weiterer Beleg dafür gewertet werden, dass keine Behandlungsspezifität vorliegt (d.h. für bestimmte Verfahren spezifische Inhalte nicht mit anderen, abweichenden Outcomes einhergehen) [vgl. Abschnitt „sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen“ für wichtige Anmerkungen zu dieser Schlussfolgerung] **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* die Ergebnisse deuten [zunächst] darauf hin, dass die für CBT zentralen, spezifischen Therapieinhalte zu keiner „besonderen“ Verbesserung von Angst- bzw. depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter führen (d.h. es liegt keine Behandlungsspezifität vor); der fehlende Unterschied zwischen umfangreichem CBT-Programm und einzelnen CBT-Komponenten könnte jedoch auch (nicht als fehlende Behandlungsspezifität der CBT, sondern) als mäßiger Behandlungszugewinn durch Elterntrainings interpretiert werden, da es sich bei den CBT-Zusatzbausteinen fast ausschließlich um Elterntrainings handelt • *Weitere Bemerkungen, Schlussfolgerungen und Empfehlungen:* -> für direkte Outcome-Maße finden sich größere ES als für indirekte Outcome-Maße -> das vorliegende Ergebnis steht im Gegensatz zu den Befunden von Weisz et al. (1995), der in seiner Arbeit eine Überlegenheit von behavioralen ggü. non-behavioralen Therapien findet; die Widersprüchlichkeit der Ergebnisse scheint aus verschiedenen methodischen Aspekten der Weisz-Arbeit (Fehlen von direkten Vergleichen, geringere methodische Qualität und Kontrolle von konfundierenden Variablen) zu resultieren; gemessen an den Ergebnissen der vorliegenden Studie scheint es sich beim Weisz-Ergebnis somit um ein Artefakt zu handeln [vgl. Abschnitt „methodische Aspekte“ zur Bewertung der methodischen Qualität der vorliegenden Arbeit] -> die vorliegenden Ergebnisse unterstützen den Ansatz der allgemeinen Wirkfaktoren (wie therapeutischer Beziehung, Konsistenz, Empathie Veränderung der Grundannahmen, Vertrauen, Behandlungsrational, glaubwürdigem therapeutischem Vorgehen), die allen bona fide-Interventionen gemein sind und der durch verschiedene Studien gestützt wird (u.a. finden sich wenige behandlungsspezifische Moderatoren)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
	Bona-fide-Interventionen: (-> als Voraussetzung müssen drei Punkte erfüllt sein) • geschulter Therapeut (Master oder Teilnehmer eines Graduierten-Programms im Bereich klinischer Psychologie o.ä.) • individualisierte Behandlung, Aufbau einer therapeutischen Beziehung durch „face-to-face"-Kontakte • die Behandlung enthält valide psychologische Komponenten (mind. 2 Aspekte sind erfüllt): Verweis auf einen etablierten Behandlungsansatz bzw. eine Psychotherapieschule; Beschreibung der Therapieinhalte im Rahmen von /Studien und Verweis auf zugrundeliegendes psychologisches Prinzip/Prozess; Nutzung eines Behandlungsmanuals im Rahmen der Behandlung; Identifikation der relevanten Behandlungsbausteine (und deren Quelle/Ursprung)	**Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung):** -> innerhalb der bona-fide-Therapien findet sich keine Überlegenheit einer Technik bzw. eines Verfahrens ggü. einer/einem anderen; daraus kann die Empfehlung abgeleitet werden, sich von der Durchführung von Vergleichsstudien (zwischen verschiedenen bona fide-Interventionen) weg zu orientieren – und den Fokus vermehrt auf Forschung zu allgemeinen Wirkfaktoren und den Einbezug von Feedback in die Therapie zu legen (um das Outcome weiter zu verbessern) • Forschung: Notwendigkeit, die verschiedenen Outcome-Maße in Metaanalysen zu differenzieren (vgl. ES-Unterschiede zwischen direkten und indirekten Outcome-Maßen); Notwendigkeit; verschiedene Psychotherapieformen (Spieltherapie, klientenzentrierte Therapie, psychodynamische Therapie) direkt mit CBT zu vergleichen -> ausgehend von den Ergebnissen dieser Metaanalyse [Vorliegen einer Studie zu depressiven Störungen] und Erwachsenenstudien ist anzunehmen, dass sich keine Unterschiede finden; Bedarf an vermehrter Forschung zum Einfluss von regelmäßigem Feedback an den Therapeuten über die Therapieerfolge des Patienten zur Verbesserung der psychotherapeutischen Arbeit (die Wirksamkeit dieser Methode ist durch einige Studienbelegt) -> jedoch bislang fragliche Wirksamkeit dieses Mechanismus' in der Behandlung von *Jugendlichen*, zudem Notwendigkeit von Forschung zu den der Wirksamkeit von Feedback zugrundeliegenden Mechanismen sowie zur praktischen Umsetzung der im Feedback erhaltenen Impulse; Bedarf an vermehrter Forschung zu allgemeinen Wirkfaktoren • Praxis: Notwendigkeit, Therapeuten stärker hinsichtlich „allgemeiner Wirkfaktoren" zu schulen (im Gegensatz zur derzeitigen Fokussierung auf evidenzbasierte Behandlungsansätze) **Methodische Aspekte:** • Stärken der Arbeit: ausschließlicher Rückgriff auf direkte Vergleichsstudien (im Gegensatz zu den indirekten Vergleichen im Rahmen der Arbeit von Weisz et al. (1995): CBT vs. WL/Aufmerksamkeits-Placebo im Vergleich zu non-behavioralen Interventionen vs. WL/Aufmerksamkeits-Placebo); Notwendigkeit einer vermehrten Berücksichtigung der Brauchbarkeit/Zweckmäßigkeit der in Vergleichsstudien zum Einsatz kommenden alternativen Behandlungsansätze (geeignete Interventionen sollten „aktive Behandlungsbausteine sein, auf bekannten psychologischen Prinzipien basieren und für den individuellen Patienten massgeschneidert sein") im Gegensatz zum häufigen Rückgriff auf non-bona fide-Interventionen als KG -> die Unterteilung in bona fide- und non-bona fide-Interventionen ist somit von besonderer Relevanz • [Schwächen der Arbeit: zum Vergleich von CBT vs. bona fider Non-CBT-Intervention liegt nur eine Studie zum Bereich der depressiven Störungen vor; fragliche Qualität der Schlussfolgerungen im Rahmen des Reviews (z.B. Fehlen von Behandlungsspezifität als Erklärung für den fehlenden Unterschied zwischen umfangreicher CBT und CBT-Teilkomponenten; vgl. Abschnitt „Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen"); kaum/keine Erwähnung findet die Tatsache, dass die angeführten „anderen" bona fide-Interventionen fast ausschließlich CBT-nahe Interventionen oder CBT-Bausteine sind (vgl. Abschnitt „Vergleichsgruppen")]

Tabelle A 6.2 Deskriptive Auswertung: Übersichtsarbeiten zu depressiven Störungen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Ambrosini, 2000** Ambrosini, P.J. (2000). A Review of Pharmacotherapy of Major Depression in Children and Adolescents. *Psychiatric Services, 51 (5),* 627-633.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1960-1999 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Statusreport zur Pharmakotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Major Depression • **Eingeschlossene Studien:** 9 kontrollierte Studien zu Major Depression (6 Studien zu TZA- und 3 Studien zu SSRI-Behandlung) • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine doppelblinde und placebokontrollierte Studie; kein Rückgriff auf reliable diagnostische Verfahren; kein Einsatz von standardisierten Instrumenten zur Therapieerfolgsmessung; Studie mit kleiner Stichprobe (d.h. N<10) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 5-10 Wochen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** depressive Störungen, v.a. MDD (z.T. Vorliegen einer ICD/DSM-Diagnose, z.T. nur Vorliegen erhöhter Skalenwerte) • **Altersbereich:** 6-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (Response-Raten, Rückgriff auf verschiedene Instrumente (CGI, Hamilton DRS, CDRS, BDI)) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • TZA: es findet sich keine Überlegenheit ggü. einem Placebo; zudem Problematik der potentiell kardiotoxischen Wirkung (v.a. im Vergleich zu den SSRI); es liegt kein eindeutiger Beleg dafür vor, dass sich Komorbidität auf den Therapieerfolg auswirkt • SSRI/SNRI (Fluoxetin, Venlafaxin): insgesamt sind nur wenige Studien verfügbar; Vorliegen inkonsistenter Ergebnisse: trotz negativer Effekte bei 2/3 der Studien finden sich auch Hinweise darauf, dass sich neuere Antidepressiva für die Behandlung depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen eignen könnten; Voraussetzung ist eine mind. 8-10wöchige Behandlung **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschung: insgesamt liegen nur wenige Studien mit gutem Studiendesign vor -> Bedarf an weiteren Studien und Replikation der gefundenen Ergebnisse **Methodische Aspekte:** • Schwächen: Vorliegen einer geringen Vergleichbarkeit/Konsistenz der Studien in Bezug auf Eingangskriterien, Outcome-Maße/-Messinstrumente (d.h. die Definition des „Therapie-erfolgs“ ist inkonsistent) und kontinuierlichen Bericht der Response-Raten; Einschluss von Major Depression und Dysthymia; keine besondere Eignung/Sensitivität einiger Skalen zur Messung pharmakotherapeutischer Effekte; mglw. Vorliegen inadäquater Medikamenten-dosierungen im Rahmen von Studien

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Baving & Schmidt, 2001b** Baving, L. & Schmidt, M.H. (2001b). Evaluierte Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie II. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 29 (3)*, 206-220.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention; Pharmakotherapie, Kombinationsbehandlung • **Inhalt:** Bestimmung des Evaluationsniveaus psychotherapeutischer, psychopharmakologischer und kombinierter Behandlungsansätze bei verschiedenen psychiatrischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (u.a. depressive Störungen) • **Eingeschlossene Studien:** 20 „efficacy"-Studien (z.T. RCT): 6 Studien zu psychotherapeutischen Ansätzen und 14 Studien zu psychopharmakologischen Ansätzen (zu depressiven Störungen) • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=keine Behandlung, alternative Behandlungsansätze, Placebo) • **Störungsbilder:** depressive Störungen: u.a. Major Depression, Dysthymia und „double depression" • **Altersbereich:** 7-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- <u>Definition der Evaluationsniveaus (Chambless & Hollon, 1998; Jobson & Potter, 1995):</u> Evaluationsniveau A: Vorliegen von mind. 2 RCT-Studien Evaluationsniveau B: Vorliegen einer RCT-Studie Evaluationsniveau C: Vorliegen offener Studien ohne Kontrollbedingungen, Kasuistiken	**Ergebnisse:** *Psychotherapeutische Behandlungsansätze:* • Kognitive Verhaltenstherapie: Evaluationsniveau A • Interpersonelle Psychotherapie: Evaluationsniveau A • allgemeine Behandlungsergebnisse (über alle Interventionen hinweg): weniger depressive Symptome, mehr Remissionen • CBT war bezüglich der depressiven Symptomatik kurzfristig wirksamer als systemisch-behaviorale Familientherapie und nicht-direktive supportive Therapie, in der Langzeitwirksamkeit zeigte sich jedoch kein Unterschied • IPT (mit einem Fokus auf sozialen Beziehungen) erwies sich für die Bereiche Selbstwertgefühl und soziale Anpassung als besonders wirksam *Psychopharmakologische Behandlungsansätze:* • Fluoxetin: Evaluationsniveau B (Depression) / C (Dysthymia) • Paroxetin: Evaluationsniveau C • Sertralin: Evaluationsniveau C -> erfolgreich zur Behandlung von Major Depression und Dysthymia eingesetzt • Trizyklika (oral): TZA sind einem Placebo kaum überlegen, zudem sind die kardialen Nebenwirkungen zu bedenken • Clomipramin (Infusion): bewirkt eine Symptoreduktion; die Anzahl der Responder nach Clomipramin war jedoch nicht signifikant größer als nach Placebo *Kombinierte Behandlungsansätze:* • --- **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • --- **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Chambless & Ollendick, 2001** Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology, 52,* 685-716.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über empirisch gestützte psychologische Interventionen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von insgesamt 37 empirisch gestützten Therapieansätzen für Kinder und Jugendliche in den Evaluationskategorien „well-established" und „probably efficacious" • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** Depression • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999): „well-established": mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious": 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising": Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** *Depression:* • „well-established": --- • „probably efficacious": Fertigkeitentraining für Jugendliche („coping with depression"), CBT für Kinder • „promising": --- **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschungsempfehlungen: höherer Bedarf an „effectiveness"-Studien; Notwendigkeit der Erhebung von Lebensqualität als wichtiger Outcome-Variable; Bedarf an Forschung zur Verbesserung des Matching zwischen Probanden-Charakteristika und passenden Behandlungsansätzen **Methodische Aspekte:** • **---**

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Hibbs, 2001** Hibbs, E.D. (2001). Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry, 10 (Supplement 1),* I3-I11.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bericht:** Psychologisch-psychosoziale Intervention [Prävention] • **Inhalt:** Evaluation von empirisch basierter Psychotherapieforschung für Kinder und Jugendliche • **Eingeschlossene Studien:** 7 Studien zu depressiver Symptomatik (bei 7-14jährigen) und 7 Studien zu Depression (bei 13-18jährigen); d.h. Vorliegen von Studien zu Behandlung und sekundärer Prävention • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 5-20 Sitzungen • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** depressive Störungen (u.a. MDD, Dysthymia bei den 13-18jährigen) und depressive Symptomatik (bei den 7-14jährigen) • **Altersbereich:** 7-18 Jahre (für Studien zu „probably efficacious"-Ansätzen) • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- <u>Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999):</u> „well-established": mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious": 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising": Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** *Depressive Störungen :* • „well-established": --- • „probably efficacious": CBT im Gruppensetting (inkl. Psychoedukation, sozialem-Kompetenz-Training, Selbstkontrolle, Problemlösetraining, kognitiver Restrukturierung, Entspannung, Affektregulation) -> Vorliegen von Studien zu CBT und IPT -> die Behandlung führt zu einer Reduktion der depressiven Symptomatik; Stabilität der Effekte über 5 Wochen - 2 Jahre (FU) -> keine der Interventionen erweist sich den anderen als überlegen **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** *allgemein:* • insgesamt Vorliegen weniger „well-established"-Interventionen, d.h. fehlende empirische Unterstützung für eine Vielzahl von Interventionen • Empfehlungen: Notwendigkeit einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis; Notwendigkeit vermehrter „effectiveness"-Studien; Forderung einer verbesserten Rückfallprophylaxe und verlängerter Therapieintervalle; Bedarf an langfristigen FU-Studien (bislang häufige Beobachtung von Rückfällen im zweiten Jahr nach Therapieende); Notwendigkeit einer vermehrten Berücksichtigung von Störungs-Untergruppen; Notwendigkeit einer Erweiterung des Zielspektrums über die Symptomreduktion hinausgehend (d.h. Berücksichtigung anderer Funktions- und Lebensbereiche) **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Weisz & Jensen, 2001** Weisz, J.R. & Jensen, A.L. (2001). Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child and Adolescent Psychiatry, 10*, I12-I18.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Darstellung zentraler Ergebnisse der Psychotherapieforschung für Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung von „efficacy"- und „effective-ness"-Forschung • **Eingeschlossene Studien:** über 500 „efficacy"-Studien und 14 „effectiveness"-Studien (über alle untersuchten Störungsbilder hinweg), 9 Studien für depressive Störungen • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** depressive Störungen • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999): „well-established": mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious": 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising": Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** *Depressive Störungen:* • „well-established": --- • „probably efficacious": CBT im Gruppensetting für Kinder (Stark et al.) und Jugendliche (Lewinsohn et al.) mit folgenden Komponenten: Fertigkeitentrainings zum Erlernen von Selbstkontrolle, sozialen Interaktionen, Muskelentspannung, Aufbau angenehmer Aktivitäten, Identifikation und Modifikation dysfunktionaler Kognitionen **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** *allgemein:* • Fehlen von Studien zu anderen als den vier häufigsten Störungsbildern • Fehlen von Studien an älteren Jugendlichen (ggü. vielen Studien an Kindern) • Notwendigkeit der Überprüfung einer Vielzahl von in der Praxis bereits eingesetzten Interventionsverfahren (z.B. psychodynamische Verfahren, Familientherapie, ...) • Notwendigkeit der Berücksichtigung von Moderatoren und Mediatoren im Rahmen der Therapieforschung • Fehlen von „effectiveness"-Studien • Fehlen von alternativen Behandlungsansätzen (ggü. dem traditionellen Praxisbesuchs-Modell), z.B. aufsuchende Arbeit, gemeindebasierte Arbeit, Schularbeit **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Compton et al., 2002** Compton, S.N., Burns, B.J., Egger, H.L. & Robertson, E. (2002). Review of the Evidence Base for Treatment of Childhood Psychopathology: Internalizing Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70 (6),* 1240-1266.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1985-2001 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie [Prävention: Vorliegen einer Studie] • **Inhalt:** Übersicht über empirisch gestützte (psychosoziale und psychopharmakologische) Behandlungsansätze für Kinder mit Depression im Alter von 6-12 Jahren (mit dem Ziel, durch Behandlung von Depression im Kindesalter einem Substanzmissbrauch im Jugendalter vorzubeugen) • **Eingeschlossene Studien:** 10 RCT-Studien, 1 kontrollierte Studie (6 psychosoziale Interventionen, 5 pharmakologische Interventionen) zu Depression • **Explizite Ausschlusskriterien:** andere Altergruppe; nicht-englische Veröffentlichung *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 2 Sitzungen-12 Wochen (psychosoziale Studien), 5-8 Wochen (psychopharmakologische Studien) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=keine Behandlung, Warteliste, Aufmerksamkeitsplacebo, supportive Intervention, alternative Behandlungsansätze, Placebo) • **Störungsbilder:** Kinder mit depressiven Symptomen (u.a. MDD, Dysthymia oder Minor DD; Vorliegen hoher Fragebogen-Werte, z.T. Vorliegen einer ICD/DSM-Diagnose für Major Depression oder Dysthymia) • **Altersbereich:** 6-12 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (8 Wochen – 2 Jahre für psychsoziale Interventionen; kein FU für psychopharmakologische Interventionen)	**Ergebnisse:** *allgemein:* • im Vergleich zur Gruppe der Angststörungen findet sich für den Bereich der kindlichen Depression bzgl. Anzahl und Qualität der Studien eine deutlich schlechtere empirische Datenbasis; es besteht ein Forschungsrückstand ggü. den externalisierenden Störungen, ggü. den psychiatrischen Störungen bei Jugendlichen und Erwachsenen im Allgemeinen, ggü. dem Bereich der Depression bei Jugendlichen und ggü. den kindlichen Angststörungen (der Forschungsstand zu kindlicher Depression befindet sich noch in einem frühem Stadium) *Psychosoziale Studien:* • mittlere bis große ES (0.16-1.89); CBT reduziert die depressive Symptomatik verglichen mit WL/inaktiver Bedingung, jedoch findet sich für die meisten aktiven Behandlungen (CBT, Entspannung, Aufmerksamkeitsplacebo, unfokussierte supportive Therapie) eine gute Reaktion bzw- Überlegenheit ggü. einer WL/inaktiver Bedingung; zwischen den verschiedenen aktiven Behandlungen liegen oft keine Unterschiede vor; Stabilität der Effekte (bis 2 Jahre nach Behandlungsende, in diesem Zeitraum finden sich für ein Präventionsprogramm sogar noch wachsende Effekte) • es finden sich ausschließlich Studien zu CBT oder behavioralen Interventionen ggü. fehlenden Studien zu IPT und Familienmanagment; bei den Programmen handelt es sich ausschließlich um (altersgemäße) Anpassungen von Programmen für Jugendliche und Erwachsene, nicht um eigens für Kinder entwickelte Ansätze • zentrale Bausteine sind kognitive Umstrukturierung, interpersonelles Problemlösen, Entscheidungsfertigkeiten, Entspannung, Coping-Strategien und Generalisierung des Gelernten; dabei finden verschiedene Techniken Berücksichtigung (Psychoedukation, Diskussion, Modelllernen, Rollenspiel, Selbstkontrolle, Hausaufgaben, Feedback, Verstärkungslernen) *Psychopharmakologische Studien:* • kleine bis mittlere ES (0.11-0.54); Trizyklika sind einem Placebo nicht überlegen (evtl. finden sich bei optimal eingestelltem Plasmaspiegel Effekte, auch das ist jedoch fraglich); Fluoxetin als SSRI ist kurzfristig einem Placebo überlegen (Vorliegen einer Studie) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** *Forschung:* • *allgemein:* Notwendigkeit der Untersuchung von Mediatoren des Therapieerfolgs (insbesondere angesichts der Wirksamkeit vieler aktiver Behandlungen); Notwendigkeit der Durchführung von „effectiveness"-Studien, der Berücksichtigung von aktiven Behandlungen (anstelle von WL) als KG und der Berücksichtigung von anderen Kriterienbereichen (z.B. Familie, Schule, Kliniksaufenthalte)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
	Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999): „well-established“: mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious“: 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising“: Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung):** • *Psychosoziale Studien:* Notwendigkeit von Vergleichs- und Prozessforschung; Fehlen von Studien zu CBT mit schwer depressiven Kindern; Bedarf eines größeren Spektrums an Outcome-Variablen (bislang oft nur Rückgriff auf Symptomreduktion als Outcome-Variable; das Funktionsniveau wird bisher nicht erfasst); Fehlen einer Replikation der Ergebnisse (deswegen liegen bislang keine „well-established“-Interventionen und wenige „probably efficacious“-Interventionen vor); Bedarf an Studien mit ambulant zugewiesenen Kindern (bislang v.a. Durchführung im Schulsettung); Bedarf an längeren Interventionen (bislang v.a. kurze Interventionen mit einer Behandlungsdauer von 8-12 Wochen) • *Psychopharmakologische Studien:* Notwendigkeit einer Replikation der Ergebnisse; insgesamt Bedarf an Studien (bislang liegen nur sehr wenige Studien zu antidepressiver Medikation vor, ganz im Gegensatz zur aktuellen Verschreibungspraxis der Ärzte); Notwendigkeit der Erhebung von (bislang fast nicht vorliegenden) FU-Daten; Notwendigkeit, andere Outcome-Maße einzubeziehen **Methodische Aspekte:** • *allgemein:* Vorliegen einer schlechten empirischen Datenbasis: Fehlen von Replikationen für CBT-Studien; Rückgriff auf nicht-zugewiesene Kinder ohne psychiatrische Diagnose; die Befunde zu Trizyklika und SSRI sind ebenfalls nicht repliziert; die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist fraglich; aufgrund der unterschiedlichen Outcome-Maße findet sich eine schlechte Vergleichbarkeit der Ergebnisse; kein Einbezug von Outcome-Variablen, die Substanzmissbrauch berücksichtigen; Durchführung von „Completer“-Analysen bei psychosozialen Ansätzen vs. Durchführung von „intent-to-treat“-Analysen bei psychopharmakologischen Studien; z.T. relativ kurze FU-Intervalle und kleine Stichproben

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Döpfner & Lehmkuhl, 2002b** Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002b). Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychologische Rundschau, 53 (4),* 184-193.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Übersicht über empirische Ergebnisse (und methodische Probleme) bei der Untersuchung der Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter • **Eingeschlossene Studien: ---** • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder: ---** • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999): „well-established“: mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious“: 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising“: Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** • *Status quo:* Psychotherapieforschung im Kindes- und Jugendalter hat sich in quantitativer und qualitativer Hinsicht verbessert; Vorliegen von Kriterien für empirisch bewährte Interventionen bei unterschiedlichen Störungen und Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien für Diagnostik und Therapie; die Vielzahl methodisch zufriendenstellender Untersuchungen stammt aus dem kognitiv-behavioralen Spektrum, für alle anderen Therapierichtungen (psychodynamisch, psychoanalytisch, non-direktiv, familientherapeutisch orientiert) liegen kaum vergleichbare Studien vor • *Methodische Probleme:* Fehlen und reduzierte Effektivität (ES von ca. 0.0) von „effectiveness“-Studien; Notwendigkeit eines breiteren Spektrums an Outcomekriterien; Relevanz multimodaler und multimethodaler Outcome-Erhebung • *Globale Metaanalysen:* Darstellung der Ergebnisse von Casey & Berman (1987), Kazdin et al. (1990), Weisz et al. (1987), Weisz et al. (1995): Es finden sich durchschnittlich mittlere bis starke Effekte (ES von ca. 0.80); Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist ähnlich wirkungsvoll wie Psychotherapie mit Erwachsenen; durch kognitiv-behaviorale Verfahren lassen sich mittlere bis starke Effekte erzielen, durch nicht-behaviorale Methoden geringe bis mittlere Effekte; die Therapieeffekte bleiben über einen Zeitraum von durchschnittlich 6 Monaten stabil; die Therapieeffekte sind spezifisch (die Effekte therapieproximaler Kriterien sind etwa doppelt so hoch wie die Effekte therapiedistaler Kriterien) • *Spezifische Metaanalysen:* Vorliegen stärkerer Interventionseffekte tendentiell für altere Mädchen (ggü. gleichaltrigen männlichen Jugendlichen und jüngeren Kindern); bei internalen Störungen Nachweis der Effekte meist über Peer- oder Selbsturteile, bei externalen Störungen über Lehrer-/Beobachterbeurteilungen oder Verhaltenstests; kognitive Interventionen sind v.a. bei älteren Kindern (11-13 Jahre) wirkungsvoll, während bei jüngeren Kindern schlechtere Effekte erzielt werden; die Effekte kognitiver Interventionen sind kurzfristiger Natur und selten länger als 3 Monate nachweisbar • *Depressive Störungen:* „well-established“ -> --- „probably efficacious“ -> kognitiv-behaviorale Interventionen (Steigerung angenehmer Aktivitäten, Problemlöse- und soziales Kompetenztraining, PMR, Reduktion dysfunktionaler Kognitionen), IPT **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Nachholbedarf der Forschung im deutschen Sprachraum verglichen mit dem international zu verzeichnenden Fortschritt; Notwendigkeit einer permanenten Aktualisierung der evidenzbasierten Leitlinien; Relevanz von Vergleichsstudien (Pharmakotherapie vs. Psychotherapie vs. Kombinationsbehandlung) und Multicenter-Studien; Bedarf an Forschung zu Mediatoren und Moderatoren; Notwendigkeit von „effectiveness“-Studien und Kosten-Nutzen-Analysen (Optimierung der ökonomischen Aspekte und Verbesserung der gesellschaftlichen Legitimation für entsprechende Investitionen) **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Hazell et al., 2002** Hazell, P., O'Connell, D., Heathcote, D. & Henry, D. (2002). Tricyclic drugs for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2002,* Issue 2.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1978-2001 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** TZA zur Behandlung von Depression bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** 13 RCT-Studien zu Depression (7 RCT-Studien für Jugendliche ab 12 Jahre, 4 RCT-Studien für Kinder unter 12 Jahren, 2 Studien für Kinder/Jugendliche kombiniert) • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; Studie mit gemischter Jugendlichen-/Erwachsenen-Stichprobe; Rückgriff auf Patienten mit einem IQ<80; Fehlen einer für eine Metaanalyse geeigneten Datengrundlage bzw. eines adäquaten Datenberichts; intravenöse Verabreichung der Medikation *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 4-10 Wochen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** depressive Störungen • **Altersbereich:** 6-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (Depressionsskalen, CGI) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • es findet sich keine umfassende Verbesserung durch die Behandlung; ein signifikanter aber kleiner Effekt (0.31) liegt für die Symptomreduktion vor (jedoch bei fehlender klinischer Bedeutsamkeit dieses Effekts) -> bei der Subgruppenanalyse zeigen sich für Jugendliche bessere Ergebnisse als für Kinder (0.47 vs. -0.15) • für verschiedene Nebenwirkungen (Schwindel, Bluthochdruck, Tremor und Mundtrockenheit) finden sich ggü. der KG signifikante Unterschiede, in Bezug auf andere Nebenwirkungen gibt es zwischen EG und KG keine Unterschiede -> das Vorliegen dieser Nebenwirkungen ist prinzipiell kein Hinderungsgrund für die Anwendung von TZA, jedoch liegen im Rahmen vieler Studien keine systematisch erhobenen Daten zu Nebenwirkungen vor; dieser Fakt ist angesichts der diskutierten potentiell ungünstigen Effekte der TZA als deutliches Versäumnis zu bewerten • *allgemein:* TZA scheinen zur Behandlung von Kindern ungeeignet, für Jugendliche weisen sie maximal mittlere, meist sehr bescheidene Effekte auf; es zeigt sich ein verbessertes Ansprechen auf TZA mit zunehmendem Alter -> die Gründe für die unterschiedliche Wirksamkeit von TZA bei Erwachsenen vs. Kinder/Jugendlichen bleiben unklar, es werden verschiedene neuropharmakologische Ideen diskutiert (z.B. Einfluss von Reifungsprozessen, Stoffwechsel oder hormonellen Veränderungen; Verhältnis von serotonergem zu noradrenergem System; Vorliegen einer komplett anderen Ätiologie der Störung bei frühem „Onset“) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** *Forschung:* • bei einer TZA-Behandlung liegen verschiedenen Risiken vor (kardiotoxische Wirkung, letale Wirkung bei Überdosis, mögliche Induktion von bipolaren Störungen); sollen TZA weiter verschrieben werden, besteht ein enormer Bedarf an Wirksamkeitsnachweisen • andere Substanzklassen (SSRI, SNRI, MAO) und Psychotherapie (spezifische Ansätze, Familientherapie, supportive Therapie) scheinen für die Behandlung geeigneter und sollten umfassend erforscht werden • Bedarf an Vergleichsstudien zur relativen Wirksamkeit von ambulanter vs. stationärer Behandlung; Notwendigkeit der Durchführung von Multicenter-Studien, um größere Stichproben zu erhalten; Bedarf an Studien zur intravenösen Verabreichung (als möglicher Anwendungsform für Jugendliche mit schwerer Symptomatik, bei denen eine schnelle Symptomreduktion erzielt werden soll) mit größerer Stichprobe **Methodische Aspekte:** • Schwächen: z.T. liegen deutlich zu kurze Behandlungsintervalle vor, um Behandlungseffekte überhaupt entdecken zu können

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Heiser & Remschmidt, 2002** Heiser, P. & Remschmidt, H. (2002). Die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer und die neueren Antidepressivasubstanzen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 30 (3),* 173-183.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** bis 01/2002 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Übersicht über SSRI und neuere Antidepressiva-Substanzen (SARI, NaSSA, NDRI, SNRI) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie • **Eingeschlossene Studien:** 12 doppelblinde-placebokontrollierte Studien zu TZA-Behandlung, 17 Studien zu SSRI-Behandlung (z.T. kontrolliert, z.T. prospektiv, z.T. Kurvenauswertung), 6 Studien zu neueren Antidepressiva (v.a. prospektiv und Kurvenauswertung) • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 5-10 Wochen (bei TZA-Behandlung), ca. 2 Wochen-6 Monate (bei SSRI-Behandlung), 4-13 Wochen (bei Behandlung mit neueren Antidepressiva) • **Vergleichsgruppen:** z.T. EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** Depression (u.a. MDD, Dysthymia, bipolare Störungen); z.T. zudem komorbide Störungsbilder (ADHD, Angststörung, AN, BN, Impulsausbrüche, Persönlichkeitsstörungen) • **Altersbereich:** 6-24 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (Depressions-Maße, Diagnosestatus, Response-Rate, allgemeiner klinischer Eindruck) • **Messzeitpunkte:** im Verlauf der Behandlung; nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** *Depression:* • *TZA* sind einem Placebo bei der Behandlung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen nicht überlegen; mögliche Gründe hierfür sind: Vorliegen eines noch nicht komplett ausgebildeten noradrenergen und serotoninergen Neurotransmittersystems, bei Depression im Kindes- und Jugendalter handelt es sich um eine andere biologische Entität, Vorliegen mangelnder Compliance aufgrund der bestehenden Nebenwirkungen • *SSRI:* Vorliegen von nur 3 doppelblinden-placebokontrollierten Studien (für Fluoxetin und Paroxetin); es finden sich uneinheitliche, z.T. vielversprechende Ergebnisse; *neuere Antidepressiva:* Vorliegen von nur einer doppelblinden-placebokontrollierten Studie: eine Kombinationsbehandlung aus Venlafaxin und Psychotherapie ist einer Kombinationsbehandlung aus Placebo und Psychotherapie nicht überlegen; allerdings sind die bis jetzt durchgeführten prospektiven und retrospektiven Studien mit den neueren Antidepressiva vielversprechend *allgemein:* • für Kinder und Jugendliche mit anderen psychiatrischen Störungen (Tourette, Zwang, Mutismus, ADHD, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Störung des Sozialverhaltens, Substanzmissbrauch, PTBS) liegen für SSRI und die neueren Antidepressiva-Substanzen ebenfalls vielversprechende Studien vor (Vorliegen von 7 doppelblinden-placebokontrollierten Studien zu SSRI und einigen prospektiven und retrospektiven Studien zu den neueren Antidepressiva) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* die bis jetzt durchgeführten Studien mit den neueren Antidepressiva sind vielversprechend, allerdings sind weitere doppelblinde placebokontrollierte Studien notwendig **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Kazdin, 2002** Kazdin, A.E. (2002). The State of Child and Adolescent Psychotherapy Research. *Child and Adolescent Mental Health, 7 (2)*, 53-59.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über den aktuellen Forschungsstand der Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien: ---** • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** Depression, Angststörungen, ODD/CD, ADHD • **Altersbereich:** < 19 Jahre • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • deutliche Fortschritte der Forschung in Bezug auf Quantität der kontrollierten Behandlungsstudien und Verbesserung der Studienqualität (Einsatz von Behandlungsmanualen zur Erhöhung der Behandlungsintegrität, Erfassung klinisch signifikanter Veränderungen, übereinstimmende Hinweise auf Wirksamkeit (ES von ca. .70 im Vergleich von EG vs. keine Behandlung), Verfügbarkeit und Identifikation von evidenzbasierten Behandlungen für eine Vielzahl von klinischen Störungen; Entwicklung von Behandlungsleitlinen für die klinische Praxis) • Evidenzbasierte Behandlungen im Bereich der depressiven Störungen: CBT, „coping with depression course“, IPT **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *6 Schritte zur Entwicklung effektiver Behandlungen nach Kazdin (2002)* -> (1) verbessertes psychopathologisches Wissen bzgl. Entstehung, Aufrechterhaltung, Wiederauftreten und Remission der Störung (Generierung von Hypothesen und Hypothesentestung); Identifikation von Subtypen, Risiko- und Präventivfaktoren; (2) Forschung zu der Behandlung zugrundeliegenden Mechanismen und Prozessen (z.B. Neurotransmitter, Lernen, Motivation) und empirische Überprüfung der entwickelten Veränderungstheorien (nehmen Interventionen Einfluss auf die angenommenen Prozesse?); (3) Behandlungsspezifizierung: Operationalisierung von Behandlungsansätzen (am besten in Manualform) zur Evaluierung der Behandlungsintegrität und möglichen Replikation; (4) Studien zum Behandlungserfolg mit verschiedenen Designs/Studientypen; (5) Weitere Analysen zu Moderatorvariablen, verbesserter Selektion/Matching und Anpassung der Interventionen an den einzelnen; (6) Überprüfung von Generaliserbarkeit und Anwendbarkeit des Ansatzes (in verschiedenen Varianten) auf verschiedene Settings, Stichproben, Störungen -> generelle bestehende Notwendigkeit eines gezielten, planvolleren Vorgehens, um größere Fortschritte zu erzielen • *Aspekte individueller Studien/Psychotherapien nach Kazdin (2002) -> Klärung eines Fragenkatalogs* (inwieweit ist Behandung einer Nicht-Behandlung überlegen? Welche Komponenten tragen zur Veränderung bei? Welche Ansätze können kombiniert werden, um den Behandlungserfolg zu optimieren? Welche Paramter können variiert werden, um das Outcome zu beeinflussen/verbessern? Relative Wirksamkeit der Behandlung ggü. anderen Behandlungen? Welche Moderatorvariablen beeinflussen das Outcome? Welche Prozesse und Mechanismen nehmen Einfluss auf die therapeutische Veränderung? Inwieweit liegt Generalisierbarkeit auf Settings, Störungen etc. vor?); *Notwendigkeit einer Erweiterung der Outcome-Kriterien* (Symptomreduktion erweist sich für langfristige Anpassung und Funktionsniveau nicht als bester Prädiktor; Nutzen der Therapie wird so oft unterschätzt), je nach Störung, Subtyp und Entwicklungsstand Berücksichtigung von kindlichem Funktionsniveau, elterlichem/familiärem Funktionsniveau und/oder sozialen Auswirkungen • *Notwendigkeit der Berücksichtigung weiterer Aspekte im Rahmen von Forschung*: Verbreitbarkeit („disseminability“), Kosten und Akzeptanz von Behandlungen; Erweiterung der Forschung auf andere Stichproben (z.B. Kinder kranker Eltern, geistige/körperliche Behinderung, chronische Erkrankung, Missbrauch und Vernachlässigung, Straftäter, obdachlose Jugendliche) • *Relevanz der Erfassung des Forschungsfortschritts:* Bestehen einer Notwendigkeit, den Forschungsfortschritt systematisch zu überwachen und zu evaluieren -> Bedarf nach einem übergeordneten Forschungsplan und einem regelmäßigen Abgleich von offenen Forschungsfragen und deren sukzessiver Klärung im Rahmen von Studien

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Schwächen der bisherigen Forschung: Vorliegen von insgesamt relativ wenigen evidenzbasierten Behandlungen; evidenzbasierte Behandlungen werden im klinischen Praxisalltag oft nicht angewendet vs. fehlende/geringe Evidenzbasierung für eine Vielzahl von in der Praxis bereits eingesetzten Verfahren; viele Unterschiede zwischen Forschungs- und Praxis-Setting (d.h. fragliche Generalisierbarkeit der Ergebnisse und Effekte); insgesamt Vorliegen eines engen Forschungsfokus -> Fokussierung v.a. auf den Behandlungsansatz, weniger auf Charakteristika von Kind, Eltern und Familie; Fokussierung auf Symptomreduktion als Outcome-Kriterium, weniger auf andere für Funktionsniveau und Langzeitprognose relevante Bereiche (schulisches Funktionsniveau, Beeinträchtigung, Peer-Beziehungen); keine Fokussierung auf Prozess-/Mediator-/Moderatorvariablen (wie/warum funktioniert Therapie?) -> Notwendigkeit der Berücksichtigung dieser wichtigen Aspekte, um Behandlungen weiter zu optimieren; Fehlen eines systematischen, übergeordneten, den Fortschritt begünstigenden Forschungsplans **Methodische Aspekte:** • **---**

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
METAANALYSE: **Michael & Crowley, 2002** Michael, K.D. & Crowley, S.L. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 22,* 247-269.	<u>Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:</u> • **Zeitraum:** 1980-1999 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie [Prävention] • **Inhalt:** Psychosoziale und pharmakologische Behandlungen für Depression bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** 38 Studien zu Depression: 21 Studien zu psychosozialen Ansätzen und 3 Präventionsstudien (davon 15 RCT-Studien (v.a. „efficacy"-Studien) und 9 Studien mit Prä-Post-Vergleichen (v.a. „effectiveness"-Studien)); 14 RCT-Studien zu pharmakologischen Ansätzen • **Explizite Ausschlusskriterien:** Fehlen eines Zugriffs auf die Studie (z.B. bei Dissertationen); Fehlen eines EG-KG- bzw. Prä-Post-Vergleichs; andere Altersgruppe; kein Vorliegen einer psychologischen bzw. pharmakologischen Intervention; kein Vorliegen von depressiver Symptomatik oder Depressionsdiagnose (entsprechend sekundärer Prävention und Status als Risikogruppe); Fehlen eines Depressionsmaßes als Outcome-Variable; Einzelfallstudien; Vorliegen einer unzureichenden Datengrundlage zur ES-Berechnung <u>Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:</u> • **Behandlungsdauer:** 5-36 Sitzungen bzw. 2-24 Wochen (für den Bereich der psychosozialen Studien); 4-8 Wochen (für den Bereich der Pharmakotherapie) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo, Warteliste, keine Behandlung) oder Prä-Post-Vergleich • **Störungsbilder:** nicht-zugewiesene Jugendliche mit depressiven Symptomen im Schulsetting (im Rahmen der psychosozialen und Präventionsstudien; RCT-Studien), zugewiesene Jugendliche mit depressiven Störungen/Diagnosen im ambulanten Setting (im Rahmen der psychosozialen Studien; Berechnung von Prä-Post-Vergleichen), Jugendliche mit Major Depression (im Bereich der Pharmakotherapie; RCT-Studien); Vorliegen einer ICD-/DSM-Diagnose bei insgesamt 24 Studien (u.a. MDD und/oder Dysthymia) • **Altersbereich:** 5-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (Vorliegen von mind. einem Depressionsmaß; depressive Symptomatik oder Depressionsdiagnose) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (1 Monat - 2 Jahre für den Bereich der psychosozialen Studien; kein FU für den Bereich der Pharmakotherapie)	**Ergebnisse:** *Psychosoziale Studien:* • im Rahmen der Studien untersuchte Behandlungsansätze: CBT (Gruppe, individuell),non-direktive supportive Einzel-/Gruppentherapie, soziales-Fertigkeiten-Training, Entspannung, behaviorale Gruppentherapie, Aerobic, Rollenspiel, IPT, Familientherapie, zahlreiche Kombinationen • es finden sich (unabhängig vom Studiendesign: EG-KG-Vergleich oder Prä-Post-Vergleich) klinisch bedeutsame, mittlere bis große Effekte; Stabilität der Ergebnisse (über mind. 7 Wochen bis 9 Monate); für die Behandlung von depressiver Symptomatik vs. Major Depression finden sich im Wesentlichen vergleichbare ES *Pharmakologische Studien:* • die große Mehrheit der pharmakologischen Interventionen erweist sich für die Behandlung von depressiven Kindern und Jugendlichen als nicht effektiv; auch für die Placebo-Gruppen liegen hohe Response-Raten vor (Einfluss der Erwartungshaltung); als problematisch ist das Fehlen von FU-Daten zu bewerten; für TZA liegen im Wesentlichen keine Effekte vor, SSRI scheinen demgegenüber erfolgsversprechender: es finden sich Belege dafür, dass SSRI wie Fluoxetin effektiv sind; neben dem generellen Fehlen einer ausreichenden Anzahl von Studien im Bereich der Psychopharmakotherapie muss jedoch festgehalten werden, dass sich nur 15% der eingeschlossenen Studien auf SSRI und 85% der auf TZA beziehen • die vorliegenden Reviewergebnisse sind mit denen anderer Studien kongruent; methodologisch problematisch ist die Tatsache, dass über alle Studien hinweg große Unterschiede in Bezug auf eingesetzte Messinstrumente, Definition von „Verbesserung" und Auswahlprozeduren vorliegen *allgemein (differentielle Effekte):* • Jugendliche profitieren sowohl von Medikation als auch von psychosozialen Interventionen mehr als Kinder (dies ist auf das Vorherrschen von Studien mit CBT-Einsatz und TZA-Medikation zurückzuführen, diese Interventionen entsprechen eher der Struktur von Jugendlichen sowie der Entwicklung ihres noradrenergen Systems) • Mädchen profitieren tendentiell mehr als Jungen (d.h. die therapeutischen Interventionen scheinen ihrem Erfahrungshorizont gut zu entsprechen); es besteht Bedarf an weiteren Studien: die differentiellen Effekte in Bezug auf Geschlecht sind noch ungeklärt, angesichts der unterschiedlichen Prävalenzraten von Mädchen und Jungen jedoch sehr wichtig • mit steigender Studienqualität finden sich höhere ES, deswegen liegt keine Gefahr dahingehend vor, dass schlechte Studienqualität mit einer Überschätzung der ES einhergeht **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • allgemein: Vorliegen von „efficacy"- und „effectiveness"-Studien: angesichts der geforderten Generalisierbarkeit der Laborstudien sind die vorliegenden Ergebnisse (auf der Basis einer Kombination von „efficacy"- und „effectiveness"-Studien, eines Vergleichs verschiedener ES und bei Einschluss nicht nur leicht depressiver Jugendlicher) vielversprechend

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Praxis: Psychosoziale Interventionen sind derzeit die Methode der Wahl, v.a. angesichts der nicht vorhandenen Nebenwirkungen und der ungeklärten Forschungslage zur Psychopharmakotherapie • Forschung: Bedarf an differentieller Forschung zu Alter/Geschlecht; Notwendigkeit eindeutigerer Definitionen für „Verbesserung“, um eine höhere Vergleichbarkeit der Ergebnisse im Bereich der Psychopharmakotherapie zu erzielen; Notwendigkeit, (angesichts der bei besserer Studienqualität steigenden ES) den Fokus vermehrt auf die methodische Qu alität der Studien zu legen; Notwendigkeit größerer Stichproben, um eine verbesserte Daten- und Analysegrundlage zu gewährleisten **Methodische Aspekte:** • Schwächen: im Rahmen der Metaanalyse keine Berücksichtigung von ganz aktuellen Entwicklungen; Vorliegen einer oft nicht ausreichenden Datenbasis, um bzgl. Interaktionen eindeutige Schlüsse ziehen zu können

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **Weisz & Hawley, 2002** Weisz, J.R. & Hawley, K.M. (2002). Developmental Factors in the Treatment of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70 (1),* 21-43.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1963-2000 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** u.a. Überblick zum aktuellen Forschungsstand von psychosozialen Interventionen bei Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** 114 Studien zu psychosozialen Interventionen bei Jugendlichen (insgesamt Vorliegen von 14 evidenzbasierten Behandlungsansätzen für Jugendliche, davon ein Behandlungsansatz zu Depression) • **Explizite Ausschlusskriterien:** anderer Fokus (als psychosoziale Interventionen); unveröffentlichte Studie; andere Altersgruppe; unzureichende methodologische Qualität (keine Randomisierung, kein Vorliegen von mind. einer EG und einer KG) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer: ---** • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG • **Störungsbilder:** Depression, Angststörungen, ADHD, Störungen des Sozialverhaltens • **Altersbereich:** M=11.0 – 17.9 Jahre • **Abhängige Variablen: ---** • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment) Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999): „well-established“: mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious“: 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising“: Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** • Darstellung der Ergebnisse von Weisz et al., 1987; Weisz et al., 1995; Casey & Berman, 1985 (über verschiedene Behandlungsansätze und Störungsbilder hinweg) • *Evidenzbasierte Behandlungsansätze:* -> „probably efficacious“ -> CBT für Jugendliche • *Status quo der Therapieforschung:* weiterhin hohe Prävalenzraten (ca. 12-15%) für die genannten Störungsbilder; insgesamt weniger Studien zu Jugendlichen als zu Kindern und Erwachsenen (36 % der Studien mit Patienten < 18 Jahre); die vorliegenden Interventionen sind primär Adaptionen von Programmen für Erwachsenen oder Kinder, nur ein Programm (MST) wurde speziell für Jugendliche entwickelt 60% aller Studien beziehen sich auf Angststörungen (24%) und Störung des Sozialverhaltens (37%, gute Forschungslage), nur 11% der Studien auf Depression (trotz (mit Ausnahme von ADHD) Ansteigen der Prävalenzraten vom Kindes- zum Jugendalter); Vorliegen sehr weniger Studien zu so relevanten Bereichen wie Essstörungen, Substanzmissbrauch, Suizidalität, ADHD [Stimulantien-Behandlung wird Methode der Wahl, kaum Vorliegen geeigneter psychosozialer Interventionen], bipolarer Störung oder Panikstörung; generelles Fehlen von „effectiveness“-Studien (nur jeweils ca. 10% der Studien greifen auf Patienten aus klinischem Setting zurück und schließen Patienten mit komorbiden Störungen ein) aus Sicht einer entwicklungsorientierten Perspektive unzureichende Berücksichtigung der biologischen, psychologischen und sozialen Dimension als wichtiger Grundlage einer adäquaten Behandlung im Rahmen der Adoleszenz, d.h. häufig keine Integration dieser Faktoren in die Behandlung bzw. keine Berücksichtigung dieser Faktoren als Moderatoren/ Mediatoren (insgesamt bescheidene Forschungslage für den Aspekt der biologischen Dimension, substantielle Forschungslage für die Bereiche der psychologischen und sozialen Dimension; bzgl der sozialen Dimension am ehesten Berücksichtigung der Aspekte Peers und Familie, weniger der Bereiche Schule, Nachbarn, Arbeitgeber oder Versorgungssysteme) allgemein: fehlende Berücksichtigung von Moderatorvariablen in 72% der Studien; Fehlen von Studien zu Mediator-/Prozessvariablen; Fehlen von Vergleichsstudien (Pharmakotherapie vs. Psychotherapie) und Studien zur Kombinationsbehandlung; Fehlen von Langzeitstudien (inkl. Erfassung von Sicherheit und Effektivität der Behandlung); Fehlen von geeigneten pharmakotherapeutischen Studien (entsprechende Studien liegen bislang nur zu wenigen Störungsbildern vor, sehr häufige Ableitung von Behandlungsleitlinien für Jugendliche aus Erwachsenen-/Kinderstudien; Pooling von Kindern und Jugendlichen im Rahmen von Studien, häufige Anwendung von Pharmaka trotz fehlender Evidenzbasierung) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Stärken aktueller Forschung: Vorliegen von respektablen (mittleren bis großen) ES und evidenzbasierten Behandlungsansätzen für einige der wichtigsten Störungsbilder; zunehmende Beschäftigung mit einer entwicklungsorientierten Perspektive

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Schwächen aktueller Forschung: vgl. Abschnitt „Ergebnisse“ (Notwendigkeit einer vermehrten Berücksichtigung der biologischen (v.a.), psychologischen und sozialen Dimension, Bedarf an „effectiveness“-Studien, Moderator-/Mediatoranalysen, Vergleichsstudien, Studien zur Kombinationsbehandlung, umfangreichem Wissen zu Pharmakotherapie); Notwendigkeit, nicht nur Primärproblematik/Diagnose, sondern auch Kriterien der allgemeinen Lebensqualität zu erheben • Praxis: beispielhaft wird im Rahmen des Artikels die Ableitung eines biopsychosozialen Rahmenmodells dargestellt (zentrale Gedanken: bei Betrachtung der allgemeinen Entwicklungsperspektive handelt es sich im Wesentlichen um die Berücksichtigung eines Gruppentrends, so dass die Anpassung der allgemeinen Erkenntnisse an den einzelnen zentral ist; dementsprechend notwendig sind Wachsamkeit ggü. den Meilensteinen der Entwicklung, eine jeweilige Gewichtung und Priorisierung der Probleme, die Auswahl für den Patienten geeigneter Interventionen, das Abwägen uni- vs. mehrdimensionaler bzw. systemischer Behandlung, das Erarbeiten einer individuellen Toolbox (d.h. Vorstellung aller möglichen Interventionen und Intensivierung einiger vom Patienten als besonders hilfreich erlebten Interventionen); zentral ist weiterhin die sukzessive Entwicklung von altersspezifischen Interventionen, das Beibehalten von Flexibilität in Bezug auf Therapieinhalt/-struktur und die Nutzung von Behandlungsmanualen als Bausteinsets, verbunden mit der Hoffnung, dass sich daraus speziell für die Altersgruppe der Jugendlichen geeignete, adäquate Interventionen ergeben, die die Schwächen bisheriger Ansätze aufheben); weitere Details sind dem zu entnehmen **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Kazdin, 2003** Kazdin, A.E. (2003). Psychotherapy for Children and Adolescents. *Annual Review of Psychology, 54,* 253-276.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien: ---** • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** Depression, Angststörungen, ODD/CD, ADHD • **Altersbereich:** < 19 Jahre • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • deutliche Fortschritte der Forschung: vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002); internalisierende und externalisierende Störungen sind am häufigsten Grund für die Zuweisung von Kindern und Jugendlichen; 17-22% der Kinder leiden unter entwicklungsmäßigen, emotionalen oder Verhaltensproblemen (je nach Kriterium (Diagnosestatus vs. subklinische Symptomatik) ergeben sich höhere bzw. niedrigere Schätzwerte) • *Besonderheiten von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*: (1) Notwendigkeit der Abgrenzung ernsthafter klinischer Probleme vs. kurzfristiger Probleme/Störungen im Rahmen einer ansonsten normalen Entwicklung ohne Behandlungsnotwendigkeit; (2) z.T. fehlender Leidensdruck und Behandlungsmotivation der Kinder/Jugendlichen bei Zuweisung durch die Eltern; (3) starker Einfluss der Eltern/Familie auf die Problematik (als Faktor, der für das Kind nicht zu beeinflussen ist), verbunden mit der Notwendigkeit, die Eltern/Familie in die Behandlung einzubeziehen (die Psychotherapie des Kindes ist nur ein Behandlungsbaustein); (4) die Interventionen werden nicht ausschließlich vom Therapeuten durchgeführt, sondern ebenfalls von Eltern, Lehrern, Peers oder Geschwistern; (5) Vorliegen hoher Dropout-Raten im Rahmen der Therapie; Sicherstellung der Compliance und Regelmäßigkeit der Therapieteilnahme gestalten sich oft schwierig; (6) die Erhebung der emotionalen und behavioralen Probleme ist oft herausfordernd (die Aussagefähigkeit von Kindern < 7 J. ist fraglich; oft ist der Rückgriff auf mehrere Informanten notwendig) • *Evidenzbasierte Behandlungen:* vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002); Überwiegen von kognitiv-behavioralen Behandlungen (ca. 50% der Studien im Kinder-/Jugendbereich beziehen sich auf CBT-Techniken) -> Hintergrund dafür ist die Tatsache, dass sich die geforderte methodische Qualität von evidenzbasierten Behandlungsansätzen v.a. in der aktuellen Forschungsliteratur findet (innerhalb derer CBT relativ populär ist) • *Hinweise auf gute Evidenzbasierung:* Konsistenz der Ergebnisse über verschiedene Settings, Stichproben, Altersgruppen, Messinstrumente, Selbst-/Fremdeinschätzung, Studiendesigns und Kriterienbereiche hinweg; Nachweis der Wirksamkeit auch im Langzeit-FU; Replikationen durch verschiedene Forschergruppen; im Rahmen der Studie Einschluss von Kindern, die die Diagnosekriterien erfüllen; Belege dafür, dass eine Mehrzahl der Kinder nach dem Behandlungsende ein im normativen Bereich liegendes Funktionsniveau erzielt; Möglichkeit einer Spezifizierung der Behandlung bzgl. wichtiger Einzelkomponenten (z.B. bei CBT für Angststörungen, Elterntraining für CD/ODD) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *6 Schritte zur Entwicklung effektiver Behandlungen nach Kazdin (2002):* vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002) • *Aspekte individueller Studien/Psychotherapien nach Kazdin (2002):* vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002) • *Notwendigkeit der Berücksichtigung verschiedener Stichproben im Rahmen von Forschung:* klinisch zugewiesene Patienten; Kinder kranker Eltern, geistige/körperliche Behinderung, chronische Erkrankung, Missbrauch und Vernachlässigung, Straftäter, obdachlose Jugendliche; Minoritäten und unterrepräsentierte Gruppen (bzgl. Nationalität, Rasse, Geschlecht, andere demographische Charakteristika)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • *Relevanz der Erfassung des Forschungsfortschritts:* vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002); Hinweis darauf, dass Reviews (narrativ, Meta-Analysen) zwar Ergebnisse zusammenfassen, jedoch keine Fragen beantworten können, die nicht in Einzelstudien erforscht wurden (z.B. Mediatorenanalyse, Zusammenhang zwischen zugrundeliegenden Veränderungsprozessen und Outcome-Veränderung) -> es bedarf Studien, die exakt für die Erfassung spezifischer Fragen konzipiert werden • Schwächen: vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002); weiterhin Vorliegen einer enormen Diskrepanz zwischen Forschung und Praxis (die Behandlungsverfahren, die im klinischen Praxisalltag angewendet werden, sind selten empirisch evaluiert vs. evidenzbasierte Behandlungen sind im klinischen Alltag nicht weit verbreitet); zentrale Bedeutung kommt der Frage der Generalisierbarkeit von evidenzbasierten Behandlungen zu -> evidenzbasierte Behandlungen sollten dennoch Behandlungsansatz der ersten Wahl sein und exploratorischen bzw. nicht-evidenzbasierten Behandlungen vorgezogen werden -> Fazit: die Forschung muss klinisch relevant bleiben, gleichzeitig muss der vermehrte/verbesserte Rückgriff der Kliniker auf bereits vorliegende Ergebnisse sichergestellt werden **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **McClellan et al., 2003** McClellan, J.M. & Werry, J.S. (2003). Evidence-Based Treatments in Child and Adolescent Psychiatry: An Inventory. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42 (12),* 1388-1400.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** bis 06/2003 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie • **Inhalt:** Übersicht über evidenzbasierte psychopharmakologische und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** --- • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; unveröffentlichte Studie; anderer Inhalt (als Pharmakotherapie oder Psychotherapie) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** u.a. MDD; außerdem: ADHD, Angststörungen (u.a. SAD), Störungen des Sozialverhaltens, disruptives bzw. explosives Verhalten • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** *Depressive Störungen:* • *Antidepressiva:* erst zuletzt konnten kontrollierte Studien die therapeutische Wirksamkeit von Paroxetin und Fluoxetin für mittlere und schwere persistierende Depressionen belegen; vorherige Studien (darunter viele mit TZA) hatten keine Effektivität nachweisen können, u.a. auch wegen der hohen Placebo-Response-Raten -> für die Wirksamkeitsunterschiede zwischen Studien an Erwachsenen und Kindern/ Jugendlichen werden verschiedene Gründe diskutiert: bei Studien mit Jugendlichen werden v.a. Patienten mit leichten Depressionen eingeschlossen; durch die begleitenden supportiven und edukativen Interventionen in der KG kommt es zu unspezifischen therapeutischen Effekten; es finden sich entwicklungsmäßige Unterschiede bzgl. Ansprechbarkeit auf die Substanzen und Metabolismus; Vorliegen unterschiedlicher depressiver Syndrome bei Erwachsenen vs. Kindern/ Jugendlichen -> derzeit sind SSRI im Rahmen einer medikamentösen Behandlung bei depressiven Jugendlichen die Substanz der Wahl, jedoch nicht notwendigerweise die Methode der Wahl; bislang fehlender Wirksamkeitsnachweis für Bupropion und TZA bei affektiven Störungen • *CBT:* Überlegenheit von CBT ggü. Wartelisten-KG, systemischer Familientherapie, nondirektiver supportiver Therapie und Entspannungstherapie; -> CBT und psychoedukative Therapien sind bei Kindern mit höheren Depressionsratings dann hilfreich, wenn sie Elemente wie Selbstkontroll- und kognitive sTraining, (soziales, behaviorales) Problemlösetraining, Entspannungstraining, „self-modeling“ und Steigerung des Kontrollerlebens enthalten; bei Jugendlichen erweisen sich sowohl CBT als auch Entspannungstrainings Kontrollgruppen als überlegen -> Vorliegen einiger Studien, bei denen sich zwischen aktiver Behandlungsgruppe und den jeweiligen Kontrollgruppen keine Unterschiede finden; mglw. ist der ausschließliche Einschluss von Jugendlichen mit leichter Depression mit für dieses Ergebnis verantwortlich • *interpersonelle Therapie: Vorliegen von* zwei kontrollierten Studien, die den Einsatz von IPT bei depressiven Jugendlichen unterstützen • *systemische multimodale Interventionen:* das Programm RE-CAP (multimodal) führt zur Verbesserung internalisierender und externalisierender Probleme **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** *allgemein:* • *Psychopharmakologie:* Vorliegen ausreichender Belege für SSRI-Einsatz bei mittlerer oder schwerer MDD • *Psychotherapie:* die beste empirische Unterstützung (methodisch gute Studien) findet sich für kognitiv-behaviorale bzw. behaviorale Interventionen; familienbasierte Interventionen bzw. Interventionen im Rahmen der Versorgungssysteme erweisen sich ebenfalls als effektiv

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • trotz der wachsenden Anzahl von evidenzbasierten Behandlungsansätzen orientiert sich die klinische Praxis weiterhin häufig an der Erwachsenenliteratur bzw. an traditionellen Behandlungsmodellen -> einige Behandlungsansätze werden jedoch der Diversität und Komplexität mancher Störungsbilder nicht gerecht, zum anderen fehlt es vielen Klinikern an den entsprechenden Fertigkeiten oder dem inneren Wunsch bzw. der Bereitschaft, die evidenzbasierten Ansätze in die Praxis umzusetzen (wenngleich diesbezüglich natürlich große Unterschiede zwischen einzelnen Klinikern, Institutionen Berufsgruppen oder Kommunen bestehen) -> infolgedessen lassen sich 3 große Forschungsbereiche aufzeigen: (1) „effectiveness"-Studien zu im Praxissetting häufig angewendeten (bislang jedoch noch nicht untersuchten) Interventionen; (2) „effectiveness"-Studien zu in „efficacy"-Studien bereits beforschten, wirksamen Interventionen; (3) Verbesserung der Umsetzung von evidenzbasierten Interventionen (aus dem „Labor") ins klinische Setting -> im Wesentlichen sollte sich der Behandlungsstandard aus der Forschung heraus entwickeln, weniger aus einer „Rechtfertigung" von bereits in der Praxis angewendeten Interventionen • Forschung (Psychotherapie): Notwendigkeit, vorliegende Ergebnisse über viele Orte hinweg und mit größeren Stichproben zu replizieren; Bedarf an Studien zur Klärung der Frage, inwiefern Rahmenfaktoren (Therapiesetting, Kind, Umgebung) Behandlungsentscheidung und -erfolg beeinflussen; Bedarf an „effectiveness"-Studien im „real-world"-Setting (Klärung der Frage nach der Generalisierbarkeit von positiven Ergebnissen auf klinische Populationen) **Methodische Aspekte:** *allgemein:* • Schwächen (Pharmakotherapie): Fehlen von Studien zu komorbiden Störungsbildern; kleine Stichproben (mittlerweile immerhin zunehmend Multisite-Studien); enge diagnostische Einschlusskriterien; kurze Behandlungsdauer; hohe Placebo-Response-Raten

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Roberts et al., 2003** Roberts, M.C., Lazicki-Puddy, T.A., Puddy, R.W. & Johnson, R.J. (2003). The Outcomes of Psychotherapy With Adolescents: A Practioner-Friendly Research Review. *Journal of Clinical Psychology/In Session, 59 (11),* 1177-1191.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Interventionen [Prävention] • **Inhalt:** Zusammenfassung der Ergebnisse der Psychotherapieforschung mit Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** 14 Studien zu Depression (davon 7 ausschließlich für Jugendliche), d.h. Vorliegen von Studien zu Behandlung und sekundärer Prävention • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 5-20 Sitzungen • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** Depression (u.a. MDD, Dystymia) • **Altersbereich:** --- (im Rahmen der Studien häufiger Mix aus Kindern und Jugendlichen, deswegen oft heterogenes Altersspektrum) • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- <u>Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999):</u> „well-established“: mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious“: 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising“: Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** *Depression:* • „well-established“ -> --- • „probably efficacious“ -> CBT (große ES für 3 Studien von Lewinsohn et al., Kahn et al. und Reynolds et al. (Weisz et al.); 0.69-1.58) • gute Effekte finden sich auch für IPT (Stabilität der Ergebnisse für 5 Wochen - 2 Jahre) • psychodynamische Ansätze sind nur minimal beforscht: Intensivere Interventionen (operationalisiert über die Anzahl der Sitzungen pro Woche) scheinen effektiver zu sein als weniger intensive **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** *Depression:* • obwohl in der Praxis eine Vielzahl von therapeutischen Ansätzen zur Behandlung von Depression eingesetzt wird, werden nur sehr wenige dieser Verfahren systematisch beforscht; CBT ist in der Forschungsliteratur am besten repräsentiert • *Relevanz der Therapie von Depressionen:* affektive Störungen erhöhen bei männlichen und weiblichen Jugendlichen das Risiko für Suizidversuche; das Maximum an Suizidversuchen ist in der Mitte der Adoleszenz erreicht *allgemein:* • es besteht die Notwendigkeit von vermehrter Psychotherapieforschung mit der besonderen Fokussierung der Gruppe der Jugendlichen; außerdem muss die Vielzahl der sehr unterschiedlichen Charakteristika von Jugendlichen (Alter, Geschlecht, Nationalität,...) in Forschung und Praxis vermehrt berücksichtigt werden **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **AACAP, 2004** AACAP Official Action (2004). Practice Parameter for Use of Electroconcovulsive Therapy in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43 (12),* 1521-1539.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- [1942-1998] • **Bereich:** Non-Pharmakotherapie • **Inhalt:** Übersicht und Leitlinien zur Anwendung von Elektrokrampftherapie (EKT) bei Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von insgesamt ca. 22 (v.a. retrospektiven) Studien, davon tabellarische Darstellung von 9 Studien • **Explizite Ausschlusskriterien: ---** <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer: ---** • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** u.a. Depression, Manie, bipolare Störungen, Schizophrenie, hirnorganische Verletzung, schizoaffektive Störungen • **Altersbereich:** 7-19 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (Depression, klinischer Gesamteindruck, Funktionsniveau) • **Messzeitpunkte:** u.a. nach Behandlungsende (Post-Treatment) <u>Indikationen:</u> vor dem Rückgriff auf EKT wird das Vorliegen von 3 Kriterien gefordert: (1) *Diagnose:* Vorliegen von schwerer, persistierender Depression oder Manie mit/ohne psychotische Symptomatik, schizoaffektiven Störungen, Schizophrenien, Katatonie, neuroleptischem malignen Syndrom; (2) E*rnsthaftigkeit der Symptomatik:* Vorliegen einer schweren, persistierenden und bedeutsam beeinträchtigenden/behindernden Symptomatik (z.B. Nahrungsverweigerung, schwere Suizidalität, unkontrollierbare Manie, floride Psychose); (3) *Behandlungsnotwendigkeit:* Nichtansprechen auf vorherige Behandlungsversuche (mit mind. 2 Psychopharmaka von adäquater Dosis/Dauer und begleitende Therapie mit anderen, adäquaten Behandlungsansätzen) oder früherer Einsatz bei Unverträglichkeit von Pharmakotherapie, Unfähigkeit des Patienten zur Medikamenteneinnahme bzw. wenn das Ansprechen auf eine Psychopharmakotherapie nicht abgewartet werden kann, weil das Leben des Patienten andernfalls in Gefahr ist <u>Kontraindikationen:</u> Fehlen von absoluten Kontraindikationen und Vorliegen von wenigen relativen Kontraindikationen (Tumoren des ZNS in Kombination mit erhöhter Liquorproduktion, akute Brustkorbentzündungen, Herzinfarkt in jüngster Vergangenheit)	**Ergebnisse:** • *allgemein:* Frühe Studien (1942-1990): fast alle Studien (bis auf eine Ausnahme) berichten von deutlichen Verbesserungen unter EKT und dem Ausbleiben von ernstzunehmenden Nebenwirkungen, Todesfällen, kognitiven Einbußen oder einem längerfristigen Einfluss auf das EEG Spätere Studien (ab 1990): für affektive Störungen finden sich bei Jugendlichen Response-Raten von 75-100% (vs. 50-60% bei anderen psychiatrischen Störungen); bei Kindern in der Vorpubertät wird die Behandlung aufgrund der unzureichenden Datenlage und fehlenden klinischen Erfahrung bislang nicht empfohlen; die Mehrzahl der Patienten (ca. 75%) erlebt die psychiatrische Erkrankung per se als deutlich schlimmer als die EKT, hat EKT ggü. generell eine positive Haltung und würde EKT weiterempfehlen bzw. selber nochmal durchlaufen • mögliche ernstzunehmende *Nebenwirkungen* sind kognitive Beeinträchtigungen, Krampfanfälle sowie das generelle Narkoserisiko; Todesfälle sind sehr selten **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • EKT erweist sich für Jugendliche mit schweren affektiven oder anderen psychiatrischen Achse-I-Störungen, bei denen herkömmliche Interventionen nicht angesprochen haben (vgl. Abschnitt „Indikationen"), als effektiver Behandlungsansatz • Voraussetzung ist die Zustimmung von Patient und Eltern, die Einhaltung der vorgegebenen Behandlungsleitlinien, ein entsprechendes klinisches Setting und der Rückgriff auf die Methoden, die sich als maximal effektiv erweisen und mit den wenigsten Nebenwirkungen einhergehen; eine systematische begleitende Evaluation (Prä-, Post-, FU-Erhebung) von Symptomatik und kognitivem Funktionsniveau wird empfohlen • EKT wird zur Behandlung Jugendlicher bislang sehr selten eingesetzt: vielen Behandlern (40-75%) fehlen Wissen und Erfahrung mit EKT, um diese Behandlungsform einschätzen oder anwenden zu können; insofern besteht dringender Bedarf dahingehend, Behandler entsprechend zu unterrichten und adäquate empirisch fundierte Behandlungsleitlinien zu etabilieren; diese müssen immer wieder aktualisiert sowie an den Einzelfall (d.h. Berücksichtigung von Patient, Familie, verfügbaren Therapieoptionen, Setting, Diagnose) angepasst werden **Methodische Aspekte:** • allgemein: umfassendes Fehlen von Daten und klinischer Erfahrung zur EKT bei Kindern; z.T. Fehlen von Daten für Jugendliche (u.a. Notwendigkeit weiterer Studien zur Verbreitung und Nutzung von EKT (allgemein, regional, Subgruppen, Einflussfaktoren auf die Häufigkeit der Anwendung), Nebenwirkungen, Kontraindikationen) • Schwächen: *frühe Studien:* Bestehen von Unklarheit bzgl. der Diagnosekriterien; Vorliegen kleiner Stichproben; Fehlen objektiver Outcome-Kriterien *alle Studien:* Fehlen von RCT-Studien (vs. Vorliegen einiger Studien mit retrospektivem Studiendesign); Fehlen von störungsspezifischen Studien (meist liegt im Rahmen der Studie eine Mischung verschiedener Störungsbilder vor) • Stärken: mögliche Verzerrungen im Rahmen eines Interessenkonflikts der Autoren wurden durch den Einbezug vieler Reviewer kontrolliert

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Compton et al., 2004** Compton, S.N., March, J.S., Brent, D., Albano, A.M., Weersing, R. & Curry, J. (2004). Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Anxiety and Depressive Disorders in Children and Adolescents: An Evidence-Based Medicine Review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43 (8),* 930-959.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1990-2002 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über kognitiv-behaviorale Psychotherapie für depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen (im Sinne eines evidenzbasierten Ansatzes) • **Eingeschlossene Studien:** 14 RCT-Studien (12 „Post-Treatment"-Vergleiche und 12 FU-Vergleiche) zu depressiven Störungen • **Explizite Ausschlusskriterien:** andere Altergruppe; nicht-englische Veröffentlichung; anderes Störungsbild (bipolare Störung); Fehlen eines klinisch bedeutsamen Ergebnismaßes; Fehlen einer spezifischen Störung <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 4 Wochen – 16 Sitzungen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (= Warteliste, alternative Behandlungsansätze, herkömmliche Behandlung, Aufmerksamkeitsplacebo, keine Behandlung) • **Störungsbilder:** Kinder mit depressiver Störung (u.a. MDD, Dysthymia, Minor DD, intermittierende DD oder (leichte, mittlere oder schwere) depressive Symptomatik) • **Altersbereich:** ca. 7-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene (klinisch bedeutsame) Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (1 Monat – 2 Jahre)	**Ergebnisse:** • Vorliegen von deutlichen empirischen Belegen für die Effektivität von CBT; mittlere bis große ES für Symptomreduktion (primäres Outcome-Maß); Vorliegen empirischer Belege dafür, dass Psychotherapie (insbesondere CBT) Pharmakotherapie überlegen ist, CBT mglw. die Methode der Wahl ist • *Follow-up:* Stabilität der Effekte (im Zeitraum von 1-9 Monaten), danach (im Zeitraum von 9 Monaten bis 2 Jahren) wird seitens der Patienten das Vorliegen depressiver Symptome sowie das Auftreten von Rückfällen berichtet; dieses Ergebnis unterstreicht die Notwendigkeit von Rückfallprophylaxe, langfristiger Begleitung und FU-Studien; Risikofaktioren für einen Rückfall bzw. eine nicht eintretende Gesundung sind: niedriges Selbstwertgefühl, Komorbidität, Schwere der Depression, ein deutlich reduziertes Funktionsniveau, subklinische depressive Symptome, elterliche Depression oder Eltern-Kind-Konflikte • *Vorherrschende Interventionen:* Trias aus Gedanken, Emotionen und Verhalten im Behandlungsfokus; Aufbau angenehmer Aktivitäten, Psychoedukation, Zielbestimmung, Problemlösetraining, Abbau kognitiver Verzerrungen und negativer automatischer Gedanken und Schemata (bzgl. sich selbst, anderer oder der Zukunft), Aufbau positiver internaler Attributionen • *Zwei Charakteristika der meisten Programme:* Fertigkeitentrainings (generell und spezifisch) und Integration von Eltern/Familie (Kontingenzmanagement, Verbesserung von Interaktion, Kommunikation, Elternverhalten, Familienatmosphäre); es liegen Hinweise darauf vor, dass eine kombinierte Eltern-/Kind-Behandlung einer alleinigen Kind-/Jugendlichen-Behandlung mglw. überlegen ist **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • es besteht eine enorme Relevanz der Behandlung von Depressionen, v.a. angesichts der wachsenden Prävalenzraten insbesondere bei jugendliche Mädchen (in Verbindung mit der Problematik von Suiziden im Teenageralter • Forschung: Notwendigkeit der Untersuchung von Mediatoren des Therapieerfolgs; Bedarf an Studien zur Kombinationsbehandlung (Psychotherapie und Psychopharmaka); Bedarf an Komponenten- und Mediatorenanalysen; Notwendigkeit von FU-Studien mit adäquaten KG (z.B. zur Frage der Relevanz von Boostersitzungen); Bedarf an „effectiveness"-Studien (z.B. Durchführung der Studien in anderen Settiings, mit anderen Patientenpopulationen) **Methodische Aspekte:** • verglichen mit dem Bereich der Angststörungen findet sich für den Bereich der depressiven Störungen zwar ein ähnlicher methodologischer Standard (z.B. in Bezug auf das Vorliegen von EG-KG-Vergleichen), jedoch insgesamt deutlich weniger Studien und eine unsystematischere Forschung • das Fehlen von Unterschieden zwischen den verschiedenen Interventionen (das zur landläufigen Meinung vieler Kliniker beiträgt, dass alle Behandlungsansätze für Depression gleich effektiv sind) ist oft darin begründet, dass kleine Stichproben mit unzureichender statistischer Power vorliegen: diese erschweren es bzw. machen es unmöglich, Gruppenunterschiede bzw. differentielle Wirkungen überhaupt zu entdecken; Fehlen von Komponentenanalysen und Replikationen durch unabhängige Forschergruppen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • weitere methodische Probleme: Fehlen von klinischen Interviews zur Bestimmung des Diagnosestatus; Fehlen von Berechnungen zum Einfluss der Komorbidität auf den Therapieerfolg; mäßige Dokumentation demographischer Variablen und geringe Berücksichtigung von ethischen Minderheiten; Fehlen einer breiten Palette von Outcome-Kriterien(bereichen)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Courtney, 2004** Courtney, D.B. (2004). Selective Serotonin Reuptake Inhibitor and Venlafaxine Use in Children and Adolescents With Major Depressive Disorder: A Systematic Review of Published Randomized Controlled Trials. *Canadian Journal of Psychiatry, 49 (8),* 557-563.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 01/1996 – 01/2004 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Effektivität und Sicherheit von SSRI und Venlafaxin in der Behandlung depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** 6 randomisierte placebokontrollierte Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** unveröffentlichte Studie; keine randomiserte und placebokontrollierte Studie; Untersuchung anderer Substanzen (z.B. Nefazodon, Mirtazapin, TZA); andere Altersgruppe; Paper-Präsentationen; nicht-englische Veöffentlichung; Fallstudien; offene Studien *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** u.a. 8-10 Wochen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** MDD (Vorliegen einer DSM-Diagnose) • **Altersbereich:** 6-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (u.a. Hamilton DRS, CGI, CDRS, globales Funktionsniveau, allgemeine psychiatrische Symptomatik, Lebensqualität/-zufriedenheit, CDI, BDI, K-SADS-L, CBCL) • **Messzeitpunkte:** z.T. im Verlauf der Behandlung; durchweg nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • *Effektivität:* nur 2 Studien können die Wirksamkeit über signifikante Ergebnisse im primären (zuvor definierten) Outcome belegen • *Sicherheit:* keine der Studien erfasst diesen Aspekt adäquat (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte"), insbesondere nicht die Frage des Zusammenhangs zwischen Antidepressiva-Einnahme und Induktion/Verschlimmerung suizidaler Gedanken bzw. Suizidversuche; nur 2 Studien nehmen explizit auf die Erfassung von Suizidalität Bezug • *allgemein:* aufgrund der methodischen Defizite (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte") liegt hinsichtlich der Frage von Wirksamkeit und Sicherheit von SSRI und Venlafaxin im Rahmen der veröffentlichten Studien Uneindeutigkeit vor **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Praxis: die hohe Rate an Verschreibungen von SSRI und Venlafaxin scheint angesichts der vorliegenden Ergebnisse eher ungerechtfertigt • Forschung: Notwendigkeit, die vorliegenden methodischen Defizite (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte") bei der Konzeption zukünftiger Studien zu berücksichtigen bzw. im Studiendesign entsprechend auszumerzen: zentral ist die Erhebung des Wirksamkeitsnachweises über primäre Outcome-Maße, die adäquate Erfassung von suizidalem Gedankengut und Verhaltensweisen sowie die Finanzierung der Studien über nicht-industrielle Quellen **Methodische Aspekte:** • Schwächen des Reviews: Ausschluss von Studien, die nach 01/2004 veröffentlicht wurden; Begrenzung der Literaturrecherche auf Medline und relevante Reviews; kein Einschluss unveröffentlichter Studien • Schwächen der Einzelstudien: Problematik unangemessener Wirksamkeitsbelege bzw. inadäquater Schlussfolgerungen ausgehend von den vorliegenden Ergebnissen (z.B: Bezugnahme auf signifikante sekundäre Outcome-Variablen bei Vorliegen von nicht-signifikantem primären Outcome-Maß); in Bezug auf die Variablen zur Erfassung des globalen Funktionsniveaus bzw. der Lebensqualität zeigt sich kein Therapieerfolg; hinsichtlich der Erfassung von Nebenwirkungen/Suizidalität findet sich eine nicht-standardisierte Datenerhebung; Vorliegen von Verzerrungen durch Ausschluss von suizidalen Probanden im Rahmen der Rekrutierung; z.T. findet sich keine Differenzierung, sondern ein Pooling von Kindern und Jugendlichen (mit präpubertärer vs. postpubertärer Depression); Vorliegen kleiner Stichproben; aufgrund des Sponsorings pharmazeutischer Unternehmen liegt ein Interessenskonflikt vor; Vorliegen eines Publikationsbias [Problematik des gewählten Outcome-Maßes bzw. Cutoff-Kriteriums; z.T. Vorliegen einer Diskrepanz zwischen signifikantem primären Outcome-Maß und nicht-signifikanten anderen Outcome-Variablen; z.T. fragliche klinische Nützlichkeit der berichteten Wirksamkeitsnachweise/ Signifikanzen]; begrenzte Behandlungsdauer der Studien (max. 10 Wochen)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Haby et al., 2004** Haby, M.M., Tonge, B., Littlefield, Carter, R. & Vos, T. (2004). Cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy and selective serotonin reuptake inhibitors for major depresssion in children and adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38,* 579-591.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- [1990-2002] • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie • **Inhalt:** Kosteneffektivität (und Effektivität) von CBT und SSRI in der Behandlung von Major Depression bei Kindern und Jugendlichen (im Vergleich zur Standardbehandlung) • **Eingeschlossene Studien:** 7 kontrollierte Studien (zu CBT), 4 RCT-Studien (zu SSRI) • **Explizite Ausschlusskriterien:** andere Altersgruppe; Fehlen einer Depressionsdiagnose *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 5-16 Sitzungen (für Kinder/Jugendliche), 0-8 Sitzungen (für Eltern) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG • **Störungsbilder:** diagnostizierte Depression (MDD oder Dysthymia) • **Altersbereich:** 6-17 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (u.a. Depression, Angst, gesundheitsbezogene Lebensqualität) • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • *Effektivität:* für CBT liegen liegen in der Behandlung von depressiven Kindern und Jugendlichen höhere Effekte vor als für SSRI (0.41 vs. 0.29); generell liegt die Wirksamkeit von CBT im Kindes- und Jugendalter jedoch deutlich unter der in der Behandlung Erwachsener erzielten Effektivität (ca. doppelt so hoch) • *Kosteneffektivität:* eine von allgemein zugänglichen Psychologen durchgeführte CBT erweist sich als kosteneffektivste Behandlung bei MDD im Kindes- und Jugendalter; SSRI-Behandlung und CBT, die von anderen Anbietern durchgeführt wird, ist demgegenüber weniger kosteneffektiv • *allgemein:* (durch einen allgemein zugänglichen Psychologen durchgeführte) CBT ist der effektivste und kosteneffektivste Behandlungsansatz; somit ist CBT als Methode der ersten Wahl zu betrachten • *detailliertere Angaben zur Kosteneffektivität:* vgl. Originalartikel **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* leider ist CBT trotz der vielversprechenden Datengrundlage nicht für alle Patienten zugänglich, so dass es weiterer Veränderungen in der Gesundheitspolitik bedarf, um eine umfassendere Verbreitung von CBT sicherzustellen -> insbesondere aus ökonomischen Aspekten sollte dieser Prozess forciert werden; andernfalls könnte evtl. die SSRI-Behandlung aus Gründen der besseren Verfügbarkeit/ Zugänglichkeit der verbreitetste Behandlungsansatz werden (trotz höherer Effektivität und fehlender Nebenwirkungen bei CBT) -> im Hinblick auf eine mglw. angestrebte höhere Verbreitung von CBT sind jedoch auch die Kosten und Anstrengungen für Aufbau und Bereitstellung der entsprechenden Rahmenbedingungen und Mitarbeiterkompetenzen zu bedenken • *offene Forschungsfragen:* *CBT:* Bedarf an (Vergleichs-)Studien zur Behandlungseffektivität verschiedener „Provider" (v.a. Studien mit Psychologen vs. Psychiatern, Laien, Krankenschwestern, Sozialarbeitern, Allgemeinmedizinern); Fehlen von Wirksamkeitsstudien für verschiedene Ethnien; Bedarf an Studien für Kinder unter 13 Jahren; Notwendigkeit der Klärung von Fragen der Zugänglichkeit und Angemessenheit von CBT für verschiedene Ethnien *SSRI:* Problematik der Nichtveröffentlichung von vorliegenden (guten) Studien *beide:* Bedarf an Studien zum Einfluss der Therapiedauer (optimale Sitzungsanzahl) auf den Therapieerfolg; Fehlen von Langzeitstudien; Fehlen von RCT-(Vergleichs-)Studien zur Kombinationsbehandlung; vemehrter Bedarf an Subgruppenanalysen (z.B. Patienten mit/ ohne Komorbidität) **Methodische Aspekte:** • Schwächen: ausschließlicher Rückgriff auf Mittelwerte als Berechnungsgrundlage; häufiger Ausschluss von komorbiden Störungen und schweren Störungsbildern, damit einhergehend Problematik einer fehlenden Generalisierbarkeit der vorliegenden Ergebnisse; einige bestimmte Outcome-Bereiche (wie z.B. Lebensqualität) werden im Rahmen der Studien nur selten berichtet

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **Ihle et al., 2004** Ihle, W., Ahle, M.E., Jahnke, D. & Esser, G. (2004). Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung, 13 (2),* 64-79.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- [1986-1999] • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie, Kombinationsbehandlung [Prävention] • **Inhalt:** Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter • **Eingeschlossene Studien:** 12 kontrollierte Studien • **Explizite Ausschlusskriterien: ---** <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 5-16 Sitzungen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=alternative Behandlungsansätze, nondirektive supportive Therapie, Warteliste, keine Behandlung) • **Störungsbilder:** depressive Störungen (u.a. MDD, Dysthymia, Minor DD, intermittierende DD) • **Altersbereich:** 7-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (Depression, Diagnosestatus) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); z.T. FU (8 Wochen – 2 Jahre)	**Ergebnisse:** *allgemein:* • für das *Kindesalter* ist der Stand der Evidenzbasierung immer noch unbefriedigend und die Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien bislang nicht möglich; für das *Jugendalter* haben sich als Psychotherapien CBT und IPT sowie als Pharmakotherapie die Gabe von SSRI als wirksam erwiesen *Psychotherapie:* • für die Behandlung von leichten und mittelschweren Depressionen im Kindes- und Jugendalter kann der Einsatz von CBT empfohlen werden, die positiven Befunde bleiben auch im FU (bis zu 2 Jahre) erhalten; weniger Studien mit dennoch ermutigender Befundlage liegen für IPT vor • für die Wirksamkeit bei schweren Depressionen gibt es bisher keine ausreichende empirische Befundlage; klinischer Konsens ist derzeit (trotz offener Fragen) eine Kombinationsbehandlung (SSRI und CBT/IPT) • für familientherapeutische Interventionen konnte bisher noch kein Wirksamkeitsnachweis erbracht werden; für die Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapie in der Behandlung jugendlicher Depression liegen erste Hinweise vor • Elterneinbezug: bislang ist empirisch nicht eindeutig belegt, in welchen Fällen der Einbezug der Eltern die Effizienz der Therapie erhöht • Wirksame Behandlungsbausteine sind: Angenehme Aktivitäten, Entspannungsverfahren, Training sozialer Kompetenzen, Problemlösen, Kommunikation/Umgang mit interpersonellen Problemen, Selbstkontrolltherapie, kognitives Umstrukturieren, Zukunftsplanung, Einbezug der Eltern *Pharmakotherapie:* • die Behandlung mit antidepressiver Medikation sollte nur innerhalb eines Gesamtbehandlungsplans erfolgen; für die Auswahl der Medikation sind klinisches Erscheinungsbild, psychiatrische Vorgeschichte, familiäre Belastung sowie Nebenwirkungsprofile mit zu berücksichtigen • die Wirkung antidepressiver Medikation scheint im Kindes- und Jugendalter später als bei Erwachsenen einzusetzen, oftmals erst nach 6-8 Wochen • Wirksamkeitsstudien deuten darauf hin, dass der Einsatz von TZA nicht empfohlen werden kann; Mittel der Wahl sind SSRI (Fluoxetin, Paroxetin) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschung: Bedarf an Studien zur Behandlung depressiver Störungen im *Kindesalter;* Notwendigkeit von Studien, die die Erhaltungstherapie nach Remission evaluieren (Rückfallprophylaxe); Bedarf an randomisierten Vergleichsstudien zur relativen Wirksamkeit von Psychotherapie vs. Pharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter; Bedarf an Studien zur Kombinationsbehandlung **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW & METAANALYSE: **Jureidini et al., 2004** Jureidini, J.N., Doecke, C.J., Mansfield, P.R., Haby, M.M., Menkes, D.B. & Tonkin, A.L. (2004). Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *British Medical Journal, 328,* 879-883.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1985-02/2004 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Effektivität und Sicherheit von Antidepressiva (Paroxetin, Fluoxetin, Sertralin, Venlafaxin) in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen (unter besonderer Berücksichtigung von Studienmethodik und Berichtsqualität) • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von insgesamt 7 kontrollierten Studien (im Rahmen der Analyse werden nur 6 Studien berücksichtigt) • **Explizite Ausschlusskriterien:** anderes Studiendesign; unveröffentlichte Studie <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- [vgl. bmj.com] • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo; im Rahmen *einer* Studie TZA) • **Störungsbilder:** depressive Störungen [vgl. bmj.com] • **Altersbereich:** --- [vgl. bmj.com] • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** u.a. nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** *Effektivität:* • <u>Outcome-Maße:</u> von 42 berichteten Outcome-Maßen zeigen nur 14 eine statistische Überlegenheit ggü. dem Placebo; die signifikanten Outcome-Maße sind fast ausschließlich Fremdratings des Untersuchers, auf Selbstberichten oder Fremdratings der Eltern beruhende Outcome-Maße zeigen keine Überlegenheit ggü. der KG; zu diversen Kriterienbereichen (Selbstverletzung, notärztliche oder psychiatrische Vorstellung, Schulbesuch) liegen keine Daten vor; eine Metaanalyse zu den SSRI-Studien (die alle sich auf Depression und gesundheitsbezogene Lebensqualität beziehende Outcome-Maße berücksichtigt) ergibt eine kleine ES von fraglicher klinischer Relevanz • <u>Eingeschlossene Studien</u>: 2 Studien berichten in Bezug auf kein einziges Outcrme-Kriterium eine Überlegenheit, 2 Studien berichten eine Überlegenheit bzgl. dem primären Outcome-Kriterium, 2 Studien berichten keine Überlegenheit bzgl. dem primären Outcome-Kriterium (aber bzgl. anderer Outcomes); im Hinblick auf unveröffentlichte Studien (FDA-Studie, 2004) zeigt nur eine von 9 Studien eine Überlegenheit der Medikation ggü. einem Placebo *Nebenwirkungen:* • aufgrund der kurzen FU-Intervalle und der z.T. kleinen Stichproben gestaltet es sich insgesamt schwierig bzw. ist es wenig wahrscheinlich, überhaupt bedeutsame Nebenwirkungen zu entdecken; einige Studien geben an, dass bis zu 10% der Patienten ernsthafte Nebenwirkungen entwickeln, berichten jedoch keine statistischen Analysen (obwohl bzgl. der Nebenwirkungen ein signifikanter Unterschied zwischen KG und EG besteht) und relativieren/verharmlosen dieses Ergebnis im Rahmen der Diskussion; zudem bleiben die Definitionskriterien zur Klassifikation von Nebenwirkungen oft unklar; Studien zu anderen Störungsbildern deuten darauf hin, dass Nebenwirkungen unter SSRI-Einnahme mglw. deutlich häufiger auftreten als es diese Studien (zur SSRI-Behandlung von Depression bei Kindern/ Jugendlichen) bzw. die Schlussfolgerungen der Forscher erahnen lassen **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* Effektivität und Vorteile neuerer Antidepressiva werden in den Studien häufig übertrieben dargestellt; in den Placebo-KG findet sich ebenfalls eine deutliche Verbesserung der Symptomatik, der zusätzliche Zugewinn durch eine Medikation ist hinsichtlich seiner klinischen Bedeutsamkeit somit eher fraglich SSRI haben somit vermutlich nur einen kleinen Nutzen; die Nebenwirkungen werden oft heruntergespielt, insgesamt fällt die Nutzen-Risiko-Analyse eher negativ aus; Antidepressiva können somit nicht guten Gewissens als Behandlungsalternative für kindliche Depressionen empfohlen werden • *allgemein:* um die Validität der veröffentlichen Studien sicherzustellen, muss eine kritischere Haltung eingenommen und Studienergebnisse exakt und balanciert (vom Geldgeber unabhängig) dargestellt werden; eine zu selbstsichere Ableitung von Behandlungsleitlinien aus verzerrten Studienberichten birgt die Gefahr, die Behandler, Patienten und Familien fehlzuleiten, insbesondere weil viele Behandler nicht die Zeit/Kompetenz haben, sich ausführlich mit Aspekten des Studiendesigns auseinanderzusetzen; zudem werden viele infolgedessen (d.h. als Folge dieser verzerrten Darstellung) nicht-medikamentöse Behandlungsansätze (die sicherer und effektiver sind) eher geringschätzen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • *Schwächen der Berichtsqualität:* die publizierten Studien scheinen Vorteil/Wirksamkeit der SSRI überzubetonen und die problematischen Aspekte zu verharmlosen; die Ergebnisse scheinen auch von den Reviewern der Journals zu unkritisch akzeptiert zu werden -> findet sich im primären Outcome-Kriterium keine statistische Überlegenheit der EG ggü. der KG, wird die Erfassung der Outcome-Werte (=Bericht kategorialer statt kontinuierlicher Daten) oder das Outcome-Kriterium verändert, um dennoch ein positives Ergebnis/einen Wirksamkeitsnachweis publizieren zu können (vgl. auch Unterschiede in der originalen vs. publizierten Studienversion bei Fluoxetin); umso weniger nachvollziehbar ist die Zulassung von Fluoxetin (gerade auch im Vergleich zu ähnlichen Ergebnissen z.B. bei Sertralin); ähnliche Motive liegen auch der zusammenfassenden Darstellung von Studien zugrunde -> infolgedessen scheint die Behauptung, dass die bei den SSRI (im Gegensatz zu den TZA) vorliegenden kleinen Effekte ihren Gebrauch rechtfertigen, eher fragwürdig – zumal nebenwirkungsfreie psychologische Behandlungsansätze verfügbar sind **Methodische Aspekte :** • *Schwächen hinsichtlich der methodischen Qualität der veröffentlichten Studien:* häufige Unterstützung oder Finanzierung der Studien durch Pharmaunternehmen; der Rückgriff auf ITT-Analysen (inkl. „last observation carried forward approach“) trotz hoher Dropoutraten (17-46%) führt zu unreliablen Ergebnissen; ein Rückgriff auf kategoriale Outcomes (von kontinuierlichen Variablen) kann dazu beitragen, kleine Gruppenunterschiede aufzublasen; Problematik einer mangelnden Doppelblindheit bzw. Fehlen eines aktiven Placebos (mit entsprechendem Einfluss auf die beobachteten Gruppenunterschiede); z.T. Vorliegen von signifikanten Unterschieden, die jedoch nicht von klinischer Relevanz sind (auch in der Placebogruppe finden sich trotz Ausschluss der initialen Placebo-Responder sehr hohe Response-Raten)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Weisz et al., 2004** Weisz, J.R., Hawley, K.M. & Jensen-Doss, A. (2004). Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 13,* 729-815.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1986-2002 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über empirisch untersuchte Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen mit internalisierenden und externalisierenden Problemen und Störungen (Angststörungen, depressive Störungen, Verhaltensstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen) • **Eingeschlossene Studien:** über alle Störungsbilder hinweg insgesamt 298 RCT-Studien, davon wenige „effectiveness"-Studien; für depressive Störungen Vorliegen von insgesamt 23 RCT-Studien, davon 4 „effectiveness"-Studien mit zugewiesenen Jugendlichen • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine klinische Studie; andere Altersgruppe; nicht-englische Veröffentlichung; keine RCT-Studie (Fehlen von Randomisierung und Kontrollgruppe); unveröffentlichte Studie; unpublizierte Manuskripte; Buchkapitel; unveröffentlichte Dissertationen; andere Störungsgruppe; Vorliegen von medikamentöser Behandlung; Vorliegen zu weniger Outcome-Variablen (vgl. Abschnitt „Abhängige Variablen"); Einzelfallstudien; abwechselnde Zuteilung der Patienten zu Experimental- und Kontrollgruppe (nacheinander) <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Warteliste/keine Behandlung (62% der Studien); Placebo/passive Kontrollgruppen/Aufmerksamkeitsgruppen (39% der Studien); herkömmliche Behandlungsansätze/alternative Interventionen (8% der Studien) • **Störungsbilder:** depressive Symptomatik, depressive Störungen • **Altersbereich:** 9.2 – 16.5 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (mind. eine Variable pro behandeltem Problembereich) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • Identifikation von denjenigen Psychotherapieansätzen, die in mind. 1 RCT-Studie Erfolg der Intervention belegen (überlegenheit ggü. Kontroll- oder Vergleichsgruppe in mind. 1 zentralen Outcome-Variable): CBT, IPT, „self-modeling", soziales Kompetenztraining, Entspannungstraining, eklektische Therapie, familienzentrierte Ansätze, multisystemische Ansätze (Sitzungen mit Eltern, Jugendlichen, Familie oder Lehrer) • 74% der untersuchten Behandlungsgruppen zeigen sich gegenüber einer Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe in mindestens einer zentralen Outcome-Variable (therapieproximal) überlegen • fast alle der vorliegenden Behandlungsansätze nehmen den Jugendlichen in den Fokus (im Rahmen einer Einzel- oder Gruppentherapie), demgegenüber liegen nur wenige familien- oder multisystemische Ansätze vor • ausgehend von der engen Beziehung zwischen Depressivität und Ängstlichkeit ist es wenig erstaunlich, dass einige der Interventionen, die sich bei der Behandlung von Angststörungen gut bewährt haben, auch zur Behandlung von Depression eingesetzt werden (vgl. Auflistung der Interventionen) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • der Begriff „Psychotherapie" wird mittlerweile für eine breite Palette von Interventionen verwendet • die Anzahl der Studien ist über die verschiedenen Störungsbilder hinweg ungleich verteilt: für den Bereich der Angst- und Verhaltensstörungen liegen viele Studien, für ADHD und die Gruppe der depressiven Störungen liegen wenige Studien vor (entspricht der jeweils unterschiedlich langen Forschungsgeschichte) • Vorliegen einer großen Diversität bzgl. der Behandlungsansätze mit vielen unterschiedlichen Zielgruppen (Jugendliche, Eltern, Lehrer, Familien etc.): in Bezug auf depressive Störungen dominieren kinderfokussierte CBT-Interventionen, über alle Störungsbilder hinweg behaviorale Verfahren die Übersicht; darüber hinausgehend liegen für die Gruppe der depressiven Störungen jedoch auch Hinweise für die Effektivität von nicht-behavioralen Interventionen (IPT) vor; zudem gibt es Hinweise auf die Wirksamkeit einiger sehr einfacher oder ungewöhnlicher Interventionen (z.B. erweist sich Entspannungstraining bei allen vier betrachteten Störungsbildern sowie „self-modeling" bei Depression als hilfreich) • Notwendigkeit, die Bedeutung der Forschung für die Praxis zu erhöhen: Bedarf an Replikationen mit robusten Effekten (zu vielen Ansätzen wurde bislang nur eine Studie durchgeführt); Notwendigkeit, die klinische und externe Validität durch „effectiveness"-Studien (Repräsentativität von Patienten, Therapeuten und Setting) zu erhöhen; Notwendigkeit der Anfertigung von Studienprotokollen inklusive der Publikation von Therapiemanualen (bislang stehen Manuale häufig nicht zur Verfügung, so dass Interventionen von anderen nicht aufgegriffen und erprobt werden können) **Methodische Aspekte:** • Schwächen: einige vielversprechende Therapieansätze mussten aufgrund unpassender Studiendesigns oder unzureichender Studieninformationen ausgeschlossen werden; dies verhindert die Verbreitung dieser Ansätze, was sowohl für die Autoren als auch für die Patienten bedauerlich ist

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Whittington et al., 2004** Whittington, C.J., Kendall, T. Fonagy, P., Cottrell, D. Cotgrove, A. & Boddington, E. (2004). Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet, 363,* 1341-1345.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** bis 04/2003 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Kosten-Nutzen-Relation verschiedener SSRI zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen (unter besonderer Berücksichtigung eines mglw. erhöhten Suizidrisikos und unter Gegenüberstellung von veröffentlichten und unveröffentlichten Daten) • **Eingeschlossene Studien:** 5 veröffentlichte RCT-Studien, 9 unveröffentlichte Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; nicht-englische Veröffentlichung; Vorliegen einer unzureichenden methodologischen Qualität (d.h. keine Randomisierung, keine Verschleierung der Gruppenzugehörigkeit, kein Blindversuch, keine Beschreibung der Dropouts); Untersuchung anderer Substanzen (z.B. TZA) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 6-12 Wochen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** Depression (v.a. MDD) • **Altersbereich:** 6-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen: Remission, Response-Raten und Symptomscores (zur Messung der depressiven Symptomatik); Vorliegen schwerwiegender Nebenwirkungen; Vorliegen suizidaler Verhaltensweisen; Behandlungsabbrüche aufgrund von schwerwiegenden Nebenwirkungen“ • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • Fluoxetin: sowohl veröffentlichte als auch unveröffentliche Daten weisen auf ein günstiges (Risiko-Nutzen-)Profil hin • Paroxetin/Sertralin: die veröffentlichten Daten legen ein leicht positives Profil nahe; bei Hinzunahme der unveröffentlichten Daten zeigt sich jedoch, dass die Risiken die Vorteile überwiegen • Venlafaxin/Citalopram: sowohl unveröffentlichte als auch veröffentlichte Daten weisen auf ein ungünstiges Profil hin • *allgemein:* Fluoxetin erweist sich (als einziges SSRI) als Mittel der Wahl; die veröffentlichten Daten legen ein günstiges Wirkprofil für einige der SSRI nahe (kleine ES), nach Hinzunahme der unveröffentlichten Daten überwiegen die Risiken jedoch die Vorteile; dies ist als Hinweis darauf zu bewerten, dass das Nicht-Publizieren, Zurückweisen von Studien mit negativen Effekten oder Verschweigen bestimmter Daten zur Entwicklung falscher Leitlinien bzw. Empfehlungen führen kann (vgl. Abschnitt „sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen“) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • (1) es besteht die dringende Notwendigkeit, mehr Einsicht in unveröffentliche Daten bzw. einen besseren Zugang zu allen vorliegenden Studien (z.B. im Bereich der Pharmakoindustrie) zu bekommen; es bedarf (seitens der Pharmaindustrie) einer deutlich besseren Kooperation mit den Leitlinien-Entwicklern (um das Ableiten falscher Schlussfolgerungen zu vermeiden), diesbezüglich besteht bislang jedoch wenig Auskunftsbereitschaft • (2) die erhaltenen Hinweise auf potentielle Risiken sollten jedoch ausreichen, um von der Anwendung dieser Medikamente abzuraten (erste Hinweise dürfen in diesem Fall nicht ignoriert werden) • die Daten stützen die ausgegebenen Leitlinien (Vorliegen eines erhöhten Suizidrisikos) zum Gebrauch von SSRI; auf der Basis der veröffentlichten Daten (d.h. ohne die Berücksichtigung der unveröffentlichten Daten) wären falsche Schlussfolgerungen gezogen worden; SSRI sind zur Behandlung von Zwangs- und Angststörungen (oder bei komorbidem Vorliegen von Angst und Depression) evtl. besser geeignet • *spätere Erweiterung: Whittington et al., 2005* TADS-Studie: Auch Fluoxetin scheint (vgl. mit einer Placebo-Gruppe) zu erhöhten suizidalen Ideen/Verhaltensweisen zu führen, sich somit in seinem Nebenwirkungsprofil doch nicht von den anderen SSRI zu unterscheiden (vgl. entsprechende aktuelle Empfehlung der FDA). Eine Kombinationsbehandlung von CBT und Fluoxetin scheint demgegenüber sowohl effektiv zu sein als auch das Suizidrisiko zu reduzieren; es besteht Bedarf an weiteren, methodisch adäquaten Studien zur Kombinationsbehandlung (bislang liegen viele methodische Defizite vor; vgl. auch Problematik der TADS-Studie: die Kombinationsbehandlung war nicht als Blindversuch konzipiert, der Effekt der CBT liegt deutlich unter den in anderen Studien berichteten ES). • Forschung: Bedarf an Studien, die die Risiken einer SSRI-Behandlung explizit erforschen (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte“)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • Schwächen: die vorliegenden Studien waren per se nicht auf die Erhebung von Risiken einer SSRI-Behandlung angelegt (z.B. Fehlen der entsprechenden statistischen Power, um Effekte überhaupt nachzuweisen)

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **Cheung et al., 2005** Cheung, A.H., Emslie, G.J. & Mayes, T.L. (2005). Review of the efficacy and safety of antidepressants in youth depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46 (7),* 735-754.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** bis 12/2004 (vgl. Abschnitt „Explizite Ausschlusskriterien“) • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Übersicht über Effektivität und Sicherheit von Antidepressiva (SSRI, SNRI) in der Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter • **Eingeschlossene Studien:** 8 veröffentlichte und 9 unveröffentlichte RCT-Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** die eingeschlossenen Studien entsprechen u.a. dem Datenmaterial des FDA-Reviews (2004); Ergänzung des FDA-Reviews durch Literaturrecherche; kleine RCT-Studie; andere Altersgruppe; Untersuchungen zu älteren Antidepressiva (z.B. TZA, MAO) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 6-12 Wochen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** depressive Störungen (u.a. MDD) • **Altersbereich:** 6-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (Depression, Diagnosestatus, klinischer Gesamteindruck) • **Messzeitpunkte:** u.a. nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** *Effektivität:* • über die Studien hinweg liegen in Bezug auf die Remissions-/Response-Raten enorme Schwankungen sowohl zwischen den einzelnen Antidepressiva als auch zwischen den Placebogruppen vor (vgl. auch Abschnitte „sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen“ und „methodische Aspekte“) • eine detaillierte Analyse der einzelnen Studien (zu Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin, Citalopram, Venlafaxin, Nefazodon, Mirtazapin) ist dem Originalartikel zu entnehmen Wesentliche Ergebnisse: Fluoxetin erweist sich als wirksam, für Sertralin liegen ebenfalls Wirksamkeitshinweise vor, für alle anderen Substanzen ergeben sich uneindeutige oder negative Ergebnisse bzw. die Interpretation erweist sich aufgrund des Vorliegens methodischer Defizite als schwierig *Sicherheit/Nebenwirkungen:* • eine detaillierte Analyse der einzelnen Studien (zu Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin, Citalopram, Venlafaxin, Nefazodon, Mirtazapin) ist dem Originalartikel zu entnehmen Wesentliche Ergebnisse: allgemeine Nebenwirkungen treten (sowohl in der EG als auch in der KG) relativ häufig auf, alle anderen Nebenwirkungen deutlich seltener (<1-12%); nur wenige Nebenwirkungen treten unter Antidepressiva-Behandlung deutlich häufiger auf als in der KG Vorliegen einer fünfstufigen Differenzierung: (1) allgemeine Nebenwirkungen; (2) Nebenwirkungen, die zum Behandlungsabbruch führen; (3) schwere Nebenwirkungen (z.B. Tod, Lebensbedrohung, stationärer Aufenthalt, Schädigung von Patient/ungeborenem Kind); (4) Suizidalität; (5) Antriebssteigerung, Feindseligkeit, Übergang in die Manie • Suizidalität: ggü. der Placebo-Behandlung zeigt sich ein leicht erhöhtes Risiko für „suizidale“ Ereignisse, jedoch liegen im Rahmen dieser Fragestellung verschiedene methodische Probleme und Uneindeutigkeit vor: Schwierigkeit der Abgrenzung zwischen Suizidalität als Symptom der Depression vs. als Folge der Antidepressiva-Behandlung; z.T. Vorliegen zu kleiner Stichproben, um die Ergebnisse eindeutig interpretieren zu können; Problematik einer uneindeutigen, interindividuell variierenden Terminologie; Notwendigkeit, zwischen Suizdgedanken (häufig berichtet; entspricht der Mehrzahl der „suizidalen“ Ereignisse) und vollzogenen Suiziden/Suizidversuchen (selten) zu unterscheiden; Notwendigkeit, die Tatsache zu berücksichtigen, dass Suizidgedanken auch in der Allgemeinbevölkerung (v.a. bei Jugendlichen) relativ häufig vorkommen; epidemiologische Studien weisen auf einen Rückgang der Suizide unter Antidepressiva-Einnahme hin; bislang findet sich wenig Forschung zum Aspekt der Verbesserung suizidalen Verhaltens unter einer pharmakologischen Behandlung **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* angesichts verschiedener methodischer Probleme, der Variabilität in der Methodologie der einzelnen Studien und der Schwankungen innerhalb der Response-Raten (sowohl in der EG als auch in der Placebo-KG) müssen die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden • vermutlich bestehen bzgl. der Wirksamkeit zwischen den verschiedenen SSRI wenige Unterschiede, sondern die unterschiedlichen Response-Raten sind auf methodologische Aspekte/Unterschiede zurückzuführen (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte“)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • die Frage der Suizidalität kann bislang nicht abschließend beantwortet werden (vgl. Abschnitt „Ergebnisse“) • Forschung: die Konzeption einheitlicher, standardisierter Studienkriterien würde die Interpretation und Vergleichbarkeit von Studien deutlich erleichtern (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte“); Notwendigkeit einer Intensivierung der Forschung zu Unterschieden zwischen prä- und postpubertaler Depression und ihren Implikationen für die Behandlung; Notwendigkeit einer besseren Operationalisierung von Suizidalität/Nebenwirkungen (Vergleichbarkeit!); Notwendigkeit, bei der Erhebung der Nebenwirkungen die Vorgeschichte und alle vorliegenden Nebenwirkungs-Gruppen (insbesondere Feindseligkeit, Suizidalität, Manie, Verhalten) zu berücksichtigen; Notwendigkeit einer Standardisierung des Berichts von Nebenwirkungen • Praxis: Notwendigkeit einer hohen Wachsamkeit ggü. potentiellen Nebenwirkungen über: intensives Monitoring (um Veränderungen/Nebenwirkungen frühestmöglich zu erkennen); Abklärung des Vorliegens einer bipolaren Störung (bzw. eines bestehenden Risikos für die Entwicklung einer bipolaren Störung); Psychoedukation und Aufklärung (zu Risiken einer (Nicht-)Behandlung); Einbezug der Familie (um das Monitoring des Patienten zu verbessern); Therapiegestaltung (regelmäßiges Monitoring durch den Behandler, Warnung des Patienten vor Eigentherapie/Medikamentenumstellung) **Methodische Aspekte :** • allgemein: Vorliegen einer Vielzahl von Aspekten, die die Vergleichbarkeit und Interpretation der Studien erschweren (vgl. nachfolgende Abschnitte); Bestehen der Notwendigkeit, insgesamt viele Studien durchzuführen, um die Effektivität von Antidepressiva nachzuweisen vs. die Pharmaunternehmen sind pro Zulassung jedoch nur zur Durchführung von 2 Studien verpflichtet • allgemein: die hohen Schwankungen in den Placebo-Response-Raten weisen auf eine hohe methodologische Variabilität zwischen den Studien hin, diese betreffen u.a. folgende Aspekte: Anzahl der Untersuchungsorte (Vorliegen von mehr oder weniger Unterschieden und Abstimmungsschwierigkeiten); Größe der Stichprobe vor Ort; unterschiedliche Erfahrung der Rater; variierende Einschlusskriterien hinsichtlich der Patientenauswahl; Art der Rekrutierung; Studiendesign (Rückgriff auf ein Placebo zu Behandlungsbeginn (ja/nein), Durchführungsdauer, Dosierung); Auswahl des primären Outcome-Maßes (kindspezifische vs. für den Erwachsenenbereich konzipierte Ratingskala, Rückgriff auf Cutoff-Werte vs. Prozentanteile, kategoriale vs. kontinuierliche Daten) • *Methodische Probleme bei der Erfassung der Nebenwirkungen:* insgesamt findet sich eine inkonsistente, variable Erhebung: Einsatz verschiedener Methoden (Einsatz von Skalen vs. Erfragen von Nebenwirkungen vs. freier Bericht von Nebenwirkungen); Fehlen von standardisierten und validen Messinstrumenten; Problematik einer inkonsistenten Definition und Klassifikation von Nebenwirkungen (Fehlen eindeutiger Leitlinien); die Nebenwirkungen werden z.T. losgelöst von der Vorgeschichte erfragt; es findet sich eine selektive, inkonsistente Publikation von Nebenwirkungen -> Überblick und Vergleichbarkeit werden dadurch enorm erschwert

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung) : • Schwächen: Fehlen einer ausreichenden Datengrundlage zu Unterschieden zwischen Kindern und Jugendlichen; keine Erfassung von Compliance als relevanter Variable für Nebenwirkungen/Therapieerfolg; Vorliegen eines generellen Mangels an klinischen Studien (eine Berechnung von ES ist nicht möglich; Fehlen von Ergebnissen zum Einfluss der Dosis bzw. Dosis-Wirkungs-Beziehung; aufgrund des seltenen Vorkommens bestimmter Nebenwirkungen ist diese Datenlage auch in Bezug auf die Analyse von Sicherheitsfragen ein limitierender Faktor)

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **Esser & Ballaschk, 2005** Esser, G. & Ballaschk, K. (2005). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Forschungsstand und Perspektiven. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 26 (Sonderheft 1),* 19-39. * die Angaben beziegen sich (bis auf die Aspekte Bereich und Inhalt) auf die Arbeit von Esser & Sell (2003)	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1993-1999 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über internationale und deutschsprachige empirische Ergebnisse zur Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter • **Eingeschlossene Studien:** 43 kontrollierte Studien (39 Studien zu kognitiv-behavioralen Verfahren, 4 Studien zu nicht-behavioralen Therapien), davon 25 Studien zu überkontrollierten Störungen • **Explizite Ausschlusskriterien:** Fehlen einer unbehandelten KG <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 3-46 Stunden • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=unbehandelte KG) • **Störungsbilder:** verschiedene über- und unterkontrollierte Störungen (u.a. Angststörungen und Phobien, Prüfungsangst, Depressionen, oppositionell-deviantes Verhalten, dissoziale Störungen, Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung) • **Altersbereich:** 3-17 Jahre (M=10.5 Jahre) • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • Darstellung der Ergebnisse von Casey & Berman, 1985; Weisz et al., 1987; Kazdin et al., 1990; Weisz et al., 1995;Esser & Sell, 2003 • *spezifische Ergebnisse zu Depression:* für „Depressionen“ (8 Studien) finden sich mittlere ES • *allgemein (über alle Störungsbilder hinweg):* insgesamt liegen mittlere bis große ES vor; die Ergebnisse weisen auf eine höhere Effektivität behavioraler Verfahren im Vergleich zu nicht-behavioralen Verfahren hin; signifikant höhere ES liegen für unterkontrollierte im Vergleich zu überkontrollierten Störungen vor; geringe ES zeigen sich bei den kombinierten emotionalen und dissozialen Störungen; in der Kinder- und Jugendpsychotherapie können ähnliche Effekte erzielt werden wie in der Erwachsenentherapie; Forschungsfokus war zuletzt v.a. die Weiterentwicklung der Psychotherapien für unterkontrollierte Störungen und der Kindertherapien (im Sinne eines Nachholeffekts ggü. der zuvor schwerpunktmäßig beforschten Behandlung von Jugendlichen); Moderatoren wie Alter, Geschlecht und Schweregrad der Störung scheinen kaum einen Einfluss auf den Behandlungserfolg zu haben **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* die Wirksamkeit für Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ist für die nicht-behavioralen Methoden (klientenzentriert, einsichtsorientiert, Diskussionsgruppen) noch nicht ausreichend belegt; ein Mangel an Effektivitätsstudien herrscht insbesondere für psychoanalytische, tiefenpsychologische, eltern- und familienorientierte Therapiekonzepte; die Verhaltenstherapie ist gegenwärtig das am häufigsten wissenschaftlich untersuchte Therapieverfahren (abgesehen von dern unzureichenden Evidenzsituation für Intelligenzminderung, hirnorganische Störungen und Entwicklungsstörungen) • *allgemein*: im deutschen Sprachraum liegen systematische empirische Evaluationen nur in begrenztem Maße vor -> tendentiell decken sich die Ergebnisse mit den Resultaten international publizierter Effektivitätsstudien • Forschung: Notwendigkeit einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Forschern und Klinikern; Notwendigkeit der Annäherung von Therapieforschung an die klinische Praxis: Einbezug von komorbiden Störungsbildern; Bedarf an einer größeren Zahl von Outcome-Maßen; Notwendigkeit einer Manualisierung und Modularisierung der in der Praxis verwendeten Verfahren; Bedarf an Studien zur Gegenüberstellung von Kurzzeit- vs. Langzeitverfahren; Notwendigkeit einer systematischeren Untersuchung von Einzelkomponenten; Bedarf an Forschung zu nicht-behavioralen Verfahren; Bedarf an Studien zur Verbesserung der (bislang unzureichenden) Evidenzsituation der Verhaltenstherapie für Intelligenzminderung, hirnorganische Störungen und Entwicklungsstörungen; Bedarf an systematischen empirischen Evaluationen im deutschen Sprachraum; Bedarf an „effectiveness“-Studien mit hoher methodischer Qualität **Methodische Aspekte:** • Schwächen: Problematik der fehlenden Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf den therapeutischen Alltag -> nicht-repräsentatives Klientel, Ausschluss komorbider Störungen, Beschränkung des Behandlungsfokus auf das zentrale Problem, Problematik der zwischen Studien- und Praxistherapeuten vorliegenden Unterschiede (im Vorfeld der Studie Durchführung eines spezifischen Behandlungstrainings für Studientherapeuten; höhere Belastung durch die klinische Arbeit bei den Versorgungstherapeuten; im Studiensetting meist Kurzzeitbehandlungen von 8-10 Wochen, zu kurze FU-Zeiträume, zu selten Einbezug von Bezugspersonen, v.a. Durchführung von Gruppentherapien, Wirksamkeit von Einzelkomponenten ist oft unbekannt)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Greenhalgh et al., 2005** Greenhalgh, J., Knight, C., Hind, D., Beverley, C. & Walters, S. (2005). Clinical and cost-effectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania: systematic reviews and economic modelling studies. *Health Technology Assessment, 9 (9), 1-156.*	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- [1997-2000] • **Bereich:** Non-Pharmakotherapie • **Inhalt:** Klinische Effektivität und Kosteneffektivität von EKT bei depressiven Störungen (und Schizophrenie, Katatonie, Manie), u.a. bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** 2 systematische Reviews zu Fallserien, 1 (retrospektive) Fall-Kontroll-Studie • **Explizite Ausschlusskriterien:** anderes Störungsbild; Fehlen einer Ergebnisdarstellung getrennt nach Störungsbildern; andere Thematik (als Effektivität oder Kosteneffektivität von EKT); nicht-englische Veröffentlichung; Vorliegen eines (entsprechend der verfügbaren Datenlage) inadäquaten Designs <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** M=9.8 EKTs (für die Fall-Kontroll-Studie); Fehlen von Angaben (im Rahmen der systematischen Reviews) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=keine EKT) (für die Fall-Kontroll-Studie; Fehlen von Angaben (im Rahmen der systematischen Reviews) • **Störungsbilder:** u.a. MDD, psychotische Depression [außerdem: manische Episode, bipolare Störung, Schizophrenie, schizoaffektive Störung, Katatonie] • **Altersbereich:** > 6 Jahre und < 19 Jahre (M=15.4 Jahre) • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen zu den Bereichen Effektivität, Sicherheit und Akzeptanz von EKT (Symptomatik, Lebensqualität, Geschwindigkeit des Ansprechens auf die Behandlung, Behandlungsabbruch, Entlassung, Rückfälle, Nebenwirkungen, Wahl der Behandlung, Einstellung und Erfahrungen ggü. EKT) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (z.T. 6 Monate, z.T. M=5.2 Jahre mit einem Range von 2-9 Jahren)	**Ergebnisse:** • *Effektivität:* die Ergebnisse deuten darauf hin, dass EKT bei Jugendlichen mit depressiver Störung, Manie und Katatonie relativ gesehen effektiver ist als bei Jugendlichen mit Schizophrenie (eindeutigere Schlussfolgerungen sind aufgrund methodischer Schwächen nicht möglich) • *Verträglichkeit:* keine Sterbefälle, z.T. Auftreten von Krampfanfällen nach EKT; bislang findet sich kein Hinweis auf kognitive Beeinträchtigungen (jedoch liegen zu dieser Thematik nur wenige Studien vor); die am häufigsten geschilderten Beschwerden sind Kopfschmerzen, seltener sind subjektiv berichteter Gedächtnisverlust, manische Symptome, Enthemmung, halbseitige Gesichtsrötung, Verwirrtheit, Agitiertheit oder Erbrechen • *Kosteneffektivität:* Details zur Kosteneffektivität sind dem Originalartikel zu entnehmen **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* die Anwendung von EKT bei Kindern und Jugendlichen ist selten, was das Fehlen von RCT-Studien in dieser Altersgruppe erklärt; die vorliegende mäßige Studienlage erlaubt keine definitiven Schlussfolgerungen: EKT erweist sich in der Behandlung von Jugendlichen mit depressiven Erkrankungen, Manie oder Katatonie wahrscheinlich als effektiver als bei Jugendlichen mit Schizophrenie; nur wenige Studien untersuchen die Frage der Verträglichkeit von EKT bzw. berichten Daten zum Auftreten von Nebenwirkungen • Forschung: Bedarf an weiteren, methodisch hochwertigen RCT-Studien zum Gebrauch von EKT in bestimmten Subgruppen; Bedarf an randomisierten Studien zum Vergleich bzw. zur Kombination von EKT mit neueren (d.h. aktuell im klinischen Alltag eingesetzten) Antipsychotika und Antidepressiva; Notwendigkeit der Durchführung von Langzeitstudien zur Wirksamkeit von EKT und zur Effektivität von Pharmakotherapie nach EKT-Einsatz; Bedarf an methodisch hochwertigen Studien zu kurz- und langfristigen kognitiven Nebenwirkungen von EKT; Notwendigkeit von Forschung zum Informationsbedarf von Patienten, die eine Entscheidung für/gegen EKT treffen müssen (wie kann die Entscheidungsfindung erleichtert werden?); Bedarf an Forschung zu Mechanismen, die EKT zugrunde liegen; Notwendigkeit einer Verbesserung der Berichtsqualität von Studien durch Orientierung an den CONSORT-Kriterien **Methodische Aspekte:** • Schwächen des Reviews: Fehlen von randomisierten Studien zur Effektivität von EKT in spezifischen Subgruppen (z.B. Kinder und Jugendliche); Vorliegen weiterer allgemeiner Probleme im Rahmen der EKT-Forschung (vgl. Abschnitt „sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen“) • Schwächen der Einzelstudien: Fehlen von Blindheit; Vorliegen hoher Dropout-Rate bis zum FU; keine Kontrolle konfundierender Variablen; Fehlen von Angaben zur Intervention der KG (für die Fall-Kontroll-Studie)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Ihle und Jahnke, 2005** Ihle, W. & Jahnke, D. (2005). Die Wirksamkeit familienbezogener Interventionsansätze bei Angststörungen und depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter. Stand der Evidenzbasierung. *Kindheit und Entwicklung, 14 (1),* 12-20.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- [1990-2002] • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Wirksamkeit familienbezogener Interventionsansätze bei depressiven Störungen (Familientherapie/systemische Therapie, kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppenprogramme mit Familienkomponente) • **Eingeschlossene Studien:** 4 kontrollierte Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 8-16 Wochen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Warteliste, alternative Interventionen) • **Störungsbilder:** depressive Störungen (u.a. MDD) • **Altersbereich:** 13-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (Depression, kindliches Verhalten, Diagnosestatus, familiäres und allgemeines Funktionsniveau, Bindungsverhalten, Angst, dysfunktionale Schemata, Aktivitätsniveau) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (6 Monate bis 2 Jahre)	**Ergebnisse:** • es existieren bisher nur randomisierte Kontroll-/Vergleichsgruppen-Studien der kognitiven Verhaltenstherapie mit Einbezug der Familie, der attachmentbasierten Familientherapie sowie der systemisch-behavioralen Familientherapie, nicht jedoch von psychodynamischen Ansätzen mit Einbezug der Familie • es existieren bisher nur Wirksamkeitsstudien bei älteren (13-18-jährigen) Kindern/Jugendlichen • der Einbezug der Eltern erwies sich bei 14-18-Jährigen der reinen Jugendlichentherapie bisher als nicht überlegen • der Einbezug der Eltern bei depressiven Eltern wurde bisher nicht ausreichend untersucht • Gruppentherapie erwies sich als ebenso erfolgreich wie Einzeltherapie • die Befunde bei Behandlungsende konnten auch im FU (bis zu 2 Jahre danach) bestätigt werden **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschung: Bedarf an europäischen Studien und *nicht* kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programmen mit Familieneinbezug; Bedarf an Studien mit Kindern (< 13 Jahre) und Notwendigkeit einer insgesamt verbesserten Moderatoren- und Komponentenforschung (z.B. Überprüfung der Bedeutung des Einbezugs des familialen Umfelds v.a. bei Kindern vor der Adoleszenz; Klärung der Wechselwirkung zwischen den Variablen Alter der Kinder, Depressivität/Überbehütung der Eltern und Familieneinbezug); Notwendigkeit der Entwicklung von (bislang fehlenden) familiendiagnostischen Instrumenten zur Behandlungsevaluation; die Übertragung der positiven Befunden auf den klinischen Alltag (Praxisbewährung) sowie in der Anwendung bei schweren Störungsformen steht noch aus **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Michael et al., 2005** Michael, K.D., Huelsman, T.J. & Crowley, S.L. (2005). Interventions for Child and Adolescent Depression: Do Professional Therapists Produce Better Results? *Journal of Child and Family Studies, 14 (2),* 223-236.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1980-2001 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Vergleich der Behandlungseffektivität von Therapeuten vs. Graduierten (und Kindern vs. Jugendlichen) • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von insgesamt 19 Studien, davon 12 RCT-Studien und 7 Prä-Post-Vergleichsstudien • **Explizite Ausschlusskriterien:** Fallberichte; Einzelfallstudien; anderers Studiendesign (als EG-KG- bzw. Prä-Post-Vergleich); anderer Therapieschwerpunkt (als Behandlung der depressiven Symptomatik oder Depressionsdiagnose); andere Altersgruppe; kein Vorliegen einer psychologisch-psychosoziale Intervention; kein Bericht von mind. einem Outcome-Maß <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 6-36 Sitzungen (5-14 Wochen) • **Vergleichsgruppen:** Prä-Post-Vergleich (bzw. EG-EG-Vergleich) • **Störungsbilder:** depressive Störung oder bedeutsame depressive Symptomatik; Vorliegen einer ICD-/DSM-Diagnose bei 55% der Studien (MDD und/oder Dysthymia) • **Altersbereich:** 7-18 Jahre (M=13.7 J.) • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcomevariablen (Vorliegen von mind. einem Depressionsmaß; depressive Symptomatik oder Depressionsdiagnose) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • *im Rahmen der Metaanalyse eingeschlossene Interventionsformen:* CBT, IPT, non-direktive supportive Therapie, soziales Kompetenztraining, Entspannung, Problemlösen, strukturierte behaviorale Familientherapie, Rollenspiel • *allgemein (über alle Studien hinweg):* Vorliegen großer ES im Prä-Post-Vergleich • *Vergleich Kinder (6-12 J.) vs. Jugendliche (13-18 J.):* es liegen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der ES vor; Vorliegen großer ES im Prä-Post-Vergleich • *Vergleich Therapeuten vs. Graduierte* (3-20 Jahre klinische Erfahrung vs. Doktoranden, Therapeuten in Ausbildung, Trainees): es liegen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der ES vor; Vorliegen großer ES im Prä-Post-Vergleich **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* die Therapieforschung für Depressionen im Kindes- und Jugendalter hat sich in den letzten Jahren rapide entwickelt, und die vorliegenden Ergebnisse sollten vor diesem Hintergund interpretiert werden; die Ergebnisse müssen angesichts der vorliegenden methodischen Schwierigkeiten (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte“) mit Vorsicht interpretiert und dürfen nicht absolut gesehen werden • *allgemein:* die vorliegenden Ergebnisse (d.h. das Fehlen von Unterschieden bei beiden Vergleichen) stehen im Kontrast zu bisherigen Ergebnissen aus Metaanalysen (bei denen Unterschiede gefunden wurden); als mögliche Erklärungen dafür werden folgende Aspekte diskutiert: *Therapeuten vs. Graduierte:* (1) bisherigen Metaanalysen lag ein Mix aus verschiedenen Störungsbildern zugrunde (dabei lagen eher wenige Studien zu Depression und viele Studien zu Angststörungen vor); mglw. zeigen sich Unterschiede zwischen Behandlergruppen in erster Linie für die Gruppe der Angststörungen, jedoch nicht im Rahmen der Behandlung von Depression; (2) mglw. resultiert das vorliegende Ergebnis aus der engmaschigen Supervision der Graduierten durch klinisch erfahrenere Therapeuten (im Team) und dem Rückgriff auf strukturierte Behandlungsmanuale *Kinder vs. Jugendliche:* in bisherigen Studien liegen methodologisch schwierige Klassifikationskriterien vor (d.h. Gruppeneinteilung in „mittleres Alter von 12 J. und jünger“ vs. „mittleres Alter von 13 J. und älter“); die jeweiligen Autoren wiesen im Rahmen ihrer Arbeiten bereits auf Unsicherheiten in der Interpretation dieser Ergebnisse hin • Forschung: Notwendigkeit, bisher vernachlässigte Faktoren (z.B.Therapeutenvariablen) vermehrt in den Fokus zu rücken, eigens dafür konzipierte Studien durchzuführen (mit ausreichender statistischer Power!) und die Ergebnisse sorgfältig zu berichten • Praxis: mglw. können Graduierte unter Supervision erfahrener Therapeuten und mit Hilfe strukturierter Manuale vergleichbar gute Behandlungsergebnisse (wie erfahrene Therapeuten) erzielen **Methodische Aspekte:** • allgemein: aufgrund des Vorliegens methodologischer Schwächen (in Bezug auf Erhebung, Bericht und Kategorisierung der Daten) sind die Möglichkeiten von Analyse und Interpretation möglicher Interaktionen zwischen bestimmten Variablen (Alter, therapeutische Erfahrung) begrenzt

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Ryan, 2005** Ryan, N.D. (2005). Treatment of depression in children and adolescents. *Lancet, 366,* 933-940.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** v.a. 2000-2004 (aber auch ältere und oft zitierte) • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie [Prävention] • **Inhalt:** Übersicht zu Behandlungsansätzen bei Depression im Kindes- und Jugendalter (Zusammenfassung des Status quo) • **Eingeschlossene Studien:** --- • **Explizite Ausschlusskriterien: ---** *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen: ---** • **Störungsbilder:** depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen • **Altersbereich:** 6-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** *Psychotherapie:* • CBT und IPT erweisen sich einer KG (Warteliste, Standardbehandlung) als überlegen *Pharmakotherapie:* • verschiedene Antidepressiva haben sich im EG-Placebo-Vergleich als wirksam erwiesen; gleichzeitig konnten jedoch über 50% der durchgeführten Einzelstudien im EG-Placebo-Vergleich keine Überlegenheit eines Antidepressivums nachweisen • TZA: es finden sich keine Belege für die Wirksamkeit von TZA bei Kindern, demgegenüber liegen kleinere Hinweise für die Effektivität in der Behandlung Jugendlicher vor • SSRI: gut replizierte Belege liegen ausschließlich für die Wirksamkeit von Fluoxetin vor; für alle anderen SSRI findet sich uneinheitliche Ergebnisse (meist findet sich nur eine Studie mit positivem Ergebnis oder ausschließlich negative Befunde; einzelne Belege liegen für Sertralin, Citalopram, Paroxetin und Nefazodon vor); die Placebo-Response-Raten liegen bei 30-60%, daraus resultierend ergeben sich im Vergleich der Response-Raten (von EG und KG) oft nur Differenzen von 10-25%; insbesondere bei komorbiden Vorliegen von MDD und Angststörung empfiehlt sich (aufgrund der genetischen Nähe eine SSRI-Behandlung *Langzeitbehandlung:* • die meisten Studien fokusieren auf Akut-/Kurzzeitbehandlung, obwohl die Langzeitbehandlung von großer Relevanz ist (Vorliegen eines ähnlichen Phasenverlaufs wie bei Erwachsenen; enorme Auswirkungen einer depressiven Episode; Auftreten früher Episoden als Risikofaktor für das Auftreten späterer Episoden); eine Langzeitbehandlung erweist sich einer Akutbehandlung als überlegen (Vorliegen einer Studie von Emslie et al., 2004) *Suizidalität:* • in epidemiologischen Studien findet sich seit SSRI-Einführung eine reduzierte Suizidrate; in forensich-toxikologischen Untersuchungen nach adoleszenten Suiziden findet sich nur selten ein Hinweis auf eine vorherige Antidepressiva-Einnahme; in Therapiestudien liegt demgegenüber unter SSRI-Behandlung ein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken/-versuche vor (vgl. *FDA-Metaanalyse, 2004*), wenngleich die Häufigkeit von Suizidgedanken/-planungen/-versuchen (die bei 8-20% aller Jugendlichen auftreten) um ein Vielfaches höher ist als die Zahl vollendeter Suizide • *FDA-Metaanalyse:* über alle Studien hinweg liegt kein vollendeter Suizid vor; es finden sich keine Variablen zur Vorhersage von Suizidalität und kein bestimmter Zeitpunkt/Cluster des Auftretens von Suizidalität im Rahmen der Behandlung; bei Rückgriff auf berichtete Nebenwirkungen ergibt sich ein „risk ratio“ von 1.78* vs. bei Rückgriff auf Suizidalität erfassende Skalenitems ergibt sich ein „risk ratio“ von 0.92 (nicht signifikant) • ein *Modell zur Integration* aller vorliegenden Befunde gründet sich auf den Gedanken, dass der Nettoeffekt einer SSRI-Behandlung für die Gesamtpopulation protektiv ist, sich im Einzelfall jedoch (neben einer Reduktion des Suizidrisikos) auch eine Zunahme von Suizidalität ergeben kann (die im vollendeten Suizid enden kann/nicht muss; die Stärke dieses Zusammenhangs ist derzeit noch unklar bzw. kann ausgehend von der aktuellen Studienlage nicht beantwortet werden); daraus resultierend ergibt sich die Notwendigkeit einer engmaschigen Überwachung, insbesondere zu Behandlungsbeginn, um etwaige negative Entwicklungen rechtzeitig zu erkennen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • *allgemein:* viele Forschungsfragen zur Behandlung depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter sind immer noch unklar und Behandlungsempfehlungen empirisch nicht vollständig abgesichtert; angesichts der Prävalenzraten und der mit depressiven Erkrankungen verbundenen Chronizität, Morbidität und Mortalität ist der aktuelle Forschungsstand unzureichend und besorgniserregend; obwohl den meisten Jugendlichen mit MDD eine Behandlung zuteil wird, liegt die Behandlungsgestaltung und -qualität oft weit hinter den aktuellen, durch empirische Daten gestützten Leitlinien zurück; insgesamt gibt es wenige (verfügbare) Therapeuten, die aktuelle Behandlungsstandards beherrschen • Forschung: Bedarf an Langzeitstudien und Studien mit „hartnäckigen" Patienten; Notwendigkeit einer Klärung der Frage der Suizidalität (vgl. Abschnitt „Ergebnisse") • Praxis: Notwendigkeit, den Fokus vermehrt auf sekundäre Prävention, frühe Diagnostik, bessere/langfristige Behandlungscompliance und eine flächendeckende/umfassende Anwendung aktueller Forschungserkenntnisse zu legen **Methodische Aspekte:** *allgemein:* • sowohl bei pharmakotherapeutischen als auch bei psychotherapeutischen Interventionen finden sich relativ hohe (ca. 30% oder mehr) Placebo-Response-Raten bzw. Responseraten nach unspezifischer Behandlung • keine der aktuell abgeschlossenen oder laufenden Studien zur Antidepressiva-Behandlung ist von Stichprobenumfang (Vorliegen einer adäquaten statistischen Power!), Design und Methodik so konzipiert, als dass damit die Frage der Suizidalität (vgl. Abschnitt „Ergebnisse") umfassend und abschließend geklärt werden könnte; die beste verfügbare Studie zu dieser Thematik ist bislang die FDA-Metaanalyse (vgl. Abschnitt „Ergebnisse") • eine Vielzahl der durchgeführten Einzelstudien ist öffentlich nicht verfügbar (z.B. Poster-Präsentation, Kongressbeiträge, bisher noch nicht unveröffentlichte Studie), dies wirkt sich deutlich negativ auf die Ableitung von Behandlungsempfehlungen aus; Metaanalysen auf der Grundlage aller verfügbaren Studien (z.B. zur Analyse möglicher Prädiktoren) wären demgegenüber ein enormer Zugewinn

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Valdez et al., 2005** Valdez, C.R., Carlson, C. & Zanger, D. (2005). Evidence-Based Parent Training and Family Interventions for School Behavior Change. *School Psychology Quarterly, 20 (4),* 403-433.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** vor 2003 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über evidenzbasierte Elterntraings und Familieninterventionen zur Veränderung des kindlichen Verhaltens im Schulsetting • **Eingeschlossene Studien:** über alle Störungsbilder hinweg insgesamt 24 Studien (19 Elterntrainings, 5 Familieninterventionen), davon 1 Studie zu Depression • **Explizite Ausschlusskriterien:** andere Thematik (als Durchführung in der Schule, schulbezogene Behandlungskomponente, Einschluss von Messinstrumenten zur Erhebung der Veränderung schulischen Verhaltens); Studien zu universeller Prävention; anderes Störungsbild; Einzelfallberichte; kein Bericht von mind. einer schulbezogenen Outcome-Variable; unveröffentlichte Studie *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- [im Allgemeinen: ca. 8-20 Sitzungen] • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (= Warteliste) • **Störungsbilder:** Depression, Angststörungen, ADHD, Verhaltensstörungen (CD, ODD), Substanzmissbrauch, psychiatrische Notfälle • **Altersbereich:** 10-16 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (entsprechend der Outcome-Bereiche: Zielverhalten, familiäres Funktionsniveau, schulisches Funktionsniveau, sekundäre Outcome-Maße) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); kein FU	**Ergebnisse:** • *allgemein:* insgesamt finden sich mehr Studien zur Effektivität von Elterntrainings als zur Wirksamkeit von Familieninterventionen; Elterntrainings, behaviorale Familieninterventionen (v.a. bei Kindern und in der Frühpubertät) und multidimensionale systemische Interventionen (v.a. bei Jugendlichen) werden v.a. zur Behandlung von Verhaltensproblemen (ADHD, CD) angewendet; bei einem Drittel der Studien werden die Interventionen oder zumindest ein Behandlungsbaustein im Rahmen der Schule durchgeführt; insgesamt finden sich fast aus-schließlich im weitesten Sinne behaviorale Interventionen; Kombinationsbehandlungen (eltern- und kindfokussierte Interventionen) sind einzelnen Bausteinen (eltern- oder kindfokussierte Intervention) in der Regel überlegen • zum Behandlungsende zeigen vier der 24 Studien große ES in Bezug auf eine Veränderung des Zielverhaltens und des schulischen Funktionsniveaus (1 Studie davon ist dem Bereich der Angststörungen zuzuordnen, 3 Studien dem Bereich der Verhaltensstörungen); die eine im Bereich der depressiven Störungen vorliegende Studie erzielt bei Behandlungsende mittlere bis große ES (Fehlen von FU-Daten) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* trotz des bestehenden Zusammenhangs zwischen familiärem Umfeld und schulischem Verhalten sind Elterntrainings/Familieninterventionen im Rahmen von Schule eher ungewöhnlich; die (potentielle) Generalisierung des in Eltern-/Familieninterventionen Gelernten aufs schulische Setting wird bei Studien bislang nur unregelmäßig erhoben; ausgehend von der oft ohnehin kurzen Behandlungsdauer (8-20 Sitzungen) ist die erfolgreiche Durchführung von Eltern- und Familieninterventionen im Schulsetting als herausfordernd einzuschätzen • Forschung: Notwendigkeit, vorhandene Defizite (vgl. vorangegangene Abschnitte; keine Erhebung von Generalisierungseffekten) zu beheben; Notwendigkeit, bei familienfokussierten Interventionsstudien auf für die verschiedenen öffentlichen Schulen repräsentative Stichproben zurückzugreifen; Notwendigkeit, Generalisierbarkeit (klinische Nützlichkeit und Effektivität) der Interventionen für verschiedene ethnische und sozioökonomische Gruppen bzw. verschiedene Settings (u.a. Schule!) zu überprüfen; Notwendigkeit, ethnische, kulturelle und sozioökonomische Aspekte auch bei der Programmentwicklung zu berücksichtigen; Bedarf an Vergleichsstudien (verschiedene Behandlungsansätze innerhalb eines theoretischen Konzepts; ähnliche Behandlungsansätze über verschiedene theoretische Konzepte hinweg); Beantwortung der Frage nach der (kosten-)effektivsten Behandlungsvariante (für verschiedene Gruppen und Probleme); Notwendigkeit der häufigeren Erhebung von schulbezogenen Outcome-Maßen; Bedarf an regelmäßigen Updates zum Stand der Evidenzbasierung von eltern-/familienfokussierten, schulbasierten Interventionen • Praxis: Notwendigkeit, Eltern-/Familieninterventionen häufiger im schulischen Setting durchzuführen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • Schwächen: z.T. Vorliegen einer unzureichenden Datengrundlage (bei 9 Studien war keine ES-Berechnung möglich); z.T. Fehlen von Informationen zur Nationalität der Patienten; insgesamt wenige Studien zu nicht-behaviorale Interventionen; Mängel und große Variabilität in der Qualität des Studiendesigns (z.B. Fehlen von Berechnung und Bericht der ES; fehlende Kontrolle von mglw. relevanten Interaktionen; Designs erweisen sich als unzureichend, um solche Behandlungsbausteine zu identifizieren, die in besonderer Weise mit den Outcomes in Zusammenhang stehen; Fehlen von Replikationsstudien mit wiederholter Erhebung des schulischen Funktionsniveaus); z.T. mussten Studien aufgrund eines fehlenden schulbezogenen Outcome-Maßes ausgeschlossen werden, obwohl sie die Wirksamkeit der Intervention belegen (Studien zu ADHD erheben z.B. vermehrt schulbezogene Outcome-Maße; die Erhebung von schulbezogenen Outcome-Maßen ist bei Wirksamkeitsstudien zu Elterntrainings ansonsten eher uncharakteristisch), was mögl. Unterschiede ggü. den Ergebnissen anderer Studien erklären kann; auch unveröffentlichte und aktuellere Studien wurden ausgeschlossen • Stärken: viele Studien schließen ethnische Minderheiten ein; im Allgemeinen findet sich eine gute Qualität des Studiendesigns: z.T. geht die Durchführung der Behandlung mit einem enormen Aufwand einher (wie z.B. bei MST); Vorliegen von Randomisierung; Einschluss einer KG oder Vergleichsgruppe; Vorliegen einer Äquivalenz von EG und KG; Rückgriff auf reliable und valide Outcome-Maße; Rückgriff auf Manuale und Methoden, die Compliance des Therapeuten bzgl. der Intervention sicherstellen; Anwendung angemessener statistischer Analysen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Weisz et al., 2005** Weisz, J.R., Jensen-Doss, A. & Hawley, K.M. (2005). Youth Psychotherapy Outcome Research: A Review and Critique of the Evidence Base. *Annual Review of Psychology, 56,* 337-363.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1962-12/2002 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Quantitative methodologische Analyse und Review aller methodisch akzeptablen, veröffentlichten, *psychotherapeutischen* RCT-Studien zu den vier Hauptstörungsbildern • **Eingeschlossene Studien:** 236 RCT-Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine klinische Studie; nicht-englische Veröffentlichung; Fehlen einer Kontrollgruppe (=Warteliste, keine Behandlung, Placebo, keine aktive Behandlung); anderes Störungsbild (als eines der 4 Hauptstörungsbilder); Studien zu psychopharmakologischer Medikation (da ausschließlich Review zu Psychotherapien); Fehlen der Angaben zu Post-Treatment-Werten <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Warteliste, keine Behandlung, Placebo, keine aktive Behandlung) • **Störungsbilder:** Verhaltensstörungen, Angststörungen, depressive Störungen, ADHD • **Altersbereich:** 3-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** --- [Analyse verschiedener Studiencharakteristika: Charakteristika der Stichprobe; Erhebung des Diagnosestatus; Berücksichtigung therapienaher/-ferner Veränderungsbereiche; Auswahl der Outcome-Variablen (Quelle, Selbst-/Fremdbericht); untersuchte Behandlungsansätze; Behandlungsintensität; durchschnittliche Stichprobengröße (EG, KG); Art der Kontrollgruppe; klinische Repräsentativität (Probanden, Therapeuten, Setting)] • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** *allgemein:* • *Analyse verschiedener Stichprobencharakteristika:* Fehlen von Angaben zu Nationalität (in 60% der Studien) und sozioökonomischem Status (72% der Studien); damit einhergehend Fehlen von Berechnungen zu Moderatoren des Therapieerfolgs • *Bestimmung des Diagnosestatus:* in 75% der Fälle ist das Erfüllen der Diagnosekriterien keine Voraussetzung für eine Studienteilnahme (in den Fällen, in denen das Vorliegen einer ICD-/DSM-Diagnose Einschlussvoraussetzung ist, wird jedoch häufig nicht auf eine standardisierte Diagnoseerhebung zurückgegriffen); in 80% der Fälle findet zudem kein Rückgriff auf Cutoff-Kriterien statt • *Durchschnittliche Stichprobengröße (EG, KG):* häufiges Vorliegen einer zu geringen Stichprobengröße (N=22 statt N=50 als Grundlage für eine adäquate statistische „Power“) • *Art der Kontrollgruppe:* Fehlen von aktiven Kontrollgruppen und herkömmlichen Behandlungsansätzen als Kontrollgruppe (anstelle von Warteliste, keiner Behandlung) • *Untersuchte Behandlungsansätze:* Überwiegen von Studien zu lernbasierten statt einsichtsbasierten Interventionen; Jugendliche sind deutlich häufiger im Fokus als ihre Eltern; individuelle Behandlung und Gruppentherapie kommen gleich häufig vor; häufiges Fehlen von Begleitmanualen, vorherigen Trainings und Supervision • *Klinische Repräsentativität:* nur 1% der Studien sind in Bezug auf die 3 Dimensionen „Probanden, Therapeuten und Setting“ klinisch repräsentativ; somit besteht ein enormes Defizit an externer Validität; zudem Fehlen von Angaben zu Therapeutenstatus und Setting • *Auswahl der Outcome-Variablen:* gelungene Methodenvielfalt bei der Datenerhebung (verschiedene Quellen, Ausgewogenheit von Selbst- und Fremdbericht, verschiedene Verfahren) • *Berücksichtigung der Veränderungsbereiche:* die Vielzahl der für die Auswahl von Outcome-Variablen in Frage kommenden Veränderungsbereiche (therapienah, therapiefern, funktionell, Auswirkungen auf die Umwelt, Zufriedenheit) sollte stärkere Berücksichtigung finden **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • die Implikationen für Forschung und Praxis ergeben sich aus den im vorangegangenen Abschnitt (vgl. Abschnitt „Ergebnisse“) geschilderten Stärken und Defiziten **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Windaus, 2005** Windaus, E. (2005). Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 54,* 530-558.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Übersicht über Wirksamkeitsstudien im Bereich tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie • **Eingeschlossene Studien:** 21 z.T. kontrollierte Studien, 6 umfangreiche Katamnesen [zudem Hinweis auf einige noch in der Pilotphase befindliche bzw. noch nicht ganz abgeschlossene Studien] • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** affektive Störungen, depressive Störungen, neurotische Störungen, Anpassungsstörungen, komplexe emotionale Störung mit Depressionssyndrom, emotionale Störungen, Angststörungen, emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit, Verhaltensstörungen, Kinder mit starker emotionaler Deprivation; Kinder mit expansiven (Verhaltens-)Störungen • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • *Entwicklung der analytischen Wirksamkeitsforschung* (deutschsprachige und internationale Arbeiten): Details zu dieser Thematik sind dem zu entnehmen • *allgemein:* im Vergleich zu anderen Psychotherapieverfahren besteht bei der analytischen Kinder- und Jugendlichentherapie ein Rückstand in der empirischen Forschung: 21 psychoanalytische Evaluationsstudien und 6 Katamnesen stehen weltweit 1500 Studien anderer Psychotherapieverfahren gegenüber; somit liegt ein krasses Missverhältnis zwischen praktischer Verbreitung und wissenschaftlicher Fundierung vor; die analytischen Verfahren werden aufgrund ihres geringen Forschungsvolumens und der dürftigen Befunde in der Öffentlichkeit z.T. recht negativ bewertet; zudem wächst der Druck, auch den Anforderungen des wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zu genügen; demgegenüber liegt die Verhaltenstherapie bzgl. ihrer Evidenzbasierung weit vor den anderen Psychotherapieverfahren; diese gute Forschungslage für die Verhaltenstherapie schlägt sich auch in den Empfehlungen von Ärzten, der Entwicklung von Leitlinien etc. nieder • *Affektive Störungen (F30-39) und Belastungsstörungen (F43):* ca. 5 Studien (davon 1 störungsspezifisch) -> die gemischten Studien belegen die Wirksamkeit von psychoanalytischer Therapie bei affektiven Störungen nur mit Einschränkungen, da sie zum Teil retrospektiv erhoben wurden oder kein ausreichendes KG-Design haben; sie haben aber den Vorzug, die Behandlungsrealität unter Versorgungsbedingungen naturalistisch abzubilden; die verbleibende kontrollierte Studie (Horn et al., 2005) stellt einen Wirksamkeitsnachweis ohne Einschränkung dar **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* die vorhandenen Studien (v.a. die neueren Studien, die eine Kombination aus Warte-KG-Design und naturalistischer Feldabbildung darstellen) belegen die Wirksamkeit analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unter Versorgungsbedingungen; auch die vorliegenden Katamnesen bilden die Behandlungsrealität unter Versorgungsbedingungen naturalistisch gut ab die störungsspezifischen [4] Studien zu depressiven, Angst- und Verhaltensstörungen belegen einzig und erstmalig, kontrolliert und naturalistisch die Wirksamkeit analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der ambulanten Versorgung in Deutschland • Forschung: die psychoanalytische Psychotherapieforschung muss zur Selbsterhaltung des Verfahrens und des Berufsstandes zu einem notwendigen Instrument werden; Bestehen der Notwendigkeit, eine Kooperation mit an Psychoanalyse interessierten Forschern an Universitäten/Hochschulen herzustellen und Wahrnehmen weiterer Aufgaben (wie Anwerben von Drittmitteln, Anmahnen von Verfahrensausgewogenheit bei der Vergabe von Forschungsgeldern, Durchführung von Vergleichsstudien „Verhaltenstherapie vs. Psychoanalyse“); Beforschung der Langzeitwirkung von Strukturumwandlungen und der Nachhaltigkeit des Effekts (als spezifischem, bedeutsamen Faktor psychoanalytischer Behandlungen; Notwendigkeit einer Evidenzbasierung als Rechtfertigung der höheren Stundenkontingente); trotz ambivalenter Haltung Notwendigkeit einer Orientierung an den Mindestanforderungen und Regularien für Wirksamkeitsstudien; Bedarf an Effektivitätsstudien im Labor *und* naturalistischen Studien; Notwendigkeit der Implementierung einer Forschungsstruktur im Bereich der Psychoanalyse (ggf. auch durch eine jährliche Forschungsumlage für die Mitglieder der Berufs-/Fachverbände)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • Schwächen der Einzelstudien: Fehlen differenzierter Angaben zu Stichprobencharakteristika; Fehlen von KG unbehandelter Patienten (z.T. nur Bericht von Prä-Post-ES); Vorliegen vieler Studien mit gemischtem Klientel; vielfach retrospektive Datenerhebung; z.T. Vorliegen einer nicht-adäquaten Randomisierung; unzureichende Beschreibung der Behandlung (trotz Manualisierung); Fehlen von Informationen über Therapeutenerfahrung; relativ niedriger Störungsgrad der Patienten; z.T. Vorliegen nicht abgrenzbarer Wirkfaktoren/Konfundierung von Einflussfaktoren; z.T. Durchführung unzureichender Diagnostik • [Weitere Schwächen: vollständig narrative, eher unübersichtliche Darstellung des Status quo im Rahmen des Reviews; Erhalt sehr breiter Störungsgruppen bei Untergliederung nach den vom Wissenschaftlichen Beirat festgelegten 8 Anwendungsbereichen (insgesamt Vorliegen nur weniger störungsspezifischer Studien und Angaben); Bericht der ES ohne dazugehörige Berechnungsformel] • Stärken der Einzelstudien: Durchführung der Outcome-Messung auf mehreren Ebenen; Rückgriff auf reliable und valide Messinstrumente mit altersspezifischer Normierung; Durchführung naturalistischer Studien; Vorliegen einer randomisierten Therapeutenzuweisung; z.T. Rückgriff auf Warteintervalle und Warte-KG; z.T. Vorliegen langer Katamnesezeiträume; z.T. Durchführung psychometrischer Vorstudien zur Normierung der Erfassungsinstrumente

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW ZU METAANALYSEN: **Butler et al., 2006** Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26,* 17-31.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1967-07/2004 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über 16 Metaanalysen zum aktuellen Forschungsstand kognitiv-behavioraler Therapien bei Kindern, Jugendlichen und (in erster Linie) Erwachsenen • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von insgesamt 16 Metaanalysen (davon 1 Metaanalyse zu internalisierenden Störungen bei Kindern, die 22 Studien berücksichtigt und 1 Metaanalyse zu Depression bei Jugendlichen) • **Explizite Ausschlusskriterien:** Metaanalysen ohne RCT-Studien als Grundlage, ohne Gewichtung der ES über die Stichprobengröße, ohne Analyse der ES-Heterogenität und ohne Analyse von Moderatorvariablen; nicht-englische Veröffentlichung; redundante Darstellungen; Fehlen einer klaren Abgrenzung zwischen CBT und anderen psychosozialen Interventionen <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=keine Behandlung, psychologisches Placebo, Warteliste) • **Störungsbilder:** Internalisierende Störungen bei Kindern (depressive, Angst- und somatische Störungen), Depression bei Jugendlichen • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** verschiedene Depressions-Maße • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); z.T. FU (6 Wochen)	**Ergebnisse:** • kognitiv-behaviorale Therapien erweisen sich in der Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen als hoch effektiv (0.55-1.11) • die Effekte werden auch nach Therapieende über einen gewissen Zeitraum beibehalten **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschung: Notwendigkeit der Durchführung von Metaanalysen zu einem breiteren Störungsspektrum, zu Langzeiteffekten der CBT und zum Vergleich von CBT mit alternativen Behand-lungsansätzen **Methodische Aspekte:** • Schwächen (der Metaanalyse zur Behandlung von Depression bei Jugendlichen): Einschluss realtiv weniger Studien mit eher kleinen Stichproben das Ergebnis (Überlegenheit von kognitiver Therapie gg. Warteliste, Entspannungsgruppe und supportiver Therapie) steht im Gegensatz zu den Befunden der TADS-Studie (die eine äquivalente Wirksamkeit von CBT und Medikamentenplacebo berichtet)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Cheung et al., 2006** Cheung, A.H., Emslie, G.J. & Mayes, T.L. (2006). The use of antidepressants to treat depression in children and adolescents. *Canadian Medical Association Journal, 174 (2),* 193-200.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** ca. 1997-2004 (vgl. Abschnitt „Explizite Ausschlusskriterien“) • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Übersicht über Effektivität und Sicherheit von Antidepressiva (SSRI, SNRI) in der Behandlung von Depression im Kindes- und Jugendalter (unter besonderer Berücksichtigung methodischer Aspekte und Handlungsleitlinien) • **Eingeschlossene Studien:** 6 veröffentlichte und 10 unveröffentlichte RCT-Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** die eingeschlossenen Studien entsprechen dem Datenmaterial des FDA-Reviews (2004); kleine RCT-Studie; andere Altersgruppe; Untersuchungen zu anderen Antidepressiva als SSRI und SNRI <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 8-12 Wochen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** depressive Störungen (u.a. MDD) • **Altersbereich:** 6-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (Depression, Diagnosestatus, klinischer Gesamteindruck) • **Messzeitpunkte:** u.a. nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** *Effektivität:* • SSRI: Fluoxetin erweist sich in der Behandlung von Depression im Kindes- und Jugendalter als wirksam (alle 3 Studien kommen zu positiven Ergebnissen); für alle anderen SSRI (Paroxetin, Sertralin, Citalopam, Escitalopram) liegen z.T. ebenfalls Wirksamkeitshinweise, jedoch insgesamt uneindeutige Ergebnisse vor • SNRI (Nefazodon, Venlafaxin, Mirtazapin): trotz einzelner Wirksamkeitshinweise für Venlafaxin in der Behandlung Jugendlicher ist die empirische Grundlage nicht ausreichend, um den Gebrauch von SNRI in der Behandlung depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen zu empfehlen *Sicherheit/Suizidalität:* • *klinische Studien* deuten auf ein durch die Einnahme von Antidepressiva erhöhtes Risiko für Suizidalität hin, obwohl die relative Auftretenshäufigkeit von „suizidalen“ Ereignissen gering ist • *Beobachtungsstudien* dagegen weisen einen inversen Zisammenhang zwischen Suizidalität und Behandlung mit Antidepressiva auf (z.B. epidemiologische Studien; Autopsien nach vollzogenen Suiziden deuten darauf hin, dass im Vorfeld vielfach kein Antidepressiva eingenommen wurden) • wichtig ist die Unterscheidung zwischen dem Auftreten von im Rahmen von Depressionen häufig vorkommenden Suizidgedanken vs. vollzogenen Suiziden; für die beschriebenen Studien ist kein einziger vollzogener Suizid bekannt **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** *allgemein:* • angesichts der Vielzahl methodologischer Schwierigkeiten müssen die Ergebnisse einzelner Studien mit Vorsicht betrachtet werden, vielmehr sollte der sich abzeichnende Gesamttrend berücksichtigt werden • vermutlich bestehen bzgl. der Wirksamkeit zwischen den verschiedenen SSRI wenige Unterschiede, sondern die unterschiedlichen Response-Raten sind eher auf methodologische Aspekte/Unterschiede zurückzuführen (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte“) • hinsichtlich des vieldiskutierten Aspekts der Suizidalität ist dringend zwischen Suizidgedanken (häufig berichtet; entspricht der Mehrzahl der berichteten „suizidalen“ Ereignisse) und vollzogenen Suiziden bzw. Suizidversuchen (selten) zu unterscheiden; eine gute Überwachung einer antidepressiven Medikation gehört insbesondere zu Beginn der Pharmakotherapie zum Standard • Forschung: einheitliche, standardisierte Outcome-Maße (z.B. CGI) würden die Interpretation und Vergleichbarkeit der Studien deutlich erleichtern (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte“); in methodischer Hinsicht ist die getrennte Erhebung von Suizidgedanken, Suizidversuchen und Suiziden dringend anzuraten (dies passiert in Studien bislang sehr selten)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Praxis: Notwendigkeit einer hohen Wachsamkeit ggü. potentiellen Nebenwirkungen über: gute Diagnostik (Erhebung der depressiven Symptomatik im Allgemeinen sowie Erfassung von Suizidverhalten in der Vorgeschichte); Psychoedukation (bzgl. Diagnose, Risiken einer Medikation, Hilfsangebote; Aufklärung über mglw. aufkommende Suizidideen); Therapiegestaltung (niedrige Anfangsdosis, langsame Dosissteigerung, regelmäßiges Monitoring durch den Behandler); Einbezug der Familie (um das Monitoring des Patienten zu verbessern) **Methodische Aspekte:** *allgemein:* • Bestehen der Notwendigkeit, insgesamt eine Vielzahl von Studien durchzuführen, um die Effektivität von Antidepressiva nachzuweisen vs. die Pharmaunternehmen sind pro Zulassung jedoch nur zur Durchführung von 2 Studien verpflichtet • Vorliegen einer Vielzahl von Aspekten, die die Vergleichbarkeit und Interpretation der Studien erschweren (vgl. auch nachfolgende Abschnitte): Vorliegen von Unterschieden bzgl. Outcome- und Response-Kriterien; Rückgriff auf kindspezifische vs. für den Erwachsenenbereich konzipierte Ratingskalen; Rückgriff auf verschiedene Informationsquellen (Kliniker, Patient, Eltern) • hinsichtlich der vorliegenden Response-Raten findet sich eine hohe Variabilität (auch der häufig fehlende Effektivitätsnachweis vieler Studien ist auf die hohen Response-Ratem der KG zurückzuführen), als mögliche methodologische Gründe dafür werden u.a. folgende Aspekte diskutiert: Anzahl der Untersuchungsorte (Vorliegen von mehr oder weniger Unterschieden und Abstimmungsschwierigkeitenn); Größe der Stichprobe vor Ort; unterschiedliche Erfahrung der Rater; variierende Einschlusskriterien hinsichtlich der Patientenauswahl; Art der Rekrutierung; Studiendesign (Rückgriff auf ein Placebo zu Behandlungsbeginn (ja/nein), Durchführungsdauer, Dosierung); Auswahl des primären Outcome-Maßes (Skalenauswahl, Rückgriff auf Cutoff-Werte vs. Prozentanteile, kategoriale vs. kontinuierliche Daten)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW & METAANALYSE: **Holtmann et al., 2006** Holtmann, M., Bölte, S. & Poustka, F. (2006). Suizidalität bei depressiven Kindern und Jugendlichen unter Behandlung von selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern. Review und Metaanalyse verfügbarer placebokontrollierter Doppelblindstudien. *Nervenarzt, 77,* 1332-1337.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** bis 03/2005 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Überblick und empirische Analyse von publizierten Studien zur SSRI-Behandlung bei depressiven Kindern und Jugendlichen (Analyse von Effektivität und Suizidalität) • **Eingeschlossene Studien:** Durchführung der Analysen für zwei Subgruppen von Studien: (1) 7 *veröffentlichte* RCT-Studien; (2) 11 von der *MHRA angeführte* RCT-Studien (einige Studien werden in beiden Studienpools berücksichtigt) • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; unveröffentlichte Studie (diesbezüglich eine Ausnahme bilden die von der MHRA angeführten Studien); Untersuchungen zu anderen Antidepressiva (als SSRI und Venlafaxin) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 6-12 Wochen (bei *einer* Studie findet sich eine Verlängerung um weitere 6 Monate) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** Kinder und Jugendliche mit Depression • **Altersbereich:** 6-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (u.a. die Häufigkeiten von selbstgefährdendem Verhalten, Selbstverletzungsgedanken, Suizidgedanken und Suizidversuchen) • **Messzeitpunkte:** u.a. nach Behandlungsende (Post-Treatment) Definition der Evaluationsniveaus (Jobson & Potter, 1995): Evaluationsniveau A: Vorliegen von mind. 2 RCT-Studien, die die Wirksamkeit belegen Evaluationsniveau B: Vorliegen einer RCT-Studie, die die Wirksamkeit belegt	**Ergebnisse:** *Effektivität:* • *allgemein:* die Ergebnisse sprechen für die Effektivität der Depressionsbehandlung mit Fluoxetin sowie mit Einschränkungen für Sertralin • *veröffentlichte Studien:* Fluoxetin -> die Wirksamkeit wurde in 3 von 4 Studien belegt; Evaluationsniveau A Sertralin -> die Wirksamkeit wurde in einer Studie belegt; Evaluationsniveau B Paroxetin -> es zeigt sich eine Überlegenheit im Expertenurteil, nicht jedoch in Eltern-/Selbstbeurteilungsskalen Venlafaxin -> es findet sich keine signifikante Überlegenheit ggü. einem Placebo • *MHRA-Studien:* Fluoxetin -> die Wirksamkeit wurde in 2 von 2 Studien belegt; Evaluationsniveau A Sertralin, Paroxetin, Citalopram, Venlafaxin -> Vorliegen uneindeutiger, ggü. den veröffentlichten Studien ungünstigerer Ergebnisse *Suizidalität:* • *allgemein:* in der Metaanalyse finden sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen der Behandlung mit SSRI und dem Auftreten suizidalen Verhaltens; der Verdacht eines signifikant erhöhten Risikos vermehrter Suizidgedanken/-versuche unter SSRI-Behandlung kann somit nicht gestützt werden • *veröffentlichte Studien:* die statistische Auswertung zeigt (hinsichtlich der Häufigkeit von Suizidgedanken/-versuchen und selbstgefährdendem Verhalten) keine signifikanten Unterschiede zwischen SSRI-Behandlung und Placebo; in keiner der Studien kam es zu einem tatsächlich vollzogenen Suizid; die Metaanalyse ergibt im Hinblick auf Suizidalität eine nahe Null liegende, nicht signifikante mittlere ES • *MHRA-Studien:* statistisch finden sich bzgl. der Häufigkeit suizidalen Verhaltens keine bedeutsamen Unterschiede zwischen SSRI-Behandlung und Placebo; in keiner der Studien kam es zu einem tatsächlich vollzogenen Suizid; unter Citalopram kommt es zu einem stärkeren Rückgang von Suizidgedanken als unter Placebo; die Metaanalyse ergibt im Hinblick auf Suizidalität eine nahe Null liegende, nicht signifikante mittlere ES **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* nach evidenzbasierten Kriterien ist das Nutzen-Risiko-Verhältnis für Fluoxetin und – mit Einschränkungen – auch für Sertralin günstig und ihr Einsatz in der Pharmakotherapie depressiver Kinder und Jugendlicher somit indiziert

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Forschung: Notwendigkeit weiterer, klärender Untersuchungen mit geeigneter Methodik zur Evidenzlage einzelner SSRI (z.B. Untersuchung des Potentials von Citalopram für die Reduktion von Suizidalität; in forensisch-toxikologischen Untersuchungen nach Suizid war nur selten eine Einnahme von Antidepressiva im Allgemeinen, noch seltener von SSRI nachweisbar; es zeigt sich ein Rückgang der Suizidrate in epidemiologischen Studien begleitend zu einer vermehrten Behandlung mit SSRI); die Frage, wie viele Suizide durch Antidepressiva-Behandlung verhindert werden können, wird in der aktuellen Debatte weitgehend vernachlässigt; sämtliche Ergebnisse aus dem Erwachsenenbereich können nicht einfach generalisiert, sondern müssen für den Kinder- und Jugendbereich überprüft werden • Pharmaindustrie: alle an klinischen Studien beteiligten Institutionen sollten dazu verpflichtet werden, ihre Daten (unabhängig vom Ergebnis) zeitnah zu publizieren; für z.B. in den USA zur Behandlung Minderjähriger zugelassene Medkamente sollte auch in Deutschland nachdrücklich eine Zulassung beantragt werden, um den „off-label"-Gebrauch und die damit verbundenen Unsicherheiten zu reduzieren • Praxis: -> es besteht die Verpflichtung, die nach derzeitigem Evidenz- und Erfahrungsstand wirksamen und verfügbaren Therapiemöglichkeiten anzubieten: bei leichten und mittelschweren Depressionen stellen psychotherapeutische Behandlungsansätze (v.a. CBT) die Therapie der Wahl dar; schwere depressive Störungen erfordern eine Kombinationsbehandlung (Psychotherapie plus Psychopharmaka) -> Fluoxetin hat derzeit das günstigste Nutzen-Risiko-Verhältnis; für alle anderen SSRI ergeben sich ebenfalls keine Hinweise auf ein erhöhtes Suizidrisiko, aber ihre Effektivität ist nicht ausreichend belegt; mit einer Wirklatenz von zwei Wochen ist zu rechnen, innerhalb derer engmaschiges Monitoring erfolgen sollte; mit Patient und Eltern ist über Warnhinweise auf Suizidalität und Sicherheitsmanagement zu sprechen; bei entsprechenden Nebenwirkungen ist das Medikament abzusetzen bzw. die Dosis zu reduzieren **Methodische Aspekte:** • Schwächen dieser Arbeit: das Risiko von β-Fehlern wurde bei der Überprüfung der Nullhypothese z.T. nicht ausreichend kontrolliert; der vorliegende Review ist als Post-hoc-Analyse in Design und Methodik nicht darauf ausgelegt, seltene unerwünschte Nebenwirkungen (wie z.B. suizidales Verhalten) zu erfassen; bei allen Studien war Suizidalität zu Studienbeginn oder im Verlauf ein Ausschlusskriterium; die Studien verfügen mglw. nicht über genügend Sensitivität zur Aufdeckung potentieller seltener Risiken; Vorliegen einer kurzen Studiendauer (Nebenwirkungen, die erst nach einer gewissen Zeit auftreten, werden so nicht erfasst); die Berechnung relativer Risiken bei geringen Basisraten des Zielereignisses führt zu weiten Konfidenzintervallen, deren Interpretation vorsichtig geschehen muss; die gemeinsame Betrachtung verschiedener Substanzen erweist sich (bei Vorliegen von Unterschieden in Bezug auf Wirkprofil, Messinstrumenten zur Erfassung von Suizidalität, primären Zielparametern) als nicht unproblematisch

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **March et al., 2006** March, J.S., Klee, B.J. & Kremer, C.M.E. (2006). Treatment Benefit and the Risk of Suicidality in Multicenter, Randomized, Controlled Trials of Sertraline in Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 16 (1/2),* 91-102.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- [2003] • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Behandlungsnutzen und Suizidrisiko von Sertralin in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen (mit MDD und OCD); Erfassung über Multicenter RCT-Studien • **Eingeschlossene Studien:** 2 veröffentlichte Multicenter-RCT-Studien zu MDD • **Explizite Ausschlusskriterien:** anderes Design und Thematik (als doppelblinde und placebokontrollierte Multicenter-Studie mit Sertralin-Einsatz); offene Studie; pharmakokinetische Studie; Vorliegen einer zu kleinen Stichprobengröße <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 10 Wochen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** u.a. MDD • **Altersbereich:** 6-17 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcomevariablen (CGI, CDRS [Berechnung von NNT]; Suizidalität (Suizidgedanken, Suizidversuch) [Berechnung von NNH]; Nutzen-Risiko-Verhältnis [Berechnung des Ratio]) • **Messzeitpunkte:** u.a. nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** *Effektivität und Sicherheit:* • *allgemein:* im Allgemeinen liegen für die Response-Raten bessere Ergebnisse vor als für die Remissions-Raten (NNT); für die Behandlung von OCD findet sich ein besserer Nutzen als für die Behandlung von MDD; zudem zeigt sich für Jugendliche mit MDD ein besserer Nutzen als für Kinder mit MDD (vgl. nachfolgenden Abschnitt zum Alterseffekt) <u>NNT-Werte:</u> 7-17; Vorliegen von Hinweisen für einen klinisch bedeutsamen Nutzen (NNT-Wert für alle Patienten: 10; für die Gruppe der Kinder: 17; für die Gruppe der Jugendlichen: 7) <u>NNH-Wert:</u> 64.2; fast alle Fälle von Suizidalität treten im Rahmen der MDD-Studien auf; bezugnehmend auf die einzelnen Studien erweist sich das Auftreten von Suizidalität als selten, zwischen EG und KG finden sich keine statistischen Unterschiede, über alle Studien hinweg liegt kein vollendeter Suizid vor -> im Rahmen der Behandlung auftretende Suizidalität zeigt sich häufiger bei Kindern (NNH-Wert von 28.7) als bei Jugendlichen (NNH-Wert von 706.3); bzgl. des Alterseffekts findet sich keine Übereinstimmung mit der FDA-Studie (im Rahmen der FDA-Studie liegt kein Alterseffekt vor); wenngleich der NNH-Wert dem der FDA-Studie vergleichbar ist, findet sich angesichts der kleinen Stichprobe insgesamt kein signifikanter Effekt hinsichtlich eines erhöhten Suizidrisikos durch Antidepressiva-Einnahme; auch der Alterseffekt hat somit eher hypothesengenerierenden als endgültigen Charakter <u>Nutzen-Risiko-Verhältnis</u>: über alle Berechnungen hinweg überwiegt der Nutzen die Risiken -> für die Response-Raten (Vorliegen eines kleineren NNT-Werts) zeigt sich ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis als für die Remissions-Raten -> für Jugendliche (Ratio-Wert von ca. 100) findet sich ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis, für Kinder (Ratio-Wert von ca. 2) ein schwach positives (vgl. vorangegangenen Abschnitt zum Alterseffekt) *Nebenwirkungen im Allgemeinen:* • andere Nebenwirkungen sind deutlich häufiger als Suizidalität; meist handelt es sich um milde Nebenwirkungen, die mit der Zeit oder durch eine Dosisreduktion abklingen; aufgrund von Nebenwirkungen kommt es in der EG häufiger zu Behandlungsabbrüchen als in der KG; die Zahl der Behandlungsabbrecher (aufgrund von Nebenwirkungen) ist gemessen an der Zahl derer, die von der Behandlung profitieren, jedoch immer noch klein **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* -> die Ergebnisse weisen darauf hin, dass für Jugendliche mit MDD ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis vorliegt -> die Schlussfolgerungen müssen aufgrund methodischer Schwächen (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte“) jedoch mit Vorsicht gezogen werden; andererseits tragen die Stärken der vorliegenden Arbeit (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte“) und die Ähnlichkeit der Ergebnisse mit der viel größeren FDA-Studie zur Glaubwürdigkeit der im Rahmen dieses Reviews vorliegenden Ergebnisse bei

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): -> Infrastruktur und Methoden für PCT-Studien in „real-world"-Settings stehen erst relativ kurz zur Verfügung; damit einhergehend stellt sich die Frage, ob sich diesbezüglich ein Zusammenschluss von Interessenvertretern finden wird, der für die Durchführung einer ausreichenden Anzahl von Studien nötig ist • Forschung: Bedarf an einer Langzeit-Erfassung (von Nutzen und Risiko); Notwendigkeit der Durchführung von Studien zur Kombinationsbehandlung (Sertralin plus andere Medikamente; Sertralin plus Psychotherapie) bzw. deren Einfluss auf Nutzen und Suizidrisiko (Vorliegen von Hinweisen darauf, dass für Fluoxetin plus CBT mglw. in Bezug auf Reduktion von Depressivität *und* Suizidalität positive Ergebnisse vorliegen); Bedarf an größereren Studien (selbst die FDA-Studie ist zu klein, um das allgemeine Suizidrisiko bzw. das Risiko für bestimmte Subgruppen exakt abzuschätzen); Notwendigkeit einer Erfassung von Suizidalität als primärem Outcome (inkl. Abklärung des schlechteren Nutzen-Risiko-Verhältnisses für Kinder mit MDD: resultiert dies eher aus einem reduzierten Nutzen oder aus einem erhöhtem Risiko?); Bedarf an PCT-Studien-Netzwerken mit sehr großen Stichproben und PCT-freundlichen Methoden zur Skalierung von Nebenwirkungen; (über die Durchführung von PCT-Studien hinausgehend) besteht Bedarf an langen, prospektiven Kohortenstudien (u.a. auch zur Differenzierung/Entwirrung der Datenlage zu vollendeten Suiziden vs. Suizidversuchen) • Praxis: Notwendigkeit, immer wieder zwischen dem einzelnen Patienten und den Durchschnittswerten zu unterscheiden (d.h. Notwendigkeit einer Anpassung der Ergebnisse an den Einzelfall; die Präferenzen von Arzt und Patient sollten ebenfalls in die Behandlungsentscheidung einbezogen werden); im Falle einer Antidepressiva-Behandlung im Kindes- und Jugendalter sind ein überlegter „informed consent" und ein sorgfältiges Monitoring von Nutzen und Risiko zentrale Aspekte **Methodische Aspekte :** • Stärken des Reviews: Durchführung von ITT-Analysen; Berücksichtigung verschiedener Outcome-Maße; Ähnlichkeit der Ergebnisse verglichen mit der FDA-Studie • Schwächen: aufgrund von kleinen Stichproben sind keine weitergehenden Analysen möglich (Einfluss von Komorbidität, Geschlecht, Alter; genauere Schätzung der Rate an Suizidversuchen) und Schlussfolgerungen mit Vorsicht zu betrachten; NNT und NNH sind genau genommen nicht über unterschiedliche Studien und Störungsbilder hinweg vergleichbar; der Fokus des Reviews liegt ausschließlich auf dem Aspekt der Suizidalität, nicht auf der Erfassung anderer Nebenwirkungen; die Generalisierbarkeit des Reviews ist ausgehend von einer Vielzahl methodologischer Aspekte eher begrenzt: Vorliegen relativ kleiner Stichproben; Fehlen von systematisch erhobenen Suizidalitäts-Ratings; Vorliegen suboptimaler Methoden zur Erfassung und Kodierung von Nebenwirkungen; Problematik der ausschließlichen Erfassung von Kurzzeit-Nutzen/-Risiko

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Papanikolaou et al., 2006** Papanikolaou, K., Richardson, C., Pehlivanidis, A. & Papadopoulou-Daifoti, Z. (2006). Efficacy of antidepressants in child and adolescent depression: a meta-analytic study. *Journal of Neural Transmission, 113,* 399-415.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1966 – 11/2004 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Effektivität von Antidepressiva in der Behandlung von Depression im Kindes- und Jugendalter • **Eingeschlossene Studien:** 18 RCT-Studien und 23 unkontrollierte Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** andere Altersgruppe (d.h. Gesamtstichprobe mit einem Alter von unter 6 bzw. über 18 Jahren); Rückgriff auf Patienten mit einem IQ < 80; Vorliegen einer anderen Diagnose als MDD oder „double depression" (z.B. Dysthymia, bipolare Störung, Schizophrenie); Studie mit retrospektivem Design (Kriterium gilt nur für die unkontrollierten Studien); anderes Design als EG-KG-Vergleich (Antidepressivum vs. Placebo) (Kriterium gilt nur für die kontrollierten Studien); ältere Studien mit unklaren Diagnosekriterien (für Depression) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** z.T. EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** MDD oder „double depression" • **Altersbereich:** 5-24 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (Depression, Diagnosestatus, klinischer Gesamteindruck, Schweregrad der Störung, kindliches Verhalten) • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • *TZA:* es findet sich keine signifikante Überlegenheit ggü. einem Placebo dieses Ergebnis zeigt sich im Rahmen der kontrollierten Studien sowie im Rahmen aller (d.h. kontrollierter und unkontrollierter) Studien für die Gruppe der Kinder, der Jugendlichen sowie für die gemischte Altersgruppe • *SSRI:* es findet sich eine signifikante Überlegenheit ggü. einem Placebo dieses Ergebnis zeigt sich im Rahmen der kontrollierten Studien für die gemischte Altersgruppe sowie im Rahmen aller Studien für die Gruppe der Jugendlichen sowie für die gemischte Altersgruppe; für alle anderen Subgruppen liegt keine ausreichende Datenbasis vor • *Antidepressiva allgemein (TZA, SSRI):* Vorliegen einer signifikanten Überlegenheit ggü. einem Placebo dieses Ergebnis zeigt sich im Rahmen der kontrollierten Studien für die gemischte Altersgruppe sowie im Rahmen aller Studien für die Gruppe der Jugendlichen sowie für die gemischte Altersgruppe **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* der Einsatz von TZA zur Behandlung depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter erweist sich als nicht geeignet -> Vorliegen einer Vielzahl von Erklärungsansätzen für die mangelnde Effektivität von TZA in dieser Altersgruppe; in *inhaltlicher Hinsicht* werden folgende Aspekte diskutiert: die zentralen noradrenergen Mechanismen entwickeln sich erst im Erwachsenenalter (während sich zugunsten der Effektivität von SSRI die Reifung des serotonergen und cholinergen Transmittersystems deutlich schneller vollzieht); durch hormonelle Veränderungen in der Pubertät (Neurosteroide) gibt es ggü. TZA stärkere Interferenzen als ggü. SSRI (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte" für weitere Erklärungsansätze) • *allgemein:* die Ergebnisse der SSRI-Wirksamkeitsstudien sind z.T. vielversprechend, die Behandlung mit SSRI sollte (v.a. aufgrund der aktuellen Debatte zu Risiken einer SSRI-Behandlung im Kindes-/Jugendalter) jedoch mit Vorsicht erfolgen • Forschung: Notwendigkeit von Langzeitstudien mit langen FU-Intervallen (zur Erfassung bestimmter Nebenwirkungen); Bedarf an Moderatoranalysen; Notwendigkeit der Durchführung genomischer Studien (welche Kinder reagieren eher untypisch/negativ auf Antidepressiva?); Notwendigkeit von Studien für Kinder in der Vorpubertät; Bedarf eines verbesserten Matching von Intervention und Patient sowie Prädiktorenanalysen (welche Interventionsbausteine sind für welchen Patienten geeignet?) • Praxis: in der Praxis ist beim Einsatz von Antidepressiva eine Kosten-Nutzen-Analyse vorzunehmen, ebenso wie eine Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse des einzelnen und möglicher, alternativer Behandlungsansätze (für Psychotherapie finden sich z.B. gute Effekte, jedoch z.T. auch hohe Rückfallraten im FU); Notwendigkeit eines regelmäßigen Monitorings bei Antidepressiva-Einnahme im Kindes- und Jugendalter; weiterhin Bedarf der Entwicklung effektiverer Behandlungsmethoden (für depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen) im Bereich von Psychotherapie und Pharmakotherapie

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • allgemein: Vorliegen einer Vielzahl von Erklärungsansätzen für die mangelnde Effektivität von TZA in dieser Altersgruppe; in *methodischer Hinsicht* spielen folgende Aspekte eine Rolle: Vorliegen kleiner Stichproben; Variabilität in Bezug auf die verwendeten Outcome-Maße, Auswahlprozeduren, Validität der diagnostischen Instrumente, Behandlungsdosis und Therapiedauer; Vorliegen von Stichprobenheterogenität; es findet sich eine nur geringe Gesamtzahl von untersuchten Patienten; Vorliegen hoher Komorbiditätsraten und hoher Placebo-Response-Raten (sowohl im Rahmen von TZA- als auch im Rahmen von SSRI-Studien) (vgl. Abschnitt „sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen“ für weitere Erklärungsansätze) • Schwächen: mäßige Qualität der Einzelstudien; mäßige Validität der unkontrollierten, in diese Metaanalyse eingeschlossenen Beobachtungsstudien; Problematik/Schwächen des verwendeten „random-effect“-Modells; ausschließlicher Einschluss von veröffentichten Studien (Problematik des Publikationsbias); im Rahmen dieses Reviews Vernachlässigung von Risiko-/Sicherheitsabwägungen (bzw. ausschließliche Fokussierung auf Effektivitätsberechnungen)

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **Pössel & Hautzinger, 2006** Pössel, P. & Hautzinger, M. (2006). Effekte pharmakologischer und psychotherapeutischer Interventionen auf Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 34 (4),* 243-255.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie, Kombinationsbehandlung • **Inhalt:** Pharmakologische und psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von insgesamt 37 RCT-Studien zu Depressionen: 24 Studien zu pharmakologischen Interventionen, 11 Studien zu psychotherapeutischen Interventionen und 2 Studien zu Kombinationsbehandlung • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 8-12 Wochen (im Bereich der Psychopharmakotherapie), 5-32 Stunden (im Bereich der Psychotherapie) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo, Medikamentenplacebo, Entspannungsgruppe, Warteliste, herkömmliche Behandlung, Minimalkontakt-Gruppe, nondirektive supportive Therapie) • **Störungsbilder:** Kinder und Jugendliche mit diagnostizierter MDD • **Altersbereich:** ca. 6-18 Jahre (im Bereich der Psychopharmakotherapie), 8-18 Jahre (im Bereich der Psychotherapie) • **Abhängige Variablen:** Remissionsraten, dimensionale Depressionsmessungen, Response-Rate, CGI • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (kein Vorliegen von FU-Daten für den Bereich der Psychopharmakotherapie; in einem Fall Fehlen von FU-Daten, ansonsten 3 Monate – 2 Jahre für den Bereich der Psychotherapie)	**Ergebnisse:** *Psychopharmakotherapie:* • Trizyklika: TZA sind in Deutschland die einzige zur Behandlung von Depression bei Kindern und Jugendlichen zugelassen Medikation, jedoch findet sich keine Überlegenheit ggü. einem Placebo; deshalb geht die Empfehlung dahin, keine TZA einzusetzen; zudem besteht (aufgrund des kardialen Risikos) die Notwendigkeit einer EKG-Kontrolle • SSRI: Vorliegen einer Überlegenheit (ggü. einem Placebo) für Fluoxetin, Citalopram und Sertralin; für Paroxetin und Escitalopram findet sich demgegenüber keine Überlegenheit • Venlafaxin, Nefazodon und Mirtazapin: im Wesentlichen zeigen sich (bis auf wenige Ausnahmen) keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen EG und Placebo-KG; z.T. ist die Teststärke auch zu gering, um überhaupt Differenzen nachzuweisen • allgemein: nur für einige SSRI (Fluoxetin, Citalopram, Sertralin) liegen ausschließlich positive Daten zur Besserung der depressiven Symptomatik vor; nur für Fluoxetin zeigen sich jedoch keine Hinweise darauf, dass die Suizidalität (Risiko für Suizidgedanken und -versuche) im Vergleich zu einer Placebo-KG steigt; Fluoxetin ist somit (trotz Warnungen) als Mittel der Wahl bei der medikamentösen Behandlung von Depressionen bei Minderjährigen zu betrachten; jedoch Fehlen von FU-Daten zur SSRI-Behandlung, somit sind weder langfristige Effekte noch entsprechende Nebenwirkungen bekannt *Psychotherapie:* • zu klientzentrierter Spieltherapie und tiefenpsychologischer Therapie liegen keine Studien vor • für CBT mit/ohne Elterntraining, IPT und Familientherapie liegen bei Behandlungsende überwiegend positive Daten zur Effektivität vor (3 von 5 Studien zu individueller CBT, 3 von 4 Studien zu Gruppen-CBT und jeweils beide Studien zu IPT und Familientherapie zeigen positive Effekte); längerfristig (d.h. im FU-Intervall) finden sich hingegen weniger positive Ergebnisse (z.T. Fehlen von FU-Daten für EG *und* KG; bei Vorliegen von FU-Daten findet sich in allen bis auf eine Studie keine Überlegenheit der EG ggü. der KG); insofern besteht perspektivisch die Notwendigkeit weiterer Studien mit längerfristigen Messungen • allgemein: weder die Art der Kontrollgruppe (WL, Minimalkontakt, Medikamentenplacebo, Placebo-KG) noch die Dauer der psychotherapeutischen Interventionen scheinen relevant zu sein; Ergebnisse zu differentiellen Wirkungen der Interventionen sind aufgrund der geringen Stichprobengröße unter Vorbehalt zu sehen (z.B. kein zusätzlicher positiver Effekt eines Elterntrainings, kein Unterschied zwischen individueller CBT und IPT, CBT wirkt schneller als Familientherapie); es liegen nur wenige Studien vor, die Einfluss von Psycho-therapie auf Suizidalität berücksichtigen *Kombinationsbehandlung:* • erste Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine Kombinationsbehandlung (SSRI und CBT) Monotherapien überlegen zu sein scheint; diesbezüglich besteht die Notwendigkeit weiterer Forschung (da Kombinationsbehandlungen in der Versorgungspraxis eher der Regelfall sind)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Forschung: für etwa die Hälfte der Behandlungsmethoden (3/8 der pharmakologischen und 2/5 der psychotherapeutische Methoden) liegen keine RCT-Studien vor; oft sind die Stichproben zu klein (um überhaupt Unterschiede nachweisen zu können); Bedarf an Studien, die allgemeine Nebenwirkungen und Suizidalität fokussieren, auch im Bereich der Psychotherapie; Bedarf an Psychotherapiestudien für Kinder < 10 Jahren; Fehlen von Katamnesen im pharmakologischen Bereich; Bedarf an Vergleichsforschung im Bereich der Pharmakotherapie (mit aktiven KG, nicht nur Placebo-KG); Bedarf an groß angelegten Effektivitätsstudien in Deutschland (den Studien in den USA vergleichbar) **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Sharp & Hellings, 2006** Sharp, S.C. & Hellings, J.A. (2006). Efficacy and Safety of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in the Treatment of Depression in Children and Adolescents. Practitioner Review. *Clinical Drug Investigation, 26 (5),* 247-255.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1990-2004 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Effektivität und Sicherheit von SSRI (Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin, Citalopram) in der Behandlung von Depression bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** 7 veröffentlichte RCT-Studien und 3 unveröffentlichte Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** anderes Design (als doppelblinde und placebo-kontrollierte Studie); nicht-englische Veröffentlichung; offene Studie zur SSRI-Behandlung mit anderer Primärdiagnose als MDD *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 8-12 Wochen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** Kinder und Jugendliche mit MDD • **Altersbereich:** 6-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (CGI; diverse Ratingskalen zur Erfassung von depressiver Symptomatik; Nebenwirkungen; Abbrecherquote) • **Messzeitpunkte:** im Verlauf der Behandlung und nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • *allgemein:* die Ergebnisse der publizierten Studien weisen darauf hin, dass SSRI bei MDD im Kindes- und Jugendalter im Allgemeinen effektiv und gut verträglich sind • *Effektivität:* viele der Studien zeigen in ihren Outcome-Maßen (im Vergleich zur KG) signifikante Verbesserungen bei den mit SSRI behandelten Patienten -> das Erzielen von signifikanten Ergebnissen (Überlegenheit von EG ggü. KG) wird z.T. durch hohe Placebo-Response-Raten, Diskrepanzen innerhalb der Outcome-Maße und das Fehlen einer Placebo-Lead-In-Phase im Vorfeld der Randomisierung (zur Reduktion der Placebo-Response-Rate) erschwert -> Daten von uveröffentlichten Studien sind oft nicht verfügbar, weisen z.T. jedoch auf ein schlechteres Nutzen-Risiko-Profil für SSRI hin (vgl. Metaanalyse von Whittington et al., 2004) • *Verträglichkeit:* im Wesentlichen werden die SSRI (vs. Placebo) gut vertragen -> Abbrecherraten aufgrund von Nebenwirkungen belaufen sich auf 0-10% (und sind für Paroxetin relativ am höchsten); in den meisten Studien zeigt sich eine vergleichbare Häufigkeit des Auftretens von schweren Nebenwirkungen in EG und KG; im Rahmen der vorliegenden Studien findet sich kein vollzogener Suizid -> mglw. trägt eine zusätzliche CBT dazu bei, das Risiko für Suizidgedanken bei Fluoxetin zu senken, diesbezüglich besteht die dringende Notwendigkeit einer Replikation der Ergebnisse! -> als häufige Nebenwirkungen werden berichtet: trockener Mund, Erbrechen, Übelkeit, Durchfall, Schläfrigkeit, Schlaflosigkeit, Schwindel, Tremor, Agitiertheit; zumeist findet sich im Rahmen der EG (ggü. der KG ein leichtes Überwiegen der Nebenwirkungen **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein*: SSRI bleiben ein pharmakologischer Behandlungsansatz der ersten Wahl zur Behandlung von Depression bei den Kindern und Jugendlichen, die auf Psychotherapie nicht ansprechen bzw. für die keine Psychotherapie verfügbar ist (auch dann, wenn einige der Patienten mglw. Suizidgedanken/-verhaltensweisen entwickeln) • Praxis: potentielle suizidale Gedanken/Verhaltensweisen (bzw. Nebenwirkungen im Allgemeinen) bedürfen eines engen Monitorings (insbesondere bei Hochrisiko-Patienten und zu Beginn der Behandlung); das Auftreten potentieller Nebenwirkungen erfordert (neben einer sorgfältigen Überwachung) die klinische Abklärung einer entsprechenden Symptomatik, eine sorgfältige (Familien-)Anamnese vorheriger bipolarer Episoden bzw. aktueller manischer Symptome sowie ein langsames Ein- und Ausschleichen; zudem besteht die Notwendigkeit einer sorgfältigen Dokumentation der elterlichen Aufklärung (Risiken und Nutzen von (Nicht-)Behandlung); eine begleitende CBT könnte sich ggü. der Entwicklung suizidaler Gedanken als protektiv erweisen (diesbezüglich ist jedoch eine Absicherung durch weitere Studien erforderlich) • Forschung: Notwendigkeit, sowohl positive als auch negative Ergebnisse zu veröffentlichen bzw. zur Verfügung zu stellen, um falsche Schlussfolgerungen und Behandlungsempfehlungen zu vermeiden; Bedarf an weiteren kontrollierten Studien und Langzeitstudien zur Effektivität und Sicherheit von SSRI; Bedarf an Studien zum Einfluss einer die SSRI-Behandlung ergänzenden CBT auf die Entwicklung von Suizidgedanken

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • Stärken: fast durchweg Vorliegen von Angaben zu Patientencharakteristika (d.h. demographischen Daten; Angaben zu Nationalität, Geschlecht, Alter, Komorbidität), hinsichtlich dieser Merkmale findet sich im Wesentlichen eine Vergleichbarkeit von EG und Placebo-KG • Schwächen: der Ausschluss von Patienten mit Komorbiditäten (inkl. Psychose, tiefgreifender Entwicklungsstörung, Substanzmissbrauch, Essstörung, ADHD, hohem Suizidrisiko) entspricht nicht dem Patientenklientel im normalen Praxissetting; die Pharmakonzerne sind gesetzlich bislang nicht dazu verpflichtet, negative Ergebnisse zu veröffentlichen oder Studiendaten generell zur Verfügung zu stellen; Vorliegen kurzer Behandlungszeiträume;; im Rahmen dieses Reviews werden nicht alle unveröffentlichen Daten zur SSRI-Behandlung eingeschlossen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Stein et al., 2006** Stein. R.E.K., Zitner, L.E. & Jensen, P.S. (2006). Interventions for Adolescent Depression in Primary Care. *Pediatrics, 118,* 669-682.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1999-06/2005 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Interventionen der Primärversorung zur Behandlung depressiver Jugendlicher • **Eingeschlossene Studien:** 4 RCT-Studien (darüber hinausgehend liegen 33 weitere, unspezifischere Studien zu psychosozialen Interventionen bei Jugendlichen und Erwachsenen vor) • **Explizite Ausschlusskriterien:** anderer Schwerpunkt (als psychosoziale Unterstützung/Behandlung); individuelle Fallstudien; andere Thematik (z.B. Studien zu Messinstrumenten); rein pharmakotherapeutische Studien; spezifische Behandlungsstudien für Erwachsene; Langzeitbehandlungsstudien für Kinder/Jugendliche; Studien zur Primärversorgung bei Kindern ohne exakt fassbare Interventionsbausteine; andere Altersgruppe; nicht-englische Veröffentlichung *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** ca. 1-16 Sitzungen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=supportive Beratung, Standardbehandlung, alternative Behandlungsansätze) • **Störungsbilder:** depressive Jugendliche • **Altersbereich:** 10-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (Depression, allgemeines und soziales Funktionsniveau, klinischer Gesamteindruck, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (ca. 4 Wochen – 1Jahr)	**Ergebnisse:** • die wenigen zur Primärversorgung depressiver Jugendlicher vorliegenden Studien (1 Studie zu IPT, zwei Studien zu spezifischen Interventionen, 1 Studie zu CBT) deuten auf die Wirksamkeit dieser Interventionen hin • indirekte Belege (psychosoziale Primärversorgung Erwachsener, pädiatrische Primärversorgung bei anderen Störungen/Problemen, Behandlung durch in der Primärversorgung tätige Spezialisten (für psychische Störungen), präventive Ansätze, Massnahmen zur Compliance-Steigerung) weisen ebenfalls auf den Nutzen von Interventionen der Primärversorgung hin sowie auf vergleichbare Effekte von psychosozialer Behandlung und Medikation • „Provider"-Trainings gehen mit einem deutlichen Zugewinn der psychosozialen Behandler-Fertigkeiten einher **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* depressive Störungen Jugendlicher scheinen durch kurze, psychosoziale Interventionen der Primärversorgung erfolgreich behandelt werden zu können: es finden sich Hinweise auf die Verbesserung einer Reihe von Outcome-Variablen (u.a. der depressiven Symptomatik selber) • *Argumente für das Angebot supportiver Interventionen in Praxen der Primärversorgung:* Vorliegen empirischer Belege für die Primärversorgung als geeignetes Behandlungssetting (vgl. Abschnitt „Ergebnisse"); Vorliegen hoher Prävalenzraten depressiver Störungen bei Jugendlichen und deren Relevanz für den Gesundheitsapparat; defizitäre Verfügbarkeit adäquater, spezifischer Behandlungsangebote (was dazu beiträgt, dass Jugendliche oft überhaupt keine Depressionsbehandlung erhalten); es liegen mittlerweile aktuelle Leitlinien zur Behandlung depressiver Jugendlicher in der Primärversorgung vor; es bestehen ohnehin regelmäßige Kontake der Bevölkerung mit den Behandlern der Primärversorgung; mit dem Aufsuchen psychiatrischer Dienste ist oft ein Stigma verbunden; die Überweisungen zum Fachmann schlagen oft fehl; Vorliegen hoher Placebo-Response-Raten im Rahmen dieser Patientengruppe (die auf die Wirksamkeit unspezifischer therapeutischer Faktoren (supportives Verhalten, Problemlösen) hinweisen) • *bisherige Hinderungsgründe:* Fehlen von Wissen, Erfahrung und wahrgenommener Verantwortlichkeit in Bezug auf die Behandlung psychischer Störungen; unzureichende finanzielle Honorierung bzgl. der Behandlung psychischer Störungen; Vorliegen von ungelösten logistischen, sozialen und finanziellen Fragen im Allgemeinen; Fehlen einer Verknüpfung zu komplementären Behandlungsangeboten/-einrichtungen • Forschung: Notwendigkeit weiterer Studien (derzeit liegen nur vier Studien mit sehr unterschiedlichen Interventionen vor) speziell zu psychosozialen Interventionen für depressive Jugendliche

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Praxis: Notwendigkeit eines vermehrten Rückgriffs auf „Provider"-Trainings; Ermutigung dahingehend, präventive Ansätze, Interventionen zur Verbesserung der Compliance und psychosoziale Interventionen in der Primärversorgung einzusetzen; Ermutigung dahingehend, den wahrgenommenen Verantwortungsfokus zu erweitern (d.h. keine ausschließliche Diagnostik, sondern auch Behandlung der depressiven Störung); Notwendigkeit, den Behandlern alle benötigte Unterstützung zur Verfügung zu stellen (Leitlinien, Reviews, Instrumente); Ermutigung dahingehend, kleine Interventionen (Empathie, Unterstützung, Psychoedukation) nicht gering zu schätzen und den Patienten nicht vorzuent-halten (insbesondere den Patienten, denen derzeit kein anderes Behandlungsangebot zur Verfügung steht: z.B. angesichts von langen Wartelisten bzw. der allgemein unzureichenden Verfügbarkeit bzw. Zugänglichkeit von Hilfsangeboten) **Methodische Aspekte:** • Schwächen: insgesamt liegen nur wenige Studien mit z.T. niedriger methodischer Qualität vor (u.a. kaum Vorliegen von RCT-Studien; fragliche Güte der Randomisierung)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **von Sydow et al., 2006** von Sydow, K., Beher, S., Schweitzer-Rothers, J. & Retzlaff, R. (2006). Systemische Familientherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters. Eine Metainhaltsanalyse von 47 randomisierten Primärstudien. *Psychotherapeut, 51,* 107-143.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** bis 12/2004 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Metainhaltsanalyse zu systemischer Familientherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters • **Eingeschlossene Studien:** über alle Störungsbilder hinweg insgesamt 47 RCT-Studien (davon 4 RCT-Studien zu Depression und Suizidalität) • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; nicht-deutsche, nicht-englische oder nicht-spanische Veröffentlichung; Studien mit Patienten ohne klinisch bedeutsame Problematik; Studien zu allgemeinen Erziehungsproblemen; Fehlen von minimalen Angaben zu Design (Zufallszuteilung), Stichprobe (Alter, Geschlecht, Art der Störung) und eingesetzten Interventionen (Vorgehen, Ansatz, Sitzungsanzahl, Gesamtdauer der Intervention); Interventionen ohne Bezugnahme auf einen systemischen Autor oder einen systemischen Begriff *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 1-16 Wochen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=nondirektive supportive Therapie, Warteliste, andere Behandlungsansätze, Routinebehandlung) • **Störungsbilder:** Depressionen und Vorliegen von Suizidalität (u.a. MDD; Delinquenz; Behandlung nach Suizidversuch; Kandidaten für eine psychiatrische Notaufnahme: Suizidalität, Selbst-/Fremdgefährdung, Psychose) • **Altersbereich:** 10-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (4 Monate – 2 Jahre)	**Ergebnisse:** *allgemein:* • die Evidenz für die Wirksamkeit von SFT ist für Störungen von Kindern und Jugendlichen besser belegt als für Störungen von Erwachsenen; die Behandlung mit SFT ist jedoch nicht immer hinreichend: bei schweren Störungen empfiehlt sich eine Kombination mit anderen psycho-therapeutischen oder pharmakologischen Interventionen • SFT kann Menschen mit psychischen Störungen oft besser ansprechen und in der Therapie halten als andere Ansätze (Vorliegen geringerer Dropoutraten, hohe Akzeptanz von Familien mit schwer dissozialen Jugendlichen, hohe Zufriedenheit seitens der Patienten); das Prinzip der „Ressourcenorientierung“ erweist sich als hochwirksame Interventionstechnik; der Elterneinbezug ist für den Therapieerfolg wesentlich, nicht jedoch die gleichzeitige Präsenz von Kind und Eltern; SFT bewirkt Verbesserungen im Erziehungsverhalten und in den Familienbeziehungen • häufig finden sich im Rahmen von SFT „positive Schläfereffekte“, d.h., dass sich SFT im Vergleich zu Verhaltenstherapie kurzfristig z.T. als etwas weniger wirksam, im FU jedoch als gleichwertig oder überlegen erweist; bislang liegen keine Hinweise dafür vor, dass SFT unerwünschte Wirkungen hat; zudem zeigt sich bei SFT eine relative Kostengünstigkeit -> das Kosten-Nutzen-Verhältnis erweist sich somit als gut • *Bestimmte(s) Therapeutenverhalten bzw. Therapieprozessvariablen* (klare Zielorientierung, Manualtreue, auf den Veränderungen der familiären Interaktionen liegender therapeutischer Fokus) gehen mit verbesserten Familienbeziehungen, reduzierter Bindung des Jugendlichen an delinquente Peers und Reduktion von Problemverhalten einher; Voraussetzung dafür ist eine bis dahin aufgebaute Vertrauensbeziehung des Therapeuten zu den Familienmitgliedern • *Reframing* ist die einzige Intervention, die zu Therapiebeginn zu positiven Reaktionen von delinquenten Jugendlichen führt und effektiv dazu beiträgt, destruktive Interaktionen zwischen Jugendlichem und Eltern zu unterbrechen *Depression und Suizidalität:* • zu Depression und Suizidalität liegen bislang 4 RCT-Studien vor • SFT erweist sich für affektive Störungen und Suizidalität als wirksam (in 3 der 4 vorliegenden RCT-Studien findet sich *eine* Überlegenheit ggü. einer KG ohne Intervention, medizinischen Routinebehandlungen oder eine vergleichbare/stärkere Wirksamkeit verglichen mit anderen etablierten Interventionen (z.B. CBT-/psychodynamische Einzeltherapie, verhaltenstherapeutische Familientherapie/Elterntraining, Familienpsychoedukation, Gruppentherapie oder stationäre Therapie) • *differentielle Indikation:* Jugendliche mit Depression und komorbider Angststörung werden am wirksamsten durch CBT behandelt; SFT ist jedoch dann wirksamer als CBT, wenn die Mutter des Patienten unter Depressionen leidet

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • *allgemein:* für den Bereich der Forschung zu SFT finden sich in den letzten Jahren enorme Fortschritte (sowohl quantitativ als auch qualitativ); weiterhin besteht jedoch Bedarf an anspruchsvollen methodischen Anforderungen genügender systemischer Therapieforschung – v.a. in deutschsprachigen Ländern (Bedarf an RCT-Studien, Bedarf an Grundlagenforschung, aufgrund der Einschlusskriterien war im Rahmen dieser Arbeit die Berücksichtigung von nur einer deutschen Studie möglich) • *allgemein:* die wissenschaftliche Wirksamkeit von SFT ist für 3 der vom „Wissenschaftlichen Beitrag Psychotherapie" definierten 8 Anwendungsbereiche der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nachweisbar; etwaige Verfahren werden jedoch nur dann als wissenschaftlich anerkannt, wenn 4 der 8 Bereiche das Wirksamkeitskriterium (Effektivitätsnachweis in mind. 3 unabhängigen, methodisch adäquaten Studien) erfüllen **Methodische Aspekte:** • Vorliegen einer in den letzten Jahren deutlich verbesserten Studienqualität im Bereich der SFT-Forschung: bessere Beschreibung der Interventionen; häufigerer Einsatz von Manualen; empirische Überprüfung der Behandlungsintegrität; zunehmender Einsatz von „intent-to-treat"-Analysen; Rückgriff auf multiple Datenquellen; Durchführung multipler Outcome-Messungen mit längeren FU-Intervallen (bis zu 5 Jahren); Durchführung von Komponentenanalysen; Konzeption von Vergleichsstudien (SFT vs. CBT oder psychodynamische Therapie); Vorliegen von standardisierten, methodisch brauchbaren Verfahren zur Prozess- und Ergebnisanalyse

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
METAANALYSE: **Wallace et al., 2006** Wallace, A.E., Neily, J., Weeks, W.B. & Friedman, M.J. (2006). A Cumulative Meta-Analysis of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Pediatric Depression: Did Unpublished Studies Influence the Efficacy/ Safety Debate? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 16 (1/2),* 37-58.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** bis 04/2005 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** (Kumulative) Metaanalyse zur SSRI-Behandlung kindlicher Depression (Aktualisierung des Status quo und Analyse zum Einfluss unveröffentlichter Studien auf Effektivität und Sicherheit) • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von insgesamt 38 Studien: 10 veröffentlichte RCT-Studien, 5 unveröffentlichte RCT-Studien, 22 Beobachtungsstudien (davon 18 Studien mit prospektivem und 4 Studien mit retrospektivem Design), 1 Studie mit „crossover"-Design • **Explizite Ausschlusskriterien:** nicht-relevante (aufgrund inhaltlich nicht passender Populationen, Diagnosen oder Artikelinhalte); Ausschlusskriterien im Rahmen der Metaanalyse: keine RCT-Studie; andere Altersgruppe (als 6-18 Jahre); kein Vorliegen von MDD als Primärdiagnose; Studie mit begleitender/ergänzender CBT-Behandlung; Studie mit TZA-Behandlung als KG; Vorliegen unpassender Outcome-Variablen (vgl. Abschnitt „Abhängige Variablen"); Vorherrschen von Doppeldiagnosen [Im Rahmen des deskriptiven Reviews wurden Studien mit gemischten Populationen (Kinder/Erwachsene) oder einer Mischung verschiedener Störungsbilder nicht ausgeschlossen] <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** ca. 2-26 Wochen (in *einer* Studie bis zu 77 Wochen) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) [im Rahmen der Metaanalyse] • **Störungsbilder:** Primärdiagnose einer MDD (einzelne Episode, rezidivierend), zudem komorbide ADHD, CD, ODD, Angststörung, Substanzmissbrauch [im Rahmen der Metaanalyse]; Kinder und Jugendliche mit Depression: MDD, bipolare Störung; Dysthymia; zudem komorbide (u.a.) CD, ODD; ADHD, Substanzmissbrauch, OCD, Anpassungsstörung, Angststörung [im Rahmen des deskriptiven Reviews] • **Altersbereich:** 6-18 Jahre [im Rahmen der Metaanalyse]; keine Eingrenzung des Altersspektrums [im Rahmen des deskriptiven Reviews] • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen: Response-Raten und NNT zur Erfassung von Effektivität; quantifizierbare Raten schwerwiegender Nebenwirkungen und NNH zur Erfassung der Sicherheit (u.a. Tod, lebenbedrohliche Symptome inkl. Suizidversuchen, stationärer Aufenthalt, bedeutsame Behinderungen/Einschränkungen, Therapieabbruch aufgrund von Nebenwirkungen) [Angaben gelten für die Metaanalyse] • **Messzeitpunkte:** u.a. nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • *Effektivität über alle Studien hinweg* (Durchführung einer Metaanalyse für 7 RCT-Studien: 6 veröffentlichte Studien und 1 unveröffentlichte Studie): für SSRI-Behandlung liegen höhere Response-Raten vor als für Placebo-Einsatz (obwohl nur 2 der 7 Einzelstudien eine signifikante Überlegenheit zeigen): Erhalt eines Ratio-Werts von 1.26; durch Ein-/Ausschluss der unveröffentlichten Studie kommt es zu keiner wesentlichen Veränderung des Ergebnisses; die kumulative Metaanalyse belegt die Stabilität des Ergebnisses ab der zweiten veröffentlichten Studie im Jahre 2001 • *Sicherheit über alle Studien hinweg* (Durchführung einer Metaanalyse für 11 RCT-Studien: 7 veröffentlichte Studien und 4 unveröffentlichte Studien): im Rahmen der SSRI-Behandlung findet sich (verglichen mit einem Placebo) eine höhere Rate an schwerwiegenden Nebenwirkungen (obwohl 9 der 11 Einzelstudien keinen statistisch signifikanten Unterschied nachweisen): Erhalt eines Ratio-Werts von 1.97 (das relative Risiko für Nebenwirkungen ist unter SSRI etwa 2x so hoch als unter Placebo); durch Ein-/Ausschluss der unveröffentlichten Studien kommt es zu keiner wesentlichen Veränderung des Ergebnisses; die kumulative Metaanalyse belegt die Stabilität des Ergebnisses ab der vierten unveröffentlichten Studie bzw. (bei Ausschluss der unveröffentlichten Studien) ab der fünften veröffentlichten Studie im Jahre 2003 • das *Verhältnis von NNT-Wert (7.7) und NNH-Wert (20.6) über alle Studien hinweg* legt das Vorliegen relativer Sicherheit nahe, die sich überlappenden Konfidenzintervalle weisen jedoch auf ein nicht abgesichertes Ergebnis hin • *Effektivität und Sicherheit für Einzelsubstanzen:* -> für Fluoxetin liegt ein akzeptables Nutzen-Risiko-Profil vor (Vorliegen einer höheren Response-Rate für die EG ggü. der KG; Vorliegen vergleichbarer Nebenwirkungen für EG und KG; die Konfidenzintervalle von NNT und NNH überlappen sich nicht) -> ein relativ günstiges Nutzen-Risiko-Profil zeigt sich auch für Citalopram (Vorliegen einer höheren Response-Rate für die EG bei knapp nicht-signifikantem Konfidenzintervall; Vorliegen eines akzeptablen Sicherheits-Profils; es findet sich eine Überlappung der Konfidenzintervalle von NNT und NNH (bei einem deutlich niedrigeren Wert für NNT als für NNH), die fehlende Absicherung des günstigen Ergebnisses geht auf die leider immer noch kleine Stichprobengröße zurück) -> für Paroxetin und Sertralin finden sich ungünstige Profile -> für Venlafaxin werden im Rahmen der verfügbaren Studien keine Angaben zur Wirksamkeit berichtet (das relative Risiko für das Auftreten schwerwiegender Nebenwirkungen ist für Venlafaxin 4x höher als für Placebo) -> Fehlen von RCT-Studien zu Fluvoxamin

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • *allgemein: die* unveröffentlichte Studien verändern das Nutzen-Risiko-Verhältnis nicht substantiell; die (kumulativen) Metaanalysen weisen für SSRI im Allgemeinen auf ein nachteiliges Sicherheits-/Wirksamkeits-Profil hin; Fluoxetin und Citalopram (mit langen Halbwertszeiten und einem schrittweisen Wirkeintritt) scheinen mit einem günstigen Nutzen-Risiko-Profil einherzugehen, kürzerwirksame Substanzen weisen demgegenüber größere Risiken und einen geringeren Nutzen auf; separate Analysen zu Subgruppen/ Medikamentencharakteristika können mglw. dazu beitragen, die Inkonsistenzen in den Studienergebnissen zu erklären (und statt Ablehnung aller SSRI zur Therapie kindlicher Depression zu einer Empfehlung einzelner Substanzen beitragen); Fluoxetin und Citalopram scheinen im Falle einer Nicht-Zugänglichkeit/-Verfügbarkeit von CBT sichere und effektive Behandlungsalternativen zu sein • *Weitere Schlussfolgerungen*: -> die Unterschiede ggü. den Ergebnissen von Whittington et al. (2004) beruhen auf methodischen Aspekten (z.B. Auswertung für die SSRI-Gesamtgruppe vs. substanzenspezifische Auswertung; Rückgriff auf dichotome vs. kontinuierliche Maße; Berücksichtigung statistischer vs. klinischer Signifikanz; Wahl anderer Outcome-Maße; aufgrund der unterschiedlichen Einschlusskriterien Erhalt eines anderen Studienpools als Datengrundlage) -> hinsichtlich der Wirksamkeit von Kombinationsbehandlungen besteht bislang Uneindeutigkeit: im Rahmen dieser Metaanalyse finden sich zwei negative Resultate vs. im Rahmen der TADS-Studie liegen Hinweise auf die Überlegenheit einer Kombinationsbehandlung aus CBT plus Fluoxetin vor (in Bezug auf Effektivität *und* Sicherheit) • Praxis: trotz der allgemeinen Unterstützung für die Einführung von Studienregistern zur Überwachung aller (veröffentlichten und unveröffentlichten) Wirksamkeitsstudien findet sich in diesem Fall kein bedeutsamer Einfluss von unveröffentlichten Studien; zudem scheinen Zugänglichkeit und Interpretierbarkeit der Register (für den praktischen Kliniker) ohnehin fraglich zu sein; als Verbesserungsvorschlag seitens des Autors wird folgende Idee genannt: Reguatorische Behörden könnten zukünftig kumulative Metaanalysen berechnen, deren Ergebnisse (zeitgleich zur Verfügbarkeit neuer Studien) per Website zugänglich gemacht werden • Forschung: Bedarf an Untersuchungen zum zeitlichen Verlauf bzw. dem Einsetzen von Nebenwirkungen; Notwendigkeit der Durchführung von Studien zur Wirksamkeit von Kombinationsbehandlung
	Eingeschlossene SSRI: Fluoxetin, Sertralin, Citalopram, Paroxetin, Venlafaxin, Fluvoxamin Kumulative Metaanalyse: Die kumulative Metaanalyse fügt der traditionellen Metaanalyse eine chronologische Komponente hinzu. In chronologischer Reihenfolge werden der Analyse schrittweise Studien hinzugefügt (Hinzufügen der unveröffentlichten vor den veröffentlichten Studien), bis der Zeitpunkt festgestellt werden kann, an dem die Ergebnisse statistische Signifikanz erreichen bzw. ausreichend viele Informationen zur Ableitung evidenzbasierter klinischer Entscheidungen vorliegen (richtungsweisende Entscheidungen für Kliniker und Politiker können so evtl. schon Jahre früher abgeleitet werden).	**Methodische Aspekte :** • Schwächen: im Rahmen von Beobachtungsstudien liegen oft kleine Stichproben und eine breite Spanne an berichteten Response-Raten vor; z.T. Vorliegen einer unzureichenden Berichtsqualität (z.B. in Bezug auf den Ein-/Ausschluss ergänzender psychotherapeutischer Ansätze); über die verschiedenen Studien hinweg findet sich eine uneinheitliche Kriterien-Definition (in Bezug auf Response-Rate und Nebenwirkungen); Vorliegen weiterer methodisch problematischer Aspekte: der Einschluss der unveröffentlichten Studien vor den veröffentlichten Studien entspricht nicht der tatsächlichen Verfügbarkeit der Ergebnisse; mglw. erweist sich die Zusammenfassung („Pooling“) der Ergebnisse zur Wirksamkeit und Sicherheit über alle SSRI-Studien hinweg als unangemessen vor (jedoch wurden im Rahmen der Arbeit ebenfalls weitergehende Analysen zu Untergruppen bzw. Einzelsubstanzen durchgeführt)

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
METAANALYSE: **Weisz et al., 2006a** Weisz, J.R., McCarty, C.A. & Valeri, S.M. (2006a). Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin, 132 (1),* 132-149.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1861-2004 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Psychotherapie zur Behandlung von Depression bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** 35 RCT-Studien zu depressiver Symptomatik (ca. 75% der Studien sind dem „efficacy"-Bereich, ca. 25% der Studien dem „effectiveness"-Bereich zuzuordnen) • **Explizite Ausschlusskriterien:** anderes Störungsbild; keine RCT-Studie; kein Vorliegen einer aktiven EG und mind. einer KG; andere Altersgruppe (d.h. die Gesamtstichprobe ist im Mittel älter als 18 Jahre); Studie, bei der die Reduktion der depressiven Symptomatik nicht explizites Behandlungsziel ist; Einzelfallstudien <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 4-32 Stunden (M=13 Stunden) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=keine Behandlung, Placebo, Minimalkontaktgruppe, Aufmerksamkeits-Placebo, herkömmliche Ansätze, supportive Therapie, alternative Behandlungsansätze, Psychoedukation, Placebomedikation) • **Störungsbilder:** depressive Symptomatik (Vorliegen erhöhter Skalenwerte); MDD, Dysthymia, Minor DD, intermittierende DD (Vorliegen einer DSM-/Forschungsdiagnose) • **Altersbereich:** 7-19 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (u.a. Depressivität, Angst, Externalisierung/Verhaltensprobleme) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (M=38 Wochen) <u>kognitive Ansätze:</u> kognitive Umstrukturierung, Selbstinstruktionen <u>nicht-kognitive Ansätze:</u> Familieneinbezug, behaviorales Problemlösen, Gruppenunterstützung, IPT, Entspannung, Rollenspiel, Selbstmodifikation, Familientherapie, strukturiertes Lernen, soziales-Kompetenz-Training]	**Ergebnisse:** *allgemein:* • Vorliegen einer signifikanten kleinen ES (0.34) für die Wirksamkeit von Psychotherapie zur Behandlung depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen • die ES sind deutlich geringer als ES in Studien mit den 3 anderen Hauptstörungsbildern (0.37 vs. 0.63); die Effekte sind in Bezug auf Ausmaß, Breite und Stabilität als eher mäßig zu bewerten; es findet sich ein deutlicher Unterschied zu den ES-Angaben vorheriger Meta-analysen *weitere Ergebnisse:* • kognitive Behandlungsansätze (z.B. CBT) sind nicht-kognitiven Ansätzen nicht überlegen • es finden sich Generalisierung (Reduktion von Angst, Vorliegen kleiner ES) und Spezifität der Effekte (keine Reduktion der externalisierenden Symptomatik) -> deutlich ist die Nähe von Depression und Angststörung (z.B. in Bezug auf das Vorliegen negativer Affektivität), evtl. könnten sich für die beiden Störungsbilder ähnliche/ gemeinsame Interventionen als hilfreich erweisen -> Vorliegen kleiner Effekte für die Reduktion von Suizidalität durch Psychotherapie • beim Vergleich mit passiven Kontrollgruppen finden sich größere Effekte als beim Vergleich mit aktiven Kontrollgruppen (0.41 vs. 0.24), diese ES unterscheiden sich jedoch nicht signifikant voneinander • es zeigt sich eine kurzfristige (bis zu einem Jahr), jedoch keine langfristige Wirksamkeit (die FU-Erhebungen mit größerer zeitlicher Nähe zum Behandlungsende zeigen große ES, Studien mit FU-Intervallen von einem Jahr und mehr demgegenüber keine Effekte); dieses Ergebnis unterstreicht die Relevanz von Boostersitzungen bzw. einer Fortsetzung der Behandlung; als methodisch problematisch zu bewerten ist die Tatsache, dass vielfach keine bzw. zu kurze FU-Intervalle berichtet werden • zwischen „efficacy"- und „effectiveness"-Studien finden sich (in Bezug auf Jugendliche (rekrutiert/zugewiesen), Therapeuten (Forscher/Kliniker) und Setting (Labor/Klinik)) keine signifikanten Unterschiede; dieses Ergebnis stimmt angesichts der oft fraglichen Generalisierbarkeit froh, klinisch bedeutsame Effekte können also auch im Rahmen von „effectiveness"-Studien erzielt werden *Zusammenfassung:* • trotz der nur mäßigen ES zeigt sich eine Robustheit der Effekte über verschiedene Charakteristika der Probanden und Aspekte der Therapiegestaltung (Inhalt, Format, Dauer) hinweg: es finden sich keine Unterschiede der ES beim Vergleich von Kindern vs. Jugendlichen; Rückgriff auf ICD/DSM-Depressionsdiagnosen vs. dimensionale Depressionsmaße; Gruppen- vs. Einzeltherapie; Behandlungsdauer von mehr vs. weniger als 12 Stunden; peer-reviewed vs. non-peer-reviewed-Studien • einzige Ausnahme: lediglich beim Vergleich von Selbst-/Elternbericht zeigen sich ES-Unterschiede (Vorliegen mittlere ES bei den Kindern vs. kleiner ES bei den Eltern, letztere sind jedoch nicht abgesichert; diesbezüglich werden verschiedene Gründe diskutiert)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Forschung: -> Notwendigkeit, die Wirksamkeit von Psychotherapie zur Behandlung depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter insgesamt zu verbessern, diesbezüglich werden verschiedene Ansatzpunkte diskutiert: Verbesserung der „Substanz“ von Interventionen bzw. Erhöhung der Dosis einzelner Interventionen; Kombination verschiedener Interventionen zu einem „Behandlungspaket“; Entwicklung neuer Interventionsmethoden; Fokussierung auf die wenigen Interventionen mit vorhandenen hohen ES (von 1); angesichts des mäßigen Potentials von CBT (75% der Studien beziehen sich auf CBT/kognitive Ansätze; bei Ausschluss der TADS-Studie wird für CBT eine ES von 0.48 erzielt; die TADS-Studie kommt für CBT (aufgrund des Vorliegens einer Medikamentenplacebo-KG oder eines schlechten CBT-Konzepts?) zu sehr schlechten ES) Erweiterung/Verlagerung der Forschung auf nicht-kognitive Behandlungsansätze; Forschung zu Kombinationsbehandlung (die TADS-Studie legt deren Wirksamkeit nahe) -> Bedarf an Vergleichsforschung (inkl. Rückgriff auf aktive KG: lange FU-Intervalle sind ethisch dann besser vertretbar, insgesamt jedoch geringere ES zu erwarten); Notwendigkeit der Durchführung von ITT-Analysen; Bedarf an Moderator-, Mediator- und Prozessforschung **Methodische Aspekte:** • für die Diskrepanz zwischen den im Rahmen dieser Arbeit vorliegenden kleinen ES und den in früheren Metaanalysen berichteten (höheren) ES werden verschiedene methodische Aspekte diskutiert: -> *bei älteren Metaanalysen:* Vorliegen eines kleineren Stichprobenumfangs (Einschluss von 6 statt 35 Studien); kein Einschluss von aktuellen Studien (nach 1999); Vorliegen anderer ES-Berechungsmethoden; Vorliegen einer anderen Stichprobensammlung -> *im Rahmen dieser Metaanalyse:* ausschließlicher Rückgriff auf RCT-Studien; Anfrage der Originaldaten vom Autor als Datengrundlage; Einschluss aller berichteten Outcome-Maße; Durchführung einer „random-effect“-Analyse (statt einer „fixed-effect“-Analyse) als Verfahren; Einbezug von unveröffentlichten Studien; Vorliegen vieler Studien mit berichteten FU-Intervallen; Berechnung zahlreicher Vergleiche (vgl. Abschnitt „Ergebnisse“; Einbezug von „effectiveness“-Studien (ca. 25% der eingeschlossenen Studien); Einbezug von aktiven und passiven KG (mit entsprechendem Einfluss auf die ES-Höhe; in vorherigen Metaanalysen lagen ca. 26% aktive, im Rahmen dieser Metaanalyse ca. 40% aktive KG vor); Untersuchung von Generalisierung und Spezifität der Effekte; Vergleich kognitiver und nicht-kognitiver Interventionen

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
METAANALYSE: **Bridge et al., 2007** Bridge, J.A., Iyengar, S., Salary, C.B., Barbe, R.P., Birmaher, B., Pincus, H.A., Ren, L. & Brent, D.A. (2007). Clinical Response and Risk for Reported Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Pediatric Antidepressant Treatment. A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of the Amerivan Medical Association, 297 (15),* 1683-1696.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1988-2006 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Effektivität und Suizidalität im Rahmen der Antidepressiva-Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (unter Berücksichtigung von Antidepressiva der zweiten Generation: SSRI, Nefazodon, Venlafaxin, Mirtazapin) • **Eingeschlossene Studien:** 15 RCT-Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; anderes Studiendesign (crossover-Design, aktive KG, ausschließliche Randomisierung von „Respondern", zusätzliche Behandlung mit CBT, nicht abgeschlossene Studien); anderes Antidepressivum (TZA, MAO-Hemmer); unzureichende Datengrundlage (kein Vorliegen von Daten zur Wirksamkeit oder Suizidalität aus EG und Placebo-Gruppe, unzureichende Datenbereitstellung durch Erstautor) <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** ca. 8-12 Wochen (M=8 Wochen) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** MDD • **Altersbereich:** < 19 Jahre [6-18 Jahre] • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (Ansprechen auf die Behandlung, Auftreten von „suizidalen" Ereignissen) • **Messzeitpunkte**: u.a. nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** *Depression:* • *Effektivität:* signifikante Überlegenheit der Antidepressiva (kleine Effekte) -> bei jüngeren Kindern (< 12 J.) mit MDD erweist sich ausschließlich Fluoxetin einem Placebo als überlegen -> Moderatoren der Behandlungswirksamkeit sind Alter (bei Kindern Vorliegen niedrigerer ES verglichen mit Jugendlichen (außer bei Fluoxetin), z.T. auch wegen der bei Kindern vorliegenden hohen Placebo-Response-Raten), Depressionsdauer (bei längeren Episoden Vorliegen schlechterer ES) und Anzahl der Studienorte pro Studie (je mehr Studienorte vorliegen, desto geringer ist die ES) *allgemein (Angststörungen und depressive Störungen):* • *Suizidalität:* wenngleich sich im Vergleich von Antidepressiva und Placebo in Bezug auf Suizidgedanken/-versuche über alle Studien und Störungsbilder hinweg ein leicht erhöhtes Risiko zuungunsten der Antidepressiva findet, erweisen sich die Unterschiede bzgl. des Suizidrisikos innerhalb der einzelnen Störungsgruppen als statistisch nicht signifikant; zudem sind die „risk difference"-Werte insgesamt sehr niedrig (< 1%) und vollendete Suizide wurden im Rahmen der vorliegenden Studien nicht berichtet -> über die verschiedenen Störungsgruppen hinweg findet sich ein ähnlich erhöhtes Suizidrisiko bei höherer Wirksamkeit von Antidepressiva bei Angststörungen (dieses Ergebnis widerlegt die Annahme, dass ein Mangel an Effektivität zur Entwicklung von Suizidalität führt) -> innerhalb der Placebo-Gruppe ist das Suizidalitätsrisiko bei depressiven Störungen etwas höher als bei Angststörungen; dieser Effekt gilt allerdings nur für die Gruppe der Jugendlichen -> zwischen Substanzen mit langer vs. kurzer Halbwertszeit liegen hinsichtlich des Suizidrisikos keine Unterschiede vor **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* Antidepressiva erweisen sich in ihrer Wirksamkeit einem Placebo überlegen; die stärksten Effekte finden sich für die Gruppe der Nicht-OCD-Angststörungen, mäßige für depressive Erkrankungen; über alle Störungsbilder hinweg scheinen die Vorteile die Risiken (Suizidgedanken/-versuche) zu überwiegen, obwohl die Nutzen-Risiko-Analyse natürlich auch vom Störungsbild, dem Alter des Patienten, der Chronizität der Erkrankung und den Rahmenbedingungen abhängt -> Jugendliche scheinen sowohl bei Angst- als auch bei depressiven Störungen tendentiell besser auf Antidepressiva anzusprechen als Kinder (in der Behandlung von Depression bei Kindern < 12 J. erweist sich ausschließlich Fluoxetin einen Placebo als überlegen; die Gründe dafür sind unklar, der Befund deckt sich jedoch mit den Ergebnissen anderer Studien; mglw. ist das Fehlen von signifikanten Behandlungseffekten z.T. auf die bei Kindern vorliegenden hohen Placebo-Response-Raten zurückzuführen; z.T. liegt bei EG-Placebo-Vergleichen mit schwerer erkrankten Kindern auch eine größere Überlegenheit vor)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): -> Antidepressiva scheinen in der Behandlung von Angststörungen (bei Kindern und Jugendlichen) effektiver zu sein als in der Behandlung von Depressionen (ein möglicher Erklärungsgrund für dieses Ergebnis ist die Tatsache, dass Angststörungen im Vergleich zu Depression durch eine höhere Chronizität und Stabilität charakterisiert sind; damit einhergehend zeigt sich bei Kindern mit Angststörungen eine größere Homogenität als bei depressiven Kindern, von denen nicht alle in Zukunft wiederkehrende Depressionen haben werden) • Empfehlung: Antidepressiva sind vorsichtig und mit gutem Monitoring einzusetzen und sind unter bestimmten Bedingungen (Berücksichtigung der störungsspezifischen Effektivität (Angst > Depression), gemeinsames Abwägen des Vorgehens mit allen an der Behandlung Beteiligten, Abwägen potentieller nicht-medikamentöser Behandlungsalternativen) als eine der Behandlungsoptionen der ersten Wahl zu betrachten • Forschung: Notwendigkeit, auf weniger und größere Studienorte zurückzugreifen oder die Studienqualität zu verbesseren (z.T. Absinken der ES bei Vorliegen zu vieler Studienorte); Idee/Empfehlung, eine Registrierung von Studien einzuführen (in der Hoffnung, dass dies zu reduziertem Publikationsbias und erhöhter Transparenz beiträgt); Notwendigkeit, alle Baseline-Charakteristika (die mit dem Behandlungserfolg oder der Suizidalität im Zusammenhang stehen könnten) im Vorfeld zu erheben und zu berichten, um potentielle Zusammenhänge berechnen zu können; Notwendigkeit der Entwicklung optimaler Monitoring-Methoden für die Antidepressiva-Behandlung (zur Erfassung von Response-Rate und Nebenwirkungen; zudem könnte ein entsprechendes Monitoring-System sowohl bei Klinikern als auch bei Eltern das Vertrauen in eine Pharmakotherapie deutlich erhöhen); Notwendigkeit der Unter-suchung von Wirkspiegeln (als möglichem Erklärungsgrund für fehlende Compliance bzw. zur Identifikation von langsamen vs. schnellen „Metabolizern“); Bedarf an Forschung zu pharmakogenetischen Prädiktoren von Therapieerfolg und Nebenwirkungen; Notwendigkeit, Depressionen insgesamt früher zu identifizieren (vgl. Abschnitt „Ergebnisse“ zum Zusammenhang von Erkrankungsdauer und ES); Notwendigkeit, Angststörungen insgesamt früher zu identifizieren und zu behandeln (Vorliegen höherer ES bei der Antidepressiva-Behandlung von Angststörungen, Angststörungen sind häufiger Vorläufer von depressiven Erkrankungen) **Methodische Aspekte :** • *allgemein:* kein Vorliegen eines Publikationsbias; es findet sich ein Einfluss der Methodik („random-“ vs. „fixed-effect“-Modell, Rückgriff auf „relative-risk“-Berechnungen vs. Diskussion verschiedener Nachteile von „relative-risk“-Angaben) auf die Ergebnisse, jedoch bei vergleichbarer Höhe der resultierenden Effekte • Schwächen: mäßige Quantität und Qualität der vorliegenden Einzelstudien -> Schlußfolgerungen zu möglichen Moderatoren sind so nur begrenzt möglich; viele potentiell relevante Moderatorvariablen wurden zudem gar nicht erst erhoben; die Sekundäranalysen sind somit mit Vorsicht zu betrachten; viele Studien sind eigentlich nicht dafür konzipiert, Suizidalität als Outcome zu erheben (häufig wurden vor Studienbeginn Patienten mit erhöhtem Suizidrisiko ausgeschlossen; Suizidalität wurde häufig nur indirekt (über aversive Ereignisse), retrospektiv und nicht systematisch erfasst); keine inhaltliche Betrachtung/Berücksichtigung anderer Nebenwirkungen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Hetrick et al., 2007** Hetrick, S., Merry, S., McKenzie, J., Sindahl, P. & Proctor, M. (2007). Selective serotonin reuptake inhibittors (SSRIs) for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007*.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1886-10/2005 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** SSRI zur Behandlung depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter (Analyse von Effektivität und Nebenwirkungen) • **Eingeschlossene Studien:** 12 RCT-Studien (im Rahmen der Metaanalyse werden nur 10 dieser 12 RCT-Studien berücksichtigt) • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; andere Altersgruppe; anderes Studiendesign (als EG-Placebo-Vergleich); Studie zur Kombinationsbehandlung von SSRI plus einer anderen pharmakologischen/psychologischen Intervention; Fehlen einer primären Depressionsdiagnose; Studie, die keine Differenzierung der Daten zu Kindern/Jugendlichen vs. Erwachsenen ermöglicht; Vorliegen bestimmter Probandencharakteristika (d.h. IQ < 70; hirnorganische Erkrankung; ernsthafte medizinische Erkrankung) <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 7-12 Wochen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** depressive Störungen (Vorliegen einer DSM-/ICD-Diagnose): MDD; z.T. zudem Vorliegen von Komorbiditäten • **Altersbereich:** 6-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (Diagnosestatus, depressive Symptomatik, „suizidale" Ereignisse, vollendeter Suizid, Nebenwirkungen, klinischer Gesameindruck, Funktionsniveau) • **Messzeitpunkte:** im Verlauf der Behandlung und nach Behandlungsende (Post-Treatment); z.T. FU (6-12 Monate)	**Ergebnisse:** • *Effektivität:* Vorliegen von Belegen für die Überlegenheit der SSRI (Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin, Citalopram) ggü. einem Placebo bei Behandlungsende; insgesamt findet sich eine große Heterogenität der Daten mit Ergebnissen, die vom Trend her in die gleiche Richtung weisen -> Fluoxetin erweist sich jedoch als einziges SSRI, für das konsistente Wirksamkeitshinweise vorliegen -> Sertralin scheint z.B. vor allem in der Behandlung von Jugendlichen, weniger bei Kindern effektiv zu sein -> in Bezug auf die Definition des „Behandlungserfolgs" findet sich über die Studien hinweg eine hohe Variabilität; zwischen EG und KG liegen kleine Unterschiede (von fraglicher klinischer Bedeutsamkeit) vor • *Suizidalität/Nebenwirkungen:* Vorliegen von Hinweisen auf ein erhöhtes Risiko von Suizidgedanken/-verhalten unter der Behandlung mit SSRI; dieses lässt sich jedoch nur für die Gesamtgruppe, nicht für einzelne SSRI-Gruppen nachweisen; für die Gesamtgruppe der Studien findet sich jedoch kein einziger Fall eines vollendeten Suizids; außerdem zeigt sich ein vermehrtes Vorliegen von Nebenwirkungen unter SSRI-Behandlung • *detailliertere Analyse zu den einzelnen SSRI* sind dem Originalartikel zu entnehmen **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* -> die Ergebnisse zur <u>Wirksamkeit</u> sind aufgrund methodologischer Schwierigkeiten (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte") und einer fehlenden Repräsentativität der Stichprobe (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte") mit Vorsicht zu bewerten -> auch der Stellenwert des erhöhten <u>„Suizidrisikos"</u> bleibt aufgrund verschiedener Aspekte (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte") unklar -> die vorliegende Datenqualität erschwert insofern eine klare, sichere Interpretation der Daten im Sinne einer SSRI-Kosten-Nutzen-Analyse • Forschung: Notwendigkeit von Vergleichsstudien (zur Kosten-Nutzen-Analyse) von SSRI mit anderen Behandlungsansätzen (z.B. CBT, IPT) bei depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter; Bedarf an einer umfassenden Langzeitstudie mit repräsentativem Patientenklientel (inkl. ausreichender statistischer Power; adäquater Erfassung und Monitoring von Suizidalität; Einbezug von Funktionsniveau und Diagnosestatus als relevanten Outcome-Kriterien) • Praxis: Fehlen von eindeutigen Leitlinien zum Einsatz von SSRI; Vorliegen vieler offener Fragen (klinische Bedeutsamkeit der Ergebnisse; Kosten-Nutzen-Relation; Einsatz bei schweren Störungsbildern und Patienten mit Suizidrisiko; Einfluss von SSRI auf vollendete Suizide; Relevanz einer SSRI-Behandlung verglichen mit dem Verlauf bzw. den Auswirkungen einer unbehandelten Depression) -> aktuell geht die Empfehlung dahin, Patienten und ihre Eltern über die vorliegenden Unklarheiten in der Behandlung mit Antidepressiva (d.h. die aktuelle Datenlage zu Kosten und Nutzen) umfassend zu informieren, Behandlungsalternativen abzuwägen und die Behandlung mit SSRI gut zu überwachen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • *Vorliegen von Unklarheiten bzgl. potentieller Suizidalität:* fehlende Repräsentativität der Stichprobe; die Frage nach dem Einfluss von SSRI auf vollendete Suizide bleibt unklar; fehlende Berücksichtigung des Aspekts der unbehandelten Depression (inkl. einem erhöhten Risiko für einen vollendeten Suizid, einem reduzierten Funktionsniveau und deutlichen Auswirkungen auf schulische Leistungen/soziales Umfeld) bzw. der Wirksamkeit von SSRI für diese Aspekte; Kinder mit Suizidrisiko wurden oft im Vorfeld der Studien ausgeschlossen; im Rahmen der Studien liegt kein geeignetes Studiendesign bzw. adäquate Instrumente zur Erfassung von „Suizidalität“ vor; in der Allgemeinbevölkerung finden sich hohe bzw. relativ gesehen höhere Prozentanteile von Jugendlichen, die Suizidalität berichten; Vorliegen von Schwierigkeiten bei der Erfassung von Suizidalität (Fehlen geeigneter Messinstrumente); Vorliegen epidemiologischer Untersuchungen zum Rückgang von Suizidalität unter SSRI-Einsatz; Vorliegen eines unklaren Zusammenhangs zwischen erhöhtem Risiko für Suizidgedanken und vollendetem Suizid; Suizidgedanken sind evtl. auch Indikator für die Depressionsschwere, aus der eine Antidepressiva-Behandlung resultiert eine vollständige Risikoerfassung bedarf (vgl. Abschnitt „sonstige Schlussfolgerungen“): -> größerer Studien (z.B. aufgrund der geringen Auftretenswahrscheinlichkeit von Suiziden) -> längerer FU-Intervalle: kurze FU-Intervalle erweisen sich zur Beantwortung einiger Fraugen als ungeeignet (z.B. ist der Zusammenhang zwischen höherer Suizidalität zu Therapiebeginn und einem Absinken der Suizidalität im Verlauf der Behandlung weiterhin unklar) -> repräsentativer Stichproben: durch Ausschluss von Patienten mit komorbiden Störungen und solchen mit erhöhtem Suizidrisiko (bei Behandlungsbeginn) liegt häufig keine Repräsentativität der Stichprobe vor; verglichen mit der Allgemeinbevölkerung finden sich eher geringe Prozentraten von Jugendlichen, die Suizidalität berichten • *Vorliegen von Unklarheiten bzgl. der Effektivität:* Vorliegen verschiedener methodologischer Schwierigkeiten (Vorliegen hoher Dropout-Raten; fragliche klinische Bedeutsamkeit der Ergebnisse/Outcome-Maße; Vorliegen einer hohen Variabilität zwischen den Einzelstudien/ Outcome-Maßen; Vorliegen hoher Placebo-Response-Raten); fehlende Repräsentativität der Stichprobe (Fehlen von klinischen Patienten mit schwererem depressiven Störungsbild, vielen komorbiden Störungen und höherem Suizidrisiko; Ausschluss der Patienten, die zu Studienbeginn auf Placebo ansprechen); als mögliche Einflussfaktoren auf die Höhe des Outcomes werden verschiedene Aspekte diskutiert (mglw. ist der Ausschluss der Placebo-Responder im Rahmen der Fluoxetin-Studien ein Grund für die erhaltene hohe Wirksamkeit vs. in anderen Studien erweisen sich die hohen Placebo-Response-Raten für den Wirksamkeitsnachweis als problematisch) • *Vorliegen weiterer methodischer Probleme:* Fehlen von Informationen zum Studiendesign (bzgl. Blindversuch, Gruppenzuweisung, Compliance der Patienten; eine mäßige Compliance könnte z.B. mit schlechteren Effekten einhergehen); die hohe Variabilität der Outcome-Maße erschwert die Vergleichbarkeit und Interpretation der Studienergebnisse; mglw. findet sich im Rahmen der Publikation eine Verzerrung der Ergebnisdarstellung; Vorliegen verschiedener Probleme in Bezug auf die Outcome-Maße (Fehlen der/adäquater Gütekriterien von Messinstrumenten; zumeist Rückgriff auf Cutoff-Werte als Outcome-Kriterium und nicht auf Diagnosekriterien; insgesamt liegen nur wenige Daten aus Selbstberichten vor; häufige Vernächlässigung der Erhebung des Funktionsniveaus als wichtigem Outcome-Kriterium und ausschließliche Erhebung der Symptomatik); Fehlen von Langzeitstudien mit langen FU-Intervallen (eine Verbesserung des Funktionsniveau lässt sich oft erst später nachweisen als eine Verbesserung der Symptomatik); Einsatz ungeeigneter Imputationsmethoden

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Hunsley & Lee, 2007** Hunsley, J. & Lee, C.M. (2007). Research-Informed Benchmarks for Psychological Treatments: Efficacy Studies, Effectiveness Studies and Beyond. *Professional Psychology, Research and Practice, 38,* 21-33.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1872-03/2006 [1998-2005] • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Interventionen • **Inhalt:** Überblick über „effectiveness"-Studien bzw. deren Vergleich/ Benchmarking mit Ergebnissen von „efficacy"-Studien bei Kindern, Jugendlichen [und Erwachsenen] • **Eingeschlossene Studien:** über alle Störungsbilder hinweg insgesamt 14 „effectiveness"-Studien, davon 3 Studien zu Depression • **Explizite Ausschlusskriterien:** anderes Studiendesign (keine „effectiveness"-Studie); kein Vorliegen von mind. einer „efficacy"-Studie zu diesem Behandlungsansatz (d.h. kein Vorliegen eines Wirksamkeitsnachweises); unzureichende Datengrundlage bzgl. Verbesserung der Symptomatik; Patientenrekrutierung ausschließlich über Werbung (d.h. überhaupt keine zugewiesenen Patienten); Vorliegen von weniger als 2 „effectiveness"-Studien zum jeweiligen Störungsbild *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 15-21 Sitzungen • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** Depression, Angststörungen, disruptive Verhaltensstörungen bei Kindern, Störungen des Sozialverhaltens bei Jugendlichen • **Altersbereich: ---** • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); z.T. FU (1 Jahr)	**Ergebnisse:** • *Depression:* sowohl in Bezug auf die „*Completer"-Rate* als auch in Bezug auf die im Rahmen der Behandlung erzielten *Verbesserungen* sind die Ergebnisse von „effectiveness"- und „efficacy"- Studien im Wesentlichen vergleichbar: -> „Completer"-Rate: 89% („efficacy"-Studien) vs. 78-98% („effectiveness"-Studien) -> Remissionsrate: 50-60% („efficacy"-Studien) vs. 39-83% („effectiveness"-Studien) *Depression:* die FU-Datenlage ist unzureichend • *allgemein:* alle „effectiveness"-Studien mit Kindern und Jugendlichen berichten „Completer"-Raten größer als 75% (dies ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass überhaupt gute Behandlungserfolge erzielt werden können; außerdem Anzeichen dafür, dass die Patienten von der Behandlung profitieren) • *Trainings-Status des Therapeuten*: zumeist Kombination aus störungsspezifischem Training im Vorfeld (Lesen von Behandlungsmanual und Hintergrundartikeln, Workshop-Besuch) und regelmäßiger Supervision -> eine Kombination aus Manualwissen und Supervision ist erwiesenermaßen sehr effektiv und entspricht der Auflage an die Behandler, ihr Wissen regelmäßig aufzufrischen bzw. auszubauen (Qualitätssicherung, „life-long-learning") -> offen ist die Frage, welches Ausmaß von Training und Supervision optimal ist und wie diese Trainingsprogramme so gestaltet bzw. im klinischen Alltag umgesetzt werden können, dass sie maximal effektiv sind **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* trotz einiger methodischer Einschränkungen in den „effectiveness"-Studien liegen somit vielversprechende Belege für die Transportierbarkeit von im Rahmen von „efficacy"-Studien nachgewiesenermaßen effektiven Behandlungen ins klinische Setting vor; dies ist als Ermutigung zu bewerten, diese Verfahren zunehmend einzusetzen; für das FU liegen vielversprechende Ergebnisse vor, für die meisten Störungen findet sich diesbezüglich jedoch eine unzureichende Datengrundlage für die meisten herkömmlichen klinischen Angebote („routine clinical services") für Kinder und Jugendliche liegen demgegenüber eher geringere Behandlungserfolge vor; auch einzelne „effectiveness"-Studien zum Vergleich von „usual clinical service" vs. nachgewiesenermaßen wirksamen Interventionen (mit randomisierter Zuweisung zu einer der beiden Behandlungsgruppen) weisen auf die Überlegenheit der nachgewiesenermaßen wirksamen Intervention ggü. einer Standardbehandlung hin • *allgemein:* zum Zwecke des Benchmarking scheint sich der Rückgriff auf „efficacy"-Studien zu bewähren; die Empfehlung geht dahin, diesbezüglich auf Metaanalysen (Vorliegen vieler Studien, Patienten und Therapeuten) zurückzugreifen; die Relevanz der jeweiligen Benchmarking-Werte ist dabei vom Ausmaß der Ähnlichkeit (bzgl. Interventionsansatz, Therapiedauer, Symptomschwere, Patienten- und Therapeutencharakteristika) zwischen Benchmarking-Studien und zu überprüfender Studie abhängig; die Werte der KG (= keine Behandlung) können im Rahmen des Benchmarking als untere Grenze eingesetzt werden; als problematisch erweist sich das Fehlen von adäquaten „efficacy"-Studien als Voraussetzung für den Prozess des Benchmarking

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Forschung: Bedarf an weiteren „effectiveness“-Studien (trotz bislang konsistenter, vielversprechender Ergebnisse); Fehlen von Vergleichstudien („efficacy“- Studien vs. „routine practice“); Notwendigkeit, bei „effectiveness“-Studien eine ausreichende Datengrundlage zu erheben und zu berichten (z.B. Angaben zur Veränderung des Diagnosestatus und klinisch bedeutsamen Veränderungen); Notwendigkeit der Durchführung von (mittlerweile zunehmend eingesetzten) „intent-to-treat“-Analysen (bei „Completer“-Analysen finden sich Raten von etwa 10% mehr Verbesserung); Notwendigkeit von FU-Daten (bislang unzureichendes Wissen zu Langzeitwirkung); Notwendigkeit, „efficacy“-Studien gemäß der im klinischen Alltag benötigten Interventionen zu konzipieren (bzgl. Relevanz und Vergleichbarkeit) **Methodische Aspekte:** • allgemein: insgesamt liegen nur wenige „effectiveness“-Studien vor • Schwächen der Einzelstudien: in den Studien mit Kindern und Jugendlichen finden sich nicht ausschließlich zugewiesene Patienten; es findet sich eine hohe Variabilität an vorliegenden Outcome-Maßen zur Messung der Symptomverbesserung durch die Behandlung • Schwächen des Reviews: Notwendigkeit, einige „effectiveness“-Studien aufgrund der unzureichenden Datengrundlage auszuschließen; nicht alle Studien berichten „Completer“- *und* „intent-to-treat“-Analysen; Fehlen von FU-Daten

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **Moreno et al., 2007** Moreno, C., Arango, C., Parellada, M., Shaffer, D. & Bird, H. (2007). Antidepressants in child and adolescent depression: where are the bugs? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 115,* 184-195.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** bis 09/2006 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Antidepressiva-Behandlung bei depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter (Überblick zur Effektivität und Analyse/Diskussion der Hintergründe für die erhaltenen Ergebnisse) • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von insgesamt 32 RCT-Studien: 13 Studien zur TZA-Behandlung, 12 Studien zur SSRI-Behandlung und 7 Studien zur Behandlung mit neueren Antidepressiva (Venlafaxin, Mirtazapin, Nefazodon); Einschluss veröffentlichter und unveröffentlichter Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 6-12 Wochen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** Depression (u.a. MDD); zudem z.T. Vorliegen von Komorbiditäten (Angststörungen, ODD, CD) • **Altersbereich:** 6-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (u.a. Depression, klinischer Gesamteindruck) • **Messzeitpunkte:** u.a. nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** *allgemein:* • die meisten Studien (zu TZA, SSRI, neueren Antidepressiva) können keine Wirksamkeit nachweisen; allein Fluoxetin hat seine Wirksamkeit in zwei RCT-Studien (als minimalem Effektivitätskriterium) beweisen können; Paroxetin und Citalopram erweisen sich jeweils in nur einer Studie als effektiv; es finden sich Remissions-Raten von 40-60%, d.h. selbst im besten Fall zeigen immer noch 30-40% der Patienten eine depressive Symptomatik/ Funktionsbeeinträchtigung *Weitere Ergebnisse und Überlegungen:* • Response-Rate und Sensitivität ggü. Antidepressiva sind mglw. entwicklungsbedingt bestimmt (infolgedessen finden sich zwischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen entsprechende Wirksamkeitsunterschiede); auch Dosis und Verabreichungshäufigkeit müssen altersentsprechend angepasst werden (Vorliegen entwicklungsbedingter Unterschiede in Bezug auf Pharmakokinetik/-dynamik) • bei kindlicher Depression findet sich häufig hohe Placebo-Response-Raten, d.h. nicht-spezifische Faktoren des klinischen Settings (wie z.B. Motivationslage, therapeutische Allianz, Aufmerksamkeit, Monitoring, Empathie oder Erwartungshaltung) scheinen die Behandlungsergebnisse zu beeinflussen • die vorliegende Heterogenität kindlicher Depression könnte dazu beitragen, positive Studienergebnisse zu verschleiern; verschiedene Subtypen oder das Auftreten von Depression im Rahmen einer bipolaren Störung erfordern mglw. unterschiedliche Behandlungsansätze **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* trotz der verschiedenen Einschränkungen (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte") scheinen die vorliegenden Studien dennoch geeignet, um vorsichtige Schlussfolgerungen zum Gebrauch und Nutzen von Antidepressiva abzuleiten: Empfehlung für den Einsatz von Fluoxetin (am besten in Kombination mit Psychotherapie oder nach Nichtansprechen auf Psychotherapie) • Forschung: Fehlen von Langzeitstudien; generell besteht Bedarf an weiteren RCT-Studien zu kindlicher Depression; Notwendigkeit einer Behebung der Mängel im Studiendesign, die mit dazu beitragen, dass positive Behandlungsergebnisse z.T. nicht entdeckt werden können; Fehlen von Studien zur Kombinationsbehandlung; Notwendigkeit einer verbesserten Vergleichbarkeit von Studien durch standardisierte Outcome-Kriterien; Notwendigkeit einer Ermittlung der geeigneten Behandlungsdosis durch an Kinder/Jugendlichen durchgeführte Studien (und nicht durch Ableitung aus Erwachsenenstudien); Klärung der Frage, ob der Placebo-Effekt auch langfristig aufrecht erhalten wird bzw. sich auch in Nicht-RCT-Studien findet; Bedarf an „effectiveness"-Studien; Bedarf an Studien, die nicht-spezifische therapeutische Rahmenfaktoren fokussieren; Notwendigkeit vermehrter Subgruppenanalysen (z.B. in Bezug auf komorbide Störungen, Depressionstypen, Altersgruppen); Bedarf an Analysen zur Kosteneffektivität; Notwendigkeit von Studien mit jüngeren Kindern; Bedarf an vermehrter Forschung zu alternativen Behandlungsansätzen (z.B. Vorliegen vielversprechender Ergebnisse für Omega-3-Fettsäuren); Notwendigkeit der Durchführung von Studien zu Erhaltungstherapien und Rückfallprophylaxe (bislang findet sich diesbezüglich nur eine placebokontrollierte Studie mit positivem Ergebnis); Notwendigkeit einer Abklärung der Nutzen-Risiko-Abwägungen in Bezug auf ein mglw. erhöhtes Suizidrisiko unter Antidepressiva-Behandlung; Bedarf an epidemiologischen Studien (z.B. zum Umfang (un-)behandelter Störungen); Notwendigkeit der Durchführung von RCT-Studien mit dem Ziel eines verbesserten Matchings von Intervention und Patient

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung) • Praxis: Verbesserung der Verfügbarkeit von Behandlungsansätzen für die Öffentlichkeit • als mögliche Gründe für die unterschiedlich gute Wirksamkeit von Antidepressiva bei Kindern/Jugendlichen vs. Erwachsenen und die uneinheitliche Datenlage werden in i*nhaltlicher Hinsicht* verschiedene Aspekte diskutiert: • Vorliegen neurobiologischer entwicklungsbedingter Korrelate (z.B. Reifung des noradrenergen und dopaminergen Systems; Vorliegen entwicklungsbedingter Unterschiede hinsichtlich von Pharmakokinetik/-dynamik (Metabolismus, Toxizität und Halbwertszeiten); mögliche Heterogenität der den Depressionen zugrundeliegenden biologischen Basis; die hohen Placebo-Response-Raten bei Kindern (30-70%) weisen darauf hin, dass nicht-spezifische therapeutische Rahmenfaktoren bei Kindern eine größere Rolle spielen könnten; Vorliegen verschiedener methodologischer Einflussfaktoren (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte“) **Methodische Aspekte:** • als mögliche Gründe für die vorliegende Datenlage werden in *methodischer Hinsicht* verschiedene Aspekte diskutiert: • Validität der Diagnose (trotz der gesicherten Validität gestaltet sich die Diagnose kindlicher Depression anspruchsvoll; Vorliegen einer niedrigeren Retest-Reliabilität der Depressionsdiagnose bei Kindern; über die Studien hinweg liegen in Bezug auf Untersucher, deren Erfahrung sowie Diagnoseinstrumente Unterschiede vor); Vorliegen verschiedener Probleme in Bezug auf Erhebungsaspekte (es besteht kein Konsens/Standard bzgl. der einzusetzenden Messinstrumente; z.T. Einsatz inadäquater Skalen aus dem Erwachsenen-bereich; es besteht kein Konsens bzgl. der Erfassung von Nebenwirkungen/ Suizidalität: z.T. Ausschluss von suizidalen Patienten bzw. keine systematische Erfassung von Suizidalität über den gesamten Behandlungsverlauf hinweg); uneinheitlicher Umgang mit Komorbidität (d.h. Ein- vs. Ausschluss von komorbiden Störungen im Rahmen der Studien); es findet sich eine deutliche Heterogenität der Stichproben (in Bezug auf komorbide Profile, die Pharmakotherapie begleitende Behandlungen); Vorliegen weiter Altersspannen und verschiedener Depressionstypen, was dazu beiträgt, dass positive Studienergebnisse mglw. überlagert werden; die niedrige Studienqualität der Einzelstudien (d.h. kleine Stichproben, kurze Behandlungsdauer, Verabreichung geringer Medikamentendosen, mäßige Titrierung) reduziert die Wahrscheinlichkeit dafür, (kleine) Effekte überhaupt zu entdecken; Problematik der begrenzten Vergleichbarkeit von veröffentlichten vs. unveröffentlichten Studien • Schwächen: insgesamt liegen nur wenige RCT-Studien und fast ausschließlich Kurzzeitstudien vor; viele Studien bleiben unveröffentlicht und sind Analysen somit nicht zugänglich bzw. erschweren die Interpretation der aktuellen Forschungssituation; z.T. findet sich eine zu geringe statistische Power der Einzelstudien; Vorliegen einer hohen Variabilität der Studien in Bezug auf die Outcome-Kriterien (erschwert die Vergleichbarkeit, führt zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Spielmans et al., 2007** Spielmans, 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	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** bis 05/2005 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Übersicht zur Effektivität von CBT im Vergleich zu anderen Interventionen (bona fide-, non-bona fide-Interventionen) bei Angststörungen und Depression im Kindes- und Jugendalter • **Eingeschlossene Studien:** über beide Störungsbilder hinweg insgesamt 24 Studien zu bona-fide-Interventionen und 13 Studien zu non-bona fide-Interventionen (nicht nach Störungsbildern getrennt) • **Explizite Ausschlusskriterien:** nderes Störungsbild; anderes Studiendesign (als kognitive und/oder behaviorale Intervention vs. mind. eine andere psychotherapeutische Intervention, die auch kognitiv und/oder behavioral sein kann); unzureichende Beschreibung der Behandlung (die keine Einordnung in bona-fide oder non-bona fide zulässt); Standardbehandlung als KG (weil meist keine ausreichende Definition der Intervention vorliegt); nicht-englische Veröffentlichung; unzureichende Datengrundlage (um ES zu berechnen); andere Altersgruppe; anderes Störungsbild aus dem Spektrum (PTSD, OCD); Vorliegen von ausgeprägten Symptomen einer Störung des Sozialverhaltens oder anderer signifikanter Verhaltensprobleme <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer: ---** • **Vergleichsgruppen:** EG (=CBT) vs. KG (=bona-fide-Intervention -> systemische Familientherapie, soziales Kompetenz-Training, kognitive Restrukturierung, Rollenspiele, „self-modeling“, EMDR, Expo-in-vivo, IPT, Kontingenzmanagement, Selbstkontrolle, Problemlösen /ODER/ =non-bona fide-Interventionen -> non-direktive supportive Unterstützung, Aufmerksamkeitsplacebo, Entspannung, edukative Unterstützung, „emotional disclosure“, „computerized exposure“, nicht-fokussierte Intervention /ODER/ =Ergänzung von CBT um weitere CBT-Bausteine wie Elterntraining, Familienmanagement oder Gruppentraining) • **Störungsbilder:** Angstsymptomatik oder depressive Symptomatik (ICD-/DSM-Diagnosekriterien müssen nicht unbedingt erfüllt sein) • **Altersbereich:** < 18 Jahre (für die Mehrzahl der Behandelten) • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcomevariablen (direkte, die Kernsymptomatik betreffende Outcome-Maße; indirekte Outcome-Maße) • **Messzeitpunkte:** u.a. nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • CBT erweist sich non-bona fide-Interventionen als überlegen: bei direkten Outcome-Maßen finden sich mittlere ES; bei indirekten Outcome-Maßen kleine ES • ferner zeigt sich eine Überlegenheit von allen bona-fide-Interventionen (inkl. CBT) ggü. non-bona-fide-Interventionen: für direkte Outcome-Maße finden sich mittlere ES, für indirekte Outcome-Maße kleine ES • im Vergleich von CBT und Non-CBT bona-fide-Interventionen ergeben sich keine Unterschiede, jedoch liegt diesbezüglich nur eine Studie (zu IPT bei Depression) vor • umfangreiche, vollständige CBT-Behandlungen sind einzelnen CBT-Komponenten (in alleiniger Anwendung) nicht überlegen -> dies kann als Beleg dafür gewertet werden, dass keine Behandlungsspezifität vorliegt [vgl. Abschnitt „sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen“ für wichtige Anmerkungen zu dieser Schlussfolgerung] • die Unterschiede zwischen verschiedenen bona fide Interventionen zeigen ein homogenes Verteilungsmuster um den Bereich Null -> dies kann als weiterer Beleg dafür gewertet werden, dass keine Behandlungsspezifität vorliegt (d.h. für bestimmte Verfahren spezifische Inhalte nicht mit anderen, abweichenden Outcomes einhergehen) [vgl. Abschnitt „sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen“ für wichtige Anmerkungen zu dieser Schlussfolgerung] **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* die Ergebnisse deuten [zunächst] darauf hin, dass die für CBT zentralen, spezifischen Therapieinhalte zu keiner „besonderen“ Verbesserung von Angst- bzw. depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter führen (d.h. es liegt keine Behandlungsspezifität vor); der fehlende Unterschied zwischen umfangreichem CBT-Programm und einzelnen CBT-Komponenten könnte jedoch auch (nicht als fehlende Behandlungsspezifität der CBT, sondern) als mäßiger Behandlungszugewinn durch Elterntrainings interpretiert werden, da es sich bei den CBT-Zusatzbausteinen fast ausschließlich um Elterntrainings handelt • *Weitere Bemerkungen, Schlussfolgerungen und Empfehlungen:* -> für direkte Outcome-Maße finden sich größere ES als für indirekte Outcome-Maße -> das vorliegende Ergebnis steht im Gegensatz zu den Befunden von Weisz et al. (1995), der in seiner Arbeit eine Überlegenheit von behavioralen ggü. non-behavioralen Therapien findet; die Widersprüchlichkeit der Ergebnisse scheint aus verschiedenen methodischen Aspekten der Weisz-Arbeit (Fehlen von direkten Vergleichen, geringere methodische Qualität und Kontrolle von konfundierenden Variablen) zu resultieren; gemessen an den Ergebnissen der vorliegenden Studie scheint es sich beim Weisz-Ergebnis somit um ein Artefakt zu handeln [vgl. Abschnitt „methodische Aspekte“ zur Bewertung der methodischen Qualität der vorliegenden Arbeit] -> die vorliegenden Ergebnisse unterstützen den Ansatz der allgemeinen Wirkfaktoren (wie therapeutischer Beziehung, Konsistenz, Empathie Veränderung der Grundannahmen, Vertrauen, Behandlungsrational, glaubwürdigem therapeutischem Vorgehen), die allen bona fide-Interventionen gemein sind und der durch verschiedene Studien gestützt wird (u.a. finden sich wenige behandlungsspezifische Moderatoren)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
	Bona-fide-Interventionen: (-> als Voraussetzung müssen drei Punkte erfüllt sein) • geschulter Therapeut (Master oder Teilnehmer eines Graduierten-Programms im Bereich klinischer Psychologie o.ä.) • individualisierte Behandlung, Aufbau einer therapeutischen Beziehung durch „face-to-face"-Kontakte • die Behandlung enthält valide psychologische Komponenten (mind. 2 Aspekte sind erfüllt): Verweis auf einen etablierten Behandlungsansatz bzw. eine Psychotherapieschule; Beschreibung der Therapieinhalte im Rahmen von /Studien und Verweis auf zugrundeliegendes psychologisches Prinzip/Prozess; Nutzung eines Behandlungsmanuals im Rahmen der Behandlung; Identifikation der relevanten Behandlungsbausteine (und deren Quelle/Ursprung)	**Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung):** -> innerhalb der bona-fide-Therapien findet sich keine Überlegenheit einer Technik bzw. eines Verfahrens ggü. einer/einem anderen; daraus kann die Empfehlung abgeleitet werden, sich von der Durchführung von Vergleichsstudien (zwischen verschiedenen bona fide-Interventionen) weg zu orientieren – und den Fokus vermehrt auf Forschung zu allgemeinen Wirkfaktoren und den Einbezug von Feedback in die Therapie zu legen (um das Outcome weiter zu verbessern) • Forschung: Notwendigkeit, die verschiedenen Outcome-Maße in Metaanalysen zu differenzieren (vgl. ES-Unterschiede zwischen direkten und indirekten Outcome-Maßen); Notwendigkeit; verschiedene Psychotherapieformen (Spieltherapie, klientenzentrierte Therapie, psychodynamische Therapie) direkt mit CBT zu vergleichen -> ausgehend von den Ergebnissen dieser Metaanalyse [Vorliegen einer Studie zu depressiven Störungen] und Erwachsenenstudien ist anzunehmen, dass sich keine Unterschiede finden; Bedarf an vermehrter Forschung zum Einfluss von regelmäßigem Feedback an den Therapeuten über die Therapieerfolge des Patienten zur Verbesserung der psychotherapeutischen Arbeit (die Wirksamkeit dieser Methode ist durch einige Studienbelegt) -> jedoch bislang fragliche Wirksamkeit dieses Mechanismus' in der Behandlung von *Jugendlichen*, zudem Notwendigkeit von Forschung zu den der Wirk-samkeit von Feedback zugrundeliegenden Mechanismen sowie zur praktischen Umsetzung der im Feedback erhaltenen Impulse; Bedarf an vermehrter Forschung zu allgemeinen Wirkfaktoren • Praxis: Notwendigkeit, Therapeuten stärker hinsichtlich „allgemeiner Wirkfaktoren" zu schulen (im Gegensatz zur derzeitigen Fokussierung auf evidenzbasierte Behandlungsansätze) **Methodische Aspekte:** • Stärken der Arbeit: ausschließlicher Rückgriff auf direkte Vergleichsstudien (im Gegensatz zu den indirekten Vergleichen im Rahmen der Arbeit von Weisz et al. (1995): CBT vs. WL/Aufmerksamkeits-Placebo im Vergleich zu non-behavioralen Interventionen vs. WL/ Aufmerksamkeits-Placebo); Notwendigkeit einer vermehrten Berücksichtigung der Brauchbarkeit/Zweckmäßigkeit der in Vergleichsstudien zum Einsatz kommenden alternativen Behandlungsansätze (geeignete Interventionen sollten „aktive Behandlungsbausteine sein, auf bekannten psychologischen Prinzipien basieren und für den individuellen Patienten massgeschneidert sein") im Gegensatz zum häufigen Rückgriff auf non-bona fide-Interventionen als KG -> die Unterteilung in bona fide- und non-bona fide-Interventionen ist somit von besonderer Relevanz • [Schwächen der Arbeit: zum Vergleich von CBT vs. bona fider Non-CBT-Intervention liegt nur eine Studie zum Bereich der depressiven Störungen vor; fragliche Qualität der Schlussfolgerungen im Rahmen des Reviews (z.B. Fehlen von Behandlungsspezifität als Erklärung für den fehlenden Unterschied zwischen umfangreicher CBT und CBT-Teilkomponenten; vgl. Abschnitt „Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen"); kaum/keine Erwähnung findet die Tatsache, dass die angeführten „anderen" bona fide-Interventionen fast ausschließlich CBT-nahe Interventionen oder CBT-Bausteine sind (vgl. Angaben zu „Vergleichsgruppen")]

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Watanabe et al., 2007** Watanabe, N., Hunot, V., Omori, I.M., Churchill, R. & Furukawa, T.A. (2007). Psychotherapy for depression among children and adolescents: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116,* 84-95.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1966-12/2004 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung von Depression bei Kindern und Jugendlichen (Analyse von Effektivität, Nebenwirkungen und Kosteneffektivität) • **Eingeschlossene Studien:** 27 RCT-Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; andere Altersgruppe; andere Diagnose (als MDD, Minor DD oder Dysthymia); anderes Design (als EG-KG-Vergleich); andere KG (als die vier aufgelisteten; vgl. Abschnitt „Vergleichsgruppen"); (nicht-manualisierte/nicht-strukturierte) Interventionen mit einem anderem Fokus als der Behandlung der depressiven Symptomatik; Studie zu Familientherapie (=anderer Behandlungsfokus); Studien zu „Counselling" (=nicht manualisierte/nicht-strukturierte Intervention); Rückgriff auf Patienten ohne aktuelle depressive Störung *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** ca. 6-24 Sitzungen (4-18 Wochen) • **Vergleichsgruppen:** EG (=CBT, IPT, behaviorale Therapie, Problemlösetherapie, kognitive Therapie, supportive Therapie, andere Therapien) vs. KG (=keine Behandlung, Warteliste, Standardbehandlung, Aufmerksamkeitsplacebo -> z.B. Psychodrama, Gestalten, Monitoring, Gesundheitsedukation) • **Störungsbilder:** depressive Störungen (u.a. MDD, Minor DD, Dysthymia, bipolare Störung, intermittierende Depression); zudem z.T. Vorliegen komorbider psychischer oder körperlicher Störungen • **Altersbereich:** ca. 8-19 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen, die ein „Ansprechen" auf die Therapie widerspiegeln (Diagnosestatus, depressive Symptomatik); Dropout-Raten als Maß für die Akzeptanz der Behandlung • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); z.T. FU (4 Wochen – 2 Jahre; Angabe von Durchschnittwerten für das 6 Monats- und 12-Monats-FU)	**Ergebnisse:** *allgemein:* • es zeigt sich eine Überlegenheit von Psychotherapie ggü. der KG (Warteliste, Aufmerksamkeitsplacebo) bei Behandlungsende, die jedoch im FU (6, 12 Monate) nicht mehr nachzuweisen ist; Psychotherapie erweist sich somit als effektiver Behandlungsansatz für Depressionen im Kindes- und Jugendalter; insbesondere für CBT liegt eine Vielzahl von Studien vor • vor allem 12-18jährige Jugendliche und Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Depression scheinen von Psychotherapie zu profitieren • hinsichtlich der Behandlungsakzeptanz (Dropout-Raten) finden sich im Vergleich von EG und KG keine Unterschiede; keine der Studien berichtet Daten zu Nebenwirkungen oder Kosteneffektivität *Subgruppenanalyse:* • bezüglich der Psychotherapierichtungen findet sich eine relative Überlegenheit von CBT, behavioraler Therapie und IPT (bei Behandlungsende, nicht jedoch im FU); für Problemlösetherapie, supportive Therapie, kognitive Therapie oder andere Therapien zeigt sich (bei Behandlungsende und im FU) demgegenüber keine Überlegenheit • in der Gruppe der 6-12jährigen Kinder findet sich keine Überlegenheit von Psychotherapie ggü. der KG, in der Gruppe der 12-18jährigen Jugendlichen liegt (bei Behandlungsende) demgegenüber eine Überlegenheit der EG ggü. der KG vor • Psychotherapie erweist sich für alle Schweregrade von Depression als effektiv; die relativ höchste Effektivität liegt für Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Depression vor • unter Einbezug nur derjenigen Studien mit Patienten ohne komorbide psychische/körperliche Störungen lässt sich eine Überlegenheit von Psychotherapie ggü. der KG bei Behandlungsende und im 6-Monats-FU nachweisen (ebenfalls jedoch nicht im 12-Monats-FU) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* Fehlen von langfristig wirksamen Interventionsstrategien in der Behandlung depressiver Kinder und Jugendlicher (mglw. ist dies auch Ausdruck der natürlicherweise eintretenden Remission, die über Psychotherapie schneller erzielt wird) (vgl. nachfolgenden Abschnitt für damit einhergehende Forschungsimplikationen) • Forschung: Notwendigkeit der Zusammenfassung einzelner effektiver Interventionsstrategien zu einem Kombinationspaket; Notwendigkeit der Ergänzung von Psychotherapie um Pharmakotherapie, d.h. Bedarf an Forschung zu Kombinationsbehandlung (vgl. TADS-Studie); Notwendigkeit langer FU-Intervalle (zur Erhebung langfristiger Outcomes) sowie der Erhebung von Kosteneffektivität und Nebenwirkungen (u.a. Suizidalität); Notwendigkeit der Entwicklung alternativer Psychotherapiemodelle (bislang v.a. Forschung zu CBT); Notwendigkeit der Durchführung umfangreicher Einzelstudien (vgl. TADS-Studie); Notwendigkeit der Reduktion des Publikationsbias (um klare Empfehlungen ableiten zu können)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • bisherige, häufige Schwierigkeiten von Reviews: Vorliegen verschiedener methodologischer Probleme: kein Rückgriff auf RCT-Studien; Berechnung von Prä-Post-Vergleichen; keine Durchführung von ITT-Analysen; ausschließlicher Bericht von ES ohne Bezugnahme auf die klinische Bedeutsamkeit der Ergebnisse; kein Einsatz einer umfassenden Suchstrategie; kein Einschluss unveröffentlichter Studien • Stärken dieser Arbeit: Rückgriff auf gute Methodik (Orientierung an der Cochrane-Methodologie; Erhebung des Publikationsbias, Durchführung von ITT-Analysen); Durchführung einer systematischen und intensiven Literaturrecherche; Durchführung einer Metaanalyse • Schwächen dieser Arbeit: Vorliegen einer Vielzahl von a-priori-Analysen (d.h. es besteht die Gefahr falsch-positiver Schlüsse); Vorliegen einer (verglichen mit anderen Reviews) anderen EG-KG-Klassifikation; Vorliegen eines Publikationsbias; Problematik einer fraglichen Generalisierbarkeit der Ergebnisse (im Rahmen dieser Metaanalyse wurden viele Schulstichproben einbezogen, dementsprechend ist die Übertragbarkeit auf klinisches Klientel fraglich); Fehlen von Angaben zu Nebenwirkungen (dies könnte bzgl. der Qualität der eingeschlossenen Studien mglw. Fragen aufwerfen)

Tabelle A 6.3 Deskriptive Auswertung: Übersichtsarbeiten zu ADHS

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Biederman & Spencer, 2000** Biederman, J. & Spencer, T. (2000). Non-stimulant treatments for ADHD. *European Child and Adolescent Psychiatry, 9 (Supplement 1),* I51-I59.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Literaturübersicht zur pharmakologischen Behandlung mit Nicht-Stimulantien bei ADHD • **Eingeschlossene Studien:** [Vorliegen von insgesamt nur sehr ungenauen Angaben]: 33 Studien (21 kontrollierte, 12 offene) zu TZA; 3 Studien zu Bupropion; 1 Studie zu MAO-Hemmern; 2 Studien zu Fluoxetin; 5 Studien zu Venlafaxin; 2 Studien zu Atomoxetin; 5 Studien zu Clonidin; 3 Studien zu Guanfacin; 9 Studien zu „anderen" Medikamenten; 2 Studien zu nikotinergen Substanzen • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen: ---** • **Störungsbilder:** u.a. ADHD • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • *TZA:* 90% der Studien berichten positive Effekte auf die ADHD-Symptomatik, bei Stabilität der Effekte bis zu zwei Jahren; TZA haben verschiedene Vorteile: Vorliegen einer relativ langen Halbwertszeit (beugt einer Einnahme während der Unterrsichtsstunden vor), Fehlen eines Missbrauchspotentials, zudem finden sich bei TZA-Einnahme vermutlich positive Effekte auf Stimmung, Angst, Schlaf und Tics; höhere Dosen gehen mit einer höheren Stabilität, d.h. einem Anhalten der Effekte einher; es findet sich eher eine Verbesserung der Verhaltenssymptomatik als der kognitiven Funktionen; trotz Komorbiditäten liegt eine gute Wirksamkeit vor; Unklarheit besteht dahingehend, ob TZA Stimulantien überlegen sind oder umgekehrt; kritisch zu betrachten ist die fragliche Sicherheit der TZA (Vorliegen ungeklärter Todesfälle, zudem finden sich EEG-Veränderungen) -> TZA bleiben Medikamente der zweiten Reihe, Kosten und Nutzen müssen sorgfältig gegeneinander abgewogen werden • *Nicht-TZA-Antidepressiva:* -> *Bupropion* erweist sich bei Kindern in mehreren Studien als effektiv -> *MAO-Hemmer* sind mglw. effektiv, die Nutzung ist wegen der Gefahr hypertensiver Krisen, der vorliegenden diätetischen Einschränkungen sowie Interaktionen mit anderen Medikamenten jedoch eingeschränkt; *reversible MAO-Hemmer* erweisen sich mglw. als vorteilhafter, erste Hinweise auf ihre Effektivität liegen vor -> *Fluoxetin (als SSRI), SNRI:* die Effektivität ist fraglich -> *Atomoxetin:* es finden sich gute Effekte und eine gute Tolerabilität bei fehlenden kardiovaskulären Gefahren • *Alpha-2-noradrnerge Agonisten (Clonidin, Guanfacin):* insgesamt liegen nur wenige Studien vor, dabei finden sich Effekte auf Hyperaktivität und Aufmerksamkeit (Verhaltensweisen), weniger auf Kognitionen; das Auftreten plötzlicher Todesfälle bei einer Kombinationsbehandlung aus Clonidin und Methylphenidat stellt die Sicherheit der Medikation jedoch in Frage • *Andere Medikamente (Beta-Blocker, Nadolol, Buspiron, Antipsychotika, Carbamazepin):* Beta-Blocker gehen mit einigen Effekten, gleichzeitig jedoch mit enormen Nebenwirkungen (wie z.B. Alpträumen, Parästhesien) einher; Nadolol reduziert die Aggression, zeigt in Bezug auf die ADHD-Symptomatik jedoch geringere Effekte; die Studienlage zu Buspiron ist widersprüchlich; für die Effektivität von Carbamazepin liegen Hinweise aus einer Metaanalyse vor; Antipsychotika erweisen sich als effektiv, haben jedoch starke Nebenwirkungen (extrapyramidal, Dyskinesien) • *Nikotinerge Substanzen:* Vorliegen erster Wirksamkeitshinweise bei geringem Missbrauchspotential, guter Sicherheit und Tolerabilität **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* die Gemeinsamkeit vieler Substanzen ist die noradrenerge/dopaminerge Aktivität; Vorliegen vieler Studien, die die Effektivität von TZA belegen; Bupropion und Atomoxetin erweisen sich ebenfalls als effektiv; für Alpha-2-noradrenerge Agonisten (Clonidin und Guanfacin) ist die Datenbasis und empirische Unterstützung trotz des weitverbreiteten Gebrauchs eher gering; erste Hinweise liegen auch für die Effektivität von Anticholinesterasehemmern (neben einem Einfluss auf die ADHD-Symptomatik findet sich mglw. auch ein Effekt auf die exekutiven Funktionen) und neueren nikotinergen Präparaten (ABT-418) vor

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Forschung: die bei ADHD in Bezug auf klinisches Bild, Neurobiologie und Reaktion auf verschiedene Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen vorliegende Kongruenz legt es nahe, vielversprechende Interventionen erst an Erwachsenen und später an Kindern auszuprobieren; trotz der ersten vorliegenden und vielversprechenden Ergebnisse besteht weiterhin Bedarf an Forschung zur Behandlung mit Nicht-Stimulantien bzw. zu alternativen Behandlungsansätzen für ADHD im Allgemeinen (für die substantielle Minderheit an Patienten, die Stimulantien nicht vertragen bzw. nicht gut darauf ansprechen; angesichts der Heterogenität des Störungsbilds/seiner Subgruppen und der verschiedenen vorliegenden Komorbiditäten); Fortschritte im Verständnis der ADHD zugrundeliegenden Neurobiologie könnten die Entwicklung einer neuen Generation von Psychopharmaka deutlich voranbringen **Methodische Aspekte:** • **---**

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Lord & Paisley, 2000** Lord, J. & Paisley, S. (2000). Summary of National Institute for Clinical Excellence (NICE) guidelines on: *The clinical and cost-effectiveness of methylphenidate for hyperactivity in childhood: Version 2* – for consultation. (IPS summary).	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum: ---** • **Bereich:** Psycholgisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie, Kombinationsbehandlung • **Inhalt:** Klinische Effektivität und Kosten-Effektivität von MPH in der Behandlung von Hyperaktivität im Kindesalter • **Eingeschlossene Studien: ---** • **Explizite Ausschlusskriterien: ---** *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer: ---** • **Vergleichsgruppen: ---** • **Störungsbilder:** ADHD • **Altersbereich: ---** • **Abhängige Variablen:n ---** • **Messzeitpunkte: ---**	**Ergebnisse:** • *Vergleich MPH vs. Placebo:* es zeigt sich eine Überlegenheit von MPH ggü. einem Placebo bzgl. der Verbesserung der ADHD-Kernsymptomatik, diese besteht zumindest kurzfristig (d.h. so lange die Kinder MPH einnehmen); darüber hinausgehend liegen auch für die Verbesserung anderer Kriterienbereiche Hinweise vor • *Vergleich MPH vs. Dexamphetamin:* Vorliegen von nur wenigen randomisierten Vergleichen bei schlechter Studienqualität der vorhandenen Studien und inkonsistenten Ergebnissen • *Vergleich MPH vs. TZA:* die Frage nach der relativen Wiksamkeit von MPH und TZA kann aufgrund der Tatsache, dass nur unzureichende Belege vorliegen, nicht beantwortet werden • *Vergleich MPH vs. nicht-pharmakologische Behandlungen:* auch zur relativen Effektivität von MPH vs. behavioralen Interventionen finden sich nur wenige Belege bei zudem schlechter Studienqualität der vorhandenen Studien; MPH scheint jedoch kurz- und mittelfristig überlegen zu sein • *Zusatzeffekt von nicht-pharmakologischen Interventionen ggü. einer alleinigen MPH-Behandlung:* zu dieser Fragestellung liegen nur unzureichende Belege vor, die vorhandenen Studien weisen zudem eine schlechte Studienqualität auf; die meisten Vergleiche (Kombinationsbehandlung vs. auuschließliche MPH-Behandlung) finden keine signifikanten Unterschiede, einige Ergebnisse weisen jedoch auf eine Überlegenheit der Kombinationsbehandlung hin • *Zusatzeffekt einer MPH-Behandlung ggü. dem alleinigem Einsatz von nicht-pharmakologischen Interventionen:* einige Belege weisen (bei guter Studienqualität) darauf hin, dass sich die Hinzunahme von MPH zu behavioralen Interventionen als effektiv erweist; es finden sich über verschiedene Kriterienbereiche hinweg kurz- und mittelfristig Verbesserungen **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • --- **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Smith et al., 2000** Smith, B.H., Waschbusch, D.A., Willoughby, M.T. & Evans, S. (2000). The Efficacy, Safety and Practicability of Treatments for Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Clinical Child anf Family Psychology Review, 3 (4),* 243-267.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie • **Inhalt:** Effektivität, Sicherheit und Praktikabilität von Behandlungen für Jugendliche mit ADHD • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von insgesamt 29 Studien (davon: 9 Studien mit historischem Design (und unklarem Diagnosestatus), 3 RCT-Studien, 10 Studien mit „crossover"-Design, 5 Studien mit „Prä-Post"-Design und 2x Fallstudien) zu ADHD; dabei Berücksichtigung folgender Interventionen: MPH; psychosoziale Behandlungsansätze (Erstellen von Notizen; Sommerprogramme, Verhaltensmodifikation; RET; Familientherapie), TZA, andere Psychopharmaka (wie Pemolin, Bupropion, Guanfacin) • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 1-122 Wochen (M=7 Wochen) • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** u.a. ADHD, CD, ODD; z.T. auch Vorliegen eines unklaren Diagnosenstatus (vgl. Abschnitt „Eingeschlossene Studien") • **Altersbereich:** 12-20 Jahre (die Stichprobe besteht zu 92% aus Jungen) • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (ADHD-Symptome, aggressive Verhaltensweisen, allgemeines Funktionsniveau, akademische Leistung, Verhalten ggü. Peers und Erwachsenen, Nebenwirkungen); Vorliegen von 3 Hauptbereichen (ADHD-Symptomatik, Sozialverhalten, akademische Leistung) • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • *Methylphenidat:* alle Studien berichten signifikante Verbesserungen: es finden sich kleine bis sehr große (im Mittel große) Effekte für die ADHD-Symptomatik, keine bis sehr große ES für die akademischen Leistungen sowie kleine bis große ES für den Bereich des Sozialverhaltens; zwischen niedrigen und hohen Medikamentendosen zeigen sich Unterschiede; nur eine Studie erhebt und berichtet detailliert Nebenwirkungen, die jedoch dosisabhängig sind und bei geringerer Dosis verschwinden • *Psychosoziale Interventionen:* das (erlernte) Erstellen von Notizen im Rahmen von Vorlesungen erweist sich dem ausschließlichen Zuhören als überlegen; signifikante Verbesserungen finden sich auch für Familieninterventionen (wenngleich nur wenige Probanden klinisch bedeutsame Verbesserungen aufweisen); für RET liegen keine signifikanten Effekte vor; behaviorale Interventionen im Klassenraum erweisen sich als effektiv; eine Fallstudie belegt die Effektivität von „self-modeling" • *TZA:* es finden sich hohe bis sehr hohe Responseraten und deutliche Verbesserungen des globalen Funktionsniveaus; für die ADHD-Symptomatik liegen kleine bis mittlere ES vor (Ergebnisse einer kontrollierten Studie), jedoch zeigen sich bei einem Viertel der Teilnehmer EEG-Auffälligkeiten • *Andere Psychopharmaka (Pemolin, Bupropion, Guanfacin):* diese Behandlungsansätze können als empirisch nicht validiert betrachtet werden • *Effektivität:* „well-established": MPH; „probably efficacious": Erstellen von Notizen; „promising", aber nicht validiert": Verhaltensmodifikation im Klassenraum, Familientherapie, TZA; „probably not effective": CBT-Gruppentherapie • *Sicherheit:* „hoch": Verhaltensmodifikation im Klassenraum; „mittel": MPH, Erstellen von Notizen, Familientherapie; „niedrig": TZA, CBT-Gruppentherapie • *Praktikabilität:* „mittel": Erstellen von Notizen, Verhaltensmodifikation im Klassenraum; „niedrig": MPH, Familientherapie, TZA, CBT-Gruppentherapie **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* die Behandlung mit MPH ist sicher und empirisch gut validiert, als problematisch erweisen sich lediglich einige Unannehmlichkeiten sowie potentielle Non-Compliance in Bezug auf psychosoziale Interventionen erweisen sich behaviorale Interventionen im Klassensetting, das Erstellen von Notizen sowie Familientherapie als effektiv, sicher und praktikabel; für die Behandlung mit TZA findet sich nur minimale empirische Unterstützung, zudem ist die Sicherheit von TZA ist umstritten (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte") • Forschung: insgesamt liegt nur wenig Wissen zu Langzeiteffekten, langfristiger Compliance sowie multimodalen Behandlungsansätzen für Jugendliche (z.B. Kombinationsbehandlung aus Stimulantien und Verhaltenstherapie) vor, somit besteht die Notwendigkeit, multimodale Behandlungsansätze vermehrt zu untersuchen; MPH-Behandlung bietet sich im Rahmen der Vergleichsforschung als KG an

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • Schwächen dieses Reviews: kein Bericht der Studien-Einschlusskriterien; kein Bericht von Details zur Literatursuche; Fehlen von Bemühungen, unveröffentlichte Arbeiten zu integrieren, insofern besteht die Gefahr eines Publikationsbias; kein Bericht von Details zum Review-Prozess und der Anzahl beteiligter Autoren; die ES für die MPH-Studien wurden zum Teil nicht richtig „gepooled"; im Rahmen der Diskussion findet sich keine Unterscheidung zwischen Studien mit hoher und niedriger Studienqualität sowie eingeschlossenen und anderen Studien -> die Ergebnisse und Schlussfolgerungen sollten somit mit Vorsicht betrachtet werden

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **Baving & Schmidt, 2001a** Baving, L. & Schmidt, M.H. (2001a). Evaluierte Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie I. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 29 (3),* 189-205.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie, Kombinationsbehandlung • **Inhalt:** Bestimmung des Evaluationsniveaus psychotherapeutischer, psychopharmakologischer und kombinierter Behandlungsansätze bei verschiedenen psychiatrischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (u.a. ADHD) • **Eingeschlossene Studien:** 24 „efficacy"-Studien (fast ausschließlich RCT): 8 Studien zu psychotherapeutischen Ansätzen, 14 Studien zu psychopharmakologischen Ansätzen und 2 Studien zu Kombinationsbehandlung zu hyperkinetischen Störungen • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=keine Behandlung, Standardbehandlung/ herkömmlicher Umgang, Placebo, andere Psychopharmaka) • **Störungsbilder:** hyperkinetische Störungen (u.a. mit komorbider Tic-Störung, Angstsymptomatik und depressiver Symptomatik) • **Altersbereich:** 3-17 Jahre • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- <u>Definition der Evaluationsniveaus (Chambless & Hollon, 1998; Jobson & Potter, 1995):</u> Evaluationsniveau A: Vorliegen von mind. 2 RCT-Studien Evaluationsniveau B: Vorliegen einer RCT-Studie Evaluationsniveau C: Vorliegen offener Studien ohne Kontrollbedingungen, Kasuistiken	**Ergebnisse:** *Psychotherapeutische Behandlungsansätze:* • Kontingenzmanagement: Evaluationsniveau A Elterntraining: Evaluationsniveau A Soziales Kompetenztraining: Evaluationsniveau A für das Selbstinstruktionstraining (Abikoff et al.) kann *keine* Wirksamkeit belegt werden • *allg. Behandlungergebnisse (über alle Interventionen hinweg):* verbesserte Diskrimination von „Targets" vs. „Non-Targets"; Reduktion von Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, oppositionellem Verhalten, Peer-Konflikten, problematischen Verhaltensweisen und externalisierenden Symptomen; Verbesserung der elterl. Steuerung, Erhöhung der sozialen Kompetenz *Psychopharmakologische Behandlungsansätze:* • Methylphenidat: Evaluationsniveau A Amphetamin: Evaluationsniveau A Pemolin: Evaluationsniveau A Clonodin: Evaluationsniveau A Imipramin: Evaluationsniveau A Bupropion: Evaluationsniveau A Nortriptylin: Evaluationsniveau B • *allgemeine Behandlungsergebnisse (über alle Interventionen hinweg):* Reduktion von Hyperaktivität, dissozialen Symptomen und Impulsivität; Verbesserung von Aufmerksamkeit; Erhöhung der Anzahl richtig gelöster Aufgaben im Unterricht; Verbesserung der Compliance im Unterricht • die Trizyklika und Clonidin weisen eine geringere Wirksamkeit als die Stimulantien auf und sind mit mehr Nebenwirkungen behaftet; bei Pemolin ist das Risiko von Leberschäden zu berücksichtigen • komorbide Ticstörung: Methylphenidat geht mit einer Reduktion von hyperkinetischem und aggressivem Verhalten einher; Einnahme und Absetzen von MPH haben im Wesentlichen keinen Effekt auf die Ticfrequenz; für Clonidin liegen (für die Wirkung auf die hyperkinetische Symptomatik) kontroverse Befunde vor • komorbide Angstsymptomatik: diesbezüglich wird die Wirksamkeit von Stimulantien kontrovers diskutiert; komorbide depressive Symptomatik: diesbezüglich liegen nur wenige Daten vor *Kombinierte Behandlungsansätze:* • Evaluationsniveau A; hinsichtlich der Kernsymptome der hyperkinetischen Störung ergab sich durch eine Verhaltenstherapie zusätzlich zur Medikation keine Zusatzwirkung; eine zusätzliche Vehaltenstherapie hatte jedoch günstige Auswirkungen auf komorbide vorliegende internalisierende bzw. externalisierende Symptome und das (allgemeine) Funktionsniveau **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • **---** **Methodische Aspekte:** • **---**

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Chambless & Ollendick, 2001** Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology, 52,* 685-716.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über empirisch gestützte psychologische Interventionen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von insgesamt 37 empirisch gestützten Therapieansätzen für Kinder und Jugendliche in den Evaluationskategorien „well-established" und „probably efficacious" • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer: ---** • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** ADHD • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999): „well-established": mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious": 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising": Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** *ADHD:* • „well-established": Verhaltensmodifikation im Klassenraum, behaviorales Elterntraining • „probably efficacious": --- (!) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschungsempfehlungen: höherer Bedarf an „effectiveness"-Studien; Notwendigkeit der Erhebung von Lebensqualität als wichtiger Outcome-Variable; Bedarf an Forschung zur Verbesserung des Matching zwischen Probanden-Charakteristika und passenden Behandlungsansätzen **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Hibbs, 2001** Hibbs, E.D. (2001). Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry, 10 (Supplement 1),* I3-I11.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Evaluation von empirisch basierter Psychotherapieforschung für Kinder und Jugendliche • **Eingeschlossene Studien:** „hunderte" von Studien zu ADHD • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer: ---** • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** u.a. ADHD • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999): „well-established": mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious": 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising": Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** *ADHD:* • „well-established": Verhaltensmodifikation im Klassenraum, behaviorales Elterntraining • „probably efficacious": --- (!) • für kognitive Ansätze (z.B. soziales-Kompetenz-Training, Problemlösen) liegt keine empirische Unterstützung vor; evtl. könnten diese in Kombination mit intensiven behavioralen Ansätzen von klinischer Bedeutsamkeit sein • für traditionelle Therapie, Biofeedback, Diäten, Akupunktur oder Spieltherapie finden sich keine Effekte **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** *allgemein:* • insgesamt Vorliegen weniger „well-established"-Interventionen, d.h. fehlende empirische Unterstützung für eine Vielzahl von Interventionen • Empfehlungen: Notwendigkeit einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis; Notwendigkeit vermehrter „effectiveness"-Studien; Forderung einer verbesserten Rückfallprophylaxe und verlängerter Therapieintervalle; Bedarf an langfristigen FU-Studien (bislang häufige Beobachtung von Rückfällen im zweiten Jahr nach Therapieende); Notwendigkeit einer vermehrten Berücksichtigung von Störungs-Untergruppen; Notwendigkeit einer Erweiterung des Zielspektrums über die Symptomreduktion hinausgehend (d.h. Berücksichtigung anderer Funktions- und Lebensbereiche) **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Schachter et al., 2001** Schachter, H.M., Pham, B., King, J., Langford, S. & Moher, D. (2001). How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal, 165 (11),* 1475-1488.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1981-12/1999 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Effektivität und Sicherheit von kurzwirksamem Methylphenidat zur Behandlung von ADHD/ADD bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** 62 RCT-Studien (dabei häufiges Vorliegen eines „crossover"-Designs) • **Explizite Ausschlusskriterien:** andere Vergleichsgruppe (als Placebo-KG); keine RCT-Studie; andere Substanz (als kurzwirksames MPH); Veröffentlichung der Studie vor 1981; Einzelfallstudien; Studien mit Probanden, die ein hochspezialisiertes Schul- oder häusliches Umfeld benötigen; Studien mit anderen Psychopharmaka als MPH; Vorliegen nicht-behavioraler Outcome-Variablen; Fehlen einer Randomisierung; unsystematische Bestimmung des Diagnosestatus (z.B. nur über eine Skala); Vorliegen einer für diese Arbeit unzulässigen komorbiden Diagnose; FU-Studie; Studien, bei denen nicht alle Probanden eine ADD-Diagnose aufweisen <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 2 Tage – 28 Wochen (M=3 Wochen) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** ADHD/ADD als Primärdiagnose (die Stichprobe besteht zu 88% aus Jungen); zudem: Angststörung, internalisierende Störung, externalisierende Störung, Entwicklungsstörung, Lernstörung, Tic-Störung, ODD, CD, Aggression/Oppositionalität • **Altersbereich:** 2-18 Jahre (M=9 Jahre) • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen der Verhaltensebene (Erhebung über Eltern- und Lehrerrating): Hyperaktivitäts-Index, Responserate, globale Indizes, Kernsymptomatik, zentrale externalisierende und internalisierende Symptomatik; Nebenwirkungen (Erhebung über Eltern-, Lehrer-, Team- und Selbst-Rating) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); Rückgriff auf den jeweils letzten Erhebungszeitpunkt	**Ergebnisse:** • *allgemein:* Vorliegen eines statistisch signifikanten klinisch bedeutsamen Effekts (im Lehrer- und Eltern-Rating) für kurzwirksames MPH in der Kurzzeitbehandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHD/ADD; für das primäre Erfolgskriterium (Hyperaktivitäts-Index) liegen mittlere bis knapp große Effekte (0.54-0.78) vor, für die anderen Outcome-Kriterien finden sich variablere und tendentiell kleinere Effekte -> für einige der zentralen Erfolgskriterien (Aufmerksamkeit, emotionale Labilität, Hyperaktivität/Impulsivität, oppositionelles Verhalten) liegt keine Signifikanz vor, dies unterstreicht die Abhängigkeit des „Therapieerfolgs" von der gewählten Outcome-Variable -> diese Ergebnisse stellen die Variable „Hyperaktivität" als primäres Erfolgskriterium (sowohl für ADD als auch für Mädchen) in Frage, vermutlich ist diese eher für Jungen bzw. generell für Personen mit komorbider Hyperaktivität (liegt bei 30-80% der Kinder vor) geeignet; dieser Befund könnte somit auch die ES-Unterschiede (in Bezug auf den Hyperaktivitäts-Index finden sich für Mädchen geringere ES als für Jungen) erklären -> infolgedessen liegt eine reduzierte Generalisierbarkeit der Ergebnisse für bestimmte Stichproben vor (z.B. Mädchen, Patienten mit ADD) • *Subgruppenanalysen (u.a.):* für das Elternrating finden sich ggü. dem Lehrerrating insgesamt schwächere Effekte; für längere Behandlungszeiträume (innerhalb von 4 Wochen) liegen höhere ES vor; für eine ausschließich aus Jungen bestehende Stichprobe sind die ES tendentiell höher als für eine „gemischte" Stichprobe • *Nebenwirkungen:* im Selbst-/Elternrating zeigen sich bei MPH-Einnahme (im Vergleich zur Placebo-Gruppe) signifikant mehr Appetitreduktion, Schlaflosigkeit und Magenschmerzen sowie im Lehrer/ Team-Rating ebenfalls eine signifikante Reduktion des Appetits **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • bislang liegt kaum Wissen über längere Behandlungszeiträume (> 4 Wochen) vor: das Fehlen entsprechender Langzeitstudien erweist sich als problematisch, da die MPH-Verschreibungzeiträume in der *klinischen Praxis* bereits deutlich länger sind [die vorliegende MTA-Studie mit einer Laufzeit von 14 Monaten ist an diesem Punkt trotz des Fehlens einer Placebo-KG ein vielversprechender Anfang] • ebenfalls problematisch ist die zum Teil fehlende Robustheit der Ergebnisse, v.a. in Bezug auf die Kernsymptomatik; auch das erhebliche Nebenwirkungsprofil unter MPH-Behandlung bedarf weiterer Betrachtung, es fehlt an Studien zu Nebenwirkungs-Details (wie z.B. zur Dosisabhängigkeit oder zur Frage der Reduktion von Nebenwirkungen bei längeren Einnahmezeiträumen vs. dem langfristigen Anhalten der Nebenwirkungen im FU-Zeitraum) • *allgemein:* mit Blick auf den intensiven und weitersteigenden Gebrauch von MPH (mittlerweile sogar im Vorschul- und Erwachsenenalter) müssen – trotz der erneut belegten Effektivität von MPH – die vorliegenden Befunde (d.h. die z.T. wenig robusten Ergebnisse, die zahlreichen berichteten Nebenwirkungen und die fehlenden Studien zur Sicherheit/ Nebenwirkungen bzw. zur Langzeitwirkung) auch Ausgangspunkt kritischer Betrachtungen ggü. dem Einsatz von MPH zur Behandlung von ADHD sein

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Praxis: in der Praxis sollten Kosten und Risiken von MPH immer wieder gegeneinander abgewogen werden; die bisherigen Annahmen (bzgl. der kurzfristigen Wirksamkeit und Sicherheit von MPH) haben sich wahrscheinlich auf methodologisch eher fehlerhafte Arbeiten gestützt (d.h. Rückgriff auf Nicht-RCT-Studien, eher unsystematische und narrative „Synthesen“ sowie fehlerhafte Metaanalysen; Vorliegen vieler methodischer Schwächen; Fehlen repräsentativer Stichproben, d.h. v.a. Rückgriff auf männliche Patienten bzw. Patienten mit ADHD); allgemeine Schlussfolgerungen/Generalisierungen zum Gebrauch und Nutzen von MPH sollten infolgedessen in Zukunft vielleicht besser vermieden werden • Forschung: Notwendigkeit einer großen, langfristig angelegten methodisch hochwertigen Studie, die die bisherigen Defizite beseitigt und aus der sich Schlussfolgerungen dahingehend ableiten lassen, in welchem Ausmaß, wann, für wen (d.h. z.B. für welche Subtypen bzw. welches Geschlecht) etc. sich kurzwirksames MPH in kurz- oder langfristiger Anwendung eignet und wie sicher der Gebrauch ist; die Anforderungen an diese Studie sind hoch, da zahlreiche Faktoren im Blick behalten werden müssen: Notwendigkeit eines adäquaten Designs (RCT-Studie, prospektive Kohortenstudie), Berücksichtigung methodischer Aspekte (z.B. Kontrolle Pubikations-Bias), Berücksichtigung ethischer Aspekte (Klärung der Frage, ob eine Placebo-Gabe im Rahmen einer Langzeitbehandlung durchführbar ist), Auflösung der problematischen Diagnosenvergabe (die Vergabe von nur einem „Label“ erscheint angesichts verschiedener Symptomkombinationen inadäquat) **Methodische Aspekte:** • Schwächen: als problematisch erweisen sich Hinweise auf einen mglw. vorliegenden Publikationsbias; zudem findet sich eine Abhängigkeit der ES von der Studienqualität und dem gewählten Erfolgskriterium: dieser Befund relativiert die Absolutheit der Ergebnisse/ES und Schlussfolgerungen, auch die Heterogenität der eingeschlossenen Studien spielt an diesem Punkt eine wichtige Rolle

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Weisz & Jensen, 2001** Weisz, J.R. & Jensen, A.L. (2001). Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child and Adolescent Psychiatry, 10*, I12-I18.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Darstellung zentraler Ergebnisse der Psychotherapieforschung für Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung von „efficacy"- und „effectiveness"-Forschung • **Eingeschlossene Studien:** über 500 „efficacy"-Studien und 14 „effectiveness"-Studien (über alle untersuchten Störungsbilder hinweg), 35 Studien für ADHD (davon 21 Einzelfallstudien oder Studien mit „within-group"-Design) • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** u.a. ADHD • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- <u>Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999):</u> „well-established": mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious": 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising": Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** *ADHD:* • „well-established": Verhaltensmodifikation im Klassenraum (Gittelman et al., Pelham et al.), behaviorales Elterntraining (Firestone et al., Gittelman et al., Horn et al., Pelham et al.) • „probably efficacious": Verhaltensmodifikation im Klassenraum (O'Leary et al.), behaviorales Elterntraining (Anastopoulos et al., Pisterman et al., Dubey et al.) • trotz der empirischen Unterstützung für die obigen Ansätze sind die ES für psychosoziale Interventionen tendentiell niedriger als die ES für psychopharmakologische Behandlungen (mit Methylphenidat bzw. Stimulantien); 20-30% der Kinder/Jugendlichen sprechen auf Stimulatien jedoch nicht an bzw. zeigen nachteilige Reaktionen und benötigen alternative Behandlungsansätze; auch für Patienten, die auf Stimulantien ansprechen, jedoch starke Nebenwirkungen zeigen, sind alternative Ansätze hilfreich **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** *allgemein:* • Fehlen von Studien zu anderen als den vier häufigsten Störungsbildern • Fehlen von Studien an älteren Jugendlichen (ggü. vielen Studien an Kindern) • Notwendigkeit der Überprüfung einer Vielzahl von in der Praxis bereits eingesetzten Interventionsverfahren (z.B. psychodynamische Verfahren, Familientherapie, ...) • Notwendigkeit der Berücksichtigung von Moderatoren und Mediatoren im Rahmen der Therapieforschung • Fehlen von „effectiveness"-Studien • Fehlen von alternativen Behandlungsansätzen (ggü. dem traditionellen Praxisbesuchs-Modell), z.B. aufsuchende Arbeit, gemeindebasierte Arbeit, Schularbeit **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **Connor, 2002** Connor, D.F. (2002). Preschool Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Review of Prevalence, Diagnosis, Neurobiology, and Stimulant Treatment. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 23 (15),* S1-S9.	<u>Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:</u> • **Zeitraum:** 1970-2001 [1975-1999] • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** ADHD bei Vorschulkindern: Prävalenz, Diagnose, Neurobiologie, Stimulantien-Behandlung (Wirksamkeit und Nebenwirkungen) • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von 9 (zumeist placebo-)kontrollierten Studien zur Wirksamkeit von Stimulantienbehandlung sowie 2 kontrollierten Studien zur Erfassung der Nebenwirkungen von Stimulantienbehandlung; Vorliegen von „crossover"-, „parallel"- und „on-off"-Design • **Explizite Ausschlusskriterien:** andere Altersgruppe; nicht-englische Veröffentlichung <u>Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:</u> • **Behandlungsdauer**: 3-20 Wochen (M=4.5 Wochen) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** 3-6jährige Vorschulkinder: u.a. ADHD; zudem Vorliegen einer Entwicklungsstörung (bei allen Patienten *einer* Studie) • **Altersbereich:** 2-6 Jahre • **Abhängige Variablen:** Kognitionen, Aufmerksamkeitsspanne, Interaktionen, Hyperaktivität/Impulsivität, ADHD-Symptomatik (Erhebung über Berichte von Eltern/Kindergärtnerin oder Betreuern; Ergebnisse psychologischer Tests) • **Messzeitpunkte:** u.a. nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • *Effektivität:* für 8 der 9 Studien (89%) werden in Bezug auf die ADHD-Symptomatik Behandlungseffekte berichet (d.h. jedoch auch, dass sich nicht bei allen Studien Behandlungserfolge für MPH finden); 3 Studien berichten Verbesserungen über alle drei relevanten Bereiche hinweg (Kognition, Interaktion, Verhalten); es findet sich ein positiver Dosis-Wirkungs-Zusammenhang; verglichen mit Kindern im Schulalter zeigt sich eine größere Antwort-Variabilität; insgesamt liegen im Rahmen der Behandlung Verbesserungen in Bezug auf Kognitionen, interpersonelle Beziehungen und hyperaktiv-impulsives Verhalten vor • *Nebenwirkungen:* im Wesentlichen finden sich milde Nebenwirkungen; verglichen mit älteren Kindern liegen tendentiell etwas mehr und andere Nebenwirkungen vor, mglw. deutet dies auf eine Alters- und Entwicklungsabhängigkeit der Nebenwirkungen hin; auch in der Placebo-Gruppe werden viele Nebenwirkungen berichtet, dieser Befund weist auf die Notwendigkeit einer Baseline-Erhebung vor Studienbeginn hin • *Weitere Ergebnisse:* es liegen ausschließlich Studien zur MPH-Behandlung vor **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* trotz des relativen Studienmangels lässt sich festhalten, dass sich Stimulantien für Kinder im Alter von 3 Jahren und älter in der ADHD-Behandlung im Wesentlichen als sicher und hilfreich erweisen: der Einsatz von Stimulantien im Rahmen dieser Altersklasse erfüllt im Wesentlichen die Kriterien für eine evidenzbasierte Behandlung; Empfehlung, Stimulantien bei sorgfältig diagnostizierten ADHD-Patienten ab einem Alter von 3 Jahren vorsichtig anzuwenden; für noch jüngere Kinder kann Stimulatienbehandlung aufgrund der unzureichenden Datenlage bislang nicht empfohlen werden • Forschung: Bedarf an weiteren kontrollierten, methodisch hochwertigen Medikamentenstudien in dieser Altersklasse bzw. im Kindesalter generell; Bedarf an evidenzbasierten pharmakotherapeutischen Behandlungsansätzen für Kinder; Notwendigkeit von Studien zur Langzeit-Behandlung mit Stimulantien (bzgl. Wirksamkeit und Sicherheit), da mit ADHD eine chronische Störung mit langem Behandlungszeitraum und frühem Behandlungsbeginn vorliegt; Studien zu anderen pharmakologischen Substanzen als MPH (z.B. liegen für die Gruppe der Amphetamine in früheren Studien vielversprechende Ergebnisse vor); Notwendigkeit von Studien zur Entwicklungs-/Altersabhängigkeit von Nebenwirkungen; Notwendigkeit einer Baseline-Erhebung vor Studienbeginn (um substanzinduzierte Nebenwirkungen eindeutig feststellen zu können); Fehlen von Studien zum Einfluss von Stimulantien auf das junge, sich entwickelnde Gehirn; Fehlen von Studien zur Stimulantienbehandlung im Vorschulalter (bislang liegen nur 9 kontrollierte Studien vor) und Jugendlichenalter (Vorliegen von nur 8 kontrollierten Studien), das Gros der Studien bezieht sich auf 6-12jährige (für diese Altersgruppe finden sich 200 kontrollierte Studien); die Stichprobengröße ist oft zu klein, die Behandlungsdauer im Rahmen von MPH-Studien oft zu kurz • für Stimulantieneinsatz im Vorschulalter liegen 3 Indikationen vor: (1) z.T. finden sich bei Elterntrainings keine Generalisierungseffekte auf andere Settings oder Verhaltensbereiche; (2) Unvermögen der Eltern, behaviorale Behandlungspläne umzusetzen; (3) Schwere der ADHD-Symptomatik (ein Elterntraining erweist sich als nicht ausreichend) **Methodische Aspekte:** • **----**

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANAYLSE: **Connor et al., 2002** Connor, D.F., Glatt, S.J., Lopez, I.D., Jackson, D. & Melloni, R.H. (2002). Psychopharmacology and aggression – 1: a meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41 (3),* 253-261. Connor, D.F., Glatt, S.J., Lopez, I.D., Jackson, D. & Melloni, R.H. (2007). Psychopharmacology and aggression – I: a meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. *Database of Abstracts of Reviews of Effects 2007*, Issue 2.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1970-2001 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Effektivität von Stimulantien (MPH, Amphetamin und Pemolin) auf offenes/verdecktes aggressives Verhalten bei ADHD • **Eingeschlossene Studien:** 28 kontrollierte Studien zu ADHD (Vorliegen von „crossover“ oder „parallel“-Designs) • **Explizite Ausschlusskriterien:** kein Bericht von Aggressivität als Outcome-Variable (sondern nur Bezugnahme auf die ADHD-Kernsymptomatik); Fehlen einer Placebo-Kontrollgruppe; offene Studien; Fallstudien; Überblicksarbeiten; nicht-englische Veröffentlichung; keine Veröffentlichung in einem wissenschaftlichen Journal; Vorliegen einer zu geringen Studienqualität (d.h. Fehlen eines reliablen und validen Aggressions-Ratings, Fehlen einer vorweg geschalteten Studienphase ohne Medikation, keine Randomisierung, kein Blindversuch) <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 1-42 Tage (M=13 Tage) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** u.a. ADHD, ODD, CD, geistige Behinderung • **Altersbereich:** bis 18 Jahre (M=9.7 Jahre, Range: 7.7 – 14.4 Jahre) • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen zur Messung aggressiven Verhaltens • **Messzeitpunkte:** u.a. nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • *Offene Aggressivität:* durch Stimulantien-Behandlung ergibt sich in diesem Bereich eine signifikante Verbesserung, für Eltern-, Lehrer-, Kliniker- und Gesamtrating liegen mittlere bis große ES (0.71-1.04) vor; das komorbide Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens geht mit einer reduzierten Wirksamkeit der Stimulantien-Behandlung auf offen aggressives Verhalten einher (d.h. die Symptome offener Aggressivität scheinen in Kombination mit einer Störung des Sozialverhaltens besonders schwer behandelbar zu sein) • *Verdeckte Aggressivität:* durch Stimulantien-Behandlung ergibt sich in diesem Bereich eine signifikante Verbesserung, für Gesamt- und Kliniker-Rating liegen mittlere bis große ES (0.69-0.81) vor • *allgemein:* die durch Stimulantienbehandlung erzielten Effekte sind für aggressive Verhaltensweisen (mittlere bis große ES) und ADHD-Kernsymptomatik vergleichbar groß • *weitergehende Moderatoranalysen:* Amphetamine und MPH produzieren vergleichbare Effekte; der Einsatz von Pemolin sollte trotz des Vorliegens großer ES wegen der potentiell hepatotoxischen Wirkung begrenzt werden; eine längere Behandlungsdauer geht (v.a. bei MPH) tendentiell mit besseren Effekten einher; bei älteren Patienten finden sich tendentiell bessere Effekte; Geschlechtsunterschiede liegen nicht vor; für Kinder mit ADHD und geistiger Behinderung findet sich eine verringerte Wirksamkeit; **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Praxis: in der Therapie von ADHD sollten sowohl Pharmakotherapie als auch behaviorale Interventionen zur Behandlung von offener und verdeckter Aggression berücksichtigt werden • Forschung: angesichts der Prävalenz und Wichtigkeit von aggressiver Symptomatik sowie dem damit verbundenen Einfluss auf Zuweisungsdringlichkeit, Symptomschwere und Outcome sollten in zukünftigen Studien verschiedene Aggressions-Subtypen als Out-come-Variablen berücksichtigt werden; die Ergebnisse unterstreichen zudem die Wichtigkeit von weiterer Forschung im Bereich der Entwicklung effektiver, pharmakotherapeutischer Behandlungen zur Therapie aggressiver Verhaltensweisen **Methodische Aspekte:** • Schwächen: insgesamt liegen nur wenige Studien zur Thematik vor; selten wird eine Unterscheidung von Aggressionssubtypen vorgenommen (häufiger findet sich eine Klassifikation als CD/ODD); mglw. Vorliegen eines Publikationsbias; es besteht das Risiko einer Inflationierung des Alpha-Fehlers, die Ergebnisse der Sekundäranalysen sind statistisch nicht zwingend abgesichert, zudem liegt mglw. eine Verzerrung/Konfundierung der Aggressionswerte durch einen Halo-Effekt (ausgehend von der Verbesserung der ADHD-Kernsymptomatik) vor

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **Döpfner & Lehmkuhl, 2002a** Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002a). Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS). *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 51,* 419-440.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie, (Kombinationsbehandlung) • **Inhalt:** Überblick über den Stand der empirischen Forschung zur Wirksamkeit vnon Pharmako- und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit ADHD (d.h. Überblick über evidenzbasierte Therapien) • **Eingeschlossene Studien:** 6 Metaanalysen, 13 Übersichtsarbeiten und 43 Einzelstudien (zudem: ausführliche Darstellung der MTA- und der COMIS-Studie) • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** u.a. ADHD/HKS; zudem: komorbide Tics, Anfallsleiden, geistige Behinderung, Angststörung, Depressivität, Enuresis, Bulimie • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** *Verhaltenstherapie:* • die Wirksamkeit von Elterntrainings und Interventionen in der Familie (Kontingenzmanagement, Eltern-Kind-Kommunikation) ist sehr gut belegt; Langzeiteffekte sind z.T. belegt • die Wirksamkeit von Interventionen in Kindergarten/Schule (Kontingenzmanagement) ist sehr gut belegt; Langzeiteffekte sind z.T. belegt • die Wirksamkeit kognitiver Interventionen (v.a. Selbstinstruktionstraining) ist nicht hinreichend belegt, vereinzelt werden positive Effekte berichtet • die Wirksamkeit von intensiven Sommerferienprogrammen mit sozialem Kompetenztraining und Kontingenzmanagement ist belegt *Psychostimulanten:* • die Kurzzeit-Wirksamkeit von Psychostimulanzien (MPH, D-/L-Amphetamin, Pemolin) bei ADHD-Patienten im Alter von 6-12 J. ist sehr gut belegt (ggü. einer Placebo-KG finden sich ES von 0.8-1.0 für Verhaltensmaße sowie ES von 0.6-0.8 für kognitive Maße); so lange Stimulantien eingenommen werden, werden die Effekte zumindest über einen Zeitraum von 12-24 Monaten aufrechterhalten; ausgehend von der hohen interindividuellen Response-Variabilität (auf unterschiedliche Dosierungen) optimiert eine individuelle Titrierung die Therapie • D-Amphetamin ist vermutlich ähnlich wirksam wie MPH, die Substanzen sprechen jedoch z.T. unterschiedliche Patienten an; D-/L-Amphetamin (Adderall) ist genauso wirksam wie MPH; Pemolin ist vermutlich ähnlich wirksam wie MPH, wirkt jedoch in seltenen Fällen hepatotoxisch *Differentielle Effekte von Psychostimulantien:* • die Kurzzeit-Wirksamkeit von Psychostimulantien im Jugendalter ist belegt, es gibt Hinweise auf äquivalente Effekte im Kindes- und Jugendalter; vermutlich ist die Kurzzeit-Wirksamkeit von Psychostimulantien im Kindergartenalter (3-6 J.) geringer als im Schulalter, wobei auch gute Effekte belegt werden können • Wirksamkeit bei komorbide vorliegenden Störungen (wie z.B. Tics, Anfallsleiden, geistiger Behinderung, Angststörung): vgl. Originalarbeit *Effekte von Antidepressiva, anderen Substanzen und Diät:* • die Wirksamkeit von TZA auf die ADHD-Symptomatik ist belegt, die Effekte auf die Aufmerksamkeitsstörung sind vermutlich schwächer, dafür finden sich jedoch Effekte auf komorbide Depressivität und Angst; bei den für TZA und Psychostimulantien vorliegenden Vergleichsstudien liegen über alle Studien hinweg erhebliche methodische Probleme vor, die Frage nach der relativen Wirksamkeit beider Substanzen ist somit bislang offen • Bupropion erweist sich (in 2 Studien) als effekitv; für Clonidin finden sich mittlere ES (d.h. geringere als bei MPH), MAO-Hemmer zeigen mglw. moderate bis gute ES; oligoantigene Diät geht vermutlich mit geringen ES einher (und erweist sich evtl. bei einer kleinen Subgrupppe als wirksam); im Rahmen der Behandlung mit Desipramin sowie einer Kombinationsbehandlung mit Clonidin und MPH wurden z.T. plötzlich auftretende Todesfälle berichtet

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • bei der Behandlung von Kindern/Jugendlichen mit ADHD lässt sich über die letzten Jahrzehnte hinweg ein enormer Wissenszuwachs feststellen; sowohl medikamentöse Therapie als auch Verhaltenstherapie erweisen sich als wirksam; ein großer Anteil der Patienten zeigt jedoch weiterhin eine Restsymptomatik, so dass empfohlen wird, die therapeutischen Interventionen über einen langen Zeitraum hinweg anzuwenden • die Überlegenheit eines multimodalen Therapieansatzes ggü. einer reinen Pharmakotherapie ist nicht durchweg belegt (d.h. der Stellenwert von kognitiv-behavioralen und familienbezogenen Interventionen zur Verbesserung der Prognose ist bislang unklar) -> bei den im Rahmen der MTA-Studie berichteten ES handelt es sich um große Effekte: Für Verhaltenstherapie (=Elterntrainings, Interventionen in der Schule, kindzentrierte Interventionen im Rahmen eines Sommerprogramms) und Standardbehandlung werden ES von 0.9-1.3 angegeben, für eine Kombination aus Pharmakotherapie und Beratung sowie für eine Kombinationsbehandlung (aus Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie) werden ES von 1.5-1.8 berichtet -> im Rahmen der differentiellen Effekte finden sich in Abhängigkeit vom Vorliegen komorbider Angst, ADHD mit/ohne Aggressivität oder multiplen komorbiden Störungen unterschiedliche Therapiepräferenzen bzw. ES; somit erscheint eine individualisierte, multimodale Therapie, die als Behandlungsbausteine auf Verhaltenstherapie und Stimulantien-Einsatz zurückgreift und sich dem jeweiligen Behandlungsverlauf anpasst, hilfreich **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **Döpfner & Lehmkuhl, 2002b** Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002b). Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychologische Rundschau, 53 (4),* 184-193.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Übersicht über empirische Ergebnisse (und methodische Probleme) bei der Untersuchung der Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter • **Eingeschlossene Studien: ---** • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder: ---** • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- <u>Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999):</u> „well-established“: mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious“: 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising“: Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** • *Status quo:* Psychotherapieforschung im Kindes- und Jugendalter hat sich in quantitativer und qualitativer Hinsicht verbessert; Vorliegen von Kriterien für empirisch bewährte Interventionen bei unterschiedlichen Störungen und Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien für Diagnostik und Therapie; die Vielzahl methodisch zufriedenstellender Untersuchungen stammt aus dem kognitiv-behavioralen Spektrum, für alle anderen Therapierichtungen (psychodynamisch, psychoanalytisch, non-direktiv, familientherapeutisch orientiert) liegen kaum vergleichbare Studien vor • *Methodische Probleme:* Fehlen und reduzierte Effektivität (ES von ca. 0.0) von „effectiveness“-Studien; Notwendigkeit eines breiteren Spektrums an Outcomekriterien; Relevanz multimodaler und multimethodaler Outcome-Erhebung • *Globale Metaanalysen:* Darstellung der Ergebnisse von Casey & Berman (1987), Kazdin et al. (1990), Weisz et al. (1987), Weisz et al. (1995): Es finden sich durchschnittlich mittlere bis starke Effekte (ES von ca. 0.80); Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist ähnlich wirkungsvoll wie Psychotherapie mit Erwachsenen; durch kognitiv-behaviorale Verfahren lassen sich mittlere bis starke Effekte erzielen, durch nicht-behaviorale Methoden geringe bis mittlere Effekte; die Therapieeffekte bleiben über einen Zeitraum von durchschnittlich 6 Monaten stabil; die Therapieeffekte sind spezifisch (die Effekte therapieproximaler Kriterien sind etwa doppelt so hoch wie die Effekte therapiedistaler Kriterien) • *Spezifische Metaanalysen:* Vorliegen stärkerer Interventionseffekte tendentiell für altere Mädchen (ggü. gleichaltrigen männlichen Jugendlichen und jüngeren Kindern); bei internalen Störungen Nachweis der Effekte meist über Peer- oder Selbsturteile, bei externalen Störungen über Lehrer-/Beobachterbeurteilungen oder Verhaltenstests; kognitive Interventionen sind v.a. bei älteren Kindern (11-13 Jahre) wirkungsvoll, während bei jüngeren Kindern schlechtere Effekte erzielt werden; die Effekte kognitiver Interventionen sind kurzfristiger Natur und selten länger als 3 Monate nachweisbar • *ADHS:* „well-established“ -> Elterntrainings (d.h. Psychoedukation, Aufbau positiver Eltern-Kind-Interaktionen und Stimulusmanagement: Aufforderungen und Grenzsetzungen, Anwendung positiver/negativer Konsequenzen, Aufbau von erwünschtem Verhalten und Verminderung von kindlichem Problemverhalten), behaviorale Interventionen in der Schule „probably efficacious“ -> --- **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Nachholbedarf der Forschung im deutschen Sprachraum verglichen mit dem international zu verzeichnenden Fortschritt; Notwendigkeit einer permanenten Aktualisierung der evidenzbasierten Leitlinien; Relevanz von Vergleichsstudien (Pharmakotherapie vs. Psychotherapie vs. Kombinationsbehandlung) und Multicenter-Studien; Bedarf an Forschung zu Mediatoren und Moderatoren; Notwendigkeit von „effectiveness“-Studien und Kosten-Nutzen-Analysen (Optimierung der ökonomischen Aspekte und Verbesserung der gesellschaftlichen Legitimation für entsprechende Investitionen) **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Faraone & Biederman, 2002** Faraone, S.V. & Biederman, J. (2002). Efficacy of Adderall for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A meta-analysis. *Journal of Attention Disorders, 6 (2),* 69-75.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- [1999-2001] • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Effektivität von Adderall in der Behandlung von ADHD • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von insgesamt 6 Studien (davon 5 Studien zu Kindern und Jugendlichen); Vorliegen von „parallel" und „crossover"-Designs • **Explizite Ausschlusskriterien:** fehlende Rater-Blindheit; Vorliegen einer unzureichenden Datengrundlage (d.h. Fehlen von von M und STD für Adderall- und Placebogruppe); Fehlen einer strukturierten Erhebung von ADHD-Symptomatik, Aggressivität und allgemeinen Verhaltensratings; Studien mit FU < 2 Wochen *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** ca. 2-10 Wochen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo; außerdem: unterschiedliche Dosierungen, andere Substanzklassen) • **Störungsbilder:** u.a. ADHD • **Altersbereich:** ca. 5-17 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (ADHD-Symptomatik, Aggressivität; klinischer Gesamteindruck); Erhebung über Lehrer-/Eltern-/Kliniker-Rating • **Messzeitpunkte:** im Verlauf und nach Ende der Behandlung (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • *Zentrale Ergebnisse:* Adderall erweist sich über alle Facetten hinweg, d.h. über *verschiedene Arten der Dosierung (*fix vs. optimal), *verschiedene Outcome-Bereiche* (Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität, Aggressivität und globale Ratings) und *verschiedene Rater* (Kliniker-, Lehrer-, Elternrating) hinweg, als effektiv (große ES); die Höhe der ES schwankt jedoch dieses Ergebnis konnte durch weitere Analysen (Adjustierung in Bezug auf Heterogenität von Studiendesign, Methodik und andere potentielle Einflussfaktoren) abgesichert werden • *Subgruppenanalyse:* im Kliniker-Rating finden sich höhere ES als beim Lehrer- und Elternrating (sehr große ES vs. große ES) für globale Ratings finden sich höhere ES als für die Kriterienbereiche „Aggressivität" und „ADHD-Symptomatik" (d.h. Vorliegen sehr großer vs. großer ES), letztere geht relativ gesehen mit den niedrigsten ES einher für die verschiedenen Dosierungsformen (fixe vs. optimale Dosierung) finden sich hinsichtlich der ES keine Unterschiede (große ES) • das Ergebnis deutet nochmals auf die Relevanz der eingesetzten Outcome-Maße/ Messinstrumente und Rater hin; mglw. sind globale Ratings und Klinikerratings für die Erhebung von Behandlungseffekten besonders geeignet globale Ratings zeigen (im Vergleich zu Symptomratings, die eher krankheitsspezifische Komponenten erfassen) eine hohe Sensitivität ggü. unspezifischen Veränderungen bzw. Verbesserungen des allgemeinen Funktionsniveaus bislang liegt wenig Wissen dahingehend vor, inwieweit Lehrer- und Elternrating übereinstimmen; im Falle ähnlicher ES ginge das Elternrating mit einem deutlich niedrigeren Erhebungsaufwand einher **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschung: Klärung der Frage, ob sich die relativ höchsten Werte für globales Rating und Klinikerrating über eine Vielzahl von Studien und Settings hinweg wiederfinden **Methodische Aspekte:** • Stärken: ein mglw. vorliegender Publikationsbias (d.h. z.B. eine Nicht-Veröffentlichung von Studien mit negativen Ergebnissen) wurde über Zusatzanalysen und Imputation kontrolliert, so dass der Einschluss weiterer, unveröffentlichter Studien aller Wahrscheinlichkeit nach nicht zu einem anderen (als dem vorliegenden) Ergebnis führen würde

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Faraone et al., 2002** Faraone, S.V., Biederman, J. & Roe, C. (2002). Comparative Efficacy of Adderall and Methylphenidate in Attention-deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 22 (5),* 468-473.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- [1999-2000] • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Relative Effektivität von Adderall und MPH in der Behandlung von ADHD • **Eingeschlossene Studien:** 4 Studien (Vorliegen von „parallel“ und „crossover“-Designs) • **Explizite Ausschlusskriterien:** fehlende Rater-Blindheit; Vorliegen einer unzureichenden Datengrundlage (d.h. Fehlen von von M und STD für Adderall- und Placebogruppe); Fehlen einer strukturierten Erhebung von ADHD-Symptomatik, Aggressivität und allgemeinen Verhaltensratings *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- [u.a. 3 Wochen] • **Vergleichsgruppen:** EG (=Adderall) vs. KG (=MPH; außerdem Placebo, unterschiedliche Dosierungen) • **Störungsbilder:** u.a. ADHD • **Altersbereich:** 5-17 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (ADHD-Symptomatik, Aggressivität; klinischer Gesamteindruck); Erhebung über Lehrer-/Eltern-/Kliniker-Rating • **Messzeitpunkte:** im Verlauf und nach Ende der Behandlung (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • *Zentrale Ergebnisse:* Adderall hat hinsichtlich seiner Effektivität eine kleinen, aber statistisch signifikanten Vorteil ggü. der MPH-Standardform dieses Ergebnis konnte durch weitere Analysen (Adjustierung in Bezug auf Heterogenität von Studiendesign, Methodik und andere potentielle Einflussfaktoren) abgesichert werden berücksichtigt man die methodischen Schwächen der Einzelstudien lässt sich zumindest festhalten, dass Adderall und MPH vergleichbar effektiv sind bzw. Adderall tendentiell ein wenig wirksamer ist • die Einzelstudien unterstützen dieses Ergebnis in der Mehrzahl (16 von 19 Vergleichen fallen positiv aus; zudem findet sich keine signifikante Heterogenität der ES), haben jedoch als *Einzel*studie keine ausreichende statistische Power, um einen signifikanten Unterschied zwischen Adderall und MPH nachzuweisen • *Subgruppenanalyse:* die Überlegenheit von Adderall findet sich: -> für alle *Kriterienbereiche* (ADHD-Symptomatik, Aggressivität, globale Ratings), am stärksten jedoch für die globalen Ratings (d.h. Vorliegen kleiner vs. mittlerer ES) -> für alle *Dosierungsarten* (fixe vs. optimale Dosierung) (kleine ES) -> für das *Eltern- und Klinikerrating* (kleine bis mittlere ES), nicht jedoch für das *Lehrerrating* ausgehend von der geringen Studienanzahl haben diese Ergebnisse (der Subgruppenanalyse) explorativen Charakter • das Ergebnis deutet nochmals auf die Relevanz der eingesetzten Outcome-Maße/ Messinstrumente und Rater hin; mglw. ist das globale Rating für die Erhebung von Behandlungseffekten besonders geeignet globale Ratings zeigen (im Vergleich zu Symptomratings, die eher krankheitsspezifische Komponenten erfassen) eine hohe Sensitivität ggü. unspezifischen Veränderungen bzw. Verbesserungen des allgemeinen Funktionsniveaus in Bezug auf das nicht-signifikante Lehrerurteil (vs. dem Eltern-/Klinikerratingl) sind verschiedene Gründe denkbar: mglw. hebt die ausgeprägte Struktur des Schulsettings (potentielle) Unterschiede zwischen den Substanzen auf, Eltern oder Kliniker sind ggü. Veränderungen sensibler oder es liegt eine Konfundierung von Ratertyp und Outcome-Maß vor (die Lehrerratings sind v.a. dem Kriterienbereich der „ADHD-Symptomatik“ zuzuordnen, die Eltern-/Klinikerratings sind v.a. „globale Ratings“) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschung: Bedarf an Vergleichsstudien zur relativen Wirksamkeit von Adderall vs. MPH bei ADHD-Patienten mit komorbiden Störungen (mglw. erweist sich MPH bei ADHD-Patienten mit komorbidem Tourette-Syndrom als effektiver); Bedarf an Studien zu „slow-release“-Formen von Adderall und MPH

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • Stärken: ein mglw. vorliegender Publikationsbias (d.h. z.B. eine Nicht-Veröffentlichung von Studien mit negativen Ergebnissen) wurde über Zusatzanalysen und Imputation kontrolliert, so dass der Einschluss weiterer, unveröffentlichter Studien aller Wahrscheinlichkeit nach nicht zu einem anderen (als dem vorliegenden) Ergebnis führen würde • Schwächen (aus denen weitere mögliche Verzerrungen resultieren könnten): z.T. findet sich eine versehentliche Unterdosierung der MPH-Gruppe, weil die berücksichtigte Studie ursprünglich für eine andere Fragestellung konzipiert wurde; Fehlen einer Randomisierung bei der Gruppenzuteilung; z.T. (bei Erhebung der Daten im strukturierten Sommercamp) ist die Generalisierbarkeit der Einzelergebnisse auf Settings mit weniger intensiven und strukturierten psychosozialen Interventionen fraglich; aufgrund der unzureichenden Datenlage ist keine Berechnung der Effektivität der Substanzen bei komorbiden Störungen möglich; zur Frage der relativen Wirksamkeit von MPH und Adderall in der „slow-release“-Form liegen keine Ergebnisse vor (weil Einzelstudien zu dieser Thematik fehlen); trotz der Relevanz der Fragestellung war auch eine Analyse der relativen Wirkdauer der beiden Substanzen aufgrund der unzureichenden Datenlage nicht möglich

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Farmer et al., 2002** Farmer, E.M.Z., Compton, S.N., Burns, B.J. & Robertson, E. (2002). Review of the Evidence Base for Treatment of Childhood Psychopathology: Externalizing Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70 (6),* 1267-1302.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1985-2000 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie, Kombinationsbehandlung • **Inhalt:** Übersicht über nicht-stationäre Behandlungsansätze für Kinder mit ADHD im Alter von 6-12 Jahren • **Eingeschlossene Studien:** 17 RCT-Studien und 11 kontrollierte Studien (davon: 6 Studien zu psychosozialen Ansätzen, 13 Studien zu psychopharmakologischen Ansätzen und 9 Studien zur Kombinationsbehandlung) • **Explizite Ausschlusskriterien:** andere Altergruppe; nicht-englische Veröffentlichung; Studien zu stationärem Setting; zu kleine Stichprobengröße, d.h. N < 30 (Kriterium gilt nur für pharmakologische Studien); Fehlen von Outcome-Daten; andere Primärdiagnosen (als ADHD); anderer Studienschwerpunkt (als Messung des Therapieerfolgs); keine RCT- oder kontrollierte Studie *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 9 Tage – 6 Monate (bei psychosozialen Studien); 4 Wochen – 4 Monate (bei psychopharmakologischen Studien); 3-14 Monate (bei Studien zur Kombinationsbehandlung) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (= alternative Behandlungsansätze, WL, herkömmliche Behandlungsansätze/Standardbehandlung, andere Psychopharmaka, Psychotherapie, Kombinationsbehandlung, Placebo, Aufmerksamkeits-Kontrollgruppe) • **Störungsbilder:** Kinder mit „ADHD“ (Vorliegen einer ICD/DSM-Diagnose; Vorhandensein von Problemen wie Unaufmerksamkeit, Überaktivität oder Impulsivität; z.T. Vorliegen von Schulproblemen; Zuweisung zu Spezialambulanzen): u.a. ADHD, ADD, UADD, CD, ODD, Tic-Störung, Tourette-Syndrom • **Altersbereich:** 6-12 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (z.T. kein FU, ansonsten 2 Monate – 2 Jahre)	**Ergebnisse:** • *Psychosoziale Interventionen:* Vorliegen einer enormen Variation von Behandlungsansätzen (z.B. CBT, Elterntraining, EEG-Biofeedback, Bibliotherapie, Soziales Kompetenztraining, oligoantigene Diät); außer für die oligoantigene Diät finden sich beim Vergleich von EG und WL tendentiell große Effekte [0.74 – 2.34]; kritisch zu betrachten ist das Vorliegen von oft sehr kleinen Stichproben sowie das Fehlen von langen FU-Intervallen; sind FU-Daten vorhanden, zeigt sich im FU eine Reduktion der Gruppenunterschiede oder eine geringe Generalisierbarkeit der Veränderungen über das Behandlungssetting hinaus); im direkten Vergleich von Psychotherapie und Pharmakotherapie (Vorliegen von nur einer Studie) ist die Medikation überlegen • *Psychopharmakologie:* die Mehrzahl der Studien im Rahmen dieses Reviews fällt in den Bereich der Pharmakotherapie (vgl. Abschnitt „Explizite Ausschlusskriterien“ zur Reduktion der enormen Studienanzahl); dabei finden sich v.a. Studien mit MPH und Adderall; Vorliegen signifikanter positiver Effekte für die ADHD-Kernsymptomatik und angrenzende Bereiche (z.B. Trotz, Aggression, oppositionelles Verhalten); MPH erweist sich ggü. Pindolol als überlegen und ist ähnlich wirksam wie Adderall; insgesamt liegen mittlere bis große ES vor; die Nebenwirkungen sind meist gering und dosisabhängig; kritisch zu betrachten ist die Fokussierung v.a.auf kurzfristige Effekte bzw. das Fehlen langer FU-Intervalle • *Kombinationsbehandlung:* die Effekte der Kombinationsbehandlung sind bislang noch etwas unklar: z.T. findet sich (ggü. reiner Pharmakotherapie) keine Überlegenheit, v.a. für die zentrale ADHD-Symptomatik; mglw. lassen sich durch Kombinationsbehandlung (1) gleiche Effekte jedoch mit geringeren Medikamentendosen erzielen und (2) es zeigt sich eine Überlegenheit bzgl. anderer Outcome-Kriterienbereiche (wie Trotz, Aggression, oppositionellem Verhalten, Eltern-Kind-Beziehung, internalisierenden Symptomen); außerdem findet sich beim Rückgriff auf intensive, umfassende psychosoziale Interventionen eine Überlegenheit von Kombinationsbehandlung ggü. Pharmakotherapie -> für psychosoziale Interventionen finden sich kleine Effekte, für Medikation mittlere bis große ES, zudem ergeben sich Hinweise auf eine leichte Überlegenheit (etwas größere ES) der Kombinationsbehandlung; es fehlt an Wissen zu Langzeiteffekten • *allgemein:* ADHD ist vermutlich die am meisten beforschte psychische Störung bei 6-12jährigen; der Bereich der Psychopharmakotherapie verfügt über die größte empirische Unterstützung; hinsichtlich der Entwicklung psychosozialer Interventionen bei ADHD besteht erheblicher, substantieller Entwicklungsbedarf; strukturierte/manualisierte Interventionen gehen scheinbar mit besseren ES einher als herkömmliche, eklektische Ansätze **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* für ADHD und andere externalisierende Störungen (ODD; CD) liegt eine deutlich unterschiedliche Datenbasis vor: bei ADHD findet sich im Bereich der Psychopharmakologie eine sehr gute Datengrundlage (z.B. zugewiesene Patienten, Behandlung in Spezialambulanzen), bei ODD/CD demgegenüber für psychosoziale Ansäze; diese in Spezialkambulanzen durchgeführten Studien erlauben zwar keine direkte Vergleichbarkeit/Generalisierbarkeit hinsichtlich der Behandlung in normalen Praxen, in jedem Fall handelt es sich hierbei jedoch um eine Form der „effectiveness“-Studie

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Forschung: Notwendigkeit von Studien ausschließlich an Mädchen (da die Gruppe der Jungen im Rahmen der vorliegenden Studien überrepräsentiert ist, ca. 80%); auch Minoritäten sind eher schwach repräsentiert; Notwendigkeit, die Ergebnisse (in wechselnden Settings) zu replizieren (bislang liegen häufig Studien mit zu kleine Stichproben bzw. zu geringer statistische Power vor); Bedarf an Prozessforschung und Komponentenanalysen; Bedarf an Langzeitstudien (FU > 6 Monate); Notwendigkeit der Berücksichtigung von Substanzmissbrauch als Outcome-Variable (zwar übersteigen die Effekte von Pharmakotherapie die von Psychotherapie, jedoch besteht mglw. die Gefahr, dass Kinder/Jugendliche bei Fehlen einer ihnen verschriebenen Medikation mit Drogen als Selbstmedikation experimentieren); Bedarf an Untersuchungen zum Einfluss von Boostersitzungen; Notwendigkeit von Langzeitstudien (v.a.für Pharmakotherapie und Kombinationsbehandlung); fraglich ist ebenfalls, ob der Inhalt der jeweiligen psychosozialen Intervention in Bezug auf die Effekte einen Unterschied macht (hinsichtlich der Entwicklung psychosozialer Interventionen bei ADHD besteht erheblicher, substantieller Entwicklungsbedarf) • *allgemein*: es bedarf einer besseren Vernetzung von Theorie und Praxis (vgl. „clinic-community-intervention development“-Modell; Hoagwood, 2001, 2002) **Methodische Aspekte:** • Schwächen: kritisch zu betrachten ist der Ausschluss von Studien vor 1985 (damit einhergehend z.B. die Nicht-Berücksichtigung von Barkleys Arbeiten)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Kazdin, 2002** Kazdin, A.E. (2002). The State of Child and Adolescent Psychotherapy Research. *Child and Adolescent Mental Health, 7 (2),* 53-59.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über den aktuellen Forschungsstand der Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien: ---** • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** Angststörungen, Depression, ODD/CD, ADHD • **Altersbereich:** < 19 Jahre • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • deutliche Fortschritte der Forschung in Bezug auf Quantität der kontrollierten Behandlungsstudien und Verbesserung der Studienqualität (Einsatz von Behandlungsmanualen zur Erhöhung der Behandlungsintegrität, Erfassung klinisch signifikanter Veränderungen, übereinstimmende Hinweise auf Wirksamkeit (ES von ca. .70 im Vergleich von EG vs. keine Behandlung), Verfügbarkeit und Identifikation von evidenzbasierten Behandlungen für eine Vielzahl von klinischen Störungen; Entwicklung von Behandlungsleitlinen für die klinische Praxis) • Evidenzbasierte Behandlungen: Psychostimulantien, Elterntraining, Kontingenzmanagement im Klassenraum **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *6 Schritte zur Entwicklung effektiver Behandlungen nach Kazdin (2002)* -> (1) verbessertes psychopathologisches Wissen bzgl. Entstehung, Aufrechterhaltung, Wiederauftreten und Remission der Störung (Generierung von Hypothesen und Hypothesentestung); Identifikation von Subtypen, Risiko- und Präventivfaktoren; (2) Forschung zu der Behandlung zugrundeliegenden Mechanismen und Prozessen (z.B. Neurotransmitter, Lernen, Motivation) und empirische Überprüfung der entwickelten Veränderungstheorien (nehmen Interventionen Einfluss auf die angenommenen Prozesse?); (3) Behandlungsspezifizierung: Operationalisierung von Behandlungsansätzen (am besten in Manualform) zur Evaluierung der Behandlungsintegrität und möglichen Replikation; (4) Studien zum Behandlungserfolg mit verschiedenen Designs/Studientypen; (5) Weitere Analysen zu Moderatorvariablen, verbesserter Selektion/Matching und Anpassung der Interventionen an den einzelnen; (6) Überprüfung von Generaliserbarkeit und Anwendbarkeit des Ansatzes (in verschiedenen Varianten) auf verschiedene Settings, Stichproben, Störungen -> generelle bestehende Notwendigkeit eines gezielten, planvolleren Vorgehens, um größere Fortschritte zu erzielen • *Aspekte individueller Studien/Psychotherapien nach Kazdin (2002) -> Klärung eines Fraugenkatalogs* (inwieweit ist Behandung einer Nicht-Behandlung überlegen? Welche Komponenten tragen zur Veränderung bei? Welche Ansätze können kombiniert werden, um den Behandlungserfolg zu optimieren? Welche Paramter können variiert werden, um das Outcome zu beeinflussen/verbessern? Relative Wirksamkeit der Behandlung ggü. anderen Behandlungen? Welche Moderatorvariablen beeinflussen das Outcome? Welche Prozesse und Mechanismen nehmen Einfluss auf die therapeutische Veränderung? Inwieweit liegt Generalisierbarkeit auf Settings, Störungen etc. vor?); *Notwendigkeit einer Erweiterung der Outcome-Kriterien* (Symptomreduktion erweist sich für langfristige Anpassung und Funktionsniveau nicht als bester Prädiktor; Nutzen der Therapie wird so oft unterschätzt), je nach Störung, Subtyp und Entwicklungsstand Berücksichtigung von kindlichem Funktionsniveau, elterlichem/familiärem Funktionsniveau und/oder sozialen Auswirkungen • *Notwendigkeit der Berücksichtigung weiterer Aspekte im Rahmen von Forschung*: Verbreitbarkeit („disseminability"), Kosten und Akzeptanz von Behandlungen; Erweiterung der Forschung auf andere Stichproben (z.B. Kinder kranker Eltern, geistige/körperliche Behinderung, chronische Erkrankung, Missbrauch und Vernachlässigung, Straftäter, obdachlose Jugendliche) • *Relevanz der Erfassung des Forschungsfortschritts:* Bestehen einer Notwendigkeit, den Forschungsfortschritt systematisch zu überwachen und zu evaluieren -> Bedarf nach einem übergeordneten Forschungsplan und einem regelmäßigen Abgleich von offenen Forschungsfragen und deren sukzessiver Klärung im Rahmen von Studien

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Schwächen der bisherigen Forschung: Vorliegen von insgesamt relativ wenigen evidenzbasierten Behandlungen; evidenzbasierte Behandlungen werden im klinischen Praxisalltag oft nicht angewendet vs. fehlende/geringe Evidenzbasierung für eine Vielzahl von in der Praxis bereits eingesetzten Verfahren; viele Unterschiede zwischen Forschungs- und Praxis-Setting (d.h. fragliche Generalisierbarkeit der Ergebnisse und Effekte); insgesamt Vorliegen eines engen Forschungsfokus -> Fokussierung v.a. auf den Behandlungsansatz, weniger auf Charakteristika von Kind, Eltern und Familie; Fokussierung auf Symptomreduktion als Outcome-Kriterium, weniger auf andere für Funktionsniveau und Langzeitprognose relevante Bereiche (schulisches Funktionsniveau, Beeinträchtigung, Peer-Beziehungen); keine Fokussierung auf Prozess-/Mediator-/Moderatorvariablen (wie/warum funktioniert Therapie?) -> Notwendigkeit der Berücksichtigung dieser wichtigen Aspekte, um Behandlungen weiter zu optimieren; Fehlen eines systematischen, übergeordneten, den Fortschritt begünstigenden Forschungsplans **Methodische Aspekte:** • **---**

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **McGoey et al., 2002** McGoey, K.E., Eckert, T.L. & DuPaul, G.J. (2002). Early intervention for preschool-age children with ADHD: a literature review. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 10 (1),* 14-28. McGoey, K.E., Eckert, T.L. & DuPaul, G.J. (2007). Early intervention for preschool-age children with ADHD: a literature review. *Database of Abstracts of Reviews of Effects 2007* Issue 2.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1967-2000 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie, Kombinationsbehandlung • **Inhalt:** Literaturübersicht zu frühen Interventionen bei Vorschulkindern mit ADHD • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von insgesamt 28 unkontrollierten Studien (davon: 14 Studien zu psychotroper Medikation, 4 Studien zu behavioralen Interventionen, 9 Studien zu Elterntrainings und 1 Studie zu Multi-Komponenten-Behandlungsansätzen) • **Explizite Ausschlusskriterien:** Studien mit Kindern mit geistiger Behinderung oder neurologischen Entwicklungsstörungen <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** Vorschulkinder (die normalerweise kein Kindergartenprogramm besuchen) mit ADHD oder Risiko für ADHD • **Altersbereich:** 3-6 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (basierend auf Verhaltens- und Interaktionsratings) • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • *Psychotrope Medikation:* -> Methylphenidat: unter MPH-Behandlung findet sich eine Verbesserung von Compliance, aufgabenbezogenem Verhalten, Aktivitätslevel (sowohl bei einer niedrigen als auch bei einer hohen Behandlungsdosis), kindlichem Verhalten (die Verbesserung liegt jedoch nicht über alle Ratings hinweg vor) und elterlicher Interaktion (bei Vorliegen einer höheren Dosis); mit höherer Behandlungsdosis nehmen die Nebenwirkungen (z.B. Reduktion der sozialen Interaktionen, Appetitlosigkeit, dysphorische Stimmung) zu -> Dextroamphetamin (Vorliegen von nur *einer* Studie): es zeigt sich (jedoch nicht über alle Ratings hinweg) eine Verbesserung von aufgabenbezogenem Verhalten und Spielverhalten -> Lithium (Vorliegen von nur *einer* Studie): es finden sich vermehrtes Problemverhalten und signifikante Nebenwirkungen • *Elterntraining*: durch Elterntraining verbessert sich die Eltern-Kind-Interaktion (d.h. sowohl die kindliche Compliance als auch die elterlichen Anweisungen, Kommentare und Techniken); die positiven Effekte auf das kindliche Verhalten können auch in anderen Settings beobachtet werden und bleiben über lange Zeit stabil • *Behaviorale Interventionen:* die hierzu vorliegenden Studienergebnisse sind inkonsistent und ergebnislos (CBT-Training scheint für Vorschulkinder entwicklungsmäßig inadäquat zu sein; die zunächst positiven Ergebnisse eines Selbstinstruktionstrainings können nicht repliziert werden) • *Multikomponentenansätze:* Vorliegen einer Studie, die als Behandlungsbausteine auf Medikation, Elterntraining und symbolisches Modelllernen zurückgreift; eine Kombination aller drei Komponenten ist zur Verbesserung der Compliance wirksamer als lediglich ein oder zwei Komponenten **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* aufgrund der methodischen Schwächen (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte“) sind die Schlussfolgerungen mit Vorsicht zu betrachten • Forschung: Bedarf an Studien mit umfangreicheren Stichproben; Notwendigkeit, sich im Rahmen der Einschlusskriterien an den ICD-/DSM-Diagnosen zu orientieren; Fehlen von Daten zur Behandlungsintegrität; Fehlen von Daten zur Akzeptanz von Interventionen; Notwendigkeit, das kindliche Verhalten (auch) über das Funktionsniveau/Funktionsanalysen und in verschiedenen Settings (z.B. Vorschule und Elternhaus) zu erheben **Methodische Aspekte:** • Schwächen des Reviews: kritisch zu betrachten ist, dass der Einschluss von Studien ausschließlich über das Vorliegen bestimmter Probanden und Interventionen definiert wird; in Bezug auf Studiendesign und Outcome-Variablen werden keine weitergehenden Kriterien formuliert; es liegt kein Bericht zum methodischen Vorgehen im Rahmen der Übersichtsarbeit vor; zudem findet sich keine Erhebung/Analyse der Studienqualität

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Ramchandani et al., 2002** Ramchandani, P., Joughin, C. & Zwi, M. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder in children. *Clinical Evidence, 8,* 280-290.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie, Kombinationsbehandlung • **Inhalt:** Wirksamkeit von ADHD-Behandlungen bei Kindern • **Eingeschlossene Studien:** --- • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=andere Psychopharmaka, Placebo, behaviorale und psychologische Interventionen, herkömmliche Behandlungsansätze/-Standardbehandlung, Kombinationsbehandlung) • **Störungsbilder:** u.a. ADHD, ADD; zudem: komorbide Angststörungen, depressive Störungen, CD, ODD • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Kriterien (kindliches Verhalten, Schulleistungen, Nebenwirkungen bzw. nachteilige Wirkungen) • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • *Clonidin:* Vorliegen mäßiger Belege; ein systematischer Review kommt zu dem Schluss, dass Clonidin (ggü. einem Placebo) kurzfristig (4-12 Wochen) die Kernsymptomatik reduziert, die klinische Bedeutsamkeit dieser Ergebnisse bleibt jedoch unklar <u>Anmerkungen:</u> für kleinere Studien mit geringerer methodischer Qualität liegen größere ES vor; Gesundheitsprobleme werden z.T. über den Prozentsatz von Studien, die Nebenwirkungen berichten, und nicht über die tatsächliche Anzahl von Kindern mit Nebenwirkungen operationalisiert • *Dexamphetamin:* Vorliegen mäßiger Belege; es liegen Hinweise darauf vor, dass Dexamphetamin (ggü. einem Placebo) die behavioralen Outcome-Kriterien signifikant verbessert, jedoch mit Anorexia und Appetitveränderungen einhergeht; die relative Wirksamkeit von Dexamphetamin vs. MPH bleibt unklar (Vorliegen einer Übersichtsarbeit) <u>Anmerkungen:</u> häufig fußen Outcome-Erhebungen auf Eltern- und Lehrer-Angaben, demgegenüber sollten zukünftig dringend die Kinder selber berücksichtigt werden oder auch auf den Einsatz objektiver direkter Messungen zurückgegriffen werden; Fehlen von langen FU-Intervallen und Erhebung von Langzeiteffekten • *Methylphenidat:* MPH erweist sich ggü. einem Placebo als überlegen: bei 5-18jährigen Kindern findet sich eine signifikante Reduktion der Kernsymptomatik bei gleichzeitigem Vorliegen von Schlaf- und Appetitstörungen; die relative Wirksamkeit von MPH ggü. Dexamphetamin und TZA bleibt unklar; im Vergleich von MPH vs. psychologischen/behavioralen Interventionen zeigt sich mittelfristig (12-52 Wochen) eine Verbesserung einiger, aber nicht aller ADHD-Symptome, die klinische Bedeutsamkeit dieser Ergebnisse bleibt jedoch unklar <u>Anmerkungen:</u> Kinder mit komorbiden Verhaltensproblemen (ODD, CD) scheinen auf Medikation besser anzusprechen als Kinder ohne komorbide Verhaltensprobleme; Kinder mit komorbider Angststörung scheinen auf behaviorale und medikamentöse Behandlungsansätze vergleichbar gut anzusprechen; häufig fußen Outcome-Erhebungen auf Eltern- und Lehrer-Angaben, demgegenüber sollten zukünftig dringend die Kinder selber berücksichtigt werden oder auch auf den Einsatz objektiver direkter Messungen zurückgegriffen werden; Fehlen von langen FU-Intervallen und Erhebung von Langzeiteffekten sowie Studien an Vorschulkindern • *MPH plus behaviorale Interventionen* (d.h. Kontingenzmanagement, Verhaltensmodifikation, CBT, individuelle Psychotherapie, Eltern-/Lehrertraining, Edukation, Eltern- und Familientherapie/-beratung, soziales Kompetenztraining, EEG, Biofeedback, Entspannung): Vorliegen inkonsistenter Ergebnisse zur Frage der Wirksamkeit von kombinierten Behandlungsansätzen ggü. einem Placebo (Vorliegen einer Übersichtsarbeit); z.T. finden sich beim Vergleich von Kombinationsbehandlung und ausschließlich psychologischen/behavioralen Interventionen eine Überlegenheit der Kombinationsbehandlung in Form von signifikanten Verbesserungen der ADHD-Symptomatik (Vorliegen einer Übersichtsarbeit) <u>Anmerkungen:</u> Kinder mit ADHD und komorbider Angststörung scheinen auf Medikation und intensive behaviorale Interventionen vergleichbar gut anzusprechen • *Psychologische und behaviorale Interventionen:* z.T. Vorliegen unzureichender Belege für die Effektivität psychologischer/behavioraler Interventionen ggü. herkömmlichen Behandlungsansätzen (Vorliegen einer Übersichtsarbeit); z.T. Fehlen von signifikanten Unterschieden im Vergleich von psychologischen/behavioralen Interventionen und herkömmlichen Behandlungsansätzen (Vorliegen einer großen RCT-Studie)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): Anmerkungen: z.T. findet sich eine geringe Vergleichbarkeit der Studien/Kinder (aufgrund der vorliegenden deutlichen Unterschiede in Bezug auf Diagnose, klinisches Bild und klinische Erfordernisse/Behandlungsdringlichkeit) • *allgemeine* Schlussfolgerungen: -> wahrscheinlich wirksame Substanzen/Therapien sind: MPH, Dexamphetamin, Kombinationsbehandlung aus MPH und behavioralen Interventionen -> Substanzen/Therapien mit unbekannter/unklarer Effektivität sind: Clonidin, psychologische und behaviorale Interventionen • Forschung: Inhalt zukünftiger Wirksamkeitsstudien sollten folgenden Substanzen/Therapien sein: Antidepressiva, Antipsychotika, Coffein, Lithium, Elterntraining, Pemolin; zudem besteht Bedarf an Forschung zu Interventionen für Kinder mit ADHD und Tourette-Syndrom **Methodische Aspekte:** • vgl. *Anmerkungen* im Abschnitt „Ergebnisse“

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Schachar et al., 2002** Schachar, R., Jadad, A.R., Gauld, M., Boyle, M., Booker, L., Snider, A., Kim, M. & Cunningham, C. (2002). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Critical Appraisal of Extended Treatment Studies. *The Canadian Journal of Psychiatry, 47,* 337-348.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1966-1997 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie, Kombinationsbehandlung • **Inhalt:** Effektivität von langfristigeren (> 12 Wochen) *pharmakologischen* und *nicht-pharmakologischen* Interventionen bei Kindern mit ADHD (d.h. Behandlung mit MPH, Dexamphetamin, Lithium, Imipramin, Thioidazin sowie Einsatz von kindfokussierter Therapie, CBT, kombinierten psychosozialen Interventionen, supportiver Therapie, Elterntraining, EEG-Biofeedback) • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von 14 RCT-Studien (u.a. der MTA-Studie, die 42% der Probanden stellt); Vorliegen von „crossover"- und „parallel"-Designs • **Explizite Ausschlusskriterien:** Studie mit einer Laufzeit < 12 Wochen; keine RCT-Studie (d.h. Fallstudien, Kohortenstudien); unveröffentlichte Studie <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 12-60 Wochen (dabei liegen 5 Studien mit einer Behandlungsdauer > 26 Wochen vor) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG • **Störungsbilder:** u.a. ADD, ADHD (Vorliegen einer DSM-/ICD-Diagnose); zudem komorbide CD, ODD, Angststörung, Tourette-Syndrom, geistige Behinderung/niedriger IQ, Autismus, Lernstörung, depressive Störung • **Altersbereich:** 5-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** Symptome auf der Verhaltensebene (ADHD-Kernsymptomatik), akademische Leistung (Schulresultate; verbale, mathematische, Lese- und Buchstabier-Fertigkeiten), Sozialverhalten bzw. störendes und oppositionelles Verhalten (Vorliegen von CD/ODD-Diagnose, Aggressivität oder sozialer Kompetenz), internalisierende Symptomatik (Depression, Angst, Traurigkeit, allgemeine Stimmung, emotionales Wohlbefinden, Selbstbewusstsein) • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • *Symptome auf der Verhaltensebene:* im Wesentlichen Überlegenheit von MPH ggü. einem Placebo und Thioridazin bzw. vergleichbare Wirksamkeit ggü. Imipramin); vergleichbare Effekte für Medikation und Kombinationsbehandlung (d.h. Medikation plus behaviorale Interventionen), Überlegenheit dieser beiden Behandlungsansätze ggü. alleinigen behavioralen Therapien oder herkömmlicher Behandlung; Überlegenheit von Biofeedback ggü. keiner Behandlung; Überlegenheit von CBT ggü. supportiver Therapie • *Akademische Leistungen:* Überlegenheit von Kombinationsbehandlung ggü. herkömmlichen Interventionen und behavioraler Therapie, jedoch nicht ggü. Medikation; keine Unterschiede zwischen Medikation, herkömmlichen Interventionen und behavioraler Therapie; Überlegenheit von MPH mit/ohne Thioridazin ggü. Thioridazin allein; Überlegenheit von EEG-Biofeedback ggü. Warteliste (bei einem IQ-Test) • *Sozialverhalten:* Zugewinne durch die Einnahme von MPH bzw. Dexamphetamin eher als für die Hinzunahme von Elterntraining, Thioridazin oder behavioraler Therapie; vergleichbare Effekte für Medikation und Kombinationsbehandlung, Überlegenheit beider Ansätze ggü. alleiniger behavioraler Therapie und herkömmlichen Behandlungsansätzen; Kombinationsbehandlung mit deutlicheren Verbesserungen in Bezug auf oppositionelle und aggressive Symptomatik, soziale Kompetenz und Eltern-Kind-Beziehungen • *Internalisierende Symptome:* CBT führt zu einer Verbesserung des Selbstbewusstseins; Überlegenheit der Kombinationsbehandlung ggü. Medikation und behavioraler Therapie in Bezug auf Ängstlichkeit; Überlegenheit von Medikation ggü. behavioraler Therapie in Bezug auf eine Verbesserung der internalisierenden Symptomatik; Überlegenheit von behavioraler Therapie ggü. herkömmlichen Behandlungsansätzen (d.h. 67% der Kinder erhielten Medikation) für Kinder mit ADHD und komorbider Angststörung **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* Stimulantien erweisen sich in Bezug auf die Reduktion von ADHD-Symptomatik, dysfunktionalem Sozialverhalten und internalisierenden Symptomen als effektiv; für nicht-pharmakologische Behandlungsansätze finden sich begrenzte Belege; Vorliegen vieler Studien zum Bereich der Pharmakologie, v.a. zu MPH (die gute Einstellung der richtigen Dosis scheint von Bedeutung zu sein); zu Nicht-Stimulantien-Medikation liegen demgegenüber kaum Studien vor (Lithium und Thioridazin scheinen uneffektiv zu sein) -> Bedarf an Langzeitstudien mit Clonidin, SSRI und Pemolin; Vorliegen von nur 1 Studie, die die Überlegenheit von Kombinationsbehandlung ggü. Medikation belegt -> unzureichendes Wissen zu Behandlungszufriedenheit, mögl. Dosisreduktion, Aufrechterhaltung der Effekte (Notwendigkeit für intensivere Studien und Replikation der Ergebnisse); es finden sich keine Belege (MTA-Studie) für den Einsatz von Verhaltenstherapie als Monotherapie (außer bei komorbider Angststörung); bislang liegen keine Studien mit Vorschulkindern vor • Praxisbezug: das Fehlen von nicht-pharmakologischen Studien ist eine Einladung an Kliniker, eigene, innovative Therapiekonzepte anzuwenden und zu evaluieren; Kombinationsbehandlung geht mit den besten Effekten einher; es zeigt sich eine geringe Generalisierbarkeit/externe Validität der Ergebnisse: kleine Stichproben, geringer Anteil von Mädchen, wenige Vorschulkinder und Jugendliche, kurze Behandlungsdauer verglichen mit dem realem Setting, Fehlen von Studien zu bestimmten Interventionsansätzen, Fehlen von Langzeitstudien mit relevanten Outcome-Kriterien (Substanzmissbrauch, Arbeitssituation, soziales Netzwerk, Selbstbewusstsein, Gründe für Behandlungsabbruch bei Medikation, Nebenwirkungen, Verhalten in verschiedenen Settings)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Forschungsbezug: insgesamt liegen wenige vernünftige RCT-Studien zu langfristigeren Interventionen vor, die es ermöglichen, für Klinik und Politik Entscheidungen/Algorithmen zum anzuratenden Behandlungskonzept (Medikation, nicht-pharmakologische Behandlung, Kombinationsbehandlung) abzuleiten; die Effekte auf wichtige Erfolgskriterien bleiben unklar; es findet sich v.a. sehr wenig Forschung zu nicht-pharmakologischen Interventionen und zu Nicht-Stimulantien, diesbezüglich besteht weiterhin Bedarf an solider Forschung **Methodische Aspekte:** • allgemein: neben der z.T. mangelnden Studien-/Berichtsqualität und der Vielzahl vorliegender Outcome-Maße macht die große Heterogenität der Studien (bzgl. Therapien, Patienten, Behandlungsdauer) eine Metaanalyse unmöglich -> Bedarf an einem Konsensus (aller Beteiligten) bzgl. Erfolgskriterien, Studiendesign, Messinstrumenten und anderen wichtigen Studienelementen als Voraussetzung für eine systematische Evaluation der Effektivität von ADHD-Interventionen • Schwächen: insgesamt findet sich eine geringe methodologische Qualität (kein Doppelblindversuch, schlechte Beschreibung des Vorgehens, keine Geheimhaltung der Gruppenzugehörigkeit, schlechte Stichprobenbeschreibung, schlechte Beschreibung der Einschluss-/Ausschlusskriterien); nur 5 Studien weisen eine adäquate Qualität auf (die MTA-Studie ist als herausragend zu bewerten) -> dies wirft die Frage auf, ob RCTs bei längerfristigen Behandlungen von ADHD das Studiendesign der Wahl sind: die Umsetzung im klinischen Setting ist oft schwierig (z.B. ethische Bedenken der Langzeitbehandlung mit einem Placebo), daraus resultieren häufig methodische Defizite; Beobachtungsstudien an Kohorten von behandelten und unbehandelten Probanden scheinen praktikabler ebenso wie die Wahl der jeweiligen EG-Bedingung durch die Probanden selbst

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Weisz & Hawley, 2002** Weisz, J.R. & Hawley, K.M. (2002). Developmental Factors in the Treatment of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70 (1),* 21-43.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1963-2000 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** u.a. Überblick zum aktuellen Forschungsstand psychosozialer Interventionen bei Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** 114 Studien zu psychosozialen Interventionen bei Jugendlichen (insgesamt Vorliegen von 14 evidenzbasierten Behandlungsansätzen für Jugendliche, davon ein Behandlungsansatz zu ADHD) • **Explizite Ausschlusskriterien:** anderer Fokus (als psychosoziale Interventionen); unveröffentlichte Studie; andere Altersgruppe; unzureichende methodologische Qualität (keine Randomisierung, kein Vorliegen von mind. einer EG und einer KG) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer: ---** • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG • **Störungsbilder:** Depression, Angststörungen, ADHD, Störungen des Sozialverhaltens • **Altersbereich:** M=11.0 – 17.9 Jahre • **Abhängige Variablen: ---** • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment) Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999): „well-established“: mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious“: 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising“: Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** • Darstellung der Ergebnisse von Weisz et al., 1987; Weisz et al., 1995; Casey & Berman, 1985 (über ver-schiedene Behandlungsansätze und Störungsbilder hinweg) • *Evidenzbasierte Behandlungsansätze:* „well-established“: behaviorales Elterntraining • *Status quo der Therapieforschung:* weiterhin hohe Prävalenzraten (ca. 12-15%) für die genannten Störungsbilder; insgesamt weniger Studien zu Jugendlichen als zu Kindern und Erwachsenen (36 % der Studien mit Patienten < 18 Jahre); die vorliegenden Interventionen sind primär Adaptionen von Programmen für Erwachsenen oder Kinder, nur ein Programm (MST) wurde speziell für Jugendliche entwickelt 60% aller Studien beziehen sich auf Angststörungen (24%) und Störung des Sozialverhaltens (37%, gute Forschungslage), nur 11% der Studien auf Depression (trotz (mit Ausnahme von ADHD) Ansteigen der Prävalenzraten vom Kindes- zum Jugendalter); Vorliegen sehr weniger Studien zu so relevanten Bereichen wie Essstörungen, Substanzmissbrauch, Suizidalität, ADHD [Stimulantien-Behandlung wird Methode der Wahl, kaum Vorliegen geeigneter psychosozialer Interventionen], bipolarer Störung oder Panikstörung; generelles Fehlen von „effectiveness“-Studien (nur jeweils ca. 10% der Studien greifen auf Patienten aus klinischem Setting zurück und schließen Patienten mit komorbiden Störungen ein) aus Sicht einer entwicklungsorientierten Perspektive unzureichende Berücksichtigung der biologischen, psychologischen und sozialen Dimension als wichtiger Grundlage einer adäquaten Behandlung im Rahmen der Adoleszenz, d.h. häufig keine Integration dieser Faktoren in die Behandlung bzw. keine Berücksichtigung dieser Faktoren als Moderatoren/ Mediatoren (insgesamt bescheidene Forschungslage für den Aspekt der biologischen Dimension, substantielle Forschungslage für die Bereiche der psychologischen und sozialen Dimension; bzgl der sozialen Dimension am ehesten Berücksichtigung der Aspekte Peers und Familie, weniger der Bereiche Schule, Nachbarn, Arbeitgeber oder Versorgungssysteme) allgemein: fehlende Berücksichtigung von Moderatorvariablen in 72% der Studien; Fehlen von Studien zu Mediator-/Prozessvariablen; Fehlen von Vergleichsstudien (Pharmakotherapie vs. Psychotherapie) und Studien zur Kombinationsbehandlung; Fehlen von Langzeitstudien (inkl. Erfassung von Sicherheit und Effektivität der Behandlung); Fehlen von geeigneten pharmakotherapeutischen Studien (entsprechende Studien liegen bislang nur zu wenigen Störungsbildern vor, sehr häufige Ableitung von Behandlungsleitlinien für Jugendliche aus Erwachsenen-/Kinderstudien; Pooling von Kindern und Jugendlichen im Rahmen von Studien, häufige Anwendung von Pharmaka trotz fehlender Evidenzbasierung) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Stärken aktueller Forschung: Vorliegen von respektablen (mittleren bis großen) ES und evidenzbasierten Behandlungsansätzen für einige der wichtigsten Störungsbilder; zunehmende Beschäftigung mit einer entwicklungsorientierten Perspektive

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Schwächen aktueller Forschung: vgl. Abschnitt „Ergebnisse“ (Notwendigkeit einer vermehrten Berücksichtigung der biologischen (v.a.), psychologischen und sozialen Dimension, Bedarf an „effectiveness“- Studien, Moderator-/Mediatoranalysen, Vergleichsstudien, Studien zur Kombinationsbehandlung, umfangreichem Wissen zu Pharmakotherapie); Notwendigkeit, nicht nur Primärproblematik/Diagnose, sondern auch Kriterien der allgemeinen Lebensqualität zu erheben • Praxis: beispielhaft wird im Rahmen des Artikels die Ableitung eines biopsychosozialen Rahmenmodells dargestellt (zentrale Gedanken: bei Betrachtung der allgemeinen Entwicklungsperspektive handelt es sich im Wesentlichen um die Berücksichtigung eines Gruppentrends, so dass die Anpassung der allgemeinen Erkenntnisse an den einzelnen zentral ist; dementsprechend notwendig sind Wachsamkeit ggü. den Meilensteinen der Entwicklung, eine jeweilige Gewichtung und Priorisierung der Probleme, die Auswahl für den Patienten geeigneter Interventionen, das Abwägen uni- vs. mehrdimensionaler bzw. systemischer Behandlung, das Erarbeiten einer individuellen Toolbox (d.h. Vorstellung aller möglichen Interventionen und Intensivierung einiger vom Patienten als besonders hilfreich erlebten Interventionen); zentral ist weiterhin die sukzessive Entwicklung von altersspezifischen Interventionen, das Beibehalten von Flexibilität in Bezug auf Therapieinhalt/-struktur und die Nutzung von Behandlungsmanualen als Bausteinsets, verbunden mit der Hoffnung, dass sich daraus speziell für die Altersgruppe der Jugendlichen geeignete, adäquate Interventionen ergeben, die die Schwächen bisheriger Ansätze aufheben); weitere Details sind dem zu entnehmen **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Beelmann et al., 2003** Beelmann, A. & Schneider, N. (2003). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht und Meta-Analyse zum Bestand und zu Ergebnissen der deutschsprachigen Effektivitätsforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 32 (2),* 129-143.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1952-1997 (bis 2000 für die Metaanalyse) • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Bestandsaufnahme der deutschsprachigen Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen sowie eine Metaanalyse der gefundenen kontrollierten Studien • **Eingeschlossene Studien:** über alle Störungsbilder hinweg insgesamt 267 Studien (116 RCT-Studien und 151 unkontrollierte Studien): für den Bereich der Hyperaktivitäts-/Aufmerksamkeitsprobleme insgesamt 20 Studien (10 RCT-Studien und 10 unkontrollierte Studien) • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine *Gruppen*studie; Themen wie Prävention, Beratung, Rehabilitation, Funktionstraining; Fehlen einer ausreichenden Datengrundlage (Metaanalyse); Fehlen adäquater Kontrollgruppen, Therapierealisierungen, Designs (Metaanalyse); unveröffentlichte oder nicht allgemein zugängliche Studien <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=mind. 1 nicht-äquivalentes Prä-Post-KG-Design) • **Störungsbilder:** Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme (Problemausprägungen, ICD-/DSM-Diagnosekriterien müssen nicht zwingend erfüllt sein) • **Altersbereich:** 0-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene (mind. 1) quantifizierbare Parameter des Behandlungserfolgs, die eine ES-Berechnung zulassen • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** *ADHD:* • kleine, statistisch nicht signifikante Effekte (0.32) für kognitiv-behaviorale und behaviorale Interventionen (evtl. auch aufgrund distaler Outcome-Kriterien); Fehlen von (kontrollierten) Studien zu Verhaltensmodifikation, Entspannung, Spieltherapie, Elterntrainings/ Familientherapien, (teil-)stationärer Therapie und nicht-behavioralen Interventionen *allgemein:* • forschungsmethodisch lässt sich eine weitgehend an Einzelfällen und unkontrollierten Untersuchungen orientierte Erfolgsforschung feststellen (gegenüber kontrollierten Untersuchungen) • es handelt sich um eine weit überwiegend verhaltenstherapeutische Wirksamkeitsforschung (deutliche Dominanz behavioraler Therapieverfahren) • wenige Untersuchungen zu psychoanalytischen/tiefenpsychologischen, eltern- und familienorientierten Therapiekonzepten (Missverhältnis zwischen praktischer Verbreitung und wissenschaftlicher Fundierung) • die Bandbreite der untersuchten Störungsformen und Altersgruppen ist als gering zu bewerten; Alter und Geschlecht werden oft nicht dokumentiert; Vorliegen vieler Studien mit gemischtem Klientel; Fehlen von Studien für Kinder < 6 Jahre • die Beantwortung differentieller Indikationsfragen erscheint angesichts der vorliegenden Forschungssituation nicht ausreichend möglich • Vorhandensein geringer Wirksamkeitsunterschiede zwischen den verschiedenen Störungsgruppen bzw. behavioraler und nicht-behavioraler Therapie; tendentiell zeigt sich eine Überlegenheit verhaltenstherapeutischer Maßnahmen (ggü. anderen Therapieformen) und familienbezogener Therapien (ggü. Konzepten ohne Beteiligung der Eltern) • methodische Aspekte: bei der Analyse der verschiedenen Erfolgsmaße ergeben sich annähernd vergleichbare Effekte; Leistungsmaße werden häufiger als Verhaltensmerkmale erfasst; die Breite der Effektmessung ist gering (in 60% der Fälle wird nur ein Kriterienbereich erfasst); bei therapieproximalen Erfolgskriterien finden sich doppelt so hohe Effekte wie bei therapiedistalen Maßen **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* in Deutschland besteht ein großer Nachholbedarf an empirischen und methodisch hochwertigen Studien; der Forschungsstand ist nur für Angststörungen, lernbehindertes Klientel und (psycho-)somatische Erkrankungen als ausreichend zu bewerten • Notwendigkeit, moderne entwicklungspsychologische Erkenntnisse in therapeutische Konzepte zu integrieren und die Effektivitätsforschung stärker auf die realen Praxisbedingungen zu beziehen („effectiveness"-Studien) **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Kazdin, 2003** Kazdin, A.E. (2003). Psychotherapy for Children and Adolescents. *Annual Review of Psychology, 54,* 253-276.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien: ---** • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** Angststörungen, Depression, ODD/CD, ADHD • **Altersbereich:** < 19 Jahre • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • deutliche Fortschritte der Forschung: vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002); internalisierende und externalisierende Störungen sind am häufigsten Grund für die Zuweisung von Kindern und Jugendlichen; 17-22% der Kinder leiden unter entwicklungsmäßigen, emotionalen oder Verhaltensproblemen (je nach Kriterium (Diagnosestatus vs. subklinische Symptomatik) ergeben sich höhere bzw. niedrigere Schätzwerte) • *Besonderheiten von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*: (1) Notwendigkeit der Abgrenzung ernsthafter klinischer Probleme vs. kurzfristiger Probleme/Störungen im Rahmen einer ansonsten normalen Entwicklung ohne Behandlungsnotwendigkeit; (2) z.T. fehlender Leidensdruck und Behandlungsmotivation der Kinder/Jugendlichen bei Zuweisung durch die Eltern; (3) starker Einfluss der Eltern/Familie auf die Problematik (als Faktor, der für das Kind nicht zu beeinflussen ist), verbunden mit der Notwendigkeit, die Eltern/ Familie in die Behandlung einzubeziehen (die Psychotherapie des Kindes ist nur ein Behandlungsbaustein); (4) die Interventionen werden nicht ausschließlich vom Therapeuten durchgeführt, sondern ebenfalls von Eltern, Lehrern, Peers oder Geschwistern; (5) Vorliegen hoher Dropout-Raten im Rahmen der Therapie; Sicherstellung der Compliance und Regelmäßigkeit der Therapieteilnahme gestalten sich oft schwierig; (6) die Erhebung der emotionalen und behavioralen Probleme ist oft herausfordernd (die Aussagefähigkeit von Kindern < 7 J. ist fraglich; oft ist der Rückgriff auf mehrere Informanten notwendig) • *Evidenzbasierte Behandlungen:* vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002); Überwiegen von kognitiv-behavioralen Behandlungen (ca. 50% der Studien im Kinder-/Jugendbereich beziehen sich auf CBT-Techniken) -> Hintergrund dafür ist die Tatsache, dass sich die geforderte methodische Qualität von evidenzbasierten Behandlungsansätzen v.a. in der aktuellen Forschungsliteratur findet (innerhalb derer CBT relativ populär ist) • *Hinweise auf gute Evidenzbasierung:* Konsistenz der Ergebnisse über verschiedene Settings, Stichproben, Altersgruppen, Messinstrumente, Selbst-/Fremdeinschätzung, Studiendesigns und Kriterienbereiche hinweg; Nachweis der Wirksamkeit auch im Langzeit-FU; Replikationen durch verschiedene Forschergruppen; im Rahmen der Studie Einschluss von Kindern, die die Diagnosekriterien erfüllen; Belege dafür, dass eine Mehrzahl der Kinder nach dem Behandlungsende ein im normativen Bereich liegendes Funktionsniveau erzielt; Möglichkeit einer Spezifizierung der Behandlung bzgl. wichtiger Einzelkomponenten (z.B. bei CBT für Angststörungen, Elterntraining für CD/ODD) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *6 Schritte zur Entwicklung effektiver Behandlungen nach Kazdin (2002):* vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002) • *Aspekte individueller Studien/Psychotherapien nach Kazdin (2002):* vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002) • *Notwendigkeit der Berücksichtigung verschiedener Stichproben im Rahmen von Forschung:* klinisch zugewiesene Patienten; Kinder kranker Eltern, geistige/körperliche Behinderung, chronische Erkrankung, Missbrauch und Vernachlässigung, Straftäter, obdachlose Jugendliche; Minoritäten und unterrepräsentierte Gruppen (bzgl. Nationalität, Rasse, Geschlecht, andere demographische Charakteristika)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • *Relevanz der Erfassung des Forschungsfortschritts:* vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002); Hinweis darauf, dass Reviews (narrativ, Meta-Analysen) zwar Ergebnisse zusammenfassen, jedoch keine Fragen beantworten können, die nicht in Einzelstudien erforscht wurden (z.B. Mediatorenanalyse, Zusammenhang zwischen zugrundeliegenden Veränderungsprozessen und Outcome-Veränderung) -> es bedarf Studien, die exakt für die Erfassung spezifischer Fragen konzipiert werden • Schwächen: vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002); weiterhin Vorliegen einer enormen Diskrepanz zwischen Forschung und Praxis (die Behandlungsverfahren, die im klinischen Praxisalltag angewendet werden, sind selten empirisch evaluiert vs. evidenzbasierte Behandlungen sind im klinischen Alltag nicht weit verbreitet); zentrale Bedeutung kommt der Frage der Generalisierbarkeit von evidenzbasierten Behandlungen zu -> evidenzbasierte Behandlungen sollten dennoch Behandlungsansatz der ersten Wahl sein und exploratorischen bzw. nicht-evidenzbasierten Behandlungen vorgezogen werden -> Fazit: die Forschung muss klinisch relevant bleiben, gleichzeitig muss der vermehrte/verbesserte Rückgriff der Kliniker auf bereits vorliegende Ergebnisse sichergestellt werden **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **McClellan et al., 2003** McClellan, J.M. & Werry, J.S. (2003). Evidence-Based Treatments in Child and Adolescent Psychiatry: An Inven-tory. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychia-try, 42 (12),* 1388-1400.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** bis 06/2003 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie • **Inhalt:** Übersicht über evidenzbasierte psychopharmakologische und psycho-therapeutische Behandlungsansätze bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** --- • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; unveröffentlichte Studie; an-derer Inhalt (als Pharmakotherapie oder Psychotherapie) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** u.a. ADHD; außerdem: MDD, Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens, disruptives bzw. explosives Verhalten • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** *ADHD:* • *Stimulantien:* Vorliegen einer Vielzahl von Studien; die Wirksamkeit für Kurzzeitbehandlun-gen ist belegt: es zeigt sich eine Verbesserung von ADHD-Kernsymptomatik und Compli-ance sowie eine reduzierte Aggressivität; die besten Belege finden sich für MPH (Behand-lungsempfehlung ab 6 J.), danach für Dextroamphetamin (Behandlungsempfehlung ab 3 J.), Pemolin und gemischte Amphetaminsalze; v.a. Vorliegen von Kurzzeitstudien (bis 12 Wo); demgegenüber finden sich wenige Langzeitstudien (1-2 J.), die bei Weiterbehandlung jedoch stabile, langfristige Verbesserungen belegen; auch „slow-release"-Formen erweisen sich als effektiv • *Alternative zu Stimulantien:* Atomoxetin erweist sich als hilfreich; weitere Vorteile von Atomoxetin sind: Notwendigkeit der Verabreichung von nur einer Tagesdosis und 24-Std-Wirkdauer, kein Missbrauchspotential, ebenfalls Vorliegen einer Behandlungsempfehlung ab 6 J. • *Antidepressiva:* Bupropion und TZA erweisen sich in der Behandlung von ADHD als effektiv; Bupropion scheint ggü. den TZA (aufgrund deren Nebenwirkungsprofil bzw. poten-tiell kardiotoxischen Wirkung) die relativ bessere Alternative zu sein; die vorliegenden Wirk-samkeitsnachweise sind jedoch begrenzt • *Stimmungsstabilisierer:* für die Wirksamkeit von Carbamazepin zur Behandlung von ADHD-Symptomatik und/oder Aggressivität liegen nur wenige kontrollierte Studien mit uneindeuti-gen Ergebnissen vor • *andere Medikamente:* trotz häufiger Anwendung von α-adrenergen-Agonisten zur Behand-lung von ADHD und Verhaltensproblemen liegen nur wenige, kleine kontrollierte Studien vor, die die Wirksamkeit von Clonidin bei ADHD belegen; zudem Vorliegen einer kontrol-lierten Studie, die die Wirksamkeit von Guanfacin bei komorbide vorliegender Tic-Störung und ADHD belegt • *CBT:* kognitiv-behaviorale Interventionen erweisen sich in kontrollierten Studien mit ADHD-Patienten nicht durchweg als hilfreich (keine konsistenten Ergebnisse); mglw. eignen sie sich jedoch in Kombination mit anderen multimodalen Behandlungsprogrammen • *behaviorale Interventionen:* Vorliegen einiger Belege für die Wirksamkeit von behavioralen Interventionen im Klassenraum und Elterntraining; es zeigen sich jedoch geringere Effekte als bei alleiniger Medikation; zudem finden sich z.T. eine fehlende Generalisierbarkeit des Erlernten auf andere Settings, ein Rückgang der Verbesserungen nach Therapieende sowie (aufgrund der dringend erforderlichen intensiven Eltern-/Lehrermitarbeit) Compliance-Pro-bleme • *systemische multimodale Interventionen:* eine Kombinationsbehandlung aus Pharmakothe-rapie und intensiven psychosozialen Interventionen hat signifikant positive Wirkungen auf verschiedene mit ADHD einhergehende Problemfelder inkl. komorbider affektiver, Angst- und Verhaltensstörungen, sozialer Fertigkeiten sowie schulischer Leistungen; v.a. bei kom-plizierten, komorbiden Fällen sollte auf diese „Intensivbehandlung" zurückgegriffen werden; das Programm RE-CAP (multimodal) führt zur Verbesserung internalisierender und externa-lisierender Probleme

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): *allgemein:* • *Psychopharmakologie:* die besten Belege liegen für Stimulantienbehandlung bei ADHD vor • *Psychotherapie:* die beste empirische Unterstützung (methodisch gute Studien) findet sich für kognitiv-behaviorale bzw. behaviorale Interventionen; familienbasierte Interventionen bzw. Interventionen im Rahmen der Versorgungssysteme erweisen sich ebenfalls als effektiv • trotz der wachsenden Anzahl von evidenzbasierten Behandlungsansätzen orientiert sich die klinische Praxis weiterhin häufig an der Erwachsenenliteratur bzw. an traditionellen Behandlungsmodellen -> einige Behandlungsansätze werden jedoch der Diversität und Komplexität mancher Störungsbilder nicht gerecht, zum anderen fehlt es vielen Klinikern an den entsprechenden Fertigkeiten oder dem inneren Wunsch bzw. der Bereitschaft, die evidenzbasierten Ansätze in die Praxis umzusetzen (wenngleich diesbezüglich natürlich große Unterschiede zwischen einzelnen Klinikern, Institutionen Berufsgruppen oder Kommunen bestehen) -> infolgedessen lassen sich 3 große Forschungsbereiche aufzeigen: (1) „effectiveness“-Studien zu im Praxissetting häufig angewendeten (bislang jedoch noch nicht untersuchten) Interventionen; (2) „effectiveness“-Studien zu in „efficacy“-Studien bereits beforschten, wirksamen Interventionen; (3) Verbesserung der Umsetzung von evidenzbasierten Interventionen (aus dem „Labor“) ins klinische Setting -> im Wesentlichen sollte sich der Behandlungsstandard aus der Forschung heraus entwickeln, weniger aus einer „Rechtfertigung“ von bereits in der Praxis angewendeten Interventionen • Forschung (Psychotherapie): Notwendigkeit, vorliegende Ergebnisse über viele Orte hinweg und mit größeren Stichproben zu replizieren; Bedarf an Studien zur Klärung der Frage, inwiefern Rahmenfaktoren (Therapiesetting, Kind, Umgebung) Behandlungsentscheidung und -erfolg beeinflussen; Bedarf an „effectiveness“-Studien im „real-world“-Setting (Klärung der Frage nach der Generalisierbarkeit von positiven Ergebnissen auf klinische Populationen) **Methodische Aspekte:** *allgemein:* • Schwächen (Pharmakotherapie): Fehlen von Studien zu komorbiden Störungsbildern; kleine Stichproben (mittlerweile immerhin zunehmend Multisite-Studien); enge diagnostische Einschlusskriterien; kurze Behandlungsdauer

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Roberts et al., 2003** Roberts, M.C., Lazicki-Puddy, T.A., Puddy, R.W. & Johnson, R.J. (2003). The Outcomes of Psychotherapy With Adolescents: A Practioner-Friendly Research Review. *Journal of Clinical Psychology/In Session, 59 (11),* 1177-1191.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Zusammenfassung der Ergebnisse der Psychotherapieforschung mit Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** „hunderte" von Studien zu ADHD • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** u.a. ADHD • **Altersbereich:** --- (im Rahmen der Studien häufiger Mix aus Kindern und Jugendlichen, deswegen oft heterogenes Altersspektrum) • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999): „well-established": mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious": 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising": Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** *ADHD:* • „well-established": Verhaltensmodifikation im Klassenraum, behaviorales Elterntraining • der Ansatz der Familientherapie scheint möglicherweise wirksam zu sein, wurde bislang jedoch nicht angemessen überprüft • obige Interventionen erfordern Elemente bzw. eine Philosophie des „Case Managements", d.h. eine intensive Zusammenarbeit und gute Absprachen zwischen behandelndem Therapeut und Lehrern bzw. Eltern **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** *allgemein:* • es besteht die Notwendigkeit von vermehrter Psychotherapieforschung mit der besonderen Fokussierung der Gruppe der Jugendlichen; außerdem muss die Vielzahl der sehr unterschiedlichen Charakteristika von Jugendlichen (Alter, Geschlecht, Nationalität,...) in Forschung und Praxis vermehrt berücksichtigt werden **Methodische Aspekte:** • **---**

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Chronis et al., 2004** Chronis, A.M., Chacko, A., Fabiano, G.A., Wymbs, B.T. & Pelham, W.E. (2004). Enhancements to the Behavioral Parent Training Paradigm for Families of Children With ADHD: Review and Future Directions. *Clinical Child and Family Psychology Review, 7 (1),* 1-27.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Literaturübersicht und Ausblick hinsichtlich einer Weiterentwicklung des behavioralen Elterntrainings für Familien von Kindern mit ADHD • **Eingeschlossene Studien:** 28 Studien (u.a. RCT-Studien, kontrollierte Studien und Einzelfallstudien) • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** zumeist 8-12 Sitzungen (z.T. bis zu 35 Sitzungen) • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** u.a. ADHD; zudem: komorbide ODD, CD, Angststörung • **Altersbereich:** 3-14 Jahre (M=8 Jahre) • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (wird z.T. nicht berichtet, z.T. dauern die Studien noch an; ansonsten: 1 Monat – 2 Jahre)	**Ergebnisse:** • Literaturübersicht zum Status quo des behavioralen Elterntrainings in 3 Bereichen -> fragliche/erwiesene Moderatoren und Mediatoren des Therapieerfolgs bei behavioralem Elterntraining: (1) Parameter (Format, Setting, Programme zur Aufrechterhaltung der Effekte), (2) elterliche Faktoren (mütterliche Depression, elterliche ADHD, elterlicher Substanzmissbrauch und antisoziale Persönlichkeitsstörung, eheliche Probleme, elterliche Kognitionen, alleinerziehende Mütter, Teilnahme der Väter am Elterntraining), (3) kindliche Faktoren (Entwicklungsfaktoren, Komorbidität, Beeinträchtigungen in verschiedenen Settings und Bereichen) Elterntraining zeigt Effekte bzgl. der Verbesserung poblematischer kindlicher Verhaltensweisen, bzgl. des beobachtbaren negativen Verhaltens von Eltern und Kindern und z.T. bzgl. der Verbesserung des elterlichen Stresses, des Sozialverhaltens und der sozialen Akzeptanz -> es handelt sich um einen gut etablierten, evidenzbasierten Behandlungsansatz **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • behaviorales Elterntraining erweist sich als effektiver Behandlungsansatz; aufgrund der Beeinträchtigungen in vielen verschiedenen Bereichen werden häufig zusätzliche Behandlungskomponenten integriert (Medikation, Sommerprogramm, Interventionen im Klassenraum) -> Vorteile des Gruppenprogramms: vergleichbare Effekte wie bei individueller Therapie (bei Vorliegen von CD/ODD), Zeit- und Kosten-Ersparnis, für einige Familien weniger stigmatisierend -> d.h. es handelt sich um die Behandlung der Wahl; jedoch scheint eine individuelle Behandlung für diejenigen Familien mit einer schwereren Psychopathologie hilfreich zu sein -> deswegen die Empfehlung, zunächst für alle Gruppentherapie anzubieten und anschließend individuelle Therapie für diejenigen, die bislang noch nicht maximal von der Therapie profitiert haben (=intensive, individualisierte Behandlung) -> bislang liegen jedoch keine Vergleichsstudien zu individuellem vs. Gruppen-Elterntraining vor, diesbezüglich besteht deutlicher Forschungsbedarf! -> zudem besteht Bedarf an weiteren Studien zum optimalen Format der Behandlung (zu beachten ist z.B. die hohe Relevanz von Modelllernen: über Videosequenzen, in Bezug auf Problemlösen) sowie zur Verbesserung der Aufrechterhaltung und Generalisierbarkeit von Therapieeffekten -> Notwendigkeit von Studien zu gemeindenäheren Behandlungsangeboten (Schule, Gemeindezentren) mit besseren Zugangsmöglichkeiten für sozialschwache Familien aus anderem Hintergrund (es liegen Hinweise dafür, vor dass dies die Inanspruchnahme und Compliance verbessert) -> bislang gibt es nur sehr wenige Studien zu gemeindenahen Angeboten für Kinder mit ADHD; interessant ist auch die Frage, wie Elterntrainings in pädiatrische Praxen integriert werden können (inkl. dem Einfluss auf Aspekte wie Kosten, Elternzufriedenheit, Zugangsmöglichkeiten etc.)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): -> Vorliegen guter Belege dafür, dass Eltern von ADHD-Kindern auch von elternfokussierten Behandlungen per se profitieren könnten (vgl. „elterliche Faktoren“) – und dass die Erhebung und Behandlung der elterlichen Psychopathologie die Langzeiteffekte des Elterntrainings entschieden verbessert (es finden sich meist keine Post-Effekte, jedoch FU-Effekte); Interventionen, die für alle Eltern relevante elterliche Problembereiche oder für bestimmte Subgruppen spezifische Aspekte (z.B. Ehetherapie bei allen Paaren mit Eheproblematik) thematisieren, scheinen am geeignetsten -> Notwendigkeit von Studien, die Komponenten- und Reihenfolgeanalysen der Behandlungssteine untersuchen (d.h. erst Elterntraining, dann Elterntherapie und umgekehrt) und viele andere bei Eltern auftretende Störungen berücksichtigen -> insgesamt finden sich nur relativ wenige Studien für Jugendliche sowie Studien zur Kombination von Elterntraining und Sommerprogramm, Schulinterventionen oder Kompetenztraining; bisherige Studien haben häufig die Überlegenheit von Stimulantien-Behandlung ggü. psychosozialen Interventionen belegt; die MTA-Studie legt erste Hinweise für die Überlegenheit einer Kombinationsbehandlung ggü. Medikation bzgl. relevanter Aspekte des Elternverhaltens vor; Medikation allein scheint also nicht ausreichend zu sein, umso wichtiger ist die Weiterentwicklung des Elterntrainings/ psychosozialer Interventionen zur Optimierung der Effekte bei einem Thema von außerordentlicher klinischer Bedeutsamkeit • Mehrkomponenten-Programme scheinen insgesamt hilfreich zu sein; hinsichtlich der Effektivität des Elterntrainings liegen bislang noch viele ungeklärte Aspekte und Faktoren vor: im Wesentlichen stellt sich die Frage, wie das Elterntraining (nach dem generellen Wirksamkeitsnachweis) so weiterentwickelt werden kann, dass angesichts der Vielzahl der Beeinträchtigungen bei Kindern, Eltern und Familie maximale klinische Effekte erzielt werden können **Methodische Aspekte:** • **---**

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
METAANALYSE: **Donnelly et al., 2004** Donnelly, M., Haby, M.M., Carter, R., Andrews, G. & Vos, T. (2004). Cost-effectiveness of dexamphetamine and methylphenidate for the treatment of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38,* 592-601.	<u>Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:</u> • **Zeitraum:** --- [1984-2001] • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Kosteneffektivität (und Effektivität) von Dexamphetamin und Methylphenidat in der Behandlung von ADHD bei Kindern und Jugendlichen (im Vergleich zur Standardbehandlung) • **Eingeschlossene Studien:** 4 RCT-Studien (zu Dexamphetamin), 13 RCT-Studien (zu Methylphenidat) • **Explizite Ausschlusskriterien:** andere Altergruppe; unveröffentlichte Studie; Vorliegen einer Behandlungsdauer < 6 Tage (für das jeweilige Psychostimulans, Placebo); kein Vorliegen einer DSM-/ICD-Diagnose (ADHD); Vorliegen einer unzureichenden Datengrundlage (d.h. Fehlen von M und STD für die Outcome-Maße); Studien, die ausschließlich die Ergebnisse von „Respondern" berichten; Studien, bei denen das Vorliegen von Komorbiditäten oder das vorherige Ansprechen auf eine Medikation Voraussetzungen für eine Studienteilnahme sind <u>Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:</u> • **Behandlungsdauer:** mind. 6 Tage (M= 4 Wochen) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo); z.T. liegen sowohl bei der EG als auch bei der KG zusätzliche behaviorale Interventionen (als „back-ground"-Intervention) vor, diese bleiben (wie weitergehende Analysen zeigen) jedoch ohne Einfluss auf die ES • **Störungsbilder:** u.a. ADHD • **Altersbereich:** 4-17 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (u.a. wichtige Bereiche der Lebensqualität: Alltagsaktivitäten, emotionaler Status; Einsatz der Conner-Rating-Skalen (Rückgriff auf Lehrer-/Elternrating); andauernde Aufmerksamkeit; fokussiertes Arbeiten im Klassenraum) • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • *Effektivität:* es finden sich vergleichbare mittlere Effekte für MPH und DEX; keine Heterogenität bzgl. der Effektstärken • *Kosteneffektivität*: sowohl MPH als auch DEX sind in der ADHD-Behandlung von Kindern und Jugendlichen kosteneffektive Interventionen; in der Betrachtung der Gesamtkosten ist DEX deutlich kosteneffektiver als MPH (berücksichtigt man einzelne Aspekte des Kostenvergleichs lässt sich festhalten, dass DEX bzgl. der Kosten für den Staat teurer ist als MPH; bzgl. der Kosten für den jeweiligen Patienten ist DEX jedoch deutlich billiger als MPH) • *allgemein:* aufgrund vergleichbarer ES für MPH und DEX, jedoch geringerer Kosten für DEX, ist DEX das Medikament der Wahl; dies gilt jedoch zunächst ausschließlich für das Australische Gesundheitssystem; Studien aus Kanada (mit relativ geringeren Kosten für MPH vgl. mit DEX) kommen zum entgegengesetzten Schluss -> dort ist MPH der Gabe von DEX vorzuziehen; würde MPH zum gleichen Preis wie DEX gelistet (wie es bei Medikamenten gleicher Effektivität üblich ist) würde MPH genauso kosteneffektiv sein wie DEX (es handelt sich somit um eine Frage politischer Entscheidungen/Richtlinien); das Vorliegen alternativer Präparate ist in jedem Fall von Vorteil, da Patienten auf die Substanzen unterschiedlich gut ansprechen **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *Akzeptanz der ADHD-Behandlung:* aufgrund der Tatsache, dass ADHD z.T. schwer zu diagnostizieren ist, kann es vorkommen, dass einige Kinder unnötigerweise behandelt und andere, die es nötig hätten, nicht behandelt werden; bzgl. einer Stimulantienbehandlung von Kindern liegen bei Gemeinde und Eltern oftmals noch Vorurteile vor • *Durchführbarkeit der Behandlung:* potentielle Schwierigkeiten treten v.a. in ländlichen Gebieten auf, wo Kinder/Jugendliche von ihren Allgemeinärzten nicht an Spezialisten überwiesen werden können • *Gleichheit der Behandlung* (Vorliegen relativ niedriger Kosten für DEX) und *Evidenzbasierung* (trotz Vorliegen einzelner methodischer Schwächen, vgl. Abschnitt „methodische Aspekte") sind gegeben • Forschung: Notwendigkeit von Analysen zur Kosteneffektivität von psychosozialen Interventionen und Kombinationsbehandlung; Bedarf an Studien zur Langzeitbehandlung; Bedarf an „effectiveness"-Studien; Notwendigkeit, Daten zu anderen Outcome-Kriterienbereichen einzuschließen (z.B. langfristige Nebenwirkungen, Bildung, Beschäftigung, Kriminalität, soziale Belange); Notwendigkeit von Analysen, die alle Sektoren berücksichtigen (u.a. Gesundheit, Justiz, Sozialausgaben, Bildung) -> mglw. findet sich dann eine noch höhere Kosteneffektivität! **Methodische Aspekte:** • Stärken: Ermittlung von aktuelleren Prävalenzzahlen; ausschließlicher Einschluss von RCT-Studien (hohe Evidenzbasierung); Durchführung weiterer Analysen zur Kontrolle unsicherer Parameter; Hinzunahme von Experten und Berücksichtigung klinischer Leitlinien (bei der Definition/ Einordnung der verschiedenen Interventionen)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • Schwächen: Vorliegen von Schwächen bzgl. der Evidenzbasierung (insgesamt kurze Behandlungsdauer, relativ gesehen Vorliegen besserer Belege für MPH als für DEX, d.h. mehr Studien und höhere Patientenzahlen); Fehlen von Langzeitstudien (bislang v.a. Studien zur Kurzzeit-Wirksamkeit); Fehlen von Analysen zur Kosteneffektivität von psychosozialen Interventionen und Kombinationsbehandlung (bei hoher Relevanz dieser Interventionen: Medikation als ausschließlich symptomatische Therapie; Notwendigkeit einer Behandlung der Eltern-Kind-Beziehung; zu erwartende Effekte auf andere Funktionsbereiche als ADHD-Kernsymptomatik; Wissen darum, dass unterschiedliche Patienten auf unterschiedliche Interventionen ansprechen); Auftreten verschiedener methodischer Schwierigkeiten bei der Berechnung der Kosteneffektivität (vgl. Originalartikel); die Ergebnisse sind nicht auf alle ADHD-Patienten generalisierbar (Nicht-Berücksichtigung komorbider Störungen, häufiger Ausschluss von Patienten mit chronisch somatischen oder neurologischen Erkrankungen); mglw. vorliegender Publikationsbias; Problematik der Umsetzung („efficacy“ -> „effectiveness“); Fehlen von Daten zu vielen Kriterienbereichen (z.B. langfristige Nebenwirkungen, Bildung, Beschäftigung, Kriminalität, soziale Belange); ausschließliche Berücksichtigung des Gesundheitssektors (d.h. keine Berücksichtigung der Bereiche Bildung, Justiz, Sozialausgaben) -> mglw. findet sich dann eine noch höhere Kosteneffektivität

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **Holtmann et al., 2004** Holtmann, M., Stadler, C., Leins, U., Strehl, U., Birbaumer, N. & Poustka, F. (2004). Neurofeedback in der Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 32 (3),* 187-200.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- [1991-2003] • **Bereich:** Nicht-Pharmakotherapie • **Inhalt:** Neurofeedback (EEG-Biofeedback) in der Behandlung von ADHD im Kindes- und Jugendalter • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von insgesamt 9 (ausgewählten) Studien: 4 kontrollierte und 5 pro-/retrospektive Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 20-50 Sitzungen • **Vergleichsgruppen:** z.T. EG vs. KG (=Warteliste, alternative Behandlungsansätze, wie z.B. MPH) • **Störungsbilder:** u.a. ADHD, ADD, HKS, Aufmerksamkeits- und Verhaltensprobleme, Tic-Störung, Lernstörung • **Altersbereich:** 6-19 Jahre (außer für *eine* Studie: 5-63 Jahre) • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (u.a. ADHS-Kernsymptomatik, IQ, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Einsatz von Eltern-/Lehrerrating, neurophysiologische Korrelate, klinischer Gesamteindruck, Schulnoten, Selbstwert, Verhaltensprobleme, Aggressivität) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); z.T. FU (1 Woche bis 1 Jahr) <u>Definition Neurofeedback:</u> Es handelt sich um ein verhaltenstherapeutisch fundiertes Verfahren, das über die gelernte Modifikation von neurophysiologischen Parametern (Veränderung des EEG-Frequenzspektrums oder der ereigniskorrelierten Potentiale) eine Verbesserung der ADHD-Kernsymptomatik anstrebt (gelernte Selbstregulation der Hirnaktivität mittels Rückmeldung und Belohnung).	**Ergebnisse:** • *Effektivität:* die durch das NFB erreichten kurzfristigen Verbesserungen entsprechen in drei kontrollierten Studien denen einer pharmakotherapeutischen Stimulantienbehandlung (bzgl. Kernsymptomatik und neurophysiologischer Ebene); NFB führte zu einer signifikanten Reduktion von Unaufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität; darüber hinaus fand sich in einer Studie eine anhaltende Normalisierung des Spontan-EEGs, während eine Stimulantientherapie keine vergleichbare Normalisierung erzielte Untersuchungen zur Wirkdauer der NFB-Effekte sind ermutigend, stützen sich jedoch auf kleine Patientenzahlen, unzureichende Instrumente und z.T. kurze FU-Intervalle (z.B. waren die MPH-Effekte nach Absetzen des Medikaments nicht mehr nachweisbar, demgegenüber fand sich eine anhaltende Wirksamkeit der NFB-Behandlung) • *Nebenwirkungen:* bislang sind keine Berichte über schwerwiegende oder anhaltende unerwünschte Nebenwirkungen bekannt, selten werden Kopfschmerzen und Müdigkeit beklagt • *Kontraindikationen* im engeren Sinne bestehen nicht **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* für NFB hat sich die Evidenzbasis in den letzten Jahren verbessert; NFB ist ein vielversprechender Ansatz in der Behandlung aufmerksamkeitsgestörter, hyperaktiver Kinder und könnte wichtiger Baustein der ADHD-Behandlung werden • Forschung: weiterhin besteht Bedarf an RCT-Studien mit verbesserten Behandlungs- und Studienprotokollen (d.h. einheitlichen diagnostischen Kriterien, großen Stichproben, geeigneten Veränderungsmaßen, Katamnesenutersuchungen); Notwendigkeit der Klärung vieler noch offener Forschungsfragen (z.B. Nutzen von SCP-Training; Möglichkeit der Modifikation von Kohärenz, ereigniskorrelierten Potentialen und interhemisphärischer Asymmetrie); Bedarf an Replikationsstudien (z.B. Vergleichsstudien NFB vs. MPH, vgl. Abschnitt „Ergebnisse“) und FU-Untersuchungen (zur Langzeitwirkung von NFB sowie zur Relevanz von Boostersitzungen); Bedarf an Analysen zur Beurteilung der Kosteneffektivität; Notwendigkeit der Ermittlung von Prädiktoren (wer profitiert von NFB? Erfassung der differentiellen Wirksamkeit von NFB bei unterschiedlichen neurophysiologischen Subtypen sowie Erhebung geschlechtsspezifischer NFB-Protokolle); Notwendigkeit des Einbezugs biologischer Veränderungsmaße; Berücksichtigung des Einflusses komorbider Störungen und begleitender Lernschwierigkeiten; Bedarf an Studien zur Rolle von Vorerfahrungen der Patienten mit Computerspielen; Notwendigkeit von Vergleichsstudien (NFB vs. etablierte Therapien) im Hinblick auf Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Verhältnis („efficacy“, „efficiency“) • Ausblick: Notwendigkeit der Absicherung/Bestätigung des Erklärungsmodells für ADHD-NFB: die Effekte des NFB werden oft als Ausdruck kortikaler Plastizität verstanden; es handelt sich jedoch nur um hypothetische Modellvorstellungen, deren empirische Bestätigung bis heute noch aussteht bislang besteht Unklarheit, ob die erzielten Veränderungen (Kognition, Verhalten, neurophysiologische Parameter) spezifische Effekte des NFB oder Effekte unspezifischer Therapiebedingungen (strukturierte Lernsituation, längerfristige Teilnahme, motivierender Therapeut, d.h. vom NFB unabhängige Placebo-Wirkungen) sind -> dass CBT bespielsweise nicht nur zur Verhaltensmodifikation, sondern auch zu neurophysiologischen Veränderungen führen kann, ist durch viele ADHD-Behandlungsstudien belegt!

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): RCT-Studien scheinen zur Klärung dieser Frage (aufgrund ethischer Aspekte und nicht realisierbarer Blindheit) weniger hilfreich; erfolgsversprechender scheinen diesbezüglich Vergleichsstudien (NFB vs. computergestützte Kognitions-/Aufmerksamkeitstrainings ohne NFB) zu sein **Methodische Aspekte:** • Schwächen vieler Einzelstudien: kleine Stichproben; keine oder unzureichende Kontrollgruppen; nicht-randomisierte Gruppenzuteilung; Vorliegen uneinheitlicher diagnostischer Kriterien und Veränderungsmaße (sowohl über die Studien hinweg als auch zwischen EG und KG); seltene Erfassung von objektiven Parametern (testpsychologisch, neurophysiologisch, biologisch); Vorliegen breiter Altersspannen; Fehlen von Vergleichsstudien (NFB vs. etablierte Standardbehandlungen); Fehlen von FU-Untersuchungen bzw. Vorliegen zu kurzer FU-Intervalle (von einer Woche)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Sevecke et al., 2004** Sevecke, K., Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2004). Die Wirksamkeit von Stimulantien-Retardpräparaten bei Kindern und Jugendlichen mit ADHD – eine systematische Übersicht. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 32 (4),* 265-278.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Wirksamkeit von Stimulantien-Retardpräparaten bei Kindern und Jugendlichen mit ADHD • **Eingeschlossene Studien:** 9 Studien zu MPH-IR, MPH-SR, MPH-IR plus -SR; 7 Studien zu MPH-ER; 4 Studien zu Adderall-XR • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 5 Tage bis 52 Wochen • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** u.a. ADHD (die Stichproben bestehen meistens zu 80% aus Jungen) • **Altersbereich:** 6-23 Jahre • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • lässt sich bei Kindern und Jugendlichen mit ADHD durch „immediate-release"-Präparate keine hinreichend lange Tageswirkdauer erzielen, sind mittel- bis langwirksame Stimulantien indiziert mit den neuen Retard-Produkten stehen wirkungsvolle und sichere Alternativen zu den unmittelbar wirksamen Präparaten zur Verfügung • durch eine einmalige morgendliche Gabe können Probleme, die bei Mehrfachgabe auftreten können (Compliance), verhindert werden; die konstante Abgabe des Wirkstoffs über den Tag kann weitere Vorteile ergeben mglw. ist jedoch eine genauere Anpassung an die jeweiligen individuellen Erfordernisse der verschiedenen Tagesabschnitte nicht einfach; auch die möglicherweise verlängerte Dauer von Nebenwirkungen sollte beachtet werden **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Praxis: die Erprobung von Titrierungsschemata unter Einbezug von schnell und verzögert freisetzenden Präparaten bleibt eine Aufgabe zukünftiger Forschung **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Weisz et al., 2004** Weisz, J.R., Hawley, K.M. & Jensen-Doss, A. (2004). Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 13,* 729-815.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1968-2001 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über empirisch untersuchte Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen mit internalisierenden und externalisierenden Problemen und Störungen (Angststörungen, depressive Störungen, Verhaltensstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen) • **Eingeschlossene Studien:** über die Störungsbilder hinweg insgesamt 298 RCT-Studien, davon wenige „effectiveness"-Studien; für ADHD und verwandte Aufmerksamkeits-, Hyperaktivitäts- und Impulsivitätsprobleme Vorliegen von insgesamt 46 RCT-Studien, davon 6 „effectiveness"-Studien mit zugewiesenen Jugendlichen • **Explizite Ausschlusskriterien**: keine klinische Studie; andere Altersgruppe; nicht-englische Ver-öffentlichung; keine RCT-Studie (Fehlen von Randomisierung und Kontrollgruppe); unveröffentlichte Studie; unpublizierte Manuskripte; Buchkapitel; unveröffentlichte Dissertationen; andere Störungsgruppe; Vorliegen von medikamentöser Behandlung; Vorliegen zu weniger Outcome-Variablen (vgl. Abschnitt „Abhängige Variablen");, Einzelfallstudien; abwechselnde Zuteilung der Patienten zu Experi-mental- und Kontrollgruppe (nacheinander) <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (= Warteliste/keine Behandlung (62% der Studien); Placebo/passive Kontrollgruppen/Aufmerksamkeitsgruppen (39% der Studien); herkömmliche Behandlungsansätze/alternative Interventionen (8% der Studien)) • **Störungsbilder:** Impulsivitäts-, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsproblematik oder -störung • **Altersbereich:** 4.1 – 13.9 Jahre • **Abhängige Variablen**: verschiedene Outcome-Variablen (mind. 1 Variable pro behandeltem Problembereich) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • Identifikation von denjenigen Psychotherapieansätzen, die in mind. 1 RCT-Studie Erfolg der Intervention belegen (d.h. Überlegenheit ggü. der Kontroll- oder Vergleichsgruppe in mind. 1 zentralen Outcome-Variable): CBT, Entspannungstraining, Biofeedback, operante Verfahren, Modellernen, soziales Kompetenztraining, eklektische Therapie, elternzentrierte Ansätze, lehrerzentrierte Ansätze (u.a. Verhaltensmodifikation im Klassenraum), multisystemische Ansätze (Sitzungen mit Eltern, Jugendlichen oder Lehreren) • 58% der untersuchten Behandlungsgruppen zeigen sich gegenüber einer Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe in mindestens einer zentralen Outcome-Variable (therapieproximal) überlegen • die Mehrzahl der Behandlungsansätze ist kindzentriert (v.a. behaviorale oder kognitiv-behaviorale Verfahren), darüber hinaus liegen einige eltern-, lehrer- oder multisystemische Ansätze vor; vielfach werden keine spezifischen Behandlungsmanuale verwendet, zudem wurde kein einziges Behandlungsmanual in mehr als einer Studie verwendet • hinsichtlich der evidenzbasierten Behandlungsansätze findet sich in diesem Review ein anderes Ergebnis als in der Arbeit von Pelham et al. (1998): im Rahmen dieses Reviews zeigt sich ein Vorherrschen von CBT-Interventionen, bei Pelham et al. demgegenüber eine Dominanz von Elterntrainings und Verhaltensmodifikationen im Klassenraum; diese Diskrepanz ist vermutlich auf die unterschiedlichen Einschlusskriterien zurückzuführen (z.B. ausschließlicher Einschluss von RCT-Studien vs. Einschluss von Studien auch ohne Randomisierung bzw. mit „within"-Design; Ausschluss vs. Einschluss von Experimental- und Kontrollgruppen, die auch medikamentös behandelt werden) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • der Begriff „Psychotherapie" wird mittlerweile für eine breite Palette von Interventionen verwendet • die Anzahl der Studien ist über die verschiedenen Störungsbilder hinweg ungleich verteilt: für den Bereich der Angst- und Verhaltensstörungen liegen viele Studien, für ADHD und die Gruppe der depressiven Störungen liegen wenige Studien vor (entspricht der jeweils unterschiedlich langen Forschungsgeschichte) • Vorliegen einer großen Diversität bzgl. der Behandlungsansätze mit vielen unterschiedlichen Zielgruppen (Jugendliche, Eltern, Lehrer, Familien etc.): in Bezug auf ADHD dominieren kinderfokussierte CBT-Interventionen (vgl. Abschnitt „Ergebnisse" zur Diskrepanz der Ergebnisse des vorliegenden Reviews ggü. den Befunden von Pelham et al., 1998), über alle Störungsbilder hinweg behaviorale Verfahren die Übersicht; darüber hinausgehend liegen für die Gruppe der Verhaltensstörungen jedoch auch Hinweise für die Effektivität von nicht-behavioralen Interventionen (Spieltherapie, psychodynamische Therapie, Kunsttherapie, Lehrerberatung) vor; zudem gibt es Hinweise auf die Wirksamkeit einiger sehr einfacher oder ungewöhnlicher Interventionen (z.B. erweist sich Entspannungstraining bei allen vier betrachteten Störungsbildern sowie EMDR, Selbsthypnose, Biofeedback oder Metronom-Behandlung bei ADHD als hilfreich)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Notwendigkeit, die Bedeutung der Forschung für die Praxis zu erhöhen: Bedarf an Replikationen mit robusten Effekten (zu vielen Ansätzen wurde bislang nur eine Studie durchgeführt); Notwendigkeit, die klinische und externe Validität durch „effectiveness"-Studien (Repräsentativität von Patienten, Therapeuten und Setting) zu erhöhen; Notwendigkeit der Anfertigung von Studienprotokollen inklusive der Publikation von Therapiemanualen (bislang stehen Manuale häufig nicht zur Verfügung, so dass Interventionen von anderen nicht aufgegriffen und erprobt werden können) **Methodische Aspekte:** • Schwächen: einige vielversprechende Therapieansätze mussten aufgrund unpassender Studiendesigns oder unzureichender Studieninformationen ausgeschlossen werden; dies verhindert die Verbreitung dieser Ansätze, was sowohl für die Autoren als auch für die Patienten bedauerlich ist

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Bjornstad et al., 2005** Bjornstad, G & Montgomery, P. (2005). Family therapy for attention-deficit disorder or attention-deficit/ hyperactivity disorder in children and adolescents (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2005,* Issue 2.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1963-05/2004 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Familientherapie (behaviorale Familientherapie, kognitiv-behaviorale Familientherapie, funktionelle Familientherapie) für ADHD und ADD bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** 2 RCT-Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; Vorliegen einer medikamentösen Therapie; Studien mit ausschließlichem Elterntraining; kein Blindversuch (hinsichtlich der Erhebung des Therapieerfolgs); Vorliegen einer unzureichenden Datenbasis bzw. methodischer Details <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 12 Wochen - 14 Monate • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Medikamenten-Placebo, herkömmliche Behandlung/Standardbehandlung) • **Störungsbilder:** u.a. ADHD, ADD, HKS; zudem komorbide CD, ODD • **Altersbereich:** ca. 6-10 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (v.a. Symptomschwere in Bezug auf Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität); Erhebung über verschiedene standardisierte und valide Fragebögen, Beobachtungen oder objektive Maße • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (9 Monate für die Studie von Horn, 1991)	**Ergebnisse:** • zwischen behavioraler Familientherapie und herkömmlicher Behandlung zeigen sich keine Unterschiede; es finden sich jedoch Hinweise darauf, dass eine gute Familientherapie möglicherweise ähnliche Effekte erzielen kann wie eine herkömmliche Behandlung, bei der 2/3 der Patienten auch mit Stimulantien behandelt werden (Jensen, 1999) • es zeigt sich eine geringe Überlegenheit von Familientherapie plus Medikamenten-Placebo ggü. einem alleinigen Medikamenten-Placebo in Bezug auf die Reduktion der ADHD-Symptomatik im Klassenraum; zudem liegen Hinweise darauf vor, dass eine geringe Medikamentendosis in Kombination mit einer behavioralen Therapie gleiche Effekte wie eine alleinige hohe Medikamentendosis erzielen kann (Horn, 1991) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* verhaltensorientierte Mehrkomponenten-Familientherapie-Programme sind möglicherweise ähnlich effektiv wie herkömmliche Behandlungsansätze (und mglw. eine Alternative zu medikamentöser Therapie, wenn diese abgelehnt oder nicht vertragen wird) bislang liegen (als Grundlage dieses Reviews) jedoch nur 2 Studien und ausschließlich Studien zu behavioraler Familientherapie vor (es finden sich keine Studien zu anderen familientherapeutischen Ansätzen, die den Fokus auf eine Veränderung des familiären Umfelds legen) • Forschung: Notwendigkeit von weiterer Forschung (EG-KG-Vergleiche) zur (fraglichen bzw. möglichen) Effektivität von Familientherapie für Kinder mit ADHD: es stellt sich die Frage, welches die relevanten Komponenten/Bedingungen für eine hohe Effektivität eines familientherapeutischen Programmes sind (Interventionen für Eltern, Kinder, Schule in Kombination?); hilfreich scheint die Vermittlung klarer Strukturen und Erwartungen zu sein; Voraussetzung für die Therapeuten sind fundiertes Wissen (zu klinischer Psychologie und Prinzipien des sozialen Lernens), Manualwissen und Supervison • Forschung: Notwendigkeit weiterer Forschung unter Einbezug verschiedener Formen von Familientherapie (im Vergleich zu passiven KG); Bedarf an Langzeitstudien, großen Stichproben, gelungener Randomisierung, passiven KG und der Erhebung von Compliance/ Akzeptanz der Behandlung **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Brown et al., 2005** Brown, R.T., Amler, R.W., Freeman, W.S., Perrin, J.M., Stein, M.T., Feldman, H.M., Pierce, K., Wolraich, M.L. And the Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (2005). Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Overview of the Evidence. *Pediatrics, 115,* e749-e757.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** bis 2001 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie, Kombinationsbehandlung • **Inhalt:** Überblick über die evidenzbasierte Literatur zur Behandlung von ADHD bei Kindern im Schulalter • **Eingeschlossene Studien:** Darstellung von vier Reviews [mit 92 Studien, 195 bzw. 26 Studien (im „full-review") und 12 Studien sowie Vorliegen einer Zusammenfassung der MTA-Studie] • **Explizite Ausschlusskriterien** (der Reviews): keine RCT-Studie; unveröffentlichte Studie (z.T.); Daten, die (bei einem vorliegenden Störungsbilder-Mix) keine getrennte Analyse der einzelnen Störungsbilder ermöglichen; Studien mit (z.B. nach Subgruppen, komorbiden Störungen) selegierten Stichproben; Fallberichte; Reviews *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- [über die verschiedenen Reviews hinweg sehr unterschiedlich] • **Vergleichsgruppen:** --- [über die verschiedenen Reviews hinweg sehr unterschiedlich] • **Störungsbilder:** u.a. ADHD; zudem: CD, ODD, Angststörungen, Depression • **Altersbereich:** bis 18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcomevariablen (ADHD-Kernsymptomatik, Sozialverhalten, schulisches Verhalten, Einsatz von Eltern- und Lehrerrating, Funktionsniveau, koexistierende Probleme/Störungen, familiärer Stress, Beobachtung im Klassenraum) • **Messzeitpunkte:** im Verlauf und nach Ende der Behandlung (Post-Treatment); z.T. Vorliegen von FU-Daten (4 Wochen bis 1 Jahr)	**Ergebnisse:** • *Zentrale Ergebnisse:* Vorliegen von Belegen für die Wirksamkeit von *Stimulantien* in der Behandlung der ADHD-Kernsymptomatik (und ihre Überlegenheit ggü. behavioralen Interventionen), zu einem geringeren Grad für die Verbesserung des Funktionsniveaus *behaviorale Therapie* erweist sich in ihrer Wirksamkeit auf ADHD-Kernsymptomatik und Funktionsniveau als begrenzt hilfreich (vgl. auch Abschnitt „methodische Aspekte": Variabilität der Studien!), scheint jedoch (als intensive Intervention) für ADHD-Patienten mit komorbider Angststörung hilfreich zu sein eine *Kombinationsbehandlung* scheint zusätzlich (zur Verbesserung der ADHD-Kernsymptomatik) das Funktionsniveau zu verbessern (z.T. auch verbesserte Ratings von Eltern/ Lehrern) und gleichzeitig die notwendige Medikamentendosis zu reduzieren • *Weitere Ergebnisse:* *Vergleichsstudien* zwischen verschiedenen Psychopharmaka (v.a. MPH, Amphetamine) können keine Überlegenheit einer Substanzklasse nachweisen; zwischen den verschiedenen Varianten einer Substanz scheinen ebenfalls keine Unterschiede zu bestehen *TZA:* Desipramin zeigt sich einem Placebo überlegen, für Imipramin ergeben sich uneindeutige Ergebnisse; eine Empfehlung für eine TZA-Behandlung kann nur dann ausgesprochen werden, wenn vorher mind. 2 Stimulantien nicht gegriffen haben oder das Kind ggü. Stimulantien-Medikation eine ungünstiges Nebenwirkungsprofil zeigt *Langzeitstudien* gehen über den gesamten Behandlungszeitraum hinweg mit Verbesserungen einher und belegen die Relevanz einer kontinuierlichen Behandlung • *Verträglichkeit:* die Nebenwirkungen der Stimulantien sind im Wesenlichen mild, vorübergehend und dosisabhängig • *Ergänzung (Atomoxetin):* Ergebnisse erster Studien weisen darauf hin, dass Atomoxetin die ADHD-Kernsymptomatik reduziert und zu einer Verbesserung des Funktionsniveaus beiträgt; die Wirkung auf die Kernsymptomatik und die Verträglichkeit sind der von MPH vergleichbar (mittlere ES); die Wirkung von Atomoxetin setzt etwas später ein (d.h. wird etwa nach einer Woche sichtbar), die Wirkdauer scheint länger zu sein (*eine* Tagesdosis erweist sich mglw. als ausreichend) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschung: Notwendigkeit vieler weiterer Studien; Bedarf an Studien zur Kombinationsbehandlung; Fehlen von Studien zu anderen Psychopharmaka (als MPH) • Praxis: ADHD erfordert als chronische Erkrankung langfristige Behandlung und Überwachung; Psychoedukation, die Beratung von Patient, Familie und Schule, die Entwicklung individueller Behandlungspläne, die Koordination und Zusammenarbeit der verschiedenen Dienste und die Ermutigung der Eltern, mit Eltern in ähnlicher Situation Kontakt aufzunehmen, sind wichtige und notwendige Ergänzungen zur „eigentlichen" Behandlung

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • Schwächen der Einzelstudien: es findet sich eine enorme Diversität der Outcome-Maße und Studiendesigns (was die Vergleichbarkeit der Studien sowie die Ableitung eindeutiger Schlüsse erschwert); zur jeweiligen Thematik liegen insgesamt nur wenige Studien vor; Vorliegen kleiner Stichprobengrößen; z.T. unzureichender Bericht wichtiger Aspekte des Studiendesigns; Fehlen von Langzeitstudien (mit Behandlungszeiträumen größer als 12 Wochen) zu Effektivität und Nebenwirkungen; RCT-Studien erweisen sich als unzureichendes Studiendesign zur Entdeckung seltener unerwünschter Nebenwirkungen (wie z.B. Leberversagen bei Pemolin); es zeigt sich eine erschwerte Vergleichbarkeit verschiedener Substanzklassen aufgrund des Fehlens von Studien zu anderen Substanzen als MPH; geringe methodische Qualität vieler Studien; z.T. findet sich eine Einschränkung der Outcome-Kriterien auf nur wenige Bereiche (Fokussierung auf die ADHD-Kernsymptomatik vs. keine Erhebung anderer Funktionsbereiche, koexistierender Störungen); Vorliegen einer unterschiedlichen Datenqualität für pharmako- vs. psychotherapeutischen Studien: bei psychotherapeutischen Studien zeigt sich eine hohe Variabilität in Bezug auf die eingesetzten Interventionen (Interventionsansatz, Therapiedauer, Intensität, Schwerpunktsetzung, Therapiekosten) und den Umfang ihrer Beschreibung, dies reduziert die Wahrscheinlichkeit für den Erhalt hoher Effektstärken

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Esser & Ballaschk, 2005** Esser, G. & Ballaschk, K. (2005). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Forschungsstand und Perspektiven. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 26 (Sonderheft 1),* 19-39. * die Angaben beziehen sich (bis auf die Aspekte Bereich und Inhalt) auf die Arbeit von Esser & Sell (2003)	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:**</u> • **Zeitraum:** 1993-1999 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über internationale und deutschsprachige empirische Ergebnisse zur Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter • **Eingeschlossene Studien:** 43 kontrollierte Studien (39 Studien zu kognitiv-behavioralen Verfahren, 4 Studien zu nicht-behavioralen Therapien), davon 12 Studien zu unterkontrollierten Störungen • **Explizite Ausschlusskriterien:** Fehlen einer unbehandelten KG <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:**</u> • **Behandlungsdauer:** 3-46 Stunden • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=unbehandelte KG) • **Störungsbilder:** verschiedene über- und unterkontrollierte Störungen (u.a. Angststörungen und Phobien, Prüfungsangst, Depressionen, oppositionell-deviantes Verhalten, dissoziale Störungen, Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung • **Altersbereich:** 3-17 Jahre (M=10.5 Jahre) • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • Darstellung der Ergebnisse von Casey & Berman, 1985; Weisz et al., 1987; Kazdin et al., 1990; Weisz et al., 1995; Esser & Sell, 2003 • *Spezifische Ergebnisse zu ADHD:* für „Disziplinprobleme“ (1 Studie) findet sich eine große ES, für „Aufmerksamkeitsstörung“ (1 Studie) und „Aufmerksamkeitsdefizit/-Hyperaktivitätsstörung“ (1 Studie) finden sich sehr große ES • *allgemein (über alle Störungsbilder hinweg):* insgesamt liegen mittlere bis große ES vor; die Ergebnisse weisen auf eine höhere Effektivität behavioraler Verfahren im Vergleich zu nicht- behavioralen Verfahren hin; signifikant höhere ES liegen für unterkontrollierte im Vergleich zu überkontrollierten Störungen vor; geringe ES zeigen sich bei den kombinierten emotionalen und dissozialen Störungen; in der Kinder- und Jugendpsychotherapie können ähnliche Effekte erzielt werden wie in der Erwachsenentherapie; Forschungsfokus war zuletzt v.a. die Weiterentwicklung der Psychotherapien für unterkontrollierte Störungen und der Kindertherapien (im Sinne eines Nachholeffekts ggü. der zuvor schwerpunktmäßig beforschten Behandlung von Jugendlichen); Moderatoren wie Alter, Geschlecht und Schweregrad der Störung scheinen kaum einen Einfluss auf den Behandlungserfolg zu haben **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* die Wirksamkeit für Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ist für die nicht-behavioralen Methoden (klientenzentriert, einsichtsorientiert, Diskussionsgruppen) noch nicht ausreichend belegt; ein Mangel an Effektivitätsstudien herrscht insbesondere für psychoanalytische, tiefenpsychologische, eltern- und familienorientierte Therapiekonzepte; die Verhaltenstherapie ist gegenwärtig das am häufigsten wissenschaftlich untersuchte Therapieverfahren (abgesehen von dern unzureichenden Evidenzsituation für Intelligenzminderung, hirnorganische Störungen und Entwicklungsstörungen) • *allgemein*: im deutschen Sprachraum liegen systematische empirische Evaluationen nur in begrenztem Maße vor -> tendentiell decken sich die Ergebnisse mit den Resultaten international publizierter Effektivitätsstudien • Forschung: Notwendigkeit einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Forschern und Klinikern; Notwendigkeit der Annäherung von Therapieforschung an die klinische Praxis: Einbezug von komorbiden Störungsbildern; Bedarf an einer größeren Zahl von Outcome-Maßen; Notwendigkeit einer Manualisierung und Modularisierung der in der Praxis verwendeten Verfahren; Bedarf an Studien zur Gegenüberstellung von Kurzzeit- vs. Langzeitverfahren; Notwendigkeit einer systematischeren Untersuchung von Einzelkomponenten; Bedarf an Forschung zu nicht-behavioralen Verfahren; Bedarf an Studien zur Verbesserung der (bislang unzureichenden) Evidenzsituation der Verhaltenstherapie für Intelligenzminderung, hirnorganische Störungen und Entwicklungsstörungen; Bedarf an systematischen empirischen Evaluationen im deutschen Sprachraum; Bedarf an „effectiveness“-Studien mit hoher methodischer Qualität

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • Schwächen: Problematik der fehlenden Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf den therapeutischen Alltag -> nicht-repräsentatives Klientel, Ausschluss komorbider Störungen, Beschränkung des Behandlungsfokus auf das zentrale Problem, Problematik der zwischen Studien- und Praxistherapeuten vorliegenden Unterschiede (im Vorfeld der Studie Durchführung eines spezifischen Behandlungstrainings für Studientherapeuten; höhere Belastung durch die klinische Arbeit bei den Versorgungstherapeuten; im Studiensetting meist Kurzzeitbehandlungen von 8-10 Wochen, zu kurze FU-Zeiträume, zu selten Einbezug von Bezugspersonen, v.a. Durchführung von Gruppentherapien, Wirksamkeit von Einzelkomponenten ist oft unbekannt)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Johnson & Safranek, 2005** Johnson, L.A. & Safranek, S. (2005). What is the most effective treatment for ADHD in children? *The Journal of Family Practice, 54 (2),* 166-168.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum: ---** • **Bereich:** Psychologisch-psychosziale Intervention, Pharmakotherapie, Kombinationsbehandlung • **Inhalt:** Effektive Behandlungsansätze bei Kindern mit ADHD • **Eingeschlossene Studien:** --- [u.a. mehrere RCT-Studien und mind. 3 Meta-analysen] • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer: ---** • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** u.a. ADHD, Tics • **Altersbereich:**--- [ca. 7-18 Jahre] • **Abhängige Variablen:** --- [ADHD-Symptomatik, Nebenwirkungen, schulische Leistungen, soziale Fertigkeiten, Angst, Aggression, oppositionelles Verhalten] • **Messzeitpunkte:** --- [u.a. nach Behandlungsende (Post-Treatment)] Der Terminus „SOR" („strength of recommendation") wird nicht weiter definiert.	**Ergebnisse:** *Bericht der Evidenzniveaus für verschiedene Behandlungsansätze:* • *Stimulantien:* A [SOR] bei Stimulantien-Medikation handelt es um den effektivsten Ansatz zur Behandlung von ADHD: Vorliegen signifikanter Symptomverbesserungen (ES: 0.8) und mäßiger Verbesserungen in Bezug auf die schulische Leistung (ES: 0.4-0.5); es findet sich eine „Responder"-Rate von 70% • *Non-Pharmakotherapie* (behaviorale Therapie, Interventionen im Schulsetting, Familientherapie): B [SOR] Non-Pharmakotherapie erweist sich als nicht so wirksam wie Stimulantien-Einsatz; mglw. ergeben sich jedoch zusätzliche mäßige Behandlungsgewinne bei Hinzunahme psychologisch-psychosozialer Interventionen zusätzlich zu einer Medikation • *Atomoxetin:* A [SOR] Atomoxetin geht mit einer Verbesserung der ADHD-Symptomatik einher • *Kombinierte medikamentöse Behandlung:* A [SOR] bei Rückgriff auf eine kombinierte medikamentöse Behandlung ergibt sich im Wesentlichen kein Vorteil ggü. alleinigem Stimulantien-Einsatz – außer dann, wenn Komorbidität vorliegt • *MPH und Clonidin:* B [SOR] eine kombinierte medikamentöse Behandlung mit MPH und Clonidin führt zu einer Verbesserung der Symptomatik bei Kindern mit ADHD und Tic-Störung • *Clonidin:* B [SOR] bei alleiniger Anwendung findet sich für Clonidin eine geringere Wirksamkeit; zudem zeigt sich das Vorliegen signifikanter Nebenwirkungen; für Clonidin liegen kleinere ES als für die Gruppe der Stimulantien vor • *Weitere Ergebnisse:* *-> Kosten:* MPH geht mit den relativ niedrigsten, Atomoxetin mit den relativ höchsten Kosten einher *-> Zusammenfassung der MTA-Studie:* für Pharmakotherapie und Kombinationsbehandlung findet sich eine vergleichbare Verbesserung der ADHD-Symptomatik; durch eine Kombinationsbehandlung ergeben sich zusätzlich leichte Verbesserungen in anderen Kriterienbereichen *-> allgemein:* eine höhere Medikamentendosis, häufigere FUs und ein regelmäßiger Kontakt zur Schule sind wichtige Aspekte einer erfolgreichen Behandlung

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Ergebnisse (Fortsetzung): -> *Nebenwirkungen:* die Nebenwirkungen im Rahmen von Stimulantien-Medikation sind meist mild und von kurzer Dauer: für Stimulantien und Atomoxetin liegen vergleichbare Nebenwirkungen vor, jedoch bei leichtem Ansteigen von Blutdruck und Puls unter Atomoxetin-Behandlung; der Einsatz von Clonidin, Pemolin und TZA (als Medikamenten der zweiten Reihe) geht vermutlich mit schlimmeren Nebenwirkungen einher, zudem findet sich diesbezüglich eine schlechtere Datenlage **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Stimulantienmedikation erweist sich für ADHD als effektivster Behandlungsansatz • Weitere Behandlungsempfehlungen für Kliniker: Entwicklung eines Behandlungsverständnis von ADHD als „chronischer Krankheit“; Notwendigkeit einer persönlichen Zusammenarbeit mit Eltern, Kind und Schule zur Vereinbarung spezifischer Behandlungsziele; Rückgriff auf Stimulantien oder behaviorale Therapie als Behandlungsoptionen; sprechen Patienten bei höchstmöglicher Dosis nicht auf ein Stimulans an, sollte als nächstes auf ein anderes zurückgegriffen werden -> erbringt auch dieser Therapieversuch nicht den entsprechenden Behandlungserfolg, sollten Diagnose, Behandlungsoptionen, „Adherence“ oder Rahmenbedingungen/Komorbidität nochmals überdacht werden; Notwendigkeit regelmäßiger Follow-up-Termine, um ein regelmäßiges Monitoring von Fortschritten und Nebenwirkungen zu gewährleisten • Forschung: Fehlen von Langzeitstudien zum Einfluss von Medikation auf das Wachstum; Notwendigkeit von methodisch hochwertigen RCT-Studien zur Erfassung von NW (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte“); Bedarf an Studien zu TZA, Pemolin und Clonidin (vgl. Abschnitt „Ergebnisse“) **Methodische Aspekte:** • Schwächen: v.a. Vorliegen von Studien mit Jungen, jüngeren Kindern und kurzer Behandlungsdauer; demgegenüber findet sich eine geringe Berücksichtigung von Minderheiten; Problematik einer unzureichenden Kontrolle von vorliegender Komorbidität (obwohl bei 65% der Kinder komorbide Störungen vorliegen); Problematik einer z.T. unzureichenden statistischen Power von RCT-Studien in der Erfassung seltener Nebenwirkungen (diesbezüglich eignen sich große Beobachtungsstudien vermutlich besser)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Schneider, 2005** Schneider, S. (2005). Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 26 (3),* 305-316.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über den aktuellen Wissensstand der Therapieforschung mit Kindern und Jugendlichen und Aufzeigen von Zukunftsperspektiven • **Eingeschlossene Studien:** --- • **Explizite Ausschlusskriterien:**--- *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** --- (vgl. Angaben zu Beelmann et al., 2003) • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- (vgl. Angaben zu Beelmann et al., 2003)	**Ergebnisse:** • Darstellung der Ergebnisse von Weisz et al., 1995; Beelmann & Schneider, 2003; Chambless & Ollendick, 2001 • Weisz et al. (1995): behaviorale Interventionen weisen mittlere bis große ES auf und sind nicht-behavioralen, einsichtsorientierten und klientenzentrierten Interventionen überlegen • Beelmann et al. (2003): für die Gruppe der Angststörungen ergeben sich die größten ES beim Einsatz behavioraler Interventionen, insbesondere beim Rückgriff auf verhaltensmodifikatorische Verfahren (Überlegenheit ggü. Entspannungsverfahren, (teil-)stationärer Behandlung, nicht-behavioralen Ansätzen) • Chambless et al. (2001): empirisch validierte Therapien sind teilnehmendes Modelllernen, massierte Exposition (bei Schulphobie) und Kontingenzmanagement (Exposition mit operanter Verstärkung) • *allgemein:* bislang können nur verhaltenstherapeutische Interventionen die erfolgreiche Behandlung der wichtigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter nachweisen; für viele der bereits in der Praxis angewandten Verfahren fehlt nach wie vor der empirische Wirksamkeitsnachweis **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschung: Notwendigkeit von „effectiveness"-Forschung im Sinne einer Erfassung der „Wirksamkeit von Psychotherapie in der Routinepraxis" (Weiss et al., 1999, 2000); Berücksichtigung der Problematik des „Publikationsbias" als selektiver Publikationspolitik positiver Resultate (Whittington et al., 2004; McLeod & Weisz, 2004) • Ausblick: Notwendigkeit einer engen Vernetzung von Forschung und Praxis im Sinne des Roth & Fonagy-Modells (1996) **Methodische Aspekte:** • **---**

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Sevecke et al., 2005** Sevecke, K., Battel, S., Dittmann, R., Lehmkuhl, G. & Döpfner, M. (2005). Wirksamkeit von Atomoxetin bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS. Eine systematische Übersicht. *Nervenarzt, 77,* 294-308.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- [2001-2003] • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Übersicht über Wirksamkeit (Wirkung, Wirkdauer), Verträglichkeit und Nebenwirkungen von Atomoxetin, u.a. bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** insgesamt 14 (offene und kontrollierte) Studien (z.T. Vorliegen von RCT-Studien) • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 6-104 Wochen • **Vergleichsgruppen:** v.a. EG vs. KG • **Störungsbilder:** ADHD, z.T. komorbide Störungen (Tics, Tourette, Angst, Depression) • **Altersbereich:** 6-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (ADHD-Symptomatik, allgemeiner klinischer Eindruck, biologische Variablen, soziales/familiäres/schulisches Funktionsniveau, affektive Symptomatik, Angst, gesundheitsbezogene Lebensqualität) • **Messzeitpunkte:** z.T. nach Behandlungsende (Post-Treatment); z.T. Vorliegen von Langzeitstudien (bis zu 2 Jahren)	**Ergebnisse:** • *Effektivität:* Atomoxetin erweist sich im Hinblick auf die Reduktion von Impulsivität, Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörung einem Placebo kurz- und langfristig als überlegen; es gibt Hinweise auf eine ähnlich gute Wirksamkeit wie für Methylphenidat (ES von ca. 0.70; mittlere ES) die Wirksamkeit von Atomoxetin scheint relativ gleichmäßig über den Tag verteilt zu sein, so dass eine einmal tägliche Verabreichung für die meisten Patienten auszureichen scheint; insgesamt werden niedrige Abbruchraten (3-5%) und geringe „Nonresponder"-Raten (ca. 10%) berichtet • *Verträglichkeit:* im Regelfall wird Atomoxetin gut vertragen; die am häufigsten geschilderten Nebenwirkungen sind Appetitminderung, Abdominalbeschwerden, Müdigkeit und Schwindel; diese Nebenwirkungen werden jedoch als mild eingestuft und treten v.a. bei Therapiebeginn auf • *weitere biologische Aspekte:* Effekte auf das Körperwachstum scheinen (im Zeitraum von 2 Jahren) nicht vorzuliegen, z.T. werden leichte Gewichtszunahmen berichtet; Organtoxizität und Todesfälle wurden nicht beobachtet; Atomoxetin führt zu einem geringfügigen, klinisch unbedeutenden Anstieg des kardiovaskulären Tonus (Herzschlagrate, diastolischer Blutdruck) • *komorbide Erkrankungen:* Atomoxetin führt zu einer Verbesserung von komorbider Tic-/Tourette-Störung und scheint auch als Monotherapie bei ADHD und komorbider Angststörung/Depression wirksam zu sein **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* mit Atomoxetin scheint eine vielversprechende Substanz zur Behandlung von ADHD bei Kindern und Jugendlichen vorzuliegen; zudem gehört Atomoxetin nicht zu den Stimulantien und unterliegt somit nicht den Bestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes gerade angesichts der bei Methylphenidat z.T. vorliegenden Probleme (Nebenwirkungen, Nichtansprechen einiger Patienten, Rebound-Effekte, niedrigere Responserate bei ADHD plus komorbider Störung) und den bei Alternativpräparaten (TZA, Pemolin) z.T. vorliegenden schweren Nebenwirkungen scheint es sich um eine gute Behandlungsalternative zu handeln trotz der relativ guten Studienlage ist die Frage nach der relativen Wirksamkeit von Atomoxetin im Vergleich zu Methylphenidat noch nicht abschließend geklärt, ebenso wie die Frage nach der Wirksamkeit von Atomoxetin bei Methylphenidat-"Nonrespondern" • Forschung: Bedarf an Studien mit einem Behandlungszeitraum von mehr als 2 Jahren (Erfassung der Langzeitwirkung bzw. unerwünscher Langzeitereignisse) **Methodische Aspekte:** • Schwächen: Fehlen von Studien mit einem Behandlungszeitraum von mehr als 2 Jahren

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Valdez et al., 2005** Valdez, C.R., Carlson, C. & Zanger, D. (2005). Evidence-Based Parent Training and Family Interventions for School Behavior Change. *School Psychology Quarterly, 20 (4),* 403-433.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** vor 2003 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über evidenzbasierte Elterntraings und Familieninterventionen zur Veränderung des kindlichen Verhaltens im Schulsetting • **Eingeschlossene Studien:** über alle Störungsbilder hinweg insgesamt 24 Studien (19 Elterntrainings, 5 Familieninterventionen), davon 6 Studien zu ADHD • **Explizite Ausschlusskriterien:** andere Thematik (als Durchführung in der Schule, schulbezogene Behandlungskomponente, Einschluss von Messinstrumenten zur Erhebung der Veränderung schulischen Verhaltens); Studien zu universeller Prävention; anderes Störungsbild; Einzelfallberichte; kein Bericht von mind. einer schulbezogenen Outcome-Variable; unveröffentlichte Studie *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- [im Allgemeinen: ca. 8-20 Sitzungen] • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=alternative Behandlungsansätze/-bedingungen, Medikation, Kombinationsbehandlung, Warteliste, Routinebehandlung) • **Störungsbilder:** ADHD, Verhaltensstörungen (CD, ODD), Substanzmissbrauch, psychiatrische Notfälle, Angststörungen, Depression • **Altersbereich:** 5-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (entsprechend der Outcome-Bereiche: Zielverhalten, familiäres Funktionsniveau, schulisches Funktionsniveau, sekundäre Outcome-Maße) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); zumeist FU (1 Monat – 2 Jahre)	**Ergebnisse:** • *allgemein:* insgesamt finden sich mehr Studien zur Effektivität von Elterntrainings als zur Wirksamkeit von Familieninterventionen; Elterntrainings, behaviorale Familieninterventionen (v.a. bei Kindern und in der Frühpubertät) und multidimensionale systemische Interventionen (v.a. bei Jugendlichen) werden v.a. zur Behandlung von Verhaltensproblemen (ADHD, CD) angewendet; bei einem Drittel der Studien werden die Interventionen oder zumindest ein Behandlungsbaustein im Rahmen der Schule durchgeführt; insgesamt finden sich fast ausschließlich im weitesten Sinne behaviorale Interventionen; Kombinationsbehandlungen (eltern- und kindfokussierte Interventionen) sind einzelnen Bausteinen (eltern- oder kindfokussierte Intervention) in der Regel überlegen • zum Behandlungsende zeigen vier der 24 Studien große ES in Bezug auf Veränderung des Zielverhaltens und schulischen Funktionsniveaus (1 Studien davon ist dem Bereich der Angststörungen zuzuordnen, 3 Studien dem Bereich der Verhaltensstörungen); für die Studien aus dem Bereich der Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen liegen fast ausschließlich „null findings“ vor **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* trotz des bestehenden Zusammenhangs zwischen familiärem Umfeld und schulischem Verhalten sind Elterntrainings/Familieninterventionen im Rahmen von Schule eher ungewöhnlich; die (potentielle) Generalisierung des in Eltern-/Familieninterventionen Gelernten aufs schulische Setting wird bei Studien bislang nur unregelmäßig erhoben; ausgehend von der oft ohnehin kurzen Behandlungsdauer (8-20 Sitzungen) ist die erfolgreiche Durchführung von Eltern- und Familieninterventionen im Schulsetting als herausfordernd einzuschätzen • Forschung: Notwendigkeit, vorhandene Defizite (vgl. vorangegangene Abschnitte; keine Erhebung von Generalisierungseffekten) zu beheben; Notwendigkeit, bei familienfokussierten Interventionsstudien auf für die verschiedenen öffentlichen Schulen repräsentative Stichproben zurückzugreifen; Notwendigkeit, Generalisierbarkeit (klinische Nützlichkeit und Effektivität) der Interventionen für verschiedene ethnische und sozioökonomische Gruppen bzw. verschiedene Settings (u.a. Schule!) zu überprüfen; Notwendigkeit, ethnische, kulturelle und sozioökonomische Aspekte auch bei der Programmentwicklung zu berücksichtigen; Bedarf an Vergleichsstudien (verschiedene Behandlungsansätze innerhalb eines theoretischen Konzepts; ähnliche Behandlungsansätze über verschiedene theoretische Konzepte hinweg); Beantwortung der Frage nach der (kosten-)effektivsten Behandlungsvariante (für verschiedene Gruppen und Probleme); Notwendigkeit der häufigeren Erhebung von schulbezogenen Outcome-Maßen; Bedarf an regelmäßigen Updates zum Stand der Evidenzbasierung von eltern-/familienfokussierten, schulbasierten Interventionen • Praxis: Notwendigkeit, Eltern-/Familieninterventionen häufiger im schulischen Setting durchzuführen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • Schwächen: z.T. Vorliegen einer unzureichenden Datengrundlage (bei 9 Studien war keine ES-Berechnung möglich); z.T. Fehlen von Informationen zur Nationalität der Patienten; insgesamt wenige Studien zu nicht-behaviorale Interventionen; Mängel und große Variabilität in der Qualität des Studiendesigns (z.B. Fehlen von Berechnung und Bericht der ES; fehlende Kontrolle von mglw. relevanten Interaktionen; Designs erweisen sich als unzureichend, um solche Behandlungsbausteine zu identifizieren, die in besonderer Weise mit den Outcomes in Zusammenhang stehen; Fehlen von Replikationsstudien mit wiederholter Erhebung des schulischen Funktionsniveaus); z.T. mussten Studien aufgrund eines fehlenden schulbezogenen Outcome-Maßes ausgeschlossen werden, obwohl sie die Wirksamkeit der Intervention belegen (Studien zu ADHD erheben z.B. vermehrt schulbezogene Outcome-Maße; die Erhebung von schulbezogenen Outcome-Maßen ist bei Wirksamkeitsstudien zu Elterntrainings ansonsten eher uncharakteristisch), was mögl. Unterschiede ggü. den Ergebnissen anderer Studien erklären kann; auch unveröffentlichte und aktuellere Studien wurden ausgeschlossen • Stärken: viele Studien schließen ethnische Minderheiten ein; im Allgemeinen findet sich eine gute Qualität des Studiendesigns: z.T. geht die Durchführung der Behandlung mit einem enormen Aufwand einher (wie z.B. bei MST); Vorliegen von Randomisierung; Einschluss einer KG oder Vergleichsgruppe; Vorliegen einer Äquivalenz von EG und KG; Rückgriff auf reliable und valide Outcome-Maße; Rückgriff auf Manuale und Methoden, die Compliance des Therapeuten bzgl. der Intervention sicherstellen; Anwendung angemessener statistischer Analysen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Weisz et al., 2005** Weisz, J.R., Jensen-Doss, A. & Hawley, K.M. (2005). Youth Psychotherapy Outcome Research: A Review and Critique of the Evidence Base. *Annual Review of Psychology*, *56,* 337-363.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1962-12/2002 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Quantitative methodologische Analyse und Review aller methodisch akzeptablen, veröffentlichten, *psychotherapeutischen* RCT-Studien zu den vier Hauptstörungsbildern • **Eingeschlossene Studien:** 236 RCT-Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine klinische Studie; nicht-englische Veröffentlichung; Fehlen einer Kontrollgruppe (=Warteliste, keine Behandlung, Placebo, keine aktive Behandlung); anderes Störungsbild (als eines der 4 Hauptstörungsbilder; Studie zu psychopharmakologischer Medikation (da ausschließlich Review zu Psychotherapien); Fehlen der Angaben zu Post-Treatment-Werten <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Warteliste, keine Behandlung, Placebo, keine aktive Behandlung) • **Störungsbilder:** Verhaltensstörungen, Angststörungen, depressive Störungen, ADHD • **Altersbereich:** 3-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** --- [Analyse verschiedener Studiencharakteristika: Charakteristika der Stichprobe; Erhebung des Diagnosestatus; Berücksichtigung therapienaher/-ferner Veränderungsbereiche; Auswahl der Outcome-Variablen (Quelle, Selbst-/Fremdbericht); untersuchte Behandlungsansätze; Behandlungsintensität; durchschnittliche Stichprobengröße (EG, KG); Art der Kontrollgruppe; klinische Repräsentativität (Probanden, Therapeuten, Setting)] • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** *allgemein:* • *Analyse verschiedener Stichprobencharakteristika:* Fehlen von Angaben zu Nationalität (in 60% der Studien) und sozioökonomischem Status (72% der Studien); damit einhergehend Fehlen von Berechnungen zu Moderatoren des Therapieerfolgs • *Bestimmung des Diagnosestatus:* in 75% der Fälle ist das Erfüllen der Diagnosekriterien keine Voraussetzung für eine Studienteilnahme (in den Fällen, in denen das Vorliegen einer ICD-/DSM-Diagnose Einschlussvoraussetzung ist, wird jedoch häufig nicht auf eine standardisierte Diagnoseerhebung zurückgegriffen); in 80% der Fälle findet zudem kein Rückgriff auf Cutoff-Kriterien statt • *Durchschnittliche Stichprobengröße (EG, KG):* häufiges Vorliegen einer zu geringen Stichprobengröße (N=22 statt N=50 als Grundlage für eine adäquate statistische „Power“) • *Art der Kontrollgruppe:* Fehlen von aktiven Kontrollgruppen und herkömmlichen Behandlungsansätzen als Kontrollgruppe (anstelle von Warteliste, keiner Behandlung) • *Untersuchte Behandlungsansätze:* Überwiegen von Studien zu lernbasierten statt einsichtsbasierten Interventionen; Jugendliche sind deutlich häufiger im Fokus als ihre Eltern; individuelle Behandlung und Gruppentherapie kommen gleich häufig vor; häufiges Fehlen von Begleitmanualen, vorherigen Trainings und Supervision • *Klinische Repräsentativität:* nur 1% der Studien sind in Bezug auf die 3 Dimensionen „Probanden, Therapeuten und Setting“ klinisch repräsentativ; somit besteht ein enormes Defizit an externer Validität; zudem Fehlen von Angaben zu Therapeutenstatus und Setting • *Auswahl der Outcome-Variablen:* gelungene Methodenvielfalt bei der Datenerhebung (verschiedene Quellen, Ausgewogenheit von Selbst- und Fremdbericht, verschiedene Verfahren) • *Berücksichtigung der Veränderungsbereiche:* die Vielzahl der für die Auswahl von Outcome-Variablen in Frage kommenden Veränderungsbereiche (therapienah, therapiefern, funktionell, Auswirkungen auf die Umwelt, Zufriedenheit) sollte stärkere Berücksichtigung finden **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • die Implikationen für Forschung und Praxis ergeben sich aus den im vorangegangenen Abschnitt (vgl. Abschnitt „Ergebnisse“) geschilderten Stärken und Defiziten **Methodische Aspekte:** • **---**

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Windaus, 2005** Windaus, E. (2005). Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 54,* 530-558.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Übersicht über Wirksamkeitsstudien im Bereich tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie • **Eingeschlossene Studien:** 21 z.T. kontrollierte Studien, 6 umfangreiche Katamnesen [zudem Hinweis auf einige noch in der Pilotphase befindliche bzw. noch nicht ganz abgeschlossene Studien] • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** affektive Störungen, depressive Störungen, neurotische Störungen, Anpassungsstörungen, komplexe emotionale Störung mit Depressionssyndrom, emotionale Störungen, Angststörungen, emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit, Verhaltensstörungen, Kinder mit starker emotionaler Deprivation; Kinder mit expansiven (Verhaltens-)Störungen • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • *Entwicklung der analytischen Wirksamkeitsforschung* (deutschsprachige und internationale Arbeiten): Details zu dieser Thematik sind dem zu entnehmen • *allgemein:* im Vergleich zu anderen Psychotherapieverfahren besteht bei der analytischen Kinder- und Jugendlichentherapie ein Rückstand in der empirischen Forschung: 21 psychoanalytische Evaluationsstudien und 6 Katamnesen stehen weltweit 1500 Studien anderer Psychotherapieverfahren gegenüber; somit liegt ein krasses Missverhältnis zwischen praktischer Verbreitung und wissenschaftlicher Fundierung vor; die analytischen Verfahren werden aufgrund ihres geringen Forschungsvolumens und der dürftigen Befunde in der Öffentlichkeit z.T. recht negativ bewertet; zudem wächst der Druck, auch den Anforderungen des wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zu genügen; demgegenüber liegt die Verhaltenstherapie bzgl. ihrer Evidenzbasierung weit vor den anderen Psy-chotherapieverfahren; diese gute Forschungslage für die Verhaltenstherapie schlägt sich auch in den Empfehlungen von Ärzten, der Entwicklung von Leitlinien etc. nieder • *Verhaltensstörungen (F90-F92, F94, F98) mit Beginn in der Kindheit und Jugend und Tic-Störungen (F95):* Vorliegen von ca. 8 Studien (davon eine störungsspezifische Studie): für diesen Anwendungsbereich liegen 5 Studien mit eingeschränktem Wirksamkeitsnachweis vor; die beiden (darüber hinaus vorliegenden) kontrollierten Studien sind als methodisch adäquate Studien als Wirksamkeitsnachweis zu bewerten **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* die vorhandenen Studien (v.a. die neueren Studien, die eine Kombination aus Warte-KG-Design und naturalistischer Feldabbildung darstellen) belegen die Wirksamkeit analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unter Versorgungsbedingungen; auch die vorliegenden Katamnesen bilden die Behandlungsrealität unter Versorgungsbedingungen naturalistisch gut ab die störungsspezifischen [4] Studien zu depressiven, Angst- und Verhaltensstörungen belegen einzig und erstmalig, kontrolliert und naturalistisch die Wirksamkeit analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der ambulanten Versorgung in Deutschland • Forschung: die psychoanalytische Psychotherapieforschung muss zur Selbsterhaltung des Verfahrens und des Berufsstandes zu einem notwendigen Instrument werden; Bestehen der Notwendigkeit, eine Kooperation mit an Psychoanalyse interessierten Forschern an Universitäten/Hochschulen herzustellen und Wahrnehmen weiterer Aufgaben (wie Anwerben von Drittmitteln, Anmahnen von Verfahrensausgewogenheit bei der Vergabe von Forschungsgeldern, Durchführung von Vergleichsstudien „Verhaltenstherapie vs. Psychoanalyse“); Beforschung der Langzeitwirkung von Strukturumwandlungen und der Nachhaltigkeit des Effekts (als spezifischem, bedeutsamen Faktor psychoanalytischer Behandlungen; Notwendigkeit einer Evidenzbasierung als Rechtfertigung der höheren Stundenkontingente); trotz ambivalenter Haltung Notwendigkeit einer Orientierung an den Mindestanforderungen und Regularien für Wirksamkeitsstudien; Bedarf an Effektivitätsstudien im Labor *und* naturalistischen Studien; Notwendigkeit der Implementierung einer Forschungsstruktur im Bereich der Psychoanalyse (ggf. auch durch eine jährliche Forschungsumlage für die Mitglieder der Berufs-/Fachverbände)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • Schwächen der Einzelstudien: Fehlen differenzierter Angaben zu Stichprobencharakteristika; Fehlen von KG unbehandelter Patienten (z.T. nur Bericht von Prä-Post-ES); Vorliegen vieler Studien mit gemischtem Klientel; vielfach retrospektive Datenerhebung; z.T. Vorliegen einer nicht-adäquaten Randomisierung; unzureichende Beschreibung der Behandlung (trotz Manualisierung); Fehlen von Informationen über Therapeutenerfahrung; relativ niedriger Störungsgrad der Patienten; z.T. Vorliegen nicht abgrenzbarer Wirkfaktoren/Konfundierung von Einflussfaktoren; z.T. Durchführung unzureichender Diagnostik • [Weitere Schwächen: vollständig narrative, eher unübersichtliche Darstellung des Status quo im Rahmen des Reviews; Erhalt sehr breiter Störungsgruppen bei Untergliederung nach den vom Wissenschaftlichen Beirat festgelegten 8 Anwendungsbereichen (insgesamt Vorliegen nur weniger störungsspezifischer Studien und Angaben); Bericht der ES ohne dazugehörige Berechnungsformel] • Stärken der Einzelstudien: Durchführung der Outcome-Messung auf mehreren Ebenen; Rückgriff auf reliable und valide Messinstrumente mit altersspezifischer Normierung; Durchführung naturalistischer Studien; Vorliegen einer randomisierten Therapeutenzuweisung; z.T. Rückgriff auf Warteintervalle und Warte-KG; z.T. Vorliegen langer Katamnesezeiträume; z.T. Durchführung psychometrischer Vorstudien zur Normierung der Erfassungsinstrumente

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW & METAANALYSE : **Banaschewski et al., 2006** Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., Danckaerts, M., Döpfner, M., Faraone, S.V., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H.-C., Sonuga-Barke, E.J.S. & Taylor, E. (2006). Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *European Child and Adolescent Psychiatry, 15,* 476-495.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- [ca. 2001-2004] • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Langzeitwirksame Medikation zur Behandlung hyperkinetischer Störungen (Review und Leitlinien) • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von insgesamt 10 Studien (zur Berechnung von ES) und 6 Studien (zur Berechnung der „number-needed-to-treat"-Werte) • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; anderes Design (als doppelblind, placebo-kontrolliert); Studien, die a-priori die „Non-Responder" ausgeschlossen haben; Vorliegen einer unzureichenden Datengrundlage für die Berechnung von ES (d.h. kein Vorliegen von M und STD sowohl für die EG als auch für die KG) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** hyperkinetische Störungen, u.a. ADHD • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (ADHD-Symptomatik, Unaufmerksamkeit, Hyperaktiviät, Impulsivität) • **Messzeitpunkte:** u.a. nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • *Zentrale Ergebnisse (detaillierte Ausführungen: s. Originalartikel):* Langzeit-wirksame Varianten sind in der Behandlung von ADHD effektiv und bilden eine hilfreiche Ergänzung der klinischen Behandlungsmöglichkeiten; trotz der begrenzten empirischen Belege weisen die Ergebnisse darauf hin, dass ER-Stimulantien in ihrer Wirksamkeit mit einer Mehrfachdosis von IR vergleichbar sind; während die ES für ATX und Modafinil (als Nicht-Stimulantien) etwas kleiner sind als für ER-Stimulantien (mittlere bis große vs. mittlere ES), sind die Ergebnisse der NNT-Analyse für Stimulantien und ATX vergleichbar (als möglicher Grund hierfür wird die relativ höhere Effektivität der ER-Stimulantien ggü. ATX für stärker beeinträchtigte Patienten diskutiert)-> ATX erweist sich in der ADHD-Behandlung somit als effektives Pharmakon; die erhaltenen ES und NNT-Werte sind in ihrer Höhe mit denen anderer Psychopharmaka (für andere Störungen) vergleichbar für die verschiedenen Substanz(variant)en liegen bzgl. der (maximalen) Wirksamkeit unterschiedliche zeitliche Verläufe vor (so dass Pharmakokinetik/-dynamik der jeweiligen Substanz/-variante und die jeweiligen Bedürfnisse/Erfordernisse des Patienten aufeinander abgestimmt werden können); zwischen den beiden Substanzklassen (Stimulantien vs. Nicht-Stimulantien) finden sich unterschiedliche Nebenwirkungen, Risiken und Kosten; das Missbrauchspotential scheint insgesamt relativ niedrig zu sein (ATX geht mit dem relativ niedrigsten, Dexamphetamin mit dem relativ höchsten Missbrauchs-Risiko einher) während sich die ADHD-Behandlung im Erwachsenenalter bewährt, bedarf es bei der Anwendung im Vorschulalter großer Umsicht (im Normalfall sollte zunächst auf psychosoziale Interventionen zurückgegriffen werden) die Leitlinien beruhen auf den empirisch verfügbaren Belegen, einzige Ausnahme sind die Leitlinieninhalte, für die keine entsprechenden Studien vorliegen, in diesem Fall resultieren die Empfehlungen aus Erfahrungen in der klinischen Praxis ES dürfen in ihrer Bedeutung nicht überschätzt werden, liefern in der Behandlungsplanung jedoch einen wichtigen Anhaltspunkt • *weitergehende Empfehlungen (detaillierte Ausführungen: s. Originalartikel):* Langzeit-wirksame Präparate sollten verfügbar sein und genutzt werden, sollten jedoch die kurzzeit-wirksamen Präparate nicht ersetzen (Vorteile kurzzeit-wirksamer Präparate sind v.a. Flexibilität der Dosierung sowie geringere Kosten), die jeweilige Behandlung muss auf den Einzelfall abgestimmt werden generell sollten sowohl ATX als auch ER-Stimulantien eingesetzt werden, welche Substanzklasse im Einzelfall verschrieben wird, hängt dabei von verschiedenen Aspekten ab: -> soll die Behandlung mit einem langzeit-wirksamem Präparat begonnen werden, sollte zunächst auf ER-MPH, erst bei Nichtansprechen auf ATX zurückgegriffen werden; ATX ist nur dann Substanz der ersten Wahl, wenn komorbide Tics, Substanzmissbrauch oder Angststörungen vorliegen, eine starke persönliche, familiäre Präferenz von Nicht-Stimulantien artikuliert wird oder eine Notwendigkeit für eine stabile 24-Stunden-Wirkdauer gegeben ist -> wurde die Behandlung mit einem IR-Präparat begonnen, kann ein möglicher Shift zu einem ER-Präparat aus diversen Gründen (Vermeidung von Unbequemlichkeit oder Stigmatisierung in der Schule, bessere Compliance, reduziertes Missbrauchsrisiko) vorgenommen werden, zunächst bietet sich der Rückgriff auf ein ER-MPH-Präparat an

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Ergebnisse (Fortsetzung): -> leidet ein Kind unter ausgeprägten IR-MPH-Nebenwirkungen, würde im nächsten Schritt eine Umstellung auf ATX vorgenommen -> zeigt ein Kind auf IR-MPH keine Wirksamkeit, sollte (nach Abwägen der jeweiligen Vor- und Nachteile) entweder auf DEX oder ATX umgestellt werden • *weitere detaillierte Beschreibungen* zu Pharmakologie, zeitlichem Wirkprofil, klinischen Aspekten, Nebenwirkungen/Risiken der verschiedenen Substanzen und Empfehlungen bei Vorliegen von ADHD und komorbiden Störungen: s. Originalartikel **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschung: Vorliegen einer unzureichenden Datenlage für fast alle Bereiche (außer dem Vergleich von Medikament vs. Placebo über Symptomatik-Ratingskalen): Fehlen von Studien zur Effektivität in Bezug auf Lebensqualität; Bedarf an Nützlichkeitsstudien; Notwendigkeit von Head-to-Head-Vergleichen zwischen verschiedenen Substanzen; Bedarf an Studien zur Wirksamkeit für ADHD-Subtypen (hyperkinetische Störung, verschiedene komorbide Störungen); Notwendigkeit von „effectiveness"-Studien im Alltags-Setting; Notwendigkeit für ökonomische Analysen, z.B. zur Kosteneffektivität (im Sinne einer verbesserten Berücksichtigung von Effektivität *und* Kosteneffektivität für den klinischen Alltag); Bedarf an Studien zur langfristigen Verträglichkeit/Sicherheit der verschiedenen Substanzen; Bedarf an Studien zum Missbrauch verschriebener Substanzen bei Jugendlichen **Methodische Aspekte:** • Schwächen: ein Vergleich der ES aus verschiedenen Studien gestaltet sich schwierig bzw. muss mit Vorsicht vorgenommen werden -> trotz des Versuchs, die ES für unterschiedliche Subgruppen (Rater, Outcome-Bereiche) zu berechnen, liegt eine Vielzahl von konfundierenden Faktoren vor: es finden sich Unterschiede bzgl. Studiendesign (crossover vs. parallel; Labor- vs. Praxissetting), Outcome-Maßen, Bericht der Outcome-Maße (Differenzen vs. Post-Treatment-Werte), Ratern, Therapiedauer, Dosierungen (fix vs. optimal), diagnostischen Subgruppen, Alter, Geschlecht sowie Placebo-Lead-In-Phase (ja vs. nein); keine Erfassung von Lebensqualität als Outcome-Kriterium (bzw. Erhebung mit zu geringer statistischer Power); häufig Vorliegen von Studien mit zu kurzer Behandlungsdauer, um sichere Schlüsse ableiten zu können

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Corcoran & Dattalo, 2006** Corcoran, J. & Dattalo, P. (2006). Parent Involvement in Treatment for ADHD: A Meta-Analysis of the Published Studies. *Research on Social Work Practice, 16,* 561-570.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1970-2003 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Elterneinbezug in der ADHD-Behandlung (mit dem Ziel einer Vermeidung negativer Eltern-Kind-Interaktionen und einer Verbesserung der Selbstregulation des Kindes durch elterliche Unterstützung) • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von insgesamt 16 Studien: 13 RCT- und 3 Non-RCT-Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** unveröffentlichte Studie/Vortrag; nicht-englische Veröffentlichung; Fallstudien; Einzelfallberichte; andere Thematik (als Durchführung einer psychosozialen Intervention mit Elterneinbezug); unklare Beschreibung der Behandlung (wie „bei Bedarf Familientherapie"); Studien zu ausschließlich kindfokussierten Behandlungsansätzen; Fehlen einer Vergleichs-/Kontrollgruppe; Vorliegen einer für die Berechnung von Cohens d unzureichenden Datenlage *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** im Wesentlichen 7-18 Sitzungen (darüber hinausgehend liegt *eine* Studie mit 360 Sitzungen vor, d.h. M=32 Sitzungen) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (="Kontrollgruppe", „Vergleichsgruppe") • **Störungsbilder:** Kinder und Jugendliche mit (u.a.) ADHD (Vorliegen einer ICD-/DSM-Diagnose oder klinisch bedeutsamer Scores bei einem ADHD-Rating) • **Altersbereich:** 0-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcomevariablen (zu den Bereichen: internalisierende Probleme, externalisierende Probleme, ADHD-Symptomatik, soziale Kompetenz, familiäres Funktionsniveau, Selbstkontrolle, schulische Leistung); Erhebung über Eltern-, Kinder- und Lehrerrating • **Messzeitpunkte:** u.a. nach Behandlungsende (Post-Treatment) Untersuchte Moderatorvariablen: spezifisches Outcome-Maß; Behandlungscharakteristika -> Modalität, Sitzungsanzahl, Medikation/keine Medikation; Art des Studiendesigns -> Randomisierung, KG; zentrale Charakteristika des Studiendesigns -> Studienqualität, Stichprobengröße, Art von EG, KG und Vergleichsgruppe, FU, „Responder"-Rate der einzelnen Gruppen; demographische Merkmale der Stichprobe -> Nationalität, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Haushalts-Zusammensetzung	**Ergebnisse:** • *Zentrale Ergebnisse:* Outcome-Bereiche: die höchsten ES liegen für die Bereiche schulische Leistung, familiäres Funktionsniveau und Internalisierung vor (im Wesentlichen mittlere ES), kleine ES für Externalisierung und ADHD-Symptomatik, sehr kleine ES für den Bereich der sozialen Kompetenz (0.07) Ratings: die höchsten ES finden sich beim Lehrerrating (mittlere ES), kleine ES für das Elternrating, sehr kleine ES für das Kinderrating (0.11) als Gesamtwert (über alle Outcome-Bereiche und Ratings hinweg) ergibt sich eine kleine ES (0.42) • *Weitere Ergebnisse:* es zeigt sich eine große Heterogenität der Effektstärken die Fail-Safe-N-Analyse ergibt eine Anzahl von 264 Studien mit Null-Resultat • *Moderatorenanalyse:* größere ES für Zwei-Eltern-Haushalte (vs. Haushalte mit einem Elternteil); größere ES für ältere (vs. jüngere) Kinder; größere ES für Kinder aus Familien mit höherem sozioökonomischem Status -> die Zusammensetzung des Haushalts ist der stärkste Prädiktor, gefolgt von Alter (beide statistisch signifikant) und sozioökonomischem Status (nicht signifikant); keine der anderen untersuchten Moderatorvariablen ist signifikanter Prädiktor für den Therapieerfolg **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* insgesamt finden sich kleine bis mittlere Effekte der Interventionen mit Elterneinbezug, moderiert durch das Alter der Kinder sowie die Zusammensetzung des Haushalts; die Effekte des Elterneinbezugs auf ADHD-Kernsymptomatik und Externalisierung sind eher gering (d.h. andere Interventionen eigenen sich diesbezüglich besser); in Bezug auf Internalisierung und angrenzende ADHD-Problembereiche (vgl. Abschnitt „Ergebnisse") erweist sich der Elterneinbezug eher als wirksam • Wichtige Aspekte der Diskussion: die relativ kleinen ES für die Bereiche ADHD-Symptomatik und Externalisierung (ca. 0.40) sind größer als die aus früheren Studien berichteten Effekte von Elterntrainings, jedoch deutlich kleiner als die aus pharmakotherapeutischen Studien berichteten ES (ca. 0.50-0.80) demgegenüber finden sich bessere, mittlere ES für mit ADHD in Beziehung stehenden Problembereiche: Internalisierung (in 15-75% der Fälle liegen komorbide affektive Störungen vor); schulische Leistung, familiäres Funktionsniveau -> die beiden letzteren Bereiche werden jedoch nur in wenigen Studien erhoben, das Ergebnis hat somit vorläufigen Charakter und ist mit Vorsicht zu betrachten der Bereich der sozialen Kompetenz ist zwar ein häufig geschilderter Problembereich, scheint aber nicht auf Interventionen mit Elterneinbezug anzusprechen während sich für die Lehrerratings die höchsten ES finden, scheint die Zweckmäßigkeit von Fragebogen-Erhebungen bei Kindern in Frage gestellt

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): Empfehlung, auf gut etablierte Outcome-Maße mit direktem (theoretischem) Bezug zur jeweiligen Intervention zurückzugreifen Moderatorenanalyse: verglichen mit anderen Studien findet sich in Bezug auf den Einfluss des Alters auf die Höhe der ES ein konträres Ergebnis, jedoch ein vergleichbares Ergebnis in Bezug auf die Relevanz von Ein-Eltern-Haushalten auf den Therapieerfolg **Methodische Aspekte:** • Schwächen: Einbezug von lediglich 16 Studien in die Metaanalyse möglich aufgrund eines unzureichenden Berichts von relevanten Aspekten des Studiendesigns bzw. einer defizitären Ergebnisdarstellung im Rahmen der Einzelstudien (kein Bericht von ES, Vorliegen einer unzureichenden Datenlage für die Berechnung von ES, Fehlen von Informationen zu Design, Stichprobengröße, Details statistischer Tests, Erhebung, Outcome-Maßen, Messinstrumenten und Moderatorvariablen); mglw. liegt eine Verzerrung der Metaanalysen-Ergebnisse sowie eine eingeschränkte Generalisierbarkeit vor (z.B. ist ein Zusammenhang zwischen fehlenden Studiendaten und nicht-signifikanten Ergebnissen denkbar); es finden sich ausschließlich CBT-Studien: daraus ergibt sich das Problem der fraglichen Repräsentativität und Generalisierbarkeit der Ergebnisse fürs klinische Setting (aufgrund der fraglichen Verbreitung von CBT außerhalb des Labor-/Universitätssettings)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Faraone et al., 2006** Faraone, S.V., Biederman, J., Spencer, T.J. & Aleardi, M. (2006). Comparing the Efficacy of Medications for ADHD Using Meta-analysis. *Medscape General Medicine, 8 (4),* 4.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1979-2006 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Vergleich der Effektivität verschiedener Medikamente in der Behandlung von ADHD • **Eingeschlossene Studien:** 29 RCT-Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; anderes Studiendesign (als doppelblind, placebokontrolliert); unveröffentlichte Studien; Fehlen von ICD-/DSM-Diagnosekriterien als Diagnosegrundlage; Vorliegen einer Behandlungsdauer < 2 Wochen; Vorliegen einer unzureichenden Datengrundlage (d.h. kein Vorliegen von M und STD sowohl für die EG als auch für die Placebo-KG); Erhebung des kindlichen Verhaltens im Laborsetting; Stichprobengröße von N<20 entweder in der EG oder in der KG; anderer thematischer Schwerpunkt (z.B. Studie zur Ermittlung einer geeigneten Behandlungsdosis für die Praxis); Studien mit selegierten ADHD-Stichproben (z.B. gleichzeitiges Vorliegen einer geistigen Behinderung) <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** > 2 Wochen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** Kinder und Jugendliche mit (u.a.) ADHD • **Altersbereich:** M= ca. 8-15 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit, Impulsivität, oppositionelles Verhalten) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • Vorliegen von Studien zu 15 verschiedenen Substanzen; am häufigsten finden sich Studien zu MPH und Amphetaminen; vorgenommen wird eine Unterteilung in drei Klassen (kurzwirksame Stimulantien; langwirksame Stimulantien; Nicht-Stimulantien: ATX, Bupropion, Modafinil) • *Zentrale Ergebnisse:* hinsichtlich der Effektivität finden sich zwischen den 3 Substanzklassen bedeutsame Unterschiede, die auch nach Kontrolle der Studiendesign-Merkmale erhalten bleiben: die beiden Stimulantiengruppen unterscheiden sich nicht voneinander, sind in ihrer Wirksamkeit jedoch der Gruppe der Nicht-Stimulantien überlegen (große ES vs. mittlere ES); dieses Ergebnis ist mit den Resultaten früherer Studien kompatibel hinsichtlich des Studiendesigns finden sich zwischen den 3 Substanzklassen signifikante Unterschiede in Bezug auf die Parameter „Bericht von Differenzen vs. von Post-Treatment-Score“ und „Design (crossover vs. parallel)“; insgesamt zeigt sich in der Methodik der ADHD-Studien (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte“) eine bemerkenswerte Variabilität, die die Interpretation der Ergebnisse deutlich erschwert (problematisch ist das Fehlen von direkten Vergleichsstudien!) die ES für „crossover“-Designs sind größer als die für „parallel“-Designs; die ES für den Bericht von Post-Treatment-Scores größer als die für den Bericht von Differenzen; „crossover“-Designs werden ausschließlich bei Studien mit Stimulantien gewählt; zudem liegen oft breite Konfidenzintervalle vor, auch hieraus ergeben sich interpretative Schwierigkeiten • *Weitere Ergebnisse:* es findet sich eine signifikante *Interaktion* zwischen Substanzklasse und den vier gebildeten Strata (Kombination aus den beiden Parametern „parallel“-/“crossover“-Design und Bericht von Differenzen/Post-Treatment-Werten): vgl. Originalartikel es zeigt sich eine *Heterogenität* der ES innerhalb der Gruppe der langwirksamen Stimulantien, nicht jedoch in den beiden anderen Gruppen (kurzwirksame Stimulantien, Nicht-Stimulantien) es liegt kein *Publikationsbias* vor, weder für die Gesamtgruppe noch für die drei Substanzklassen **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* obwohl aufgrund der Heterogenität der Studien ein Vergleich unterschiedlicher Medikamente nicht möglich ist, lassen sich immerhin die verschiedenen Substanzklassen miteinander vergleichen; angesichts der methodischen Probleme sollten jedoch auch diese Schlussfolgerungen mit Vorsicht gezogen werden; ES sollten für den Kliniker nicht die einzigen Leitlinien zur Behandlungsauswahl sein, sind jedoch ein guter Anhaltspunkt • Forschung: Bedarf an direkten Vergleichsstudien für die verschiedenen Substanzen zur ADHD-Behandlung; Notwendigkeit, Behandlungen in ihrem zeitlichen Verlauf zu erheben (z.B. Erfassung des Zeitpunkts der höchsten vs. niedrigsten Wirksamkeit); Bedarf an Studien zur differentiellen Wirkdauer von Substanzen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • allgemein: die Vergleichbarkeit der Studien wird durch die vorliegende Heterogenität (in Bezug auf Studiendesign, Outcome-Maße) erschwert; die Heterogenität der Studien zeigt sich in Bezug auf verschiedene Parameter des Studiendesigns (Bericht von Differenzen vs. Post-Treatment-Scores*; Erhebung über Eltern- vs. Lehrer- vs. Kliniker-Rating; Erfassung von ADHD-Gesamtsymptomatik vs. Hyperaktivität/Impulsivität vs. Unaufmerksamkeit; „crossover“- vs. „parallel“-Design*; Placebo-Lead-In-Phase: ja vs. nein; Ausschluss von „Non-Respondern“ im Vorfeld der Studie: ja vs. nein; Verabreichung einer optimalen vs. fixen Dosis; ADHD-Subtypen, Geschlecht, Alter); potentiell vorliegende Verzerrungen der ES (aufgrund des heterogenen Studiendesigns) müssen beim Wirksamkeitsvergleich verschiedener Studien miteinander unbedingt kontrolliert werden • weitere Schwächen: in den Einzelstudien wurden nicht alle potentiell konfundierenden Variablen erhoben, diese stehen im Rahmen der Metaanalyse somit nicht zur Verfügung; insofern besteht die Möglichkeit, dass zwischen den einzelnen Substanzklassen weiterhin nicht-kontrollierte methodologische Differenzen vorliegen und die Ergebnisse/ Schlussfolgerungen verzerren; aufgrund der unzureichenden Datengrundlage ergibt sich ebenfalls keine Möglichkeit, die ES zu verschiedenen Zeitpunkten im Verlauf der Behandlung zu berechnen; Fehlen von Angaben zur differentiellen Wirkdauer von Substanzen; die Metaanalyse ist durch die Qualität der vorliegenden Einzelstudien begrenzt

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **Gibson et al., 2006** Gibson, A.P., Bettinger, T.L., Patel, N.C. & Crismon, M.L. (2006). Atomoxetine Versus Stimulants for Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *The Annals of Pharmacotherapy, 40,* 1134-1142.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1966-12/2005 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Vergleich von Atomoxetin und Stimulantien in der Behandlung von ADHD (in Bezug auf Effektivität, Verträglichkeit/Sicherheit und Missbrauchspotential) • **Eingeschlossene Studien:** 5 *direkte* Vergleichsstudien (darunter 3 doppelblinde RCT-Studien) • **Explizite Ausschlusskriterien:** anderes Studiendesign (als „head-to-head"-Vergleich von Atomoxetin vs. Stmulantien) <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 18 Tage – 12 Wochen • **Vergleichsgruppen:** EG (=Atomoxetin) vs. EG (=Stimulantien) • **Störungsbilder:** Kinder und Jugendliche mit ADHD • **Altersbereich:** ca. 7-16 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (Einsatz verschiedener Ratingskalen, z.B. ADHD-RS oder SKAMP; Response-Raten) • **Messzeitpunkte:** z.T. im Verlauf der Behandlung, bei allen Studien nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • *Effektivität*: keine signifikanten Unterschiede zwischen ATX und IR-MPH bzgl. der ADHD-Kernsymptomatik; Überlegenheit von OROS-MPH („osmotic oral release system") und MAS-ER (gemischte Amphetaminsalze) ggü. ATX; Überlegenheit von ATX ggü. Placebo -> die Befundlage zur relativen Wirksamkeit von ATX und Stimulantien ist nicht abschließend geklärt; diesbezüglich besteht die Notwendigkeit von weiteren direkten, doppelblinden RCT-Vergleichsstudien; bis dahin sind Schlussfolgerungen (einer vergleichbaren Wirksamkeit von ATX und Stimulantien) verfrüht; für ATX findet sich bisher eine deutlich schlechtere Datenlage als für MPH (vgl. auch Abschnitt „sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen") • *Verträglichkeit:* es zeigt sich eine vergleichbare Verträglichkeit von ATX und Stimulantien (verglichen mit MPH-IR liegt bei ATX tendentiell ein höheres Risiko für Erbrechen und Schläfrigkeit vor; demgegenüber findet sich ein vergleichbares Nebenwirkungsprofil von ATX, OROS-MPH und mglw. MAS-XR); bislang fehlen Langzeitdaten zur Sicherheit von ATX (berichtet wurden einzelne Fälle von Leberschäden und vermehrten suizidalen Gedanken bei ATX); bei Vorliegen kardialer Auffälligkeiten wird von der Anwendung von Adderall/MAS-XR abgeraten **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* Stimulantien können als die pharmakologische Behandlungsoption der ersten Wahl betrachtet werden: Wirksamkeit und Sicherheit sind sowohl durch klinische Studien als auch durch den umfangreichen Einsatz im „natürlichen" Setting gut belegt, außerdem sind mittlerweile kurz- und langwirksame Präparate verfügbar; die Datenlage zu Stimulantien (Vorliegen von Daten aus 30 Jahren) ist um ein Vielfaches besser als die Datenlage zu ATX (Vorliegen von Daten aus wenigen Jahren) • *allgemein:* die bei einigen Patienten vorliegenden Nebenwirkungen und das Missbrauchspotential haben die Suche nach neuen Behandlungsoptionen angeregt: ATX ist als alternativer Behandlungsansatz ohne Missbrauchspotential (z.B. bei ADHD-Patienten mit komorbidem Substanzmissbrauch oder bei Eltern von ADHD-Patienten, die das potentielle Suchtpotential fürchten) zu betrachten; jedoch besteht ein Bedarf an Langzeitstudien, die die Sicherheit von ATX bestätigen (Langzeitstudien sind generell unersetzlich! die unklare Befundlage bzgl. der berichteten Fälle von Leberschäden und vermehrten Suizidgedanken spricht hinsichtlich des Sicherheitsaspekts derzeit für den Rückgriff auf Stimulantien); derzeit ist eine Stimulantienbehandlung (diesbezüglich liegen keine nachteiligen Aspekte vor) einer ATX-Behandlung im Normalfall vorzuziehen • Forschung: Bedarf an Vergleichsstudien für Atomoxetin (Erhebung der relativen Wirksamkeit ggü. behavioralen Behandlungen, ggü. Kombinationsbehandlung, ggü Standardbehandlung) wie sie für MPH bereits vorliegen; Bedarf an weiteren Studien zur Sicherheit von ATX (vgl. vorangegangener Abschnitt); Notwendigkeit von weiteren, großen RCT-Studien mit fixer Dosierung, die ATX und langwirksame Pychostimulantien direkt vergleichen; Notwendigkeit einer Erhebung der Wirksamkeit in verschiedenen Settings (z.B. Zuhause, Schule) • Praxis: neben den direkten Vergleichsstudien sollten bei Behandlungsentscheidungen auch die placebokontrollierten Studien zu den einzelnen Substanzen herangezogen werden

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • Schwächen der einzelnen Studien: z.T. Vorliegen offener Studien (bei denen fraglich ist, inwieweit die Erwartungshaltung des Patienten/Untersuchers das Ergebnis beeinflusst hat); z.T. Vorliegen ungleich großer Stichproben (mit somit mglw. unzureichender statistischer Power); z.T. Studien mit enormem Spielraum bzgl. der MPH-IR-Dosierung (in Bezug auf Häufigkeit und Zeitpunkt); z.T. Vorliegen von Studien mit (zu) kurzer Behandlungsdauer (u.a. evtl. auch, um eine optimale Wirkung von Atomoxetin zu erzielen; somit findet sich mglw. eine Verzerrung der Ergebnisse zugunsten von MAS-XR); Fehlen von (aus Zwecken der Vergleichbarkeit notwendigen) demographischen Angaben oder Angaben zu klinischen Patientencharakteristika; z.T. Ausschluss von ADHD-Kindern mit unaufmerksamem Subtyp (reduziert die Generalisierbarkeit der Ergebnisse für diesen ADHD-Subtyp); z.T. Einsatz einer anderen Dosierung von Atomoxetin im Rahmen der Studie als normalerweise üblich; z.T. Ausschluss von Jugendlichen, die im Vorfeld eine schlechte Verträglichkeit oder ein schlechtes Ansprechen auf Stimulantien gezeigt hatten, nicht jedoch von Jugendlichen mit einer schlechter Verträglichkeit/einem schlechten Ansprechen auf Atomoxetin (mglw. trägt auch dies zu einer Verzerrung des Ergebnisses bei); z.T. wurde die Studie ursprünglich für eine andere Thematik konzipiert (z.B. zur Erhebung des Einflusses von Medikation auf die Schlafparameter und *nicht* zur Erfassung der Effektivität von Medikation auf die ADHD-Kernsymptomatik)

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **King et al., 2006** King, S., Griffin, S., Hodges, Z., Weatherly, H., Asseburg, C., Richardson, G., Golder, S., Taylor, E., Drummond, M. & Riemsma, R. (2006). A systematic review and economic model of the effectiveness and cost-effectiveness of methylphenidate, dexamfetamine and atomoxetine for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Health Technology Assessment, 20 (23),* iii-382.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1981-07/2004 (ab 1981: für Atomoxetin-Studien; ab 1997: für Dexamphetamin-Studien; ab 1999 für Methylphenidat-Studien) • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Effektivität (und Kosteneffektivität) von MPH (-IR, -EX), Dexamphetamin und Atomoxetin in der Behandlung von ADHD bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** 65 Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; Vorliegen einer Behandlungsdauer < 3 Wochen; anderer Altersgruppe; Fehlen einer expliziten Diagnose; Vorliegen eines anderen Störungsbilds als Primärdiagnose (z.B. Tourette-Syndrom) oder Daten, die keine getrennte Auswertung nach Störungsbildern ermöglichen; Studien, bei denen keine Daten zu einem der drei Symptombereiche (ADHD-Kernsymptomatik, Lebensqualität, Nebenwirkungen) vorliegen; Vorliegen einer unzureichenden Datengrundlage bzw. einer unzureichenden Ergebnisdarstellung; Abstract oder Kongresspräsentation <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** > 3 Wochen (3 Wochen-6 Monate für Methylphenidat-Studien; 4 Wochen-15 Monate für Dexamphetamin-Studien; 6 Wochen-9 Monate für Atomoxetin-Studien) • **Vergleichsgruppen:** EG (alleiniger Einsatz eines Pharmakons oder in Form einer Kombinationsbehandlung zusammen mit einer nicht-pharmakologischen Intervention) vs. KG (=Placebo, andere Substanz, nicht-pharmakologische Intervention) • **Störungsbilder:** Kinder und Jugendliche mit ADHD oder HKS • **Altersbereich:** 2.4-19 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen: ADHD-Kernsymptomatik; allgemeine Lebensqualität (z.B. Schätzung über den klinischen Gesamteindruck); Nebenwirkungen (Erhebung im Selbst- oder Elternrating) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • *Effektivität:* alle drei Substanzen erweisen sich in Bezug auf die Reduktion von Hyperaktivität und die Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität („CGI") als effektiv; die Ergebnisse sollten aufgrund der unzureichenden Daten(berichts)qualität jedoch mit Vorsicht betrachtet werden (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte") -> vermutlich finden sich keine (oder wenige Belege für) Unterschiede in der Wirksamkeit von IR-MPH und ER-MPH (bei unzureichender methodischer Qualität der Studien) -> die Frage, ob zwischen MPH und DEX Unterschiede bestehen, kann aufgrund der unzureichenden methodischen Qualität nicht abschließend beantwortet werden -> eine Studie berichtet eine vergleichbare Wirksamkeit von MPH und ATX (jedoch ebenfalls bei fraglicher methodischer Qualität) -> zum Vergleich von ATX und DEX liegen keine Studien vor -> zur Wirksamkeit von Kombinationsbehandlung liegen insgesamt nur wenige Studien vor; die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Kombinationsbehandlung (Pharmakotherapie plus Psychotherapie) einer ausschließlich nicht-pharmakologischen Behandlung überlegen ist • *Nebenwirkungen*: insgesamt Fehlen von adäquaten, informativen Daten zu potentiellen Nebenwirkungen; höhere Dosen von IR-MPH gehen mit Kopfschmerzen, Appetitverlust, Magenschmerzen und Schlaflosigkeit, ER-MPH mit Appetitverlust und Schlaflosigkeit einher; im Zusammenhang mit DEX werden Appetitverlust und Schlafstörungen, im Zusammnhang mit ATX ebenfalls Appetitstörungen berichtet • *Kosteneffektivität:* ausgehend von den ökonomischen Analysen werden folgende Behandlungsleitlinien ausgegeben: -> Rückgriff auf DEX, gefolgt von IR-MPH bei Nichtansprechen auf DEX, gefolgt von ATX bei erneutem Nicht-Ansprechen auch auf IR-MPH -> erscheint DEX als erste Behandlungsoption ungeeignet, sollte erst IR-MPH, dann DEX und dann ATX gewählt werden -> bei Patienten, bei denen eine Kontraindikation für Stimulantien besteht, sollte lieber mit ATX als gar nicht behandelt werden -> ist die Gabe einer Mittagsdosis unmöglich, sollte ER-MPH ATX vorgezogen werden; ER-MPH12 erscheint kosteneffektiver als ER-MPH8 **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* Vorliegen von Belegen für die Wirksamkeit von Pharmakotherapie (ggü. „no-drug"-Therapie/Placebo); in Bezug auf Effektivität oder Nebenwirkungen finden sich zwischen den verschiedenen Substanzen (v.a. wg. der unzureichenden Datenlage) keine Unterschiede; mögliche Zugewinne durch eine Kombinationsbehandlung (Ergänzung der Pharmakotherapie um eine behaviorale Therapie) bleiben unklar; ausgehend von den fehlenden Unterschieden zwischen den Substanzen orientiert sich die Behandlungsempfehlung in erster Linie an den für die einzelnen Substanzen sehr unterschiedlichen Kosten; die Datenlage lässt keine Differenzierung von ADHD-Patienten nach ADHD-Subtyp, Alter, Geschlecht oder vorherigen Behandlungen zu

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Forschung: zukünftige Studien sollten vermehrt die Erhebung von Verträglichkeit/Sicherheit (von MPH, ATX und DEX) einschließen; Bedarf an Langzeitstudien mit langen FU-Intervallen; Bedarf an Forschung zur Differenzierung von vorliegenden somatischen Beschwerden (Auftreten im Zusammenhang mit Substanzeinnahme/MPH vs. Auftreten im Zusammenhang mit Störung selber?); Notwendigkeit von standardisierten und transparenten Studienberichten, bzgl. des Studiendesigns wird eine Orientierung am CONSORT-Ansatz empfohlen); Quantität und Qualität der Studiensituation müssen generell verbessert werden; Bedarf an mehr Studien zu HKS und mit Jugendlichen; Notwendigkeit, mehr Outcome-Daten über Selbstbericht zu erheben; Notwendigkeit einer Vereinheitlichung der (validierten und relevanten) Outcome-Maße im Sinne einer verbesserten Vergleichbarkeit der Ergebnisse über verschiedene Studien hinweg; Notwendigkeit, bei der Auswertung von „crossover"-Designs adäquate statistische Analysen einzusetzen (inkl. der Angabe von „within"-Differenzen); Notwendigkeit der Durchführung von Berechnungen zur Stichprobengröße, um eine ausreichende statistische Power zu gewährleisten (inkl. einer Spezifizierung klinisch relevanter Effekte in Bezug auf relevante Outcome-Maße); Notwendigkeit einer ausreichenden, standardisierten Datengrundlage zur Interpretation von Nebenwirkungen (z.B. Angaben zur Anzahl von Nebenwirkungen im Allgemeinen, zur Anzahl betroffener Patienten sowie zur Gesamtzahl der in die Analyse eingeschlossenen Patienten) **Methodische Aspekte:** • *allgemein:* bei der Mehrzahl der Studien findet sich in Bezug auf Studie/Studienbericht (z.B. Bericht der Studienmethodik: Informationen zu Design, Dropouts und statistischen Verfahren), eine nur mäßige Qualität, die die Erfassung von Reliabilität und Validität der Studien erschwert: -> die vorliegende Literatur wird von MPH-Studien dominiert; diese weisen im Allgemeinen jedoch eine nur mäßige Qualität auf -> Quantität und Qualität der zu DEX vorliegenden Studien sind eher mäßig -> Vorliegen weniger Studien zu ATX, jedoch mit insgesamt höherer methodischer Qualität und reliableren Resultaten • Schwächen: Fehlen von direkten Vergleichsstudien (zwischen den verschiedenen Substanzen) und Studien zur Kombinationsbehandlung (MPH, DEX, ATX plus non-pharmakologische Intervention); Mangel an adäquaten, informativen Daten zu potentiellen Nebenwirkungen; z.T. Vorliegen einer unzureichenden Datengrundlage für Auswertungen; Fehlen von Langzeitstudien (mit Erhebung von (Kosten-)Effektivität und Nebenwirkungen); eine Differenzierung der Ergebnisse nach ADHD-Subtyp, Alter, Geschlecht oder vorherigen Behandlungen ist nicht möglich); v.a. Vorliegen von Studien zur breiteren Kategorie ADHD, demgegenüber liegen zu HKS weniger Studien vor (damit einhergehend fragliche Generalisierbarkeit der Ergebnisse für HKS, z.B. in Großbritannien, wo die HKS-Diagnose dominiert); eine Vielzahl von Studien wurde an 5-13jährigen durchgeführt, demgegenüber wurden mit Jugendlichen weniger Studien durchgeführt; Elternratings scheinen tendentiell mit schlechteren Ergebnissen einherzugehen als Lehrerratings; z.T. Vorliegen sehr kleiner Stichproben; Vorliegen einer Vielzahl von eingesetzten Messinstrumenten und Outcome-Variablen, die die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erschwert

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
METAANALYSE: **Kratchovil et al., 2006** Kratochvil, C.J., Wilens, T.E., Greenhill, L.L., Gao, H., Baker, K.D., Feldman, P.D. & Gelowitz, D.L. (2006). Effects of Long-Term Atomoxetine Treatment for Young Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45 (8)*, 919-927.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- [2001-2005] • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Effektivität und Verträglichkeit von Atomoxetin in der Langzeitbehandlung von jungen Kindern mit ADHD • **Eingeschlossene Studien:** 13 Studien: 7 RCT-Studien und 6 offene Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** andere Altersgruppe; Studien, bei denen die DSM-/ICD-Diagnosekriterien für ADHD nicht erfüllt werden; Studien zu anderen pharmakologischen Substanzen (als Atomoxetin); Studien mit einer kürzeren Studiendauer (als 2 Jahre); Fehlen einer adäquaten Symptomschwere (d.h. Wert, der auf der ADHD-Ratingskala für Eltern mind. 1.5 STD über den alters- und geschlechtsspezfischen Normen liegt); Vorliegen verschiedener Faktoren: schwere medizinische Krankheit, geistige Behinderung, klinisch bedeutsame abnormale Laborparameter oder abnormales EKG bei Therapiebeginn, hirnorganische Störungen, Auftreten von Psychose oder bipolarer Störung in der Vorgeschichte, Alkohol- oder Drogenmissbrauch während der letzten drei Monate; gleichzeitige Einnahme eines weiteren Psychopharmakons (über Atomoxetin hinausgehend) <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** mind. 2 Jahre • **Vergleichsgruppen:** z.T. EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** jüngere Kinder mit ADHD (z.T. Vorliegen von Komorbiditäten: ODD, CD, SP, SAD) • **Altersbereich:** 6-7 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen: ADHD-Kernsymptomatik (Erfassung v.a. über ADHD-Ratingskala für Eltern, Conner-Skalen); klinischer Gesamteindruck • **Messzeitpunkte:** im Verlauf der Behandlung und nach Behandlungsende (Post-Treatment), d.h. nach Behandlungsdauer von 2 Jahren	**Ergebnisse:** • *Effektivität*: bei der Mehrzahl der Patienten bleibt die Wirksamkeit von Atomoxetin im Langzeitverlauf (2 Jahre) erhalten; ab dem 1. bis 12. Monat nach Einnahme findet sich eine sukzessive Verbesserung der ADHD-Kernsymptomatik (die zügigste Symptomreduktion findet sich im ersten Vierteljahr), die im 2. Jahr aufrechterhalten wird vermutlich liegt keine Verzerrung dieser Ergebnisse durch die hohe Dropout-Rate vor (26% Dropouts aufgrund von „mangelnder Effektivität"); die meisten Dropout-Patienten haben jedoch ebenfalls eine mind. 25%-ige Symptomreduktion erzielt • *Verträglichkeit:* die Nebenwirkungen sind im Wesentlichen mild und vorübergehend; es findet sich eine geringe Dropout-Rate von 4% aufgrund vom „Nebenwirkungsprofil" Einflüsse auf Gewicht und Wachstum (d.h. niedrigere Werte) finden sich zu Beginn des Studienzeitraums mit zunehmender Abschwächung bis zum 2-Jahres-FU (es gibt Hinweise auf einen reversiblen, kurzfristigen Rückgang in der Wachstumskurve; dabei findet sich ein größerer Einfluss auf große und ein kleinerer Einfluss auf kleine Kinder) zudem kann ein statistisch signifikantes, aber klinisch unbedeutsames Anstiegen von Puls und Blutdruck (die jedoch den altersbedingt zu erwartenden Entwicklungen entsprechen) und ein Absinken des kardialen PR-Intervalls nachgewiesen werden; in Bezug auf die Vitalzeichen, EKG-Parameter oder Laborparameter finden sich jedoch keine statistisch *und* klinisch bedeutsamen Veränderungen • *allgemein:* die Atomoxetin-Langzeitbehandlung von jüngeren ADHD-Patienten erweist sich im Allgemeinen als gut verträglich und effektiv; somit liegt weitere Unterstützung für die Langzeitbehandlung mit Atomoxetin in dieser Altersgruppe vor **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* anders als bei den Stimulantien (optimale Wirkung nach 2-4 Wochen) scheint es 1-3 Monate zu dauern, bis Atomoxetin seine maximale, optimale Wirkung entfaltet hat; diese kann dann jedoch aufrechterhalten werden • Forschung: Notwendigkeit von Subgruppenanalysen (z.B. in Bezug auf Altersaspekte: bislang liegen zu Effekten bei jüngeren vs. älteren Kindern uneindeutige Ergebnisse vor: schnellere/stärkere Reaktion bei älteren Kindern vs. Fehlen von Alterseffekten?); Notwendigkeit von Langzeitstudien mit großen Stichproben und noch längeren Erhebungszeiträumen • Praxis: Empfehlung, Größe und Gewicht (trotz des sich andeutenden Normalisierungstrends) sorgfältig zu überwachen **Methodische Aspekte:** • Schwächen dieses Reviews: die vorliegende Metaanalyse hat keine Placebo-Kontrollgruppe (somit ist eine Vielzahl von Verzerrungen möglich bzw. ohne das Vorliegen einer KG keine abschließende Interpretation möglich); Fehlen von Lehrerratings bzw. direkten Daten aus dem schulischen Umfeld; die aus den Einzelstudien berichteten Medikamentendosen liegen über den in der Praxis empfohlenen Dosierungen, damit einhergehend stellt sich die Frage nach der Generalisierbarkeit der vorliegenden Ergebnisse auf die im klinischen Alltag zu erwartenden Resultate

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Miranda et al., 2006** Miranda, A., Jarque, S. & Tárraga, R. (2006). Interventions in School Set-tings for Students With ADHD. *Ex-ceptionality, 14 (1),* 35-52.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1996-2005 [Beschränkung auf Studien der letzten 10 Jahre] • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Interventionen im Schulsetting für Schüler mit ADHD • **Eingeschlossene Studien:** 16 Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** anderes Design (als empirische Studie); Fehlen einer Intervention; anderer Kontext (als Schulsetting) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** ca. 3 Tage/9-20 Sitzungen – 24 Monate (in Bezug auf einzelne Interventionen); ca. 8 Tage/16-30 Sitzungen – 1 Jahr (in Bezug auf kombinierte Interventionen) • **Vergleichsgruppen:** --- [im Rahmen des Reviews findet sich fast keine kontrollierte Studie; wenn eine KG vorliegt, handelt es sich dabei häufig um eine alternative aktive Behandlungsbedingung] • **Störungsbilder:** ADHD (Vorliegen einer ICD-/DSM-Diagnose oder einer typischen Verhaltenssymptomatik); zudem: ODD • **Altersbereich:** ca. 6-11 Jahre (in Bezug auf einzelne Interventionen); 4-12 Jahre (in Bezug auf kombinierte Interventionen) • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (u.a. Beobachtung im Klassenraum; Einsatz verschiedener Ratings (Schüler, Lehrer); aufgabenbezogenes Verhalten; Diagnosestatus; disruptives Verhalten; Behandlungsakzeptanz; schulische Leistungen; Schulnoten; neuropsychologische Tests; kindliches Verhalten; Qualität der Beziehungen zu Schulkameraden) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treament); selten Vorliegen von FU-Daten (2 Monate - 2 Jahre)	**Ergebnisse:** • *Einzelne Interventionen* (Verhaltensmodifikation, kognitiv-behaviorale Techniken, Umwelt-Veränderungen): die Ergänzung der MPH-Behandlung um behaviorale Ansätze scheint die Wirksamkeit zu erhöhen -> hilfreiche Interventionen sind: Kontingenzmanagement (Belohnung, unmittelbares Feedback, Bestrafung, Time-Out), aktive Supervision und Monitoring des kindlichen Verhaltens, Verbesserung der Selbstkontrolle (Selbstinstruktionen, kognitives „Modeling“, Problemlöse-Strategien, Selbst-Monitoring, Selbstbewertung, Selbstverstärkung), Genauigkeitstraining, Pausen und Unterbrechungen, eigene Auswahl der Aufgaben • *Multikomponenten-Interventionen* (Kombination von behavioralen oder kognitiv-behavioralen Techniken mit anderen psychologischen Interventionen wie Beratungssitzungen oder (schulischen, sozialen) Fertigkeitentrainings): -> hilfreiche Interventionen: Token-Arbeit, Löschung, Response-Cost, Time-Out, Selbstinstruktionen, verstärkte Selbstbewertung, Ärgerkontrolle, selbst angewendetes Entspannungstraining, Fertigkeitentraing (schulische, soziale Fertigkeiten), spezifisches Lehrer- und Elterntraining zum Umgang mit ADHD-Schülern -> alle Interventionen zeigen positive Ergebnisse und Verbesserungen in der Mehrzahl der abhängigen Variablen, unabhängig von Art und Inhalt der Erhebung (z.B. kognitive Tests, Verhaltensbeobachtung, schulische Leistung/Noten, Ratings von Eltern/Lehrern); aufgrund des Fehlens von Komponentenanalysen bleibt der Einfluss der einzelnen Techniken unklar; die FU-Daten weisen darauf hin, dass Behandlungen aufgrund der Chronizität der Störung mglw. über lange Zeiträume erfolgen müssen (nach 2 Monaten zeigt sich eine Verbesserung, nach 2 Jahren liegt zwischen EG und KG kein Unterschied mehr vor) • *Darstellung der Ergebnisse der MTA-Studie (1999) und Swanson et al. (2001):* Vorliegen einer Überlegenheit der Kombinationsbehandlung ggü. alleiniger Medikation; in Bezug auf die Verbesserung der ADHD-Kernsymptomatik finden sich zwischen Kombinationsbehandlung und Medikation keine Unterschiede, bei einer Kombinationsbehandlung können die Effekte jedoch mit geringeren Dosen erzielt werden **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* schulbasierte Behandlungen von ADHD erweisen sich bzgl. der Hauptsymptomatik, zur Reduktion disruptiven Verhaltens und zur Verbesserung des aufgabenbezogenen Verhaltens und der schulischen Leistungen kurzfristig als wirksam, d.h. eine erfolgreiche Anwendung im „real-world“-Setting ist möglich!; die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer Kombinationsbehandlung entsprechend der Leitlinien; es besteht die Notwendigkeit einer intensiven Zusammenarbeit von Schule und Gesundheitsdiensten; die Akzeptanz der Behandlung ist als zentaler Faktor zu bewerten; Schulung, Supervision und Unterstützung der Lehrer sind für eine kontinuierliche Behandlung unerläßlich • *allgemein:* die Generalisierbarkeit der vorliegenden Ergebnisse ist aufgrund verschiedener Aspekte fraglich: Vorliegen junger Stichproben (Kinder im Kindergarten-/Grundschulalter), es fehlen Studien zu Adoleszenten (mglw. eignen sich bei Jugendlichen andere Ansätze wie z.B. systemische Therapie oder Psychotherapie besser); keine Kontrolle von Komorbidität (u.a. in seiner Bedeutung als möglicher Mediatorvariable); Selbstbewertung und Selbstmanagement-Techniken scheinen bei der Aufrechterhaltung und Generalisierung der Ergebnisse mglw. eine bedeutende Rolle zu spielen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • *allgemeine Relevanz von psychosozialen Interventionen* (= Nachteile von Stimulantien): bei Stimulantienbehandlung finden sich keine langfristigen Veränderungen in Bezug auf schulische Leistungen oder interpersonelle Beziehungen; nur 70-80% der ADHD-Patienten sprechen auf Stimulantien an (mit deutlichen interindividuellen Unterschieden in der Art des Ansprechens); z.T. findet sich eine ablehnende Haltung der Eltern in Bezug auf Stimulantientherapie; es liegen keine Hinweise auf eine Verbesserung der langfristigen ADHD-Prognose bei Stimulantienbehandlung vor • Forschung: Fehlen von Langzeit-Erhebungen (zur Frage, ob die Effekte aufrechterhalten werden); Bedarf an Komponentenanalysen; Notwendigkeit von Moderatoranalysen (Alter, Geschlecht); Notwendigkeit einer vertieften Analyse von Einflussfaktoren (wie z.B. Setting, Therapiedauer, Programmstruktur); Notwendigkeit einer verbesserten Aufrechterhaltung der Effekte; Bedarf an Studien mit deutlich längerer Behandlungsdauer (vgl. Abschnitt „Ergebnisse“: Erhalt negativer Ergebnisse im 2-Jahres-FU); Notwendigkeit der Erhebung von Generalisierungseffekten **Methodische Aspekte:** • Schwächen: es liegen insgesamt nur wenige Studien (v.a. zu behavioralen bzw. kognitiv-behavioralen Techniken) vor; in Bezug auf Behandlungsdauer, Setting, Stichprobengröße und Trainingsprozeduren für Lehrer liegt eine große Variabilität vor; Fehlen von FU-Erhebungen [z.T. Vorliegen von Einzelfallberichten oder sehr geringen Fallzahlen; Fehlen von Kontrollgruppen; z.T. findet sich eine schlechte Qualität der Berichte mit fehlender Beschreibung der Charakteristika von Patienten, Design oder Behandlungsdurchführung]; fragliche Generalisierbarkeit der Ergebnisse (vgl. Abschnitt „sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen“) • Stärken: Vorliegen einer guten ADHD-Diagnostik (Rückgriff auf DSM-IV-Diagnosen oder Lehrer-/Elternratings)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Pappadopulos et al., 2006** Pappadopulos, E., Woolston, S., Chait, A., Perkins, M., Connor, D.F. & Jensen, P.S. (2006). Pharmacotherapy of Aggression in Children and Adolescents: Efficacy and Effect Size. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 15 (1),* 27-39. * im Originaltext liegen zu diesen Angaben aufgrund von EDV-Fehlern nur unvollständige Tabellen vor; die angegebenen Werte sind somit unter Vorbehalt zu betrachten	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1980-11/2005 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Pharmakotherapie zur Behandlung von Aggressivität im Kindes- und Jugendalter • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von insgesamt 45 RCT-Studien (18 Studien im „crossover"- und 27 Studien im „parallel"-Design): 18 Studien zu Stimulantien, 4 Studien zu Atomoxetin (SNRI), 9 Studien zu atypischen Antipsychotika, 3 Studien zu Antipsychotika, 6 Studien zu Stimmungsstabilisierern, 2 Studien zu α-2-Agonisten, 6 Studien zu Antidepressiva, keine Studie zu β-Blockern • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; andere Thematik als Fokussierung von offener Aggressivität (d.h. keine Erfassung von Aggressivität als primärer oder sekundärer Outcome-Variable); Vorliegen einer unzureichenden Datengrundlage (keine Angaben zu M und STD auf einer validen Rating-Skala zu offener Aggressivität, CD oder ODD; kein Bericht von Signifikanzen oder p-Werten); unveröffentlichte Studie; andere Altersgruppe (d.h. > 18 Jahre oder im Mittel < 6 Jahre); nicht-englische Veröffentlichung <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer*:** M=27-129 Tage [unvollständige Tabelle] • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder*:** Kinder und Jugendliche, die unter offener Aggressivität leiden (in 80% der Studien: Einschluss von Patienten mit ADHD, CD oder ODD als primärer oder komorbider Diagnose; außerdem: disruptive Verhaltensstörungen, Autismus, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, geistige Behinderung, unterdurchschnittlicher IQ, elektiver Mutismus, Depression, GAD, Tic-Störung) [unvollständige Tabelle] • **Altersbereich*:** M=7.7-10.7 Jahre [unvollständige Tabelle] • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (Ratingskalen bzgl. offener Aggressivität, CD, ODD); Erhebung über Eltern-, Kliniker- und Lehrer-Rating • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • *Effektivität:* über alle Studien und Substanzen hinweg Vorliegen einer mittleren ES; trotz der Variabilität der Diagnosen finden sich für alle Substanzen kleine bis große Effekte in Bezug auf die Behandlung maladaptiver Aggressivität; die größten Effekte (die bedeutsamen klinischen Effekten entsprechen) liegen für ADHD mit komorbider Aggressivität und Jugendliche mit CD, unterdurchschnittlichem IQ und anhaltenden Verhaltensproblemen vor; Stimmungsstabilisierer, SNRI, Antidepressiva, typische Antispsychotika und α-2-Agonisten produzieren kleine bis mittlere ES (0.18-0.70), Stimulantien und atypische Antipsychotika mittlere bis große ES (0.78-0.90) -> *Stimulantien*: eine höhere MPH-Dosis geht mit besseren ES einher; für MPH liegen ES von ca. .90 vor; für die Gesamtgruppe der Stimulantien finden sich in der Behandlung kindlicher Aggressivität mittlere bis große Effekte (ES von 0.78), dieser Befund ist mit den Ergebnissen von Connor et al. (2002) vergleichbar -> *SNRI:* Vorliegen kleiner ES für Atomoxetin (0.18), somit handelt es sich bei Atomoxetin vermutlich nicht um die optimale Substanz zur Behandlung von offener Aggressivität (zumal dieses Ergebnis trotz langer Studiendauer und großer Stichprobengröße erzielt wurde) -> *Atypische Antipsychotika:* Vorliegen großer ES (insbesondere angesichts einer eher mäßigen mittleren Dosierung; 0.90); zudem zeigt sich ein Ansteigen der ES mit zunehmender Studiendauer -> *Typische Antipsychotika:* insgesamt liegen mittlere ES (0.70) vor (im Rahmen der beiden Haloperidol-Studien finden sich große, im Rahmen der Thioridazin-Studien kleine ES) -> *Stimmungsstabilisierer:* im Durchschnitt Vorliegen moderater ES (0.40) bei großer Variabilität der ES im Rahmen der Lithium-Studien zur Behandlung von komorbider Aggressivität (ES: 0.0-0.9); Lithium kann dabei bereits innerhalb von kurzen Zeiträumen (42 Tage) zu deutlichen Verbesserungen des Verhaltens führen -> *α-2-Agonisten* (Clonidin, Guanfacin): im Durchschnitt Vorliegen mittlerer ES (0.5); für Guanfacin findet sich eine mittlere ES (0.40), für Clonidin eine sehr große ES (1.1) -> *Antidepressiva* (Desipramin, Fluoxetin, Bupropion): im Durchschnitt finden sich in Bezug auf die Reduktion von Aggressivität kleine ES (0.3) bei einer enormen Variabiliät der ES über die verschiedenen Studien hinweg (ES: 0.0-0.85); die größte ES liegt für Desipramin vor, die drei Bupropion-Studien gehen mit einem ES-Range von 0.0-0.55 einher, für eine der beiden Fluoxetin-Studien liegt kein Effekt vor -> *β-Blocker*: zu dieser Substanzgruppe liegt keine Studie vor **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* eine wachsende Anzahl von Studien unterstützt den Einsatz bestimmter Medikamente in der Behandlung kindlicher Aggressivität; die Medikamente unterscheiden sich jedoch in Bezug auf ihre Effektivität/ES; noch immer besteht eine Diskrepanz zwischen dem weit verbreiteten Gebrauch von Medikamenten zur Aggressionsbehandlung und den diesbezüglich vorliegenden (nicht zuletzt aufgrund der oft inadäquaten Erfassung von Aggressivität sowie dem Vorliegen unterschiedlicher Diagnosen) begrenzten empirischen Belegen; zudem liegt auch zu den Ursachen von Aggressivität (die oft eher als problematische Komorbidität behandelt wird und nicht als eigenständige Problematik im Interventionsfokus steht) ein eher begrenztes Wissen vor; in der Behandlung von persistierender und schwerer Aggressivität ist insgesamt jedoch ein deutlicher Forschritt zu verzeichnen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Praxis: die Behandlung von Aggressivität gestaltet sich wegen der sehr unterschiedlichen Primärdiagnosen oft schwierig; optimale Behandlungen sind multidimensional, beinhalten pharmakologische und psychosoziale Ansätze und berücksichtigen Familie, Schule, Peers und die Gesellschaft als Ganzes • Forschung: Notwendigkeit, in Zukunft zwischen impulsiver und räuberischer Aggressivität zu unterscheiden -> mglw. reagieren die verschiedenen Subtypen unterschiedlich auf Behandlungen (z.B scheint impulsive Aggressivität besser auf Pharmakotherapie anzusprechen) oder haben ein unterschiedliches Langzeit-Outcome; Bedarf an Langzeitstudien; Bedarf für ein allgemein akzeptiertes, angemessen sensitives und reliables Maß zur Erhebung von Aggressivität in RCT-Studien; Notwendigkeit, (angesichts der Heterogenität der Störungen) über eine Pharmakotherapie hinausgehend auch andere Interventionsformen anzubieten; Bedarf an weiteren RCT-Studien, die die vorliegenden methodischen/inhaltlichen Defizite aufgreifen, standardmäßig ES publizieren und die klinische Interpretation der Forschungsergebnisse verbessern **Methodische Aspekte:** • Schwächen: begrenzte Qualität und Breite der vorliegenden Literatur; Vorliegen eines Publikations-Bias für positive Studien; Fehlen von Studien zu neueren atypischen Substanzen und kombinierten medikamentösen Therapien; der Nutzen der Substanzklassen für einzelne Störungen wurde (aufgrund der im Rahmen dieser Metaanalyse vorliegenden Strukturierung nach Substanzklassen) mglw. überdeckt; RCT-Studien spiegeln nicht die Bedingungen eines „real-world"-Settings wider (Vorliegen einer kurzen Studien-/Behandlungsdauer (7-70 Tage, M<6 Wochen), viele Studien fokussieren jüngere Kinder (M=10.4 Jahre), bei Lithium-Studien wurden nur stationäre Patienten mit schwerer Symptomatik eingeschlossen); Fehlen von validen Skalen zur Erhebung der Behandlungseffekte von Medikation auf Aggressivität; bislang findet sich keine Unterscheidung von Aggressions-Subtypen sowie Studien zu deren Einfluss auf die Behandlung

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **von Sydow et al., 2006** von Sydow, K., Beher, S., Schweitzer-Rothers, J. & Retzlaff, R. (2006). Systemische Familientherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters. Eine Metainhaltsanalyse von 47 randomisierten Primärstudien. *Psychotherapeut, 51,* 107-143.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** bis 12/2004 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Metainhaltsanalyse zu systemischer Familientherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters • **Eingeschlossene Studien:** über alle Störungsbilder hinweg insgesamt 47 RCT-Studien (davon 2 RCT-Studien zu ADHD) • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; nicht-deutsche, nicht-englische oder nicht-spanische Veröffentlichung; Studien mit Patienten ohne klinisch bedeutsame Problematik; Studien zu allgemeinen Erziehungsproblemen; Fehlen von minimalen Angaben zu Design (Zufallszuteilung), Stichprobe (Alter, Geschlecht, Art der Störung) und eingesetzten Interventionen (Vorgehen, Ansatz, Sitzungsanzahl, Gesamtdauer der Intervention); Interventionen ohne Bezugnahme auf einen systemischen Autor oder einen systemischen Begriff *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 8-10 Wochen (8-18 Sitzungen) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=andere Behandlungsansätze) • **Störungsbilder:** hyperkinetische Störungen (u.a. ADHD, ODD) • **Altersbereich:** 8-17 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); z.T. FU (3 Monate)	**Ergebnisse:** *allgemein:* • die Evidenz für die Wirksamkeit von SFT ist für Störungen von Kindern und Jugendlichen besser belegt als für Störungen von Erwachsenen; die Behandlung mit SFT ist jedoch nicht immer hinreichend: bei schweren Störungen empfiehlt sich eine Kombination mit anderen psychotherapeutischen oder pharmakologischen Interventionen • SFT kann Menschen mit psychischen Störungen oft besser ansprechen und in der Therapie halten als andere Ansätze (Vorliegen geringerer Dropoutraten, hohe Akzeptanz von Familien mit schwer dissozialen Jugendlichen, hohe Zufriedenheit seitens der Patienten); das Prinzip der „Ressourcenorientierung“ erweist sich als hochwirksame Interventionstechnik; der Elterneinbezug ist für den Therapieerfolg wesentlich, nicht jedoch die gleichzeitige Präsenz von Kind und Eltern; SFT bewirkt Verbesserungen im Erziehungsverhalten und in den Familienbeziehungen • häufig finden sich im Rahmen von SFT „positive Schläfereffekte“, d.h., dass sich SFT im Vergleich zu Verhaltenstherapie kurzfristig z.T. als etwas weniger wirksam, im FU jedoch als gleichwertig oder überlegen erweist; bislang liegen keine Hinweise dafür vor, dass SFT unerwünschte Wirkungen hat; zudem zeigt sich bei SFT eine relative Kostengünstigkeit -> das Kosten-Nutzen-Verhältnis erweist sich somit als gut • *Bestimmte(s) Therapeutenverhalten bzw. Therapieprozessvariablen* (klare Zielorientierung, Manualtreue, auf den Veränderungen der familiären Interaktionen liegender therapeutischer Fokus) gehen mit verbesserten Familienbeziehungen, reduzierter Bindung des Jugendlichen an delinquente Peers und Reduktion von Problemverhalten einher; Voraussetzung dafür ist eine bis dahin aufgebaute Vertrauensbeziehung des Therapeuten zu den Familienmitgliedern • *Reframing* ist die einzige Intervention, die zu Therapiebeginn zu positiven Reaktionen von delinquenten Jugendlichen führt und effektiv dazu beiträgt, destruktive Interaktionen zwischen Jugendlichem und Eltern zu unterbrechen *Hyperkinetische Störungen:* • zu hyperkinetischen Störungen liegen bisher nur zwei RCT-Studien (und damit eine zu geringe Anzahl von Studien) vor • SFT erweist sich für dieses Störungsbild wahrscheinlich als wirksam (in 2 der 2 vorliegenden RCT-Studien findet sich *eine* Überlegenheit von SFT ggü. einer KG ohne Intervention, medizinischen Routinebehandlungen oder eine vergleichbare/stärkere Wirksamkeit verglichen mit anderen etablierten Interventionen (z.B. CBT-/psychodynamische Einzeltherapie, verhaltenstherapeutische Familientherapie/Elterntraining, Familienpsychoedukation, Gruppentherapie oder stationäre Therapie) *Verhaltensstörungen (hyperkinetische Störungen, Störung des Sozialverhaltens, Tic-Störungen):* • bezogen auf diese Störungsgruppe erweist sich SFT ebenfalls als wirksam (in 15 der 17 vorliegenden RCT-Studien findet sich *eine* Überlegenheit von SFT ggü. einer KG ohne Intervention, medizinischen Routinebehandlungen oder eine vergleichbare/stärkere Wirksamkeit verglichen mit anderen etablierten Interventionen)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • *allgemein:* für den Bereich der Forschung zu SFT finden sich in den letzten Jahren enorme Fortschritte (sowohl quantitativ als auch qualitativ); weiterhin besteht jedoch Bedarf an anspruchsvollen methodischen Anforderungen genügender systemischer Therapieforschung – v.a. in deutschsprachigen Ländern (Bedarf an RCT-Studien, Bedarf an Grundlagenforschung, aufgrund der Einschlusskriterien war im Rahmen dieser Arbeit die Berücksichtigung von nur einer deutschen Studie möglich) • *allgemein:* die wissenschaftliche Wirksamkeit von SFT ist für 3 der vom „Wissenschaftlichen Beitrag Psychotherapie" definierten 8 Anwendungsbereiche der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nachweisbar; etwaige Verfahren werden jedoch nur dann als wissenschaftlich anerkannt, wenn 4 der 8 Bereiche das Wirksamkeitskriterium (Effektivitätsnachweis in mind. 3 unabhängigen, methodisch adäquaten Studien) erfüllen **Methodische Aspekte:** • Vorliegen einer in den letzten Jahren deutlich verbesserten Studienqualität im Bereich der SFT-Forschung: bessere Beschreibung der Interventionen; häufigerer Einsatz von Manualen; empirische Überprüfung der Behandlungsintegrität; zunehmender Einsatz von „intent-to-treat"-Analysen; Rückgriff auf multiple Datenquellen; Durchführung multipler Outcome-Messungen mit längeren FU-Intervallen (bis zu 5 Jahren); Durchführung von Komponentenanalysen; Konzeption von Vergleichsstudien (SFT vs. CBT oder psychodynamische Therapie); Vorliegen von standardisierten, methodisch brauchbaren Verfahren zur Prozess- und Ergebnisanalyse

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
METAANALYSE: **Wilens et al., 2006** Wilens, T.E., Newcorn, J.H., Kratchovil, C.J., Gao, H., Thomason, C.K., Rogers, A.K., Feldman, P.D. & Levine, L.R. (2006). Long-Term Atomoxetine Treatment in Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Pediatrics, 149,* 112-119.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- [10/1997-2006] • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Effektivität, Verträglichkeit und Sicherheit von Atomoxetin in der Langzeitbehandlung von Jugendlichen mit ADHD • **Eingeschlossene Studien:** 13 Studien: 7 RCT-Studien und 6 offene Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** andere Altersgruppe; Studien, bei denen die DSM-/ICD-Diagnosekriterien für ADHD nicht erfüllt werden; Studien zu anderen pharmakologischen Substanzen (als Atomoxetin); Studien mit einer kürzeren Studiendauer (als 2 Jahre); Fehlen einer adäquaten Symptomschwere (d.h. Wert, der auf der ADHD-Ratingskala für Kliniker (auf dem Elternbericht basierend) mind. 1.5 STD über den alters- und geschlechtsspezfischen Normen liegt); Vorliegen verschiedener Faktoren: IQ < 80, schwere medizinische Krank-heit, Vorliegen von komorbider Psychose oder bipolarer Störung, Krampfanfälle in der Vorgeschichte; gleichzeitige Einnahme eines weiteren Psychopharma-kons (über Atomoxetin hinausgehend); Vorliegen einer unzureichenden Daten-lage (d.h. kein Vorliegen von Prä- und Post-Werten) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** mind. 2 Jahre (z.T. dauern die Studien noch an) • **Vergleichsgruppen:** z.T. EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** Jugendliche mit ADHD (z.T. Vorliegen von Komorbiditäten: ODD, MDD, GAD); die Stichprobe besteht zu 80% aus Jungen, v.a. aus Weißen, 80% bringen Vorerfahrungen mit Stimulantien-Medikation mit • **Altersbereich:** 12-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen: ADHD-Kernsymptomatik (Erfassung v.a. über ADHD-Ratingskala für Kliniker, Conner-Skalen); klinischer Gesamteindruck; außerdem: Nebenwirkungen, Vitalzeichen, EKG, Laborparameter (zur Erfassung von Verträglichkeit/Sicherheit) • **Messzeitpunkte:** nach Ende (Post-Treatment) der Akutbehandlung (6-10 Wochen); Erhebung von FU-Daten bei Fortsetzen der Behandlung (während der ersten 3 Monate 1xmonatlich, anschließend alle 3 Monate)	**Ergebnisse:** • *Effektivität*: die Wirksamkeit von Atomoxetin bleibt im Langzeitverlauf (2 Jahre) erhalten; ab dem 1. bis 12. Monat nach Einnahme findet sich eine sukzessive Verbesserung der ADHD-Kernsymptomatik (die zügigste Symptomreduktion findet sich im ersten Vierteljahr), die im 2. Jahr aufrechterhalten wird; Patienten, die erstmalig Stimulantien erhalten, sprechen besser auf die Behandlung an als Patienten mit Medikations-Vorerfahrung zudem gibt es kaum/keine Hinweise auf Toleranzentwicklung (nach dem 3 Monats-FU ist keine Dosiserhöhung mehr notwendig, um die Wirksamkeit aufrecht zu erhalten vs. Notwendigkeit einer 25-30%igen Dosiserhöhung bei Stimulantien-Behandlung) Vorliegen einer Dropout-Rate von 17% (aufgrund von „mangelnder Effektivität"); Analysen belegen jedoch, dass die Ergebnisse durch die hohe Dropout-Rate nicht wesentlich verzerrt sind: es zeigt sich ein Ausscheiden v.a. zu Behandlungsbeginn bzw. eine zunehmend abflachende Dropout-Rate; ältere Jugendliche, weibliche Jugendliche und Nicht-Weiße hatten ein höheres Risiko, die Behandlung abzubrechen • *Verträglichkeit/Sicherheit:* Atomoxetin wird im Allgemeinen gut vertragen; Vorliegen einer nur geringen Dropout-Rate von 5% aufgrund vom „Nebenwirkungsprofil", Patienten scheiden nicht aufgrund von schwerwiegenden Nebenwirkungen aus; die Nebenwirkungen sind im Wesentlichen mild und vorübergehend (Nebenwirkungen treten vermehrt zu Therapiebeginn auf, es findet sich kein Hinweis auf deutlich später auftretende Nebenwirkungen) in Bezug auf Größe und Gewicht (es zeigt sich ein Normalisierungstrend im Verlauf der 2 Jahre mit Ausnahme der Extremperzentile: vgl. Abschnitt „sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen"), Laborparameter, Leberfunktion oder EKG-Parameter finden sich keine klinisch signifikanten Abnormalitäten; es kann ein statistisch signifikantes, aber klinisch unbedeutsames Anstiegen von Puls und Blutdruck (die jedoch den altersbedingt zu erwartenden Entwicklungen entsprechen) nachgewiesen werden; auch im 2-Jahres-Zeitraum finden sich keine neuen oder unerwarteten Ergebnisse hinsichtlich der Sicherheit oder Verträglichkeit von Atomoxetin • *allgemein:* die Atomoxetin-Langzeitbehandlung von Jugendlichen mit ADHD erweist sich im Allgemeinen als gut verträglich und effektiv; somit liegt weitere Unterstützung für die Langzeitbehandlung mit Atomoxetin in dieser Altersgruppe vor **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschung: unklar bleibt der Langzeittrend in Bezug auf die Größenentwicklung bei sehr kleinen oder sehr großen Patienten unter Atomoxetin-Behandlung

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • Schwächen dieses Reviews: mglw. liegt aufgrund der im 2-Jahres-FU deutlich reduzierten Stichprobe eine Verzerrung der Ergebnisse (in Richtung einer besseren Verträglichkeit und Wirksamkeit) vor; im Rahmen von offenen Studien findet sich ein höheres Risiko für Beobachterverzerrungen; die vorliegende Metaanalyse hat keine Placebo-Kontrollgruppe (somit ist eine Vielzahl von Verzerrungen möglich, bzw. ohne das Vorliegen einer KG ist keine abschließende Interpretation möglich, die klinische Signifikanz der Ergebnisse zur Verträglichkeit/Sicherheit ist infolgedessen nicht abschließend beurteilbar); nur 36% der Patienten verbleiben bis zum 2-Jahres-FU in der Behandlungsgruppe;Vorliegen einer reduzierten Generalisierbarkeit der Ergebnisse (vgl. Abschnitt „explizite Ausschlusskriterien“) auf Patienten mit komorbiden Störungen, medizinischen Erkrankungen und „Non-Responder“; die im Rahmen der Einzelstudien berichteten Dosierungen übersteigen die in den Leitlinien empfohlene Behandlungsdosis, damit einhergehend scheint die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf eine normale Patientenpopulation fraglich

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Majewicz-Hefley et al., 2007** Majewicz-Hefley, A. & Carlson, J.S. (2007). A Meta-Analysis of Combined Treatments for Children Diagnosed With ADHD. *Journal of Attention Dis-orders, 10,* 239-250.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1900-2004 • **Bereich:** Kombinationsbehandlung • **Inhalt:** Übersicht zu Kombinationsbehandlungen (psychologisch-psychosoziale Intervention plus Pharmakotherapie) für Kinder mit ADHD • **Eingeschlossene Studien:** 8 Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** nicht-englische Veröffentlichung; andere Thematik (als Kombinationsbehandlung bei Kindern mit ADHD); Vorliegen einer unzureichenden Datengrundlage zur Berechnung von ES (d.h. Fehlen von M und STD der Prä- und Postwerte der EG); Vorliegen anderer, nicht den untersuchten abhängigen Variablen entsprechende Outcome-Maße (vgl. Abschnitt „Abhängige Variablen“); unveröffentlichte <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 2-24 Monate • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=alternative Behandlungsansätze, Placebo, Aufmerksamkeits-KG, Standardbehandlung) • **Störungsbilder:** ADHD • **Altersbereich:** 5-12 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (entsprechend der Outcome-Kategorien: Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität, soziale Fertigkeiten, schulischer Bereich) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • *Zentrale Ergebnisse:* Vorliegen großer ES für die ADHD-Kernsymptomatik und den Bereich der sozialen Fertigkeiten, Vorliegen kleiner ES (0.19) für den Bereich der schulischen Leistungen; die Studie unterstreicht die Wirksamkeit von Kombinationsbehandlungen sowohl für die Kernsymptomatik als auch für die peripheren Bereiche der Störung, wobei die geringste Effektivität für den schulischen Bereich vorliegt; dieses Ergebnis entspricht den derzeitigen Empfehlungen für eine Kombinationsbehandlung bei Vorliegen von ADHD • *Weitere Ergebnisse:* die Ergebnisse sind z.T. mit den ES früherer Reviews (zur Wirksamkeit von Stimulantien auf die ADHD-Kernsymptomatik) vergleichbar; Kombinationsbehandlung und Stimulantientherapie scheinen für die Behandlung der ADHD-Kernsymptomatik vergleichbar effektiv zu sein *und* Kombinationsbehandlung darüber hinausgehend positive Effekte auf andere Verhaltensbereiche zu haben die kleine ES z.B. für den schulischen Bereich könnte auch aus methodischen Faktoren resultieren (z.B. fehlende Sensitivität der Messinstrumente für die kurzen Behandlungs-/Erhebungszeiträume; hohe Variabilität der verwendeten Outcome-Maße/Messinstrumente; Bildung von Durchschnittwerten ohne Berücksichtigung von Sub-Kriteriumsbereichen wie z.B. Mathe, Lesen, Schreiben) es findet sich eine hohe Variabilität der ES und Stichprobengrößen innerhalb eines Outcome-Bereichs (vgl. Abschnitt „abhängige Variablen“) drei der acht Studien kommen zu dem Ergebnis, dass die Kombinationsbehandlung (im Vergleich mit den anderen Interventionen) den wirkungsvollsten Behandlungsansatz darstellt **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* es besteht die Notwendigkeit eines theoretischen Rahmenmodells, an dem sich sowohl die klinische Praxis als auch das Forschungssetting (Evaluationsstudien) orientieren können: die vorliegende Metaanalyse lehnt sich beispielsweise an ein theoretisches Behandlungsmodell an und trägt so zu einer besseren Verknüpfung von Theorie und Praxis bei; in einem nächsten Schritt sollten die Ergebnisse dieser Metaanalyse in die klinische Praxis weitervermittelt und dort umgesetzt werden • Forschung: Notwendigkeit einer besseren Datengrundlage (das Vorliegen vollständigerer Datensätze mit relevanten statistischen Informationen ermöglicht z.B. den Einschluss von mehr Studien in die Metaaanalyse (im Rahmen dieser Metaanalyse konnten nur 8 von 26 Studien berücksichtigt werden); zumindest M und STD sollten berichtet werden; auch der Einschluss weiterer „peripherer“ Merkmale/Funktionsbereiche wie Aggressivität oder adaptive Fertigkeiten wäre wünschenswert); Bedarf an weiteren, methodisch hochwertigen Studien zur Kombinationsbehandlung; Fehlen einer evidenzbasierten Einordnung/Kategorien zur Klassifikation der Ergebnisse von Metaanalysen („well-established“, „probably efficacious“) -> das Ergebnis dieser Metaanalyse kann so nicht abschließend eingeordnet werden • Praxis: Notwendigkeit einer guten Kooperationen zwischen Ärzten und Psychologen zur effektiven Umsetzung von Kombinationsbehandlungen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • Schwächen: insgesamt liegen zur Kombinationsbehandlung nur wenige Studien vor, die die Einschlusskriterien erfüllen; mglw. Vorliegen eines Publikationsbias (d.h. kleinere Studien mit negativen Ergebnissen wurden evtl. nicht veröffentlicht); eine Vielzahl weiterer peripherer Merkmale/Funktionsbereiche (wie z.B. Aggressivität, familiäre Beziehungen, Frustrationstoleranz) wurde nicht berücksichtigt, mglw. würden sich sonst noch mehr Belege für die Wirksamkeit von Kombinationsbehandlung auf „periphere“ Merkmale finden; mglw. liegen aufgrund der Untersucher-Entscheidungen (z.B. Artikelauswahl oder Zusammenfassung der Outcome-Maße in Kategorien) Verzerrungen vor; Problematik des Umgangs mit Studien von unterschiedlicher Qualität (z.B. bei der Zusammenfassung verschiedener Maße zu einer Skala; Frage der möglichen Gewichtung von Studien über deren Qualität); fragliche Generalisierbarkeit der Studienergebnisse auf Mädchen und andere als die untersuchten Altersgruppen (die Metaanalyse beruht v.a. auf Daten von 6-7jährigen Jungen); große Variabilität der Studien (in Bezug auf das generelle Vorliegen statistischer Informationen sowie die enorme Heterogenität von Outcome-Maßen und Messinstrumenten); die vorliegende Metaanalyse ermöglicht keine kausalen Schlussfolgerungen, integriert nur Daten von 18 der ursprünglich 26 Studien (eine adäquate Integration aller Studien war nicht möglich, da bei einigen Studien ausreichende statistische Informationen fehlten) und berechnet Prä-Post-ES (vs. häufige EG-Placebo-Vergleiche)

Tabelle A 6.4 Deskriptive Auswertung: Übersichtsarbeiten zu Störungen des Sozialverhaltens

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Bennett et al., 2000** Bennett, D.S. & Gibbons, T.A. (2000). Efficacy of child cognitive-behavioral interventions for antisocial behavior: a meta-analysis. *Child and Family Behavior Therapy, 22 (1),* 1-15.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1974-10/1998 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** kinderfokussierte CBT (inkl. Verhaltensübungen, Coaching, Modelllernen, Ärgermanagement, Selbstsicherheitstraining, kognitiver Umstrukturierung, Entspannung, Problemlösen, sozialem Kompetenz-Training) für antisoziales Verhalten • **Eingeschlossene Studien:** 30 kontrollierte Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** Fehlen eines Maßes zur Erfassung antisozialen Verhaltens bzw. Studien, die auf projektiven Verfahren beruhende Aggressionsscores berichten; nicht-englische Veröffentlichung <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 6-52 Sitzungen bzw. 2-22 Wochen • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Warteliste, keine Behandlung, Aufmerksamkeitsgruppe) • **Altersbereich:** 5-18 Jahre (M=11.5 Jahre) • **Störungsbilder:** Jungen mit antisozialen Verhaltensproblemen • **Abhängige Variablen:** verschiedene Messinstrumente zur Erfassung antisozialen Verhaltens • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (nur 12 Studien berichten FU-Daten; 1-12 Monate)	**Ergebnisse:** • *Effektivität von CBT-Interventionen:* bei Behandlungsende und im FU findet sich eine Reduktion des antisozialen Verhaltens (kleiner bis moderater Effekt); CBT-Interventionen sind für ältere Kinder und Jugendliche tendentiell besser geeignet als für jüngere Kinder • *Weitere Ergebnisse* (Überprüfung verschiedener Variablen in ihrer potentiellen Funktion als Prädiktoren des Behandlungserfolgs *bei Therapieende*): Stichprobengröße, Sitzungsanzahl, Sitzungsfrequenz, Sitzungslänge, Gruppengröße, Publikationsjahr, Art der Kontrollgruppe, Art der Stichprobe (klinische/zugewiesene vs. nicht-klinische/-zugewiesene Patienten) und Informationsquelle (Lehrer-, Mitarbeiter-, Peer-, Eltern-, Beobachter- oder Selbst-Rating) stehen nicht mit dem Behandlungserfolg in Zusammenhang; zwischen Studienqualität und ES-Höhe liegt eine negative Korrelation vor • *Weitere Ergebnisse* (Überprüfung verschiedener Variablen in ihrer potentiellen Funktion als Prädiktoren des Behandlungserfolgs *im FU*): die Länge des FU-Zeitraums steht nicht mit der Höhe der ES im FU in Zusammenhang; aufgrund der geringen Anzahl von Studien, die FU-Daten berichten, wurden keine weiteren Analysen durchgeführt **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* kindfokussierte CBT-Interventionen sind effektiv und eignen sich (v.a. bei älteren Kindern) als Teil eines multimodalen Behandlungsprogramms zur Behandlung antisozialen Verhaltens -> CBT-Interventionen scheinen (gemessen an den Ergebnissen einer aktuellen Metaanalyse mit einer ES von 0.86) in der Behandlung antisozialen Verhaltens weniger effektiv zu sein als Elterntrainings: bei genauerer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass viele der Studien zu Elterntrainings v.a. auf Eltern relativ *junger* Kinder zurückgreifen, während die Studien zu kindfokussierten Interventionen eher *Kinder ab 10 J.* berücksichtigen -> denkbar ist somit, dass sich CBT und Elterntraining schwerpunktmäßig zur Behandlung unterschiedlicher Altersgruppen eignen (vgl. Abschnitt „Ergebnisse“ zum tendentiellen Vorliegen eines Alterseffekts) -> die im Rahmen dieser Metaanalyse gefundenen Effekte sind kleiner als die aus früheren Arbeiten berichteten ES, als mögliche Gründe dafür können verschiedene Aspekte diskutiert werden: mglw. eignen sich kindfokussierte CBT-Interventionen in der Behandlung von antisozialem Verhalten weniger gut als bei der Therapie anderer Störungsbilder; im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden in Rollenspielen erhobene abhängige Variablen (die mglw. mit höheren ES einhergehen) ausgeschlossen; großen Anteil an der relativ niedrigen ES hat u.a. eine Arbeit mit einer ES von 0.0 -> würde diese ausgeschlossen, stiege die gewichtete ES von 0.23 auf 0.37 an • Forschung: Fehlen von Studien zu kindfokussierten CBT-Interventionen zur Behandlung antisozialen Verhaltens im *Vorschul*alter; Notwendigkeit von Studien mit größeren Stichproben; Bedarf an Studien zur Untersuchung der relativen Wirksamkeit von individueller vs. Gruppentherapie bzw. Aspekten der optimalen Anwendbarkeit/Kombination dieser beiden Behandlungsformate; Notwendigkeit der Erhebung von Subtypen antisozialen Verhaltens (reaktive vs. proaktive Aggression) bzw. deren Einfluss auf die Behandlung (mglw. eigenen sich kindfokussierte CBT-Interventionen v.a. für Kinder mit reaktiver Aggressivität); Notwendigkeit von die CBT-Interventionen unterstützenden Ansätzen zur Veränderung der sozialen Umwelt (z.B. Schulprogramme, Veränderung der Klassengrößen, regelmäßiger Elterneinbezug) zur Verbesserung der Effekte

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • Schwächen: keine der Studien berücksichtigt Mädchen; nur vier Studien vergleichen Einzel- vs. Gruppeninterventionen; mglw. ist eine Generalisierbarkeit dieser „efficacy"-Studien ins klinische Setting nicht gegeben; nur 12-Studien berichten FUs; keine Unterscheidung zwischen Subtypen antisozialen Verhaltens

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Corcoran, 2000** Corcoran, J. (2000). Family Treatment of Preschool Behavior Problems. *Research on Social Work Practice, 10,* 547-588.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** ab 1985 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Interventionen mit Familieneinbezug zur Behandlung von Verhaltensproblemen im Vorschulalter • **Eingeschlossene Studien:** 1 Metaanalyse, 23 (z.T. kontrollierte) Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** Studien, die den Fokus auf ADHD legen; unveröffentlichte Studie; Vorliegen eines unzureichenden methodologischen Standards (z.B. im Falle von Einzelfallstudien) <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** ca. 6-34 Stunden • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=alternative Behandlungsansätze bzw. -bedingungen, keine Behandlung, Warteliste, Aufmerksamkeits-KG, eklektische Behandlung) • **Störungsbilder:** Kinder im Vorschulalter mit Verhaltensproblemen (u.a. ODD, CD, ADHD) • **Altersbereich:** 2-8 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); z.T. FU (1 Monat – 14 Jahre)	**Ergebnisse:** • *allgemein*: es liegen ausschließlich behaviorale Elterntrainings vor; sowohl individuelle als auch Gruppen-Elterntrainings erweisen sich Kontrollgruppen als überlegen; wird das Elterntraining um CBT-Interventionen ergänzt, erweist sich ein zusätzlicher CBT-Baustein (d.h. eine zusätzliche kognitiv-behaviorale Intervention für Kinder oder Eltern) für die Kinder hilfreicher als für die Eltern -> *Metaanalysen zu Elterntrainings* belegen die Effektivität von Elterntrainings (über verschiedene Kriterienbereiche und Rater hinweg) -> *Einzelstudien zu Elterntrainings* (Modelllernen über Videos bzw. Live-Training von Eltern und Kindern): es liegen ausschließlich behaviorale Interventionen vor; sowohl individuelle als auch Gruppen-Elterntrainings erweisen sich als effektiv; Elterntrainings gehen mit vielen Vorteilen einher (vgl. Abschnitt „sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen“), ein Nachteil ist jedoch, dass ca. 30-46% der Teilnehmer nicht auf die Behandlung ansprechen; somit besteht die Notwendigkeit der Entwicklung von weiteren, ergänzenden Bausteinen (die die mglw. fehlende soziale Unterstützung, eheliche Probleme sowie die Entwicklung von Selbstkontrolle, Problemlöse- und Kommunikations-Fertigkeiten fokussieren) -> *Ergänzung um CBT-Komponenten:* Kinder scheinen von einem zusätzlichen CBT-Baustein mehr zu profitieren als ihre Eltern (Nachteil: CBT-Komponenten erweisen sich für jüngere Kinder (ca. < 11 Jahre) als ungeeignet; Modelllernen über Videosequenzen ist für diese Altersgruppe besser geeignet) -> *Kombinierte Eltern- und Kindertrainings:* eine Kombination aus Elterntraining und Kindertraining erweist sich der einzelnen Anwendung als überlegen, da so verschiedene Aspekte angesprochen werden (Fokus des Elterntrainings: Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion; Fokus des Kindertrainings: Erlernen von Problemlösen und Konfliktmanagement mit Peers), ein weiterer Vorteil liegt in der zeitgleichen Durchführung der Trainings, die die Eltern entlastet **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *Empfehlungen für Sozialarbeiter:* Elterntrainings sind die Methode der Wahl (die für den jeweiligen Störungsbereich relevanten empirisch validierten Behandlungsansätze sollten dem Sozialarbeiter in jedem Fall bekannt sein); bestehende Möglichkeit der Beteiligung an regelmäßigen Kontrolluntersuchungen (insbesondere bei entwicklungsmäßigen Übergängen, bei denen Interventionen schnell verfügbar sein sollten), an Screening (d.h. Identifikation auffälliger Kinder) und Interventionen; Möglichkeit der Beteiligung an der Evaluation anderer familien- und bindungsorientierter Interventionsansätze, wie sie aktuell in der klinischen Praxis angewendet werden; Möglichkeit der Einflussnahme auf die Verbesserung der sozioökonomischen Bedingungen bzw. die mit Armut einhegehenden Probleme (d.h. Arbeitslosigkeit, inadäquate Wohnsituation, Vorliegen von Risikofaktoren für die Entwicklung von Verhaltensproblemen, schlechtere kindliche Versorgung, unzureichender Zugang und Nutzung von Diensten des Gesundheitssystems) • *Elterntrainings gehen mit vielen Vorteilen einher:* Zufriedenheit der Klienten; begrenzte Behandlungsdauer (10-12 Sitzungen) bei schnell einsetzenden Erfolgen; Vorliegen einer Vielzahl entwickelter und verfügbarer Manuale; auch Paraprofessionelle können entsprechende Trainings durchführen; behaviorale Ansätze sind deutlich billiger als herkömmliche Formen kindlicher Psychotherapie

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Forschung: Notwendigkeit der Durchführung von „effectiveness"-Studien (d.h. heterogenere Stichproben; Vorliegen mehrerer, komorbider Diagnosen bei den Patienten; Fokussierung mehrerer Probleme; Fehlen von Supervision und intensiven störungsspezifischen Trainings; für die intensive Beschäftigung mit Forschungsinhalten steht weniger Zeit zur Verfügung); Notwendigkeit von Vergleichsstudien bzw. Mediator- und Komponentenanalysen (Eltern-Kind-Interaktions-Training vs. Elterntraining vs. „attachment"-orientierte Behandlung); Notwendigkeit, die Qualität der ehelichen Beziehung im Rahmen von Elterntrainings stärker in den Fokus zu rücken und die Väter/Partner der Mutter (zur Unterstützung der Mutter und zur Schaffung eines konsistenten häuslichen Umfelds) stärker in die Behandlung einzubeziehen -> bzgl. dieser Thematik besteht ein Bedarf an weiteren Studien mit Erhebung von differentiellen Effekten (Komponentenanalysen); Bedarf an Studien, die hohen methodologischen Ansprüchen gerecht werden (d.h. RCT-Studien mit adäquater Stichprobengröße, Bericht einer ausreichenden statistischen Datenlage inkl. Dropout-Raten und adäquaten FU-Intervallen); Notwendigkeit der Entwicklung adäquater Interventionen für „Non-Responder"; Notwendigkeit der Entwicklung/Modifikation von Elterntrainings unter besonderer Berücksichtigung unterschiedlicher Nationalitäten bzw. Minoritäten (d.h. kulturspezifischer Werte, Normen und Erziehungspraktiken) **Methodische Aspekte:** • Schwächen: Fehlen von Angaben zu den unterschiedlichen Nationalitäten [detailliertere Angaben zu den methodischen Schwächen der Einzelarbeiten sind dem Originalartikel zu entnehmen]

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Baving & Schmidt, 2001a** Baving, L. & Schmidt, M.H. (2001a). Evaluierte Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie I. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 29 (3),* 189-205.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie, Kombinationsbehandlung • **Inhalt:** Bestimmung des Evaluationsniveaus psychotherapeutischer, psychopharmakologischer und kombinierter Behandlungsansätze bei verschiedenen psychiatrischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (u.a. Störungen des Sozialverhaltens) • **Eingeschlossene Studien:** 18 „efficacy"-Studien (RCT): 11 Studien zu psychotherapeutischen Ansätzen, 5 Studien zu psychopharmakologischen Ansätzen und 2 Studien zu Kombinationsbehandlung zu Störungen des Sozialverhaltens • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=keine Behandlung, Placebo, psychosoziale Betreuung, Einzeltherapie, alternative Behandlungsansätze) • **Störungsbilder:** aggressive Vorschüler und Viertklässler, delinquente Jugendliche, Kinder/Jugendliche mit Störung des Sozialverhaltens (u.a. CD, ADHD) [vs. z.T. Fehlen von Angaben] • **Altersbereich:** 3-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- <u>Definition der Evaluationsniveaus (Chambless & Hollon, 1998; Jobson & Potter, 1995):</u> Evaluationsniveau A: Vorliegen von mind. 2 RCT-Studien Evaluationsniveau B: Vorliegen einer RCT-Studie Evaluationsniveau C: Vorliegen offener Studien ohne Kontrollbedingungen, Kasuistiken	**Ergebnisse:** *Psychotherapeutische Behandlungsansätze:* • Elterntraining: Evaluationsniveau A • Verhaltenstherapeutische Interventionen im Unterricht: Evaluationsniveau A • Soziales Problemlöse- und Selbstkontrolltraining: Evaluationsniveau A • Funktionelle Familientherapie: Evaluationsniveau A • Multisystemische Therapie: Evaluationsniveau A • *allgemeine Behandlungsergebnisse (über alle Interventionen hinweg):* Reduktion externalisierenden, aggressiven, impulsiven und antisozialen Verhaltens; geringere elterliche Belastung, weniger körperliche Bestrafungen, positivere Eltern-Kind-Interaktion; geringere Raten erneuter Delinquenz, weniger Verhaftungen, kürzere Haftaufenthalte, weniger Gewaltverbrechen *Psychopharmakologische Behandlungsansätze:* • Lithium: Evaluationsniveau A • Methylphenidat: Evaluationsniveau B • Haloperidol: Evaluationsniveau B • Risperidon: Evaluationsniveau B • Carbamazepin: Evaluationsniveau B • Betablocker: Evaluationsniveau C • *allgemeine Behandlungsergebnisse (über alle Interventionen hinweg):* Reduktion aggressiven und antisozialen Verhaltens *Kombinierte Behandlungsansätze:* • Evaluationsniveau A • allgemein: kombinierte Eltern-Kind-Interventionen waren bei Vorschul- und Schulkindern wirksamer als nur kind- oder nur elternorientierte Maßnahmen und führten zu differentiellen Wirkungen **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • **---** **Methodische Aspekte:** • **---**

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Chambless & Ollendick, 2001** Chambless, D.L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology, 52,* 685-716.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über empirisch gestützte psychologische Interventionen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von insgesamt 37 empirisch gestützten Therapieansätzen für Kinder und Jugendliche in den Evaluationskategorien „well-established“ und „probably efficacious“; Vorliegen von 2 „effectiveness“-Studien zu Störungen des Sozialverhaltens • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** Störungen des Sozialverhaltens bzw. oppositionelles Verhalten, disruptive Störungen (CD, ODD) • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- <u>Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999):</u> „well-established“: mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious“: 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising“: Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** *Störungen des Sozialverhaltens bzw. oppositionelles Verhalten:* • „well-established“/“probably efficacious“: Ärgermanagement (Vorliegen von verschiedenen Programmen für Kinder *und* Jugendliche); Selbstsicherheitstraining; CBT; Problemlöse-Training; Delinquenz-Präventionsprogramm; funktionale Familientherapie; MST; Eltern-Kind-Interaktions-Training; Elterntraining mit/ohne Videogebrauch (Vorliegen von verschiedenen Programmen für Kinder *und* Jugendliche); RET; Time-Out-Behandlung *Disruptive Störungen:* • „promising“: strukturelle Familientherapie **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschungsempfehlungen: höherer Bedarf an „effectiveness“-Studien; Notwendigkeit der Erhebung von Lebensqualität als wichtiger Outcome-Variable; Bedarf an Forschung zur Verbesserung des Matching zwischen Probanden-Charakteristika und passenden Behandlungsansätzen **Methodische Aspekte:** • **---**

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Hibbs, 2001** Hibbs, E.D. (2001). Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *European Child and Adoelscent Psychiatry, 10 (Supplement 1),* I3-I11.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Evaluation von empirisch basierter Psychotherapieforschung für Kinder und Jugendliche • **Eingeschlossene Studien:** 82 kontrollierte Studien zu disruptiven Verhaltensstörungen • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** disruptive Verhaltensstörungen (u.a. ODD, CD) • **Altersbereich:** 3-18 Jahre (für Studien zu „well-established"-Ansätzen); --- (für Studien zu „probably efficacious"-Ansätzen) • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- <u>Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999):</u> „well-established": mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious": 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising": Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** *Disruptive Verhaltensstörungen:* • „well-established": 2 Elterntrainings (nach Patterson und Webster-Stratton) • „probably efficacious": Ärgermanagement, Selbstsicherheitstraining, Delinquenz-Präventionsprogramm, MST, Eltern-Kind-Interaktions-Training, Elterntraining (nach Peed), Problemlöse-Training, RET, Time-Out-Behandlung **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** *allgemein:* • insgesamt Vorliegen weniger „well-established"-Interventionen, d.h. fehlende empirische Unterstützung für eine Vielzahl von Interventionen • Empfehlungen: Notwendigkeit einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis; Notwendigkeit vermehrter „effectiveness"-Studien; Forderung einer verbesserten Rückfallprophylaxe und verlängerter Therapieintervalle; Bedarf an langfristigen FU-Studien (bislang häufige Beobachtung von Rückfällen im zweiten Jahr nach Therapieende); Notwendigkeit einer vermehrten Berücksichtigung von Störungs-Untergruppen; Notwendigkeit einer Erweiterung des Zielspektrums über die Symptomreduktion hinausgehend (d.h. Berücksichtigung anderer Funktions- und Lebensbereiche **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Weisz & Jensen, 2001** Weisz, J.R. & Jensen, A.L. (2001). Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child and Adolescent Psychiatry, 10*, I12-I18.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Darstellung zentraler Ergebnisse der Psychotherapieforschung für Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung von „efficacy"- und „effectiveness"-Forschung • **Eingeschlossene Studien:** über 500 „efficacy"-Studien und 14 „effectiveness"-Studien (über alle untersuchten Störungsbilder hinweg), 27 Studien für Störungen des Sozialverhaltens bzw. Verhaltensprobleme • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Populationscharakteristika:** Störungen des Sozialverhaltens bzw. Verhaltensprobleme • **Störungsbilder:** --- • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- <u>Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999):</u> „well-established": mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious": 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising": Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** *Störungen des Sozialverhaltens bzw. Verhaltensprobleme:* • „well-established": 2 Elterntrainings (nach Patterson und Webster-Stratton) • „probably efficacious": Ärgermanagement, Selbstsicherheitstraining, Delinquenz-Präventionsprogramm, MST, Eltern-Kind-Interaktions-Training, Elterntraining (nach Peed), Problemlöse-Training, RET, Time-Out-Behandlung • *MST:* für MST finden sich (hinsichtlich der Reduktion von Delinquenz und Inhaftierungen bzw. der Verbesserung des schulischen und familiären Funktionsniveaus) beeindruckende Behandlungserfolge **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** *allgemein:* • Fehlen von Studien zu anderen als den vier häufigsten Störungsbildern • Fehlen von Studien an älteren Jugendlichen (ggü. vielen Studien an Kindern) • Notwendigkeit der Überprüfung einer Vielzahl von in der Praxis bereits eingesetzten Interventionsverfahren (z.B. psychodynamische Verfahren, Familientherapie, ...) • Notwendigkeit der Berücksichtigung von Moderatoren und Mediatoren im Rahmen der Therapieforschung • Fehlen von „effectiveness"-Studien • Fehlen von alternativen Behandlungsansätzen (ggü. dem traditionellen Praxisbesuchs-Modell), z.B. aufsuchende Arbeit, gemeindebasierte Arbeit, Schularbeit **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Woolfenden et al., 2001, 2002** Woolfenden, S.R., Williams, K. & Peat, J. (2001). Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorders and delinquency aged 10-17 (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2001,* Issue 2. Woolfenden, S.R., Williams, K. & Peat, J. (2002). Family and parent interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Archives of Disease in Childhood, 86,* 251-256.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** bis 09/1999 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Interventionen für Eltern/Familien von Kindern/Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens und Delinquenz (u.a. Elterntraining, Familientherapie, MST oder MTFC) • **Eingeschlossene Studien:** 8 RCT-Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** anderer Behandlungsfokus; Fehlen von objektiven und validierten Outcome-Variablen; Fehlen einer ausreichenden Datengrundlage *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 4 Wochen – 6 Monate (bzw. 25-50 Stunden) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=keine Behandlung, herkömmliche Behandlungsansätze, Warteliste) • **Störungsbilder:** Störungen des Sozialverhaltens (CD) (Vorliegen einer entsprechenden Diagnose, Erfassung über Verhaltens-Checklisten) und/oder Delinquenz (Zuweisung durch die entsprechenden juristischen Behörden) • **Altersbereich:** 10-17 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene objektive Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • hinsichtlich der abhängigen Variable „„Aufenthaltsdauer in Institutionen“ ergibt sich infolge der Behandlung eine signifikante Reduktion der Werte; auch in Bezug auf die abhängigen Variablen „Risiko einer erneuten Inhaftierung, Anzahl von Gefängnisaufenthalten“ ergeben sich signifikante Verbesserungen der Werte (diesbezüglich sollte die Interpretation aufgrund der Heterogenität der Ergebnisse jedoch zurückhaltender vorgenommen werden • unzureichende Belege liegen demgegenüber für die abhängige Variable „reduziertes Risiko einer Inhaftierung“vor (hierzu liegen lediglich zwei Studien vor) • keine signifikanten Unterschiede zwischen EG und KG ergeben sich hinsichtlich der psychosozialen Outcome-Variablen (wie Problemverhalten des Kindes/Jugendlichen, funktionierendem Familienleben, psychischer Gesundheit der Eltern oder Peer-Beziehungen) • über die verschiedene Outcome-Variablen hinweg finden sich somit keine bis mittlere Effekte **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* positive Effekte finden sich für Eltern- und Familieninterventionen im Allgemeinen, jedoch v.a. für MST und außerhäusliche Unterbringung („foster-care“); neben den offensichtlichen Effekten, die die Behandlung auf Patient und Familie hat, ist insbesondere auch die Reduktion der gesellschaftlichen Folgekosten zu beachten • Forschung: Bedarf an weiteren RCT-Studien zur Frage der Wirksamkeit von Eltern-/Familieninterventionen für die Gruppe der Kinder/Jugendlichen (> 10 J.) mit einer Störung des Sozialverhaltens, jedoch *ohne* bisherige Kontakte mit der Justiz (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte“), im Rahmen dieser Studien sollten zudem Outcome-Maße aus vielen verschiedenen Kriterienbereichen zur Anwendung kommen (z.B. Variablen aus den Bereichen Peer-Beziehungen, Familie, Leistung, Arbeit, seelische Gesundheit, kriminelles Verhalten) **Methodische Aspekte:** • Schwächen: Fehlen von bestimmten Outcome-Variablen im Rahmen von Langzeitstudien (Arbeitslosigkeit, Kriminalität); die große Bandbreite an herkömmlichen Interventionen führt zu Heterogenität und reduzierter Interpretierbarkeit/Nützlichkeit der Ergebnisse; trotz der anfangs großen Studienanzahl bleiben aufgrund methodologischer Defizite am Ende oft nur wenige für weitergehende Analysen nutzbare Studien (d.h. Reviews/Metaanalysen gehen oft mit einem kleinen N einher); die Generalisierbarkeit der Studie ist (angesichts der Tatsache, dass fast ausschließlich US-Studien vorliegen) fraglich; mglw. liegt im Rahmen dieser Metaanalyse ein Publikationsbias vor; es existiert nur eine RCT-Studie, die sich ausschließlich auf Patienten mit einer Störung des Sozialverhaltens, jedoch *ohne* bisherige Kontakte mit der Justiz bezieht

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **Döpfner & Lehmkuhl, 2002b** Döpfner, M. & Lehmkuhl, G. (2002b). Die Wirksamkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Psychologische Rundschau, 53 (4),* 184-193.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Übersicht über empirische Ergebnisse (und methodische Probleme) bei der Untersuchung der Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter • **Eingeschlossene Studien: ---** • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Populationscharakteristika: ---** • **Störungsbilder: ---** • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999): „well-established“: mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious“: 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising“: Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** • *Status quo:* Psychotherapieforschung im Kindes- und Jugendalter hat sich in quantitativer und qualitativer Hinsicht verbessert; Vorliegen von Kriterien für empirisch bewährte Interventionen bei unterschiedlichen Störungen und Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien für Diagnostik und Therapie; die Vielzahl methodisch zufriendestellender Untersuchungen stammt aus dem kognitiv-behavioralen Spektrum, für alle anderen Therapierichtungen (psychodynamisch, psychoanalytisch, non-direktiv, familientherapeutisch orientiert) liegen kaum vergleichbare Studien vor • *Methodische Probleme:* Fehlen und reduzierte Effektivität (ES von ca. 0.0) von „effectiveness“-Studien, Notwendigkeit eines breiteren Spektrums an Outcomekriterien; Relevanz multimodaler und multimethodaler Outcome-Erhebung • *Globale Metaanalysen:* Darstellung der Ergebnisse von Casey & Berman (1987), Kazdin et al. (1990), Weisz et al. (1987), Weisz et al. (1995): Es finden sich durchschnittlich mittlere bis starke Effekte (ES von ca. 0.80); Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist ähnlich wirkungsvoll wie Psychotherapie mit Erwachsenen; durch kognitiv-behaviorale Verfahren lassen sich mittlere bis starke Effekte erzielen, durch nicht-behaviorale Methoden geringe bis mittlere Effekte; die Therapieeffekte bleiben über einen Zeitraum von durchschnittlich 6 Monaten stabil; die Therapieeffekte sind spezifisch (die Effekte therapieproximaler Kriterien sind etwa doppelt so hoch wie die Effekte therapiedistaler Kriterien) • *Spezifische Metaanalysen:* Vorliegen stärkerer Interventionseffekte tendentiell für altere Mädchen (ggü. gleichaltrigen männlichen Jugendlichen und jüngeren Kindern); bei internalen Störungen Nachweis der Effekte meist über Peer- oder Selbsturteile, bei externalen Störungen über Lehrer-/Beobachterbeurteilungen oder Verhaltenstests; kognitive Interventionen sind v.a. bei älteren Kindern (11-13 Jahre) wirkungsvoll, während bei jüngeren Kindern schlechtere Effekte erzielt werden; die Effekte kognitiver Interventionen sind kurzfristiger Natur und selten länger als 3 Monate nachweisbar • *Oppositionelle und aggressive Störungen:* „well-established“ -> Elterntrainings von Patterson und Webster-Stratton (d.h. Psychoedukation, Aufbau positiver Eltern-Kind-Interaktionen und Stimulusmanagement: Aufforderungen und Grenzsetzungen, Anwendung positiver/negativer Konsequenzen, Aufbau von erwünschtem Verhalten und Verminderung von kindlichem Problemverhalten) „probably efficacious“ -> Elterntrainings nach Eyberg, MST, verschiedene kind- und jugendlichenzentrierte Ansätze (zur Verbesserung der Ärgerkontrolle, der sozial-kognitiven Problemlösung, der sozialen Kompetenz und der Selbstbehauptung) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Nachholbedarf der Forschung im deutschen Sprachraum verglichen mit dem international zu verzeichnenden Fortschritt; Notwendigkeit einer permanenten Aktualisierung der evidenzbasierten Leitlinien; Relevanz von Vergleichsstudien (Pharmakotherapie vs. Psychotherapie vs. Kombinationsbehandlung) und Multicenter-Studien; Bedarf an Forschung zu Mediatoren und Moderatoren; Notwendigkeit von „effectiveness“-Studien und Kosten-Nutzen-Analysen (Optimierung der ökonomischen Aspekte und Verbesserung der gesellschaftlichen Legitimation für entsprechende Investitionen) **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **Farmer et al., 2002** Farmer, E.M.Z., Compton, S.N., Burns, B.J. & Robertson, E. (2002). Review of the Evidence Base for Treatment of Childhood Psychopathology: Externalizing Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70 (6),* 1267-1302.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1985-2000 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie [Prävention] • **Inhalt:** Übersicht über nicht-stationäre Behandlungsansätze für Kinder mit disruptiven Verhaltensweisen (Störungen des Sozialverhaltens, oppositionelles Verhalten) im Alter von 6-12 Jahren • **Eingeschlossene Studien:** 16 RCT-Studien und 2 kontrollierte Studien (davon: 3 Studien zu Elterntrainings, 5 Studien zu klinischen Behandlungsansätzen, 6 gemeindebasierte Studien und 4 psychopharmakologische Studien) • **Explizite Ausschlusskriterien:** andere Altergruppe; nicht-englische Veröffentlichung; Studie zu stationärem Setting; Studien, die den Fokus eher auf Systemveränderungen legen (d.h. kein Vorliegen von spezifischen Interventionen für Jugendliche und/oder ihre Familien); zu kleine Stichprobengröße (N < 30) (Kriterium gilt nur für pharmakologische Studien); Fehlen von Outcome-Daten <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 10-24 Wochen (bei Elterntrainings); 4 Monate – 3 Jahre bzw. 25 Sitzungen (bei klinischen Behandlungsansätzen); 4 Monate bzw. 18-34 Sitzungen (bei gemeindebasierten Ansätzen); 5-10 Wochen (bei psychopharmakologischen Studien) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=alternative Behandlungsansätze, keine Behandlung, WL, Placebo, Patienten mit anderem Störungsbild, „Kontrollgruppe“) • **Störungsbilder:** Kinder mit disruptiven Verhaltensweisen (Störungen des Sozialverhaltens, oppositionelles Verhalten), u.a. ODD, CD, SED, ADHD • **Altersbereich:** 6-12 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (bis zu 5 Jahren nach Behandlungsende)	**Ergebnisse:** • *Elterntrainings:* im Allgemeinen finden sich mittlere bis große ES, bei Implementierung unter Alltagsbedingungen mittlere ES • *Klinische Behandlungsansätze:* für kognitiv-behaviorale und familienorientierte Ansätze zeigen sich konsistent positive Ergebnisse; die Effekte bleiben dabei über längere Zeiträume erhalten; mglw. finden sich bessere Effekte für solche Interventionen, die kindfokussierte und eltern-/familienfokussierte Ansätze kombinieren • *Gemeindebasierte Studien:* für MST liegen substantielle Belege vor, jedoch besteht Bedarf an MST-Studien für 6-12jährige, da die Effektivität von MST für diese Altersgruppe noch weitestgehend ungeprüft ist • *Psychopharmakologie:* Vorliegen einiger positiver Ergebnisse (für Lithium, MPH, Thioridazin und Molindon), jedoch findet sich insgesamt wenig Forschung auf diesem Gebiet; methodisch kritisch zu bewerten sind die kleinen Stichproben und sehr kurzen FU-Zeiträume der vorliegenden Studien, für diesen Zeitraum liegen jedoch mittlere bis große ES vor • allgemein:für eine Vielzahl von Interventionen, v.a. für Elterntraining und gemeindebasierte Ansätze, finden sich positive Ergebnisse; die Behandlungseffekte bleiben auch nach Behandlungsende stabil; hilfreich scheinen multidimensionale Ansätze und eine Kombination von Kind- und Elternfokussierung zu sein; strukturierte/manualisierte Interventionen gehen scheinbar mit besseren ES einher als herkömmliche, eklektische Ansätze **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein: die* Forschung zum Einsatz von Pharmakotherapie in der Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens befindet sich – ganz im Gegensatz zum Bereich der psychosozialen und präventiven Studien – noch in den Anfängen (die bislang vorliegenden Studien beziehen sich v.a. auf stationäre Stichproben, fast ausschließlich auf Jungen und wiesen auch in Bezug auf die Ethnien keine Repräsentativität auf) in Abhängigkeit vom jeweiligen Behandlungsansatz wird perspektivisch somit ein unterschiedliches Vorgehen gefordert: im Bereich der Pharmakotherapie sollten in erster Linie „efficacy“-Studien durchgeführt werden, im Bereich der Psychotherapie besteht demgegenüber ein Bedarf an „effectiveness“-Studien • Forschung: Notwendigkeit von Studien für 6-12jährige (im Rahmen diese Reviews finden sich lediglich 21 Studien für diese Altersgruppe), da Ergebnisse aus anderen Altersgruppen nicht einfach generalisiert werden dürfen; Notwendigkeit von Studien ausschließlich an Mädchen, da die Gruppe der Jungen im Rahmen der vorliegenden Studien deutlich überrepräsentiert sind; Notwendigkeit, die Ergebnisse (in wechselnden Settings) zu replizieren (bislang liegen häufig Studien mit zu kleiner Stichprobengröße bzw. zu geringer statistischer Power vor); Bedarf an Prozessforschung; Bedarf an Langzeitstudien (FU > 6 Monate); Notwendigkeit der Berücksichtigung von Substanzmissbrauch als Outcome-Variable; Bedarf an Untersu-chungen zum Einfluss von Boostersitzungen • *allgemein:* es bedarf einer besseren Vernetzung von Theorie und Praxis (vgl. „clinic-community-intervention development“-Modell; Hoagwood, 2001, 2002) **Methodische Aspekte:** • Schwächen: kritisch zu betrachten ist der Ausschluss von Studien vor 1985 (damit einhergehend z.B. die Nicht-Berücksichtigung von Pattersons Elterntraining)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Kazdin, 2002** Kazdin, A.E. (2002). The State of Child and Adolescent Psychotherapy Research. *Child and Adolescent Mental Health, 7 (2)*, 53-59.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über den aktuellen Forschungsstand der Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien: ---** • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** Angststörungen, Depression, ODD/CD, ADHD • **Altersbereich:** < 19 Jahre • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • deutliche Fortschritte der Forschung in Bezug auf Quantität der kontrollierten Behandlungsstudien und Verbesserung der Studienqualität (Einsatz von Behandlungsmanualen zur Erhöhung der Behandlungsintegrität, Erfassung klinisch signifikanter Veränderungen, übereinstimmende Hinweise auf Wirksamkeit (ES von ca. .70 im Vergleich von EG vs. keine Behandlung), Verfügbarkeit und Identifikation von evidenzbasierten Behandlungen für eine Vielzahl von klinischen Störungen, Entwicklung von Behandlungsleitlinen für die klinische Praxis) • Evidenzbasierte Behandlungen für den Bereich der Störungen des Sozialverhaltens: Elterntraining, Problemlöse-Training, MST **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *6 Schritte zur Entwicklung effektiver Behandlungen nach Kazdin (2002)* -> (1) verbessertes psychopathologisches Wissen bzgl. Entstehung, Aufrechterhaltung, Wiederauftreten und Remission der Störung (Generierung von Hypothesen und Hypothesentestung); Identifikation von Subtypen, Risiko- und Präventivfaktoren; (2) Forschung zu der Behandlung zugrundeliegenden Mechanismen und Prozessen (z.B. Neurotransmitter, Lernen, Motivation) und empirische Überprüfung der entwickelten Veränderungstheorien (nehmen Interventionen Einfluss auf die angenommenen Prozesse?); (3) Behandlungsspezifizierung: Operationalisierung von Behandlungsansätzen (am besten in Manualform) zur Evaluierung der Behandlungsintegrität und möglichen Replikation; (4) Studien zum Behandlungserfolg mit verschiedenen Designs/Studientypen; (5) Weitere Analysen zu Moderatorvariablen, verbesserter Selektion/Matching und Anpassung der Interventionen an den einzelnen; (6) Überprüfung von Generaliserbarkeit und Anwendbarkeit des Ansatzes (in verschiedenen Varianten) auf verschiedene Settings, Stichproben, Störungen -> generelle bestehende Notwendigkeit eines gezielten, planvolleren Vorgehens, um größere Fortschritte zu erzielen • *Aspekte individueller Studien/Psychotherapien nach Kazdin (2002) -> Klärung eines Fraugenkatalogs* (inwieweit ist Behandung einer Nicht-Behandlung überlegen? Welche Komponenten tragen zur Veränderung bei? Welche Ansätze können kombiniert werden, um den Behandlungserfolg zu optimieren? Welche Paramter können variiert werden, um das Outcome zu beeinflussen/verbessern? Relative Wirksamkeit der Behandlung ggü. anderen Behandlungen? Welche Moderatorvariablen beeinflussen das Outcome? Welche Prozesse und Mechanismen nehmen Einfluss auf die therapeutische Veränderung? Inwieweit liegt Generalisierbarkeit auf Settings, Störungen etc. vor?); *Notwendigkeit einer Erweiterung der Outcome-Kriterien* (Symptomreduktion erweist sich für langfristige Anpassung und Funktionsniveau nicht als bester Prädiktor; Nutzen der Therapie wird so oft unterschätzt), je nach Störung, Subtyp und Entwicklungsstand Berücksichtigung von kindlichem Funktionsniveau, elterlichem/familiärem Funktionsniveau und/oder sozialen Auswirkungen • *Notwendigkeit der Berücksichtigung weiterer Aspekte im Rahmen von Forschung:* Verbreitbarkeit („disseminability"), Kosten und Akzeptanz von Behandlungen; Erweiterung der Forschung auf andere Stichproben (z.B. Kinder kranker Eltern, geistige/körperliche Behinderung, chronische Erkrankung, Missbrauch und Vernachlässigung, Straftäter, obdachlose Jugendliche) • *Relevanz der Erfassung des Forschungsfortschritts:* Bestehen einer Notwendigkeit, den Forschungsfortschritt systematisch zu überwachen und zu evaluieren -> Bedarf nach einem übergeordneten Forschungsplan und einem regelmäßigen Abgleich von offenen Forschungsfragen und deren sukzessiver Klärung im Rahmen von Studien

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Schwächen der bisherigen Forschung: Vorliegen von insgesamt relativ wenigen evidenzbasierten Behandlungen; evidenzbasierte Behandlungen werden im klinischen Praxisalltag oft nicht angewendet vs. fehlende/geringe Evidenzbasierung für eine Vielzahl von in der Praxis bereits eingesetzten Verfahren; viele Unterschiede zwischen Forschungs- und Praxis-Setting (d.h. fragliche Generalisierbarkeit der Ergebnisse und Effekte); insgesamt Vorliegen eines engen Forschungsfokus -> Fokussierung v.a. auf den Behandlungsansatz, weniger auf Charakteristika von Kind, Eltern und Familie; Fokussierung auf Symptomreduktion als Outcome-Kriterium, weniger auf andere für Funktionsniveau und Langzeitprognose relevante Bereiche (schulisches Funktionsniveau, Beeinträchtigung, Peer-Beziehungen); keine Fokussierung auf Prozess-/Mediator-/Moderatorvariablen (wie/warum funktioniert Therapie?) -> Notwendigkeit der Berücksichtigung dieser wichtigen Aspekte, um Behandlungen weiter zu optimieren; Fehlen eines systematischen, übergeordneten, den Fortschritt begünstigenden Forschungsplans **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **Weisz & Hawley, 2002** Weisz, J.R. & Hawley, K.M. (2002). Developmental Factors in the Treatment of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70 (1),* 21-43.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1963-2000 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** u.a. Überblick zum aktuellen Forschungsstand psychosozialer Interventionen bei Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** 114 Studien zu psychosozialen Interventionen bei Jugendlichen (insgesamt Vorliegen von 14 evidenzbasierten Behandlungsansätzen für Jugendliche, davon 7 Behandlungsansätze zu Störungen des Sozialverhaltens bzw. Verhaltensproblemen) • **Explizite Ausschlusskriterien:** anderer Fokus (als psychosoziale Interventionen); unveröffentlichte Studie; andere Altersgruppe; unzureichende methodologische Qualität (keine Randomisierung, kein Vorliegen von mind. einer EG und einer KG) <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer: ---** • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG • **Störungsbilder:** Depression, Angststörungen, ADHD, Störungen des Sozialverhaltens • **Altersbereich:** M=11.0 – 17.9 Jahre • **Abhängige Variablen: ---** • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment) <u>Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999):</u> „well-established“: mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious“: 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising“: Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** • Darstellung der Ergebnisse von Weisz et al., 1987; Weisz et al., 1995; Casey & Berman, 1985 (über verschiedene Behandlungsansätze und Störungsbilder hinweg) • *Evidenzbasierte Behandlungsansätze:* „well-established“: behaviorales Elterntraining „probably efficacious“: Ärgerkontrolltraining mit Stressimpfung; Ärgercoping-Therapie, Selbstsicherheitstraining, MST, Problemlöse-Training, RET • *Status quo der Therapieforschung:* weiterhin hohe Prävalenzraten (ca. 12-15%) für die genannten Störungsbilder; insgesamt weniger Studien zu Jugendlichen als zu Kindern und Erwachsenen (36 % der Studien mit Patienten < 18 Jahre); die vorliegenden Interventionen sind primär Adaptionen von Programmen für Erwachsenen oder Kinder, nur ein Programm (MST) wurde speziell für Jugendliche entwickelt 60% aller Studien beziehen sich auf Angststörungen (24%) und Störung des Sozialverhaltens (37%, gute Forschungslage), nur 11% der Studien auf Depression (trotz (mit Ausnahme von ADHD) Ansteigen der Prävalenzraten vom Kindes- zum Jugendalter); Vorliegen sehr weniger Studien zu so relevanten Bereichen wie Essstörungen, Substanzmissbrauch, Suizidalität, ADHD [Stimulantien-Behandlung wird Methode der Wahl, kaum Vorliegen geeigneter psychosozialer Interventionen], bipolarer Störung oder Panikstörung; generelles Fehlen von „effectiveness“-Studien (nur jeweils ca. 10% der Studien greifen auf Patienten aus klinischem Setting zurück und schließen Patienten mit komorbiden Störungen ein) aus Sicht einer entwicklungsorientierten Perspektive unzureichende Berücksichtigung der biologischen, psychologischen und sozialen Dimension als wichtiger Grundlage einer adäquaten Behandlung im Rahmen der Adoleszenz, d.h. häufig keine Integration dieser Faktoren in die Behandlung bzw. keine Berücksichtigung dieser Faktoren als Moderatoren/ Mediatoren (insgesamt bescheidene Forschungslage für den Aspekt der biologischen Dimension, substantielle Forschungslage für die Bereiche der psychologischen und sozialen Dimension; bzgl der sozialen Dimension am ehesten Berücksichtigung der Aspekte Peers und Familie, weniger der Bereiche Schule, Nachbarn, Arbeitgeber oder Versorgungssysteme) allgemein: fehlende Berücksichtigung von Moderatorvariablen in 72% der Studien; Fehlen von Studien zu Mediator-/Prozessvariablen; Fehlen von Vergleichsstudien (Pharmakotherapie vs. Psychotherapie) und Studien zur Kombinationsbehandlung; Fehlen von Langzeitstudien (inkl. Erfassung von Sicherheit und Effektivität der Behandlung); Fehlen von geeigneten pharmakotherapeutischen Studien (entsprechende Studien liegen bislang nur zu wenigen Störungsbildern vor, sehr häufige Ableitung von Behandlungsleitlinien für Jugendliche aus Erwachsenen-/Kinderstudien; Pooling von Kindern und Jugendlichen im Rahmen von Studien, häufige Anwendung von Pharmaka trotz fehlender Evidenzbasierung) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Stärken aktueller Forschung: Vorliegen von respektablen (mittleren bis großen) ES und evidenzbasierten Behandlungsansätzen für einige der wichtigsten Störungsbilder; zunehmende Beschäftigung mit einer entwicklungsorientierten Perspektive

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Schwächen aktueller Forschung: vgl. Abschnitt „Ergebnisse“ (Notwendigkeit einer vermehrten Berücksichtigung der biologischen (v.a.), psychologischen und sozialen Dimension, Bedarf an „effectiveness“- Studien, Moderator-/Mediatoranalysen, Vergleichsstudien, Studien zur Kombinationsbehandlung, umfangreichem Wissen zu Pharmakotherapie); Notwendigkeit, nicht nur Primärproblematik/Diagnose, sondern auch Kriterien der allgemeinen Lebensqualität zu erheben • Praxis: beispielhaft wird im Rahmen des Artikels die Ableitung eines biopsychosozialen Rahmenmodells dargestellt (zentrale Gedanken: bei Betrachtung der allgemeinen Entwicklungsperspektive handelt es sich im Wesentlichen um die Berücksichtigung eines Gruppentrends, so dass die Anpassung der allgemeinen Erkenntnisse an den einzelnen zentral ist; dementsprechend notwendig sind Wachsamkeit ggü. den Meilensteinen der Entwicklung, eine jeweilige Gewichtung und Priorisierung der Probleme, die Auswahl für den Patienten geeigneter Interventionen, das Abwägen uni- vs. mehrdimensionaler bzw. systemischer Behandlung, das Erarbeiten einer individuellen Toolbox (d.h. Vorstellung aller möglichen Interventionen und Intensivierung einiger vom Patienten als besonders hilfreich erlebten Interventionen); zentral ist weiterhin die sukzessive Entwicklung von altersspezifischen Interventionen, das Beibehalten von Flexibilität in Bezug auf Therapieinhalt/-struktur und die Nutzung von Behandlungsmanualen als Bausteinsets, verbunden mit der Hoffnung, dass sich daraus speziell für die Altersgruppe der Jugendlichen geeignete, adäquate Interventionen ergeben, die die Schwächen bisheriger Ansätze aufheben); weitere Details sind dem zu entnehmen **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Kazdin, 2003** Kazdin, A.E. (2003). Psychotherapy for Children and Adolescents. *Annual Review of Psychology, 54,* 253-276.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien: ---** • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer: ---** • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** Angststörungen, Depression, ODD/CD, ADHD • **Altersbereich:** < 19 Jahre • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • deutliche Fortschritte der Forschung: vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002); internalisierende und externalisierende Störungen sind am häufigsten Grund für die Zuweisung von Kindern und Jugendlichen; 17-22% der Kinder leiden unter entwicklungsmäßigen, emotionalen oder Verhaltensproblemen (je nach Kriterium (Diagnosestatus vs. subklinische Symptomatik) ergeben sich höhere bzw. niedrigere Schätzwerte) • *Besonderheiten von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*: (1) Notwendigkeit der Abgrenzung ernsthafter klinischer Probleme vs. kurzfristiger Probleme/Störungen im Rahmen einer ansonsten normalen Entwicklung ohne Behandlungsnotwendigkeit; (2) z.T. fehlender Leidensdruck und Behandlungsmotivation der Kinder/Jugendlichen bei Zuweisung durch die Eltern; (3) starker Einfluss der Eltern/Familie auf die Problematik (als Faktor, der für das Kind nicht zu beeinflussen ist), verbunden mit der Notwendigkeit, die Eltern/Familie in die Behandlung einzubeziehen (die Psychotherapie des Kindes ist nur ein Behandlungsbaustein); (4) die Interventionen werden nicht ausschließlich vom Therapeuten durchgeführt, sondern ebenfalls von Eltern, Lehrern, Peers oder Geschwistern; (5) Vorliegen hoher Dropout-Raten im Rahmen der Therapie; Sicherstellung der Compliance und Regelmäßigkeit der Therapieteilnahme gestalten sich oft schwierig; (6) die Erhebung der emotionalen und behavioralen Probleme ist oft herausfordernd (die Aussagefähigkeit von Kindern < 7 J. ist fraglich; oft ist der Rückgriff auf mehrere Informanten notwendig) • *Evidenzbasierte Behandlungen:* vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002); Überwiegen von kognitiv-behavioralen Behandlungen (ca. 50% der Studien im Kinder-/Jugendbereich beziehen sich auf CBT-Techniken) -> Hintergrund dafür ist die Tatsache, dass sich die geforderte methodische Qualität von evidenzbasierten Behandlungsansätzen v.a. in der aktuellen Forschungsliteratur findet (innerhalb derer CBT relativ populär ist) • *Hinweise auf gute Evidenzbasierung:* Konsistenz der Ergebnisse über verschiedene Settings, Stichproben, Altersgruppen, Messinstrumente, Selbst-/Fremdeinschätzung, Studiendesigns und Kriterienbereiche hinweg; Nachweis der Wirksamkeit auch im Langzeit-FU; Replikationen durch verschiedene Forschergruppen; im Rahmen der Studie Einschluss von Kindern, die die Diagnosekriterien erfüllen; Belege dafür, dass eine Mehrzahl der Kinder nach dem Behandlungsende ein im normativen Bereich liegendes Funktionsniveau erzielt; Möglichkeit einer Spezifizierung der Behandlung bzgl. wichtiger Einzelkomponenten (z.B. bei CBT für Angststörungen, Elterntraining für CD/ODD) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *6 Schritte zur Entwicklung effektiver Behandlungen nach Kazdin (2002):* vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002) • *Aspekte individueller Studien/Psychotherapien nach Kazdin (2002):* vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002) • *Notwendigkeit der Berücksichtigung verschiedener Stichproben im Rahmen von Forschung:* klinisch zugewiesene Patienten; Kinder kranker Eltern, geistige/körperliche Behinderung, chronische Erkrankung, Missbrauch und Vernachlässigung, Straftäter, obdachlose Jugendliche; Minoritäten und unterrepräsentierte Gruppen (bzgl. Nationalität, Rasse, Geschlecht, andere demographische Charakteristika)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • *Relevanz der Erfassung des Forschungsfortschritts:* vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002); Hinweis darauf, dass Reviews (narrativ, Meta-Analysen) zwar Ergebnisse zusammenfassen, jedoch keine Fragen beantworten können, die nicht in Einzelstudien erforscht wurden (z.B. Mediatorenanalyse, Zusammenhang zwischen zugrundeliegenden Veränderungsprozessen und Outcome-Veränderung) -> es bedarf Studien, die exakt für die Erfassung spezifischer Fragen konzipiert werden • Schwächen: vgl. Ergebnisse zu Kazdin (2002); weiterhin Vorliegen einer enormen Diskrepanz zwischen Forschung und Praxis (die Behandlungsverfahren, die im klinischen Praxisalltag angewendet werden, sind selten empirisch evaluiert vs. evidenzbasierte Behandlungen sind im klinischen Alltag nicht weit verbreitet); zentrale Bedeutung kommt der Frage der Generalisierbarkeit von evidenzbasierten Behandlungen zu -> evidenzbasierte Behandlungen sollten dennoch Behandlungsansatz der ersten Wahl sein und exploratorischen bzw. nicht-evidenzbasierten Behandlungen vorgezogen werden -> Fazit: die Forschung muss klinisch relevant bleiben, gleichzeitig muss der vermehrte/verbesserte Rückgriff der Kliniker auf bereits vorliegende Ergebnisse sichergestellt werden **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **McClellan et al., 2003** McClellan, J.M. & Werry, J.S. (2003). Evidence-Based Treatments in Child and Adolescent Psychiatry: An Inven-tory. *Journal of the American Acade-my of Child and Adolescent Psychia-try, 42 (12),* 1388-1400.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** bis 06/2003 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie • **Inhalt:** Übersicht über evidenzbasierte psychopharmakologische und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei Kindern und Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** --- • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; unveröffentlichte Studie; anderer Inhalt (als Pharmakotherapie oder Psychotherapie) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** u.a. Störungen des Sozialverhaltens, disruptives bzw. explosives Verhalten (u.a. CD); außerdem: ADHD, MDD, Angststörungen • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** *Störungen des Sozialverhaltens:* • *Neuroleptika (Antipsychotika): die* Antipsychotika (Haloperidol, Molindon, Risperidon) erweisen sich in der Reduktion von aggressivem Verhalten als hilfreich; auf den Einzelfall bezogen bedarf es einer Nutzen-Risiko-Analyse (Abwägen potentieller NW vs. langfristiger Konsequenzen/Auswirkungen einer Störung des Sozialverhaltens); das verbesserte NW-Profil der Atypika macht diese Substanzklasse zur Anwendung bei disruptiven Verhaltensstörungen zunehmend brauchbarer • *Stimmungsstabilisierer:* trotz des Mangels an kontrollierten Studien werden Stimmungsstabilisierer zunehmend gerne angewendet; Vorliegen einiger Studien, die die Wirksamkeit von Lithium zur Reduktion explosiven Verhaltens bei Jungen mit CD belegen; eine einzelne Studie unterstützt den Rückgriff auf Valproat zur Behandlung explosiven Verhaltens; für die Wirksamkeit von Carbamazepin zur Behandlung von ADHD-Symptomatik und/oder Aggressivität liegen wenige kontrollierte Studien mit uneindeutigen Resultaten vor • *andere Medikamente:* trotz häufiger Anwendung von α-adrenergen Agonisten zur Behandlung von ADHD und Verhaltensproblemen liegen nur wenige, kleine kontrollierte Studien vor, die die Wirksamkeit von Clonidin bei ADHD belegen • *CBT:* Interventionen, die den Fokus auf die der CD zugrundeliegenden kognitiven Prozesse legen, erweisen sich als hilfreich (z.B. Problemlösetraining, Ärger-Management, Selbstsicherheits-Trainings, RET) • *Eltern-/Familieninterventionen:* Vorliegen vieler Studien zu Elterntrainings (Verbesserung von Eltern-Kind-Beziehung und Erziehungsverhalten; Reduktion negativer „coercive" Interaktionen; Rückgriff auf Verstärkungsprinzipien und Modelllernen), v.a. für jüngere Kinder (4-8 Jahre); Überlegenheit von Eltern/-Familieninterventionen ggü. Standardbehandlungen oder passiven KG (bzgl. Reduktion von Non-Compliance und schwierigen Verhaltensweisen) • *systemische multimodale Interventionen:* MST (d.h. u.a. aggressives Case-Management, Einbezug von gezielten Familieninterventionen und Verknüpfung verschiedener Dienste) erweist sich in seiner Wirksamkeit Gefängnis- und Psychiatrieaufenthalten sowie anderen Behandlungsansätzen als überlegen und ist kosteneffektiver; leider findet sich eine Reduktion der Effekte im 12-16-Monats-FU; auch für Jugendliche mit Substanzmissbrauch bzw. in psychiatrischen Krisen erweist sich MST als hilfreich; das Programm RE-CAP (multimodal) führt zur Verbesserung internalisierender und externalisierender Probleme **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** *allgemein:* • *Psychotherapie:* die beste empirische Unterstützung (methodisch gute Studien) findet sich für kognitiv-behaviorale bzw. behaviorale Interventionen; familienbasierte Interventionen bzw. Interventionen im Rahmen der Versorgungssysteme erweisen sich ebenfalls als effektiv

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • trotz der wachsenden Anzahl von evidenzbasierten Behandlungsansätzen orientiert sich die klinische Praxis weiterhin häufig an der Erwachsenenliteratur bzw. an traditionellen Behandlungsmodellen -> einige Behandlungsansätze werden jedoch der Diversität und Komplexität mancher Störungsbilder nicht gerecht, zum anderen fehlt es vielen Klinikern an den entsprechenden Fertigkeiten oder dem inneren Wunsch bzw. der Bereitschaft, die evidenzbasierten Ansätze in die Praxis umzusetzen (wenngleich diesbezüglich natürlich große Unterschiede zwischen einzelnen Klinikern, Institutionen Berufsgruppen oder Kommunen bestehen) -> infolgedessen lassen sich 3 große Forschungsbereiche aufzeigen: (1) „effectiveness“-Studien zu im Praxissetting häufig angewendeten (bislang jedoch noch nicht untersuchten) Interventionen; (2) „effectiveness“-Studien zu in „efficacy“-Studien bereits beforschten, wirksamen Interventionen; (3) Verbesserung der Umsetzung von evidenzbasierten Interventionen (aus dem „Labor“) ins klinische Setting -> im Wesentlichen sollte sich der Behandlungsstandard aus der Forschung heraus entwickeln, weniger aus einer „Rechtfertigung“ von bereits in der Praxis angewendeten Interventionen • Forschung (Psychotherapie): Notwendigkeit, vorliegende Ergebnisse über viele Orte hinweg und mit größeren Stichproben zu replizieren; Bedarf an Studien zur Klärung der Frage, inwiefern Rahmenfaktoren (Therapiesetting, Kind, Umgebung) Behandlungsentscheidung und -erfolg beeinflussen; Bedarf an „effectiveness“-Studien im „real-world“-Setting (Klärung der Frage nach der Generalisierbarkeit von positiven Ergebnissen auf klinische Populationen) **Methodische Aspekte:** *allgemein:* • Schwächen (Pharmakotherapie): Fehlen von Studien zu komorbiden Störungsbildern; kleine Stichproben (mittlerweile immerhin zunehmend Multisite-Studien); enge diagnostische Einschlusskriterien; kurze Behandlungsdauer

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **McDougle et al., 2003** McDougle, C.J., Stigler, K.A. & Posey, D.J. (2003). Treatment of Aggression in Children and Adolescents With Autism and Conduct Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 64 (Supplement 4),* 16-25.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- [1981-2002] • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Behandlung von Aggressivität bei Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens (Effektivität und Verträglichkeit) • **Eingeschlossene Studien:** tabellarische Darstellung von 14 RCT-Studien (insgesamt Bezugnahme auf 26 Studien) • **Explizite Ausschlusskriterien:** anderes Studiendesign (als doppelblind, placebo-kontrolliert); andere Thematik (als Studien zur Behandlung von Aggressivität bei Störungen des Sozialverhaltens) <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** im Allgemeinen ca. 2-12 Wochen (z.T. bis zu 18 Monaten) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder:** u.a. Störungen des Sozialverhaltens (u.a. CD, ODD, ADHD, DBD; entweder alleiniges oder komorbides Vorliegen; z.T. mit geistiger Behinderung/unterdurschnittlichem IQ) • **Altersbereich:** ca. 5-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (Erfassung von (schwerer) Aggressivität, Feindseligkeit, Explosivität, destruktivem Verhalten, Impulsivität, Ärger, antisozialen Verhaltensweisen oder Symptomen einer Störung des Sozialverhaltens) • **Messzeitpunkte:** u.a. nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • *Typische Antipsychotika:* aufgrund des erhöhten Risikos für Spätdyskinesien sind diese v.a. Patienten mit schweren, behandlungsresistenten Symptomen vorbehalten; in verschiedenen Studien konnte die Wirksamkeit für CD belegt werden; Molindon und Thioridazin sind vergleichbar effektiv (als NW werden oft Sedierung und Dystonie berichtet); Haloperidol [und Lithium] sind einem Placebo beide überlegen (NW sind v.a. Sedierung und akute Dystonie; relativ gesehen besteht eine bessere Verträglichkeit für Lithium) • *Atypische Antipsychotika: die* Wirksamkeit von Risperidon ist über vier Studien hinweg nachgewiesen; zudem besteht für Risperidon eine relativ gute Verträglichkeit (NW sind Kopfschmerzen, geringe Gewichtszunahme, Schläfrigkeit, Sedierung, erhöhter Appetit, z.T. motorische NW) • *Serotonerge Antidepressiva:* Vorliegen von Studien, die die Wirksamkeit von Trazodon, den SSRIs Paroxetin und Citalopram belegen; im Allgemeinen finden sich eine gute Verträglichkeit und milde NW (Sedierung, Kopfschmerzen, Alpträume), nur bei einzelnen Patienten treten Ejakulationsstörungen oder Bluthochdruck auf • *Lithium:* Lithium ist einem Placebo über mehrere Studien hinweg überlegen (demgegenüber liegt für Lithium lediglich ein negatives Ergebnis vor, das jedoch vermutlich aus der kurzen Behandlungsdauer von 2 Wochen resultiert); zudem findet sich eine relativ gute Verträglichkeit (z.T. Gewichtszunahme/-abnahme, Übelkeit, Erbrechen, Tremor, Kopfschmerzen, Polyurie) • *Antikonvulsiva:* zur Wirksamkeit von Carbamazepin liegen uneindeutige Ergebnisse vor; Carbamazepin-Einnahme geht zudem mit NW wie Müdigkeit, Schwindel, Doppelbildersehen, verzerrtem Sehen oder rascher, vorübergehender mäßiger bis deutlicher Leukopenie einher; eine weitere Studie belegt sowohl die Effektivität als auch die gute Verträglichkeit (einzige NW ist eine Zunahme des Appetits) von Divalproex Sodium • *Psychostimulantien*: über verschiedene Studien hinweg finden sich Belege für die gute Wirksamkeit und allgemein gute Verträglichkeit (an NW werden Schwindel, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, Schlafstörungen berichtet) von MPH • *α_2-adrenerge Agonisten:* zwei Studien belegen die Wirksamkeit von Clonidin, als häufigste NW wird Sedierung berichtet • *β-adrenerge Agonisten:* diesbezüglich finden sich zwar Belege für die Nützlichkeit bei Aggressivität, jedoch kaum Studien zur Nützlichkeit von β-adrenergen Agonisten für Patienten mit CD (einige offene Studien belegen eine Verbesserung der Aggressivität im Rahmen einer CD, jedoch liegen bei den untersuchten Patienten zentralnervöse Auffälligkeiten vor) • *Benzodiazepine:* der Rückgriff auf Benzodiazepine darf (aufgrund von Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential bzw. einer mögl. Verschlechterung der Aggressivität) nur mit Vorsicht erfolgen **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* verschiedene Substanzen scheinen geeignet zu sein, um die Aggressivität bei Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens effektiv zu beeinflussen: atypische Antipsychotika, SSRIs, Stimmungsstablisierer, Psychostimulantien, α_2-adrenerge Agonisten

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Forschung: Notwendigkeit von weiteren kontrollierten Studien, insbesondere Bedarf an Langzeitstudien zur Verbesserung der Forschungslage (in Bezug auf Wirksamkeit und Verträglichkeit verschiedener Substanzen in der Behandlung einzelner diagnostischer Gruppen); Bedarf an Studien zum Einfluss von Alter und anderen Entwicklungsfaktoren auf den Behandlungserfolg; Notwendigkeit der Unterscheidung von zwei Subtypen von Aggressivität („impulsiv-affektiv“ vs. „kontrolliert-räuberisch“): erstere Subgruppe scheint eher auf pharmakologische und psychosoziale Interventionen (zur Reduktion von Feindseligkeit, Impulsivität und Arousal) anzusprechen, letztere eher auf behaviorale Therapie **Methodische Aspekte:** • --- [im Rahmen dieses Reviews wird nur auf eine Auswahl von Studien Bezug genommen]

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Roberts et al., 2003** Roberts, M.C., Lazicki-Puddy, T.A., Puddy, R.W. & Johnson, R.J. (2003). The Outcomes of Psychotherapy With Adolescents: A Practioner-Friendly Research Review. *Journal of Clinical Psychology/In Session, 59 (11),* 1177-1191.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Zusammenfassung der Ergebnisse der Psychotherapieforschung mit Jugendlichen • **Eingeschlossene Studien:** 82 kontrollierte Studien zu disruptiven Verhaltensstörungen • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** disruptive Verhaltensstörungen, Jugendliche mit multiplen Problemen (u.a. ODD, CD) • **Altersbereich:** --- (im Rahmen der Studien häufiger Mix aus Kindern und Jugendlichen, deswegen oft heterogenes Altersspektrum) • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** --- Definition der Evaluationsniveaus (nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999): „well-established“: mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious“: 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising“: Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe	**Ergebnisse:** *Disruptive Verhaltensstörungen:* • well-established“: behaviorales Elterntraining, Modelllernen (mit Hilfe von Videoeinsatz) • „probably efficacious“: Ärgermanagement, Selbstsicherheitstraining, MST, Eltern-Kind-Interaktions-Training, Elterntraining, Problemlöse-Training, RET *Jugendliche mit multiplen Problemen:* • MST: die Effektivität von MST wird durch eine Vielzahl von Studien gestützt • FFT (funktionelle Familientherapie): die Forschung zu FFT befindet sich in der Entwicklung • MTFC (multidimensionale Behandlung mit außerhäuslicher Unterbringung): --- [Fehlen weiterer Angaben zu MTFC] • allgemein: alle 3 Programme (d.h. MST, FFT, MTFC) erweisen sich hinsichtlich einer Verbesserung der Rahmen-/Umweltbedingungen als effektiv; es besteht die Notwendigkeit, (über die traditionellen Kliniksambulanzen/Praxen hinausgehend) alternative Behandlungskonzepte/-settings (wie z.B. Haus- und Schulbesuche) anzudenken bzw. umzusetzen **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** *allgemein:* • es besteht die Notwendigkeit von vermehrter Psychotherapieforschung mit der besonderen Fokussierung der Gruppe der Jugendlichen; außerdem muss die Vielzahl der sehr unterschiedlichen Charakteristika von Jugendlichen (Alter, Geschlecht, Nationalität,...) in Forschung und Praxis vermehrt berücksichtigt werden **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Curtis et al., 2004** Curtis, N.M., Ronan, K.R. & Borduin, C.M. (2004). Multisystemic Treatment: A Meta-Analysis of Outcome-Studies. *Journal of Familiy Psychology, 18 (3),* 411-419.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1986-2003 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** MST • **Eingeschlossene Studien:** 11 RCT-Studien (7 primäre und 4 sekundäre Behandlungsstudien) • **Explizite Ausschlusskriterien**: anderer Behandlungsansatz als MST; Fehlen einer ausreichenden Datengrundlage *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** ca. 4-6 Monate • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=alternative Interventionen, herkömmliche Behandlungsansätze) • **Störungsbilder:** Rückgriff auf klinische Stichproben mit Jugendlichen, die antisoziale Verhaltensweisen (d.h. Verletzung sozialer Regeln, fremdaggressives Verhalten) oder psychiatrische Symptome zeigen: 95% der Patienten sind jugendliche Straftäter, 17% weisen Substanzmissbrauch auf, bei 16% besteht die Notwendigkeit eines stationären psychiatrischen Aufenthalts • **Altersbereich:** 8-18 Jahre • **Abhängige Variablen**: 23 verschiedene Outcome-Variablen und 6 Outcome-Bereiche • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (12 Wochen – 4 Jahre nach Behandlungsende)	**Ergebnisse:** • es findet sich eine signifikante Überlegenheit des MST-Ansatzes (mittlere ES: 0.55) über alle Stichproben und Problembereiche hinweg (bis 4 Jahre nach Behandlungsende) -> die Zielgruppe ist dabei keine Moderatorvariable, sondern MST ist über alle Anwendungsbereiche hinweg effektiv; in Bezug auf den Einsatz von MST (nicht nur bei jugendlichen Straftätern, sondern auch) bei Substanzmissbrauch und schweren emotionalen Störungen (als Alternative zu stationären Psychiatrieaufenthalten) besteht jedoch die Notwendigkeit einer Replikation/Absicherung der Ergebnisse -> bei „efficacy"-Studien (Behandlung durch „graduate student therapists", die supervidiert werden) finden sich im Vergleich mit „effectiveness"-Studien (d.h. gemeindebasierten Studien) deutlich höhere Effekte -> der Aspekt der Qualitätssicherung scheint bei der praktischen Durchführung von MST unabdingbar zu sein, eine Annäherung der ES von „efficacy"- und „effectiveness"-Studien ist unbedingt anzustreben -> im Bereich „familiäre Beziehungen" liegen ggü. den Bereichen „Beziehungen zu Gleichaltrigen" und „individuelle Anpassungsfähigkeit" deutlich höhere Effekte vor; dieses Ergebnis deckt sich (1) mit dem umfangreichen Einsatz von Familieninterventionen im Rahmen von MST sowie (2) mit Studien, die belegen, dass eine Verbesserung der familiären Beziehungen (in einem nächsten Schritt) positive Auswirkungen auf die Peer-Beziehungen und die Einzelperson selber hat **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschung: Notwendigkeit einer Replikation/Absicherung der Ergebnisse in Bezug auf den MST-Einsatz bei Substanzmissbrauch und schweren emotionalen Störungen (vgl. Abschnitt „Ergebnisse"); Notwendigkeit einer Annäherung der Ergebnisse aus „efficacy"- und „effectiveness"-Studien unter Berücksichtigung des Aspekts der Qualitätsssicherung (vgl. Abschnitt „Ergebnisse"); Notwendigkeit, das Instrumentarium zur Outcome-Messung entsprechend der/aller im Rahmen von MST fokussierten Kriterienbereiche auszuwählen; Notwendigkeit einer Vertiefung der Prozessforschung bzw. der Forschung zu Moderatoren und Mediatoren **Methodische Aspekte:** • Schwächen/Einschränkungen: Vorliegen einer geringen Anzahl von Studien im Rahmen dieser Metaanalyse; die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist (aufgrund der bei weitergehenden Analysen z.T. noch geringeren Studienzahl) fraglich; z.T. findet sich eine Konfundierung der Variablen, die sich jedoch nicht vermeiden ließ

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Weisz et al., 2004** Weisz, J.R., Hawley, K.M. & Jensen-Doss, A. (2004). Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 13,* 729-815.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1963-2002 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über empirisch untersuchte Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen mit internalisierenden und externalisierenden Problemen und Störungen (Angststörungen, depressive Störungen, Verhaltensstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen) • **Eingeschlossene Studien:** über die Störungsbilder hinweg insgesamt 298 RCT-Studien, davon wenige „effectiveness"-Studien; für Störungen des Sozialverhaltens Vorliegen von insgesamt 135 RCT-Studien, davon 34 „effectiveness"-Studien mit zugewiesenen Jugendlichen • **Explizite Ausschlusskriterien**: keine klinische Studie; andere Altersgruppe; nicht-englische Veröffentlichung; keine RCT-Studie (Fehlen von Randomisierung und Kontrollgruppe); unveröffentlichte Studie; unpublizierte Manuskripte; Buchkapitel; unveröffentlichte Dissertationen; andere Störungsgruppe; Vorliegen von medikamentöser Behandlung; Vorliegen zu weniger Outcome-Variablen (vgl. Abschnitt „Abhängige Variablen"); Einzelfallstudien; abwechselnde Zuteilung der Patienten zu Experimental- und Kontrollgruppe (nacheinander) <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (= Warteliste/keine Behandlung (62% der Studien); Placebo/passive Kontrollgruppen/Aufmerksamkeitsgruppen (39% der Studien); herkömmliche Behandlungsansätze/alternative Interventionen (8% der Studien)) • **Störungsbilder:** Verhaltensprobleme oder -störungen • **Altersbereich:** 3.5 – 17.5 Jahre • **Abhängige Variablen**: verschiedene Outcome-Variablen (mind. eine Variable pro behandeltem Problembereich) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • Identifikation von denjenigen Psychotherapieansätzen, die in mind. 1 RCT-Studie Erfolg der Intervention belegen (d.h. Überlegenheit ggü. der Kontroll- oder Vergleichsgruppe in mind. 1 zentralen Outcome-Variable): operante Verfahren, CBT, Soziales-Kompetenz-Training, Entspannungstraining, psychodynamische Therapie, Spieltherapie, eklektische Therapie, Elterntraining (behavioral, nach Adler), Lehrertraining (behavioral, nach Adler), Familientherapie (behavioral, systemisch), MST (Sitzungen mit Eltern, Jugendlichen oder Familie), Familien- und Nachbarschafts-Service, Missouri-Delinquenz-Projekt • 59% der untersuchten Behandlungsgruppen zeigen sich gegenüber einer Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe in mindestens einer zentralen Outcome-Variable (therapieproximal) überlegen • für folgende Interventionsbereiche konnte die Wirksamkeit wiederholt belegt werden: Kazdins Problemlöse-Training, Webster-Strattons Elterntraining, Pattersons Elterntraining, Eybergs Eltern-Kind-Interaktions-Therapie, MST **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • der Begriff „Psychotherapie" wird mittlerweile für eine breite Palette von Interventionen verwendet • die Anzahl der Studien ist über die verschiedenen Störungsbilder hinweg ungleich verteilt: für den Bereich der Angst- und Verhaltensstörungen liegen viele Studien, für ADHD und die Gruppe der depressiven Störungen liegen wenige Studien vor (entspricht der jeweils unterschiedlich langen Forschungsgeschichte) • Vorliegen einer großen Diversität bzgl. der Behandlungsansätze mit vielen unterschiedlichen Zielgruppen (Jugendliche, Eltern, Lehrer, Familien etc.): in Bezug auf Störungen des Sozialverhaltens dominieren Elterntrainings, über alle Störungsbilder hinweg behaviorale Verfahren die Übersicht; darüber hinausgehend liegen für die Gruppe der Verhaltensstörungen jedoch auch Hinweise für die Effektivität von nicht-behavioralen Interventionen (Spieltherapie, psychodynamische Therapie, Kunsttherapie, Lehrerberatung) vor; zudem gibt es Hinweise auf die Wirksamkeit einiger sehr einfacher oder ungewöhnlicher Interventionen (z.B. erweist sich Entspannungstraining bei allen vier betrachteten Störungsbildern als hilfreich) • Notwendigkeit, die Bedeutung der Forschung für die Praxis zu erhöhen: Bedarf an Replikationen mit robusten Effekten (zu vielen Ansätzen wurde bislang nur eine Studie durchgeführt); Notwendigkeit, die klinische und externe Validität durch „effectiveness"-Studien (Repräsentativität von Patienten, Therapeuten und Setting) zu erhöhen; Notwendigkeit der Anfertigung von Studienprotokollen inklusive der Publikation von Therapiemanualen (bislang stehen Manuale häufig nicht zur Verfügung, so dass Interventionen von anderen nicht aufgegriffen und erprobt werden können) **Methodische Aspekte:** • Schwächen: einige vielversprechende Therapieansätze mussten aufgrund unpassender Studiendesigns oder unzureichender Studieninformationen ausgeschlossen werden; dies verhindert die Verbreitung dieser Ansätze, was sowohl für die Autoren als auch für die Patienten bedauerlich ist

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Bradley et al., 2005** Bradley, M.C. & Mandell, D. (2005). Oppositional defiant disorder: A systematic review of intervention effectiveness. *Journal of Experimental Cri-minology, 1,* 343-365.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1990-2004 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention [Prävention] • **Inhalt:** verschiedene Behandlungsansätze für Kinder mit oppositionellem Verhalten • **Eingeschlossene Studien:** 7 RCT-Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** Studie zu stationärem Setting; Studie zu medikamentöser Behandlung; ausschließliches Vorliegen von Outcome-Variablen aus der Verhaltensbeobachtung (d.h. Fehlen eines anderen Maßes); Fehlen einer ausreichenden Datengrundlage; nicht-englische Veröffentlichung; andere Zielgruppe (Jugendliche mit Störung des Sozialverhaltens) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Warteliste, keine Behandlung, alternative Behandlungsansätze) • **Störungsbilder:** oppositionelles Verhalten (ODD), d.h. Vorliegen einer entsprechenden DSM-/ICD-Diagnose oder eines T-Werts > 55 auf der CBCL-Aggressionsskala • **Altersbereich:** 4-6 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (2 Monate – 2 Jahre)	**Ergebnisse:** • es findet sich eine signifikante Verbesserung hinsichtlich der Bereiche „kindliches Verhalten zu Hause“ und „elterlicher Stress“; (nur) schwache Belege liegen für eine Verbesserung der Bereiche „Verhalten und Leistung in der Schule“ vor; Vorliegen kleiner bis großer ES **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Vorliegen von Belegen für die Wirksamkeit von Behandlungen für oppositionelles Problemverhalten: sowohl Interventionen, die die Verbesserung der elterlichen Fertigkeiten anstreben, als auch Interventionen, die auf die Erhöhung der kindlichen Problemlösekompetenz abzielen, gehen mit signifikanten Verbesserungen der Symptomatik einher; die Interventionen müssen also nicht zwangsläufig mit Eltern *und* Kindern arbeiten, um erfolgreich zu sein, was deutlich mehr Anwendungsmöglichkeiten eröffnet • Forschung: der Bereich der Forschung hat angesichts der ohne Therapie zu erwartenden individuellen und sozialen Konsequenzen für die Kinder enormen Wert; insgesamt gibt es noch viele Forschungslücken, und es besteht die Notwendigkeit, die bisherige Forschung auszubauen (bisherige methodische Schwächen sind u.a. kleine Stichproben, geringe Power der Studien, defizitäre Studiendesigns und das Vorliegen von nur wenigen RCT-Studien) **Methodische Aspekte:** • Schwächen: z.T. ist die vorliegende Datenbasis zu klein, um sichere Schlüsse zur Wirksamkeit ziehen zu können (weitere methodische Schwächen sind dem Abschnitt „sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen“ zu entnehmen)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Dretzke et al., 2005** Dretzke, J., Frew, E., Davenport, C., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Sandercock, J., Bayliss, S., Raftery, J., Hyde, C. & Taylor, R. (2005). The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositionl defiant disorder, in children. *Health Technology Assessment, 9 (50).*	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1966-08/2003 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** strukturierte Elterntrainings für Eltern von Kindern mit einer Störung des Sozialverhaltens (bzw. oppositionellem Verhalten) • **Eingeschlossene Studien:** 37 RCT-Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** Studie zu unstrukturiertem Elterntraining; Studie zu mit anderen Interventionen kombinierten Elterntrainigs; Beteiligung anderer an der Behandlung (d.h. Beteiligung von Kind, Familie oder Lehrer) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 6 Wochen – 6 Monate • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Warteliste, alternatives Elterntraining, alternative Intervention) • **Störungsbilder:** 50% der Studienteilnehmer weisen Verhaltensstörungen auf, d.h. Vorliegen einer ICD-/DSM-Diagnose, auffälliger Skalenwerte auf einer entsprechenden Verhaltensskala oder für Störungen des Sozialverhaltens typischer Verhaltensauffälligkeiten (ODD, CD) • **Altersbereich:** bis 18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Messinstrumente zur Erfassung kindlichen Verhaltens (u.a. CBCL, ECBI Intensität, ECBI Häufigkeit, DPICS) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (3 Monate nach Behandlungsende)	**Ergebnisse:** • die Ergebnisse von CBCL, ECBI Intensität, ECBI Häufigkeit und DPICS belegen signifikante Verbesserungen des kindlichen Verhaltens (bis mind. 3 Monate nach Behandlungsende); Vorliegen kleiner bis mittlerer ES (Range der ES: 0.35-0.73) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* zwischen den einzelnen Programmen finden sich wenige signifikante Unterschiede, intensivere Interventionen scheinen jedoch tendentiell effektiver zu sein **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **Esser & Ballaschk, 2005** Esser, G. & Ballaschk, K. (2005). Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Forschungsstand und Perspektiven. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 26 (Sonderheft 1),* 19-39. * die Angaben beziehen sich (bis auf die Aspekte Bereich und Inhalt) auf die Arbeit von Esser & Sell (2003)	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:**</u> • **Zeitraum:** 1993-1999 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über internationale und deutschsprachige empirische Ergebnisse zur Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter • **Eingeschlossene Studien:** 43 kontrollierte Studien (39 Studien zu kognitiv-behavioralen Verfahren, 4 Studien zu nicht-behavioralen Therapien), davon 12 Studien zu unterkontrollierten Störungen) • **Explizite Ausschlusskriterien:** Fehlen einer unbehandelten KG <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:**</u> • **Behandlungsdauer:** 3-46 Stunden • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=unbehandelte KG) • **Störungsbilder:** verschiedene über- und unterkontrollierte Störungen (u.a. Angststörungen und Phobien, Prüfungsangst, Depressionen, oppositionell-deviantes Verhalten, dissoziale Störungen, Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung) • **Altersbereich:** 3-17 Jahre (M=10.5 Jahre) • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • Darstellung der Ergebnisse von Casey & Berman, 1985; Weisz et al., 1987; Kazdin et al., 1990; Weisz et al., 1995; Esser & Sell, 2003 • *spezifische Ergebnisse zu Verhaltensstörungen:* für „Aggressives Verhalten“ (1 Studie) findet sich eine kleine ES, für „Dissoziale Störungen“ (3 Studien) eine mittlere ES, für „Disziplinprobleme (1 Studie) eine große ES und für „oppositionall-deviantes Verhalten“ eine sehr große ES (5 Studien) • *allgemein (über alle Störungsbilder hinweg):* insgesamt liegen mittlere bis große ES vor; die Ergebnisse weisen auf eine höhere Effektivität behavioraler Verfahren im Vergleich zu nicht-behavioralen Verfahren hin; signifikant höhere ES liegen für unterkontrollierte im Vergleich zu überkontrollierten Störungen vor; geringe ES zeigen sich bei den kombinierten emotionalen und dissozialen Störungen; in der Kinder- und Jugendpsychotherapie können ähnliche Effekte erzielt werden wie in der Erwachsenentherapie; Forschungsfokus war zuletzt v.a. die Weiterentwicklung der Psychotherapien für unterkontrollierte Störungen und der Kindertherapien (im Sinne eines Nachholeffekts ggü. der zuvor schwerpunktmäßig beforschten Behandlung von Jugendlichen); Moderatoren wie Alter, Geschlecht und Schweregrad der Störung scheinen kaum einen Einfluss auf den Behandlungserfolg zu haben **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* die Wirksamkeit für Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ist für die nicht-behavioralen Methoden (klientenzentriert, einsichtsorientiert, Diskussionsgruppen) noch nicht ausreichend belegt; ein Mangel an Effektivitätsstudien herrscht insbesondere für psychoanalytische, tiefenpsychologische, eltern- und familienorientierte Therapiekonzepte; die Verhaltenstherapie ist gegenwärtig das am häufigsten wissenschaftlich untersuchte Therapieverfahren (abgesehen von dern unzureichenden Evidenzsituation für Intelligenzminderung, hirnorganische Störungen und Entwicklungsstörungen) • *allgemein*: im deutschen Sprachraum liegen systematische empirische Evaluationen nur in begrenztem Maße vor -> tendentiell decken sich die Ergebnisse mit den Resultaten international publizierter Effektivitätsstudien • Forschung: Notwendigkeit einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen Forschern und Klinikern; Notwendigkeit der Annäherung von Therapieforschung an die klinische Praxis: Einbezug von komorbiden Störungsbildern; Bedarf an einer größeren Zahl von Outcome-Maßen; Notwendigkeit einer Manualisierung und Modularisierung der in der Praxis verwendeten Verfahren; Bedarf an Studien zur Gegenüberstellung von Kurzzeit- vs. Langzeitverfahren; Notwendigkeit einer systematischeren Untersuchung von Einzelkomponenten; Bedarf an Forschung zu nicht-behavioralen Verfahren; Bedarf an Studien zur Verbesserung der (bislang unzureichenden) Evidenzsituation der Verhaltenstherapie für Intelligenzminderung, hirnorganische Störungen und Entwicklungsstörungen; Bedarf an systematischen empirischen Evaluationen im deutschen Sprachraum; Bedarf an „effectiveness“-Studien mit hoher methodischer Qualität

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • Schwächen: Problematik der fehlenden Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf den therapeutischen Alltag -> nicht-repräsentatives Klientel, Ausschluss komorbider Störungen, Beschränkung des Behandlungsfokus auf das zentrale Problem, Problematik der zwischen Studien- und Praxistherapeuten vorliegenden Unterschiede (im Vorfeld der Studie Durchführung eines spezifischen Behandlungstrainings für Studientherapeuten; höhere Belastung durch die klinische Arbeit bei den Versorgungstherapeuten; im Studiensetting meist Kurzzeitbehandlungen von 8-10 Wochen, zu kurze FU-Zeiträume, zu selten Einbezug von Bezugspersonen, v.a. Durchführung von Gruppentherapien, Wirksamkeit von Einzelkomponenten ist oft unbekannt)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Farley et al., 2005** Farley, S.E., Adams, J.S., Lutton, M.E. & Scoville, C. (2005). What are effective treatments for oppositional and defiant behaviors in preadolescents? *The Journal of Family Practice, 54 (2),* 162-165.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:- ---** • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie • **Inhalt:** Effektive Behandlungsansätze bei oppositionellem und aufsässigem Verhalten in der Präadoleszenz • **Eingeschlossene Studien:** --- [8 systematische Reviews zu Elterntraining, mehrere RCT-Studien und eine Metaanalyse] • **Explizite Ausschlusskriterien:** Kinder mit CD oder devianten Verhaltensweisen (z.B. erheblichen Aggressionen oder Delinquenz) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer: ---** • **Vergleichsgruppen:** --- [u.a. EG vs. KG (=WL, keine Behandlung, alternative Behandlungsansätze); z.T. Fehlen einer Kontrollgruppe] • **Störungsbilder:** Kinder mit oppositionellem und aufsässigem Verhalten (u.a. ODD, ADHD, CD) • **Altersbereich:** --- [ca. 3-15 Jahre] • **Abhängige Variablen: ---** [kindliches externalisierendes, oppositionelles, aggressives oder disruptives Verhalten; Erfassung über Eltern- und/oder Lehrerrating] • **Messzeitpunkte:** --- [u.a. nach Behandlungsende (Post-Treatment); auch FU (1-2 Jahre)] Definition der Evaluationsniveaus (APA-Kriterien; nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999): „well-established“: mind. 2 Gruppenvergleichsstudien, die Überlegenheit/Äquivalenz der EG gegenüber Medikation, Placebo oder alternativem Ansatz belegen oder mind. 9 Einzelfallexperimente; darüber hinausgehende Kriterien: Vorliegen von Studien von mind. 2 unabhängigen Forschergruppen, Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „probably efficacious“: 2 Studien, die Überlegenheit gegenüber Wartelisten-Kontrollgruppe belegen oder 3 Einzelfallexperimente, darüber hinausgehende Kriterien: Rückgriff auf Therapiemanuale, gute Definition der Stichprobe „promising“: Vorliegen von positiven Hinweisen aus einer gut kontrollierten Studie und mindestens einer weniger gut kontrollierten Studie oder aus einer kleinen Serie von Einzelfallexperimenten oder aus zwei oder mehr gut kontrollierten Studien eines einzelnen Forschers bzw. einer einzelnen Forschergruppe Der Terminus „SOR“ („strength of recommendation“) wird demgegenüber nicht weiter definiert.	**Ergebnisse:** *Bericht der Evidenzniveaus für verschiedene Behandlungsansätze:* • *Elterntraining* (Patterson et al.: behaviorales Elterntraining; Webster-Stratton et al.: Modelllernen mit Hilfe von Videoeinsatz): -> A [SOR]; „well-established“ [APA-Kriterien nach Chambless et al., 1998; Ergänzung durch Spirito, 1999] -> Bericht der ES eines Reviews (Barlow et al., 2000): 0.6 bis 2.9 [im EG-WL-Vergleich] • *Weitere psychosoziale Interventionen:* -> „Anger Coping Therapy“ (Lochman et al.): B [SOR]; „probably efficacious“ [APA] -> „Problem Solving Skills Training“ (Kazdin et al.): B [SOR]; „probably efficacious“ [APA] -> „Incredible Years Cild Training“ (Webster-Stratton et al.): B [SOR] -> „Incredible Years Teacher Training“ (Reid et al.): B [SOR] • *Pharmakotherapie* zur Behandlung einer „reinen“ ODD: bis heute liegen keine Studien zur pharmakotherapeutischen Behandlung von Kindern mit ODD vor; als Konsensus-Statement wird folgendes formuliert: „die pharmakologische Behandlung einer reinen ODD sollte erst/nur dann in Erwägung gezogen werden, wenn Aggressivität ein bedeutsames, persistierendes Problem ist“ • *Amphetamine:* -> A [SOR] -> Bericht der ES einer Metaanalyse (Connor et al., 2002): 0.89 -> Amphetamine werden zur Behandlung von Kindern mit der Doppeldiagnose ODD und ADHD empfohlen **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • --- **Methodische Aspekte:** • **---**

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
METAANALYSE: **Littell et al., 2005** Littell, J.H., Popa, M. & Forsythe, B. (2005). Multisystemic Therapy for social, emotional and behavioral problems in youth aged 10-17 (Review). *Cochrane Database of Systematic Review 2005,* Issue 4.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1985-01/2003 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** MST • **Eingeschlossene Studien:** 8 RCT-Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** Studien mit anderer Intervention als *lizensiertem MST*-Programm; Fehlen einer ausreichenden Datengrundlage <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 23-92 Stunden (für MST-Gruppen); 28 Stunden – 6 Monate (für KG) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=herkömmliche Behandlungsansätze, alternative Interventionen, keine Behandlung) • **Störungsbilder:** Jugendliche mit sozialen, emotionalen und/oder Verhaltensproblemen (und mglw. bestehendem Risiko einer außerhäuslichen Unterbringung, eines stationären Psychiatrieaufenthalts oder einer Inhaftierung • **Störungsbilder:** --- • **Altersbereich:** 10-17 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (z.B. außerhäusliche Unterbringung, Inhaftierungen, Drogenmissbrauch, Schulbesuch, Selbstbewusstsein, Delinquenz, Peer-Beziehungen, soziale Kompetenz, Verhaltensprobleme, psychiatrische Symptomatik, familiäres Funktionsniveau) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (mind. 1 Jahr – 15 Jahre)	**Ergebnisse:** • nach konservativen Berechnungen *(„intent-to-treat"-Analyse)* finden sich im Vergleich von MST und herkömmlichen Behandlungsansätzen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der abhängigen Variablen außerhäusliche Unterbringung, Verhaftung oder strafrechtliche Verurteilungen • bei anderen Berechnungen *(gepoolte Ergebnisse*) zeigt sich eine leichte Überlegenheit für das MST-Programm (ggü. herkömmlichen Behandlungsansätzen), jedoch bei fehlender Signifikanz und einer Heterogenität der Ergebnisse über die Stichproben hinweg; mglw. können die durch MST erzielten Effekte aufgrund der vorliegenden geringen statistischen Power und Heterogenität der Studien auch nicht entdeckt werden **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • aufgrund der vorliegenden Ergebnisse findet sich keine Unterstützung für die Hypothese, dass MST herkömmlichen Ansätzen überlegen ist, jedoch auch kein Beleg dafür, dass MST keinen Effekt hat (d.h. die Datenlage zur Wirksamkeit von MST ist uneindeutig); dieses Ergebnis deckt sich nicht mit den Ergebnissen anderer Reviews -> mögliche Erklärungen dafür könnten verschiedene methodische Aspekte sein (vgl. Abschnitt „Ergebnisse"): die große Heterogenität der vorliegenden Studien (inkl. dem Problem der Konfundierung vieler relevanter Faktoren im Rahmen der Metaanalyse); das Vorliegen einer zu geringen statistischen Power; lediglich die „intent-to-treat"-Analyse kommt zu schlechteren Ergebnissen; eine Vielzahl weiterer Aspekte wird diskutiert (vgl. Originalartikel) -> die vorliegende Metaanalyse stellt somit die häufig beschriebene Effektivität von MST (ggü. herkömmlichen Interventionen) in Frage; allerdings ist (andersherum betrachtet) auch keine der bekannten Interventionen wirksamer als MST -> somit bedarf es weiterer entscheidender Studien zur Klärung der Frage nach der relativen Wirksamkeit von MST vs. herkömmlichen Interventionen -> denkbar ist auch, dass es natürliche Grenzen gibt für das, was man mit Kurzzeitinterventionen erreichen kann, und es vielmehr einer umfassenderen, interdisziplinären Unterstützung bedarf, um langfristige Verbesserungen für Jugendliche und ihre Familien erzielen zu können • Forschung: Notwendigkeit der Durchführung von FU-Studien, auch um die Kosteneinsparung durch MST zu bestätigen (MST per se ist ebenfalls mit hohen Kosten verbunden); Notwendigkeit der Durchführung von „intent-to-treat"-Analysen; Notwendigkeit von Blind-Erhebungen; Bedarf an Subgruppen- und Moderator-Analysen; Notwendigkeit weiterer entscheidender Studien zur Klärung der Frage nach der relativen Wirksamkeit von MST vs. herkömmlichen Interventionen **Methodische Aspekte:** • Stärke des MST-Ansatzes ist das Vorliegen vieler RCT-Studien im Rahmen der MST-Forschung

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Valdez et al., 2005** Valdez, C.R., Carlson, C. & Zanger, D. (2005). Evidence-Based Parent Training and Family Interventions for School Behavior Change. *School Psychology Quarterly, 20 (4),* 403-433.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** vor 2003 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Überblick über evidenzbasierte Elterntrainings und Familieninterventionen zur Veränderung des kindlichen Verhaltens im Schulsetting • **Eingeschlossene Studien:** über alle Störungsbilder hinweg insgesamt 24 Studien (19 Elterntrainings, 5 Familieninterventionen), davon 11 Studien zu Verhaltensproblemen • **Explizite Ausschlusskriterien:** andere Thematik (als Durchführung in der Schule, schulbezogene Behandlungskomponente, Einschluss von Messinstrumenten zur Erhebung der Veränderung schulischen Verhaltens); Studien zu universeller Prävention; anderes Störungsbild; Einzelfallberichte; kein Bericht von mind. einer schulbezogenen Outcome-Variable; unveröffentlichte Studie *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** --- [im Allgemeinen: ca. 8-20 Sitzungen] • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Warteliste, Standardbehandlung, alternative Behandlungsansätze, Kombination von Behandlungsansätzen, „Kontrollgruppe“, „minimaler Kontakt“-Gruppe) • **Störungsbilder:** Verhaltensstörungen (u.a. CD, ODD), Substanzmissbrauch, psychiatrische Notfälle, Angststörungen, ADHD, Depression • **Altersbereich:** 3-17 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (entsprechend der Outcome-Bereiche: Zielverhalten, familiäres Funktionsniveau, schulisches Funktionsniveau, sekundäre Outcome-Maße) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); zumeist FU (4 Monate – 3 Jahre) Die Termini „efficacious“, „probably efficacaious“ und „promising“ werden nicht weiter definiert. Zur Bestimmung des „Evidenzniveaus“ werden jedoch die methodische Qualität der Studie, die Höhe der ES (bei Behandlungsende und im FU) sowie die Breite der erzielten Veränderung (d.h. die Auswirkungen der Intervention auf die verschiedenen Kriterienbereiche) herangezogen.	**Ergebnisse:** • *allgemein:* insgesamt finden sich mehr Studien zur Effektivität von Elterntrainings als zur Wirksamkeit von Familieninterventionen; Elterntrainings, behaviorale Familieninterventionen (v.a. bei Kindern und in der Frühpubertät) und multidimensionale systemische Interventionen (v.a. bei Jugendlichen) werden v.a. zur Behandlung von Verhaltensproblemen (ADHD, CD) angewendet; bei einem Drittel der Studien werden die Interventionen oder zumindest ein Behandlungsbaustein im Rahmen der Schule durchgeführt; insgesamt finden sich fast ausschließlich im weitesten Sinne behaviorale Interventionen (bei MST werden z.B. darüber hinausgehend weitere, beteiligte Systeme eingeschlossen), diesbezüglich eine Ausnahme bilden MDFT (multidimensionale Familientherapie) als systemische Familientherapie und strukturelle Familientherapie; Kombinationsbehandlungen (eltern- und kindfokussierte Interventionen) sind einzelnen Bausteinen (eltern- oder kindfokussierte Intervention) in der Regel überlegen • zum Behandlungsende zeigen vier der 24 Studien große ES in Bezug auf eine Veränderung des Zielverhaltens und des schulischen Funktionsniveaus (1 Studie davon ist dem Bereich der Angststörungen zuzuordnen, 3 Studien dem Bereich der Verhaltensstörungen); drei dieser Studien können die Effekte auch im FU aufrechterhalten, zwei dieser drei Studien zeigen (bei Behandlungsende und im FU) zudem mittlere bis große ES im Bereich „familiäres Funktionsniveau“ -> somit finden sich 3 Studien (die allesamt dem Bereich der Störungen des Sozialverhaltens zuzuordnen sind), die sich hinsichtlich der Veränderung des schulbezogenen Verhaltens kurz- und langfristig als überlegen erweisen; einige weitere Studien aus dem Bereich der Störungen des Sozialverhaltzens erzielen mittlere ES • *Evidenzbasierung* (die besten Ergebnisse liegen für Studien im Bereich der Störungen des Sozialverhaltens inkl. Substanzmissbrauch und psychiatrischen Notfällen vor): „efficacious“ (methodisch gut, große ES): ein Elterntraining (Eltern-Management-Training plus Problemlöse-Fertigkeitentraining; Sayger et al., 1988); eine Familienintervention (Familientherapie des Sozialen Lernens, Kazdin et al., 1987) „probably efficacious“ (methodisch gut, mittlere ES): MDFT (Liddle et al., 2001) „promising“: MST (hierzu Vorliegen von 3 Studien); FBT **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* trotz des bestehenden Zusammenhangs zwischen familiärem Umfeld und schulischem Verhalten sind Elterntrainings/Familieninterventionen im Rahmen von Schule eher ungewöhnlich; die (potentielle) Generalisierung des in Eltern-/Familieninterventionen Gelernten aufs schulische Setting wird bei Studien bislang nur unregelmäßig erhoben; ausgehend von der oft ohnehin kurzen Behandlungsdauer (8-20 Sitzungen) ist die erfolgreiche Durchführung von Eltern- und Familieninterventionen im Schulsetting als herausfordernd einzuschätzen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Forschung: Notwendigkeit, vorhandene Defizite (vgl. vorangegangene Abschnitte; keine Erhebung von Generalisierungseffekten) zu beheben; Notwendigkeit, bei familienfokussierten Interventionsstudien auf für die verschiedenen öffentlichen Schulen repräsentative Stichproben zurückzugreifen; Notwendigkeit, Generalisierbarkeit (klinische Nützlichkeit und Effektivität) der Interventionen für verschiedene ethnische und sozioökonomische Gruppen bzw. verschiedene Settings (u.a. Schule!) zu überprüfen; Notwendigkeit, ethnische, kulturelle und sozioökonomische Aspekte auch bei der Programmentwicklung zu berücksichtigen; Bedarf an Vergleichsstudien (verschiedene Behandlungsansätze innerhalb eines theoretischen Konzepts; ähnliche Behandlungsansätze über verschiedene theoretische Konzepte hinweg); Beantwortung der Frage nach der (kosten-)effektivsten Behandlungsvariante (für verschiedene Gruppen und Probleme); Notwendigkeit der häufigeren Erhebung von schulbezogenen Outcome-Maßen; Bedarf an regelmäßigen Updates zum Stand der Evidenzbasierung von eltern-/familienfokussierten, schulbasierten Interventionen • Praxis: Notwendigkeit, Eltern-/Familieninterventionen häufiger im schulischen Setting durchzuführen **Methodische Aspekte:** • Schwächen: z.T. Vorliegen einer unzureichenden Datengrundlage (bei 9 Studien war keine ES-Berechnung möglich); z.T. Fehlen von Informationen zur Nationalität der Patienten; insgesamt wenige Studien zu nicht-behaviorale Interventionen; Mängel und große Variabilität in der Qualität des Studiendesigns (z.B. Fehlen von Berechnung und Bericht der ES; fehlende Kontrolle von mglw. relevanten Interaktionen; Designs erweisen sich als unzureichend, um solche Behandlungsbausteine zu identifizieren, die in besonderer Weise mit den Outcomes in Zusammenhang stehen; Fehlen von Replikationsstudien mit wiederholter Erhebung des schulischen Funktionsniveaus); z.T. mussten Studien aufgrund eines fehlenden schulbezogenen Outcome-Maßes ausgeschlossen werden, obwohl sie die Wirksamkeit der Intervention belegen (Studien zu ADHD erheben z.B. vermehrt schulbezogene Outcome-Maße; die Erhebung von schulbezogenen Outcome-Maßen ist bei Wirksamkeitsstudien zu Elterntrainings ansonsten eher uncharakteristisch), was mögl. Unterschiede ggü. den Ergebnissen anderer Studien erklären kann; auch unveröffentlichte und aktuellere Studien wurden ausgeschlossen • Stärken: viele Studien schließen ethnische Minderheiten ein; im Allgemeinen findet sich eine gute Qualität des Studiendesigns: z.T. geht die Durchführung der Behandlung mit einem enormen Aufwand einher (wie z.B. bei MST); Vorliegen von Randomisierung; Einschluss einer KG oder Vergleichsgruppe; Vorliegen einer Äquivalenz von EG und KG; Rückgriff auf reliable und valide Outcome-Maße; Rückgriff auf Manuale und Methoden, die Compliance des Therapeuten bzgl. der Intervention sicherstellen; Anwendung angemessener statistischer Analysen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Weisz et al., 2005** Weisz, J.R., Jensen-Doss, A. & Hawley, K.M. (2005). Youth Psychotherapy Outcome Research: A Review and Critique of the Evidence Base. *An-nual Review of Psychology, 56*, 337-363.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1962-12/2002 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Quantitative methodologische Analyse und Review aller methodisch akzeptablen, veröffentlichten, *psychotherapeutischen* RCT-Studien zu den vier Hauptstörungsbildern • **Eingeschlossene Studien:** 236 RCT-Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine klinische Studie; nicht-englische Veröffentlichung; Fehlen einer Kontrollgruppe (=Warteliste, keine Behandlung, Placebo, keine aktive Behandlung); anderes Störungsbild (als eines der 4 Hauptstörungsbilder); Studien zu psychopharmakologischer Medikation (da ausschließlich Review zu Psychotherapien); Fehlen der Angaben zu Post-Treatment-Werten <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Warteliste, keine Behandlung, Placebo, keine aktive Behandlung) • **Störungsbilder:** Verhaltensstörungen, Angststörungen, depressive Störungen, ADHD • **Altersbereich:** 3-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** --- [Analyse verschiedener Studiencharakteristika: Charakteristika der Stichprobe; Erhebung des Diagnosestatus; Berücksichtigung therapienaher/-ferner Veränderungsbereiche; Auswahl der Outcome-Variablen (Quelle, Selbst-/Fremdbericht); untersuchte Behandlungsansätze; Behandlungsintensität; durchschnittliche Stichprobengröße (EG, KG); Art der Kontroll-gruppe; klinische Repräsentativität (Probanden, Therapeuten, Setting)] • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** *allgemein:* • *Analyse verschiedener Stichprobencharakteristika:* Fehlen von Angaben zu Nationalität (in 60% der Studien) und sozioökonomischem Status (72% der Studien); damit einhergehend Fehlen von Berechnungen zu Moderatoren des Therapieerfolgs • *Bestimmung des Diagnosestatus:* in 75% der Fälle ist das Erfüllen der Diagnosekriterien keine Voraussetzung für eine Studienteilnahme (in den Fällen, in denen das Vorliegen einer ICD-/DSM-Diagnose Einschlussvoraussetzung ist, wird jedoch häufig nicht auf eine standardisierte Diagnoseerhebung zurückgegriffen); in 80% der Fälle findet zudem kein Rückgriff auf Cutoff-Kriterien statt • *Durchschnittliche Stichprobengröße (EG, KG):* häufiges Vorliegen einer zu geringen Stichprobengröße (N=22 statt N=50 als Grundlage für eine adäquate statistische „Power") • *Art der Kontrollgruppe:* Fehlen von aktiven Kontrollgruppen und herkömmlichen Behandlungsansätzen als Kontrollgruppe (anstelle von Warteliste, keiner Behandlung) • *Untersuchte Behandlungsansätze:* Überwiegen von Studien zu lernbasierten statt einsichtsbasierten Interventionen; Jugendliche sind deutlich häufiger im Fokus als ihre Eltern; individuelle Behandlung und Gruppentherapie kommen gleich häufig vor; häufiges Fehlen von Begleitmanualen, vorherigen Trainings und Supervision • *Klinische Repräsentativität:* nur 1% der Studien sind in Bezug auf die 3 Dimensionen „Probanden, Therapeuten und Setting" klinisch repräsentativ; somit besteht ein enormes Defizit an externer Validität; zudem Fehlen von Angaben zu Therapeutenstatus und Setting • *Auswahl der Outcome-Variablen:* gelungene Methodenvielfalt bei der Datenerhebung (verschiedene Quellen, Ausgewogenheit von Selbst- und Fremdbericht, verschiedene Verfahren) • *Berücksichtigung der Veränderungsbereiche:* die Vielzahl der für die Auswahl von Outcome-Variablen in Frage kommenden Veränderungsbereiche (therapienah, therapiefern, funktionell, Auswirkungen auf die Umwelt, Zufriedenheit) sollte stärkere Berücksichtigung finden **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • die Implikationen für Forschung und Praxis ergeben sich aus den im vorangegangenen Abschnitt (vgl. Abschnitt „Ergebnisse") geschilderten Stärken und Defiziten **Methodische Aspekte:** • ---

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Windaus, 2005** Windaus, E. (2005). Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 54,* 530-558.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** --- • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Übersicht über Wirksamkeitsstudien im Bereich tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie • **Eingeschlossene Studien:** 21 z.T. kontrollierte Studien, 6 umfangreiche Katamnesen [zudem Hinweis auf einige noch in der Piloptphase befindliche bzw. noch nicht ganz abgeschlossene Studien] • **Explizite Ausschlusskriterien:** --- <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** --- • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** affektive Störungen, depressive Störungen, neurotische Störungen, Anpassungsstörungen, komplexe emotionale Störung mit Depressionssyndrom, emotionale Störungen, Angststörungen, emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit, Verhaltensstörungen, Kinder mit starker emotionaler Deprivation; Kinder mit expansiven (Verhaltens-)Störungen • **Altersbereich:** --- • **Abhängige Variablen:** --- • **Messzeitpunkte:** ---	**Ergebnisse:** • *Entwicklung der analytischen Wirksamkeitsforschung* (deutschsprachige und internationale Arbeiten) : Details zu dieser Thematik sind dem zu entnehmen • *allgemein:* im Vergleich zu anderen Psychotherapieverfahren besteht bei der analytischen Kinder- und Jugendlichentherapie ein Rückstand in der empirischen Forschung: 21 psychoanalytische Evaluationsstudien und 6 Katamnesen stehen weltweit 1500 Studien anderer Psychotherapieverfahren gegenüber; somit liegt ein krasses Missverhältnis zwischen praktischer Verbreitung und wissenschaftlicher Fundierung vor; die analytischen Verfahren werden aufgrund ihres geringen Forschungsvolumens und der dürftigen Befunde in der Öffentlichkeit z.T. recht negativ bewertet; zudem wächst der Druck, auch den Anforderungen des wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zu genügen; demgegenüber liegt die Verhaltenstherapie bzgl. ihrer Evidenzbasierung weit vor den anderen Psychotherapieverfahren; diese gute Forschungslage für die Verhaltenstherapie schlägt sich auch in den Empfehlungen von Ärzten, der Entwicklung von Leitlinien etc. nieder • *Verhaltensstörungen (F90-F92, F94, F98) mit Beginn in der Kindheit und Jugend; Tic-Störungen (F95):* Vorliegen von ca. 8 Studien (davon eine störungsspezifische Studie): für diesen Anwendungsbereich liegen 5 Studien mit eingeschränktem Wirksamkeitsnachweis vor; die beiden (darüber hinaus vorliegenden) kontrollierten Studien sind als methodisch adäquate Studien als Wirksamkeitsnachweis zu bewerten **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* die vorhandenen Studien (v.a. die neueren Studien, die eine Kombination aus Warte-KG-Design und naturalistischer Feldabbildung darstellen) belegen die Wirksamkeit analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unter Versorgungsbedingungen; auch die vorliegenden Katamnesen bilden die Behandlungsrealität unter Versorgungsbedingungen naturalistisch gut ab die störungsspezifischen [4] Studien zu depressiven, Angst- und Verhaltensstörungen belegen einzig und erstmalig, kontrolliert und naturalistisch die Wirksamkeit analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der ambulanten Versorgung in Deutschland • Forschung: die psychoanalytische Psychotherapieforschung muss zur Selbsterhaltung des Verfahrens und des Berufsstandes zu einem notwendigen Instrument werden; Bestehen der Notwendigkeit, eine Kooperation mit an Psychoanalyse interessierten Forschern an Universitäten/Hochschulen herzustellen und Wahrnehmen weiterer Aufgaben (wie Anwerben von Drittmitteln, Anmahnen von Verfahrensausgewogenheit bei der Vergabe von Forschungsgeldern, Durchführung von Vergleichsstudien „Verhaltenstherapie vs. Psychoanalyse“); Beforschung der Langzeitwirkung von Strukturumwandlungen und der Nachhaltigkeit des Effekts (als spezifischem, bedeutsamen Faktor psychoanalytischer Behandlungen; Notwendigkeit einer Evidenzbasierung als Rechtfertigung der höheren Stundenkontingente); trotz ambivalenter Haltung Notwendigkeit einer Orientierung an den Mindestanforderungen und Regularien für Wirksamkeitsstudien; Bedarf an Effektivitätsstudien im Labor *und* naturalistischen Studien; Notwendigkeit der Implementierung einer Forschungsstruktur im Bereich der Psychoanalyse (ggf. auch durch eine jährliche Forschungsumlage für die Mitglieder der Berufs-/Fachverbände)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte: (Fortsetzung) • Schwächen der Einzelstudien: Fehlen differenzierter Angaben zu Stichprobencharakteristika; Fehlen von KG unbehandelter Patienten (z.T. nur Bericht von Prä-Post-ES); Vorliegen vieler Studien mit gemischtem Klientel; vielfach retrospektive Datenerhebung; z.T. Vorliegen einer nicht-adäquaten Randomisierung; unzureichende Beschreibung der Behandlung (trotz Manualisierung); Fehlen von Informationen über Therapeutenerfahrung; relativ niedriger Störungsgrad der Patienten; z.T. Vorliegen nicht abgrenzbarer Wirkfaktoren/Konfundierung von Einflussfaktoren; z.T. Durchführung unzureichender Diagnostik • [Weitere Schwächen: vollständig narrative, eher unübersichtliche Darstellung des Status quo im Rahmen des Reviews; Erhalt sehr breiter Störungsgruppen bei Untergliederung nach den vom Wissenschaftlichen Beirat festgelegten 8 Anwendungsbereichen (insgesamt Vorliegen nur weniger störungsspezifischer Studien und Angaben); Bericht der ES ohne dazugehörige Berechnungsformel] • Stärken der Einzelstudien: Durchführung der Outcome-Messung auf mehreren Ebenen; Rückgriff auf reliable und valide Messinstrumente mit altersspezifischer Normierung; Durchführung naturalistischer Studien; Vorliegen einer randomisierten Therapeutenzuweisung; z.T. Rückgriff auf Warteintervalle und Warte-KG; z.T. Vorliegen langer Katamnesezeiträume; z.T. Durchführung psychometrischer Vorstudien zur Normierung der Erfassungsinstrumente

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Connor et al., 2006** Connor, D.F., Carlson, G.A., Chang, K.D., Daniolos, P.T., Ferziger, R., Findling, R.L., Hutchinson, J.G., Malone, R.P., Halperin, J.M., Plattner, B., Post, R.M., Reynolds, D.L., Rogers, K.M., Saxena, K. & Steiner, H. For the Stanford/Howard/AACAP Workgroup on Juvenile Impulsity and Aggression (2006). Juvenile Maladaptive Aggression: A Review of Prevention, Treatment, and Service Configuration and a Proposed Research Agenda. *Journal of Clinical Psychiatry, 67 (5),* 808-820.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1980-2005 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Interventionen; Pharmakotherapie [Prävention] • **Inhalt:** Übersicht u.a. zu Behandlungsansätzen maladaptiver Aggressivität • **Eingeschlossene Studien:** Bezugnahme auf 154 RCT-Studien (für den Bereich psychosozialer Interventionen); tabellarische Darstellung von 20 kontrollierten Studien, zusätzliche Bezugnahme auf 4 offene Studien und 2 Metaanalysen (im Bereich der Pharmakotherapie) • **Explizite Ausschlusskriterien:** nicht-englische Veröffentlichung; unveröffentlichte Studie; Fehlen eines bedeutsamen Outcome-Maßes; keine RCT-Studie (Kriterium gilt ausschließlich für den Bereich der psychosozialen Interventionen) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 11 Wochen – 1,5 Jahre (für den Bereich der psychosozialen Interventionen); 8 Wochen – 6 Monate (bei Interventionen für Gewalt- und Straftäter); 2-12 Wochen (im Bereich der Pharmakotherapie) • **Vergleichsgruppen: ---** • **Störungsbilder:** jugendliche Gewalttäter und kriminelle Straftäter (im Bereich psychologisch-psychosozialer Programme); Aggressivität, Ärger und disruptive Verhaltensweisen (im Bereich der Pharmakotherapie): u.a. CD, ODD, ADHD, DBD, disruptive Verhaltenssymptomatik, geistige Behinderung, Entwicklungsstörungen (im Bereich der Pharmakotherapie) • **Altersbereich:** 2-14 Jahre (für den Bereich der psychosozialen Programme); 12-22 Jahre (bei Interventionen für Gewalt- und Straftäter); 5-23 Jahre (im Bereich der Pharmakotherapie) • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** --- [nach Behandlungsende (Post-Treatment); z.T. FU]	**Ergebnisse:** • *Psychologisch-psychosoziale Interventionen:* Vorliegen empirischer Unterstützung für die Wirksamkeit multifokussierter Behandlungsprogramme in der Reduktion von Aggressivität - bei Kindern und Jugendlichen -> Moderatorvariablen: jüngere Kinder, höhere Chronizität und Symptomschwere, geringerer verbaler IQ, familiäre Psychopathologie (als Variablen, die sich auf Charakteristika der Kinder beziehen); Verständlichkeit der Intervention, Behandlungsdauer, Fokussierung mehrerer Bereiche (als Variablen, die sich auf Aspekte der Behandlung beziehen) -> Mediatorvariablen für früh einsetzende Verhaltensprobleme: gegenseitig erzwingende Interaktionen, verschiedene Aspekte des elterlichen Erziehungsverhaltens (wenig Wissen und Anteilnahme in Bezug auf das Kind und dessen Umfeld, schlechte Versorgung, harsches, inkonsistentes Erziehungsverhalten), defizitäre soziale Fertigkeiten -> multifokussierte Behandlungsprogramme für CD greifen auf Verfahren/Interventionen wie Elterntraining, strukturelle Familientherapie, kindfokussierte Fertigkeitentrainings (Ärger-Management, Problemlösen, prosoziales Verhalten) und CBT zurück, deren generelle Wirksamkeit als Einzelbaustein nachgewiesen wurde; für multifokussierte psychosoziale Programme zur Prävention einer Verschlechterung bzw. Behandlung von Verhaltensproblemen liegen ES von 0.4 – 0.9 vor -> Behandlungsprogramme für jugendliche Gewalt- und Straftäter: Vorliegen von Belegen für die gute Effektivität von MST und MTFC mit um 25-70% reduzierten Verhaftungsraten im 1-4-Jahres-FU -> Schwächen psychosozialer Interventionen: mit zunehmendem Alter der Kinder findet sich eine abnehmende Wirksamkeit des Elterntrainings; z.T. liegt nach Behandlungsende eine geringe Generalisierbarkeit der Therapieeffekte vor; bei jüngeren Kindern (ca. < 11 Jahre) zeigt sich eine abnehmende Wirksamkeit von CBT-Interventionen; bei vorliegender elterlicher Psychopathologie zeigt sich eine reduzierte Effektivität von Eltern- und Familieninterventionen; Vorliegen hoher Dropout-Raten (ca. 50%), insbesondere bei den Familien, bei denen die stärksten Risikofaktoren für die Entwicklung von Aggressivität und CD vorliegen • *Pharmakotherapie:* Vorliegen von empirischer Unterstützung für atypische Antipsychotika (die Einnahme von Risperidon geht mit Langzeiteffekten bis zu einem Jahr einher), [Neuroleptika (Molindon, Haloperidol; jedoch bestehen diesbezüglich Bedenken wg. des NW-Profils)], Lithium, Divalproex Sodium (vs. Vorliegen negativer Resultate für Carbamazepin und Valproat) und Stimulantien (Empfehlung bei komorbidem Vorliegen von CD und ADHD), [TZA und Buproprion sowie Clonidin erweisen sich bei komorbidem Vorliegen von CD und ADHD mglw. ebenfalls als effektiv] in der Reduktion von Aggressivität in selegierten Patientenpopulationen; in Metaanalysen zur Wirksamkeit verschiedener Psychopharmaka auf offene Aggressivität werden ES von 0.44 – 3.0 berichtet **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • der therapeutische Nhilismus in Bezug auf die Behandlung von aggressiven Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensproblemen ist nicht länger gerechtfertigt; angesichts der im Bereich aggressiver Erkrankungen hohen Prävalenz- und Inanspruchnahmeraten muss diese Thematik jedoch stärker in den Fokus gerückt werden

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): -> für *multifokussierte Präventions- und psychosoziale Programme* zur Behandlung aggressiver Störungen liegt derzeit die beste Datenbasis bzw. meiste empirische Unterstützung vor, die Interventionen erweisen sich v.a. dann als effektiv, wenn Kinder aus Risikogruppen sehr frühzeitig behandelt werden; die ES (ca. 0.4-0.9) schwanken in Abhängigkeit von verschiedenen Moderatorvariablen (vgl. Abschnitt „Ergebnisse“); die beschriebenen Interventionen (Elterntraining, Fertigkeitentraining, behaviorale Interventionen, CBT, multimodale Ansätze) sind psychodynamischer oder eklektischer Einzel- oder Gruppentherapie überlegen; Behandlungsprogramme für Kinder mit bereits deutlich ausgeprägten Verhaltensstörungen, die sich in der kinderpsychiatrischen Praxis vorstellen, sind jedoch weder „robust“ noch gut etabliert -> für einige Störungsbilder sowie einige Substanzen liegen auch im Bereich der *Pharmakotherapie* zunehmend empirische Belege vor (vgl. Abschnitt „Ergebnisse“); die Anwendung von Pharmakotherapie bei CD und ODD ist jedoch nur dann anzuraten, wenn herkömmliche psychosoziale Ansätze zur Veränderung von Verhalten und Umfeld keine Wirkung gezeigt haben oder im Rahmen einer Kombinationsbehandlung bei komorbide vorliegenden, gut auf Medikation ansprechenden psychischen Störungen (z.B. Angst, Depression, bipolare Störung, ADHD); ODD und CD sind primär keine stabil auf Medikation ansprechenden Störungsbilder; eine vorherige Abklärung komorbide vorliegender Störungen ist somit in jedem Fall dringend erforderlich • Forschung: Bedarf an (störungsspezifischen und störungsübergreifenden) Studien mit zugewiesenen Kindern/Jugendlichen; Bedarf an Moderatoren- (z.B Einfluss von Aggressionssubtypen) und Mediatorenanalysen (z.B. zur Rolle von neurobiologischen Variablen bzw. deren Wechselwirkung mit psychosozialen Interventionen) in der Psycho- und Pharmakotherapie; Bedarf an Studien zu anderen Antipsychotika (z.B. Olanzapin, Clozapin, Quetiapin, Ziprasidon, Aripiprazol); Fehlen von RCT-Studien zu SSRI; Fehlen von Vergleichsstudien (zur relativen Wirksamkeit verschiedener pharmakologischer Substanzen; zur relativen Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Interventionen/Verfahren; zur relativen Wirksamkeit von Pharmakotherapie vs. Psychotherapie); Fehlen von Studien zur Kombinationsbehandlung (inkl. Erhebung von Wirksamkeit, Sicherheit und Verträglichkeit); Bedarf an Studien zum relativen Einfluss der verschiedenen, an der Behandlung beteiligten Systeme (u.a. Schule, Familie, Justiz, Staat) und derem optimalen Zusammenspiel; Notwendigkeit der Klärung vieler weiterer, noch offener pharmakotherapeutischer Forschungsfragen (vgl. Angaben im Originalartikel); Bedarf an vermehrtem Wissen zu Aggressions-Subtypen (inkl. der Notwendigkeit, entsprechende prozentuale Anteile, Response-Raten etc. in Studien explizit zu berichten); Notwendigkeit einer Verbreiterung der Outcome-Maße (z.B. Erhebung von Subtyp, Häufigkeit und Schwere des aggressiven Verhaltens); Bedarf an Langzeitstudien; Notwendigkeit der Identifikation von kritischen Entwicklungsphasen (mglw. z.B. der Übergang Kindergarten/Grundschule oder späte Adoleszenz/Erwachsenenalter), in denen Interventionen besonders wichtig sind; Notwendigkeit der Identifikation von biosozialen (Interaktions)Mechanismen in der Ätiologie kindlicher Aggressivität (mglw. erweist sich in diesem Zusammenhang die Unterscheidung von reaktiver vs. proaktiver Aggression als hilfreich) und Entwicklung entsprechender Behandlungssubstanzen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Praxis: eine umfassende, kompetente und optimale Behandlung erfordert das Vorliegen bzw. die Integration verschiedener Aspekte: Verfügbarkeit eines breiten Spektrums von Angeboten; kompetente Therapeuten (die eine breite Palette von Interventionen, u.a. Elterntraining, Fertigkeitentraining und CBT beherrschen); Edukation und Unterstützung der Eltern; gute Zusammenarbeit eines psychosozialen Teams; eine frühzeitig einsetzende Behandlung; kompetente Psychiater (Erhebung der Informationen von allen Beteiligten (Kind, Familie etc.), fundierte Abklärung psychiatrischer Erkrankungen, gute Vernetzung und Kommunikation mit allen Beteiligten, mglw. Bereitstellung ergänzender Medikation); Fähigkeit zur Einschätzung von kognitiven, Lern-, Sprachschwierigkeiten und Zuweisung zu entsprechenden Förder-/Sonderschulen; regelmäßige multidisziplinäre Teammeetings; das Vorliegen ausreichender Ressourcen für eine regelmäßige (tägliche bis wöchentliche) multidisziplinäre Betreuung; Einbezug von Kind, Eltern und Familie **Methodische Aspekte:** • Schwächen *pharmakotherapeutischer Studien*: im Rahmen der Studien wird nicht zwischen reaktiver vs. proaktiver Aggressivität unterschieden; bislang wurde die Forschung im Bereich der Pharmakotherapie bei CD (aufgrund der eindeutigen Relevanz bzw. des Veränderungsbedarfs von familiärem, sozialem und gesellschaftlichem Umfeld, dem Fehlen einer primär organisch bedingten Krankheit und der Abneigung vieler ggü. einer ausschließlichen Symptombehandlung) eher vernachlässigt; Fehlen von umfangreichem Wissen zu Subtypen von Aggressivität (z.B. zur Beantwortung der Frage, welcher Subtyp von Medikation profitiert); Fehlen von Vergleichsstudien (Pharmakotherapie vs. psychosoziale Interventionen); Fehlen von Studien zur Kombinationsbehandlung (vgl. auch Abschnitt „sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen“)

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
METAANALYSE: **Lundahl et al., 2006** Lundahl, B., Risser, H.J. & Lovejoy, M.C. (2006). A meta-analysis of parent-training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review, 26,* 86-104.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1974-08/2003 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Moderatoren und FU-Effekte im Rahmen von Elterntrainings zur Modifikation disruptiven kindlichen Verhaltens, elterlichen Verhaltens und elterlicher Wahrnehmung • **Eingeschlossene Studien:** 63 kontrollierte Studien • **Explizite Ausschlusskriterien:** andere Thematik (als Effektivität von Elterntrainings für disruptives kindliches Verhalten, z.B. Interventionen für Eltern von Kindern/Jugendlichen mit kriminellen Aktivitäten); anderes Design (d.h. kein Vorliegen von mind. einer EG und einer KG); Studie mit zu kleiner Stichprobengröße (Einschlusskriterium: EG und KG jeweils mit N>5); Studie zu Interventionen für Eltern von Kindern mit entwicklungsmäßigen oder kognitiven Verzögerungen; Studien ohne klassisches, zeitgemäßes Elterntraining (sondern mit analogen Verfahren oder einmaligen Interventionen im Laborsetting); unveröffentlichte Studie; Vorliegen einer unzureichenden Datengrundlage (Fehlen von M und STD; d.h. kein Bericht von Prä- und Post-Treatment-Werten sowohl für die EG als auch für die KG); Vorliegen unzureichender Outcome-Kriterien (z.B. ausschließliche Erfassung von Behandlungszufriedenheit); nicht-englische Veröffentlichung; ADHD-Studien, wenn die folgenden 3 Voraussetzungen nicht erfüllt sind: separate Erfassung von ADHD-Symptomatik und externalisierendem Verhalten beim Kind; anderes, separates Outcome-Maß für das elterliche Verhalten (als elterlicher Umgang mit spezifischer ADHD-Symptomatik); ein anderes, separates Maß für die elterliche Wahrnehmung (als elterliche Wahrnehmung in Bezug auf die ADHD-Symptomatik) <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** M=9.77 Sitzungen (bei behavioralen Programmen); 7.14 Sitzungen (bei nicht-behavioralen Programmen) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG • **Störungsbilder*:** Kinder und Jugendliche mit disruptivem Verhalten • **Altersbereich:** M=81.42 Monate (ca. 7 Jahre) • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen [entsprechend der Outcome-Bereiche: elterliches Verhalten (Erfassung über Selbstbericht, seltener über Untersucher-Beobachtung); kindliches Verhalten (Erfassung zumeist über Elterneinschätzung oder über Untersucher-Beobachtung); elterliche Wahrnehmung, d.h. elterlicher Stress bzw. elterliche Kompetenz/Selbstvertrauen (Erfassung über Selbstbericht, selten über Wissenstest zum Thema Erziehung) • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (M=7.7 Monate)	**Ergebnisse:** • *Effektivität behavioraler vs. nicht-behavioraler Programme:* <u>behaviorale</u> Programme fokussieren eher jüngere Kinder (ca. 6 J.) vgl. mit <u>nicht-behavioralen</u> Programmen (ca. 10 J.); -> *Ergebnisse bei Behandlungsende: die* Effekte behavioraler und nicht-behavioraler Programme liegen knapp im mittleren Bereich [0.42-0.53] (bei Heterogenität der ES); zwischen behavioralen und nicht-behavioralen Programmen finden sich keine signifikanten Unterschiede (jedoch müssen diesbezüglich verschiedene methodische Schwächen berücksichtigt werden; vgl. Abschnitt „methodische Aspekte“); die ES der 3 verschiedenen Kriterienbereiche sind vergleichbar hoch -> *Ergebnisse des FU:* für <u>non-behaviorale</u> Programme ist (aufgrund der Tatsache, dass nur 4 Studien FU-Daten berichten) keine Berechnung von ES möglich; in Bezug auf die <u>behavioralen</u> Programmen finden sich kleine ES [0.21-0.45], d.h. es zeigt sich ein Rückgang der Effekte im Laufe der Zeit (bei Homogenität der ES) • *Moderatoranalysen* (Alter, Status, Symptomausprägung, Anteil Alleinerziehender, Empfänger der Behandlung, Behandlungsrahmen); eine Durchführung von Moderatoranalysen ist nur für die <u>behavioralen</u> Programme möglich -> Bereich *„kindliches Verhalten“*: sozial benachteiligte Kinder (geringerer sozioökonomischer Status), Kinder mit geringerer Symptomatik und Kinder aus der Gruppe mit einem höheren Anteil alleinerziehender Elternteile profitieren signifikant weniger von der Behandlung als entsprechende Vergleichsgruppen; das Alter hat keinen signifikanten Einfluss (tendentiell liegen für jüngere Kinder größere ES vor); in Bezug auf den Empfänger der Behandlung finden sich keine Unterschiede; zwischen individueller Therapie und Gruppensetting zeigen sich signifikante Unterschiede, zwischen Selbststudium und „face-to-face“-Interventionen liegen demgegenüber jedoch keine Unterschiede vor -> Bereich *„elterliches Verhalten“*: Vorliegen geringerer ES für sozial Benachteiligte; Vorliegen höherer ES bei ausschließlichen Eltern-Interventionen (vs. Interventionen mit zusätzlichem Kindeinbezug und multisystemischen Interventionen); alle anderen Faktoren nehmen keinen signifikanten Einfluss -> Bereich *„elterliche Wahrnehmung“:* Vorliegen geringerer ES für sozial Benachteiligte; Vorliegen höherer ES bei ausschließlichen Eltern-Interventionen (vs. zusätzlichem Kindeinbezug); alle anderen Faktoren nehmen keinen signifikanten Einfluss -> *soziale Benachteiligung:* bei sozial Benachteiligten zeigen sich für individuelles Training bessere ES als für Gruppentraining (die Effekte für den Verhaltensbereich sind signifikant, für den Bereich der elterlichen Wahrnehmung nicht signifikant) **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein (zentrale Ergebnisse):* im Wesentlichen finden sich robuste Effekte; bei Behandlungsende liegen mittlere ES, im FU kleine ES vor; darüber hinausgehend zeigt sich ein bedeutsamer Einfluss von Patientencharakteristika und Programmmerkmalen: u.a. erweist sich Elterntraing für sozialschwache Familien (relativ gesehen) als am wenigsten effektiv; sozialschwache Familien profitieren stärker von individuellen als von in Gruppensettings durchgeführten Elterntrainings; Kindereinbezug (zusätzlich zum Elterntraining) verbessert den Behandlungserfolg nicht; im Bereich der nicht-behavioralen Programmen ist die Studienlage unzureichend

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
	Definition behavioral vs. nicht-behavioral: *behaviorale Interventionen*: Kontingenzmanagement *nicht-behaviorale Interventionen:* Kommunikation, Erlernen von Respekt, demokratische Elternschaft, kindzentrierte Kognitionen, Problemlösen zwischen Kindern und Eltern Anmerkung zu *: *behaviorale Programme*: bei ca. 2/3 der Studien wird auf Patienten mit klinischer Symptomatik zurückgegriffen, bei ca. 1/3 der Studien liegt bei den Patienten eine nicht-klinische Symptomatik vor, nur in wenigen Studien findet sich ein in Bezug auf den Störungsschweregrad gemischtes Patientenklientel *nicht-behaviorale Programme*: bei ca. 1/7 der Studien wird auf Patienten mit klinischer Symptomatik zurückgegriffen, bei ca. 5/7 der Studien liegt bei den Patienten eine nicht-klinische Symptomatik vor, bei ca. 1/7 der Studien findet sich ein in Bezug auf den Störungsschweregrad gemischtes Patientenklientel]	**Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung):** • Praxis: (1) es bedarf der Bereitstellung adäquater Interventionen für sozialschwache Familien (vgl. Abschnitt „Ergebnisse“) trotz der damit verbundenen erhöhten Kosten; (2) durch ergänzendes Kindertraining ergibt sich kein zusätzlicher Nutzen (einschränkend müssen jedoch verschiedene Aspekte angemerkt werden: die geringe Anzahl vorliegender Vergleichsstudien; die eventuelle Unterschätzung des Nutzens von Kindertherapie durch die Begrenzung dieser Metaanalyse auf die abhängige Variable „kindliches Verhalten ggü. den Eltern“ [wohingegen der Behandlungsfokus in der Kindertherapie oft auf die Peer-Beziehungen gelegt wird] (3) es findet sich eine vergleichbare Wirksamkeit von Selbststudium (Manuale, Videos, Computer) vs. anderen Modi; mglw. kann über diesen Ansatz die Zugänglichkeit von Therapie verbessert werden; zur abschließenden Klärung dieser Frage bedarf es jedoch der Durchführung weiterer (Vergleichs-)Studien • *Leitlinien zur Implementation von Elterntrainings:* (1) die Ergebnisse unterstützen den Rückgriff auf behaviorale Programme zur Behandlung von Kindern mit klinisch signifikanten Verhaltensproblemen; der Rückgriff auf nicht-behaviorale Programme wird zur Zeit trotz vergleichbarer ES empirisch noch nicht gestützt (vgl. Abschnitt „methodische Probleme“); (2) Notwendigkeit weiterer Forschung zu Alterseffekten bei derzeitiger Uneindeutigkeit der Datenlage: kein Vorliegen eines Alterseffekts (z.B. auch in dieser Metaanalyse) vs. Vorliegen höherer ES für jüngere Kinder; (3) Notwendigkeit der Entwicklung/Umsetzung kontinuierlicher Behandlungsmodelle, die die Behandlungerfolge aufrechterhalten; (4) mglw. kann die Aufrechterhaltung der Effekte auch durch die Ergänzung der behavioralen Programme um nicht-behaviorale Komponenten (wie Beziehungsarbeit, Verinnerlichung von Werten, Erklärungen für elterliches Verhalten, Kommunikation, Erlernen von respektvollem Umgang und Problemlösestrategien für die Eltern-Kind-Beziehung) verbessert werden • Forschung: Bedarf an Studien, die den Einfluss von Modifikationen des standardisierten Elterntrainigs auf dessen Wirksamkeit untersuchen; Bedarf an Studien zur relativen Wichtigkeit von verschiedenen Aspekten des familiären Engagements im Rahmen von Elterntrainings; Bedarf an Studien zur Wirksamkeit von Elterntraining bei verschiedenen Populationen; viele Studien konnten aufgrund einer fehlenden KG leider nicht in diese Metaanalyse eingeschlossen werden, obwohl im Rahmen dieser Untersuchungen viele relevante (und über den Aspekt der allgemeinen Wirksamkeit hinausgehende) Aspekte aufgegriffen wurden (z.B. Ergänzung weiterer Behandlungsbausteine zur Steigerung der Wirksamkeit, Durchführung von Elterntrainings für spezifische Populationen, Erfassung der Behandlungszufriedenheit) **Methodische Aspekte:** • *allgemein:* die methodische Qualität ist nicht signifikant mit dem Behandlungserfolg korreliert; Behandlungsdauer/Sitzungsanzahl sind ebenfalls nicht signifikant mit den Outcome-Maßen von Kind und Eltern korreliert • Schwächen: insgesamt liegen nur wenige Studien zu nicht-behavioralen Programmen vor, die weder eine Berechung der ES im FU noch die Durchführung von Moderatoranalysen erlauben; die Ergebnisse zum Vergleich von behavioralen vs. nicht-behavioralen Programmen müssen aufgrund verschiedener Aspekte (z.B. unterschiedliche Anzahl vorliegender Studien zu behavioralen vs. nicht-behavioralen Programmen; unterschiedliche methodische Qualität; Vorliegen unterschiedlicher Outcome-Maße; behaviorale Studien greifen eher auf klinische vs. nicht-behaviorale Studien eher auf nicht-klinische Stichproben zurück) mit Vorsicht betrachtet werden

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **McCart et al., 2006** McCart, M.R., Priester, P.E., Davies, W.H. & Azen, R. (2006). Differential Effectiveness of Behavioral-Parent-Training and Cognitive-Behavioral Therapy for Antisocial Youth: A Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34 (4),* 527-543.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** bis 2005 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** (Relative) Effektivität von behavioralem Elterntraining (BPT) und CBT für Jugendliche mit antisozialen Verhaltensproblemen • **Eingeschlossene Studien:** 30 Studien zu behavioralem Elterntraining, 41 Studien zu CBT • **Explizite Ausschlusskriterien:** unveröffentlichte Studie; anderes Behandlungsziel (d.h. keines der Behandlungsziele fokussiert antisoziales Verhalten; primärer Behandlungsfokus ist z.B. Hyperaktivität, Entwicklungsstörungen, Substanzmissbrauch); andere Thematik (als BPT oder CBT für Jugendliche); anderes Design als EG vs. unbehandelte KG/Placebo-KG (z.B. Vergleich von zwei Behandlungsansätzen oder Vergleich mit nicht-devianter KG); Fehlen von (wenigstens) einem behavioralen Outcome-Maß zur Erfassung antisozialen Verhaltens; Vorliegen einer unzureichenden Datengrundlage zur Berechnung von ES (z.B. Fehlen von entsprechenden Angaben, Vorliegen nicht-signifikanter Ergebnisse) *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 2-48 Stunden (für BPT), 3-50 Stunden (für CBT) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=unbehandelte KG, Placebo-KG) • **Störungsbilder:** Störungen des Sozialverhaltens, u.a. CD, ODD (bei 20% der Studien findet sich eine Bezugnahme auf die DSM-/ICD-Kriterien, bei 80% der Studien wird auf Risikogruppen zurückgegriffen) • **Altersbereich:** 3-12 Jahre (für BPT), 5-18 Jahre (für CBT) • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** zumeist nach Behandlungsende (Post-Treatment); z.T. FU (3-12 Monate für BPT, 1-36 Monate für CBT)	**Ergebnisse:** • *Effektivität:* über alle Studien hinweg – ebenso wie für BPT und CBT – liegen für die Patienten bei Behandlungsende kleine bis mittlere ES vor [0.35-0.47]; die Eltern, die an BPT teilnehmen, erleben eine Reduktion ihres eigenen psychosozialen Stresses (Vorliegen kleiner ES für die Variable „parental adjustment"); die Effekte scheinen auch im FU aufrechterhalten zu werden [0.31] (gilt für CBT), für BPT ist keine FU-Berechnung möglich • *Differentielle Wirkung:* im direkten Vergleich von BPT und CBT finden sich in der Gruppe der 6-12jährigen für BPT höhere Effekte als für CBT, d.h. bei Vorschülern und Kindern im Grundschulalter (Vorliegen einer höheren Abhängigkeit ggü. den Eltern) hat BPT relativ gesehen eine höhere Wirksamkeit als CBT; bei Jugendlichen scheint (aufgrund der fortgeschrittenen Entwicklung der abstrakten kognitiven Fertigkeiten) demgegenüber relativ betrachtet eine größere Wirksamkeit von CBT vorzuliegen • *Moderatoren:* -> *Alter:* für BPT findet sich kein Zusammenhang zwischen Alter und Therapieerfolg, für CBT liegt demgegenüber eine positive Beziehung zwischen Alter und Outcome vor -> *Geschlecht:* die Berechnung eines Vergleich zwischen Mädchen und Jungen ist (aufgrund der Tatsache, dass Studien mit einem höherem Anteil an Mädchen fehlen) nicht möglich -> *Nationalität:* CBT zeigt für Weiße und Afro-Amerikaner eine vergleichbare Wirksamkeit **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • Forschung: Bedarf an Studien mit Mädchen bzw. mit Patienten aus unterschiedlichen soziokulturellen Hintergründen (um die gleichmäßige Repräsentiertheit der Geschlechter und Nationalitäten zu gewährleisten) und Überprüfung der Generalisierbarkeit der vorliegenden Ergebnisse; mglw. liegen in Abhängigkeit vom Setting (klinisch vs. nicht-klinisch) für BPT und CBT systematische Unterschiede bzgl. des Behandlungserfolgs vor -> Notwendigkeit, bei zukünftigen Studien den Einfluss des Settings mitzuerheben (die Erhebung der differentiellen Wirksamkeit von BPT und CBT in Abhängigkeit vom Setting war im Rahmen dieser Metaanalyse nicht möglich, da für BPT ausschließlich Studien im klinischen Setting vs. bei CBT Studien in klinischem und nicht-klinischem Setting, z.B. Schule, vorliegen); Bedarf an BPT-Studien in nicht-klinischem Setting; Notwendigkeit der Berücksichtigung von unterschiedlichen Subtypen bzw. Störungsverläufen (mglw. reagieren „early-onset"-Jugendliche aufgrund ihres Profils besser auf BPT als auf CBT); Notwendigkeit der Differenzierung verschiedener Formen antisozialen Verhaltens (und Erfassung der relativen Wirksamkeit verschiedener Interventionen hinsichtlich unterschiedlicher, altersspezifischer Verhaltensweisen); Notwendigkeit einer vermehrten Fokussierung relevanter Moderatorvariablen (z.B. Behandlungssetting, Behandlungsdauer, Bildung schmalerer Altersgruppen, Differenzierung nach verschiedenen CD-Subtypen); Bedarf an Vergleichsstudien und Komponentenanalysen zur relativen Effektivität von BPT, CBT vs. multimodalen Programmen (z.B. MST)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Methodische Aspekte (Fortsetzung): • Schwächen: die Studien sind von weißen und männlichen Patienten dominiert, die Anwendbarkeit von BPT und CBT auf andere Populationen ist somit fraglich; Vorliegen rigoroser Einschlusskriterien (z.B. Ausschluss aller Studien ohne adäquates EG-KG-Design, somit wurden viele wichtige Studien bereits im Vorfeld ausgeschlossen); Vorliegen weiterer methodischer Schwächen -> Eindimensionalität des Studienqualitäts-Index, problematische Gleichsetzung von Alter und Entwicklungsstand, problematischer Vergleich/Vergleichbarkeit von BPT und CBT (Vorliegen systematischer Unterschiede in Bezug auf die Outcome-Quelle: CBT-Studien greifen v.a. auf Lehrer-, BPT-Studien v.a. auf Elternberichte zurück), keine getrennte Erhebung bzw. Differenzierung der verschiedenen Typen antisozialen Verhaltens (trotz bestehender deutlicher Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen in Bezug auf das bevorzugt gezeigte aggressive Verhalten); enorme Breite der Altersklasse (6-12 J.) beim Vergleich von BPT und CBT; z.T. inkonsistenter Bericht der demographischen Variablen (wie Geschlecht oder Nationalität)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
METAANALYSE: **Pappadopulos et al., 2006** Pappadopulos, E., Woolston, S., Chait, A., Perkins, M., Connor, D.F. & Jensen, P.S. (2006). Pharmacotherapy of Aggression in Children and Adolescents: Efficacy and Effect Size. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 15 (1),* 27-39. * im Originaltext liegen zu diesen Angaben aufgrund von EDV-Fehlern nur unvollständige Tabellen vor; die angegebenen Werte sind somit unter Vorbehalt zu betrachten	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1980-11/2005 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** Pharmakotherapie zur Behandlung von Aggressivität im Kindes- und Jugendalter • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von insgesamt 45 RCT-Studien (18 Studien im „crossover"- und 27 Studien im „parallel"-Design): 18 Studien zu Stimulantien, 4 Studien zu Atomoxetin (SNRI), 9 Studien zu atypischen Antipsychotika, 3 Studien zu Antipsychotika, 6 Studien zu Stimmungsstabilisierern, 2 Studien zu α-2-Agonisten, 6 Studien zu Antidepressiva, keine Studie zu β-Blockern • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; andere Thematik als Fokussierung von offener Aggressivität (d.h. keine Erfassung von Aggressivität als primärer oder sekundärer Outcome-Variable); Vorliegen einer unzureichenden Datengrundlage (keine Angaben zu M und STD auf einer validen Rating-Skala zu offener Aggressivität, CD oder ODD; kein Bericht von Signifikanzen oder p-Werten); unveröffentlichte Studie; andere Altersgruppe (d.h. > 18 Jahre oder im Mittel < 6 Jahre); nicht-englische Veröffentlichung <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer*:** M=27-129 Tage [unvollständige Tabelle] • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=Placebo) • **Störungsbilder*:** Kinder und Jugendliche, die unter offener Aggressivität leiden (in 80% der Studien: Einschluss von Patienten mit ADHD, CD oder ODD als primärer oder komorbider Diagnose; außerdem: disruptive Verhaltensstörungen, Autismus, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, geistige Behinderung, unterdurchschnittlicher IQ, elektiver Mutismus, Depression, GAD, Tic-Störung) [unvollständige Tabelle] • **Altersbereich*:** M=7.7-10.7 Jahre [unvollständige Tabelle] • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen (Ratingskalen bzgl. offener Aggressivität, CD, ODD); Erhebung über Eltern-, Kliniker- und Lehrer-Rating • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • *Effektivität:* über alle Studien und Substanzen hinweg Vorliegen einer mittleren ES; trotz der Variabilität der Diagnosen finden sich für alle Substanzen kleine bis große Effekte in Bezug auf die Behandlung maladaptiver Aggressivität; die größten Effekte (die bedeutsamen klinischen Effekten entsprechen) liegen für ADHD mit komorbider Aggressivität und Jugendliche mit CD, unterdurchschnittlichem IQ und anhaltenden Verhaltensproblemen vor; Stimmungsstabilisierer, SNRI, Antidepressiva, typische Antispsychotika und α-2-Agonisten produzieren kleine bis mittlere ES (0.18-0.70), Stimulantien und atypische Antipsychotika mittlere bis große ES (0.78-0.90) -> *Stimulantien*: eine höhere MPH-Dosis geht mit besseren ES einher; für MPH liegen ES von ca. .90 vor; für die Gesamtgruppe der Stimulantien finden sich in der Behandlung kindlicher Aggressivität mittlere bis große Effekte (ES von 0.78), dieser Befund ist mit den Ergebnissen von Connor et al. (2002) vergleichbar -> *SNRI:* Vorliegen kleiner ES für Atomoxetin (0.18), somit handelt es sich bei Atomoxetin vermutlich nicht um die optimale Substanz zur Behandlung von offener Aggressivität (zumal dieses Ergebnis trotz langer Studiendauer und großer Stichprobengröße erzielt wurde) -> *Atypische Antipsychotika (v.a. Risperidon):* Vorliegen großer ES (insbesondere angesichts einer eher mäßigen mittleren Dosierung; 0.90); zudem zeigt sich ein Ansteigen der ES mit zunehmender Studiendauer -> *Typische Antipsychotika:* insgesamt liegen mittlere ES (0.70) vor (im Rahmen der beiden Haloperidol-Studien finden sich große, im Rahmen der Thioridazin-Studien kleine ES) -> *Stimmungsstabilisierer:* im Durchschnitt Vorliegen moderater ES (0.40) bei großer Variabilität der ES im Rahmen der Lithium-Studien zur Behandlung von komorbider Aggressivität (ES: 0.0-0.9); Lithium kann dabei bereits innerhalb von kurzen Zeiträumen (42 Tage) zu deutlichen Verbesserungen des Verhaltens führen -> *α-2-Agonisten* (Clonidin, Guanfacin): im Durchschnitt Vorliegen mittlerer ES (0.5); für Guanfacin findet sich eine mittlere ES (0.40), für Clonidin eine sehr große ES (1.1) -> *Antidepressiva* (Desipramin, Fluoxetin, Bupropion): im Durchschnitt finden sich in Bezug auf die Reduktion von Aggressivität kleine ES (0.3) bei einer enormen Variabiliät der ES über die verschiedenen Studien hinweg (ES: 0.0-0.85); die größte ES liegt für Desipramin vor, die drei Bupropion-Studien gehen mit einem ES-Range von 0.0-0.55 einher, für eine der beiden Fluoxetin-Studien liegt kein Effekt vor -> *β-Blocker*: zu dieser Substanzgruppe liegt keine Studie vor **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* eine wachsende Anzahl von Studien unterstützt den Einsatz bestimmter Medikamente in der Behandlung kindlicher Aggressivität; die Medikamente unterscheiden sich jedoch in Bezug auf ihre Effektivität/ES; noch immer besteht eine Diskrepanz zwischen dem weit verbreiteten Gebrauch von Medikamenten zur Aggressionsbehandlung und den diesbezüglich vorliegenden (nicht zuletzt aufgrund der oft inadäquaten Erfassung von Aggressivität sowie dem Vorliegen unterschiedlicher Diagnosen) begrenzten empirischen Belegen; zudem liegt auch zu den Ursachen von Aggressivität (die oft eher als problematische Komorbidität behandelt wird und nicht als eigenständige Problematik im Interventionsfokus steht) ein eher begrenztes Wissen vor; in der Behandlung von persistierender und schwerer Aggressivität ist insgesamt jedoch ein deutlicher Forschritt zu verzeichnen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Praxis: die Behandlung von Aggressivität gestaltet sich wegen der sehr unterschiedlichen Primärdiagnosen oft schwierig; optimale Behandlungen sind multidimensional, beinhalten pharmakologische und psychosoziale Ansätze und berücksichtigen Familie, Schule, Peers und die Gesellschaft als Ganzes • Forschung: Notwendigkeit, in Zukunft zwischen impulsiver und räuberischer Aggressivität zu unterscheiden -> mglw. reagieren die verschiedenen Subtypen unterschiedlich auf Behandlungen (z.B scheint impulsive Aggressivität besser auf Pharmakotherapie anzusprechen) oder haben ein unterschiedliches Langzeit-Outcome; Bedarf an Langzeitstudien; Bedarf für ein allgemein akzeptiertes, angemessen sensitives und reliables Maß zur Erhebung von Aggressivität in RCT-Studien; Notwendigkeit, (angesichts der Heterogenität der Störungen) über eine Pharmakotherapie hinausgehend auch andere Interventionsformen anzubieten; Bedarf an weiteren RCT-Studien, die die vorliegenden methodischen/inhaltlichen Defizite aufgreifen, standardmäßig ES publizieren und die klinische Interpretation der Forschungsergebnisse verbessern **Methodische Aspekte:** • Schwächen: begrenzte Qualität und Breite der vorliegenden Literatur; Vorliegen eines Publikations-Bias für positive Studien; Fehlen von Studien zu neueren atypischen Substanzen und kombinierten medikamentösen Therapien; der Nutzen der Substanzklassen für einzelne Störungen wurde (aufgrund der im Rahmen dieser Metaanalyse vorliegenden Strukturierung nach Substanzklassen) mglw. überdeckt; RCT-Studien spiegeln nicht die Bedingungen eines „real-world"-Settings wider (Vorliegen einer kurzen Studien-/Behandlungsdauer (7-70 Tage, M<6 Wochen), viele Studien fokussieren jüngere Kinder (M=10.4 Jahre), bei Lithium-Studien wurden nur stationäre Patienten mit schwerer Symptomatik eingeschlossen); Fehlen von validen Skalen zur Erhebung der Behandlungseffekte von Medikation auf Aggressivität; bislang findet sich keine Unterscheidung von Aggressions-Subtypen sowie Studien zu deren Einfluss auf die Behandlung

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **Tse, 2006** Tse, J. (2006). Research on Day Treatment Programs for Preschoolers With Disruptive Behavior Disorders. *Psychiatric Services, 57,* 477-486.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1974-2004 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention [Prävention] • **Inhalt:** Übersicht zu tagesklinischen Behandlungsprogrammen für disruptive Verhaltensweisen von Vorschulkindern (mit Durchführung im klinischen Setting oder Laborsetting) • **Eingeschlossene Studien:** 4 prospektive Studien und 1 RCT-Studie (Durchführung im klinischen Setting); mehrere RCT-Studien (Durchführung im Laborsetting) • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie (Kriterium gilt ausschließlich bei Durchführung der Studie im Laborsetting); Fehlen von quantitativen Outcome-Daten; Studien zu spezifischen Programme für Kinder mit Autismus, Intelligenzminderung oder ADHD <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 6 Monate – 2 Jahre halbtags (bei Durchführung im klinischen Setting); ca. 15 Sitzungen – 6 Monate (bei Durchführung im Laborsetting) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG [(=gematchte nicht-klinische KG, Warteliste, Standardbehandlung, Aufmerksamkeits-KG, unspezifisches Elterntraining, keine Behandlung); in einer Studie liegt keine KG vor] • **Störungsbilder:** Verhaltensstörungen/-schwierigkeiten, ODD, CD, Entwicklungsprobleme, Trennungsangst, psychische oder emotionale Probleme, Sprachprobleme, geringes Einkommen, Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch, Non-Compliance der Kinder, Aggressivität, disruptive Verhaltensweisen, im Screening auffällige Kinder • **Altersbereich:** 2-5 Jahre (Recherchekriterium); 2-9 Jahre (Alter der Kinder im Rahmen der eingeschlossenen Studien) • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); z.T. FU (ca. 1-7 Jahre)	**Ergebnisse:** • *Klinische Studien zu multimodalen tagesklinischen Programmen:* mäßige Evidenzlage, die daraufhin deutet, dass eine tagesklinische Behandlung mglw. Effektiv sein kann (Zunahme von entwicklungsmäßigen Fortschritten, Abnahme disruptiven Verhaltens und mütterlicher Depression) • *Laborstudien (Prävention, kind-, eltern- und lehrerfokussiert):* positive Effekte der verschiedenen Programme (Vorliegen kleiner bis großer ES); als Behandlungsergebnisse finden sich (über die verschiedenen Studien hinweg) z.B. verbessertes Verhalten im Klassenraum, bessere Beziehungen zu Peers, mehr prosoziales Verhalten, besseres interpersonelles Problemlösen, reduzierte Aggressivität, verbessertes Elternverhalten; verbesserte Eltern-Kind-Interaktion, reduzierter elterlicher Stress **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *Klinische Studien: a*ufgrund der wenigen vorliegenden Wirksamkeitsstudien und der Vielzahl methodischer Schwächen (vgl. Abschnitt „methodische Aspekte“) wird eine Interpretation der Ergebnisse deutlich erschwert die wissenschaftliche Basis für diese häufig angewendete und kostspielige Behandlungsform ist mangelhaft, die Umsetzung der Programme vom Laborsetting in die Praxis unzureichend; insofern besteht die dringende Notwendigkeit einer verbesserten Wirksamkeitsforschung (mit dem Ziel einer Optimierung der Behandlung und einer Rechtfertigung der hohen Kosten) sowie die Notwendigkeit, die Diskrepanz zwischen Forschung und Praxis zu überwinden • Forschung: Notwendigkeit der Durchführung von RCT-Studien und Vergleichsstudien (tagesklinische Behandlung vs. weniger umfangreiche ambulante Behandlungsansätze für disruptive Verhaltensprobleme); Notwendigkeit der Erhebung einer Vielzahl von Funktionsbereichen; Bedarf an „effectiveness“-Studien (d.h. Erprobung von Laborprogrammen in der Praxis, Bericht von Ergebnissen zu konzeptionell veränderten tagesklinischen Programmen); Bedarf an Studien zur Wirksamkeit psychodynamischer Programme, die deren wietere Anwendung im Praxissetting unterstützen; Notwendigkeit einer ständigen evaluativen Begleitung der in der Praxis eingesetzten Interventionen • Schlussfolgerungen (wichtige Komponenten, die in die Praxis integriert werden sollten): -> *aus multimodalen Präventionsprogrammen:* Durchführung qualitativ hochwertiger Bildungsarbeit im Vorschulalter; häusliche Besuche (verschaffen einen besseren Eindruck vom Lebensumfeld des Kindes; sorgen für eine bessere Zugänglichkeit der Programme); Verbesserung der Transportmöglichkeiten (tragen zu einer besseren Zugänglichkeit der Programme bei); Berücksichtigung grundlegender Bedürfnisse (Ernährung, finanzielle Lage, Gesundheit, Bewegung) als Grundlage einer gesunden Entwicklung; Einnahme einer langfristigen Perspektive (da die Behandlungseffekte bis ins Erwachsenenalter nachweisbar sind) -> *aus kindfokussierten Programmen:* hilfreiche Elemente sind soziales-Kompetenztraining, Problemlösetraining, Programme zur Identifikation und Verbalisation eigener Gefühle; betont werden muss die Relevanz manualisierter und kindspezifischer/-gerechter Therapieprogramme; psychodynamische Therapien sind bei der Behandlung disruptiven Verhaltens bislang von untergeordneter Bedeutung (die diesbezüglich bislang vorliegenden Studien kommen zu negativen Ergebnissen)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): -> *aus elternfokussierten Programmen*: beim Elterneinbezug sollte es sich nicht um eine optionale, sondern um eine zwingende Komponente handeln; es finden sich additive Effekte von Kind- und Elterntherapie; hilfreich ist der Einbau von Komponenten, die den Eltern die Teilnahme erleichtern (z.B. Verfügbarkeit verschiedener Trainingsformate); Modelllernen, audiovisuelle Hilfen und Materialien für Zuhause erweisen sich ebenfalls als hilfreich; elterlicher Stress ist (im Rahmen der Behandlung) ebenfalls eine wichtige Thematik; zunächst sollte im Rahmen tagesklinischer Programme auf evidenzbasierte Interventionen zurückgegriffen werden, ein gleichzeitiger Einsatz von beha-vioralen und psychodynamischen Interventionen ist jedoch denkbar -> *aus Interventionen im Klassenraum:* zur Verfügung stehende Programme (z.B. zum Erlernen und Einsatz von systematischen Verstärkungsmethoden), Boostersitzungen, Updates, Video-Trainings und Rollenspiele erleichtern die Umsetzung und Aufrechterhaltung des Erlernten **Methodische Aspekte:** • Schwächen *(klinische Studien*): Vorliegen einer Vielzahl völlig unterschiedlicher Interventionen; Vorliegen weniger Spezifikationen hinsichtlich des Diagnosestatus; Vorliegen verschiedener Outcome-Maße/Messinstrumente (die die Vergleichbarkeit/Interpretation erschweren); Fehlen von geeigneten KG (Vorliegen von nur einer RCT-Studie); fehlende Berücksichtigung von Einflussfaktoren auf die Behandlung (z.B. Einfluss von Behandlungsdauer und Symptomschwere, Fehlen von Informationen zur Behandlungsintensität); Fehlen von Vergleichsstudien (zur relativen Wirksamkeit von tagesklinischer Behandlung vs. ambulanter Standardbehandlung)

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW: **von Sydow et al., 2006** von Sydow, K., Beher, S., Schweitzer-Rothers, J. & Retzlaff, R. (2006). Systemische Familientherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters. Eine Metainhaltsanalyse von 47 randomisierten Primärstudien. *Psychotherapeut, 51,* 107-143.	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** bis 12/2004 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Metainhaltsanalyse zu systemischer Familientherapie bei Störungen des Kindes- und Jugendalters • **Eingeschlossene Studien:** über alle Störungsbilder hinweg insgesamt 47 RCT-Studien (davon 15 RCT-Studien zu Störungen des Sozialverhaltens) • **Explizite Ausschlusskriterien:** keine RCT-Studie; nicht-deutsche, nicht-englische oder nicht-spanische Veröffentlichung; Studien mit Patienten ohne klinisch bedeutsame Problematik; Studien zu allgemeinen Erziehungsproblemen; Fehlen von minimalen Angaben zu Design (Zufallszuteilung), Stichprobe (Alter, Geschlecht, Art der Störung) und eingesetzten Interventionen (Vorgehen, Ansatz, Sitzungsanzahl, Gesamtdauer der Intervention); Interventionen ohne Bezugnahme auf einen systemischen Autor oder einen systemischen Begriff <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:** 3 Wochen – 7 Monate (1-72 Sitzungen) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=andere Behandlungsansätze, keine Behandlung, Freizeitaktivitäten, Standardbehandlung) • **Störungsbilder:** im weitesten Sinne Störungen des Sozialverhaltens: u.a. CD, ODD, dissoziale Störungen, Delinquenz, (Sexual-)Straftäter, Gewalttätige, Substanzmissbrauch/-abhängigkeit, antisoziale Persönlichkeitsstörung; zudem: depressive Störungen, ADHD, Angststörungen, Anpassungsstörungen • **Altersbereich:** 3-18 Jahre • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); z.T. FU (6 Monate bis 4 Jahre)	**Ergebnisse:** *allgemein:* • die Evidenz für die Wirksamkeit von SFT ist für Störungen von Kindern und Jugendlichen besser belegt als für Störungen von Erwachsenen; die Behandlung mit SFT ist jedoch nicht immer hinreichend: bei schweren Störungen empfiehlt sich eine Kombination mit anderen psycho-therapeutischen oder pharmakologischen Interventionen • SFT kann Menschen mit psychischen Störungen oft besser ansprechen und in der Therapie halten als andere Ansätze (Vorliegen geringerer Dropoutraten, hohe Akzeptanz von Familien mit schwer dissozialen Jugendlichen, hohe Zufriedenheit seitens der Patienten); das Prinzip der „Ressourcenorientierung“ erweist sich als hochwirksame Interventionstechnik; der Elterneinbezug ist für den Therapieerfolg wesentlich, nicht jedoch die gleichzeitige Präsenz von Kind und Eltern; SFT bewirkt Verbesserungen im Erziehungsverhalten und in den Familienbeziehungen • häufig finden sich im Rahmen von SFT „positive Schläfereffekte“, d.h., dass sich SFT im Vergleich zu Verhaltenstherapie kurzfristig z.T. als etwas weniger wirksam, im FU jedoch als gleichwertig oder überlegen erweist; bislang liegen keine Hinweise dafür vor, dass SFT unerwünschte Wirkungen hat; zudem zeigt sich bei SFT eine relative Kostengünstigkeit -> das Kosten-Nutzen-Verhältnis erweist sich somit als gut • *Bestimmte(s) Therapeutenverhalten bzw. Therapieprozessvariablen* (klare Zielorientierung, Manualtreue, auf den Veränderungen der familiären Interaktionen liegender therapeutischer Fokus) gehen mit verbesserten Familienbeziehungen, reduzierter Bindung des Jugendlichen an delinquente Peers und Reduktion von Problemverhalten einher; Voraussetzung dafür ist eine bis dahin aufgebaute Vertrauensbeziehung des Therapeuten zu den Familienmitgliedern • *Reframing* ist die einzige Intervention, die zu Therapiebeginn zu positiven Reaktionen von delinquenten Jugendlichen führt und effektiv dazu beiträgt, destruktive Interaktionen zwischen Jugendlichem und Eltern zu unterbrechen *Störungen des Sozialverhaltens:* • SFT erweist sich für dieses Störungsbild als wirksam (in 13 der 15 vorliegenden RCT-Studien findet sich *eine* Überlegenheit von SFT ggü. einer KG ohne Intervention, medizinischen Routinebehandlungen oder eine vergleichbare/stärkere Wirksamkeit verglichen mit anderen etablierten Interventionen (z.B. CBT-/psychodynamische Einzeltherapie, verhaltenstherapeutische Familientherapie/Elterntraining, Familienpsychoedukation, Gruppentherapie oder stationäre Therapie) *Verhaltensstörungen (hyperkinetische Störungen, Störung des Sozialverhaltens, Tic-Störungen):* • bezogen auf diese Störungsgruppe erweist sich SFT ebenfalls als wirksam (in 15 der 17 vorliegenden RCT-Studien findet sich *eine* Überlegenheit von SFT ggü. einer KG ohne Intervention, medizinischen Routinebehandlungen oder eine vergleichbare/stärkere Wirksamkeit verglichen mit anderen etablierten Interventionen) *Weitere störungsspezifische Ergebnisse zu SFT:* • *differentielle Indikation:* bei dissozialen Störungen jüngerer Kinder sind Elterntrainings die Methode der Wahl; bei älteren Kinder und Jugendlichen sowie bei Familien mit multiplen und komplexen Problemen ist demgegenüber SFT indiziert

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Ergebnisse (Fortsetzung): • *Ergebnisse zu Therapeuten-/Patientenvariablen:* die Kompetenz der Therapeuten steht in direktem Zusammenhang mit den Rückfallraten jugendlicher Patienten mit dissozialen Störungen; die Wirksamkeit von MST/MDFT bei Sozialverhaltens-/Substanzstörungen wird nicht durch Patientenvariablen – wie Ethnizität, Geschlecht, Alter, soziale Schicht, Einkommen der Familie, juristische Probleme vor Therapiebeginn, Familienstruktur, Alter und Psychopathologie der Eltern – moderiert **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* für den Bereich der Forschung zu SFT finden sich in den letzten Jahren enorme Fortschritte (sowohl quantitativ als auch qualitativ); weiterhin besteht jedoch Bedarf an anspruchsvollen methodischen Anforderungen genügender systemischer Therapieforschung – v.a. in deutschsprachigen Ländern (Bedarf an RCT-Studien, Bedarf an Grundlagenforschung, aufgrund der Einschlusskriterien war im Rahmen dieser Arbeit die Berücksichtigung von nur einer deutschen Studie möglich) • *allgemein:* die wissenschaftliche Wirksamkeit von SFT ist für 3 der vom „Wissenschaftlichen Beitrag Psychotherapie“ definierten 8 Anwendungsbereiche der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nachweisbar; etwaige Verfahren werden jedoch nur dann als wissenschaftlich anerkannt, wenn 4 der 8 Bereiche das Wirksamkeitskriterium (Effektivitätsnachweis in mind. 3 unabhängigen, methodisch adäquaten Studien) erfüllen **Methodische Aspekte:** • Vorliegen einer in den letzten Jahren deutlich verbesserten Studienqualität im Bereich der SFT-Forschung: bessere Beschreibung der Interventionen; häufigerer Einsatz von Manualen; empirische Überprüfung der Behandlungsintegrität; zunehmender Einsatz von „intent-to-treat“-Analysen; Rückgriff auf multiple Datenquellen; Durchführung multipler Outcome-Messungen mit längeren FU-Intervallen (bis zu 5 Jahren); Durchführung von Komponentenanalysen; Konzeption von Vergleichsstudien (SFT vs. CBT oder psychodynamische Therapie); Vorliegen von standardisierten, methodisch brauchbaren Verfahren zur Prozess- und Ergebnisanalyse

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
METAANALYSE: **Weisz et al., 2006b** Weisz, J.R., Jensen-Doss, A. & Hawley, K.M. (2006b). Evidence-Based Youth Psychotherapies Versus Usual Clinical Care. A Meta-Analysis of Direct Comparisons. *American Psychologist, 61 (7),* 671-689.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1965-12/2004 • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention • **Inhalt:** Vergleich von evidenzbasierten Therapien (EBT) für Kinder und Jugendliche und klinischer Standardbehandlung (UC) • **Eingeschlossene Studien:** 32 randomisierte Studien (23 veröffentlichte Studien und 9 Dissertationen), davon 12 Studien zu Verhaltensstörungen und 17 Studien zu Delinquenz und Substanzmissbrauch • **Explizite Ausschlusskriterien:** andere Thematik (d.h. kein Vorliegen von psychologischen Problemen oder maladaptiven Verhaltensweisen); keine Randomisierung; andere Altersgruppe; unzureichende Erhebung der therapierelevanten Variablen bei Behandlungsende; Studien mit einem zwischen den beiden Behandlungsgruppen ungleich verteilten Anteil von Patienten, die zusätzliche (therapeutische) Dienste in Anspruch nehmen – oder bei denen das Zusatzangebot nicht explizit durch den Behandler selbst initiiert/empfohlen wurde *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 13 Wochen, 16 Sitzungen bzw. 20 Stunden (für EBT); 16 Wochen, 12 Sitzungen bzw. 18 Stunden (für UC) • **Vergleichsgruppen:** EG vs. KG (=klinische Standardbehandlung) • **Störungsbilder:** Kinder und Jugendliche mit Verhaltensstörungen, Delinquenz, Substanzmissbrauch (Vorliegen von insgesamt 29 Studien zu diesem Störungsbereich); mit Angst, niedrigem Selbstwertgefühl (Vorliegen von einer Studie); mit Depression (Vorliegen von 2 Studien) • **Altersbereich:** M=5.6 – 17 Jahre (mit M=13.2 Jahre über alle Studien hinweg) • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); FU (M=65 Wochen)	**Ergebnisse:** • *allgmein:* es findet sich eine Überlegenheit von EBT ggü. klinischer Standardbehandlung; bei Behandlungsende liegen kleine Effekte [0.30] vor, die bis zum FU noch etwas ansteigen [0.38]; verglichen mit vorherigen Metaanalysen (mit einer durchschnittlichen ES von 0.54) sind die im Rahmen dieser Arbeit vorliegenden ES etwas geringer (dies erklärt sich durch den Vergleich von zwei aktiven Behandlungsansätzen ggü. einem Vergleich von EG und passiver KG im Rahmen der vorherigen Metaanalysen); für 4 Studien finden sich große ES für EBT (MST, Eltern-Management-Training, Problemlöse-Training, kognitives Selbstinstruktionstraining) es zeigt sich eine relative Stabilität des Ergebnisses, unabhängig von verschiedenen Einflussfaktoren, d.h. die Überlegenheit von EBT bleibt auch beim Einschluss von Patienten mit ausgeprägterer Symptomatik (Symptomschwere) oder beim Einschluss ethnischer Minoritäten bestehen 75% der Studien weisen inhaltlich eine behaviorale Orientierung auf, 20% der Studien liegt ein multisystemischer Ansatz zugrunde, zu IPT und motivationalem Interviewverfahren findet sich jeweils eine Studien • *Unterschiede zwischen UC und EBT:* im Vergleich von UC und EBT finden sich in Bezug auf verschiedene Aspekte Unterschiede – bei insgesamt schlechterer Beschreibungsqualität für UC-Studien: bei UC-Studien findet sich seltener eine Beschreibung von Therapieformat, Zielgruppe, Umgang mit Hausaufgaben oder Behandlungsdosis; eine geringere Unterstützung der Behandlungsintegrität (d.h. weniger vorheriges Therapeutentraining, Supervision und „Adherence"-Check, seltener ein Gebrauch von Manualen); eine schlechtere oder fehlende Beschreibung der Therapieinhalte und Therapeutencharakteristika (z.B. Angaben zu Ausbildungsstand oder Beruf) • *Moderatoranalysen:* Analysen hinsichtlich der verschiedenen Moderatorvariablen führen zu kleineren Schwankungen der ES, die Unterschiede werden jedoch nicht signifikant und der allgemeine Trend (EBT > UC) bleibt erhalten; berücksichtige Moderatorvariablen sind dabei die folgenden: FU-Dauer, Publikationsjahr, Einbezug von Hausaufgaben, Behandlungsdosis, Behandlungsintegrität (vorherige Trainings, Einsatz von Manualen, „Adherence"-Check), in der Forschung vs. in alternativen Settings tätige Therapeuten, Freiwilligkeit der Patienten bzgl. der Behandlung, Einschluss ethnischer Minderheiten, Symptomschwere, Komorbidität, Therapeutenauswahl, Behandlungssetting, Design (Einschluss aller Studien vs. nur methodisch hochwertiger Vergleichsstudien); Einschluss von unveröffentlichten Dissertationen; ausschließlicher Einschluss „offizieller" evidenzbasierter Behandlungsansätze, Beteiligung des Behandlungs-Entwicklers **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* beim Ergebnis handelt es sich nicht um die größtmögliche zu erzielende ES, sondern um einen *Mittelwert* – ausgehend von einem Forschungsklima, in dem Replikationen weniger gerne gesehen werden als Studien zu neuen oder abgewandelten Behandlungsansätzen; es finden sich z.T. Belege gegen das dodo-Verdikt (d.h. Vorliegen einer Überlegenheit von EBT ggü. UC), z.T. Belege für das dodo-Verdikt (d.h. die vorliegenden Unterschiede sind lediglich gering); in jedem Fall besteht die Notwendigkeit, spezifischer zu forschen (bzgl. bestimmter Behandlungsansätze, Therapeuten, Gruppen, Probleme, Störungsbilder, Kontexte oder Formen klinischer Standardbehandlung)

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Praxis: in diesem Zusammenhang wird auf das „deployment-focused-Modell“ (Weisz, 2004) zur Anpassung von EBTs für ihren Gebrauch im klinischen Praxissetting verwiesen: die Entwicklung der effektivsten EBTs kann mglw. Jahre dauern und mit deutlichen Abweichungen ggü. aktuellen Behandlungskonzepten einhergehen; in jedem Fall besteht die Notwendigkeit einer Differenzierung (unter gewissen Umständen kann auch UC einer EBT überlegen sein bzw. unsachgemäß durchgeführte EBTs mit geringeren ES einhergehen) verbunden mit der Suche nach den Behandlungsumständen, die die Effektivität von EBTs gewährleisten bzw. reduzieren; somit besteht Dringlichkeit, über die vorliegenden Mittelwerte hinausgehend, die (für die entsprechende Zielsymptomatik bzw. das entsprechende Setting) jeweils besten Behandlungsansätze auszuwählen (und begleitend zu evaluieren, um sicherzustellen, dass die Behandlung den gewünschten Effekt hat) • Forschung: es liegt ein deutlicher Spielraum dafür vor, die vorhandenen Interventionen weiter zu verbessern (d.h. Suche nach besseren Ansätze zur Behandlung von Komorbidität; größere Flexibilität in der Nutzung von Behandlungsbausteinen; Anpassung der Interventionen an Bedingungen des klinischen Praxissettings; verbesserte Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsdiensten); Bedarf an Forschung zum Einfluss behandlungsspezifischer Komponenten vs. allgemeiner Wirkfaktoren (vgl. obigen Abschnitt „sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen“ zum dodo-Verdikt); Bedarf an besseren Studiendesigns (d.h. explizit für den Vergleich von EBT und UC konzipierter Studien; verbessertem Matching von Patienten, Therapeuten, Setting und Behandlungsdosis); Bedarf an Vergleichsstudien (EBT vs. UC) für internalisierende Störungen; Bedarf an verbesserter Dokumentation und detaillierteren Behandlungsbeschreibungen (bzgl. Therapeuten, Intervention, Setting, Nationalität, relevanten Moderatorvariablen; Inhalten, Details und Ablauf der UC-Behandlungen)t **Methodische Aspekte:** • Stärken: Vorliegen eines direkten Vergleichs (EBT vs. UC) • Schwächen: viele Studien sind originär nicht auf einen Vergleich von EBT vs. UC angelegt (d.h. Vorliegen eines unzureichenden Matchings von solchen Faktoren, die den Therapieerfolg beeinflussen könnten: z.B. Patienten, Therapeuten, Setting, Behandlungsdosis); zu internalisierenden Störungen liegt fast keine Studie vor; Vorliegen unzureichender Behandlungsbeschreibungen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
REVIEW: **Hunsley & Lee, 2007** Hunsley, J. & Lee, C.M. (2007). Research-Informed Benchmarks for Psychological Treatments: Efficacy Studies, Effectiveness Studies and Beyond. *Professional Psychology, Research and Practice, 38,* 21-33.	*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:* • **Zeitraum:** 1872-03/2006 [1998-2005] • **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Interventionen • **Inhalt:** Überblick über „effectiveness"-Studien bzw. deren Vergleich/Benchmarking mit Ergebnissen von „efficacy"-Studien bei Kindern, Jugendlichen [und Erwachsenen] • **Eingeschlossene Studien:** über alle Störungsbilder hinweg insgesamt 14 „effectiveness"-Studien, davon 3 Studien zu disruptiven Verhaltensstörungen bei Kindern und 3 Studien zu Störungen des Sozialverhaltens bei Jugendlichen • **Explizite Ausschlusskriterien:** anderes Studiendesign (keine „effectiveness"-Studie); kein Vorliegen von mind. einer „efficacy"-Studie zu diesem Behandlungsansatz (d.h. kein Vorliegen eines Wirksamkeitsnachweises); unzureichende Datengrundlage bzgl. Verbesserung der Symptomatik; Patientenrekrutierung ausschließlich über Werbung (d.h. überhaupt keine zugewiesenen Patienten); Vorliegen von weniger als 2 „effectiveness"-Studien zum jeweiligen Störungsbild *Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:* • **Behandlungsdauer:** 11-16 Sitzungen (für den Bereich der disruptiven Störungen); bei MST flexibel (für den Bereich der Störungen des Sozialverhaltens) • **Vergleichsgruppen:** --- • **Störungsbilder:** Depression, Angststörungen, disruptive Verhaltensstörungen bei Kindern, Störungen des Sozialverhaltens bei Jugendlichen • **Altersbereich: ---** • **Abhängige Variablen:** verschiedene Outcome-Variablen • **Messzeitpunkte:** nach Behandlungsende (Post-Treatment); z.T. FU (1 Jahr)	**Ergebnisse:** • *Störungsspezifische Ergebnisse:* sowohl in Bezug auf die „*Completer"-Rate* als auch in Bezug auf die im Rahmen der Behandlung erzielten *Verbesserungen* sind die Ergebnisse von „effectiveness"- und „efficacy"- Studien im Wesentlichen vergleichbar: *Disruptive Störungen:* -> „Completer"-Rate: 86% („efficacy"-Studien) vs. 76-82% („effectiveness"-Studien) -> Remissionsrate: 48% („efficacy"-Studien) vs. 59-79% („effectiveness"-Studien) *Störungen des Sozialverhaltens:* -> „Completer"-Rate: 76-100% („efficacy"-Studien) vs. 92-98% („effectiveness"-Studien) -> Verbesserung: d=0.55 („efficacy"-Studien) vs. d=0.24-0.92 („effectiveness"-Studien) *Disruptive Störungen, Störung des Sozialverhaltens:* die FU-Datenlage ist unzureichend • *allgemein:* alle „effectiveness"-Studien mit Kindern und Jugendlichen berichten „Completer"-Raten größer als 75% (dies ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass überhaupt gute Behandlungserfolge erzielt werden können; außerdem Anzeichen dafür, dass die Patienten von der Behandlung profitieren) • *Trainings-Status des Therapeuten*: zumeist Kombination aus störungsspezifischem Training im Vorfeld (Lesen von Behandlungsmanual und Hintergrundartikeln, Workshop-Besuch) und regelmäßiger Supervision -> eine Kombination aus Manualwissen und Supervision ist erwiesenermaßen sehr effektiv und entspricht der Auflage an die Behandler, ihr Wissen regelmäßig aufzufrischen bzw. auszubauen (Qualitätssicherung, „life-long-learning") -> offen ist die Frage, welches Ausmaß von Training und Supervision optimal ist und wie diese Trainingsprogramme so gestaltet bzw. im klinischen Alltag umgesetzt werden können, dass sie maximal effektiv sind **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* trotz einiger methodischer Einschränkungen in den „effectiveness"-Studien liegen somit vielversprechende Belege für die Transportierbarkeit von im Rahmen von „efficacy"-Studien nachgewiesenermaßen effektiven Behandlungen ins klinische Setting vor; dies ist als Ermutigung zu bewerten, diese Verfahren zunehmend einzusetzen; für das FU liegen vielversprechende Ergebnisse vor, für die meisten Störungen findet sich diesbezüglich jedoch eine unzureichende Datengrundlage für die meisten herkömmlichen klinischen Angebote („routine clinical services") für Kinder und Jugendliche liegen demgegenüber eher geringere Behandlungserfolge vor; auch einzelne „effectiveness"-Studien zum Vergleich von „usual clinical service" vs. nachgewiesenermaßen wirksamen Interventionen (mit randomisierter Zuweisung zu einer der beiden Behandlungsgruppen) weisen auf die Überlegenheit der nachgewiesenermaßen wirksamen Intervention ggü. einer Standardbehandlung hin

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • *allgemein:* zum Zwecke des Benchmarking scheint sich der Rückgriff auf „efficacy"-Studien zu bewähren; die Empfehlung geht dahin, diesbezüglich auf Metaanalysen (Vorliegen vieler Studien, Patienten und Therapeuten) zurückzugreifen; die Relevanz der jeweiligen Benchmarking-Werte ist dabei vom Ausmaß der Ähnlichkeit (bzgl. Interventionsansatz, Therapiedauer, Symptomschwere, Patienten- und Therapeutencharakteristika) zwischen Benchmarking-Studien und zu überprüfender Studie abhängig; die Werte der KG (= keine Behandlung) können im Rahmen des Benchmarking als untere Grenze eingesetzt werden; als problematisch erweist sich das Fehlen von adäquaten „efficacy"-Studien als Voraussetzung für den Prozess des Benchmarking • Forschung: Bedarf an weiteren „effectiveness"-Studien (trotz bislang konsistenter, vielversprechender Ergebnisse); Fehlen von Vergleichstudien („efficacy"- Studien vs. „routine practice"); Notwendigkeit, bei „effectiveness"-Studien eine ausreichende Datengrundlage zu erheben und zu berichten (z.B. Angaben zur Veränderung des Diagnosestatus und klinisch bedeutsamen Veränderungen); Notwendigkeit der Durchführung von (mittlerweile zunehmend eingesetzten) „intent-to-treat"-Analysen (bei „Completer"-Analysen finden sich Raten von etwa 10% mehr Verbesserung); Notwendigkeit von FU-Daten (bislang unzureichendes Wissen zu Langzeitwirkung); Notwendigkeit, „efficacy"-Studien gemäß der im klinischen Alltag benötigten Interventionen zu konzipieren (bzgl. Relevanz und Vergleichbarkeit) **Methodische Aspekte:** • allgemein: insgesamt liegen nur wenige „effectiveness"-Studien vor • Schwächen der Einzelstudien: in den Studien mit Kindern und Jugendlichen finden sich nicht ausschließlich zugewiesene Patienten; es findet sich eine hohe Variabilität an vorliegenden Outcome-Maßen zur Messung der Symptomverbesserung durch die Behandlung bzw. an Definitionen von „Verbesserung" (vgl. Abschnitt „Ergebnisse": statt Remissionsraten werden hier ES angegeben) • Schwächen des Reviews: Notwendigkeit, einige „effectiveness"-Studien aufgrund der unzureichenden Datengrundlage auszuschließen; nicht alle Studien berichten „Completer"- *und* „intent-to-treat"-Analysen; Fehlen von FU-Daten

Studie	Inhalt der Studie	Ergebnis/Schlussfolgerung
REVIEW & METAANALYSE: **Ipser & Stein, 2007** Ipser, J. & Stein, D.J. (2007). Systematic review of pharmacotherapy of disruptive behavior disorders in children and adolescents. *Psychopharmacology, 191,* 127-140. * die entsprechenden Angaben beziehen sich auf alle in den Review eingeschlossenen Studien (N=30)	<u>*Angaben zur gesamten Überblicksarbeit:*</u> • **Zeitraum:** 1966-2006 • **Bereich:** Pharmakotherapie • **Inhalt:** systematische Übersicht zu Pharmakotherapie von disruptiven Verhaltenstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Effektivität und Verträglichkeit) • **Eingeschlossene Studien:** Vorliegen von 30 Studien im Rahmen des Reviews, davon werden 14 RCT-Studien in die Metaanalyse eingeschlossen • **Explizite Ausschlusskriterien** (für die Metaanalyse): keine RCT-Studie; kein Vorliegen von DSM-/ICD-Diagnosekriterien; Studien mit Patienten, bei denen ADHD/HKS als Erstdiagnose vorliegt; Vorliegen einer über das untersuchte Pharmakon hinausgehenden zusätzlichen Medikation; keine Randomisierung; anderer inhaltlicher Schwerpunkt (d.h. Dosis-Vergleichsstudie) <u>*Angaben zu den in die Überblicksarbeit eingeschlossenen Einzelstudien:*</u> • **Behandlungsdauer:*** im Wesentlichen 2-12 Wochen (bei einer Studie: 6 Monate) • **Vergleichsgruppen*:** EG vs. KG (=Placebo, unterschiedliche Dosen) • **Störungsbilder*:** disruptive Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (u.a. CD, ODD, ODD-NOS, DBD, Wutanfälle, Aggressivität/Oppositionalität); z.T. Vorliegen von Komorbiditäten (Substanzmissbrauch, Depression, HKS/ADHD); z.T. Patienten mit unterdurchschnittlichem IQ/geistiger Behinderung • **Altersbereich*:** 0-18 Jahre • **Abhängige Variablen*:** verschiedene Outcome-Variablen (u.a. allgemeines Ansprechen auf die Behandlung, klinischer Gesamteindruck bzgl. der Symptomschwere, Aggressivität, Vorliegen von Nebenwirkungen); Erhebung über Kliniker-, Eltern- und Lehrer-Rating • **Messzeitpunkte:*** u.a. nach Behandlungsende (Post-Treatment)	**Ergebnisse:** • *Effektivität* (Vorliegen von Studien zu Stimulantien, Antipsychotika, Lithium, Antikonvulsiva, Clonidin, Thioridazin): -> *Metaanalyse:* Vorliegen von einigen Hinweisen für die Wirksamkeit von Pharmakotherapie in der Behandlung von disruptiven Verhaltensstörungen (d.h. allgemeines Anspre-chen auf die Behandlung, Verbesserung des klinischen Gesamteindrucks bzgl. der Symptomschwere; Aggressivität), v.a. für Lithium und Risperidon; ebenfalls Vorliegen einiger Belege für die Effektivität von Psychopharmaka in der Reduktion von Aggressivität (v.a. für MPH und Risperidon; es findet sich eine große Variabilität in den ES) -> *narrativer Review:* Vorliegen guter Belege für die Effektivität von MPH; für die Wirksamkeit der anderen Stimulantien (Pemolin, Diphenhydramin; MAS-XR) liegen eher negative Ergebnisse vor; gute Belege finden sich für Lithium und Risperidon; Vorliegen von weni-ger Studien, jedoch ebenfalls nachgewiesene Wirksamkeit für einige weitere Antipsy-chotika (Haloperidol, Hydrochlorid, Thioridazin); Vorliegen uneindeutiger Ergebnisse für Antikonvulsiva (negative Resultate für Diphenylhydantoin und Carbamazepin vs. positive Resultate für Divalproex in höherer Dosierung); Vorliegen von Belegen für die gute Wirksamkeit von Clonidin als Ergänzung zu Stimluantien bei CD und komorbider ADHD; vielversprechende Ergebnisse liegen auch für Atomoxetin in höherer Dosierung vor (bei komorbidem Vorliegen von ADHD und ODD) • *Verträglichkeit:* relativ gute Veträglichkeit (d.h. Vorliegen ähnlich hoher Dropout-Raten für EG und Placebo-Gruppe); häufiges Vorliegen von NW wie Schwindel, Sedierung oder Übelkeit; z.T. Gefahr schwerer Nebenwirkungen: Leukopenie, kardiovaskuläre Risiken, Toxizität, plötzliche Todesfälle oder parkinsonoide extrapyramidale Symptomatik (bei Einnah-me von Lithium, Carbamazepin, Clonidin, Risperidon), die sorgfältiges Monitoring erfordern **Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen:** • *allgemein:* Vorliegen von einigen Hinweisen für die Wirksamkeit von Pharmakotherapie (bzw. pharmakotherapeutischer *Kurzzeit*therapie) in der Behandlung disruptiver Verhaltensstörungen, v.a. für Lithium und Risperidon; ebenfalls Vorliegen einiger Belege für die Effektivität von Psychopharmaka in der Reduktion aggressiver Symptomatik; ausgehend von den möglichen NW im Zusammenhang mit der Einnahme von Lithium und Risperidon sollte für jeden einzelnen Patienten eine sorgfältige Risiko-Nutzen-Analyse vorgenommen werden • Empfehlung: Risperidon (in geringer Dosis) gilt als Behandlungsoption bei denjenigen Patienten mit CD, die initial nicht auf eine psychosoziale Behandlung ansprechen; eine Kombination aus psychosozialen Interventionen für CD und einer Pharmakotherapie bietet sich bei Patienten mit CD und komorbider ADHD an (diese Störungsbilder zeigen gutes Ansprechen auf Stimulantien und Atomoxetin; die Entwicklung von „slow-release"-Varianten könnte die Effektivität nochmals verbessern); es besteht die Notwendigkeit einer mind. 6-monatigen Pharmakotherapie, bevor die Behandlung beendet werden darf; bei Vorliegen von ODD wird vor allem bei komorbide vorliegenden psychischen Störungen, die gut auf Pharmakotherapie ansprechen (z.B. ADHD), auf Medikation zurückgegriffen

Studie	*Inhalt der Studie*	*Ergebnis/Schlussfolgerung*
		Sonstige Schlussfolgerungen und Empfehlungen (Fortsetzung): • Forschung: Bedarf an Vergleichsstudien (Risperidon vs. bewährte Psychostimulantien vs. Kombinationsbehandlung aus beiden Substanzen); Notwendigkeit von Studien zur Langzeit-Effektivität und Risiko-Nutzen-Analyse für Risperidon; Bedarf an Studien zu SSRI (die ein gutes NW-Profil zeigen) in der Behandlung von disruptiven Verhaltens- und Impulskontrollstörungen; Bedarf an Studien zur Kombinationsbehandlung (bislang liegen diesbezüglich widersprüchliche Ergebnisse von 2 Studien mit CD plus ADHD-Patienten vor); Bedarf an Studien zur Langzeitbehandlung (bislang findet sich nur eine Studie mit positivem Ergebnis, d.h. reduzierten Rückfallraten bei Langzeitbehandlung); Bedarf an Studien zur Pharmakotherapie bei kindlicher ODD; Notwendigkeit der Durchführung von Studien zu vielversprechenden Substanzen wie Naltrexon; Bedarf an Studien zum Zusammenhang von Geschlecht und Effektivität (z.B. zur Klärung der Frage, ob Frauen eine schlechtere Prognose als Männer haben); Notwendigkeit von Studien zur Resilienz ggü. Risikofakoren bzw. zum Vorliegen einer potentiellen genetischen Prädisposition für die Entwicklung antisozialer Verhaltensweisen (und Bedarf der Entwicklung neuer Behandlungspogramme auf der Basis dieser Ergebnisse) **Methodische Aspekte:** • Schwächen: Vorliegen von nur wenigen Studien zur Pharmakotherapie (d.h. Effektivität und Verträglichkeit) von disruptiven Verhaltens- und Impulskontrollstörungen; Vorliegen von nur wenigen Studien, die sich für den Einschluss in die Metaanalyse eignen (damit einhergehend liegt eine limitierte statistische Power vor, um überhaupt Behandlungseffekte entdecken zu können; auch die kleinen Stichprobengrößen der Einzelstudien wirken sich diesbezüglich nachteilig aus); fragliche Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die klinische Praxis (aufgrund der fraglichen Repräsentativität des in die Metaanalyse eingeschlossenen Patientenklientels)

Tabelle A 6.5 Quantitative Auswertung: Berechnung der ES bei Angststörungen

Studie	*Effektstärke (Design, Berechnungsvariante)*
REVIEW: **Compton et al., 2002**	• **EG-KG-Vergleich:** Cohens d (ausschließlich Bericht von signifikanten und positiven ES, d.h. wenn EG > KG) Schätzung der ES aus t-, F-Werten und Gruppenanteilen (bei Fehlen von M und STD)
REVIEW: **Weisz & Hawley, 2002**	• **EG-KG-Vergleich (Ergebnisse von zwei Metaanalysen über verschiedene Behandlungsansätze und Störungsbilder hinweg):** Cohens d
METAANALYSE: **Beelmann et al., 2003**	• **EG-KG-Vergleich:** $d = [(M_{EGpost} - M_{KGpost}) / SD_{pooledprä}] - [(M_{EGprä} - M_{KGprä}) / SD_{pooledprä}]$
METAANALYSE: **Kapczinski et al., 2003**	• **EG-KG-Vergleich:** „relative risk“ (Rückgriff auf „random-effect“-Modell“) • **„number-needed-to-treat“-Berechnung (NNT):** Angaben zur Berechnung bleiben unklar [„inverse of differences of risk between groups“]
REVIEW: **Prins & Ollendick, 2003**	• **EG-KG-Vergleich:** Cohens d und Hedges' g
METAANALYSE: **Cartwright-Hatton et al., 2004**	• **EG-KG-Vergleich:** Remissionsrate
REVIEW: **Schneider & Döpfner, 2004** ** die Angaben beziehen sich auf die Metaanalyse von In-Albon & Schneider, 2003 (Poster)	• **EG-KG-Vergleich:**** Verweis auf Berechnungsformel aus Beelmann et al., 2003 • **Prä-Post-Vergleich:**** Angaben zur Berechnung bleiben unklar
REVIEW: **Barmish & Kendall, 2005**	• **EG-KG-Vergleich:** 1. Cohens d (entspricht dem ebenfalls berechneten, aber nicht berichteten Glass Δ) 2. Korrektur von Cohens d: Hedges' g 3. Schätzung der ES aus t-, F-Werten und X^2-Werten (bei Fehlen von M und STD)

Studie	*Effektstärke (Design, Berechnungsvariante)*
REVIEW: **Esser & Ballaschk, 2005** ** die Angaben beziehen sich auf die Arbeit von Esser & Sell (2003)	• **EG-KG-Vergleich (Studien von 1987 bis 1995):** Angaben zur Berechnung bleiben unklar [„Mittelwertsdifferenzen zwischen EG und KG in Beziehung zur Standardabweichung“] • **EG-KG-Vergleich (Esser & Sell-Studie, 2003)**** keine näheren Angaben zur Berechnung [„mittlere relative Effektstärke“]
METAANALYSE: **Kremberg & Mitte, 2005**	• **EG-KG-Vergleich:** Hedges' g Schätzung der ES aus t- und F-Werten • **Prä-Post-Vergleich:** Hedges' g
REVIEW: **Valdez et al., 2005**	• **EG-KG Vergleich:** „Cohens d“ (keine näheren Angaben zur Berechnung); z.T. bei wenigen Studien andere Berechnungsvarianten (s. jeweilige Fußnoten im)
REVIEW ZU METAANALYSEN: **Butler et al., 2006**	• **EG-KG-Vergleich (T2):** Glass Δ oder Cohens d
METAANALYSE: **James et al., 2006**	• **EG-KG-Vergleich:** Angaben zur Berechnung bleiben unklar [„standardisierte mittlere Differenz“]
REVIEW & METAANALYSE: **Schneider & In-Albon, 2006**	• siehe **In-Albon & Schneider, 2007**
METAANALYSE: **Bridge et al., 2007**	• **EG-KG-Vergleich:** -> Hedges' g (obwohl Beschreibung für Cohens d vorliegt) -> „number-needed-to-treat“ (NNT) (Angaben zur Berechnung bleiben unklar; Verweis auf Berechnung nach Sackett) -> „risk difference“ nach Mantel-Haenszel (Rückgriff auf „random-effect“-Modell nach DerSimonian & Laird) -> Umrechnung von dichotomen Outcome-Maßen über Odds Ratio zu Hedges' g (Angaben zur Berechnung bleiben unklar)

Studie	*Effektstärke (Design, Berechnungsvariante)*
METAANALYSE: **In-Albon & Schneider, 2007**	• **EG-KG-Vergleich:** $d = [(M_{EGpost} – M_{KGpost}) / SD_{pooledprä}] - [(M_{EGprä} – M_{KGprä}) / SD_{pooledprä}]$ • **Prä-Post-Vergleich:** d_{pool}
REVIEW: **Reinblatt & Riddle, 2007**	• **EG-KG-Vergleich:** Cohens d
METAANALYSE: **Spielmans et al., 2007**	• **EG-KG-Vergleich:** vermutl. Cohens d (keine näheren Angaben zur Berechnung) und Hedges' g Schätzung der ES aus t-Werten und dichotomen Outcome-Maßen (bei Fehlen von M und STD) -> Umrechung von dichotomen Outcome-Maßen in $d=(logOR * \sqrt{3})/ \pi$ *gewichtet*

Tabelle A 6.6 Quantitative Auswertung: Berechnung der ES bei depressiven Störungen

Studie	*Effektstärke (Design, Berechnungsvariante)*
REVIEW: **Compton et al., 2002**	• **EG-KG-Vergleich:** Cohens d (ausschließlich Bericht von signifikanten und positiven ES, d.h. wenn EG > KG) Schätzung der ES aus t-, F-Werten bzw. Gruppenanteilen (bei Fehlen von M und STD)
METAANALYSE: **Hazell et al., 2002**	• **EG-KG-Vergleich:** Angaben zur Berechnung bleiben unklar [„the effect size was calculated as the number of STD by which the change in score for the EG exceeded that of the KG (the standardised mean difference). The STD for change in scores was calculated using the test-retest reliability correlations reported in the paper for the relevant instrument or a value of 0.9 as estimated from the KG in kramer (1981) and from each group in petti (1982)“]
METAANALYSE: **Michael & Crowley, 2002**	• **EG-KG-Vergleich:** Cohens d Schätzung der ES aus t-, F-Werten bzw. Gruppenanteilen (bei Fehlen von M und STD); Festsetzung der ES auf 0 für „nicht-signifikante“ Effekte und für Studien mit nicht in ES umzurechnende Variablen • **Prä-Post-Vergleich:** $d_{prä}$
REVIEW: **Weisz & Hawley, 2002**	• **EG-KG-Vergleich (Ergebnisse von zwei Metaanalysen über verschiedene Behandlungsansätze und Störungsbilder hinweg):** Cohens d
METAANALYSE: **Haby et al., 2004**	• **EG-KG-Vergleich:** Hedges' g
REVIEW & METAANALYSE: **Jureidini et al., 2004**	• **EG-KG-Vergleich:** Hedges' g
METAANALYSE: **Whittington et al., 2004**	• **EG-KG-Vergleich:** keine näheren Angaben zur Berechnung
REVIEW: **Esser & Ballaschk, 2005** ** die Angaben beziehen sich auf die Arbeit von Esser & Sell (2003)	• **EG-KG-Vergleich (Studien von 1987 bis 1995):** Angaben zur Berechnung bleiben unklar [„Mittelwertsdifferenzen zwischen EG und KG in Beziehung zur Standardabweichung“] • **EG-KG-Vergleich (Esser & Sell-Studie, 2003):**** keine näheren Angaben zur Berechnung [„mittlere relative Effektstärke“]

Studie	*Effektstärke (Design, Berechnungsvariante)*
METAANALYSE: **Michael et al., 2005**	• **Prä-Post *(über die verschiedenen Studiendesigns hinweg):*** vermutlich Hedges' g [„technique for correcting Cohen's d for sample size“] Schätzung der ES aus t- und F-Werten (bei Fehlen von M und STD) Angaben zur Berechnung bleiben unklar
REVIEW: **Valdez et al., 2005**	• **EG-KG-Vergleich:** „Cohens d“ (keine näheren Angaben zur Berechnung); z.T. bei wenigen Studien andere Berechnungsvarianten (s. jeweilige Fußnoten im)
REVIEW ZU METAANALYSEN: **Butler et al., 2006**	• **EG-KG-Vergleich:** Glass Δ oder Cohens d
REVIEW & METAANALYSE: **Holtmann et al., 2006**	• **EG-KG-Vergleich *(Suizidalität):*** Cohens d (außerdem: X^2-Test, Fishers Exact-Test, „relative risk“ nach Gart & Cornfield, 1981)
METAANALYSE: **Papanikolaou et al., 2006**	• **EG-KG-Vergleich:** Odds Ratio (keine näheren Angaben zur Berechnung) • **Prä-Post-Vergleich:** Odds Ratio (keine näheren Angaben zur Berechnung)
METAANALYSE: **Wallace et al., 2006**	• **EG-KG-Vergleich:** „relative risk“ (Rückgriff auf „fixed-effect“-Modell)
METAANALYSE: **Weisz et al., 2006a**	• **EG-KG-Vergleich:** Glass Δ (zusätzlich Adjustierung der ES für kleine Stichproben -> Hedges' g) *gewichtet* und *ungewichtet*
METAANALYSE: **Bridge et al., 2007**	• **EG-KG-Vergleich:** -> Hedges' g (obwohl Beschreibung für Cohens d vorliegt) -> „number-needed-to-treat“ (NNT) (Angaben zur Berechnung bleiben unklar; Verweis auf Berechnung nach Sackett) -> „risk difference“ nach Mantel-Haenszel (Rückgriff auf „random-effect“-Modell nach DerSimonian & Laird) -> Umrechnung von dichotomen Outcome-Maßen über Odds Ratio zu Hedges' g (Angaben zur Berechnung bleiben unklar)

Studie	*Effektstärke (Design, Berechnungsvariante)*
METAANALYSE: **Hetrick et al., 2007**	• **EG-KG-Vergleich:** „relative risk“ (Rückgriff auf „fixed-effect“-Modell nach Mantel & Haenszel (1959) und „random-effect“-Modell nach DerSimonian & Laird (1986))
METAANALYSE: **Spielmans et al., 2007**	• **EG-KG-Vergleich:** vermutl. Cohens d (Fehlen von genaueren Angaben zur Berechnung) und Hedges' g Schätzung der ES aus t-Werten und dichotomen Outcome-Maßen (bei Fehlen von M und STD) -> Umrechung von dichotomen Outcome-Maßen in d=(logOR * √3)/ π *gewichtet*
METAANALYSE: **Watanabe et al., 2007**	• **EG-KG-Vergleich** „relative risk“ (Rückgriff auf „random-effect“-Modell)

Tabelle A 6.7 Quantitative Auswertung: Berechnung der ES bei ADHS

Studie	*Effektstärke (Design, Berechnungsvariante)*
REVIEW: **Smith et al., 2000**	• **EG-KG-Vergleich:** „Cohens d“, eigentlich Glass Δ *ungewichtet*
METAANALYSE: **Schachter et al., 2001**	• **EG-KG-Vergleich:** keine näheren Angaben zur Berechnung [„im Allgemeinen auf Basis der berichteten M und STD“; „zur Berechnung der ES von Nebenwirkungen Orientierung an Hasselblad“] Schätzung der ES aus t-, F-, p-Werten und Graphiken
METAANALYSE: **Connor et al., 2002**	• **EG-KG-Vergleich:** „Cohens d“ Schätzung der ES aus den Werten der Signifikanztests (bei Fehlen von M und STD) *gewichtet*
METAANALYSE: **Faraone & Biederman, 2002**	• **EG-KG-Vergleich:** Cohens d
METAANALYSE: **Faraone et al., 2002**	• **EG-KG-Vergleich:** Angaben zur Berechnung bleiben unklar (Cohens d oder Glass Δ)
REVIEW: **Weisz & Hawley, 2002**	• **EG-KG-Vergleich (Ergebnisse von zwei Metaanalysen über verschiedene Behandlungsansätze und Störungsbilder hinweg):** Cohens d
METAANALYSE: **Beelmann et al., 2003**	• **EG-KG-Vergleich:** $d = [(M_{EGpost} - M_{KGpost}) / SD_{pooledprä}] - [(M_{EGprä} - M_{KGprä}) / SD_{pooledprä}]$
METAANALYSE: **Donnelly et al., 2004**	• **EG-KG-Vergleich:** Hedges' g
REVIEW: **Bjornstad et al., 2005**	• **EG-KG-Vergleich:** gewichtete mittlere Differenz

Studie	*Effektstärke (Design, Berechnungsvariante)*
REVIEW: **Esser & Ballaschk, 2005** ** die Angaben beziehen sich auf die Arbeit von Esser & Sell (2003)	• **EG-KG-Vergleich (Studien von 1987 bis 1995):** Angaben zur Berechnung bleiben unklar [„Mittelwertsdifferenzen zwischen EG und KG in Beziehung zur Standardabweichung“] • **EG-KG-Vergleich (Esser & Sell-Studie, 2003)**** keine näheren Angaben zur Berechnung [„mittlere relative Effektstärke“]
REVIEW: **Valdez et al., 2005**	• **EG-KG-Vergleich:** „Cohens d“ (keine näheren Angaben zur Berechnung); z.T. bei wenigen Studien andere Berechnungsvarianten (s. jeweilige Fußnoten im)
REVIEW & METAANALYSE: **Banaschewski et al., 2006**	• **EG-KG-Vergleich:** Cohens d • **„number-needed-to-treat“-Berechnung (NNT):** NNT = [1 / (Prozentsatz derer, die sich unter Medikation verbessern – Prozentsatz derer, die sich unter Placeboeinnahme verbessern x 100)]
METAANALYSE: **Corcoran & Dattalo, 2006**	• **EG-KG-Vergleich:** 1. Cohens d 2. Korrektur für kleine Stichproben (vermutlich Hedges' g)
METAANALYSE: **Faraone et al., 2006**	• **EG-KG-Vergleich:** Cohens d *gewichtet*
METAANALYSE: **Pappadopulos et al., 2006**	• **EG-KG-Vergleich:** Cohens d Schätzung der ES aus Signifikanztests oder p-Werten (bei Fehlen von M und STD) *gewichtet*
METAANALYSE: **Majewicz-Hefley et al., 2007**	• **Prä-Post-Vergleich:** 1. d_{pool} 2. Hedges' g (Korrektur für kleine Stichproben) *gewichtet* (Formeln: s.)

Tabelle A 6.8 Quantitative Auswertung: Berechnung der ES bei Störungen des Sozialverhaltens

Studie	*Effektstärke (Design, Berechnungsvariante)*
METAANALYSE: **Bennett et al., 2000**	• **EG-KG-Vergleich:** Glass Δ *gewichtet (*nach Hedges & Olkin, 1985) und *ungewichtet*
METAANALYSE: **Woolfenden et al., 2001, 2002**	• **EG-KG-Vergleich:** „relative risk"; z.T. keine näheren Angaben zur Berechnung [„standardisierte mittlere Differenz"]
REVIEW: **Weisz & Hawley, 2002**	• **EG-KG-Vergleich (Ergebnisse von zwei Metaanalysen über verschiedene Behandlungsansätze und Störungsbilder hinweg):** Cohens d
METAANALYSE: **Curtis et al., 2004**	• **EG-KG-Vergleich:** Cohens d (für N>30), Hedges' g (für N<30)
METAANALYSE: **Bradley et al., 2005**	• **EG-KG-Vergleich:** Cohens d (für N>100), Hedges' g (für N<100)
METAANALYSE: **Dretzke et al., 2005**	• **EG-KG-Vergleich:** keine näheren Angaben zur Berechnung
REVIEW: **Esser & Ballaschk, 2005** ** die Angaben beziehen sich auf die Arbeit von Esser & Sell (2003)	• **EG-KG-Vergleich (Studien von 1987 bis 1995):** Angaben zur Berechnung bleiben unklar [„Mittelwertsdifferenzen zwischen EG und KG in Beziehung zur Standardabweichung"] • **EG-KG-Vergleich (Esser & Sell-Studie, 2003)**** keine näheren Angaben zur Berechnung [„mittlere relative Effektstärke"]
METAANALYSE: **Littell et al., 2005**	• **EG-KG-Vergleich:** Hedges' g Schätzung der ES aus t-, F-, p-Werten und Gruppenanteilen (bei Fehlen von M und STD) *gewichtet*
REVIEW: **Valdez et al., 2005**	• **EG-KG-Vergleich:** „Cohens d" (keine näheren Angaben zur Berechnung); z.T. bei wenigen Studien andere Berechnungsvarianten (s. jeweilige Fußnoten im)

Studie	*Effektstärke (Design, Berechnungsvariante)*
METAANALYSE: **Lundahl et al., 2006**	• **EG-KG-Vergleich:** Cohens d explizit *keine* Schätzung der ES aus t-, F- und p-Werten (bei Fehlen von M und STD); nicht-signifikanten Ergebnissen wird eine ES von 0.0 zugewiesen • **Prä-Post-Vergleich:** d_{pool}
METAANALYSE: **McCart et al., 2006**	• **EG-KG-Vergleich:** Cohens d, Hedges g Schätzung der ES aus t-, F- und p-Werten (bei Fehlen von M und STD) *gewichtet*
METAANALYSE: **Pappadopulos et al., 2006**	• **EG-KG-Vergleich:** Cohens d Schätzung der ES aus Signifikanztests oder p-Werten (bei Fehlen von M und STD) *gewichtet*
REVIEW: **Tse, 2006**	• **EG-KG-Vergleich *(RCT-Studien):*** Angaben zur Berechnung bleiben unklar: „Cohens d“ [Berechnung von „between group effect sizes“ für verschiedene Outcome-Variablen] • **vermutlich Prä-Post-Vergleich *(prospektive, klinische Studien):*** Angaben zur Berechnung bleiben unklar: „Cohens d“ [„pre-to posttreatment effect sizes for measures of disruptive behavior“]
METAANALYSE: **Weisz et al., 2006b**	• **EG-KG-Vergleich:** Cohens d, Hedges g *gewichtet*
REVIEW & METAANALYSE: **Ipser & Stein, 2007**	• **EG-KG-Vergleich:** Hedges' g, „relative risk“, gewichtete mittlere Differenz

Tabelle A 6.9 Quantitative Auswertung: Vorliegende ES bei Angststörungen

Liegen für den EG vs. KG-Vergleich keine expliziten Angaben zum Messzeitraum vor, beziehen sich die Effektstärke-Angaben auf das Behandlungsende (=T2); andernfalls ist in eckigen Klammern der jeweilige Messzeitpunkt angegeben (d.h. T1=Behandlungsbeginn, T2=Behandlungsende und FU=Follow-up-Messung); mit Sternchen (*) markierte Werte weisen auf statistisch abgesicherte Angaben hin, Kreise (°) demgegenüber auf statistisch nicht abgesicherte Werte.

Studie	*Effektstärke*
REVIEW: **Compton et al., 2002** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie **Inhalt:** Übersicht über empirisch gestützte (psychosoziale und psychopharmakologische) Behandlungsansätze für Kinder mit Angstproblematik im Alter von 6-12 Jahren	• ***Psychosoziale Studien:*** **EG vs. KG (=WL):** 0.21 – 2.53 (Instrumente zur Selbsteinschätzung) 0.15 – 3.98 (Instrumente zur Fremdeinschätzung, Eltern) 0.38 – 1.46 (Instrumente zur Fremdeinschätzung, Kliniker) • ***Pharmakologische Studien:*** **EG vs. KG (=Placebo):** 0.31 – 1.13 (Instrumente zur Fremdeinschätzung, Kliniker)
REVIEW: **Weisz & Hawley, 2002** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Überblick zum aktuellen Forschungsstand von psychosozialen Interventionen bei Jugendlichen	• **EG vs. KG (Ergebnisse von zwei Metaanalysen über verschiedene Behandlungsansätze und Störungsbilder hinweg):** 0.58-0.82 (Jugendliche) 0.68-0.92 (Kinder)
METAANALYSE: **Beelmann et al., 2003** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Interventionen **Inhalt:** Bestandsaufnahme der deutschsprachigen Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen	• **EG vs. KG:** 0.68* (CBT) 0.97* (Verhaltensmodifikation) 0.30 (Entspannung) 0.44* (Stationäre, teilstationäre Psychotherapie) 0.80* (behaviorale Interventionen) 0.44* (nicht-behaviorale Interventionen) 0.73* (durchschnittlicher Gesamtwert)

Studie	*Effektstärke*
METAANALYSE: **Kapczinski et al., 2003** **Bereich:** Pharmakotherapie **Inhalt:** Effektivität und Verträglichkeit von Antidepressiva in der Behandlung von GAD	• **EG vs. KG: („relative risk“)** kein Ansprechen auf die Behandlung: 0.10 Dropout-Rate: 0.50 Nebenwirkungen: 2.00 (trockener Mund); 1.75 (Benommenheit); 4.00 (Beinkrämpfe); 2.33 (Unruhe); 0.29 (Schwindel); 0.17 (Übelkeit); 0.29 (Magenschmerzen) • **„number-needed-to-treat“ (NNT):** 1.22 (0.90 – 1.7)
REVIEW: **Prins & Ollendick, 2003** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Überblick über kognitive Veränderungen und verbesserte Coping-Fertigkeiten im Rahmen von CBT bei Kindern mit Angststörungen	• **EG vs. KG (= Warteliste)** ***(nur individuelle, kindfokussierte CBT-Interventionen):*** Angstsymptomatik: 0.99 (Elternversion); 0.49 (Kinderversion) kognitive Outcome-Maße: 0.36 (Kinderversion) Coping-Fertigkeiten: 1.26 (Elternversion); 0.65 (Kinderversion) • **EG vs. KG (= aktive Kontrollbedingung)** ***(nur individuelle, kindfokussierte CBT-Interventionen):*** Angstsymptomatik: --- (Elternversion); 0.58 (Kinderversion) kognitive Outcome-Maße: 0.78 (Kinderversion) Coping-Fertigkeiten: --- (Elternversion); --- (Kinderversion)
METAANALYSE: **Cartwright-Hatton et al., 2004** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Systematischer Überblick über die Effektivität von kognitiv-behavioraler Therapie zur Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter	• **EG vs. KG:** Remissionsrate (Diagnosestatus): 57% (EG) vs. 35% (KG)

Studie	*Effektstärke*
REVIEW. **Schneider & Döpfner, 2004** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Evidenzbasierte Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von Angst- und phobischen Störungen im Kindes- und Jugendalter ** die Angaben beziehen sich auf die Metaanalyse von In-Albon & Schneider, 2003 (Poster)	• **EG vs. KG [T2] (generelle ES):**** 0.57 (CBT) • **Prä-Post (generelle ES):**** Trait-Angst: 0.93 [T2], 1.28 [FU] (CBT); --- 0.14 [T2] (WL) Phobische Angst: 0.88 [T2], 1.69 [FU] (CBT); --- 0.28 [T2] (WL) Depressive Symptomatik: 0.70* [???] (CBT) • **Prä-Post (Remissionsrate):**** 69% (EG) vs. 14% (KG) [T2] 72% (EG) [FU]
REVIEW: **Barmish & Kendall, 2005** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Überblick zur Frage des Elterneinbezugs im Sinne von „Co-Klienten“ (Eltern haben nicht nur Hilfsfunktionen, sondern erhalten selber Therapie) bei CBT zur Angstbehandlung von Kindern und Jugendlichen	• **EG (CBT, CBT plus Elterneinbezug) vs. KG (=Warteliste):** Diagnosestatus, klinisches Interview: CBT: 0.65 – 1.20 vs. CBT plus Elterneinbezug: 1.05 – 2.64 Elternrating (CBCL): CBT: 0.96* – 3.27* vs. CBT plus Elterneinbezug: 1.19* – 5.06* Kinder-/Jugendlichenrating (RCMAS): CBT: 0.18 – 0.45 vs. CBT plus Elterneinbezug: 0.18 – 0.98
REVIEW: **Esser & Ballaschk, 2005** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Überblick über internationale und deutschsprachige empirische Ergebnisse zur Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter ** die Angaben beziehen sich auf die Arbeit von Esser & Sell (2003)	• **EG vs. KG (=unbehandelte KG):** 0.90 (allgemein, Esser & Sell, 2003) [Range: -0.45 – 3.46]** 0.71-0.88 (allgemein; Studien von 1987-1995) 0.94 (behavioral; Esser & Sell, 2003)** 0.49 (nicht-behavioral; Esser & Sell, 2003)** 0.67* (überkontrollierte Störungen; Esser & Sell, 2003)** -0.27 (kombinierte emotionale & dissoziale Störungen; Esser & Sell, 2003)** 0.62* (Prüfungsangst; Esser & Sell, 2003)** 0.77* (Angststörungen/Phobien; Esser & Sell, 2003)**

Studie	*Effektstärke*
METAANALYSE: **Kremberg & Mitte., 2005** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Kognitiv-behaviorale und behaviorale Interventionen zur Behandlung von sozialer Phobie im Kindes- und Jugendalter	• **EG vs. KG [T2]:** Symptomkategorie „Angst“: 0.79* Symptomkategorie „Sozialphobische Symptomatik“: 0.82* • **Prä-Post EG [T1 – T2]:** Symptombereich „Angst“: 1.02* Symptomkategorie „Sozialphobische Symptomatik“: 1.06* • **Prä-Post EG [T2 – FU]:** Symptombereich „Angst“: 0.06° Symptomkategorie „Sozialphobische Symptomatik“: 0.06° • **Prä-Post KG [T1 – T2]:** Symptombereich „Angst“: 0.30° Symptomkategorie „Sozialphobische Symptomatik“: 0.30°
REVIEW: **Valdez et al., 2005** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Interventionen **Inhalt:** Überblick über evidenzbasierte Elterntrainings und Familieninterventionen zur Veränderung des kindlichen Verhaltens im Schulsetting	• **EG vs. KG: (Angaben als Range; NF=„null finding“)** Zielverhalten: NF bzw. 0.59-1.23 [T2]; NF bzw. 0.39-1.90 [FU] familiäres Funktionsniveau: 0.62 [T2]; NF [FU] schulisches Funktionsniveau: NF bzw. 0.88 [T2]; NF bzw. 0.18-2.00 [FU] sekundäre Outcome-Maße: 0.61-1.22 [T2]; 0.32-0.56 [FU]
REVIEW ZU METAANALYSEN: **Butler et al., 2006** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Überblick über 16 Metaanalysen zum aktuellen Forschungsstand kognitiv-behavioraler Therapien bei Kindern, Jugendlichen und (in erster Linie) Erwachsenen	• ***Nach Review & Metaanalyse von Grossmann & Hughes (1992):*** EG vs. KG: Verschiedene „Angst“-Variablen: 0.93

Studie	*Effektstärke*
METAANALYSE: **James et al., 2006** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Kognitiv-behaviorale Therapie zur Behandlung von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen	• **EG vs. KG (=WL/Aufmerksamkeits-Placebo-KG):** 0.58* (nur RCMAS) 0.55* (nur FSSC-R) Remissionsrate (Diagnosestatus): „intent-to-treat"-Analyse: 56% (EG) vs. 28% (KG) „completer"-Analyse: 65% (EG) vs. 21% (KG)
REVIEW & METAANALYSE: **Schneider & In-Albon, 2006** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention (MA), Pharmakotherapie (R) **Inhalt:** Effektivität von psychotherapeutischen Behandlungen bei Angststörungen im Kindes- und Jugendalter (im Sinne eines evidenzbasierten Ansatzes)	• siehe **In-Albon & Schneider, 2007**
METAANALYSE: **Bridge et al., 2007** **Bereich:** Pharmakotherapie **Inhalt:** Effektivität und Suizidalität im Rahmen der Antidepressiva-Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (unter Berücksichtigung von Antidepressiva der zweiten Generation: SSRI, Venlafaxin)	• **EG vs. KG *(Effektivität)*:** Response-Rate („risk difference"): 37% (g = 0.65*) Response-Rate (NNT): 3 primäres skalares Angstmaß: g = 0.69* • **EG vs. KG *(Suizidalität)*:** Response-Rate („risk difference"): 0.7% Response-Rate (NNT): 143

Studie	*Effektstärke*
METAANALYSE: **In-Albon & Schneider, 2007** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Effektivität von Psychotherapie zur Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter	• **EG vs. KG (=WL) [T2] (generelle ES):** CBT (alle Interventionsformen): 0.66* CBT (individuelle Therapie): 0.52* CBT (Gruppentherapie): 0.61* CBT (kindfokussierte Therapie): 0.53* CBT (familienfokussierte Therapie): 0.63* • **EG vs. KG (=WL) [T2]:** Remissionsrate (Diagnosestatus): „completer"-Analyse: 69% (EG, alle aktiven Behandlungsansätze) vs. 13% (WL) • **Prä-Post (generelle ES):** CBT (alle Interventionsformen): 0.86* [T2]; 1.36* [FU] CBT (individuelle Therapie): 1.00* [T2]; 1.04* [FU] CBT (Gruppentherapie): 0.97* [T2]; 1.64° [FU] CBT (kindfokussierte Therapie): 0.91* [T2]; 1.30* [FU] CBT (familienfokussierte Therapie): 0.83* [T2]; 1.38* [FU] WL: 0.13* [T2] Aufmerksamkeits-Placebo-KG: 0.58° [T2] • **Prä-Post [T2] (nur RCMAS):** CBT (alle Interventionsformen): 0.83* WL: 0.22* • **Prä-Post [T2] (nur FSSC-R):** CBT (alle Interventionsformen): 0.85* WL: 0.32*
REVIEW: **Reinblatt & Riddle, 2007** **Bereich:** Pharmakotherapie **Inhalt:** Pharmakologische Behandlung von Angststörungen bei Kindern	• **EG vs. KG:** SSRI: 0.4 – 1.9 (über verschiedene Studien und Outcome-Variablen hinweg; Vorliegen von 3 Studien) TZA: 0.3 (ES einer Studie)

Studie	*Effektstärke*
METAANALYSE: **Spielmans et al., 2007** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Übersicht zur Effektivität von CBT im Vergleich zu anderen Interventionen (bona fide-, non-bona fide-Interventionen) bei Angststörungen und Depression im Kindes- und Jugendalter	• **EG vs. KG *(nur Studien zu Angststörungen)*:** bona-fide CBT vs. non-bona fide (direkte Outcome-Maße): 0.52* [T2]; 0.47* [über alle Zeitpunkte hinweg] bona-fide CBT vs. non-bona fide (indirekte Outcome-Maße): 0.18° [T2]; 0.05° [über alle Zeitpunkte hinweg] [CBT] vollständiges Programm vs. Programmkomponenten (direkte Outcome-Maße): 0.09° [T2]; 0.06° [über alle Zeitpunkte hinweg] [CBT] vollständiges Programm vs. Programmkomponenten (indirekte Outcome-Maße): 0.15° [T2]; 0.17° [über alle Zeitpunkte hinweg] • **EG vs. KG *(Kombination von Studien zu Angst- und depressiven Störungen)*:** alle bona-fide-Interventionen vs. non-bona-fide-Interventionen (direkte Outcome-Maße): 0.53* [T2]; 0.41* [über alle Zeitpunkte hinweg] alle bona-fide-Interventionen vs. non-bona-fide-Interventionen (indirekte Outcome-Maße): 0.23* [T2]; 0.12° [über alle Zeitpunkte hinweg] [CBT] vollständiges Programm vs. Programmkomponenten (direkte Outcome-Maße): 0.14° [T2]; 0.10° [über alle Zeitpunkte hinweg] [CBT] vollständiges Programm vs. Programmkomponenten (indirekte Outcome-Maße): 0.15° [T2]; 0.13° [über alle Zeitpunkte hinweg] alle bona-fide-Interventionen vs. bona-fide-Interventionen ohne Einschluss von Komponentenanalysen: (direkte und indirekte Outcome-Maße): -0.003° [T2]; -0.005° [über alle Zeitpunkte hinweg] alle bona-fide-Interventionen vs. bona-fide-Interventionen mit Einschluss von Komponentenanalysen: (direkte und indirekte Outcome-Maße): 0.02° [T2]; 0.006° [über alle Zeitpunkte hinweg]

Tabelle A 6.10 Quantitative Auswertung: Vorliegende ES bei depressiven Störungen

Liegen für den EG vs. KG-Vergleich keine expliziten Angaben zum Messzeitraum vor, beziehen sich die Effektstärke-Angaben auf das Behandlungsende (=T2); andernfalls ist in eckigen Klammern der jeweilige Messzeitpunkt angegeben (d.h. T1=Behandlungsbeginn, T2=Behandlungsende und FU=Follow-up-Messung); mit Sternchen (*) markierte Werte weisen auf statistisch abgesicherte Angaben hin, Kreise (°) demgegenüber auf statistisch nicht abgesicherte Werte.

Studie	*Effektstärke*
REVIEW: **Compton et al., 2002** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie **Inhalt:** Übersicht über empirisch gestützte (psychosoziale und psychopharmakologische) Behandlungsansätze für Kinder mit Depression im Alter von 6-12 Jahren	• ***Psychosoziale Studien:*** **EG vs. KG (=WL):** 0.53 – 1.89 (Instrumente zur Selbsteinschätzung) 0.16 – 0.98 (Instrumente zur Fremdeinschätzung, Kliniker) • ***Pharmakologische Studien:*** **EG vs. KG (=Placebo):** 0.54 (Instrumente zur Fremdeinschätzung; Kliniker) 0.11 (Instrumente zur Selbsteinschätzung)
METAANALYSE: **Hazell et al., 2002** **Bereich:** Pharmakotherapie **Inhalt:** TZA zur Behandlung von Depression bei Kindern und Jugendlichen	• **EG vs. KG (=Placebo):** „Depressions-Score“: 0.31* (Subgruppenanalyse: Kinder: -0.15°; Jugendliche: 0.46*) klinischer Gesamteindruck: 0.10°

Studie	*Effektstärke*
METAANALYSE: **Michael & Crowley, 2002** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie **Inhalt:** Psychosoziale und pharmakologische Behandlungen für Depression bei Kindern und Jugendlichen	***Psychosoziale Studien (kontrolliert):*** • EG vs. KG: 0.72* [T2] [Weisz et al., 2006: 0.48 *(gewichtet);* 0.38 *(ungewichtet)*]; --- 0.64* [FU] • Prä-Post EG [T2]: 1.23 • Prä-Post KG [T2]: 0.37 • Alter (Kinder vs. Jugendliche): 0.65* vs. 0.93* • Geschlecht (Mädchen vs. Jungen): 0.90* vs. 0.63* ***Psychosoziale Studien (unkontrolliert):*** • Prä-Post EG: 1.14* [T2]; 1.26* [FU] • Alter (Kinder vs. Jugendliche): 0.73* vs. 1.35* • Geschlecht (Mädchen vs. Jungen): 1.20* vs. 1.04* ***Pharmakologische Studien:*** • EG vs. KG (=Placebo): 0.19° [T2] • Alter (Kinder vs. Jugendliche): 0.15° vs. 0.28°
REVIEW: **Weisz & Hawley, 2002** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** u.a. Überblick zum aktuellen Forschungsstand von psychosozialen Interventionen bei Jugendlichen	• **EG vs. KG (Ergebnisse von zwei Metaanalysen über verschiedene Behandlungsansätze und Störungsbilder hinweg):** 0.58-0.82 (Jugendliche) 0.68-0.92 (Kinder)
METAANALYSE: **Haby et al., 2004** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie **Inhalt:** Kosteneffektivität (und Effektivität) von CBT und SSRI in der Behandlung von Major Depression bei Kindern und Jugendlichen (im Vergleich zur Standardbehandlung)	• **EG vs. KG:** *CBT*: 0.41* *SSRI*: 0.29*

Studie	*Effektstärke*
REVIEW & METAANALYSE: **Jureidini et al., 2004** **Bereich:** Pharmakotherapie **Inhalt:** Effektivität und Sicherheit von Antidepressiva (Paroxetin, Fluoxetin, Sertralin, Venlafaxin) in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen (unter besonderer Berücksichtigung von Studienmethodik und Berichtsqualität)	• **EG vs. KG (=Placebo):** 0.26* (alle Outcome-Maße, die sich auf Depression oder gesundheitsbezogene Lebensqualität beziehen)
METAANALYSE: **Whittington et al., 2004** **Bereich:** Pharmakotherapie **Inhalt:** Kosten-Nutzen-Relation verschiedener SSRI zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen (unter besonderer Berücksichtigung eines mglw. erhöhten Suizidrisikos und unter Gegenüberstellung von veröffentlichten und unveröffentlichten Daten)	• **EG vs. KG (=Placebo):** SSRI (veröffentlichte Studien): 0.43* (Fluoxetin); 0.21° (Paroxetin); 0.28* (Sertralin); -0.25° (Venlafaxin) SSRI (unveröffentlichte Studien): 0.05° (Paroxetin); 0.34* (Citalopram); 0.29* (Venlafaxin)
REVIEW: **Esser & Ballaschk, 2005** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Überblick über internationale und deutschsprachige empirische Ergebnisse zur Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter ** die Angaben beziehen sich auf die Arbeit von Esser & Sell (2003)	• **EG vs. KG(=unbehandelte KG):** 0.90 (allgemein, Esser & Sell, 2003) [Range: -0.45 – 3.46]** 0.71-0.88 (allgemein, Studien von 1987-1995) 0.94 (behavioral, Esser & Sell, 2003)** 0.49 (nicht-behavioral, Esser & Sell, 2003)** 0.67* (überkontrollierte Störungen, Esser & Sell, 2003)** -0.27 (kombinierte emotionale & dissoziale Störungen, Esser & Sell, 2003)** 0.57* (Depressionen, Esser & Sell, 2003)**

Studie	*Effektstärke*
METAANALYSE: **Michael et al., 2005** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Vergleich der Behandlungseffektivität von Therapeuten vs. Graduierten (und Kindern vs. Jugendlichen)	• **Prä-Post *(über die verschiedenen Studiendesigns hinweg):*** allgemein (über alle Studien hinweg): 1.47* Kinder: 1.50* Jugendliche: 1.45* Professionelle: 1.56* Graduierte: 1.38*
REVIEW: **Valdez et al., 2005** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Überblick über evidenzbasierte Elterntraings und Familieninterventionen zur Veränderung des kindlichen Verhaltens im Schulsetting	• **EG vs. KG [Angaben als Range; NF="null finding"] -> nur eine Studie!:** Zielverhalten: 1.21 [T2]; --- [FU] familiäres Funktionsniveau: --- [T2]; --- [FU] schulisches Funktionsniveau: --- [T2]; --- [FU] sekundäre Outcome-Maße: 0.75 [T2]; --- [FU]
REVIEW ZU METAANALYSEN: **Butler et al., 2006** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Überblick über 16 Metaanalysen zum aktuellen Forschungsstand kognitiv-behavioraler Therapien bei Kindern, Jugendlichen und (in erster Linie) Erwachsenen	• ***Nach Review & Metaanalyse von Grossmann & Hughes (1992):*** Internalisierende Störungen bei Kindern -> EG vs. KG: Verschiedene „Depressions"-Maße: 0.87 • *Nach Review von Reinecke et al. (1998):* Depression bei Jugendlichen -> EG vs. KG: Verschiedene „Depressions"-Maße:: 1.11 [T2]; 0.55 [FU]
REVIEW & METAANALYSE: **Holtmann et al., 2006** **Bereich:** Pharmakotherapie **Inhalt:** Überblick und empirische Analyse von publizierten Studien zur SSRI-Behandlung bei depressiven Kindern und Jugendlichen (Analyse von Effektivität und Suizidalität)	• **EG vs. KG (=Placebo) *(Suizidalität)*:** veröffentlichte Studien: 0.06° MHRA-Studien: 0.03°

Studie	*Effektstärke*
METAANALYSE: **Papanikolaou et al., 2006** **Bereich:** Pharmakotherapie **Inhalt:** Effektivität von Antidepressiva in der Behandlung von Depression im Kindes- und Jugendalter	• **EG vs. KG (=Placebo) [*nur kontrollierte Studien]* (Odds Ratio):** *TZA*: 1.16° (Kinder); 1.20° (Jugendliche); 1.16° (Kinder und Jugendliche) *SSRI:* --- (Kinder); --- (Jugendliche); 1.84* (Kinder und Jugendliche) *Antidepressiva allgemein (TZA, SSRI):* 1.16° (Kinder); 1.41° (Jugendliche); 1.52* (Kinder und Jugendliche) • **EG vs. KG (=Placebo) *[kontrollierte*] und Prä-Post [*und unkontrollierte Studien*] (Odds Ratio):** *TZA*: 1.33° (Kinder), 1.24° (Jugendliche); 1.27° (Kinder und Jugendliche) *SSRI*: --- (Kinder); 1.78* (Jugendliche); 1.83* (Kinder und Jugendliche) *Antidepressiva allgemein (TZA, SSRI):* 1.18° (Kinder); 1.45* (Jugendliche); 1.59* (Kinder und Jugendliche)
METAANALYSE: **Wallace et al., 2006** **Bereich:** Pharmakotherapie **Inhalt:** (Kumulative) Metaanalyse zur SSRI-Behandlung kindlicher Depression (Aktualisierung des Status quo und Analyse zum Einfluss unveröffentlichter Studien auf Effektivität und Sicherheit)	• **EG vs. KG: („relative risk"):** Effektivität (alle SSRI, über alle in die Metaanalyse eingeschlossenen RCT-Studien hinweg): 1.26* Sicherheit (alle SSRI, über alle in die Metaanalyse eingeschlossenen RCT-Studien hinweg): 1.97* Effektivität (Einzelsubstanzen): Fluoxetin: 1.48*; Sertralin: 1.16; Citalopram: 1.53: Paroxetin: 1.10; Venlafaxin: --- Sicherheit (Einzelsubstanzen): Fluoxetin: 1.40; Sertralin: 3.31*; Citalopram: 1.21: Paroxetin: 2.70*; Venlafaxin: 3.52* Effektivität (kürzer- vs. längerwirksame Substanzen): 1.5* vs. 1.1 Sicherheit (kürzer- vs. längerwirksame Substanzen): ca. 1 vs. 2.3*

Studie	*Effektstärke*
METAANALYSE: **Weisz et al., 2006a** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Psychotherapie zur Behandlung von Depression bei Kindern und Jugendlichen	***Alle Studien:*** • EG vs. KG: „Depressions-Variablen“: 0.34*^ *(gewichtet)* [T2] [Range: -0.66 – 2.02]; 0.40* *(ungewichtet)* [T2]; --- 0.28 *(gewichtet ???)* [FU] ***Vergleich verschiedener Variablen:*** • Depressionsstudien vs. andere Störungsbilder: 0.37 vs. 0.69 (signifikant) • Post-Werte vs. FU-Werte („Depressions-Variablen“): 0.30 vs. 0.28 (nicht signifikant) • Depression vs. Angstvariablen: 0.57 vs. 0.39* (knapp signifikant) • Depression vs. Externalisierung: 0.31 vs. 0.05° (signifikant) • passive KG vs. aktive KG: 0.41* vs. 0.24* (nicht signifikant) • kognitive vs. nicht-kognitive Interventionen: 0.35* vs. 0.47* (nicht signifikant) • „efficacy“ vs. „effectiveness“: -> Probanden: 0.34* vs. 0.32* (nicht signifikant) -> Therapeuten: 0.52* vs. 0.27° (nicht signifikant) -> Setting: 0.41* vs. 0.24* (nicht signifikant) • Kinder vs. Jugendliche: 0.41* vs. 0.33* (nicht signifikant) • kategoriale Diagnose vs. dimensionale Depressionsmessung: 0.35* vs. 0.32* (nicht signifikant) • Gruppentherapie vs. Einzeltherapie: 0.38* vs. 0.37* (nicht signifikant) • peer-reviewed vs. non-peer-reviewed: 0.34* vs. 0.32° (nicht signifikant) • Selbstbericht vs. Elternbericht: 0.72* vs. 0.24° (signifikant)
METAANALYSE: **Bridge et al., 2007** **Bereich:** Pharmakotherapie **Inhalt:** Effektivität und Suizidalität im Rahmen der Antidepressiva-Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (unter Berücksichtigung von Antidepressiva der zweiten Generation: SSRI, Nefazodon, Venlafaxin, Mirtazapin)	• **EG vs. KG *(Effektivität)*:** Response-Rate („risk difference“): 11% (g = 0.25*) Response-Rate (NNT): 10 primäres skalares Angstmaß: g = 0.20* • **EG vs. KG *(Suizidalität)*:** Response-Rate („risk difference“): 0.9% Response-Rate (NNT): 112

Studie	*Effektstärke*
METAANALYSE: **Hetrick et al., 2007** **Bereich:** Pharmakotherapie **Inhalt:** SSRI zur Behandlung depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter (Analyse von Effektivität und Nebenwirkungen)	• **EG vs. KG [T2]: („relative risk"):** SSRI allgemein (Effektivität): 1.28* Fluoxetin (Effektivität): 1.86* Paroxetin (Effektivität): 1.09° Sertralin (Effektivität): 1.17° Citalopram (Effektivität): 1.30* SSRI allgemein (Suizidalität): 1.80*
METAANALYSE: **Spielmans et al., 2007** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Übersicht zur Effektivität von CBT im Vergleich zu anderen Interventionen (bona fide-, non-bona fide-Interventionen) bei Angststörungen und Depression im Kindes- und Jugendalter	• **EG vs. KG *(nur Studien zu depressiven Störungen)*:** bona-fide CBT vs. non-bona fide (direkte Outcome-Maße): 0.57* [T2]; 0.41* [über alle Zeitpunkte hinweg] bona-fide CBT vs. non-bona fide (indirekte Outcome-Maße): 0.29* [T2]; 0.21* [über alle Zeitpunkte hinweg] bona-fide CBT vs. andere bona-fide Interventionen [N=1] (direkte Outcome-Maße): -0.62° [T2]; -0.45° [über alle Zeitpunkte hinweg] bona-fide CBT vs. andere bona-fide Interventionen [N=1] (indirekte Outcome-Maße): -0.09° [T2]; -0.01° [über alle Zeitpunkte hinweg] [CBT] vollständiges Programm vs. Programmkomponenten (direkte Outcome-Maße): 0.53° [T2]; 0.23° [über alle Zeitpunkte hinweg] [CBT] vollständiges Programm vs. Programmkomponenten (indirekte Outcome-Maße): 0.25° [T2]; -0.01° [über alle Zeitpunkte hinweg] • **EG vs. KG *(Kombination von Studien zu Angst- und depressiven Störungen)*:** alle bona-fide-Interventionen vs. non-bona-fide-Interventionen (direkte Outcome-Maße): 0.53* [T2]; 0.41* [über alle Zeitpunkte hinweg] alle bona-fide-Interventionen vs. non-bona-fide-Interventionen (indirekte Outcome-Maße): 0.23* [T2]; 0.12° [über alle Zeitpunkte hinweg] [CBT] vollständiges Programm vs. Programmkomponenten (direkte Outcome-Maße): 0.14° [T2]; 0.10° [über alle Zeitpunkte hinweg] [CBT] vollständiges Programm vs. Programmkomponenten (indirekte Outcome-Maße): 0.15° [T2]; 0.13° [über alle Zeitpunkte hinweg] alle bona-fide-Interventionen vs. bona-fide-Interventionen ohne Einschluss von Komponentenanalysen: (direkte und indirekte Outcome-Maße): -0.003° [T2]; -0.005° [über alle Zeitpunkte hinweg] alle bona-fide-Interventionen vs. bona-fide-Interventionen mit Einschluss von Komponentenanalysen: (direkte und indirekte Outcome-Maße): 0.02° [T2]; 0.006° [über alle Zeitpunkte hinweg]

Studie	*Effektstärke*
METAANALYSE: **Watanabe et al., 2007** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Überblick über psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung von Depression bei Kindern und Jugendlichen (Analyse von Effektivität, Nebenwirkungen und Kosteneffektivität)	• **EG vs. KG: („relative risk"):** Psychotherapie allgemein: 1.39* [T2]; 1.18° [FU, 6 Monate] CBT (kognitiv-behaviorale Therapie): 1.38* [T2]; 1.26° [FU, 6 Monate] CT (kognitive Therapie): 2.55° [T2]; 0.83° [FU, 6 Monate] BT (behaviorale Therapie): 6.76* [T2]; 2.20° [FU, 6 Monate] IPT (interpersonale Therapie): 1.68* [T2] PST (Problemlösetherapie): 3.00° [T2] ST (supportive Therapie): 1.43° [T2]; 0.70° [FU, 6 Monate] OT (andere Therapien): 0.67° [T2]; 1.00° [FU, 6 Monate] • **EG vs. KG -> Subgruppenanalysen [T2]:** Psychotherapie + Standardbehandlung (=EG) vs. Standardbehandlung (=KG): --- Psychotherapie (=EG) vs. Aufmerksamkeitsplacebo (=KG): 1.48* Psychotherapie (=EG) vs. Warteliste (=KG): 2.00* Psychotherapie (=EG) vs. keine Behandlung (=KG): 1.21° allgemein EG vs. KG (6-12Jährige): 1.51° allgemein EG vs. KG (12-18Jährige): 1.35* allgemein EG vs. KG (leichte bis mittelschwere Depression): 1.31* allgemein EG vs. KG (mittelschwere bis schwere Depression): 1.81*

Tabelle A 6.11 Quantitative Auswertung: Vorliegende ES bei ADHS

Liegen für den EG vs. KG-Vergleich keine expliziten Angaben zum Messzeitraum vor, beziehen sich die Effektstärke-Angaben auf das Behandlungsende (=T2); andernfalls ist in eckigen Klammern der jeweilige Messzeitpunkt angegeben (d.h. T1=Behandlungsbeginn, T2=Behandlungsende und FU=Follow-up-Messung); mit Sternchen (*) markierte Werte weisen auf statistisch abgesicherte Angaben hin, Kreise (°) demgegenüber auf statistisch nicht abgesicherte Werte.

Studie	*Effektstärke*
REVIEW: **Smith et al., 2000** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Pharmakotherapie **Inhalt:** Effektivität, Sicherheit und Praktikabilität von Behandlungen für Jugendliche mit ADHD	***Pharmakotherapie mit Methylphenidat*** (verschiedene Studien, verschiedene „Outcome"-Variablen): • **EG vs. KG (=Placebo, keine Behandlung):** AHDS-Symptome: 0.13 – 3.00 (M=0.94) Soziales Verhalten: 0.03 – 1.09 Akademische Leistungen: -0.50 – 3.36 ***Pharmakotherapie mit TZA*** (verschiedene Studien, verschiedene „Outcome"-Variablen): • **EG vs. KG (=Placebo, keine Behandlung):** AHDS-Symptome: 0.43 – 0.58 (M=0.50) ***Psychosoziale Behandlungsansätze*** (verschiedene Studien, verschiedene Outcome-Variablen, v.a. CBCL): • **EG vs. KG (=Placebo, keine Behandlung):** AHDS-Symptome (CBCL): 0.53 – 0.74 [M=0.74 für „Erstellen von Notizen"; M=0.66 für „Familientherapie"] Soziales Verhalten (CBCL): 0.05 – 0.28 Akademische Leistungen (CBCL): -0.01 – 0.33
METAANALYSE: **Schachter et al., 2001** **Bereich:** Pharmakotherapie **Inhalt:** Effektivität und Sicherheit von kurzwirksamem Methylphenidat zur Behandlung von ADHD/ADD bei Kindern und Jugendlichen	• **EG vs. KG:** Hyperaktivitäts-Index: 0.78* (Lehrer); 0.54* (Eltern) Appetitverminderung: 30.3% (Eltern-/Selbstrating) Schlaflosigkeit: 17.0% (Eltern-/Selbstrating) Magenschmerzen: 9.0% (Eltern-/Selbstrating) ernsthafte Vorfälle im Bereich „Appetitverminderung": 8.7% (Eltern-/Selbstrating); 6.1% (Lehrer-/Teamrating)

Studie	*Effektstärke*
METAANALYSE: **Connor et al., 2002** **Bereich:** Pharmakotherapie **Inhalt:** Effektivität von Stimulantien (MPH, Amphetamin und Pemolin) auf offenes/verdecktes aggressives Verhalten bei ADHD	• **EG vs. KG (=Placebo):** „offene Aggression“: 0.77* *(gewichtet)* (Klinisch Tätige) 0.71* *(gewichtet)* (Elternrating) 1.04* *(gewichtet)* (Lehrerrating) 0.84* *(gewichtet)* (Gesamtrating aller Studien) • **EG vs. KG (=Placebo):** „verdeckte Aggression“: 0.81* *(gewichtet)* (Klinisch Tätige) 0.69* *(gewichtet)* (Gesamtrating aller Studien)
METAANALYSE: **Faraone & Biederman, 2002** **Bereich:** Pharmakotherapie **Inhalt:** Effektivität von Adderall in der Behandlung von ADHD	• **EG vs. KG (=Placebo) -> Ergebnisse beinhalten auch eine Erwachsenen-Studie:** Gesamtwert (über alle Studien und Outcome-Maße hinweg): 1.0* Dosierung: 1.03* (optimale Dosierung) vs. 0.98* (feste Dosierung) Ratergruppen: 1.41* (Kliniker) vs. 0.83* (Eltern) vs. 0.94* (Lehrer) Outcome-Bereich: 0.91* (ADHD-Symptomatik) vs. 1.10* (aggressive Symptomatik) vs. 1.66* (globales Rating)
METAANALYSE: **Faraone et al., 2002** **Bereich:** Pharmakotherapie **Inhalt:** Relative Effektivität von Adderall und MPH in der Behandlung von ADHD	• **EG vs. KG:** Gesamtwert (über alle Studien und Outcome-Maße hinweg): 0.25* Dosierung: 0.32* (optimale Dosierung) vs. 0.22* (feste Dosierung) Ratergruppen: 0.37* (Kliniker) vs. 0.28* (Eltern) vs. 0.13° (Lehrer) Outcome-Bereich: 0.17° (ADHD-Symptomatik) vs. 0.23° (aggressive Symptomatik) vs. 0.52* (globales Rating)
REVIEW: **Weisz & Hawley, 2002** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** u.a. Überblick zum aktuellen Forschungsstand psychosozialer Interventionen bei Jugendlichen	• **EG vs. KG (Ergebnisse von zwei Metaanalysen über verschiedene Behandlungsansätze und Störungsbilder hinweg):** 0.58-0.82 (Jugendliche) 0.68-0.92 (Kinder)

Studie	*Effektstärke*
METAANALYSE: **Beelmann et al., 2003** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Bestandsaufnahme der deutschsprachigen Psychotherapieforschung bei Kindern und Jugendlichen sowie eine Metaanalyse der gefundenen kontrollierten Studien	• **EG vs. KG:** 0.32° (CBT) 0.32° (behavioral) 0.32° (Gesamtwert)
METAANALYSE: **Donnelly et al., 2004** **Bereich:** Pharmakotherapie **Inhalt:** Kosteneffektivität (und Effektivität) von Dexamphetamin und Methylphenidat in der Behandlung von ADHD bei Kindern und Jugendlichen (im Vergleich zur Standardbehandlung)	• **EG vs. KG:** Dexamphetamin: 0.65* Methylphenidat: 0.61*
REVIEW: **Bjornstad et al., 2005** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Familientherapie (behaviorale Familientherapie, kognitiv-behaviorale Familientherapie, funktionelle Familientherapie) für ADHD und ADD bei Kindern und Jugendlichen	• **EG vs. KG (=herkömmliche Behandlungsansätze):** -0.11* bzw. 0.01° – 0.15° (verschiedene „Outcome"-Variablen, nur 1 Studie) • **EG vs. KG (=Placebo-Medikation):** 1.98° (Lehrerrating, nur 1 Studie)

Studie	*Effektstärke*
REVIEW: **Esser & Ballaschk, 2005** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Überblick über internationale und deutschsprachige empirische Ergebnisse zur Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter ** die Angaben beziehen sich auf die Arbeit von Esser & Sell (2003)	• **EG vs. KG (=unbehandelte KG):** 0.90 (allgemein, Esser & Sell, 2003) [Range: -0.45 – 3.46]** 0.71-0.88 (allgemein, Studien von 1987-1995) 0.94 (behavioral, Esser & Sell, 2003)** 0.49 (nicht-behavioral, Esser & Sell, 2003)** 1.13* (unterkontrollierte Störungen, Esser & Sell, 2003)** -0.27 (kombinierte emotionale & dissoziale Störungen, Esser & Sell, 2003)** 1.65* (Aufmerksamkeitsstörung, Esser & Sell, 2003)** 1.89* (Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung, Esser & Sell, 2003)** 0.85* (Disziplinprobleme, Esser & Sell, 2003)**
REVIEW: **Valdez et al., 2005** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Überblick über evidenzbasierte Elterntraings und Familieninterventionen zur Veränderung des kindlichen Verhaltens im Schulsetting	• **EG vs. KG [Angaben als Range; NF="null finding"]:** Zielverhalten: NF bzw. 0.76 [T2]; NF [FU] familiäres Funktionsniveau: NF [T2]; NF [FU)] schulisches Funktionsniveau: NF [T2]; NF [FU] sekundäre Outcome-Maße: NF [T2]; NF [FU]

Studie	*Effektstärke*
REVIEW & METAANALYSE: **Banaschewski et al., 2006** **Bereich:** Pharmakotherapie **Inhalt:** Langzeitwirksame Medikation zur Behandlung hyperkinetischer Störungen (Review und Leitlinien)	• **EG vs. KG (=Placebo):** *ADHD-Symptomatik:* Adderall XR: 0.9 (Elternrating); 1.1 (Lehrerrating); 1.2 (Klinikerrating) Concerta XL: 1.0 (Elternrating); 1.0 (Lehrerrating); --- (Klinikerrating) Equasym XL: 0.6 (Elternrating); 0.9 (Lehrerrating); 1.8 (Klinikerrating) Medikinet retard: 1.0 (Elternrating); 1.0 (Lehrerrating); 0.9 (Klinikerrating) Ritalin LA: --- (Elternrating); 1.0 (Lehrerrating); --- (Klinikerrating) ATX (Strattera): 0.7 (Elternrating); --- (Lehrerrating); 0.7 (Klinikerrating) Modafinil: 0.6 (Elternrating); 0.7 (Lehrerrating); --- (Klinikerrating) *Unaufmerksamkeit:* Adderall XR: --- (Elternrating); --- (Lehrerrating); 1.2 (Klinikerrating) Concerta XL: --- (Elternrating); --- (Lehrerrating); --- (Klinikerrating) Equasym XL: 0.7 (Elternrating); 0.8 (Lehrerrating); --- (Klinikerrating) Medikinet retard: 1.0 (Elternrating); 1.1 (Lehrerrating); 0.8 (Klinikerrating) Ritalin LA: --- (Elternrating); 0.9 (Lehrerrating); --- (Klinikerrating) ATX (Strattera): --- (Elternrating); --- (Lehrerrating); 0.6 (Klinikerrating) Modafinil: 0.6 (Elternrating); 0.6 (Lehrerrating); --- (Klinikerrating) *Hyperaktivität/Impulsivität:* Adderall XR: --- (Elternrating); --- (Lehrerrating); 1.1 (Klinikerrating) Concerta XL: --- (Elternrating); --- (Lehrerrating); --- (Klinikerrating) Equasym XL: 0.6 (Elternrating); 0.9 (Lehrerrating); --- (Klinikerrating) Medikinet retard: 1.0 (Elternrating); 1.1 (Lehrerrating); 0.7 (Klinikerrating) Ritalin LA: --- (Elternrating); 0.9 (Lehrerrating); --- (Klinikerrating) ATX (Strattera): --- (Elternrating); --- (Lehrerrating); 0.6 (Klinikerrating) Modafinil: 0.5 (Elternrating); 0.6 (Lehrerrating); --- (Klinikerrating)

Studie	*Effektstärke*
	(Fortsetzung): • **„number-needed-to-treat“ (NNT):** Elternrating (über alle Substanzen hinweg): 1.9 – 5.3 (Stimulantien); 4.2 (Nicht-Stimulantien) Eltern- und Lehrerrating (über alle Substanzen hinweg): 2.9 – 3.5 (Stimulantien); --- (Nicht-Stimulantien) Lehrerrating (über alle Substanzen hinweg): 2.2 – 5.6 (Stimulantien); --- (Nicht-Stimulantien) Klinikerrating, auf Elternbericht beruhend (über alle Substanzen hinweg): --- (Stimulantien); 4.4 (Nicht-Stimulantien) Klinikerrating, auf Lehrerbericht beruhend (über alle Substanzen hinweg): --- (Stimulantien); 3.8 (Nicht-Stimulantien)
METAANALYSE: **Corcoran & Dattalo, 2006** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Elterneinbezug in der ADHD-Behandlung (mit dem Ziel einer Vermeidung negativer Eltern-Kind-Interaktionen und einer Verbesserung der Selbstregulation des Kindes durch elterliche Unterstützung)	• **EG vs. KG (alle Variablen beziehen sich auf das Kind, Angaben über alle Ratings hinweg):** schulische Leistung: 8.20 Selbstkontrolle: -1.67 familiäres Funktionsniveau: 0.67 Internalisierung: 0.63 ADHD-Symptomatik: 0.40 Externalisierung: 0.36 soziale Kompetenz: 0.07 Gesamtwert (über alle Outcome-Bereiche und Pespektiven hinweg): 0.42° Gesamtwert (über alle Outcome-Bereiche hinweg, Perspektive der Eltern): 0.43 Gesamtwert (über alle Outcome-Bereiche hinweg, Perspektive des Kindes): 0.11 Gesamtwert (über alle Outcome-Bereiche hinweg, Perspektive der Lehrer): 0.75
METAANALYSE: **Faraone et al., 2006** **Bereich:** Pharmakotherapie **Inhalt:** Vergleich der Effektivität verschiedener Medikamente in der Behandlung von ADHD	• **EG vs. KG:** Kurzwirksame Stimulantien: ca. 0.9* Langwirksame Stimulantien: ca. 0.8* Nicht-Stimulantien: ca. 0.6*

Studie	*Effektstärke*
METAANALYSE: **Pappadopulos et al., 2006** **Bereich:** Pharmakotherapie **Inhalt:** Pharmakotherapie zur Behandlung von Aggressivität im Kindes- und Jugendalter	• **EG vs. KG:** über alle Substanzen hinweg: 0.56 (Text) bzw. 0.60 (tabellarische Darstellung) Stimulantien: 0.78 SNRI: 0.18 Aytpische Antipsychotika: 0.90 Typische Antipsychotika: 0.70 Stimmungsstabilisierer: 0.40 α-2 Agonisten: 0.50 Antidepressiva: 0.30 • **höchste ES:** für MPH bei ADHD und komorbider Aggressivität:0.90 für Risperidon-Behandlung bei Jugendlichen mit CD, unterdurchschnittlichem IQ und anhaltenden Verhaltensproblemen: 0.90
METAANALYSE: **Majewicz-Hefley et al., 2007** **Bereich:** Kombinationsbehandlung **Inhalt:** Übersicht zu Kombinationsbehandlungen (psychologisch-psychosoziale Intervention plus Pharmakotherapie) für Kinder mit ADHD	• **Prä-Post (Kombinationsbehandlung):** Unaufmerksamkeit: 1.27* Hyperaktivität: 1.27* Impulsivität: 0.91* soziale Fertigkeiten: 0.90* schulischer Bereich: 0.19*

Tabelle A 6.12 Quantitative Auswertung: Vorliegende ES bei Störungen des Sozialverhaltens

Liegen für den EG vs. KG-Vergleich keine expliziten Angaben zum Messzeitraum vor, beziehen sich die Effektstärke-Angaben auf das Behandlungsende (=T2); andernfalls ist in eckigen Klammern der jeweilige Messzeitpunkt angegeben (d.h. T1=Behandlungsbeginn, T2=Behandlungsende und FU=Follow-up-Messung); mit Sternchen (*) markierte Werte weisen auf statistisch abgesicherte Angaben hin, Kreise (°) demgegenüber auf statistisch nicht abgesicherte Werte.

Studie	*Effektstärke*
METAANALYSE: **Bennett et al., 2000** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** kinderfokussierte CBT (inkl. Verhaltensübungen, Coaching, Modelllernen, Ärgermanagement, Selbstsicherheitstraining, kognitiver Umstrukturierung, Entspannung, Problemlösen, sozialem Kompetenz-Training) für antisoziales Verhalten	• **EG vs. KG (=WL, keine Behandlung, Aufmerksamkeitsgruppe):** *gewichtet:* 0.23* [T2]; 0.5*1 FU] *ungewichtet:* 0.48* [T2] [Range: -1.60 – 4.29]; 0.66* [FU] [Range: -0.53 – 4.01]
METAANALYSE: **Woolfenden et al., 2001, 2002** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Interventionen für Eltern/Familien von Kindern/Jugendlichen mit Störung des Sozialverhaltens und Delinquenz (u.a. Elterntraining, Familientherapie, MST oder MTFC)	• **EG vs. KG (=WL, alternative Behandlungsansätze, keine Behandlung):** allgemeine ES (über verschiedene Outcome-Variablen hinweg): 0.41* – 0.56* bzw. 0.02° – 0.65°
REVIEW: **Weisz & Hawley, 2002** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** u.a. Überblick zum aktuellen Forschungsstand psychosozialer Interventionen bei Jugendlichen	• **EG vs. KG (Ergebnisse von zwei Metaanalysen über verschiedene Behandlungsansätze und Störungsbilder hinweg):** 0.58-0.82 (Jugendliche) 0.68-0.92 (Kinder)
METAANALYSE: **Curtis et al., 2004** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** MST	• **EG vs. KG (=alternative Behandlungsansätze):** allgemeine ES (über verschiedene Outcome-Variablen hinweg): 0.02 – 1.01 allgemeine ES (über verschiedene Outcome-Bereiche hinweg): 0.11 – 0.76 allgemeine ES (über verschiedene Studien hinweg): 0.15* – 1.08* allgemeine ES (MST): 0.55*

Studie	*Effektstärke*
METAANALYSE: **Bradley et al., 2005** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Prävention **Inhalt:** verschiedene Behandlungsansätze für Kinder mit oppositionellem Verhalten	• **EG vs. KG (=alternative Behandlungsansätze):** allgemeine ES (über verschiedene Outcome-Variablen hinweg): 0.20* – 1.06* bzw. 0.09° - 0.50°
METAANALYSE: **Dretzke et al., 2005** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** strukturierte Elterntrainings für Eltern von Kindern mit einer Störung des Sozialverhaltens (bzw. oppositionellem Verhalten)	• **EG vs. KG (=WL, keine Behandlung):** CBCL: 0.35* ECBI Intensität: 0.73* ECBI Häufigkeit: 0.67* DPICS: 0.48*
REVIEW: **Esser & Ballaschk, 2005** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Überblick über internationale und deutschsprachige empirische Ergebnisse zur Wirksamkeit von Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter ** die Angaben beziehen sich auf die Arbeit von Esser & Sell (2003)	• **EG vs. KG (=unbehandelte KG):** 0.90 (allgemein, Esser & Sell, 2003) [Range: -0.45 – 3.46]** 0.71-0.88 (allgemein, Studien von 1987-1995) 0.94 (behavioral, Esser & Sell, 2003)** 0.49 (nicht-behavioral, Esser & Sell, 2003)** 1.13* (unterkontrollierte Störungen, Esser & Sell, 2003)** -0.27 (kombinierte emotionale & dissoziale Störungen, Esser & Sell, 2003)** 0.85* (Disziplinprobleme, Esser & Sell, 2003)** 1.28* (oppositionell-deviantes Verhalten, Esser & Sell, 2003)** 0.77* (dissoziale Störungen, Esser & Sell, 2003) 0.42 (aggressives Verhalten, Esser & Sell, 2003)

Studie	*Effektstärke*
METAANALYSE: **Littell et al., 2005** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** MST	• **EG vs. KG (=alternative Behandlungsansätze):** CBCL soziale Kompetenz: 0.07° *(gewichtet)* CBCL Internalisierung: 0.09° *(gewichtet)* CBCL Externalisierung: 0.18° *(gewichtet)* allgemeine ES (über verschiedene Outcome-Variablen hinweg): 0.01° – 0.50° *(gewichtet)*
REVIEW: **Valdez et al., 2005** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Überblick über evidenzbasierte Elterntrainings und Familieninterventionen zur Veränderung des kindlichen Verhaltens im Schulsetting	• **EG vs. KG [Angaben als Range; NF=„null finding“]:** Zielverhalten: NF bzw. 0.29-1.18 [T2]; 0.46-1.89 [FU] familiäres Funktionsniveau: NF bzw. 0.14-1.16 [T2]; 0.22-1.19 [FU] schulisches Funktionsniveau: NF bzw. 0.04-0.98 [T2]; NF bzw. 0.11-0.99 [FU] sekundäre Outcome-Maße: 0.01-0.91 [T2]; 0.04-0.89 [FU]

Studie	*Effektstärke*
METAANALYSE: **Lundahl et al., 2006** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Moderatoren und FU-Effekte im Rahmen von Elterntrainings zur Modifikation disruptiven kindlichen Verhaltens, elterlichen Verhaltens und elterlicher Wahrnehmung	• **EG vs. KG [T2]:** *kindliches Verhalten*: 0.42* [Range: -0.15 – 1.42] (alle Studien); 0.42* (behaviorale Programme); 0.44* (nicht-behaviorale Programme) *elterliches Verhalten:* 0.47* [Range: -0.27 – 1.51] (alle Studien); 0.45* (behaviorale Programme); 0.66* (nicht-behaviorale Programme) *elterliche Wahrnehmung:* 0.53* [Range: -0.56 – 1.62] (alle Studien); 0.53* (behaviorale Programme); 0.48* (nicht-behaviorale Programme) • **EG vs. KG [T2], Moderatoranalyse (*nur behaviorale Programme*) -> *kindliches Verhalten:*** Alter (< 60 Monate vs. 78-120 Monate vs. > 144 Monate): 0.44 vs. 0.31 vs. 0.27 sozioökonomischer Status (sozial benachteiligt vs. sozial nicht benachteiligt): 0.24 vs. 0.54 kindliche Symptomatik bei Behandlungsbeginn (klinisch vs. nicht-klinisch vs. gemischte Gruppe): 0.52 vs. 0.31 vs. 0.22 relativer Anteil Alleinerziehender (Studien mit geringerem Anteil vs. Studien mit höherem Anteil): 0.45 vs. 0.24 Empfänger der Behandlung (Eltern vs. Eltern und Kind vs. multisystemisch): 0.47 vs. 0.31 vs. 0.29 Behandlungsrahmen (Gruppe vs. individuell vs. Gruppe plus individuell vs. Selbststudium vs. Selbststudium plus individuell): 0.34 vs. 0.69 vs. 0.43 vs. 0.51 vs. 0.48 • **EG vs. KG [T2], Moderatoranalyse (*nur behaviorale Programme*) -> *elterliches Verhalten:*** Alter (< 60 Monate vs. 78-120 Monate vs. > 144 Monate): 0.48 vs. 0.24 vs. 0.35 sozioökonomischer Status (sozial benachteiligt vs. sozial nicht benachteiligt): 0.34 vs. 0.75 kindliche Symptomatik bei Behandlungsbeginn (klinisch vs. nicht-klinisch vs. gemischte Gruppe): 0.48 vs. 0.47 vs. 0.42 relativer Anteil Alleinerziehender (Studien mit geringerem Anteil vs. Studien mit höherem Anteil): 0.43 vs. 0.39 Empfänger der Behandlung (Eltern vs. Eltern und Kind vs. multisystemisch): 0.54 vs. 0.18 vs. 0.25 Behandlungsrahmen (Gruppe vs. individuell vs. Gruppe plus individuell vs. Selbststudium vs. Selbststudium plus individuell): 0.40 vs. 0.55 vs. 0.78 vs. 0.47 vs. 0.52 • **EG vs. KG [T2], Moderatoranalyse (*nur behaviorale Programme*) -> *elterliche Wahrnehmung:*** Alter (< 60 Monate vs. 78-120 Monate vs. > 144 Monate): 0.45 vs. 0.75 vs. 0.45 sozioökonomischer Status (sozial benachteiligt vs. sozial nicht benachteiligt): 0.38 vs. 0.72 kindliche Symptomatik bei Behandlungsbeginn (klinisch vs. nicht-klinisch vs. gemischte Gruppe): 0.53 vs. 0.50 vs. 0.70 relativer Anteil Alleinerziehender (Studien mit geringerem Anteil vs. Studien mit höherem Anteil): 0.53 vs. 0.60 Empfänger der Behandlung (Eltern vs. Eltern und Kind vs. multisystemisch): 0.59 vs. 0.33 vs. 0.24 Behandlungsrahmen (Gruppe vs. individuell vs. Gruppe plus individuell vs. Selbststudium vs. Selbststudium plus individuell): 0.47 vs. 0.67 vs. 0.53 vs. 0.51 vs. 1.03

Studie	*Effektstärke*
	(Fortsetzung): • **EG vs. KG [FU]** ***(nur behaviorale Programme):*** kindliches Verhalten: 0.21* vs. elterliches Verhalten: 0.25* vs. elterliche Wahrnehmung: 0.45* • **Prä-Post-Vergleich [FU]** ***(nur behaviorale Programme):*** kindliches Verhalten: 0.87* vs. elterliches Verhalten: 0.64* vs. elterliche Wahrnehmung: 0.62*

Studie	*Effektstärke*
METAANALYSE: **McCart et al., 2006** **Bericht:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** (Relative) Effektivität von behavioralem Elterntraining (BPT) und CBT für Jugendliche mit antisozialen Verhaltensproblemen	• **EG vs. KG *(für BPT und CBT gemeinsam):*** Gesamtrating: 0.40* [T2]; 0.22* [FU] 0.38* (Elternbericht) [vermutlich T2 und FU] 0.31* (Lehrerbericht) [vermutlich T2 und FU] 0.47* (Beobachtungs-Maße) [vermutlich T2 und FU] • **EG vs. KG *(für BPT):*** Gesamtrating: 0.47* [T2] [Range: -0.06° – 1.68*]; --- [FU] [Range: 0.01° – 0.34*] 0.38* (Elternbericht) [T2] 0.38* (Lehrer-Teambericht) [T2] 0.45* (Beobachtungs-Maße) [T2] 0.33* („elterliche Anpassung“) [T2] • **EG vs. KG *(für CBT):*** Gesamtrating: 0.35* [T2] [Range: -1.04° – 1.87*]; 0.31* [FU] [Range: -0.11° – 1.32*] 0.37* (Elternbericht) [T2] 0.29* (Lehrer-/Teambericht) [T2] 0.51* (Beobachtungs-Maße) [T2] 0.47* (Weiße) vs. 0.41* (Afro-Amerikaner) [keine Angaben zum Messzeitpunkt] • **EG vs. KG *(für Gruppe der 6-12jährigen)* [T2]:** 0.45* (BPT) vs. 0.23* (CBT) • **EG vs. KG *(verschiedene Settings, ebenfalls nur Gruppe der 6-12jährigen)* [T2]:** 0.44* (BPT im klinischen Setting) 0.29° (CBT im klinischen Setting) 0.21* (CBT im nicht-klinischen Setting)

Studie	*Effektstärke*
METAANALYSE: **Pappadopulos et al., 2006** **Bereich:** Pharmakotherapie **Inhalt:** Pharmakotherapie zur Behandlung von Aggressivität im Kindes- und Jugendalter	• **EG vs. KG:** über alle Substanzen hinweg: 0.56 (Text) bzw. 0.60 (tabellarische Darstellung) Stimulantien: 0.78 SNRI: 0.18 Aytpische Antipsychotika: 0.90 Typische Antipsychotika: 0.70 Stimmungsstabilisierer: 0.40 α-2-Agonisten: 0.50 Antidepressiva: 0.30 • **höchste ES:** für MPH-Behandlung bei ADHD und komorbider Aggressivität:0.90 für Risperidon-Behandlung bei Jugendlichen mit CD, unterdurchschnittlichem IQ und anhaltenden Verhaltensproblemen: 0.90
REVIEW: **Tse, 2006** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention, Prävention **Inhalt:** Übersicht zu tagesklinischen Behandlungsprogrammen für disruptive Verhaltensweisen von Vorschulkindern (mit Durchführung im klinischen Setting oder Laborsetting)	• **EG vs. KG *(RCT-Studien):*** Laborstudien zu kindfokussierten Interventionsprogrammen: 0.35-1.37 [Range] Laborstudien zu elternfokussierten Interventionsprogrammen: 0.10-1.39 [Range] Laborstudien zu Interventionen im Klassenraum: 0.35-1.13 [Range] • **vermutlich PräPost-Vergleich *(prospektive, klinische Studien):*** Klinische Studien zu multimodalen tagesklinischen Programmen: 0.12-0.40 [Range]
METAANALYSE: **Weisz et al., 2006b** **Bereich:** Psychologisch-psychosoziale Intervention **Inhalt:** Vergleich von evidenzbasierten Therapien (EBT) für Kinder und Jugendliche und klinischer Standardbehandlung (UC)	• **EG vs. KG:** 0.30* [T2]; 0.38* [FU] detailliertere Angaben zur Analyse der einzelnen Moderatorvariablen: s. Originalartikel

Studie	*Effektstärke*
REVIEW & METAANALYSE: **Ipser & Stein, 2007** **Bereich:** Pharmakotherapie **Inhalt:** systematische Übersicht zu Pharmakotherapie von disruptiven Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Effektivität und Verträglichkeit)	• **EG vs. KG (Hedges' g):** Aggressivität -> Antipsychotika: 1.30°; Lithium: 0.56°; Stimulantien (MPH): 4.55*; Gesamtwert (alle Studien und Substanzklassen): 1.93° • **EG vs. KG („relative risk"):** CGI-I oder vergleichbare Werte-> Antikonvulsiva: 2.00°; Lithium: 4.22*; Stimulantien: 1.69°; Gesamtwert (alle Studien & Substanzklassen): 2.39* • **EG vs. KG (gewichtete mittlere Differenz):** CGI-S -> Antipsychotika (Risperidon): 2.19*; Gesamtwert (alle Studien & Substanzklassen): 2.19*

10.7. Anhang 7: ICD-Diagnosekriterien

Tabelle A 7.1 Depressive Episode (F 32)

A. Die allgemeinen Kriterien für eine depressive Episode (G1. bis G3.) sind erfüllt.

G1. Die depressive Episode sollte mindestens zwei Wochen dauern.

G2. In der Anamnese keine manischen oder hypomanischen Symptome, die schwer genug wären, die Kriterien für eine manische oder hypomanische Episode (F 30) zu erfüllen.

G3. Ausschlussvorbehalt: Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen (F 1) oder auf eine organische psychische Störung (F 0) zurückzuführen.

B. Mindestens XXX* der folgenden drei Symptome liegen vor:

1. depressive Stimmung in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend;

2. Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren;

3. verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit

C. XXX* zusätzliche der folgenden Symptome, so dass die Gesamtzahl aus B. und C. mindestens XXX* ergibt:

1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls;

2. unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle;

3. wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten;

4. Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit;

5. psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv);

6. Schlafstörungen jeder Art;

7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung.

Bei einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode: Mit der fünften Stelle sollte das Vorliegen oder Fehlen eines „somatischen" Syndroms angegeben werden. Von einem somatischen Syndrom sollte nur ausgegangen werden, wenn vier der folgenden Symptome vorhanden sind:

1. deutlicher Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten;

2. mangelnde Fähigkeit, auf Ereignisse oder Aktivitäten emotional zu reagieren, die normalerweise eine Reaktion hervorrufen;

3. Früherwachen, zwei Stunden oder mehr vor der gewohnten Zeit;

4. Morgentief;

5. objektivierter Befind einer ausgeprägten psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit (von anderen bemerkt oder berichtet)

6. deutlicher Appetitverlust;

7. Gewichtsverlust (5% oder mehr des Körpergewichts im vergangegen Monat);

8. deutlicher Libidoverlust.

* Für eine *leichte* depressive Episode (F 32.0) sind mindestens zwei der drei Symptome aus B. und eins oder mehrere zusätzliche Symptome aus C. gefordert, so dass die Gesamtzahl aus B. und C. mindestens vier oder auch fünf ergibt. Für eine *mittelgradige* depressive Episode (F 32.1) sind mindestens zwei der drei Symptome aus B. und so viele zusätzliche Symptome aus C. gefordert, dass die Gesamtzahl aus B. und C. mindestens sechs oder auch sieben Symptome beträgt. Für eine *schwere* depressive Episode sind alle drei Symptome aus B. und so viele zusätzliche Symptome aus C. gefordert, dass die Gesamtzahl aus B. und C. mindestens acht Symptome ergibt; weiter kann in eine schwere depressive Episode mit und ohne psychotische Symptome differenziert werden. Auf eine ausführliche Darstellung dieser Diagnosekriterien (F 32.2 und F32.3) soll an dieser Stelle jedoch verzichtet werden.

Tabelle A 7.2 Rezidivierende depressive Störung (F 33)

A. Die allgemeinen Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung (G1. bis G3.) sind erfüllt.

G1. In der Anamnese findet sich wenigstens eine entweder leichte (F 32.0), mittelgradige (F 32.1) oder schwere depressive Episode (F 32.2, F 32.3), die mindestens zwei Wochen anhielt mit einem Intervall von mindestens zwei Monaten ohne deutliche affektive Störung bis zur gegenwärtigen affektiven Episode.

G2. In der Anamnese keine Episode, die die Kriterien für eine hypomanische oder manische Episode erfüllt.

G3. Ausschlussvorbehalt: Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen (F 1) oder auf eine organische psychische Störung (F 0) zurückzuführen.

B. Die gegenwärtige Episode erfüllt die Kriterien für eine [leichte, mittelgradig oder schwere] depressive Episode (F 32).

Bei einer leichten oder mittelgradigen Episode: Mit der fünften Stelle kann das Vorliegen oder Fehlen eines somatische Syndroms, wie unter F 32 definiert, während der gegenwärtigen Episode angegeben werden.

Bei einer schweren Episode mit psychotischen Symptomen: Mit der fünften Stelle sollten die psychotischen Symptome als synthym oder parathym differenziert werden.

Tabelle A 7.3 Anhaltende depressive Störung (Dysthymia) (F 34.1)

A. Konstante oder konstant wiederkehrende Depression über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren. Dazwischenliegende Perioden normaler Stimmung dauern selten länger als einige Wochen, hypomanische Episoden kommen nicht vor.

B. Keine oder nur sehr wenige der einzelnen depressiven Episoden während eines solchen Zwei-Jahres-Zeitraumes sind so schwer oder dauern so lange an, dass sie die Kriterien für eine rezidivierende leichte depressive Störung (F 33.0) erfüllen.

C. Wenigstens während einiger Perioden der Depression sollten mindestens drei der folgenden Symptome vorliegen:

1. verminderter Antrieb oder Aktivität,
2. ausgeprägte Schlafstörungen,
3. Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl von Unzulänglichkeit,
4. Konzentrationsschwierigkeiten,
5. sozialer Rückzug,
6. Verlust des Interesses oder der Freude an Sexualität und anderen angenehmen Aktivitäten,
7. verminderte Gesprächigkeit,
8. Pessimismus im Hinblick auf die Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit,
9. erkennbares Unvermögen mit den Routineanforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden,
10. Neigung zum Weinen,
11. Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung.

Tabelle A 7.4 Anpassungsstörung (F 43.2)

A. Identifizierbare psychosoziale Belastung von einem nicht außergewöhnlichen oder katastrophalen Ausmaß; Beginn der Symptome innerhalb eines Monats.

B. Symptome und Verhaltensstörungen (außer Wahngedanken und Halluzinationen) wie sie bei affektiven Störungen (F 3), bei Störungen des Kapitels F 4 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und bei den Störungen des Sozialverhaltens (F 91) vorkommen. Die Kriterien einer einzelnen Störung werden aber nicht erfüllt. Die Symptome können in Art und Schwere variieren.

Das vorherrschende Erscheinungsbild der Symptome sollte mit der fünften Stelle weiter differenziert werden:

F 43.20 kurze depressive Reaktion: Ein vorübergehender leichter depressiver Zustand, der nicht länger als einen Monat andauert.

F 43.21 längere depressive Reaktion: Ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, der zwei Jahre aber nicht überschreitet.

F 43.22 Angst und depressive Reaktion gemischt: Sowohl Angst als auch depressive Symptome sind vorhanden, jedoch nicht in größerem Ausmaß als bei Angst und depressiver Störung, gemischt (F 41.2) oder anderen gemischten Angststörungen (F 41.3).

F 43.23 mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen: Die Die Symptome betreffen zumeist verschiedene affektive Qualitäten, wie etwa Angst, Depression, Besorgnis, Anspannung und Ärger. Die Symptome für Angst und Depression können die Kriterien für Angst und depressive Störung gemischt (F 41.2) oder andere gemischte Angststörungen (F 41.3) erfüllen,sind aber nicht so dominierend, dass andere spezifischere depressive oder Angststörungen diagnostiziert werden können. Diese Kategorie sollte auch für Reaktionen im Kindealter verwendet werden, bei denen regressives Verhalten wie Bettnässen oder Daumenlutschen zusätzlich vorliegen.

F43.24 mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens: Die hauptsächliche Störung betrifft das Sozialverhalten, z.B. kann sich eine Trauerreaktion in der Adoleszenz in aggressivem oder dissozialem Verhalten äußern.

F 43.25 mit gemischer Störung von Gefühlen und Sozialverhalten: Sowohl emotionale Symptome als auch Störungen des Sozialverhaltens sind bestimmende Symptome.

F 43.28 mit sonstigen vorwiegend genannten Symptomen

F 43.29 nicht näher bezeichnete Anpassungsstörung

C. Die Symptome dauern nicht länger als sechs Monate nach Ende der Belastung oder ihrer Folgen an, außer bei der längeren depressiven Reaktion (F 43.21). Bis zu einer Dauer von sechs Monaten kann die Diagnose einer Anpassungsstörung gestellt werden. Unabhängig von der Erfüllung dieses Zeitkriteriums kann stets eine vorläufige Diagnose gestellt werden.

Tabelle A 7.5 Hyperkinetische Störung (F 90)*

Die Forschungsdiagnose einer hyperkinetischen Störung fordert das eindeutige Vorliegen eines abnormen Ausmaßes von Unaufmerksamkeit, Überaktivität und Impulsivität, das situationsübergreifend und andauernd ist, und welches nicht durch andere Störungen wie Autismus oder eine affektive Störung verursacht ist.

G1. *Unaufmerksamkeit:* mindestens sechs der folgenden Symptome bestanden mindestens sechs Monate lang in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder:

1. sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Flüchtigkeitsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten;

2. sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben und beim Spielen aufrechtzuerhalten;

3. hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird;

4. können oft Erklärungen nicht folgen oder ihre Schularbeiten, Aufgaben oder Pflichten am Arbeitsplatz nicht erfüllen (nicht wegen oppositionellem Verhalten oder weil die Erklärungen nicht verstanden werden);

5. sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren;

6. vermeiden ungeliebte Arbeiten wie Hausarbeiten, die geistiges Durchhaltevermögen erfordern;

7. verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben und Tätigkeiten wichtig sind, z.B. Unterrichtsmaterialien, Bleistifte, Bücher, Spielsachen und Werkzeuge;

8. werden häufig von externen Stimuli abgelenkt;

9. sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich.

G2. *Überaktivität:* mindestens drei der folgenden Symptome bestanden mindestens sechs Monate lang in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder:

1. zappeln häufig mit Händen und Füßen oder winden sich auf den Sitzen;

2. verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird;

3. laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist (bei Jugendlichen oder Erwachsenen entspricht dem möglicherweise nur ein Unruhegefühl);

4. sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten, sich ruhig mit Freizeitbeschäftigungen zu befassen;

5. zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch die soziale Umgebung oder Vorschriften nicht durchgreifend beeinflussbar sind.

G3. *Impulsivität:* mindestens eins der folgenden Symptome bestand mindestens sechs Monate lang in einem mit dem Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarenden und unangemessenen Ausmaß. Die Kinder:

1. platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist;

2. können häufig nicht in einer Reihe warten oder warten nicht, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen;

3. unterbrechen und stören andere häufig (z.B. mischen sie sich ins Gespräch oder Spiel anderer ein);

4. reden häufig exzessiv, ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren.

G4. Beginn der Störung vor dem siebten Lebensjahr.

G5. Symptomausprägung: die Kriterien sollen in mehr als einer Situation erfüllt sein, z.B. sollte die Kombination von Unaufmerksamkeit und Überaktivität sowohl zuhause als auch in der Schule bestehen oder in der Schule und an einem anderen Ort, wo die Kinder beobachtet werden können, z.B. in der Klinik. (Der Nachweis situationsübergreifender Symptome erfordert normalerweise Informationen aus mehr als einer Quelle. Elternberichte über das Verhalten im Klassenraum sind z.B. meist unzureichend.)

G6. Die Symptome von G1.-G3. verursachen deutliches Leiden oder Beeinträchtigung der sozialen, schulischen oder beruflichen Funktionsfähigkeit.

G7. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F 84), eine manische Episode (F 30), eine depressive Episode (F 32) oder eine Angststörung (F 41).

* Ferner wird zwischen einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F 90.0) und einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1) unterschieden. Bei letzterer müssen müssen zusätzlich zu den Kriterien für eine hyperkinetische Störung (F 90) die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens (F 91) erfüllt sein.

Tabelle A 7.6 Störung des Sozialverhaltens (F 91)*

G1. Vorliegen eines wiederholten, persistierenden Verhaltensmusters, bei dem entweder die Grundrechte anderer oder die wichtigsten altersentsprechenden Normen oder Gesetze verletzt werden, mindestens sechs Monate anhaltend, mit einigen der unten angegebenen Symptome.

Beachte: Die Symptome 11., 13., 15., 16., 20., 21., 23. brauchen nur einmal aufgetreten zu sein, um das Kriterium zu erfüllen.

1. für das Entwicklungsalter ungewöhnliche häufige und schwere Wutausbrüche;

2. häufiges Streiten mit Erwachsenen;

3. häufige aktive Verweigerung von Forderungen Erwachsener und Hinwegsetzen über Regeln;

4. häufiges, offensichtliches wohlüberlegtes Handeln, das andere ärgert;

5. häufig verantwortlich machen anderer, für die eigenen Fehler oder für eigens Fehlverhalten;

6. häufige Empfindlichkeit oder Sichbelästigtfühlen durch andere;

7. häufiger Ärger oder Groll;

8. häufige Gehässigkeit oder Rachsucht;

9. häufiges Lügen oder Brechen von Versprechungen, um materielle Vorteile und Begünstigungen zu erhalten oder um Verpflichtungen zu vermeiden;

10. häufiges Beginnen von körperlichen Auseinandersetzungen (außer Geschwisterauseinandersetzungen)

11. Gebrauch von möglicherweise gefährlichen Waffen (z.B. Schlagholz, Ziegelstein, zerbrochene Flasche, Messer, Schusswaffe);

12. häufiges Draußenbleiben in der Dunkelheit, entgegen dem Verbot der Eltern (beginnend vor dem 13. Lebensjahr);

13. körperliche Grausamkeit gegenüber anderen Menschen (z.B. Fesseln, ein Opfer mit einem Messer oder mit Feuer verletzen);

14. Tierquälerei;

15. absichtliche Zerstörung des Eigentums anderer (außer Brandstiftung);

16. absichtliches Feuerlegen mit dem Risiko oder dem Ziel, ernsthaften Schaden anzurichten;

17. Stehlen von Wertgegenständen ohne Konfrontation mit dem Opfer, entweder Zuhause oder außerhalb (z.B. Ladendiebstahl, Einbruch, Unterschriftenfälschung);

18. häufiges Schuleschwänzen, beginnend vor dem 13. Lebensjahr;

19. Weglaufen von den Eltern oder elterlichen Ersatzpersonen, mindestens zweimal oder einmal länger als eine Nacht (außer dies geschieht zur Vermeidung körperlicher oder sexueller Misshandlung);

20. eine kriminelle Handlung, bei der das Opfer direkt angegriffen wird (einschließlich Handtaschenraub, Erpressung, Straßenraub);

21. Zwingen einer anderen Person zu sexuellen Aktivitäten;

22. häufiges Tyrannisieren anderer (z.B. absichtliches Zufügen von Schmerzen oder Verletzungen – einschließlich andauernder Einschüchterung, Quälen oder Belästigung)

23. Einbruch in Häuser, Gebäude oder Autos.

G2. Die Kriterien für eine dissoziale Persönlichkeitsstörung (F 60.2), eine Schizophrenie (F 20), eine manische Episode (F 30), eine depressive Episode (F 32), eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F 84) oder eine hyperkinetische Störung (F 90) werden nicht erfüllt. [Werden Kriterien für eine emotionale Störung (F 93) erfüllt, ist die Diagnose „gemischte" Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F 92) zu stellen.]

Der Störungsbeginn kann näher gekennzeichnet werden:

Beginn in der Kindheit: Auftreten eines Symptoms der Störung des Sozialverhalens vor dem 10. Lebensjahr.

Beginn in der Adoleszenz: Keine Symptome einer Störung des Sozialverhaltens vor dem 10. Lebensjahr.

* Eine weitergehende Differenzierung in eine auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens (F 91.0), eine Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (F 91.1), eine Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (F 91.2) und eine Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten (F 91.3) ist möglich. Auf eine detaillierte Darstellung der entsprechenden diagnostischen Kriterien nach ICD-10 soll an dieser Stelle jedoch verzichtet werden.

Tabelle A 7.7 Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F 93.0)

A. Mindestens drei der folgenden Merkmale:

1. unrealistische und anhaltende Besorgnis über mögliches Unheil, das der Hauptbezugsperson zustoßen könnte oder über den möglichen Verlust solcher Personen (z.B. Furcht, dass sie weggehen und nicht wiederkommen könnten, oder dass das Kind sie nie mehr wiedersehen wird) oder anhaltende Sorge um den Tod von Bezugspersonen;

2. unrealistische und anhaltende Besorgnis, dass ein unglückliches Ereignis das Kind von einer Hauptbezugsperson trennen werde (z.B., dass das Kind verlorengehen, gekodnappt, ins Krankenhaus gebrcht oder getötet werden könnte);

3. andauernde Abneigung oder Verweigerung, zur Schule zu gehen aus Angst vor Trennung von einer Hauptbezugsperson oder um zuhause zu bleiben (eher als aus anderen Gründen, z.B. Angst vor bestimmten Ereignissen in der Schule);

4. Trennungsschwierigkeiten am Abend, erkennbar an einem der folgenden Merkmale:

a. anhaltende Abneigung oder Weigerung, Schlafen zu gehe, ohne dass eine Hauptbezugsperson dabei oder in der Nähe ist;

b. häufiges Aufstehen nachts, um die Anwesenheit der Bezugsperson zu überprüfen, oder bei ihr zu schlafen;

c. anhaltende Abneigung oder Weigerung, auswärts zu schlafen.

5. anhaltende, unangemessene Angst davor, allein zu sein, oder tagsüber ohne die Hauptbezugsperson zu Hause zu sein;

6. wiederholte Albträume zu Trennungsthemen;

7. wiederholtes Auftreten somatischer Symptome (Übelkeit, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder Erbrechen) bei Gelegenheiten, die mit einer Trennung von einer Hauptbezugsperson verbunden sind, wie beim Verlassen des Hauses, um zur Schule zu gehen oder bei anderen Gelegenheiten, die mit einer Trennung verbunden sind (z.B, Urlaub, Ferienlager);

8. extremes oder wiederholtes Leiden in Erwartung, während ider unmittelbar nach der Trennung von einer Hauptbezugsperson; dieses zeigt sich in Angst, Schreien, Wutausbrüchen, in der anhaltenden Weigerung, von zuhause wegzugehen, in dem intensiven Bedürfnis, mit den Eltern zu reden oder in dem Wunsch nach Hause zurückzukehren, ferner in Unglücklichsein, Apathie oder sozialem Rückzug.

B. Fehlen einer generalisierten Angststörung des Kindesalters.

C. Beginn vor dem sechsten Lebensjahr.

D. Die Störung tritt nicht im Rahmen einer umfassenderen Störung der Emotionen, des Sozialverhaltens oder der Persönlichkeit auf oder bei einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer psychotischen Störung oder einer durch psychotrope Substanzen bedingten Störung.

E. Dauer mindestens vier Wochen.

Tabelle A 7.8 Phobische Störung des Kindesalters (F 93.1)

A. Eine anhaltende oder wiederkehrende Angst (Phobie), die zwar entwicklungsphasenspezifisch ist (oder zum Zeitpunkt des Beginns war), die aber übermäßig ausgeprägt und mit deutlichen sozialen Beeinträchtigungen verbunden ist.

B. Fehlen einer generalisierten Angststörung des Kindesalters.

C. Die Störung tritt nicht im Rahmen einer umfassenderen Störung der Emotionen, des Sozialverhaltens oder der Persönlichkeit auf oder bei einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer psychotischen Störung oder einer durch psychotrope Substanzen bedingten Störung.

D. Dauer mindestens vier Wochen.

Tabelle A 7.9 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F 93.2)

A. Anhaltende Ängstlichkeit in sozialen Situationen, in denen das Kind auf fremde Personen, auch Gleichaltrige, trifft, mit vermeidendem Verhalten.

B. Befangenheit, Verlegenheit oder übertriebene Sorge über die Angemessenheit des Verhaltens fremden Personen gegenüber.

C. Deutliche Beeinträchtigugn und Reduktion sozilaer Beziehungen (einschließlich zu Gleichaltrigen), die infolgedessen vermindert sind; in neuen oder erzwungenen sozialen Situationen deutliches Leiden und Unglücklichsein mit Weinen, Fehlen von spontaten Äußerungen oder Rückzug aus der Situation.

D. Befriedigende soziale Beziehungen zu Familienmitgliedern und zu gut bekannten Gleichaltrigen.

E. Die Störung beginnt im allgemeinen in der Entwicklungsphase, in der diese ängstlichen Reaktionen als angemessen angesehen werden. Die übermäßige Ausprägung, das zeitliche Überdauern und die begleitenden Beeinträchtigungen müssen vor dem sechsten Lebensjahr manifest werden.

F. Fehlen einer generalisierten Angststörung des Kindesalters (F 93.80).

G. Die Störung tritt nicht im Rahmen einer umfassenderen Störung der Emotionen, des Sozialverhaltens oder der Persönlichkeit auf oder bei einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, einer psychotischen Störung oder einer durch psychotrope Substanzen bedingten Störung.

H. Dauer mindestens vier Wochen.

Tabelle A 7.10 Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität (F 93.3)

A. Auffällige, intensive negative Gefühle gegenüber einem unmittelbar jüngeren Geschwister.

B. Emotionale Störunge mit Regression, Wutausbrüchen, Verstimmung, Schlafstörungen, oppositionellem oder Aufmerksamkeit suchenden Verhalten gegenüber einem oder beiden Elternteilen (zwei oder mehr dieser Merkmale müssen vorliegen).

C. Beginn innerhalb von sechs Monaten nach der Geburt eines unmittelbar jüngeren Geschwisters.

D. Dauer mindestens vier Wochen

Tabelle A 7.11 Generalisierte Angststörung des Kindesalters (F 93.80)

A. Intensive Ängste und Sorgen (ängstliche Erwartung) über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten an mindestens der Hälfte der Tage. Die Ängste und Sorgen beziehen sich auf mindestens einige Ereignisse uns Aktivitäten (wie Arbeits- oder Schulleistungen).

B. Für die Betroffenen ist es zu schwierig, mit den Sorgen fertig zu werden.

C. Die Ängste und Sorgen sind mit mindestens drei der folgenden Symptome verbunden (mindestens zwei Symptome an mindestens der Hälfte der Tage):

1. Ruhelosigkeit, Gefühl überdreht, nervös zu sein (deutlich z.B. durch das Gefühl geistiger Anstrengung zusammen mit der Unfähigkeit, sich zu entspannen);

2. Gefühl von Müdigkeit, Erschöpfung oder leicht ermattet zu sein durch die Sorgen und Ängste;

3. Konzentrationsschiwerigkeiten oder Gefühl, der Kopf sei leer;

4. Reizbarkeit;

5. Muskelverspannung;

6. Schlafstörung (Ein- und Durchschlastörungen, unruhiger oder schlechter Schlaf) wegen der Ängste und Sorgen.

D. Die vielfältigen Ängste und Befürchtungen treten in mindestens zwei Situationen, Zusammenhängen oder Umständen auf. Die generalisierte Angststörung tritt nicht in einzelnen paroxysmalen Episoden (wie eine Panikstörung) auf, die Hauptsorgen beziehen sich auch nicht auf ein einzelnes Hauptthema (wie bei der Störung mit Trennungsangst oder der phobischen Störung des Kindesalters). Treten im Rahmen einer generalisierten Angststörung auch fokussierte Ängste auf, hat die generalisierte Angststörung Vorrang vor der Diagnose einer anderern Angststörung.

E. Beginn in der Kindheit oder in der Adoleszenz (vor dem 18. Lebensjahr).

F. Die Ängste, Sorgen oder körperliche Symptome verursachen eindeutiges Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen und in anderen wichtigen Lebens- und Funktionsbereichen.

G. Die Störung ist keine direkte Folge einer Substanzaufnahme (z.B. psychotrope Substanzen, Medikamente) oder einer organischen Krankheit (wie z.B. Hyperthyreose) und tritt auch nicht ausschließlich im Rahmen einer affektiven oder psychotischen Störung auf oder bei einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich meine Dissertation

Evidenzbasierte Therapie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Studien zu den vier häufigsten Störungsgruppen ADHS, Depression, Angst und Störung des Sozialverhaltens

selbständig, ohne unerlaubte Hilfe angefertigt und mich dabei keiner anderen als der von mir ausdrücklich bezeichneten Quellen und Hilfen bedient habe.

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

Marburg, 15.08.2008 _____

Eva-Mareile Bachmann