

Evidenztabelle Psychotherapie zur Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“

© Autoren. Diese Tabelle kann vorläufig wie folgt zitiert werden:

Dolle, K. & Schulte-Körne, G. (2012). Evidenztabelle Psychotherapie zur Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“. Unveröffentlichtes Dokument.

Nach Veröffentlichung auf der Homepage der AWMF kann diese Tabelle wie folgt zitiert werden:

Dolle, K. & Schulte-Körne, G. (2012). Evidenztabelle Psychotherapie zur Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“. Zugriff am Verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>

Frage B1) Wie wirksam sind psychotherapeutische Interventionen¹ (I), u.a.

- a. Verhaltenstherapie (VT),
- b. Psychodynamische Psychotherapie (PP),
- c. Gesprächspsychotherapie (GT),
- d. Systemische Therapie (ST),
- e. Interpersonelle Psychotherapie (IPT)

im Vergleich zu Nichtbehandlung (z. B. Wartegruppe, C1), im Vergleich zu einer Kontrollbehandlung (z. B. Entspannungstraining, C2) und im Vergleich zueinander (C3) zur kurzfristigen Reduktion von Depressivität² (O)?

Frage B2) Wie wirksam sind die genannten Interventionen (I) im Vergleich zu Nichtbehandlung, einer Kontrollbehandlung und im Vergleich zueinander (C1-3) zur mittel- und langfristigen Reduktion von Depressivität (O)?

Frage B3) Frage B3) Welche Wirkung haben die genannten Interventionen (I) im Vergleich zu Nichtbehandlung, Kontrollbehandlung und im Vergleich zueinander (C1-3) auf Suizidalität (O)?

Frage B4) Frage B4) Welche unerwünschten Neben- und Folgewirkungen werden zu den Interventionen berichtet?

Frage B5) Wie wirksam sind psychotherapeutische Interventionen mit Einbezug der Eltern (I) im Vergleich zu Interventionen ohne Einbezug der Eltern (C) zur kurzfristigen Reduktion von Depressivität (O)?

Frage B6) Welche (anderen) Merkmale der psychotherapeutischen Interventionen, der Therapeutinnen und Therapeuten sowie der therapeutischen Beziehung sind mit einer höheren oder geringeren Wirksamkeit verbunden?

Gliederung

Ergebnisse aus Leitlinien (Schlüsselfragen B1-B4).....	2
Ergebnisse aus Cochrane-Reviews (Schlüsselfragen B1-B4).....	3
Ergebnisse zu Psychotherapien insgesamt aus weiteren systematischen Reviews (Schlüsselfragen B1-B4).....	5
Ergebnisse zu Verhaltenstherapie aus weiteren systematischen Reviews (Schlüsselfragen B1-B4).....	9
Ergebnisse zu interpersoneller und systemischer Therapie aus weiteren systematischen Reviews (Schlüsselfragen B1-B4).....	13
Ergebnisse aus randomisiert kontrollierten Studien seit 2005 (Aktualisierung zu den systematischen Reviews, Schlüsselfragen B1-B4).....	14
Ergebnisse aus dem deutschsprachigen Raum (Schlüsselfragen B1-B4).....	18
Ergebnisse zum Vorschulalter (Schlüsselfragen B1-B4).....	20
Ergebnisse zu psychodynamischer und Gesprächspsychotherapie aus nicht randomisierten kontrollierten Studien und Beobachtungsstudien (Schlüsselfragen B1-B4).....	21

¹ Wenn möglich, sollen Dauer, Umfang und Elemente spezifiziert werden.

² Die genaue Operationalisierung von „Depressivität“ (z. B. Selbst- oder Fremdbbericht, dimensional oder kategorial etc.) soll zunächst offen gelassen werden. Widersprüchliche Ergebnisse können ggf. differenziert dargestellt werden.

Ergebnisse zum Einbezug der Eltern als zusätzliche Maßnahme (Schlüsselfrage B5) 23

Ergebnisse zu Einflussfaktoren auf die Wirksamkeit (Schlüsselfrage B6) 25

Laufende oder unveröffentlichte Studien zur Psychotherapie ohne Ergebnisse 29

Anmerkungen 31

Literatur 31

Ergebnisse aus Leitlinien (Schlüsselfragen B1-B4)

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
GLAD-PC 2007 [1]	Leitlinie ohne MA	--	3 systematische Reviews zu VT (s. unten), 4 RCTs zu VT (N = 652), 3 RCTs zu IPT (N = 182)	<u>Interventionen:</u> Alle Formen von individueller und Gruppen-Psychotherapie <u>Kontrollbedingungen:</u> Nicht festgelegt	Nicht festgelegt	Nicht festgelegt	Reviews zu VT: Reinecke 1998 [2], Harrington 1998 [3], Compton 2004 [4] Als zusätzliche Belege dafür, dass VT in „real-world“ Situationen wirkt, werden vier RCTs zitiert (Puskar 2003 [5], Kerfoot 2004 [6] und Asarnow 2005 [7] ohne Diagnose als Einschlusskriterium, außerdem Rohde 2004 [8]), von denen drei die Wirksamkeit von sehr verschiedenartigen VT-Interventionen gegenüber aktiven Kontrollbehandlungen stützen: VT und IPT waren wirksam in „tertiary care“ und in „community settings“. Der Einsatz von VT in der Primärversorgung zeigte erste positive Befunde. Zu beachten sind allerdings die Befunde der TADS-Studie, wonach eine Kombinationsbehandlung einer einzelnen VT-Intervention überlegen zu sein schien. <u>VT</u> erscheint wirksam für leichte bis mittelgradige Depression [Schlussfolgerung aus Compton 2004, aber dies kein klares Ergebnis des Reviews, A. d. A.] <u>IPT</u> : Zusammenfassung derselben Studien wie in NICE 2005 [9-11]
NICE 2005 [12]	Leitlinie ohne MA	--	18 englischsprachig berichtete RCTs bis 01/2004 mit Kindern und Jugendlichen (5-18 J.) mit Depression (ohne Diagnose als Einschlusskriterium)	<u>Interventionen:</u> VT, VT + Elternsitzungen, IPT, PP, „self-modelling“, Entspannung, Soziales Kompetenztraining, ST, angeleitete Selbsthilfe, „control enhancement training“ <u>Kontrollbedingungen:</u> Warteliste, nicht-direktive unterstützende Therapie, therapeutische supportive Gruppe, TAU, klinisches Management, behaviorales Problemlösen, „life skills training“	Nachher, Follow-up	Remission, Symptomatik, Funktionsniveau, Abbruch der Behandlung	Eine Reihe von psychotherapeutischen Ansätzen war post treatment verschiedenen Kontrollbedingungen überlegen. Diese schienen jedoch im weiteren Verlauf den Rückstand aufzuholen, sodass sich die Bedingungen im Follow-up (≥ 12 Monate) nicht mehr unterschieden. Trotz der Behandlungserfolge werden häufig eine hohe Persistenz depressiver Symptome und hohe Rückfall-/ Rezidivraten beobachtet. <u>Individuelle VT</u> : Befunde im Vergleich zu Nichtbehandlung sind nicht beweiskräftig. Befunde im Vergleich zu aktiven Kontrollbehandlungen weisen darauf hin, dass VT schneller wirkt, aber langfristig nicht wirksamer ist. <u>IPT</u> : Beschränkte Befunde unterstützen, dass IPT wirksamer als Nicht- und Standardbehandlung ist. Im Vergleich zu VT sind die Befunde nicht beweiskräftig (keine Unterschiede). <u>Individuelle PP</u> : Zum Vergleich zu Nichtbehandlung liegen keine publizierten Studien vor. Im Vergleich zu ST bei mittelgradig bis schwer Betroffenen wurden keine Unterschiede, aber in beiden Gruppen hohe Remissionsraten festgestellt [13]. <u>Gruppen-VT</u> : Die Befunde stammen überwiegend aus nicht

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
							klinisch rekrutierten Stichproben. VT erscheint wirksamer als Nicht- und Standardbehandlung, im Vergleich zu anderen aktiven Kontrollbehandlungen sind die Befunde nicht beweiskräftig oder weisen auf eingeschränkte Vorteile der VT hin. <u>ST:</u> Beschränkte Befunde unterstützen einen Vorteil gegenüber Nichtbehandlung. Befunde gegenüber individueller PP (s. oben) sind nicht beweiskräftig.
USPSTF 2009 [14]	Leitlinie ohne MA	--	10 englischsprachig berichtete RCTs mit Kindern (7-11 J.) und Jugendlichen (12-18 J.) mit und ohne Diagnose als Einschlusskriterium in ambulanten Settings	<u>Interventionen:</u> VT, IPT, einfache oder angeleitete Selbsthilfe, „family support“, Elternterapie, nicht-direktive Psychotherapie (wenn intensiver als Kontrollbedingung, d.h. längere Gesamtdauer) <u>Kontrollbedingungen:</u> Nichtbehandlung, Medikamentenplacebo, Warteliste, „clinical monitoring“ mit bedeutsam weniger Interaktion als in der Interventionsbedingung und mit nicht-therapeutischem Inhalt, nicht-direktive Psychotherapie (wenn weniger intensiv als Interventionsbedingung, d.h. kürzere Gesamtdauer)	Nachher, Follow-up nach mind. 6 Wochen	<u>Primär:</u> Remission, Symptomatik, Rezidive, <u>Sekundär:</u> Lebensqualität, globales und soziales Funktionsniveau, akademische Leistung etc. <u>Unerwünscht:</u> Tod, ernsthafte Ereignisse, manische Symptome, Abbruch der Behandlung	Neun von zehn eingeschlossenen RCTs unterstützen die Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Ansätze im Vergleich zu Nicht- oder verschiedenen aktiven Kontrollbehandlungen (nicht näher spezifiziert). Die Ergebnisse beziehen sich auf Kinder und Jugendliche ab neun Jahren. Follow-up-Untersuchungen wurden nicht im Vergleich zu Kontrollgruppen durchgeführt.

Ergebnisse aus Cochrane-Reviews (Schlüsselfragen B1-B4)

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
Henken 2007 [15]	Cochrane-Review	2	6 RCTs zu familien-therapeutischen Interventionen bis 2005, davon 2 RCTs (N= 137) mit Jugendlichen (13-18 J. bzw. 13-17 J.) mit Diagnose einer depressiven Störung und normaler Intelligenz	<u>In diesen 2 RCTs:</u> 12 bis 16 wöchentliche Sitzungen Systemisch-Behaviorale Familientherapie (SBFT) im Vergleich zu individueller VT und zu supportiver Therapie, 3 bis 12 Sitzungen (im Mittel 8) Attachment based family therapy (ABFT) à 60-90 Min. über 12 Wochen im Vergleich	Nachher, Follow-up (zu SBFT: 2 Jahre; zu ABFT 6 Monate ohne Kontrollgruppe)	Depressive Symptomatik (dimensional), bei SBFT: Ansprechen auf Behandlung (BDI < 9 in mind. 3 aufeinanderfolgenden Sitzungen),	<u>Thema:</u> Wirksamkeit von „Familientherapie“ <u>SBFT</u> war in Bezug auf Depressivität post treatment etwas weniger effektiv als VT, vergleichbar zu supportiver Therapie. In Bezug auf Suizidalität zeigten sich keine Unterschiede zwischen den drei Bedingungen (Brent et al. 1997 [16]). Nach zwei Jahren bestanden auch keine Wirksamkeitsunterschiede mehr in Bezug auf Depressivität, d.h. die Häufigkeit von Erholung und Rezidiven waren bei VT, SBFT und supportiver Therapie vergleichbar (Birmaher et al. 2000 [17]). SBFT schien familiäre Konflikte und die Eltern-Kind-Beziehung nach zwei Jahren günstiger zu beeinflussen, während bei VT und supportiver Therapie seltener Angstsymptome auftraten (Kolko et al. 2000 [18]). Die Qualität

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
			(Ausschlusskriterium im zweiten RCT u.a. Substanzstörungen, weitere nicht exakt angegeben)	zu 6 Wochen Nichtbehandlung		Suizidalität (Gedanken mit Plan oder Versuch im Interview)	des RCTs wurde von den Cochrane-Autoren als hoch bewertet. <u>ABFT</u> erschien wirksamer als Nichtbehandlung in Bezug auf Depressivität und Suizidalität. Im unkontrollierten 6-Monats-Follow-up schienen die Erfolge dieser Intervention stabil zu sein (Diamond et al. 2002 [19]) Die Qualität des RCTs wurde als niedrig bewertet. <u>Schlussfolgerungen der Autoren (auch zu Erwachsenen):</u> Die aktuelle Studienlage ist zu heterogen und spärlich, um Schlussfolgerungen über die Wirksamkeit von ST in der Behandlung von Depression zu ziehen. Zu diesem Zeitpunkt scheint der Einsatz anderer psychologischer Interventionen, für die es eine ausreichende Evidenzbasierung gibt, der ST vorzuziehen zu sein. Weitere Studien von hoher Qualität sind notwendig.
Watanabe 2007 [20]	Vorläufige Version eines Cochrane-Reviews (mit CRD-Vermerk, aber [noch] ohne Abstract)	1	27 RCTs (N = 1744) bis 08/2005 mit Kindern und Jugendlichen (6-18 J.), 10 davon mit Diagnose als Einschlusskriterium (laut Autoren: 2)	<u>Interventionen:</u> VT in 25 Vergleichen, kognitive Therapie in zwei Vergleichen, behaviorale in drei Vergleichen, IPT in zwei Vergleichen, Problemlösetherapie in einem Vergleich, supportive Therapie in einem Vergleich, andere Gruppentherapie in einem Vergleich; keine Studien zu PP oder GT gefunden <u>Kontrollbedingungen:</u> Nichtbehandlung in 6 Vergleichen (nur Studien mit subklinisch Betroffenen), Wartegruppe in 18 Vergleichen, Aufmerksamkeitsplacebo (Psychodrama, Gesundheitserziehung, Monitoring, Kunstübungen) in acht Vergleichen, TAU in drei Vergleichen	Nachher, Follow-up 1-6 Monate, Follow-up 6-12 Monate	Ansprechen auf Behandlung (kategorial), unerwünschte Effekte, Daten zum Kosten-Nutzen-Verhältnis <i>nicht enthalten, aber angekündigt: globales Funktions-niveau</i>	<u>Thema:</u> Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen Wirksamkeit insgesamt: Post treatment RR = 1.39 zugunsten Psychotherapien, (95% KI [1.18, 1.65]). Signifikanter Einfluss des <u>Publication Bias</u> , dafür adjustierte RR = 1.23 [1.03, 1.51]. <u>1- bis 6-Monats-Follow-up (k = 18):</u> Kein sig. Unterschied zwischen Psychotherapie und Kontrollbedingungen (RR = 1.18, [0.94, 1.47]). <u>6- bis 12-Monats-Follow-up (k = 9):</u> Kein sig. Unterschied (RR = 0.95, [0.82, 1.09]). Wirksamkeit verschiedener Interventionen: Post treatment signifikant besseres Ansprechen auf VT (RR 1.38, 1.14-1.66) und IPT (RR = 1.68, [1.08, 2.63]) als auf Kontrollbedingungen; dieser Unterschied ist aber in beiden Follow-ups nicht mehr signifikant. Keine signifikanten Unterschiede zwischen anderen Interventionen und ihren Kontrollbedingungen. Vergleich verschiedener Kontrollbedingungen: Keine signifikanten Unterschiede von <u>VT+TAU gegenüber TAU</u> , aber deutlich höherer Drop-out in VT+TAU-Bedingungen als bei TAU allein (RR = 4.11, [1.84-9.18]). <u>Aufmerksamkeitsplacebo (k = 8):</u> höheres Ansprechen auf Psychotherapie (RR = 1.48, [1.12, 1.96]) post treatment, kein signifikanter Unterschied mehr im Follow-up. <u>Wartegruppe (k = 17):</u> höheres Ansprechen auf Psychotherapie (RR = 2.00, [1.34, 2.98]) post treatment und im 1- bis 6-Monats-Follow-up (RR 1.98, [1.27-3.07]). <u>Nichtbehandlung (k = 7):</u> keine Unterschiede (nur Studien ohne Diagnose als Einschlusskriterium) Altersgruppen: Keine signifikanten Unterschiede bei Kindern (RR = 1.51, [0.95, 2.39]), aber nur Studien ohne Diagnose als

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
							<p>Einschlusskriterium Bei Jugendlichen höheres Ansprechen bei Psychotherapie post treatment (RR = 1.35, [1.10, 1.66]), aber nicht im Follow-up. Schweregrad: Höhere ES zugunsten der Psychotherapien sowohl in Studien mit leicht bis mittelgradig (RR = 1.31, [1.08, 1.57]) als auch mit mittelgradig bis schwer Betroffenen (RR = 1.81, [1.14, 2.86]). Sensitivitätsanalysen: Ergebnisse nicht wesentlich verändert, wenn nur qualitativ hochwertige Studien, wenn Psychotherapie angemessen beschrieben, wenn diagnostische Kriterien verwendet ($k = 2$); etwas größere ES, die auch im 1- bis 6-Monats-Follow-up signifikant war, wenn Komorbiditäten ausgeschlossen. Schlussfolgerungen der Autoren: Obwohl die Befunde durch einige kleine positive Studien verzerrt waren, scheinen Psychotherapien depressiven Kindern und Jugendlichen kurzfristig zu helfen, aber sie sind nicht mehr signifikant erfolgreich zum 6-Monats-Follow-up. Die Evidenz für VT und IPT bei Jugendlichen und bei Teilnehmern mit mittelgradiger bis schwerer Depression ist robuster als für Kinder und für Teilnehmer mit leichter bis mittelgradiger Depression. Es sind keine Daten zu unerwünschten Effekten oder zum Kosten-Nutzen-Verhältnis verfügbar.</p>

Ergebnisse zu Psychotherapien insgesamt aus weiteren systematischen Reviews (Schlüsselfragen B1-B4)

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
David-Ferdon 2008 [21]	SR ohne MA mit CRD-Abstract	2	28 RCTs seit 1998 ($N = 3599$) mit Kindern und Jugendlichen mit Diagnose einer depressiven Störung oder mit erhöhter depressiver Symptomatik („at-risk“)	<p><u>Interventionen:</u> Psychosoziale Interventionen zur Reduktion depressiver Symptome</p> <p><u>Kontrollbedingungen:</u> Nicht festgelegt</p>	Nicht festgelegt	Nicht festgelegt	<p><u>Thema:</u> Evidenzbasierte psychosoziale Interventionen im Vergleich <u>Ergebnisse:</u> Bei Kindern war eine Vielfalt von Interventionen effektiver als die jeweiligen Vergleichsbedingungen, es gibt wachsende Evidenz für nicht-kognitive Ansätze. Bei Jugendlichen sind VT und IPT vielversprechende Interventionen und es gibt eine begrenzte Evidenz für ST. VT und IPT untereinander schienen gleich wirksam zu sein, Langzeitbefunde waren widersprüchlich. Der „evidence-based status“ (nach Kriterien der Task Force on the Promotion and Dissemination of Psychological Procedures) wird wie folgt benannt: Bei Kindern sind die VT-Programme Penn Prevention Program (u.a. Gillham/Seligman) und Self-Control Therapy (Stark et al.) „probably efficacious“ [bei Kindern mit depressiver Symptomatik, keine Studie mit Diagnose als Einschlusskriterium, A.d.A.], alle anderen sind „experimental“. Bei Jugendlichen sind das VT-Programm Adolescents Coping with Depression (Lewinsohn/Clarke et al.) und das IPT-Programm Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents (Mufson</p>

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
							et al.) „probably efficacious“. VT und IPT insgesamt sind „well-established“, alle anderen werden als „experimental“ eingestuft. <u>Schlussfolgerung der Autoren:</u> Kein einzelnes Interventionsprogramm erscheint überlegen. Für Kinder erscheint VT, für Jugendliche erscheinen VT und IPT vielversprechend, aber andere Ansätze könnten auch wirksam sein. <u>Kritik CRD:</u> Es wird nicht berichtet, ob auch nicht-englischsprachige oder unpublizierte Arbeiten berücksichtigt wurden und wie viele Rater an den einzelnen Arbeitsschritten beteiligt waren, was grundsätzlich Bias begünstigt. Daher ist die Reliabilität der Schlussfolgerungen ungewiss.
Erford 2011 [22]	SR mit MA ohne CRD-Vermerk	3	42 peer-reviewed englischsprachig publizierte Studien (N = 3472) zu Beratung oder Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (6-17 J.) mit und ohne Diagnose als Einschlusskriterium, davon 5 unkontrollierte Studien, 35 RCTs, 2 Studien mit unklarer Randomisierung	<u>Interventionen:</u> Beratung oder Psychotherapie, die auf die Verminderung depressiver Symptome abzielt und von (angehenden) Experten für psychische Erkrankungen angeboten werden (inhaltlich nicht näher beschrieben oder unterteilt, Median 12 Sitzungen mit einer Dauer von 35-120 Min., Median 60 Min.) <u>Kontrollbedingungen:</u> keine (k = 5), Wartegruppe (k = 18), Placebo (k = 2), TAU (k = 18)	Vorher, nachher, Follow-up	Depressive Symptomatik (dimensional nach standardisierter Ratingskala)	<u>Thema:</u> Wirksamkeit von psychologischer Beratung und Psychotherapie bei Schulkindern <u>Ergebnisse:</u> Nur bei Placebokontrolle kein bedeutsamer Effekt der Interventionen nachweisbar: Bei unkontrollierten Studien mittlere Prä-Post-ES $d = .36$ (95% KI [.17, .54]), gegenüber Wartegruppen $d = .55$ (95% KI [.41, .68]), gegenüber TAU $d = .29$ (95% KI [.16, .43]), gegenüber Placebo $d = .01$ (95% KI [-.37, .38]). Keine Hinweise auf Heterogenität der Effekte, daher keine Subgruppenanalysen (z.B. nach Merkmalen der Intervention oder der Teilnehmer). Nach 12 Monaten in unkontrollierten Studien $d = .65$ (k = 2), gegenüber Warteliste $d = .09$ (k = 3), gegenüber TAU $d = .18$ (k = 4), hierbei nach 24 Monaten (längstes Follow-up) $d = .23$ (k = 3). Keine Unterschiede zwischen schulischen und Outpatient-Settings. <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Beratung und Psychotherapie sind wirksam bei Depression, erzielen aber möglicherweise kleinere Effekte als bei anderen psychischen Störungen (z.B. Angststörungen). Sie scheinen bis zu zwei Jahre wirksam zu sein. Interventionen in der Schule sind genauso wirksam wie in Outpatient-Settings. <u>Kritik:</u> Die Qualität der Primärstudien wurde nicht berücksichtigt (peer review als Proxy). Die Vergleichbarkeit der Primärstudien bezüglich untersuchter Population und Methodik ist sehr fraglich.
Neil 2007 [23]	SR ohne MA mit CRD-Vermerk, aber (noch) ohne Abstract	3	24 Wirksamkeitsstudien zur Prävention und frühen Behandlung von Depression und Angst in australischen Schulen, davon 1 NRCT mit Diagnose einer depressiven Störung als Einschlusskriterium (N = 18, 14-15 J.) und 1 RCT mit erhöhter	<u>Interventionen:</u> Präventions- und frühe Behandlungsprogramme für Angst und Depression <u>Kontrollbedingungen:</u> Nicht festgelegt	Nachher, Follow-up	Angst und Depressivität	<u>Thema:</u> Wirksamkeit von schulbasierter Prävention und früher Interventionen in Australien <u>Ergebnisse:</u> Nur Interventionen eingeschlossen, die in Australien schulbasiert erprobt wurden. Als einzige Studie mit Diagnose als Einschlusskriterium ist die Arbeit von Ralph & Nicholson 1995 [24] zu CWD-A (VT-Programm) berücksichtigt, eine Studie ohne Randomisierung und mit sehr kleiner Stichprobe, die keine statistisch bedeutsame Reduktion der depressiven Symptomatik zeigte ($d = 0.44$). Es wird nur ein RCT zu indizierter Prävention angeführt (definiert als Vorhandensein depressiver Symptome), nämlich Roberts 2003 [25] ohne bedeutsame Reduktion depressiver Symptome ($d = 0.14$).

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
			depressiver Symptomatik ($N=189$, 11-12 J.)				Keine separaten Schlussfolgerungen zu Depression. <u>Kritik:</u> Review erfüllt alle Kriterien mindestens angemessen.
Townsend 2010 [26]	SR mit MA mit CRD-Vermerk, aber ohne Abstract, verbunden mit Cochrane-Protokoll	2	10 RCTs mit jugendlichen Straftätern (bis 19 J.), davon 1 RCT mit depressiven Jugendlichen ($N=93$, 13-17 J.)	<u>Interventionen:</u> Interventionen, die relevant für die Behandlung von affektiven oder Angststörungen oder selbstverletzendem Verhalten bei jugendlichen Straftätern sind (im RCT mit depressiven Jugendlichen: 16 Sitzungen à 120 Min. über 8 Wochen VT-Programm „Adolescent Coping with Depression“ <u>Kontrollbedingungen:</u> Nicht festgelegt (im RCT mit depressiven Jugendlichen: 16 Sitzungen à 120 Min. über 8 Wochen „life skills/tutoring“)	Nicht festgelegt	Zu Depression: Vorliegen einer depressiven Episode, depressive Symptomatik (dimensional im Selbst- und Fremdbesicht)	<u>Thema:</u> Interventionen bei jugendlichen Straftätern mit affektiven und Angststörungen und selbstverletzendem Verhalten <u>Ergebnisse:</u> Nur ein RCT mit Jugendlichen mit komorbider Major Depression und Störung des Sozialverhaltens (Rohde 2004 [8]); in zwei weiteren RCTs wird Depression erfasst, Zielbereiche sind allerdings nicht depressive Störungen, sondern PTSD bzw. selbstverletzendes Verhalten, daher Ergebnisse der MA hier nicht aufgeführt <u>Schlussfolgerung der Autoren:</u> VT könnte helfen, Depressivität bei jugendlichen Straftätern zu reduzieren, aber größere RCTs von hoher Qualität sind notwendig. <u>Kritik:</u> Review erfüllt alle Anforderungen mindestens angemessen. <u>Primärstudie [8]:</u> Im Anschluss an die Intervention höhere Erholungsraten und größerer Rückgang in der depressiven Symptomatik in Interventions- als in Kontrollgruppe. Diese Unterschiede waren im 6- und im 12-Monats-Follow-up nicht mehr signifikant. In Bezug auf Störungen des Sozialverhaltens weder im Anschluss noch im Follow-up signifikante Gruppenunterschiede. Die Qualität des RCTs wurde im SR in drei Punkten als adäquat eingeschätzt; nur die Verblindung der Messung war inadäquat.
Verdeli 2006 [27]	SR ohne MA mit CRD-Abstract	2	61 RCTs und NRCTs mit Kindern (6-11 J.) und Jugendlichen (12-18 J.) mit Diagnose einer affektiven oder Angststörung oder depressiver oder ängstlicher Symptomatik, davon 6 RCTs zu VT mit depressiven Kindern ($N=211$) und 16 RCTs zu VT mit depressiven Jugendlichen ($N=1872$), 3 RCTs zu IPT bei depressiven Jugendlichen	<u>Interventionen:</u> Manualisierte psychotherapeutische Prävention oder Intervention für affektive und Angststörungen <u>Kontrollbedingungen:</u> Nicht festgelegt	Nicht festgelegt	Nicht festgelegt	<u>Thema:</u> Wirksamkeit von Psychotherapie für affektive und Angststörungen <u>Kinder (8-12 J.):</u> Alle Studien wurden mit Kindern durchgeführt, die mindestens subklinische Depression zeigten (Diagnose kein Eingangskriterium). VT erscheint wirksamer als Nichtbehandlung, die Befunde bei Aufmerksamkeitsplacebo sind dagegen uneinheitlich. <u>Jugendliche:</u> Bei einer VT-Intervention mit geringer Dosierung ergaben sich nicht durchgängig bessere Ergebnisse als in Kontrollbedingungen; bei höherer Dosierung sind die Befunde gemischt. Insgesamt ist die Befundlage für VT positiv, aber nicht für einzelne VT-Programme. IPT-A (nur bei Jugendlichen untersucht) erscheint besser als Nichtbehandlung und TAU, Langzeiteffekte sind aber bislang nicht erforscht (hierzu wiederum zitiert: [9-11]) <u>Kritik CRD:</u> Die Auswahl der Studien ist unzureichend beschrieben. Unveröffentlichte Studien scheinen nicht enthalten zu sein. Die Qualität der Primärstudien wurde nicht formell bewertet. Die Designs der eingeschlossenen Studien und das Vorgehen bei der Datenextraktion sind nicht ausreichend beschrieben. Daher sind die Schlussfolgerungen der Autoren unsicher.

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
Weisz 2004 [28]	SR ohne MA ohne CRD-Vermerk	2	298 englischsprachig publizierte RCTs mit Kindern und Jugendlichen (3-18 J.) mit Problemen oder Störungen in den Bereichen Angst, Depression, Aufmerksamkeit/ Impulsivität und Sozialverhalten, davon 23 RCTs zu Depression bis 2002 (depressive Symptome, Diagnose einer depressiven Störung nicht vorausgesetzt)	<u>Interventionen:</u> Jegliche Intervention, die dazu bestimmt ist, nicht-normatives psychologisches Leiden zu lindern, maladaptives Verhalten zu verringern oder unzureichendes adaptives Verhalten zu verstärken durch Beratung, Interaktion, ein Trainings- oder vorherbestimmtes Behandlungsprogramm <u>Kontrollbedingungen:</u> Warteliste, Nichtbehandlung, Placebo oder andere als inaktiv geplante Prozesse, oder alternative Behandlung	Nachher	Nicht festgelegt	<u>Thema:</u> Wirksamkeit von Psychotherapie bei internalisierenden und externalisierenden Problemen und Störungen <u>Zu Depression:</u> VT ist am besten abgesichert, IPT-A mit zwei Studien [10, 11]. Das Programm „Coping With Depression-Adolescent Version“ (CWD-A, Lewinsohn et al., 1990) wird beschrieben. <u>Kritik:</u> Die Qualität der Primärstudien wird nur durch die Voraussetzung eines peer reviews und nach nicht näher erläuterten Kriterien eingeschätzt; unveröffentlichte Studien und nicht englischsprachige Berichte wurden ausgeschlossen. Es werden nur Studien und Interventionen detaillierter dargestellt, die einen signifikanten Effekt auf Depression aufzeigen konnten. Aufgrund dieser Mängel ist die Reliabilität der Schlussfolgerungen ungewiss.
Weisz 2005 [29]	Ergänzung zu Weisz 2004 (?), ohne MA ohne CRD-Vermerk	2	236 englischsprachig publizierte RCTs mit Kindern und Jugendlichen (3-18 J.) mit Problemen oder Störungen in den Bereichen Angst, Depression, Aufmerksamkeit/ Impulsivität und Sozialverhalten, davon 18 RCTs zu Depression	s. Weisz 2004	Nachher	Nicht festgelegt	<u>Thema:</u> Bestandsaufnahme des Forschungsstandes – Psychotherapie bei Angststörungen, Depression, ADHD und Verhaltensstörungen <u>Ergebnisse:</u> Die meisten der 18 eingeschlossenen Depressionsstudien <ul style="list-style-type: none"> - wurden in den USA durchgeführt (61.1%) - im Vergleich zu Nichtbehandlung (77.8%) - verwenden Selbstberichte bzw. die Kinder/Jugendlichen selbst als Informationsquelle (94.4%) - bieten Behandlung direkt für Kinder/Jugendliche an (77.8%) - verwenden Manuale, verlangen Training der Therapeuten und Supervision/Überprüfung der Manualtreue (> 66.6 %) Daher liegt hierbei der methodische Standard insgesamt höher als bei Angststörungen, ADHS oder Störungen des Sozialverhaltens. Die Hälfte der Studien verlangt Erfüllung diagnostischer Kriterien für Einschluss. Die Evidenzlage ist aber immer noch als nicht ausreichend zu beurteilen. <u>Kritik:</u> Es werden mehr methodische Merkmale der Primärstudien berücksichtigt als bei Weisz 2004, dennoch bleibt die Reliabilität der Schlussfolgerungen ungewiss.
Weisz 2006 [30]	SR mit MA mit CRD-Abstract	2	35 RCTs (N = 2095) mit Kindern (0-12 J.) und Jugendlichen (13-18 J.) mit erhöhter depressiver Symptomatik oder Diagnose einer depressiven Störung	<u>Interventionen:</u> Interventionen, die dazu bestimmt sind, depressive Störungen oder erhöhte depressive Symptome durch strukturierte oder unstrukturierte Interaktion oder ein Trainingsprogramm	Nicht festgelegt	Nicht festgelegt	<u>Thema:</u> Wirksamkeit Psychotherapie <u>Ergebnisse:</u> Die ES der Psychotherapien in Bezug auf Depressivität betrug insgesamt 0.34 (SD = 0.40). Es bestand eine negative Korrelation zwischen ES und Dauer des Follow-ups. Nach einem Jahr und mehr war die ES nicht mehr signifikant von 0 verschieden. Vergleiche von Subgruppen (indirekte Vergleiche von mittleren ES): ES der kognitiven Ansätze unterschieden sich nicht

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
				zu verringern, welche durch einen oder mehrere für die Intervention geschulte Personen oder durch ein Programm zur eigenständigen Anwendung angeboten werden <u>Kontrollbedingungen:</u> Nichtbehandlung, Warteliste, minimale Behandlung oder aktive Placebogruppe			bedeutsam von nichtkognitiven. ES waren im Vergleich zu aktiven Kontrollbedingungen niedriger, aber signifikant größer als 0 und nicht signifikant unterschiedlich zu ES bei passiven Kontrollbedingungen. ES bei Studien mit klinisch vorgestellten Probanden unterscheiden sich nicht von ES bei Studien mit angeworbenen Probanden. Tendenziell waren die ES höher, wenn Forscher die Intervention durchführen und in nicht-klinischen Settings, aber nicht signifikant. Bei Kinderstichproben fand sich ein höherer Anteil an Jungen, bei jugendlichen Stichproben ein höherer Anteil an Mädchen. Der ES-Unterschied zwischen individueller und Gruppentherapie war nicht bedeutsam, ebenso wenig wie der Unterschied zwischen Studien mit und ohne peer-review. Es bestand kein Zusammenhang der ES mit Ausfallraten oder mit dem mittlerem Alter der Stichprobe. ES im Selbst- waren höher als im Fremdbereich. ES für Suizidalität ($k = 6$) waren nur tendenziell größer als 0 (0.18). <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Interventionen bei depressiven Kindern und Jugendlichen zeigten mäßige, aber bedeutsame Effekte. Diese Effekte scheinen kurzfristig beständig zu sein, aber weniger für längere Zeitabschnitte. <u>Kritik CRD:</u> Die Auswahl der Studien wird nicht ausreichend beschrieben. Die Qualität der Primärstudien wurde nicht formell bewertet. Die Schlussfolgerungen der Autoren erscheinen angemessen vorsichtig und sind vermutlich reliabel.

Ergebnisse zu Verhaltenstherapie aus weiteren systematischen Reviews (Schlüsselfragen B1-B4)

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
Butler 2006 [31]	SR von MA ohne CRD-Vermerk	--	Metaanalyse zu VT über verschiedene Störungsbilder hinweg				Zu Depression bei Jugendlichen wird nur Reinecke 1998 berücksichtigt, s. Reinecke 1998
Compton 2004 [4]	SR ohne MA mit CRD-Abstract	2	33 englischsprachig nach peer review veröffentlichte RCTs von 1990-2002 mit Kindern und Jugendlichen (8-18 J.) mit Angst- oder depressiven Störungen, davon 12 zu Major Depression	<u>Interventionen:</u> Kognitive Verhaltenstherapie (nicht näher festgelegt) <u>Kontrollbedingungen:</u> Nicht festgelegt	Nachher, Follow-up	„Outcomes of known clinical significance“	Thema: VT bei Angststörungen und depressiven Störungen <u>Ergebnisse zu depressiven Störungen:</u> In 6 der 12 Studien wurde die Erfüllung diagnostischer Kriterien vorausgesetzt. In den meisten Fällen wurde nur die ES von VT gegenüber Nichtbehandlung angegeben, nicht gegenüber anderen aktiven Kontrollbedingungen. ES waren mittelgroß bis groß gegenüber Nichtbehandlung, höchstens klein bis mittelgroß gegenüber aktiven Kontrollbedingungen. Im kurzen Follow-up-Zeitraum (bis neun Monate) konnten post treatment erfasste Erfolge aufrechterhalten werden, bei längerem Follow-up (bis

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
			und Dysthymie (N = 768)				zwei Jahre) berichteten viele Teilnehmer weiterhin depressive Symptome, Rückfälle oder Rezidive. <u>Schlussfolgerung der Autoren:</u> VT ist derzeit die Behandlung der Wahl für (Angst- und) depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen. <u>Kritik CRD:</u> Die Literatursuche war begrenzt und nur englischsprachig veröffentlichte Studien wurden eingeschlossen. Das Vorgehen bei der Auswahl der Studien und der Extraktion der Daten wird nicht berichtet. Die Qualität der eingeschlossenen Studien wurde nicht beurteilt. Durch diese Mängel wird die Reliabilität der Schlussfolgerungen der Autoren geschwächt.
Harrington 1998 [3]	SR mit MA mit CRD-Abstract	1	6 RCTs (N = 400) mit Kindern und Jugendlichen (6-18 J.) mit Diagnose einer depressiven Störung nach standardisierten Kriterien	<u>Interventionen:</u> Kognitive Verhaltenstherapie wie in zwei Lehrbüchern definiert <u>Kontrollbedingungen:</u> Nicht festgelegt	Nachher	Odds ratio der Remission (wie von den Autoren der Primärstudien berichtet)	<u>Thema:</u> Wirksamkeit der VT <u>Ergebnisse:</u> Kein RCT wurde mit stationären Patienten durchgeführt. VT zeigt durchgängig positive Effekte im Vergleich zu Warteliste, Nicht- und Alternativbehandlungen (Gesamt-OR 3.2) ohne Hinweise auf Heterogenität der Effekte. Ca. 1/3 der Patienten zeigte Remission in nicht aktiven Vergleichsbedingungen, daher müssten 4 Patienten mit VT behandelt werden, damit ein Patient zusätzlich zum Erfolg in den Kontrollbedingungen remittiert (95% KI [3, 6]). Odds ratio und Studienqualität korrelierten negativ: ES in methodisch schlechteren Studien waren größer, sodass sich bei Ausschluss von zwei „schlechten“ Studien eine kleine Gesamt-ES ergab (OR 2.2), ebenso wie bei ITT-Analyse. Drei Studien wiesen darauf hin, dass schwerere Symptomatik das Ausbleiben der Remission vorhersagt [aber „Remission“ hierbei nicht näher definiert, A. d. A.]. <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> VT kann von Nutzen sein für mittelgradige depressive Störungen, kann jedoch noch nicht für schwere Depression empfohlen werden. <u>Kritik CRD:</u> Die Suchkriterien und der Zeitraum für die PsycLIT-Recherche werden nicht berichtet. Die Dauer der Behandlung und das Geschlecht der Probanden werden nicht für die einzelnen Studien dargestellt. Die Teststärke war zu gering, um eine Heterogenität der Effekte festzustellen, die auch laut Autoren wahrscheinlich ist. Es handelt sich um einen sorgfältigen Review; die Schlussfolgerungen folgen aus den Ergebnissen. Die Erkenntnisse könnten inzwischen überholt sein.
Hides 2010 [32]	SR ohne MA mit CRD-Vermerk, aber (noch) ohne Abstract	4	12 Studien mit Erwachsenen und Jugendlichen mit komorbider Major Depression und Substanzstörung, davon mit Jugendlichen 2 RCTs, die aber nicht auf die	<u>Interventionen:</u> <u>Review:</u> „kognitive Verhaltenstherapie“ (einschließlich kognitiver Therapie und behavioraler Therapie; nicht näher festgelegt) Primärstudie [33]: Family and	<u>Review:</u> Nicht festgelegt <u>Primärstudie:</u> Vorher, nachher	<u>Review:</u> Nicht festgelegt <u>Primärstudie:</u> Depression (semi-structured diagnostic interviews,	<u>Thema:</u> Wirksamkeit der VT bei Depression und Drogenkonsum <u>Primärstudie</u> [33]: Signifikanter Rückgang der depressiven Symptome gemäß Interview und Fragebogen; signifikanter Rückgang im Marihuana-, aber nicht im Alkoholkonsum, signifikanter Rückgang der Symptome von Substanzmissbrauch, aber nicht von Substanzabhängigkeit gemäß Interview

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
			Reduktion der depressiven Symptomatik abzielen, und eine unkontrollierte Studie [33](n = 13)	Coping Skills Therapy (FACS), 22 Gruppensitzungen à 90 Min. über 12 Wochen + 12 Wochen Familientherapie <u>Kontrollbedingungen:</u> Nicht festgelegt		Children's Depression Inventory), Substanzkonsum und -störungen	<u>Review:</u> keine separaten Schlussfolgerungen für Jugendliche <u>Kritik:</u> Es wurden sehr unterschiedliche Studien im Review zusammengefasst.
Klein 2007 [34]	SR mit MA mit CRD-Abstract	2	11 englischsprachig nach peer review publizierte RCTs (N = 472) aus den Jahren 1980-2006 mit Jugendlichen (12-18 J.) mit Diagnose einer depressiven Störung nach verschiedenen Klassifikationssystemen	<u>Interventionen:</u> VT (= Interventionen, die Veränderungen der Emotionen und des Verhaltens fördern, indem sie Jugendliche auf eine offenkundige, aktive und problemorientierte Weise lehren, Gedanken, Gedankenprozesse und Verhaltensweisen zu verändern) <u>Kontrollbedingungen:</u> Inaktive Kontroll- oder alternative Psychotherapiegruppe	Vorher, nachher, Follow-up	Depressionsmaße (dimensional)	<u>Thema:</u> Einfluss methodischer Merkmale auf die ES der VT (kumulative Metaanalysen) <u>Ergebnisse:</u> Die mittlere ES betrug 0.53 direkt nach der Intervention (95% KI [0.24, 0.82]), 0.59 nach sechs Monaten [0.14, 1.05] ohne Hinweise auf Heterogenität der Effekte. Es ergaben sich kleinere ES für VT, wenn - ITT-Analysen verwendet wurden - die Kontrollbedingungen aktiv waren - die Studie in einem klinischen Setting durchgeführt wurde und - ein höherer methodischer Standard erreicht wurde. <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Unterschiede in Schätzungen der Wirksamkeit von VT bei depressiven Jugendlichen können aus methodischen Unterschieden zwischen frühen und neueren Untersuchungen stammen. Insgesamt stützen die Ergebnisse die Wirksamkeit von VT für die Behandlung von Depression bei Jugendlichen. <u>Kritik CRD:</u> Relevante Studien könnten bei der Recherche nicht berücksichtigt worden sein. Die Autoren erfassen den Einfluss des publication bias und berichten, dass er nicht nachweisbar sei, es werden aber keine Ergebnisse genannt. Die Schlussfolgerung, dass frühere, methodisch weniger strenge Studien höhere ES ergaben, ist unsicher, da andere Faktoren als die Methodik für die Unterschiede zwischen den Studien verantwortlich sein könnten.
Maag 2009 [35]	SR mit MA mit CRD-Abstract	2	20 nach peer review veröffentlichte RCTs (N = 2903) aus den Jahren 1970 bis 2007 mit Kindern und Jugendlichen (High-school-Alter oder jünger), in denen standardisierte Depressionsmaße oder klinische Interviews verwendet wurden	<u>Interventionen:</u> Aktive kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen <u>Kontrollbedingungen:</u> Warteliste, Nichtbehandlung oder Placebo	Nachher	Depressionsmaße (dimensional)	<u>Thema:</u> Nutzung von VT-Interventionen an Schulen <u>Ergebnisse:</u> Patienten, die VT erhielten, zeigten im Vergleich zu den Kontrollbedingungen eine signifikant größere Verbesserung der depressiven Symptomatik (ES = -0.5). Die bedeutsame Heterogenität der Effekte wurde in Subgruppenanalysen untersucht. Dabei zeigten kürzere Interventionen (≤ 8 Wochen, ES = -0.54, SE = 0.10) größere Effekte als längere Interventionen (≥ 10 Wochen, ES = -0.13, SE = 0.13, Gesamtzahl der Sitzungen aber nicht berücksichtigt). Der Anteil weiblicher Patienten, das durchschnittliche Alter und das Setting der Intervention hatten dagegen keinen signifikanten Einfluss. <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Frühe VT kann der Schlüssel zur Vermeidung oder zumindest zur Abmilderung des negativen Einflusses sein, den Depression auf das Funktionsniveau von Kindern hat. <u>Kritik CRD:</u> Relevante Studien könnten bei der Recherche nicht

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/Stichprobe	Interventionen/Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
							berücksichtigt worden sein. Es wird nicht berichtet, wie die Auswahl der Studien durchgeführt wurde, sodass der Einfluss von Verzerrungen durch den/die Reviewer unklar ist. Die Qualität der Primärstudien wurde nicht berücksichtigt. Die Schlussfolgerung entspricht den präsentierten Ergebnissen, aber die begrenzte Literatursuche und die mangelnde Bewertung der Primärstudien lässt die Reliabilität der Schlussfolgerung unsicher erscheinen.
Marcotte 1997 [36]	SR ohne MA mit CRD-Abstract	3	7 englisch- oder französischsprachig veröffentlichte kontrollierte Studien (N = 295, RCTs und NRCTs) aus den Jahren 1980–1994 mit Kindern und Jugendlichen mit depressiven Symptomen	<u>Interventionen:</u> Systematische, manualisierte Behandlungsmethode <u>Kontrollbedingungen:</u> Nicht festgelegt	Nachher, Follow-up	Nicht festgelegt	<u>Thema:</u> Wirksamkeit der VT Narrativer Review der Studien, für einige Berechnung von ES (direkt nach der Intervention 0.41-1.70 [k = 4], im Follow-up 0.60-1.79 [k = 3] zugunsten der Interventionsgruppen). <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Kurze Gruppen-VT-Interventionen waren sowohl für junge als auch für ältere Jugendliche wirksam, die Erfolge hielten bis zum Follow-up an. Keine einzelne Strategie erschien deutlich wirksamer als die anderen. <u>Kritik CRD:</u> Relevante Studien könnten bei der Recherche nicht berücksichtigt worden sein. Zum Vorgehen bei der Auswahl der Primärstudien und der Extraktion der Daten sind keine Details beschrieben. Die Validität der Primärstudien wurde nicht berücksichtigt. Mehr Details zu den Primärstudien (z.B. Studiendesign, Vergleichbarkeit der Bedingungen, Zeitrahmen der Intervention) wären hilfreich gewesen. Die Evidenz ist unzureichend, um die Schlussfolgerungen der Autoren zu unterstützen.
Reinecke 1998 [2]	SR mit MA mit CRD-Abstract	2	6 englischsprachig veröffentlichte RCTs (N = 251) von 1970-1997 mit Jugendlichen (19 J. oder jünger) mit depressiven Symptomen, davon 2 RCTs mit Diagnose einer depressiven Störung als Einschlusskriterium	<u>Interventionen:</u> VT (= Interventionen, die Veränderungen der Emotionen und des Verhaltens fördern, indem sie Jugendliche auf eine offenkundige, aktive und problemorientierte Weise lehren, Gedanken, Gedankenprozesse und Verhaltensweisen zu verändern) <u>Kontrollbedingungen:</u> Nicht festgelegt	Nachher, Follow-up	Nicht festgelegt (dimensionale Depressionsmaße)	<u>Thema:</u> Wirksamkeit der VT <u>Ergebnisse:</u> Direkt nach der Intervention zeigte sich eine große ES zugunsten der VT gegenüber Nichtbehandlung (ES = -1.02, 95% KI [-0.81, -1.23], k = 4), supportiver Therapie oder Entspannung (je k = 1). ES im Follow-up sind mittelgroß (ES = -0.61, 95% KI [-0.35, -0.88]); die Follow-up-Zeiträume umfassten allerdings bei fünf Studien höchstens drei Monate, Daten aus sechster Studie (24 Monate) wurden nicht verwendet. Die Hypothese homogener Effekte wurde nicht verworfen, daher wurden keine Subgruppenanalysen durchgeführt. Das Fail-safe N betrug 426 für den Effekt direkt nach der Behandlung und 62 für die Analyse des Follow-up-Effekts. <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> VT kann nützlich sein für die Reduktion von Dysphorie bei Jugendlichen und die Behandlungseffekte werden über die Zeit erhalten. Diese Befunde stützen sich auf eine begrenzte Anzahl an Studien, sind aber konsistent mit Studien bei Erwachsenen. Das Fail-safe N weist darauf hin, dass die Effekte auch bei Vorliegen eines Publication bias nicht entkräftet würden. <u>Kritik CRD:</u> Die Ausschlusskriterien für Primärstudien werden nicht berichtet und ihre Validität wurde nicht berücksichtigt außer durch die Voraussetzung der Veröffentlichung nach peer review.

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
							Die durchsuchten Datenbanken sind nicht benannt und die Suchbegriffe nicht aufgeführt. Die Autoren weisen selbst auf folgende Einschränkungen der Forschung hin: Die Primärstudien haben sehr kleine Stichproben (meist <20 Personen pro Gruppe); die Interventionen werden von wenigen Therapeuten durchgeführt, sodass die Einschätzung erschwert wird, ob die Behandlungseffekte auf Therapeuten mit unterschiedlichen Stilen generalisierbar sind; die Mehrzahl der Studien untersuchte dysphorische und nicht klinisch depressive Jugendliche. Die Schlussfolgerungen der Autoren folgen aus den Ergebnissen.
Taylor 2007 [37]	SR mit MA mit CRD-Abstract	1	2 RCTs (N = 82) mit Jugendlichen (13-18 J.) mit depressiven Symptomen, davon 1 mit Diagnose als Einschlusskriterium [11] und 1 mit depressiven Symptomen [38]	<u>Interventionen:</u> Alle Formen von VT <u>Kontrollbedingungen:</u> Nicht festgelegt	Nachher, Follow-up bis 3 Monate, 3- bis 6-Monats-Follow-up, Follow-up länger als 6 Monate	Selbstwert (dimensional)	<u>Thema:</u> Wirksamkeit von VT auf den Selbstwert Der Effekt von VT auf Selbstwert war direkt nach der Intervention nicht signifikant (ES = 0.13, 95% KI [-0.55, 0.81]), nach fünf Wochen zwar größer (ES = 2.86, 95% KI [-1.73, 7.45]), aber signifikant nur für die Facette akademischer Selbstwert (ES = 12.41, 95% KI [3.75, 21.07]). <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> VT scheint eine möglicherweise wirksame Behandlung zur Verbesserung des Selbstwerts bei 13- bis 18-jährigen Jugendlichen zu sein, die unter einem ungesund niedrigen Selbstwert leiden. Weitere Studien sind notwendig. <u>Kritik CRD:</u> Es ist unklar, ob nicht englischsprachige Arbeiten ausgeschlossen wurden und die Autoren berichten keine Suche nach unveröffentlichten Studien, sodass der Einfluss von Sprach- und Publikationsbias möglich ist. Abgesehen hiervon war das Vorgehen angemessen. Die Schlussfolgerung der Autoren ist vorsichtig und spiegelt die begrenzte dargestellte Evidenz wider.

Ergebnisse zu interpersoneller und systemischer Therapie aus weiteren systematischen Reviews (Schlüsselfragen B1-B4)

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
Brunstein-Klomek 2007 [39]	SR ohne MA ohne CRD-Vermerk	3	3 RCTs (N = 182) mit Jugendlichen mit Diagnose einer depressiven Störung als Einschlusskriterium [9-11] , 4 unkontrollierte Studien (N = 38)	<u>Interventionen:</u> 12 Wochen individuelle interpersonelle Therapie bei Jugendlichen (IPT-A) mit Einbezug der Eltern, Adaptation als Gruppenformat <u>Kontrollbedingungen:</u> Nicht festgelegt	Nicht festgelegt	Nicht festgelegt	<u>Thema:</u> Wirksamkeit der Interpersonellen Therapie (IPT-A) Narrativer Review der Studien, Ergebnisse s. NICE 2005; es wurde nur ein Follow-up ohne Kontrollbedingung erhoben und es liegen keine Studien zum Vergleich mit Antidepressiva vor. In einer kontrollierten Pilotstudie unterschieden sich individuelle IPT-A und IPT-A im Gruppenformat nicht signifikant (N = 18). <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Wirksamkeit von individueller IPT-A sowohl unter idealen Bedingungen als auch in der realen Versorgung ist in verschiedenen therapeutischen Settings bestätigt. IPT-A ist nicht die einzige und könnte möglicherweise auch nicht die beste Behandlung für alle Patienten sein. Therapeuten sollten aber darin geschult sein, um sie anzuwenden, wenn sie angemessen ist. Das Gruppenformat könnte eine kostengünstige Möglichkeit sein. Weitere Studien sind erforderlich.

							<u>Kritik:</u> Das methodische Vorgehen ist unzureichend beschrieben. Relevante Studien könnten bei der Recherche nicht berücksichtigt worden sein. Die Validität der Primärstudien wurde nicht berücksichtigt. Daher erscheint die Schlussfolgerung, die Wirksamkeit unter idealen und realen Bedingungen sei bestätigt, nicht gerechtfertigt.
von Sydow 2006 [40]	Meta-inhaltsanalyse ohne MA ohne CRD-Vermerk	1	47 RCTs mit Kindern und Jugendlichen als Indexpatienten bis Ende 2004, davon 2 RCTs (s. Henken 2007) mit Diagnose einer depressiven Störung als Einschlusskriterium ($N = 137$)	<u>Interventionen:</u> Systemische Therapie, d.h. familien- oder einzeltherapeutische Interventionen, die Bezug auf mindestens einen der aufgeführten systemischen Autoren nehmen ([Tom] Anderson, Boszormeny-Nagy, de Shazer, Haley, Minuchin, Satir, Selvini-Palazzoli, Stierlin, Watzlawick, [Michael] White, Zuk) und/oder ihre Intervention durch mindestens einen der folgenden Begriffe spezifizieren: systemisch, strukturell, strategisch, triadisch, funktional, lösungsorientiert („solution focused“), narrativ, ressourcenorientiert, Mailänder, McMaster-Modell <u>Kontrollbedingungen:</u> Nicht festgelegt	Nicht festgelegt	Nicht festgelegt	<u>Thema:</u> Systemische Familientherapie Beschreibung der eingeschlossenen RCTs zu Depression: s. Henken 2007. Ökonomische Studien zu ST bei Depression liegen nicht vor. <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Es liegen erfolgreiche ST-Studien zu Depression bei Kindern und Jugendlichen vor. Die wissenschaftliche Wirksamkeit systemischer Therapie (nach den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie) ist für den Bereich Depression grenzwertig einzuschätzen. Es existieren keine Hinweise, dass Systemische Therapie schaden könnte. Fazit für die Praxis (S. 139): „Der Forschungsstand belegt, dass systemische FT [Familientherapie] u. a. bei [...] depressiven Störungen hoch wirksam ist.“ <u>Kritik:</u> Alle methodischen Kriterien wurden mindestens angemessen erfüllt. Die vorsichtigen Schlussfolgerungen der Autoren erscheinen gerechtfertigt, das Fazit für die Praxis nicht.

Ergebnisse aus randomisiert kontrollierten Studien seit 2005 (Aktualisierung zu den systematischen Reviews, Schlüsselfragen B1-B4)

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
Diamond 2010 [41] USA	RCT	3	66 Jugendliche (nach Drop-out 57, 12-17 J., 83% weiblich) mit Suizidgedanken (Suicidal Ideation Questionnaire SIQ-JR ≥ 31) und depressiver Symptomatik (Beck Depression Inventory BDI-II ≥ 20) zu zwei Zeitpunkten im Abstand von ca. 2	<u>Intervention:</u> Attachment-Based Family Therapy (ABFT) in wöchentlichen Sitzungen <u>Kontrollbedingung:</u> Enhanced Usual Care (EUC): Klinische Beobachtung + erleichterte Vermittlung von Erstterminen bei anderen Anbietern und Ermutigung zur Teilnahme	Vorher, nach 6 Wochen (Mitte), 12 Wochen (Ende) und 24 Wochen (Follow-up)	Suizidalität (Selbst- und Fremdbereich), depressive Symptomatik (Selbstbericht), Teilnahme an der Behandlung	<u>Thema:</u> Bindungsbasierte Familientherapie (systemische Therapie) für Jugendliche mit Suizidgedanken <u>Ergebnisse für Patienten mit „klinischer Depression“ im letzten Jahr ($n = 35$):</u> Nach Woche 12 zeigte sich in der ABFT-Gruppe eine signifikant größere Verbesserungsrate in der selbstberichteten Suizidalität als in der EUC-Gruppe. Während des Follow-ups war dieser Unterschied nicht statistisch signifikant. Im Vergleich der Messung vorher mit der Follow-up-Messung zeigte sich ein signifikanter Unterschied zugunsten der ABFT (großer standardisierter Mittelwertsunterschied, $d = 1.00$). <u>Ergebnisse über alle Störungsbilder hinweg:</u> Zu Suizidalität im Selbstbericht vergleichbar. Gemäß Fremdbereich gaben nach 12

			<p>Tagen, davon 31 (47%) mit depressiver Störung (26 mit Major Depression, 5 mit Dysthymie)</p>			<p>Wochen 69.2% der ABFT-Gruppe und 34.6% der EUC-Gruppe keine Suizidgedanken in der vergangenen Woche an (OR = 4.25, 95% KI [1.33, 13.56]). Nach Woche 24 lagen diese Anteile bei 82.1% bzw. 46.2% (OR = 5.37 [1.56, 18.49]). Die depressive Symptomatik veränderte sich in der ABFT-Gruppe nicht statistisch signifikant stärker als in der EUC-Gruppe (kleine bis mittelgroße standardisierte Mittelwertsunterschiede zugunsten der ABFT). Nach Woche 12 gaben 54.8% der ABFT-Gruppe einen BDI-II ≤ 9 an und 31.0% der EUC-Gruppe (OR = 2.70, 95% KI [0.94, 7.71]). Nach Woche 24 lagen diese Anteile bei 58.1% bzw. 38.5% (OR = 2.21 [0.76, 6.42]). ABFT-Patienten nahmen an signifikant mehr Sitzungen teil ($M = 9.71$) als EUC-Patienten ($M = 2.87$). In einer Subgruppenanalyse mit Patienten, die ≤ 6 Sitzungen erhalten hatten, zeigte sich ein nicht signifikanter Unterschied in der Veränderung der Suizidalität zugunsten der ABFT-Gruppe.</p> <p><u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> ABFT ist wirksamer als EUC, um Suizidgedanken und depressive Symptome bei Jugendlichen zu reduzieren. Weitere Studien sind berechtigt, um die Wirksamkeit der Behandlung zu bestätigen und Veränderungsmechanismen zu prüfen.</p> <p><u>Kritik:</u> Die Messung der abhängigen Variablen erfolgte nicht verblindet und die psychometrische Güte der eingesetzten Verfahren wird nicht beschrieben. Trotz der Subgruppenanalyse ist nicht auszuschließen, dass die Unterschiede zugunsten der ABFT-Gruppe zum Teil auf eine größere Anzahl an Sitzungen zurückgehen, da sich die Gruppen darin sehr stark unterschieden. Aufgrund dieser Mängel erscheint die Reliabilität der Schlussfolgerungen zweifelhaft.</p>
<p>Eskin 2008 [42] Türkei</p>	<p>RCT</p>	<p>3</p>	<p>53 Jugendliche und junge Erwachsene (nach Drop-out 46, im Mittel 19.1 J., $SD = 3.4$, 69.6% weiblich) mit Major Depression nach DSM-IV-TR ohne medikamentöse Behandlung, Psychose oder bipolare Störung</p>	<p><u>Intervention:</u> Kurzzeitige strukturierte kognitiv-behaviorale Problemlösetherapie in 6 Sitzungen à 30-60 Min. (im Mittel 37.6)</p> <p><u>Kontrollbedingung:</u> Warteliste</p>	<p>Vorher, nachher, 1-Jahres-Follow-up ($n = 22$)</p>	<p>Depressive Symptomatik (Selbst- und Fremdbbericht), Wahrscheinlichkeit eines Suizids, Problemlösen, Durchsetzungsfähigkeit, Selbstwert</p> <p><u>Thema:</u> Problemlösetherapie für Depression und Suizidalität bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen</p> <p><u>Ergebnisse:</u> Unterschiede zwischen Problemlösegruppe nach der Behandlung und Warteliste nach der Wartezeit (alle zugunsten der Problemlösegruppe, eigene Berechnungen): Depressive Symptomatik im Selbstbericht (Beck Depressions-Inventar, BDI): $d = 1.29$ Im Fremdbbericht (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS): $d = 2.77$ Suizidgefahr: $d = 0.62$ Durchsetzungsfähigkeit: $d = 0.41$ Problemlösen: $d = 0.18$ Selbstwert: $d = 0.89$ Nach der Behandlung erreichten 77.8% der Patienten in der Problemlösegruppe, aber nur 15.8% in der Wartegruppe eine volle oder partielle Remission gemäß BDI (96.3% bzw. 21.1% gemäß HDRS). Die Erfolge wurden im Follow-up aufrechterhalten.</p> <p><u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Problemlösetherapie sollte als brauchbare Möglichkeit in der Behandlung von Depression und</p>

							<p>Suizidalität bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen berücksichtigt werden. <u>Kritik:</u> In der Wartegruppe lag die Drop-out-Rate bei 26.9% und es wurden keine Intention-to-treat-Analysen durchgeführt. Es wird nicht beschrieben, ob die Gruppenzuordnung verborgen und die Messungen verblindet durchgeführt wurden, ob die Wartegruppe in der Wartezeit eine andere Behandlung erhielt sowie ob die Interviewer geschult waren und wie hoch sie miteinander übereinstimmten. Zum Teil zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den beiden Standorten der Studie (eine High School, eine Universität). Daher erscheint die Reliabilität der Schlussfolgerungen zweifelhaft.</p>
<p>Rossello 2008 [43] Puerto Rico</p>	RCT	3	<p>112 Jugendliche (12-18 J., 55.4% weiblich) mit Major Depression nach DSM-IV-TR ($n = 74$) oder Children's Depression Inventory (CDI) ≥ 13 ($n = 38$) ohne akute Suizidgefahr, Psychose, Intelligenzminderung, Hyper-Aggression, parallele Pharmako- oder Psychotherapie, Verwicklung in Gerichtsverfahren, bipolare Störung, Störung des Sozialverhaltens oder Drogenmissbrauch</p>	<p><u>Interventionen:</u> Kognitive VT einzeln (CBT-I), kognitive VT in der Gruppe (CBT-G), IPT einzeln (IPT-I), IPT in der Gruppe (IPT-G)</p> <p>jeweils in wöchentlichen Sitzungen à 60 Min. (individuelle Therapie) bzw. 120 Min. (Gruppentherapie) für 12 Wochen</p> <p>+ 3-5 Elternsitzungen</p>	Vorher, nachher	<p>Depressive Symptomatik (dimensional Selbstbericht, kategorial nach Interview), Selbstkonzept (Selbstbericht), Symptomatik (Selbst- und Fremdbbericht), soziale Anpassung (Selbstbericht)</p>	<p><u>Thema:</u> Einzel- und Gruppen-VT und IPT für Jugendliche mit depressiven Symptomen <u>Ergebnisse:</u> In allen Bedingungen zeigten sich Verbesserungen. In den VT-Bedingungen ging die depressive Symptomatik gemäß Selbstbericht etwas stärker zurück ($p = .016$) und das Selbstkonzept verbesserte sich stärker ($p = .006$) als in den IPT-Bedingungen. Diese Ergebnisse fanden sich auch in einer Subgruppe aus Jugendlichen mit Diagnose einer depressiven Störung [Ergebnisse sind aber nur knapp dargestellt, anscheinend nicht signifikant, $p = .054$, A.d.A.]. Die Effektstärken (Hedge's g, für kleine Stichproben korrigierte standardisierte Mittelwertsdifferenz) betragen .18 für individuelle vs. Gruppentherapie (zugunsten der individuellen Therapie) und .43 für VT vs. IPT (zugunsten der VT). 62% der mit VT und 57% der mit IPT behandelten Jugendlichen erreichten nach der Behandlung einen CDI-Wert ≤ 12 als Anzeichen für das Erreichen einer nichtklinischen Symptomausprägung. Ähnliche Ergebnisse wurden für individuelle vs. Gruppentherapie ermittelt. <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sowohl kognitive VT als auch IPT robuste Behandlungen im Gruppen- und im individuellen Format sind. Kognitive VT jedoch erzielte eine signifikant größere Reduktion der depressiven Symptome und verbesserte den Selbstwert stärker als IPT. <u>Kritik:</u> Es wird nicht ausreichend beschrieben, ob die Messung verblindet erfolgte, ob die Interviewer geschult waren und wie hoch sie miteinander übereinstimmten sowie ob die einzelnen Gruppen zu Beginn der Studie vergleichbar waren. Die Gruppenzuordnung wurde nicht auf angemessene Art verborgen. Daher erscheint die Reliabilität der Schlussfolgerungen zweifelhaft. Da alle Behandlungsmanuale speziell auf die kulturellen Gegebenheiten in Puerto Rico angepasst wurden, ist unklar, inwiefern die Ergebnisse auf Deutschland übertragbar sind.</p>
<p>Tang 2009 [44]</p>	RCT	3	<p>73 Jugendliche (nach Drop-out 70, 12-18 J.,</p>	<p><u>Intervention:</u> Intensive IPT für Jugendliche</p>	Vorher, nachher	<p>Depressive Symptome,</p>	<p><u>Thema:</u> Schulbasierte intensive IPT für depressive Jugendliche mit Suizidrisiko und parasuizidalen Handlungen</p>

Taiwan			<p>65.7% weiblich) mit (teilweise?) Diagnose einer depressiven Störung nach DSM-IV-TR ohne akute psychotische Symptome, Drogenmissbrauch oder ernsthafte körperliche Erkrankung, akute Suizidgefahr ohne Absicherung durch die Familie</p>	<p>(IPT-A-IN) in 12 Sitzungen à 50 Min. 2 mal wöchentlich über 6 Wochen</p> <p><u>Kontrollbedingung:</u> TAU: Psychoedukation und individuelle Beratung 1-2 mal wöchentlich à 30-60 Min.</p>		<p>Angst-symptome, Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken (alle im Selbstbericht)</p>	<p><u>Ergebnisse:</u> In der IPT-A-IN-Gruppe zeigten sich nach der Behandlung niedrigere Werte bei depressiven und Angstsymptomen, Suizidgedanken und Hoffnungslosigkeit als in der TAU-Gruppe. Standardisierte Mittelwertsunterschiede (alle zugunsten der IPT-A-IN, eigene Berechnungen): Depressive Symptome: $d = 0.87$ Angstsymptome: $d = 1.08$ Suizidgedanken: $d = 0.77$ Hoffnungslosigkeit: $d = 0.99$</p> <p><u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Intensive schulbasierte IPT ist wirksam, um den Schweregrad der Depression, Suizidgedanken, Angst und Hoffnungslosigkeit bei depressiven Jugendlichen mit Suizidrisiko zu reduzieren.</p> <p><u>Kritik:</u> Es ist unklar, wie viele Teilnehmer die diagnostischen Kriterien für eine Major Depression erfüllten. Es wird nicht ausreichend berichtet, ob die Gruppenzuordnung verborgen wurden, ob die Messung verblindet erfolgte, ob die Gruppen vor Beginn der Intervention vergleichbar waren oder sich—abgesehen von der Versuchsbedingung—im Laufe der Behandlung unterschieden. Die psychometrische Güte der Messinstrumente wird nicht dargestellt. Intention-to-treat-Analysen fehlen. Daher erscheint die Reliabilität der Schlussfolgerungen der Autoren zweifelhaft.</p>
<p>Weisz 2009 [45] USA</p>	<p>RCT</p>	<p>3</p>	<p>57 Kinder und Jugendliche (8-15 J., 56% weiblich) mit depressiver Störung nach DSM-IV, einschließlich Minor Depression bei 32%, mit multiplen Komorbiditäten</p>	<p><u>Intervention:</u> Kognitive VT (Primary and Secondary Control Enhancement Training, PASCET), ausgeführt durch in der Versorgung tätige Therapeuten nach eintägiger Schulung und mit wöchentlicher Supervision + ggf. Medikation</p> <p><u>Kontrollbedingung:</u> TAU (einschl. ggf. Medikation)</p> <p>Dauer jeweils nicht festgelegt</p>	<p>Vorher, nachher (individuell nach Ende der Behandlung)</p>	<p>Depressive Symptomatik (Selbst- und Fremdbbericht), Erwartungshaltung, therapeutische Beziehung, Behandlungsprozess einschl. ökonomischer Parameter</p>	<p><u>Thema:</u> Kognitive VT vs. TAU für Kinder und Jugendliche mit Depression in regulären Behandlungssettings</p> <p><u>Ergebnisse:</u> 75% der Kinder und Jugendliche erfüllten am Ende der Behandlung nicht mehr die Kriterien für eine depressive Störung. Es zeigten sich darin keine signifikanten Unterschiede zwischen VT- und TAU-Bedingung (73.3% vs. 77.3%) oder zwischen Dysthymie, Minor und Major Depression. Auch in den dimensionalen Maßen zur depressiven Symptomatik zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen VT- und TAU-Bedingung. Allerdings erhielten Kinder und Jugendliche in der TAU-Bedingung häufiger eine zusätzliche Behandlung (u.a. Medikation), wurden im Mittel länger behandelt (39.26 vs. 25.20 Wochen) und verursachten im Mittel höhere Kosten (4.940,56 \$ vs. 3.221,34 \$). Außerdem war die von den Eltern berichtete therapeutische Allianz in der VT-Bedingung größer ($d = -0.66$).</p> <p><u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Die Ergebnisse zeigten Vorteile für kognitive VT bei der Einbindung der Eltern, dem verringerten Gebrauch von Medikation und anderen Versorgungsleistungen, Kosten und möglicherweise der beschleunigten Verbesserung—eine Hypothese, die eine Untersuchung in zukünftigen Studien rechtfertigt.</p> <p><u>Kritik:</u> Aus dem Studiendesign ergab sich, dass die Messungen vor und nach der Behandlung zeitlich unterschiedlich weit auseinanderlagen. Die Gruppenzuordnung wurde nicht auf angemessene Weise verborgen. Außerdem wird nicht ausreichend berichtet, ob die Ergebnisse für alle Standorte</p>

							vergleichbar sind. Daher erscheint die Reliabilität der Schlussfolgerungen der Autoren unsicher.
--	--	--	--	--	--	--	--

Ergebnisse aus dem deutschsprachigen Raum (Schlüsselfragen B1-B4)

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
Horn 2005 [46] Deutschland	NRCT	3	20 ambulant behandelte Kinder und Jugendliche (5-17 J.) mit depressiver Episode, Dysthymie oder Anpassungsstörung ($n = 2$) nach ICD-10 ohne psychotische Erkrankungen, Suchtstörungen, akute Suizidalität	<u>Intervention:</u> Psychodynamische Kurzzeittherapie über 4 Monate mit 25 Therapiestunden <u>Kontrollbedingung:</u> Wartekontrollgruppe	Vorher, nachher	Psychische, körperliche, sozial-kommunikative und leistungsmäßige Beeinträchtigung (Expertenurteil), Symptomatik (Psychischer und sozial-kommunikativer Befund, CBCL; Experten- bzw. Elternurteil)	<u>Thema:</u> Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeittherapie <u>Ergebnisse:</u> Die Gruppenzuordnung erfolgte quasi-randomisiert nach Zeitpunkt der Anmeldung. Das Alter der der Interventionsgruppe war signifikant höher. Es trat kein Drop-out auf. Die durch die unabhängigen Experten beurteilte Beeinträchtigungsschwere nahm in der Interventionsgruppe stärker ab als in der Kontrollgruppe ($d = 1.11$) ebenso wie die Störungsschwere ($d_{\text{korrr}} = 0.88$); eine „reliable und klinisch signifikante Reduktion“ trat bei 20% in der Interventionsgruppe vs. bei 0% in der Kontrollgruppe auf. Internalisierende Symptome nach Elternurteil (CBCL) verbesserten sich ebenfalls stärker in der Interventionsgruppe ($d_{\text{korrr}} = 1.09$). <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Psychodynamische Kurzzeittherapie stellt für depressive Kinder und Jugendliche ein erfolgreiches Behandlungsverfahren dar. Für einen Teil der Patienten ist eine intensivere oder längere oder aber auch eine andere Behandlungsform erforderlich. <u>Kritik:</u> Die Kinder und Jugendlichen der Interventionsgruppe waren älter und mehr von ihnen besuchten ein Gymnasium als in der Kontrollgruppe. Es ist unklar, ob dies Einfluss auf den Therapieerfolg hatte. Es wird nicht beschrieben, ob die Teilnehmer außerhalb der Studie eine Behandlung erhielten. Die Größe der Stichprobe war zwar ausreichend, um große Effekte in den statistischen Analysen als signifikant nachzuweisen (Teststärken .46-.77 nach eigenen Berechnungen post hoc für t-Tests mit gerichteten Hypothesen), die Repräsentativität der kleinen Gruppen ist allerdings zweifelhaft. Daher erscheint unsicher, ob die Schlussfolgerungen der Autoren verlässlich sind.
Weitkamp 2012 [47] Deutschland	NRCT	4	53 (aus Auswahl von 86) Kinder und Jugendliche (5-20 J.) mit erhöhter depressiver Symptomatik (Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche, DIKJ ≥ 18) mit ausreichenden Deutschkenntnissen ohne akute suizidale Tendenzen oder	<u>Intervention ($n = 36$ bzw. 62):</u> Individuelle psychoanalytische Psychotherapie in 25-205 Sitzungen (im Mittel 97) mit zusätzlichen Elternsitzungen im Verhältnis 4:1 <u>Kontrollbedingung ($n = 17$ bzw. 24):</u> Wartekontrollgruppe (für 3 Monate, zeitlich vergleichbar mit 25 Sitzungen) mit 1-8	Vorher, nachher; bei Kindern nach 50, 70, 120 und 150 Sitzungen, bei Jugendlichen nach 50, 90, 140 und 180 Sitzungen; 6- und 12-Monats-	Depressive Symptomatik (Selbst- und Elternurteil), Lebensqualität (Selbst- und Elternurteil), Vorliegen einer psychischen Störung	<u>Thema:</u> Wirksamkeit von psychoanalytischer Psychotherapie <u>Ergebnisse:</u> In der Interventionsgruppe zeigte sich eine statistisch signifikante Reduktion der Depressivität gemäß Selbst- und Elternurteil (große Prä-Post-Effekte nach im Mittel 97 Sitzungen). In der Kontrollgruppe zeigte sich eine statistisch signifikante Reduktion gemäß Elternurteil (großer Prä-Post-Effekt nach 3 Monaten), aber nicht gemäß Selbsturteil (kleiner Prä-Post-Effekt). Im direkten Vergleich unterschieden sich die Gruppen nach der Intervention bzw. nach der Wartezeit in der Größenordnung eines mittelgroßen Effekts gemäß Elternurteil ($d = 0.46$) und eines kleinen Effekts gemäß Selbsturteil ($d = 0.25$, korrigiert um Vortestunterschiede mittelgroßer Effekt, $d = 0.61$). In einer Varianzanalyse mit beiden Gruppen zeigte sich jedoch keine

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
			Psychose, davon 11 aus der Interventionsgruppe mit Diagnose einer depressiven Störung (aber diagnostische Interviews nur in Teilstichprobe; 192 Familien insgesamt in der Studie, die auch andere Indikationen untersuchte)	Sitzungen (im Mittel 3.5) zur Überbrückung	Follow-up		statistisch signifikante Interaktion Gruppe x Zeit. Die Lebensqualität verbesserte sich in der Interventionsgruppe statistisch signifikant gemäß Selbst- und Elternurteil. Ein Jahr nach der Intervention konnten bislang 15 Patienten mit einem diagnostischen Interview befragt werden. Davon erfüllten nur noch sieben die Kriterien einer psychischen Störung, davon einer die einer depressiven Störung. <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass psychodynamische Therapie die depressive Symptomatik reduzieren und die Lebensqualität verbessern kann. Auch ein Jahr nach Ende der Behandlung deuten die Ergebnisse auf einen bestehenden positiven Effekt der Behandlung hin. <u>Kritik:</u> Wie die Autoren selbst anmerken, wurden in Interventions- und Kontrollgruppe unterschiedliche Zeitintervalle untersucht. Es wurden keine Intention-to-treat-Analysen durchgeführt. Da von einigen Fällen nur eine Beurteilung vorlag (entweder Selbst- oder Elternurteil), wurden teilweise unterschiedliche Stichproben analysiert.
Abel 2010 [48] Deutschland	Vorher-Nachher-Studie	4	30 (von 39 eingeschlossenen) Jugendliche (12-18 J., 73.8% weiblich) mit depressiver Störung nach ICD-10, deutschsprachig, IQ >80, Prozentrang ≥ 90 im SBB-DES, davon 9 in stationärer, 21 in ambulanter Behandlung, 36.6% mit komorbiden Störungen, 43.3% mit SSRI behandelt seit ≥ 3 Wochen vor Intervention	Adaptierte Fassung des Adolescent Coping With Depression Course (CWD-A; „Gewusst wie – ein Depressionsbewältigungskurs für Jugendliche“)	Vorher, nachher, 6-Monats-Follow-up	Depressive Symptomatik (Selbst- und Elternurteil, DISYPS, YSR/CBCL), Belastung durch Symptome, Kognitionen, komorbide Psychopathologie	<u>Thema:</u> Wirksamkeit einer VT-Intervention in der Gruppe <u>Ergebnisse:</u> Sowohl die depressive Symptomatik als auch die Belastung durch die Symptome fiel gemäß Selbst- und Elternurteil von Prä- zu Postmessung ab (große Effekte). Zwischen Postmessung und Follow-up zeigte sich keine signifikante Veränderung. In der schwerer betroffenen Hälfte der Stichprobe fiel die Reduktion deutlicher aus. Die Balance aus positiven und negativen Kognitionen verbesserte sich nur leicht. Die allgemein psychopathologische Belastung reduzierte sich. Die ES von medizierten und nichtmedizierten Patienten fielen vergleichbar hoch aus. Unter den medizierten Patienten waren allerdings mehr schwer betroffene als unter den nichtmedizierten. <u>Schlussfolgerung der Autorin:</u> Unter Berücksichtigung der methodischen Einschränkungen der Studie kann davon ausgegangen werden, dass das vorliegende Manual geeignet ist, depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen im ambulanten und stationären psychiatrischen Setting erfolgreich kognitiv-verhaltenstherapeutisch zu behandeln.
Ihle 2002/2003 [49, 50] Deutschland	Vorher-Nachher-Studie	4	21 (von 24 eingeschlossenen) ambulant behandelte Jugendliche und junge Erwachsene (16-25 J.), davon 18 mit „Major Depression“ oder „Leichter Depressiver Episode“ nach DSM-IV	Deutsche Übersetzung des Adolescent Coping With Depression Course (CWD-A, Lewinsohn/Clarke et al.) als ambulante VT-Gruppenintervention mit je 4-8 Teilnehmern in 10 Sitzungen à 120 Min.	Vorher, nachher	Depressive Symptomatik (Selbstbericht), irrationale Grundüberzeugungen, Attributionsstil, Wohlbefinden, positive und negative Erwartungen,	<u>Thema:</u> Wirksamkeit einer VT-Intervention in der Gruppe <u>Ergebnisse:</u> Es zeigte sich eine Reduktion der depressiven Symptomatik und des irrationalen Denkens sowie eine Zunahme erwünschter Verhaltens- und Erlebensweisen im unkontrollierten Prä-Post-Vergleich ohne Follow-up. Bei Kursende waren 56% der zu Beginn depressiven Teilnehmer remittiert. <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Die Befunde der vorliegenden Pilotstudie sind vielversprechend und sprechen eindeutig für einen weiteren Einsatz und eine weitere Verbreitung der deutschen Kurzversion des CWD-A. Es gilt, die Befunde in kontrollierten Studien zu replizieren.

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/Stichprobe	Interventionen/Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
						Anhedonie	
<i>Fallstudien: s. Abschnitt Ergebnisse zu psychodynamischer und Gesprächspsychotherapie aus nicht randomisierten kontrollierten Studien und Beobachtungsstudien (Schlüsselfragen B1-B4)</i>							

Ergebnisse zum Vorschulalter (Schlüsselfragen B1-B4)

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/Stichprobe	Interventionen/Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
Luby 2012 [51] USA	RCT	3	29 (von 54 randomisierten) Eltern-Kind-Dyaden; Kinder (3.0-7.0 J.) mit Major Depression nach research diagnostic criteria zu DSM-IV, seit ≥ 6 Monaten bei Betreuer lebend, aktuell ohne andere Psychotherapie oder instabile psychotrope Medikation, bedeutsame körperliche oder neurologische Erkrankung, tiefgreifende Entwicklungsstörung, IQ < 70, Adoption nach dem Alter von 12 Monaten	<u>Intervention:</u> Parent-Child Interaction Therapy Emotion Development (PCIT-ED) in 14 Sitzungen über 12 Wochen. 1. und 2. Modul (je 4 Sitzungen): Child- bzw. Parent-Directed Interaction (Elemente: Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung durch Instruktion und in vivo Coaching positiver Spieltechniken, effektive Aufforderungen erteilen, Methoden zum Umgang mit Noncompliance und störendem Verhalten des Kindes auf sichere, nicht strafende Art) 3. Modul (6 Sitzungen): Emotion Development (Erkennen eigener und fremder Emotionen, Strategien zur Emotionsregulation) <u>Kontrollbedingung:</u> Developmental Education and Parenting Intervention (DEPI), Psychoedukation über emotionale und soziale Entwicklung in Gruppen mit 2-6 Teilnehmern in Sitzungen à 60 Min. über 12 Wochen	Vorher, nachher	Depressive Symptomatik des Kindes, andere psychiatrische Symptome, adaptives Funktionsniveau, psychosoziale Einschränkung, Emotionen erkennen, Emotionsregulation, exekutives Funktionsniveau, elterliche Depression, elterliches Stresserleben (strukturiertes Elterninterviews und Fragebögen)	<u>Thema:</u> Eltern-Kind-Intervention im Vorschulalter <u>Ergebnisse:</u> Hohe Drop-out-Raten in beiden Gruppen: 8 in PCIT-ED-Gruppe (von 27 randomisierten, 29.6%), 17 in DEPI-Gruppe (von 27 randomisierten, 63.0%). Es traten keine unerwünschten Wirkungen während der Intervention auf. Beide Gruppen verbesserten sich in verschiedenen Bereichen (u.a. depressive Symptomatik, andere psychiatrische Symptome, funktionale Einschränkungen), wobei sich mehr signifikante Prä-Post-Vergleiche bei der PCIT-ED-Gruppe zeigten. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen traten in Intention-to-treat-Analysen (aber nicht in Completer-Analysen) hinsichtlich des exekutiven Funktionsniveaus und dem Erkennen von Emotionen auf. <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Der RCT erwies sich als durchführbar und deutet darauf hin, dass in Zukunft eine individuelle Kontrollbedingung eingesetzt werden sollte, um die unterschiedlichen Drop-out-Raten zu verringern. Obwohl diese Pilot-Daten eine geringe Teststärke aufweisen, deuten sie darauf hin, dass PCIT-ED eine vielversprechende frühe Intervention für Depression sein kann. Größere RCTs zu PCIT-ED für depressive Vorschulkinder sind nun berechtigt. <u>Kritik:</u> Die Studie erfüllt alle Qualitätskriterien mindestens angemessen, aber die hohen Drop-out-Raten und die kleine Stichprobe sind bedenklich. Die vorsichtigen Schlussfolgerungen der Autoren erscheinen gerechtfertigt.

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
Lenze 2011 [52] USA	Vorher-Nachher-Studie	4	8 Eltern-Kind-Dyaden; Kinder (3;0-5;11 J.) mit Major Depression nach DSM-IV (ohne Berücksichtigung des Zeitkriteriums), zum Teil mit medikamentöser Behandlung (ohne Änderung der Dosierung)	Parent-Child Interaction Therapy Emotion Development (PCIT-ED) in 14 Sitzungen	Vorher, nachher	Depressive Symptomatik (halbstrukturiertes Elterninterview), weitere Psychopathologie, Belastung, Fähigkeit, Emotionen zu erkennen	<u>Thema:</u> Eltern-Kind-Intervention im Vorschulalter <u>Ergebnisse:</u> Die depressiven Symptome, die Belastung sowie andere internalisierende und externalisierende Symptome verringerten sich im unkontrollierten Prä-Post-Vergleich ohne Follow-up. Die Fähigkeit, Emotionen zu erkennen verbesserte sich bei den meisten Kindern, aber nicht statistisch signifikant. <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> PCIT-ED scheint ein vielversprechendes Programm für die Behandlung von depressiven Vorschulkindern zu sein. Die großen Effekte in dieser Pilotstudie weisen darauf hin, dass eine frühe Intervention eine günstige Gelegenheit für eine wirksamere Behandlung darstellt.

Ergebnisse zu psychodynamischer und Gesprächspsychotherapie aus nicht randomisierten kontrollierten Studien und Beobachtungsstudien (Schlüsselfragen B1-B4)

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
Baruch 2002 [53] Großbritannien	Nicht vergleichende Beobachtungsstudie (prospektiv)	4	151 Jugendliche (12-18 J.), davon 52.7% mit depressiver Störung (F3 nach ICD-10)	Psychodynamische Psychotherapie (Dauer nicht festgelegt und nicht beschrieben)	Bei Aufnahme, nach 3, 6 und 12 Monaten (Ende der Behandlung noch nicht erreicht [?])	Internalisierendes und externalisierendes Problemverhalten (Selbstbericht)	<u>Thema:</u> Wirksamkeit von individueller psychodynamischer Psychotherapie nach 12 Monaten <u>Ergebnisse:</u> Die stärkste Verringerung der Symptome zeigte sich in den ersten drei Monaten, danach fiel die Symptomatik immer weniger stark, aber weiterhin kontinuierlich ab. 31.8% der Teilnehmer bewegten sich aus dem Bereich der klinisch bedeutsamen internalisierenden Symptome in den nicht bedeutsamen Bereich; 2% veränderten sich in entgegengesetzter Richtung. 46.4% zeigten eine Verbesserung der internalisierenden Symptome, 51.0% keine Veränderung und 2.6% eine Verschlechterung. Der einzige Prädiktor der Veränderung der internalisierenden Symptomatik waren somatische Beschwerden. <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Diese Ergebnisse boten die empirische Grundlage für Veränderungen in der Versorgung.
Fonagy 1996 [54] / Target 1994 [55] Großbritannien	Nicht vergleichende Beobachtungsstudie (retrospektiv)	4	763 Kinder und Jugendliche, davon 99 mit Major Depression oder Dysthymie nach DSM-III-R	Psychodynamische Psychotherapie in 4-5 Sitzungen (bei 76%) oder 1-3 Sitzungen pro Woche (bei 24%) im Mittel für 2 Jahre (Median, 1 Woche - 13.6 Jahre)	Vorher, zum Ende der Behandlung	Vorliegen einer Diagnose, Funktionsniveau	<u>Thema:</u> Wirksamkeit von individueller psychodynamischer Psychotherapie <u>Ergebnisse zu Depression:</u> Am Ende der Behandlung erfüllten 40.4% der zuvor depressiven Patienten nicht mehr die diagnostischen Kriterien; 44.4% waren nicht mehr im dysfunktionalen Bereich; 61.6% zeigten eine reliable Verbesserung des Funktionsniveaus. Damit fielen die Verbesserungen geringer aus als in den anderen untersuchten diagnostischen Gruppen (generalisierte Angststörung, spezifische Phobien, emotionale Störungen insgesamt). Bei Kindern unter 11 Jahren und bei intensiverer Behandlung (4-5 Sitzungen pro Woche) zeigte sich eine stärkere Verbesserung des Funktionsniveaus. Ein schlechtes Ergebnis der Behandlung hing

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
							mit folgenden Variablen zusammen: Vorliegen von Enkopresis, einer Störung des Sozialverhaltens oder Persönlichkeitsstörung der Mutter, Einzelkind sein. Über alle emotionalen Störungen hinweg zeigten Kinder und Jugendliche mit niedrigerem Funktionsniveau/großer Beeinträchtigung häufiger eine Verbesserung, wenn sie intensiver (4-5 mal wöchentlich) behandelt wurden als bei weniger intensiver Behandlung. <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Trotz methodischer Schwächen identifiziert die Studie Prädiktoren der Verbesserung und zeigt, dass schwere oder überall vorhandene Pathologie intensive analytische Hilfe erfordert.
Muratori 2002 [56] Italien	NRCT	4	30 Kinder (6-10 J., 66.7% weiblich) mit emotionalen Störungen (F93 oder F92 nach ICD-10, explizit nicht F3, möglicherweise einige Fälle mit F92.0) mit begrenzter Anzahl an Lebensereignissen und IQ > 90	<u>Intervention:</u> Psychodynamische Kurzzeittherapie in bis zu 11 wöchentlichen Sitzungen (5 mit der Familie, 5 mit dem Kind, 1 Abschlussitzung mit der Familie) über ca. 4 Monate <u>Kontrollbedingung:</u> Keine Behandlung (n = 7) oder andere Behandlung (n = 8)	Vorher (T1), nach 6 (T2) und 18 Monaten (T3)	Internalisierendes und externalisierendes Problemverhalten, Funktionsniveau	<u>Thema:</u> Wirksamkeit von psychodynamischer Kurzzeittherapie bei Kindern mit emotionalen Störungen <u>Ergebnisse:</u> Hinsichtlich des internalisierenden Problemverhaltens zeigte sich ein signifikanter Zeiteffekt, aber kein signifikanter Interaktionseffekt Zeit x Gruppe. Innerhalb der Gruppen zeigte sich keine signifikante Veränderung von T1 zu T2; nur innerhalb der Interventionsgruppe gab es eine signifikante Veränderung von T2 zu T3 sowie von T1 zu T3. Hinsichtlich des Funktionsniveaus zeigte sich ebenfalls ein signifikanter Zeiteffekt (mit Veränderungen in beiden Gruppen von T1 zu T2 sowie von T1 zu T3), aber kein signifikanter Interaktionseffekt Zeit x Gruppe. <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Die größere Verbesserung der Interventionsgruppe in zwei Outcomemaßen (externalisierendes Problemverhalten und Problemverhalten insgesamt) deutet darauf hin, dass psychodynamische Kurzzeittherapie bei emotionalen Störungen wirksam ist. Die Hypothese wird vorgeschlagen, dass die Kurzzeittherapie langfristige („Sleeper“-)Effekte erzeugt. <u>Kritik:</u> Es wird nicht berichtet, wie viele Kinder die Kriterien für F92.0 erfüllten. Daher ist die Relevanz für die Zielgruppe der Leitlinie unklar. Die Kontrollgruppe war sehr heterogen. Es wird nicht berichtet, ob es Drop-out gab und ob die Daten der ursprünglichen Stichprobe (intention-to-treat) oder ausschließlich vollständige Daten analysiert wurden.
Muratori 2003 [57] Italien	NRCT	4	60 Kinder (58 nach Drop-out, 6-10 J.) mit internalisierenden Störungen (Angst oder Depression nach DSM-IV) mit IQ ≥ 90, nicht adoptiert und Eltern nicht aktuell in Scheidung, davon n = 38 mit Dysthymie	<u>Intervention:</u> s. Muratori 2002 <u>Kontrollbedingung:</u> Keine Behandlung (n = 15) oder andere Behandlung (n = 14)	Vorher (T1), nach 6 (T2) und 24 Monaten (T3)	Internalisierendes und externalisierendes Problemverhalten, ängstliche/depressive Symptome, Funktionsniveau, Inanspruch-	<u>Thema:</u> Wirksamkeit von psychodynamischer Kurzzeittherapie bei Kindern mit internalisierenden Störungen <u>Ergebnisse:</u> Hinsichtlich der ängstlichen/depressiven Symptome zeigte sich ein signifikanter Interaktionseffekt Zeit x Gruppe: In der Interventionsgruppe fielen die Symptome von T2 zu T3 (und von T1 zu T3) signifikant ab, nicht aber von T1 zu T2 und nicht in der Kontrollgruppe. Hinsichtlich des Funktionsniveaus zeigte sich ebenfalls ein signifikanter Interaktionseffekt Zeit x Gruppe: In der Interventionsgruppe stieg das Funktionsniveau von T1 zu T2 signifikant an, aber nicht mehr von T2 zu T3 und nicht in der Kontrollgruppe. In der Interventionsgruppe erreichte ein signifikant größerer Anteil ein klinisch unauffälliges

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
						nahme von Versorgungsleistungen zwischen T2 und T3	Funktionsniveau (82.76% zu T2 und 79.31% zur T3 vs. jeweils 44.83% in der Kontrollgruppe). Zwischen T2 und T3 nahmen 34.48% der Kontrollgruppe und 10.34% der Interventionsgruppe Versorgungsleistungen für psychische Störungen in Anspruch. <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Psychodynamische Kurzzeittherapie ist wirksam in der Behandlung von internalisierenden Störungen in der ambulanten Routineversorgung. Die positiven Auswirkungen der Behandlung manifestierten sich sowohl sofort als auch langfristig („Sleeper-Effekt“). Der Befund, dass Patienten nach psychodynamischer Kurzzeittherapie seltener Versorgungsleistungen in Anspruch nahmen, stellt eine wichtige ökonomische Auswirkung dar. <u>Kritik:</u> Es werden keine separaten Ergebnisse für Kinder mit Dysthymie berichtet. Die Kontrollgruppe war sehr heterogen. Es wurden keine Intention-to-treat-Analysen durchgeführt.
<p>Siehe auch Horn 2005 im Abschnitt Ergebnisse aus dem deutschsprachigen Raum (Schlüsselfragen B1-B4) Nicht zugänglich: Dissertation von Gourdine 1988 [58] (Fallserie oder Vorher-Nachher-Studie mit stationären Patienten, s. auch Evidenztabelle Interventionssetting)</p> <p>Fallstudien (Evidenzgrad 5): Zu Psychoanalyse: Alvarez 2009 [59], Burchartz 2004 [60], Caper 1981 [61], Cohen 1980 [62], Glorius-Josefowicz 2007 [63], Orfanos 2007[64] Zu psychodynamischer (Kurzzeit-)Therapie: Christogiorgos 2010 [65], Thompson 2005 [66], Youell 1997 [67] Zu Spieltherapie für Kinder: Briesmeister 1997 [68], Suth 1996 [69] Zu psychodynamisch fundierter „wilderness therapy“ für Jugendliche: Norton 2010 [70] Zum „cognitive behavioral analysis system of psychotherapy“ (CBASP) bei chronisch depressiven Jugendlichen: DiSalvo 2002 [71]</p>							

Ergebnisse zum Einbezug der Eltern als zusätzliche Maßnahme³ (Schlüsselfrage B5)

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
NICE 2005 [12]	Leitlinie ohne MA	1	2 RCTs (N = 182) mit Jugendlichen (14-18 J.) mit Diagnose einer depressiven Störung ohne Manie/ Hypomanie, Panikstörung, Generalisierte Angststörung, Störung des Sozialverhaltens, Substanzmissbrauch/ -abhängigkeit, Hirnschädigung,	Festgelegt für die Leitlinie: s. oben In den beiden RCTs: <u>Interventionen:</u> VT (Adolescent Coping With Depression Course, CWD-A) für 14-16 Sitzungen à 120 Min. über 7-8 Wochen in Gruppen mit bis zu 10 Teilnehmern + Elterngruppe in 8 wöchentlichen Sitzungen	Nachher, Follow-up	Remission, Symptomatik, Funktionsniveau, Abbruch der Behandlung	<u>Ergebnisse aus den 2 RCTs</u> <u>Clarke 1999</u> [72] (N = 123): In den beiden VT-Bedingungen höhere Remissionsraten und größere Reduktion der depressiven Symptomatik im Selbstbericht als in Wartebedingung; zwischen VT und VT+Eltern keine signifikanten Unterschiede. Im Follow-up wurden diese Gruppen vermischt und randomisiert auf drei neue Bedingungen verteilt, sodass keine Aussagen dazu möglich sind. Methodische Qualität dieses RCTs wurde als sehr gut bewertet (nur Verbergung der Gruppenzuordnung nicht erwähnt). <u>Lewinsohn 1990</u> [73] (N = 59): In den beiden VT-Bedingungen höhere Remissionsraten als in Wartebedingung, größere Reduktion der depressiven Symptomatik im Selbstbericht ($d >$

³ Hier nicht berücksichtigt: Systemische Therapie

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
			Intelligenzminderung, Schizophrenie oder akute Suizidalität	à 120 Min., bei [72] 2 davon mit den Jugendlichen <u>Kontrollbedingungen:</u> Gruppen-VT ohne Elterngruppe, Warteliste			0.8), aber im Elternbericht nur bei VT+Eltern, kein Unterschied zwischen VT ohne Eltern und Warteliste. Zwischen VT und VT+Elterngruppe keine signifikanten Unterschiede im Selbstbericht ($d = 0.31$ und 0.34), im Elternbericht große Effekte ($d = 1.25$ und 0.82). Im Follow-up (ohne Vergleich zur Warteliste) nach 6 Monaten gar keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen VT und VT+Eltern, tendenziell Abfall der depressiven Symptomatik im Selbstbericht bis 12 Monate, danach stabil niedrig bis 24 Monate. Methodische Kritik: Verbergung der Gruppenzuordnung und Verblindung bei der Messung der Outcomes nicht beschrieben, keine ITT-Analysen. <u>Schlussfolgerung NICE:</u> keine beweiskräftigen Befunde
Sanford 2006 [74] Kanada	RCT	3	31 Jugendliche (13-18 J.) mit Major Depression nach DSM-IV ohne Intelligenzminderung, tiefgreifende Entwicklungsstörung, Verhaltensstörung, Anorexia nervosa oder nichtaffektive Psychose	<u>Intervention:</u> TAU + Familien-Psychoedukation (FPE) in 12 Sitzungen à 90 Min. über 6 Monate und einer Booster-Sitzung beim 3-Monats-Follow-up, jeweils zu Hause mit allen interessierten Familienmitgliedern <u>Kontrolle:</u> TAU	Vorher, in der Mitte der Behandlung, nachher, 3-Monats-Follow-up	Depressive Symptomatik gemäß Selbstbericht, soziales und familiäres Funktionsniveau, Beziehung zwischen Jugendlichen und Eltern	<u>Thema:</u> Machbarkeit und Wirksamkeit von Familien-Psychoedukation als Zusatz zu TAU Nicht signifikant stärkerer Rückgang der depressiven Symptomatik in der FPE-Gruppe ($d = 0.52$ zwischen den Gruppen nach der Intervention, 0.64 zum Follow-up). In den meisten, aber nicht allen Maßen für das soziale und familiäre Funktionsniveau und die Beziehung zwischen Jugendlichen und Eltern signifikant stärkere Verbesserungen in der FPE-Gruppe. Die Eltern der FPE-Gruppe (aber nicht die Jugendlichen) zeigten eine höhere Zufriedenheit mit der Behandlung. <u>Kritik:</u> Die Messung der Outcomes erfolgte nicht verblindet. 10 von 41 Teilnehmern wurden ausgeschlossen, da die Studie an einem Standort abgebrochen wurde.
Verdeli 2004 [75] USA	Vorher-Nachher-Studie	4	9 Mütter mit depressiver Störung ohne Substanzmissbrauch oder akute Suizidalität, deren Kinder (6-18, im Mittel 14.1 J.) eine depressive Störung haben (IQ > 75. Pezentil [110])	IPT in wöchentlichen Sitzungen à 45 Min. über 12 Wochen (mit den Müttern, TAU mit den Kindern, nicht näher beschrieben)	Vorher, in der Mitte der Behandlung (nach 6 Wochen) nachher	Bei den Kindern: Depressive Symptomatik, soziales und globales Funktionsniveau	<u>Thema:</u> Behandlung depressiver Mütter von depressiven Kindern <u>Rekrutierung:</u> Von 171 angesprochenen Müttern erfüllten nach zweistufiger Eingangsdagnostik 17 die Einschlusskriterien; 12 wollten teilnehmen, 3 davon schieden in den ersten vier Wochen der Behandlung aus. <u>Ergebnisse bei den Kindern:</u> Depressive Symptomatik verbesserte sich im Fremdurteil (Hamilton Depression Rating Scale: Prä-Post-ES 1.27), aber nicht signifikant im Selbstbericht (0.41). Globales und soziales Funktionsniveau veränderten sich nicht signifikant (0.61 bzw. 0.57). Es zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen der Veränderung der depressiven Symptomatik der Mütter und dem globalen Funktionsniveau der Kinder (aber nicht mit deren depressiver Symptomatik). Bei den Müttern größere und signifikante Effekte. Die parallele Behandlung der Kinder hatte teilweise schon vor Beginn der Studie angefangen. <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Eine Verbesserung der mütterlichen Depression könnte mit verbesserten Ergebnissen bei den Kindern verbunden sein. Es ist jedoch schwierig, Mütter, die ihre Kinder in einer Klinik vorstellen, zu einer Behandlung für sich selbst zu motivieren.

Ergebnisse zu Einflussfaktoren auf die Wirksamkeit (Schlüsselfrage B6)

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
Chu 2007 [76]	SR mit MA mit CRD-Vermerk, aber (noch) ohne Abstract	2	28 englischsprachig peer-reviewed publizierte RCTs von 1980-2006 mit Kindern und Jugendlichen (6-18 J.) mit Diagnose einer Angst- oder depressiven Störung oder „klinisch bedeutsamer“ Angst oder Depression, davon 14 RCTs zu Depression (N = 723)	<u>Interventionen:</u> Verhaltenstherapie, kognitive Therapie oder kognitive Verhaltenstherapie <u>Kontrollbedingungen:</u> Passive Kontrolle oder alternative Behandlung	Nachher	Behandlungs-outcome (nicht näher festgelegt) und mind. ein kognitives, Coping-, Verhaltens- oder physiologisches Outcome als Prozessvariable	<u>Thema:</u> Mediatoren der VT bei Angststörungen und Depression <u>Ergebnisse</u> aus den 14 RCTs zu Depression: Die mittlere ES der Behandlungsauscomes betrug im Vergleich zu Warteliste 0.87 (13 Vergleiche), im Vergleich zu aktiver Kontrollbedingung 0.29 (7 Vergleiche). Insgesamt zeigten sich in den 14 Studien eine mittlere ES = 0.60 (SD = 0.48) für Depression-Outcomes, eine mittlere ES = 0.28 (SD = 0.44) für Angst-Outcomes und eine mittlere ES = 0.46 (SD = 0.46) für das globale Funktionsniveau. Kleine Effekte zeigten sich auf kognitive, aber nicht auf Verhaltens- oder Coping-Prozesse. <u>Schlussfolgerung der Autoren:</u> Zusätzliche Vorarbeiten wären sinnvoll. Obwohl VT konsistente bedeutsame Effekte auf Depressionsoutcomes zu erreichen scheint, gibt es wenige konsistente Kandidatenvariablen, die erklären, wie die Effekte herbeigeführt werden. <u>Beurteilung:</u> Die Qualität der Primärstudien wird nicht berücksichtigt. Durch die Beschränkung auf englischsprachige, nach peer review veröffentlichte Studien, könnten relevante Studien nicht berücksichtigt worden sein. Dennoch erscheinen die vorsichtigen Schlussfolgerungen der Autoren angemessen.
McCarty 2007 [77]	Zusätzliche Analyse zu Weisz 2006 ohne CRD-Vermerk	2	Aus den 35 RCTs bei Weisz 2006: 9 RCTs (N = 354) mit einer ES > 0.5 und Kindern und Jugendlichen (0-18 J.) mit klinischer Diagnose einer depressiven Störung	s. Weisz 2006	Nicht festgelegt	Nicht festgelegt	<u>Thema:</u> Wirksame Komponenten von Psychotherapie Therapeutische Elemente erfolgreicher Studien (VT, IPT und ST): <ul style="list-style-type: none"> - Fokus auf Erreichen messbarer Ziele und Erhöhen der Fähigkeiten in einem bestimmten, von den Jugendlichen selbst identifizierten Bereich; - Psychoedukation; - Selbstbeobachtung; - soziale und Kommunikationsfähigkeiten; - kognitive Umstrukturierung und allgemeine Problemlösefähigkeiten; - Verhaltensaktivierung. <u>Kritik:</u> Die Auswahl der Studien wird nicht ausreichend beschrieben. Die Qualität der Primärstudien wurde nicht formell bewertet. Für das Auswahlkriterium ES > 0.5 waren weder die Kontrollbedingung noch Outcomes festgelegt. Daher könnten relevante Interventionen, die im Vergleich zu einer aktiven Kontrollbedingung eine numerisch geringere ES erzielten, nicht berücksichtigt worden sein.
Michael 2005 [78]	SR mit MA ohne CRD-Vermerk	4	19 Studien (N = 885, 12 RCTs und 7 unkontrollierte Studien) mit Kindern und Jugendlichen (5-	<u>Interventionen:</u> Psychosoziale Interventionen (31 in den 19 Studien) <u>Kontrollbedingungen:</u>	Nicht festgelegt	Depressive Symptomatik	<u>Thema:</u> Vergleich von Behandlern mit fachspezifischen Abschluss und Behandlern in Ausbildung <u>Ergebnisse:</u> Zusammenfassung der Prä-Post-Effektstärken (ohne Berücksichtigung der jeweiligen Kontrollbedingungen): Mittlere Prä-Post-ES aller 31 Interventionen 1.47. ES = 1.56 in Studien

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
			18 J.) mit Depression, mit und ohne Diagnose als Einschlusskriterium, publiziert 1980-2001	keine ($k = 7$), Wartegruppe ($k = 7$), keine Behandlung ($k = 4$), clinical monitoring ($k = 1$) und/oder Aufmerksamkeits-placebo ($k = 2$)			mit „Professionals“ als Therapeuten (Personen mit Abschluss in Psychologie, sozialer Arbeit, Psychiatrie oder Pädagogik, $k = 9$) vs. ES = 1.38 in Studien mit „graduate students“ (auf dem Weg zu einem solchen Abschluss, $k = 10$), kein signifikanter Unterschied. Keine bedeutsamen Unterschiede in ES nach Alter (Kinder vs. Jugendliche) oder danach, ob Diagnose Einschlusskriterium war oder erhöhte Symptomatik. Konfidenzintervalle oder Homogenitätstests werden nicht berichtet. <u>Schlussfolgerung der Autoren:</u> Professionelle Therapeuten scheinen keine besseren Ergebnisse zu erzielen als fortgeschrittene Studenten. Zu beachten: In 16 der 19 Studien wurden die Interventionen explizit als „manualisiert“ bezeichnet und enge Supervision der Studenten wurde häufig berichtet. <u>Kritik:</u> Das methodische Vorgehen ist unzureichend beschrieben. Die Qualität der Primärstudien wurde nicht berücksichtigt. Verschiedenste, vermutlich sehr unterschiedliche Interventionen, Studiendesigns und Outcome-Maße werden zusammengefasst, sodass die Validität der Schlussfolgerung unsicher erscheint.
Spielmanns 2007 [79]	SR mit MA ohne CRD-Vermerk	2	26 (?) englischsprachig veröffentlichte RCTs (Stichprobenumfänge nicht aufgeführt) bis 2005 mit Kindern und Jugendlichen (< 18 J.) mit depressiven oder ängstlichen Symptomen, davon 10 RCTs zu Depression	<u>Interventionen:</u> Angemessene („bona fide“) VT mit dem Ziel, depressive oder ängstliche Symptome zu verringern. Kriterien für Angemessenheit: 1) Therapeut trainiert, mind. Master oder in Graduiertenprogramm in klinischer oder Beratungs-Psychologie oder Sozialarbeit 2) Intervention findet in persönlichen Treffen und angepasst an Klienten statt 3) Intervention enthält valide Komponenten, d.h. bezieht sich auf etablierte Schule, ist beschrieben und bezogen auf psychologische Prozesse, ist manualisiert oder die aktiven Anteile wurden nachweisbar identifiziert (2 aus diesen 4) <u>Kontrollbedingungen:</u> Andere Psychotherapie (VT möglich); TAU ausgeschlossen, da hier Zuordnung angemessen— unangemessen nicht möglich	Nicht festgelegt (nachher)	Nicht festgelegt	<u>Thema:</u> Wirksamkeit von Teilkomponenten der VT <u>Ergebnisse zu Depression:</u> VT erschien signifikant wirksamer als unangemessene Interventionen (ES post treatment 0.57, über alle Zeitpunkte 0.41, $k = 8$), aber nicht signifikant wirksamer als andere angemessene Interventionen (ES post treatment -0.62, über alle Zeitpunkte -0.45, $k = 1$ [11]). Volle VT war nicht signifikant wirksamer als Teilkomponenten (ES post treatment 0.53, über alle Zeitpunkte 0.23, $k = 1$ [73]). <u>Schlussfolgerungen der Autoren (auch zu Angst):</u> Die Ergebnisse legen nahe, dass die theoretisch angeblich entscheidenden Bestandteile der VT sich nicht speziell verbessernd auf Depression und Angst bei Kindern und Jugendlichen auswirken. <u>Kritik:</u> Relevante Studien könnten bei der Recherche nicht berücksichtigt worden sein. Es werden nur wenige Einzelheiten zu den eingeschlossenen Studien berichtet. Die Validität der Primärstudien wurde nicht berücksichtigt. Da der Vergleich zu anderen angemessenen Interventionen und zu Teilkomponenten nur auf jeweils einer Studie beruht, deren methodische Qualität nicht geprüft wurde, ist unsicher, wie reliabel die Schlussfolgerungen der Autoren sind.

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
				(häufig schlecht beschrieben)			
Clarke 1992 [80]	Zusätzliche Analyse zu Lewinsohn et al. 1990 [73] Abhängige Fall-Kontroll-Studie	4	37 von 59 Jugendlichen aus dem RCT (14-18 J.) mit Diagnose einer depressiven Störung ohne Manie/ Hypomanie, Panikstörung, Generalisierte Angststörung, Störung des Sozialverhaltens, Substanzmissbrauch/-abhängigkeit, Hirnschädigung, Intelligenzminderung, Schizophrenie oder akute Suizidalität	<u>Für diese Analyse:</u> Nach VT-Intervention (nach Lewinsohn, Clarke et al.) remittierte vs. weiterhin depressive Jugendliche	Vorher, nachher	Remission (RDC-Kriterien nicht mehr erfüllt gemäß halb-strukturiertem Interview), depressive Symptomatik (Selbstbericht)	<u>Thema:</u> Prädiktoren für den Behandlungserfolg der VT <u>Ergebnisse:</u> Die Warteliste ($n = 19$) und 3 Teilnehmer, von denen keine Prätestwerte vorlagen, wurden von diesen Analysen ausgeschlossen. 16 Teilnehmer zeigten nach der Intervention eine Remission, 21 hatten zu diesem Zeitpunkt weiterhin eine affektive Störung. Als potentielle Prädiktoren des Behandlungserfolgs wurden alle Variablen berücksichtigt, die mit den Outcome-Variablen signifikant korrelierten (unkorrigiertes $p < .05$). Remission hing zusammen mit niedrigerem BDI-Score und niedrigerer Zustands-Angst vor der Intervention, mehr Genuss bei und Häufigkeit von angenehmen Aktivitäten und mehr rationalen Gedanken (insgesamt: $R^2 = .39$). Die entsprechende Diskriminanzfunktion klassifizierte 83.8% der 37 Fälle korrekt (Sensitivität 81.3, Spezifität 85.7). Verbesserungen im BDI (nach Berücksichtigung der BDI-Scores vor der Intervention) hingen zusammen mit größerer Anzahl vergangener psychiatrischer Diagnosen, Einbezug der Eltern in die Behandlung und einem jüngeren Alter bei Beginn der ersten depressiven Episode (insgesamt: $R^2 = .71$, 20.7% Varianz zusätzlich zu BDI-Scores vor der Intervention erklärt) <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Die Merkmale, die ein positives Ergebnis für Jugendliche vorhersagen, können eine begrenzte Ähnlichkeit aufweisen zu den Prädiktoren bei Erwachsenen, besonders wenn der Behandlungserfolg anhand der psychiatrischen Diagnosen definiert wird. (Hierzu angeführt: „capitalization model“: Patienten profitieren am meisten, wenn die Intervention auf den Bereichen aufbaut, wo die Patienten die größte Kompetenz aufweisen, indem sie die Behandlungsbemühungen auf den Bereich konzentriert, wo das meiste Können vorher vorhanden ist.) <u>Kritik:</u> Selektion und Drop-out der Teilnehmer sowie die Auswahl möglicher Prädiktoren sind abhängig vom RCT. Die Generalisierbarkeit der Schlussfolgerungen ist möglicherweise eingeschränkt.
Brent 1998 [81]	Zusätzliche Analysen zu Brent et al. 1997 [16] (RCT)	4	107 Jugendliche (13-18 J.) mit Diagnose einer Major Depression nach DSM-III-R, BDI-Score von ≥ 13 und	<u>Interventionen:</u> Individuelle VT (nach Beck), ST (Systemisch-Behaviorale Familientherapie, SBFT) <u>Kontrollbedingungen:</u>	Vorher, nachher	Remission (entweder DSM-III-R Kriterien für Major Depression	<u>Thema:</u> Prädiktoren für die Wirksamkeit psychosozialer Interventionen <u>Vergleich von Jugendlichen mit gutem oder schlechtem Ergebnis:</u> Weiter vorhandene Depression hing zusammen mit klinischer Überweisung (vs. Anmeldung zur Studie auf Anzeige) und war teilweise vermittelt durch Hoffnungslosigkeit. Andere Prädiktoren

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/Stichprobe	Interventionen/Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
			normalem IQ ohne Psychose, bipolare, Zwangs-, Ess- oder Störungen mit Substanzmissbrauch, aktuell Missbrauch, Schwangerschaft oder chronische körperliche Erkrankung	Non-direktive supportive Therapie (NST) in jeweils 12-16 Sitzungen über 12-16 Wochen		nicht mehr erfüllt, oder dies + BDI > 9 für mind. 3 Sitzungen, oder Children's Global Assessment Scale [C-GAS] < 60)	waren komorbide Angststörung, mehr kognitive Verzerrungen und Hoffnungslosigkeit vor der Intervention. Das Nichterreichen einer Remission hing zusammen mit stärkerer depressiver Symptomatik im Selbstbericht. Ein schlechteres Funktionsniveau wurde vorhergesagt durch stärkere depressive Symptomatik im Interview. Komorbide Angststörung und mütterliche depressive Symptomatik sagten eine unterschiedliche Wirksamkeit voraus. Auch bei ungünstigen Prädiktoren blieb die Leistung der VT gegenüber der NST robust. <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Prädiktoren von schlechten Ergebnissen können Hinweise darauf geben, wie das Ansprechen auf die Intervention verbessert werden kann. Teilnehmer, die sich auf eine Anzeige melden, könnten ein besseres Ansprechen zeigen als überwiesene Patienten. Die Wirksamkeit von VT ist wahrscheinlich robust auch bei komplexeren und schwierig zu behandelnden Fällen.
Brent 1999 [82]	Zusätzliche Analysen zu Brent et al. 1997 [16] (RCT)	4	s. Brent 1998	s. Brent 1998	Vorher, nachher, 24-Monats-Follow-up	Zusätzliche Behandlung außerhalb der Studie	<u>Thema:</u> Vergleich von Jugendlichen, die zusätzliche Behandlung oder keine zusätzliche Behandlung außerhalb der Studie erhielten <u>Ergebnisse:</u> 53% der Jugendlichen erhielten Behandlung außerhalb der Studie mit einer mittleren Latenz bis zur Aufnahme der Behandlung von 7.2 Monaten (Median). Raten und Zeitrahmen waren vergleichbar zwischen den drei RCT-Bedingungen trotz der besseren Wirksamkeit von VT in der Akutphase. Prädiktoren für eine zusätzliche Behandlung in der Akutphase waren Schwere der depressiven Indexepisode und komorbide Dysthymie. Prädiktoren im Follow-up waren die Schwere der depressiven Symptomatik, Störungen des Sozialverhaltens und familiäre Probleme. <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Zukünftige Studien müssen die gesamte depressive Episode, nicht nur die Akutphase, berücksichtigen, um Rückfälle zu vermeiden. Sie müssen sich auch mit familiären Schwierigkeiten und komorbiden Verhaltensproblemen befassen.
Stein 2001 [83]	Zusätzliche Analysen zu Brent et al. 1997 [16] (RCT)	4	s. Brent 1988	s. Brent 1998	Vorher, nachher	Veränderung in der Glaubhaftigkeit der Intervention für die Eltern	<u>Thema:</u> Prädiktoren für die Überzeugung der Wirksamkeit einer Psychotherapie der Eltern <u>RCT:</u> Glaubhaftigkeit der Intervention für die Eltern blieb in VT-Gruppe konstant, verschlechterte sich für ST und NST <u>Ergebnisse zur Veränderung der Glaubhaftigkeit:</u> Nach Kontrolle von Interventionseffekten hing einzig der Baseline-BDI-Wert signifikant mit der Veränderung der Glaubhaftigkeit der Intervention für die Eltern zusammen (11% Varianz erklärt). Bei Betrachtung der einzelnen Bedingungen war dies für die VT- und die NST-Bedingung bedeutsam. <u>Schlussfolgerungen der Autoren:</u> Je stärker die depressive Symptomatik vor der VT- oder NST-Intervention (aber nicht bei der ST-Intervention), desto vorteilhafter die Veränderung der

Kürzel, ggf. Land	Typ	EG	Inhalt/ Stichprobe	Interventionen/ Bedingungen	Zeitpunkte	Outcomes	Effektgrößen/Schlussfolgerungen/Einschränkungen
							Glaubhaftigkeit. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass jede Verbesserung (bei VT) oder unterstützender therapeutischer Kontakt (NST) Anklang finden könnte bei Eltern von schwer depressiven Jugendlichen.
Jayson 1998 [84]	Zusätzliche Analyse zu Wood et al. 1996 [85] (RCT) und Kroll et al. [86] (NRCT) Abhängige Fall-Kontroll-Studie	4	50 Kinder und Jugendliche (10-17, im Mittel 14.6 J.) mit Diagnose einer Major Depression ohne Medikation mit Antidepressiva, Intelligenzminderung, Autismus oder Unfähigkeit, Fragebögen auszufüllen	<u>Für diese Analyse:</u> Nach VT-Intervention (nach Vostanis, Harrington et al.) remittierte vs. weiterhin depressive Kinder und Jugendliche	Vorher, nachher	Remission (depressive Stimmung und Anhedonie höchstens gering in den letzten 3 Wochen gemäß halb-strukturiertem Interview)	<u>Thema:</u> Prädiktoren der Remission auf VT 30 Teilnehmer zeigten nach Ende der Intervention eine Remission, 20 nicht. In Regressionsanalysen stellten sich zwei Prädiktoren für Remission heraus: Eine weniger eingeschränkte soziales Funktionsniveau vor der Intervention und ein jüngeres Alter der Teilnehmer. Andere Faktoren wie z.B. das Alter bei Beginn der depressiven Störung hatten keinen signifikanten Einfluss. <u>Schlussfolgerung der Autoren:</u> Depressive Patienten, die auf eine VT-Intervention ansprechen, sind tendenziell jünger und weniger stark eingeschränkt als Patienten, die nicht ansprechen. <u>Kritik:</u> Selektion und Drop-out der Teilnehmer sowie die Auswahl möglicher Prädiktoren sind abhängig von den zugrundeliegenden Studien. Die Generalisierbarkeit der Schlussfolgerung ist möglicherweise eingeschränkt.

Laufende oder unveröffentlichte Studien zur Psychotherapie ohne Ergebnisse

Thema	Titel	ClinicalTrials.gov Identifier oder Referenz	Weitere Informationen
Kognitive VT	Clinical and Cost Effectiveness of Brief Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) for Pediatric Internalizing Disorders	NCT00669526	RCT, abgeschlossen
	MICHI – Evaluation eines manualisierten psychosozialen Interventionsprogramms für Jugendliche mit depressiven Störungen	DGKJP-Kongressvortrag 2011 (Dr. N. Spröber, ..., PD Dr. M. Kölch, Universitätsklinikum Ulm)	RCT, laufend
	Brief Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for Pediatric Anxiety and Depression in Primary Care (BCBT-PC)	NCT01128764	RCT, laufend
	Young Adult and Teen Sleep Study (YATSS)	NCT00949689	RCT, laufend
	Study of Adolescence and Depression (STAND)	NCT00523081	RCT, laufend
	Treatment of Youth Comorbid Conduct Problems and Depression	NCT01267773	RCT, laufend
	Treatment for Depressed Preadolescent Girls	NCT00061698	RCT, Status unbekannt
	Relapse Prevention for Suicidal Dually Diagnosed Youths (CBT-RP)	NCT00589641	RCT, Status unbekannt
	Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Reducing Depressive Symptoms in Physically Ill Youth	NCT00596869	RCT, Status unbekannt
	Depression In Juvenile Diabetics	NCT00005116	Unkontrolliert, abgeschlossen
	Effectiveness of Emotion-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Treating Adolescents With Emotional Disorders	NCT00628888	Unkontrolliert, Status unbekannt
Effects of Therapist Behavior on the Treatment of Depressed Adolescents	NCT00073359	Unkontrolliert, Status unbekannt	
PP	Improving mood with psychoanalytic and cognitive therapies (IMPACT): a pragmatic effectiveness superiority trial to investigate whether specialised psychological treatment reduces the risk for relapse in adolescents with moderate to severe unipolar depression	Goodyer 2011 [87]	RCT, laufend

	Psychoanalytische Kurzzeittherapie für Kinder mit emotionalen Symptomen und affektiven Störungen (PaKT)	Göttken 2011 [88, 89]	Kontrolliert, laufend
	Wirksamkeitsprüfung ambulanter psychoanalytischer Kurz- und Langzeittherapie von Kindern und Jugendlichen im naturalistischen Versorgungskontext	DGKJP-Kongressvortrag 2009 (K. Weitkamp, ..., Prof. Dr. G. Romer, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)	Kontrolliert, laufend
	Stationäre, psychodynamisch orientierte Psychotherapie von Jugendlichen mit einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	DGKJP-Kongressvorträge 2009 und 2011 (C. Cropp, Prof. Dr. A. Streeck-Fischer, Prof. Dr. F. Leichsenring, Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn)	RCT, laufend
	Brief Group Intervention Using EFT (Emotional Freedom Techniques) for Depression in College Students	NCT01117532	RCT, abgeschlossen
ST	Attachment Based Family Therapy for Suicidal Adolescents	NCT01537419	RCT, laufend
	Family Therapy as Hospital Aftercare for Adolescent Suicide Attempters	NCT01195740	RCT, laufend
	Designing and Testing a Family Therapy for Adolescent Depression	NCT00867919	RCT, laufend
IPT	Group interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-AG) in school-based clinics	Mufson 2006 [90]	RCT, abgeschlossen
	Does Interpersonal Psychotherapy improve clinical care for adolescents with depression attending a rural child and adolescent mental health service? Study protocol for a cluster randomised feasibility trial.	Bearsley-Smith 2007 [91]	RCT, abgeschlossen
	A Stepped Care Model of Adolescent Depression Treatment in Primary Care (SCRIPT-A)	NCT01443715	RCT, laufend
	Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents and Parents	NCT00619411	Unkontrolliert, abgeschlossen
	A Clinical Trial of Interpersonal Psychotherapy for Adolescents (IPT-A) to Prevent Suicide in Depressed Adolescents With Suicidal Behavior (IPT-A-CSP)	NCT01447602	Unkontrolliert, laufend
	Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents Engaging in Non-Suicidal Self-Injury	NCT00401102	Unkontrolliert, Status unbekannt
	Psychotherapy for Depressed Mothers of Psychiatrically Ill Children (IPT Moms)	NCT00919594	RCT, laufend
Weitere psychotherapeutische Interventionen	First Experimental Study of Transference Work - In Teenagers (FEST-IT)	NCT01531101	RCT, laufend
	Systems of Support Study for Childhood Depression (SOS)	NCT01159041	RCT, laufend
	Behavioral Activation With Depressed Adolescents	NCT01137149	RCT, laufend
	Reaching Out to Adolescents With Depression (ROAD)	NCT01140464	RCT, laufend
	Behavioral Activation With Depressed Adolescents	NCT01137149	RCT, laufend
	Reducing Health Risk Behavior and Improving Health in Adolescents With Depression	NCT00461539	RCT, Status unbekannt
	Behavioral and Affective Skills in Coping: Practice-Adapted Child Psychotherapy	NCT01463241	Unkontrolliert, laufend
	Supportive Expressive Therapy for Depressed and Anxious Adolescents	NCT00381979	Unkontrolliert, aufgeschoben
Psychotherapie bei komorbiden Störungen mit Substanzmissbrauch	Sequenced vs. Integrated Delivery of Treatment for Adolescent Depression and Substance Use Disorders (Sequencing)	NCT00680966	RCT, laufend
	Research on Outpatient Adolescent Treatment for Comorbid Substance Use and Internalizing Disorders	NCT01117753	RCT, laufend
	Outpatient Adolescent Treatment for Comorbid Substance Use and Internalizing Disorders	NCT00438685	RCT, laufend
Psychotherapie bei komorbiden Persönlichkeitsstörungen	Mentalization - Based Treatment: Adolescents With Co-morbid Depression and Personality Disorder (MBT)	NCT01204346	RCT, laufend
Einbezug der Eltern	The Efficacy of Parent Involvement in the Treatment of Adolescent Depression	NCT00883519	RCT, abgeschlossen

	Concurrent Treatment for Depressed Parents and Depressed Adolescents	NCT00951821	RCT, laufend
	Parent Psychoeducation and Cognitive Behavior Therapy for Latino Adolescents With Depression	NCT00118469	RCT, Status unbekannt

Anmerkungen

CBCL: Child Behavior Checklist. CRD: Centre for Reviews and Dissemination (Anbieter von Datenbanken und Informationen zur evidenzbasierten Medizin).

d_{korrt} : Um Vortestunterschiede (Differenz der Mittelwerte bei Vortest) korrigierte Effektstärke. DISYPS: Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV. EG: Evidenzgrad.

ITT-Analysen: Intention-to-treat-Analysen, in denen die Ergebnisse aller Teilnehmer für die Gruppe berücksichtigt werden, der sie ursprünglich zugeordnet wurden. k : Anzahl der Primärstudien.

MA: Metaanalyse. NRCT: nicht-randomisierte kontrollierte Studie. RCT: randomisierte kontrollierte Studie. RDC: Research Diagnostic Criteria, Klassifikationssystem, Vorläufer der DSM-III-Kriterien.

SBB-DES: Selbstbeurteilungsbogen Depression aus dem DISYPS. SR: Systematischer Review. TAU: Treatment as usual. YSR: Youth Self Report.

Studien, die sowohl Psycho- als auch Pharmakotherapie berücksichtigen, sind in der Evidenztafel „Psycho- und Pharmakotherapie“ enthalten.

Für Reviews, zu denen eine Zusammenfassung und Bewertung des Centre for Reviews and Dissemination (CRD) vorlag, wurde diese herangezogen. Alle weiteren Reviews und Studien mit Kontrollbedingung wurden von zwei Beurteilerinnen zunächst unabhängig bewertet und dann diskutiert. Die Ergebnisse dieser Bewertung finden sich unter „Kritik“ (hier sind jeweils die nicht erfüllten Qualitätskriterien aufgeführt) sowie unter „EG“ (gemeinsam vorgeschlagene Evidenzgrade).

Ein systematischer Review von Maag & Swearer [92] wurde ausgeschlossen, da jeweils ein aktuellerer Review derselben Autoren zum selben Thema identifiziert wurde [35].

Ein RCT von Fristad et al. [93] zu „multi-family psychoeducation groups“ wurde ausgeschlossen, da das Ziel der Intervention nicht die Reduktion der depressiven Symptomatik bei den Kindern war.

Folgende Primärstudien wurden ausgeschlossen, da weniger als die Hälfte der Teilnehmer die Diagnosekriterien für eine depressive Störung erfüllte und keine separaten Ergebnisse für Kinder oder Jugendliche mit depressiven Störungen berichtet wurden: Cummings 2007 [94], Fristad 2009 [95], Mendenhall 2009 [96], Swartz 2008 [97], Walter 2010 [98], Weisz 2012 [99].

Zusätzliche Analysen zu anderen Studien wurden nicht anhand einer Checkliste bewertet, da ihre Ergebnisse und Schlussfolgerungen abhängig von den Merkmalen der zugrundeliegenden Studien sind.

Literatur

- Cheung, A.H., et al., *Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): II. Treatment and ongoing management*. Pediatrics, 2007. **120**(5): p. e1313-26.
- Reinecke, M.A., N.E. Ryan, and D.L. DuBois, *Cognitive-Behavioral Therapy of Depression and Depressive Symptoms During Adolescence: A Review and Meta-Analysis* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1998. **37**(1): p. 26-34.
- Harrington, R., et al., *Systematic review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder*. Br Med J, 1998. **316**(7144): p. 1559-1563.
- Compton, S.N., et al., *Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2004. **43**(8): p. 930-59.
- Puskar, K., S. Sereika, and K. Tusaie-Mumford, *Effect of the Teaching Kids to Cope (TKC) program on outcomes of depression and coping among rural adolescents*. J Child Adolesc Psychiatr Nurs, 2003. **16**(2): p. 71-80.
- Kerfoot, M., et al., *A step too far? Randomized trial of cognitive-behaviour therapy delivered by social workers to depressed adolescents*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2004. **13**(2): p. 92-9.
- Asarnow, J.R., et al., *Effectiveness of a Quality Improvement Intervention for Adolescent Depression in Primary Care Clinics. A Randomized Controlled Trial*. Journal of the American Medical Association (JAMA), 2005. **293**(3).
- Rohde, P., et al., *An efficacy/effectiveness study of cognitive-behavioral treatment for adolescents with comorbid major depression and conduct disorder*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2004. **43**(6): p. 660-8.
- Mufson, L., et al., *A Randomized Effectiveness Trial of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents*. Arch Gen Psychiatry, 2004. **61**: p. 577-584.
- Mufson, L., et al., *Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents*. Arch Gen Psychiatry, 1999. **56**: p. 573-579.
- Rossello, J. and G. Bernal, *The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents*. J Consult Clin Psychol, 1999. **67**(5): p. 734-45.
- National Collaborating Centre for Mental Health, *Depression in Children and Young People. Identification and Management in Primary, Community and Secondary Care*, in *National Clinical Practice Guideline Number 282005*, The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists: London. p. 233.
- Trowell, J., et al., *Childhood depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2007. **16**(3): p. 157-67.
- US Preventive Services Task Force, *Screening and Treatment for Major Depressive Disorder in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement*. Pediatrics, 2009. **123**: p. 1223-1228.
- Henken, T., et al. *Family therapy for depression*. Cochrane Database Syst Rev, 2007. DOI: 10.1002/14651858.CD006728.

16. Brent, D.A., et al., *A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy*. Arch Gen Psychiatry, 1997. **54**(9): p. 877-85.
17. Birmaher, B., et al., *Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder*. Arch Gen Psychiatry, 2000. **57**(1): p. 29-36.
18. Kolko, D.J., et al., *Cognitive and family therapies for adolescent depression: treatment specificity, mediation, and moderation*. J Consult Clin Psychol, 2000. **68**(4): p. 603-14.
19. Diamond, G.S., et al., *Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2002. **41**(10): p. 1190-6.
20. Watanabe, N., et al., *Psychotherapy for depression among children and adolescents: a systematic review*. Acta Psychiatr Scand, 2007. **116**(2): p. 84-95.
21. David-Ferdon, C. and N.J. Kaslow *Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression (Structured abstract)*. J Clin Child Adolesc Psychol, 2008. 62-104.
22. Erford, B.T., et al., *Counseling outcomes from 1990 to 2008 for school-age youth with depression: A meta-analysis*. Journal of Counseling & Development, 2011. **89**(4): p. 439-457.
23. Neil, A.L. and H. Christensen, *Australian school-based prevention and early intervention programs for anxiety and depression: A systematic review*. Med J Aust, 2007. **186** (6): p. 305-308.
24. Ralph, A. and L. Nicholson, *Teaching coping skills to depressed adolescents in high school settings*. Behaviour Change, 1995. **12**(4): p. 175-190.
25. Roberts, C., et al., *The prevention of depressive symptoms in rural school children: A randomized controlled trial*. J Consult Clin Psychol, 2003. **71**(3): p. 622-628.
26. Townsend, E., et al., *Systematic review and meta-analysis of interventions relevant for young offenders with mood disorders, anxiety disorders, or self-harm*. J Adolesc, 2010. **33**(1): p. 9-20.
27. Verdeli, H., et al. *Review of evidence-based psychotherapies for pediatric mood and anxiety disorders (Structured abstract)*. Current Psychiatry Reviews, 2006. 395-421.
28. Weisz, J.R., K.M. Hawley, and A.J. Doss, *Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2004. **13**(4): p. 729-815.
29. Weisz, J.R., A.J. Doss, and K.M. Hawley, *Youth psychotherapy outcome research: a review and critique of the evidence base*. Annu Rev Psychol, 2005. **56**: p. 337-63.
30. Weisz, J.R., C.A. McCarty, and S.M. Valeri, *Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis*. Psychol Bull, 2006. **132**(1): p. 132-49.
31. Butler, A.C., et al., *The empirical status of cognitive-behavioural therapy: a review of meta-analyses*. Clin Psychol Rev, 2006. **26**(1): p. 17-31.
32. Hides, L., S. Samet, and D.I. Lubman, *Cognitive behaviour therapy (CBT) for the treatment of co-occurring depression and substance use: Current evidence and directions for future research*. Drug Alcohol Rev, 2010. **29**(5): p. 508-517.
33. Curry, J.F., et al., *Cognitive-behavioral intervention for depressed, substance-abusing adolescents: development and pilot testing*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2003. **42**(6): p. 656-65.
34. Klein, J.B., R.H. Jacobs, and M.A. Reinecke, *Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: a meta-analytic investigation of changes in effect-size estimates*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2007. **46**(11): p. 1403-13.
35. Maag, J.W., S.M. Swearer, and M.D. Toland, *Cognitive-behavioral interventions for depression in children and adolescents: Meta-analysis, promising programs, and implications for school personnel*, in *Cognitive-behavioral interventions for emotional and behavioral disorders: School-based practice.*, M.J. Mayer, J.E. Lochman, and R. Van Acker, Editors. 2009, Guilford Press: New York, NY US. p. 235-265.
36. Marcotte, D. *Treating depression in adolescence: a review of the effectiveness of cognitive-behavioral treatments*. Journal of Youth and Adolescence, 1997. 273-283.
37. Taylor, T.L. and P. Montgomery *Can cognitive-behavioral therapy increase self-esteem among depressed adolescents: a systematic review*. Children and Youth Services Review, 2007. 823-839.
38. Reynolds, W.M. and K.I. Coats, *A comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents*. J Consult Clin Psychol, 1986. **54**(5): p. 653-60.
39. Brunstein-Klomek, A., G. Zalsman, and L. Mufson, *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A)*. Isr J Psychiatry Relat Sci, 2007. **44**(1): p. 40-6.
40. Von Sydow, K., et al., *Systemic family therapy with children and adolescents as index patients. A meta-content analysis of 47 randomized controlled outcome studies. [German]*. Psychotherapeut, 2006. **51** (2): p. 107-143.
41. Diamond, G.S., et al., *Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2010. **49**(2): p. 122-131.
42. Eskin, M., K. Ertekin, and H. Demir *Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults*. Cognitive Therapy and Research, 2008. 227-45.
43. Rossello, J., G. Bernal, and C. Rivera-Medina, *Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms*. Cultur Divers Ethnic Minor Psychol, 2008. **14**(3): p. 234-45.
44. Tang, T.-C., et al., *Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors*. Psychiatry Clin Neurosci, 2009. **63**(4): p. 463-70.
45. Weisz, J.R., et al., *Cognitive-Behavioral Therapy Versus Usual Clinical Care for Youth Depression: An Initial Test of Transportability to Community Clinics and Clinicians*. J Consult Clin Psychol, 2009. **77** (3): p. 383-396.
46. Horn, H., et al., *Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen*. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr, 2005. **54**(7): p. 578-597.
47. Weitkamp, K., et al., *Psychoanalytic psychotherapy for children and adolescents with severe depressive psychopathology - preliminary results of an effectiveness trial*. in prep.
48. Abel, U.A., *Konzeption und Evaluation einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie für depressive Jugendliche*, 2010, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen: Tübingen.
49. Ihle, W., et al., *Evaluation eines kognitiv-verhaltens-therapeutischen Gruppenprogramms für depressive Jugendliche und junge Erwachsene*. Kindheit und Entwicklung, 2002. **11**(4): p. 238-246.

50. Ihle, W. and D. Jahnke, *Wirkt ein psychoedukatives kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm auch bei depressiven Jugendlichen mit komorbiden Störungen?* Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 2003. **24**(4): p. 513-528.
51. Luby, J., S. Lenze, and R. Tillman, *A novel early intervention for preschool depression: findings from a pilot randomized controlled trial.* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2012. **53**(3): p. 313-322.
52. Lenze, S.N., J. Pautsch, and J. Luby, *Parent-child interaction therapy emotion development: a novel treatment for depression in preschool children.* Depress Anxiety, 2011. **28**(2): p. 153-9.
53. Baruch, G. and P. Fearon, *The evaluation of mental health outcome at a community-based psychodynamic psychotherapy service for young people: A 12-month follow-up based on self-report data.* Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 2002. **75**(3): p. 261-278.
54. Fonagy, P. and M. Target, *Predictors of outcome in child psychoanalysis: a retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre.* J Am Psychoanal Assoc, 1996. **44**(1): p. 27-77.
55. Target, M. and P. Fonagy, *Efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1994. **33**(3): p. 361-71.
56. Muratori, F., et al., *Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders.* Psychother Psychosom, 2002. **71**(1): p. 28-38.
57. Muratori, F., et al., *A Two-Year Follow-up of Psychodynamic Psychotherapy for Internalizing Disorders in Children.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2003. **42**(3): p. 331-339.
58. Gourdine, V., *The effects of psychoanalytic treatment on the behavior and interpersonal functioning of hospitalized depressed adolescents,* 1988, ProQuest Information & Learning: US.
59. Alvarez, A., *The case of Luisa.* Psychoanalytic Inquiry, 2009. **29**(4): p. 304-313.
60. Burchartz, A., *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie eines 13-jährigen Jugendlichen mit depressivnarzisstischer Entwicklungsstörung: Ein kasuistischer Beitrag zur Indikationsstellung und Behandlungstechnik.* Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, 2004. **35**(124): p. 495-562.
61. Caper, R.A., *The interaction of drug abuse and depression in an adolescent girl.* Adolesc Psychiatry, 1981. **9**: p. 467-476.
62. Cohen, D.J., *Constructive and reconstructive activities in the analysis of a depressed child.* The Psychoanalytic Study of the Child, 1980. **35**: p. 237-266.
63. Glorius-Josefowicz, A., *Psychoanalytische Behandlung eines depressiven Mädchens, das von den geschiedenen Eltern in Loyalitätskonflikte verwickelt wird.* Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr, 2007. **56**(3): p. 252-260.
64. Orfanos, S.D., *Out of the dark: The psychoanalysis of an adolescent boy.* Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy, 2007. **6**(1): p. 34-45.
65. Christogiorgos, S., et al., *Brief psychodynamic psychotherapy in adolescent depression: Two case studies.* Psychoanalytic Psychotherapy, 2010. **24**(3): p. 262-278.
66. Thompson, C., P. Mazet, and D. Cohen, *Treatment of a Suicide Attempt through Psychodynamic Therapy in a 17-Year-Old Boy with Depression: A Case Study.* Isr J Psychiatry Relat Sci, 2005. **42**(4): p. 281-285.
67. Youell, B., *Psychodynamic psychotherapy,* in *Depression in children and adolescents.*, K.N. Dwivedi and V.P. Varma, Editors. 1997, Whurr Publishers: Philadelphia, PA US. p. 59-74.
68. Briesmeister, J.M., *Play therapy with depressed children,* in *The playing cure: Individualized play therapy for specific childhood problems.*, H.G. Kaduson, D.M. Cangelosi, and C.E. Schaefer, Editors. 1997, Jason Aronson: Lanham, MD US. p. 3-28.
69. Suth, R.B., *A self-psychological approach to child therapy: A case study,* in *Basic ideas reconsidered.*, A. Goldberg, Editor 1996, Analytic Press: Mahwah, NJ US. p. 183-199.
70. Norton, C.L., *Into the wilderness—A case study: The psychodynamics of adolescent depression and the need for a holistic intervention.* Clinical Social Work Journal, 2010. **38**(2): p. 226-235.
71. DiSalvo, C.A. and J.P. McCullough, Jr., *Treating a chronically depressed adolescent female using the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy: A case study.* Journal of Contemporary Psychotherapy, 2002. **32**(4): p. 273-280.
72. Clarke, G.N., et al., *Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1999. **38**(3): p. 272-9.
73. Lewinsohn, P.M., et al., *Cognitive-Behavioral Treatment for Depressed Adolescents.* Behav Ther, 1990. **21**: p. 385-401.
74. Sanford, M., et al., *A pilot study of adjunctive family psychoeducation in adolescent major depression: Feasibility and treatment effect.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2006. **45**(4): p. 386-395.
75. Verdelli, H., et al., *Treatment of depressed mothers of depressed children: Pilot study of feasibility.* Depress Anxiety, 2004. **19** (1): p. 51-58.
76. Chu, B.C. and T.L. Harrison, *Disorder-specific effects of CBT for anxious and depressed youth: a meta-analysis of candidate mediators of change.* Clin Child Fam Psychol Rev, 2007. **10**(4): p. 352-72.
77. McCarty, C.A. and J.R. Weisz, *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): p. 879-86.
78. Michael, K.D., T.J. Huelsman, and S.L. Crowley, *Interventions for Child and Adolescent Depression: Do Professional Therapists Produce Better Results?* Journal of Child and Family Studies, 2005. **14**(2): p. 223-236.
79. Spielmans, G.I., L.F. Pasek, and J.P. McFall, *What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review.* Clin Psychol Rev, 2007. **27**(5): p. 642-54.
80. Clarke, G., et al., *Cognitive-behavioral group treatment of adolescent depression: Prediction of outcome.* Behav Ther, 1992. **23** (3): p. 341-354.
81. Brent, D.A., et al., *Predictors of treatment efficacy in a clinical trial of three psychosocial treatments for adolescent depression.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1998. **37**(9): p. 906-14.
82. Brent, D.A., et al., *A clinical trial for adolescent depression: predictors of additional treatment in the acute and follow-up phases of the trial.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1999. **38**(3): p. 263-70; discussion 270-1.
83. Stein, D., et al., *Predictors of parent-rated credibility in a clinical psychotherapy trial for adolescent depression.* J Psychother Pract Res, 2001. **10** (1): p. 1-7.

84. Jayson, D., et al., *Which depressed patients respond to cognitive-behavioral treatment?* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1998. **37**(1): p. 35-9.
85. Wood, A., R. Harrington, and A. Moore, *Controlled trial of a brief cognitive-behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorders.* J Child Psychol Psychiatry, 1996. **37**(6): p. 737-46.
86. Kroll, L.E.O., et al., *Pilot Study of Continuation Cognitive-Behavioral Therapy for Major Depression in Adolescent Psychiatric Patients.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1996. **35**(9): p. 1156-1161.
87. Goodyer, I.M., et al., *Improving mood with psychoanalytic and cognitive therapies (IMPACT): a pragmatic effectiveness superiority trial to investigate whether specialised psychological treatment reduces the risk for relapse in adolescents with moderate to severe unipolar depression: study protocol for a randomised controlled trial.* Trials [Electronic Resource], 2011. **12**: p. 175.
88. Göttken, T. and K. von Klitzing, «*Ich hasse den Kindergarten, weil da bin ich nicht alleine!*» Psychoanalytische Kurzzeittherapie für Kinder mit emotionalen Symptomen und affektiven Störungen (PaKT). Kinderanalyse, 2011. **19**(3): p. 189-214.
89. Göttken, T. and K. von Klitzing, *Psychoanalytische Kurzzeittherapie für Kinder von 4 bis 10 Jahren: Behandlung emotionaler Symptome und affektiver Störungen.* Psychotherapeut, 2011. **56**(5): p. 417-426.
90. Mufson, L. and K. Collins *Group interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-AG) in school-based clinics [NCT00270244].* ClinicalTrials.gov [www.clinicaltrials.gov], 2006.
91. Bearsley-Smith, C., et al., *Does Interpersonal Psychotherapy improve clinical care for adolescents with depression attending a rural child and adolescent mental health service? Study protocol for a cluster randomised feasibility trial.* BMC Psychiatry, 2007. **7**: p. 53.
92. Maag, J.W. and S.M. Swearer, *Cognitive-behavioral interventions for depression: review and implications for school personell.* Behavioral Disorders, 2005. **30**(3): p. 259-276.
93. Fristad, M.A., J.S. Goldberg-Arnold, and S.M. Gavazzi, *Multi-family psychoeducation groups in the treatment of children with mood disorders.* J Marital Fam Ther, 2003. **29**(4): p. 491-504.
94. Cummings, C.M. and M.A. Fristad, *Medications prescribed for children with mood disorders: effects of a family-based psychoeducation program.* Exp Clin Psychopharmacol, 2007. **15**(6): p. 555-62.
95. Fristad, M.A., et al., *Impact of multifamily psychoeducational psychotherapy in treating children aged 8 to 12 years with mood disorders.* Arch Gen Psychiatry, 2009. **66**(9): p. 1013-21.
96. Mendenhall, A.N., M.A. Fristad, and T.J. Early, *Factors influencing service utilization and mood symptom severity in children with mood disorders: effects of multifamily psychoeducation groups (MFPGs).* J Consult Clin Psychol, 2009. **77**(3): p. 463-73.
97. Swartz, H.A., et al., *Brief interpersonal psychotherapy for depressed mothers whose children are receiving psychiatric treatment.* Am J Psychiatry, 2008. **165**(9): p. 1155-62.
98. Walter, D., et al., *Short term effects of inpatient cognitive behavioral treatment of adolescents with anxious-depressed school absenteeism: an observational study.* Eur Child Adolesc Psychiatry, 2010. **19**(11): p. 835-44.
99. Weisz, J.R., et al., *Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness trial.* Arch Gen Psychiatry, 2012. **69** (3): p. 274-282.