

Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen

AWMF-Registernummer 028-043

Version 2.1 angemeldet im September 2018

Entwicklungsstufe: S3

Aktualisierte Fassung von 2025

Autorinnen und Autor:

MSc. Maria Kloek, Dr. Carolin Zsigo, MSc. Cosima Klingele und Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, LMU Klinikum

Federführend:

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP).

Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen:

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKdÄ),

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ),

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP),

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP),

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (BAG KJPP),

Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT),

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK),

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK),

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (BVVP),

Bundesverband für Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie e.V. (bkj),

Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e.V. (DFT),

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ),

Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V. (DGPs),

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM),

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM),

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN),

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSF),

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ),

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DGVT),

Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV),

Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Verhaltenstherapie e.V. (KJPVT, ehemals BVKJ)

Vereinigung für analytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie in Deutschland e.V. (VAKJP).

Inhalt

Was gibt es Neues?	6
Die wichtigsten Empfehlungen auf einen Blick.....	7
1. Geltungsbereich und Zweck	9
Begründung	9
Zielsetzung	9
Zielgruppe.....	9
Depressive Störungen in der ICD-11	10
Versorgungsbereich	10
Anwenderzielgruppe.....	10
Umsetzung der Leitlinieninhalte für Kinder und Jugendliche	11
Diese S3-Leitlinie im Vergleich zu anderen Leitlinien zum Thema	11
Klinische Fragen.....	13
Abkürzungsverzeichnis.....	14
2. Empfehlungen und Statements	15
Evidenzbasierte und konsensbasierte Empfehlungen	15
Altersangabe für Kinder und Jugendliche	15
Grundlage der evidenzbasierten Empfehlungen	15
Voraussetzungen zur Anwendung der Leitlinie	17
Rahmenbedingungen für eine Behandlung.....	18
Behandlungssetting	20
Behandlung der ersten Wahl bei Jugendlichen.....	25
Behandlung der ersten Wahl bei Kindern.....	33
Ergänzende Maßnahmen / Therapien.....	39
Nicht-empfehlenswerte Therapien	45
Überprüfung des Therapieeffekts	51
Vorgehen nach einer nicht wirksamen therapeutischen Intervention	54
Elektrokonvulsionstherapie (EKT)	55
Transkranielle Magnetstimulation (TMS).....	56
Fortsetzung der Behandlung zur Prävention von Rückfällen und Rezidiven	58
Abschluss der Behandlung.....	61
Behandlung im Übergang vom Jugendalter bis ins Erwachsenenalter.....	62
Verweise auf andere Leitlinien	64
3. Evidenz und Erläuterungen	66
3.1 Psychotherapie im Jugendalter.....	66
3.1.1 Kognitive Verhaltenstherapie Im Jugendalter	66
3.1.2 Psychodynamische Psychotherapie	68

3.1.3	Systemische Therapie.....	70
3.1.4	Interpersonelle Therapie	71
3.1.5	Psychotherapeutische Behandlungsmethoden mit unzureichender Evidenzgrundlage	72
3.2	Psychotherapie im Kindesalter.....	74
3.2.1	Kognitive Verhaltenstherapie im Kindesalter	74
3.2.2	Familienbasierte IPT	74
3.2.3	Psychodynamische Psychotherapie	75
3.2.4	Parent-Child Interaction Therapy (PCIT).....	75
3.3	Pharmakotherapie	76
3.3.1	Systematisches Review zu Antidepressiva der neuen Generation (Hetrick et al. 2021)	76
3.3.2	Überblick der Hauptergebnisse und Qualität der Evidenz (Hetrick et al. 2021): Sertralin, Fluxoxetin, Escitalopram, Citalopram, Paroxetin, Vilazodon, Vortioxetin, Duloxetin, Venlafaxin, Desvenlafaxin und Mirtazapin	77
3.3.3	Schlussfolgerungen der Autorinnen / Autoren des Reviews (Hetrick et al. 2021)	81
3.3.4	Unerwünschte Nebenwirkungen von SSRIs und SNRIs (Hetrick et al. 2021)	82
3.3.5	Tri- und tetrazyklische Antidepressiva (TZA)	82
3.3.6	Monoaminoxidasehemmer (MAOI); Moclobemid und Selegilin	83
3.3.7	Dosierungen	84
3.3.8	Johanniskraut	85
3.3.9	Ketamin	85
3.4	Psychotherapie im Vergleich zu Pharmakotherapie	87
3.5	Kombinationsbehandlung von Psychotherapie und Pharmakotherapie	88
3.6	Ergänzende Maßnahmen / Therapien	92
3.6.1	Achtsamkeit.....	92
3.6.2	Cognitive Bias Modification (CBM).....	92
3.6.3	Chronotherapie.....	92
3.6.4	Entspannungstraining.....	93
3.6.5	Ergotherapie.....	94
3.6.6	Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe.....	94
3.6.7	Künstlerische Therapien (Kunst-, Musik-, Tanz- und Theatertherapie)	94
3.6.8	Massage	94
3.6.9	Omega-3-Fettsäuren	94
3.6.10	Sportliche und körperliche Aktivität	95
3.6.11	Strukturierte Selbsthilfe	96
3.6.12	Vagusnervstimulation	97
3.6.13	Vitamin C	97
3.7	Überprüfung des Therapieeffekts.....	98
3.8	Vorgehen nach einer nicht wirksamen therapeutischen Intervention	99

3.9	Elektrokonvulsionstherapie (EKT).....	100
3.10	Transkranielle Magnetstimulation (TMS)	101
3.11	Fortsetzung der Behandlung, Prävention von Rückfällen und Rezidiven und Abschluss der Behandlung	102
3.12	Übergang vom Jugendalter bis ins Erwachsenenalter.....	104
	3.12.1 Geltungsbereich und Zweck.....	104
	3.12.2 Evidenz und Erläuterungen	105
4.	Off-Label-Use in der Pharmakotherapie.....	106
5.	Hinweise zur ambulanten Versorgung.....	107
	5.1 Durchführung der Psychotherapie in der ambulanten Versorgung	107
	5.2 Versorgung im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung	107
6.	Fokusgruppe mit Jugendlichen.....	108
7.	Wichtige Forschungsfragen	109
8.	Zusammenfassung der Empfehlungen.....	110
9.	Informationen zu dieser Leitlinie	113
10.	Glossar.....	114
11.	Literatur.....	124

Was gibt es Neues?

- Die konsensbasierte Empfehlung „*Einbindung der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Eltern oder Erziehungsberechtigten in die Behandlungsentscheidungen*“ wurde neu aufgenommen.
- Es erfolgt eine klare Trennung zwischen den Empfehlungen für jüngere Kinder (3 – 6 Jahre), ältere Kinder (7 – 12 Jahre) und Jugendliche (13 – 18 Jahre).
- Die konsensbasierte Empfehlung „*Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen soll eine Behandlung angeboten werden*“ wurde neu aufgenommen.
 - Diese Empfehlung besagt, dass bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen direkt nach Diagnosestellung eine Behandlung angeboten werden soll, im Gegensatz zur Erstfassung dieser Leitlinie, in der aktiv abwartende Maßnahmen (Unterstützung, Beratung oder Psychoedukation) bei einer leichten Depression empfohlen wurden.
- Die Interpersonelle Therapie (IPT) wird nun als Alternative zur Behandlung der ersten Wahl empfohlen.
- Im Altersbereich der Kinder zwischen 7 und 12 Jahren wird KVT als Behandlung der ersten Wahl empfohlen; als Alternative zur Behandlung der ersten Wahl wird Familienbasierte IPT empfohlen.
- In der neu aufgenommenen Empfehlung „*Therapie der ersten Wahl bei Kindern (3 – 6 Jahre)*“ wird als Behandlung der ersten Wahl die Parent-Child Interaction Therapy mit Zusatzmodul Emotion Development empfohlen.
- Im Bereich Pharmakotherapie werden zusätzlich zu Fluoxetin, welches bereits in der Erstfassung empfohlen wurde, auch die Substanzen Sertralin und Escitalopram als Therapie der ersten Wahl für Jugendliche mit mittelgradiger und schwerer depressiver Episode empfohlen. Als Alternative zur Therapie der ersten Wahl wird die Substanz Duloxetine empfohlen.
- Für ältere Kinder (7 – 12 Jahre) werden die gleichen Substanzen (Fluoxetin, Sertralin, Escitalopram und Duloxetine) empfohlen, allerdings ausschließlich als Alternativen zur Therapie der ersten Wahl (KVT). Für jüngere Kinder (3 – 6 Jahre) wird eine Pharmakotherapie nicht empfohlen.
- Citalopram wird in dieser Leitlinie den nicht-empfehlenswerten Substanzen zugeordnet. In der Erstfassung wurde dies noch als Alternative zur Behandlung der ersten Wahl empfohlen.
- Es wurden neue Empfehlungen zu den Substanzen Vilazodon, Vortioxetin, Desvenlafaxin und Selegilin aufgenommen, welche unter die nicht-empfehlenswerten Behandlungen fallen.
- Es wurden neue evidenzbasierte Empfehlungen für sportliche / körperliche Aktivität, Lichttherapie und Omega-3-Fettsäuren aufgenommen.
- Es wurden neue konsensbasierte Empfehlungen für künstlerische Therapien, Ergotherapie und Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe aufgenommen.
- Es wurden neue konsensbasierte Empfehlungen zur Behandlung im Übergang vom Jugendalter bis ins Erwachsenenalter (Transition) aufgenommen.

Die wichtigsten Empfehlungen auf einen Blick

Behandlung der ersten Wahl bei Jugendlichen

► Therapie der ersten Wahl bei Jugendlichen – Psychotherapie

- Für die Therapie der ersten Wahl bei Jugendlichen mit depressiven Störungen sollte eine Psychotherapie Vorrang vor einer Pharmakotherapie haben
- Für Jugendliche mit depressiven Störungen sollte folgende Psychotherapie als Therapie der ersten Wahl erwogen werden: Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

► Therapie der ersten Wahl bei Jugendlichen – Pharmakotherapie

- Für Jugendliche mit einer **leichten** depressiven Episode (einschließlich Dysthymia) sollte auf eine Pharmakotherapie als Therapie der ersten Wahl verzichtet werden
- Für Jugendliche mit einer **mittelgradigen oder schweren** depressiven Episode sollten folgende Substanzen als Pharmakotherapie der ersten Wahl erwogen werden: Fluoxetin, Sertralin oder Escitalopram
- Für Jugendliche mit einer **mittelgradigen oder schweren** depressiven Episode kann außerdem Folgendes als Therapie der ersten Wahl erwogen werden: Kombination aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Psychotherapie und einem SSRI

► Alternativen zur Therapie der ersten Wahl bei Jugendlichen

- Wenn bei Jugendlichen mit depressiven Störungen eine kognitive Verhaltenstherapie nicht möglich oder nicht gewünscht ist, sollte folgende Psychotherapie als Alternative erwogen werden: Interpersonelle Therapie (IPT)
- Wenn bei Jugendlichen mit depressiven Störungen eine kognitive Verhaltenstherapie oder eine Interpersonelle Therapie (IPT) nicht möglich oder nicht gewünscht sind, können folgende Psychotherapien als Alternativen erwogen werden: Systemische Therapie (ST), Psychodynamische Psychotherapie (PP)
- Wenn bei Jugendlichen mit einer mittelgradigen oder schweren depressiven Episode die Gabe der Substanzen Fluoxetin, Sertralin oder Escitalopram nicht möglich oder nicht gewünscht ist, kann folgende Substanz als Alternative erwogen werden: Duloxetin

Behandlung der ersten Wahl bei Kindern

► Therapie der ersten Wahl bei älteren Kindern

- Für Kinder zwischen **7 und 12 Jahren** mit depressiven Störungen sollte eine Psychotherapie Vorrang vor einer Pharmakotherapie haben
- Für Kinder zwischen **7 und 12 Jahren** mit depressiven Störungen kann folgende Psychotherapie als Therapie der ersten Wahl erwogen werden: Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

► Alternativen zur Therapie der ersten Wahl bei älteren Kindern

- Wenn bei Kindern zwischen **7 und 12 Jahren** mit depressiven Störungen eine kognitive Verhaltenstherapie nicht möglich oder nicht gewünscht ist, kann folgende Psychotherapie als Alternative erwogen werden: Familienbasierte interpersonelle Therapie
- Für Kinder zwischen **7 und 12 Jahren** mit einer **leichten** depressiven Episode (einschließlich Dysthymia), bei denen eine Psychotherapie nicht möglich oder nicht gewünscht ist, sollte auf eine Pharmakotherapie als Alternative zur Therapie der ersten Wahl verzichtet werden
- Wenn bei Kindern zwischen 7 und 12 Jahren mit einer **mittelgradigen** oder **schweren** depressiven Episode eine Psychotherapie nicht wirksam, nicht möglich oder nicht gewünscht ist, kann eine Pharmakotherapie mit folgenden Substanzen als Alternative erwogen werden: Fluoxetin, Sertralin oder Escitalopram
- Wenn bei Kindern zwischen **7 und 12 Jahren** mit einer **mittelgradigen** oder **schweren** depressiven Episode eine Psychotherapie oder die oben genannten Psychopharmaka (Fluoxetin, Sertralin, Escitalopram) nicht wirksam, nicht möglich oder nicht gewünscht sind, kann eine Pharmakotherapie mit folgender Substanz als Alternative erwogen werden: Duloxetin

► Therapie der ersten Wahl bei jüngeren Kindern

- Für Kinder zwischen **3 und 6 Jahren** mit depressiven Störungen kann folgende Psychotherapie als Therapie der ersten Wahl erwogen werden: Parent-Child Interaction Therapy – Emotion Development (PCIT-ED)
- Bei Kindern zwischen **3 und 6 Jahren** mit depressiven Störungen sollte auf eine Pharmakotherapie verzichtet werden

1. Geltungsbereich und Zweck

Begründung

Depressive Störungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen weltweit [1]. Bereits im Kleinkindalter treten depressive Episoden auf; die Prävalenzraten nehmen mit dem Alter deutlich zu [1]. Im Jugendalter liegen sie zwischen 8-15% [2, 3] und in den letzten Jahren kam es sowohl international als auch in Deutschland zu einem substantiellen Anstieg der Betroffenenzahlen [4, 5]. Depressive Störungen verlaufen häufig in Phasen über die gesamte Lebensspanne und führen oft zu einer erheblichen Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung [6]. Zudem sind sie mit einem erhöhten Risiko für weitere psychische und somatische Erkrankungen verbunden [7-9]. Nicht alle betroffenen Kinder und Jugendlichen erhalten bisher eine leitlinienorientierte Behandlung [10]. Eine Behandlungsverzögerung von bis zu 2 Jahren bei einer depressiven Störung im Jugendalter trägt zusätzlich zur Chronifizierung der Störung bei [5]. Die Evidenz zur Wirksamkeit verschiedener Behandlungsansätze liegt vor allem aus internationalen Studien vor und ist für Anwenderinnen und Anwender jedoch häufig nicht verfügbar oder nicht überschaubar. Empfehlungen und Evidenz aus dem Erwachsenenbereich können nicht pauschal übertragen werden, da sowohl die Symptomatik als auch die Angemessenheit und Wirksamkeit der Behandlungsansätze von Alter und Entwicklungsstand abhängen.

Zielsetzung

Die Leitlinie informiert umfassend über den aktuellen Erkenntnisstand zur Wirksamkeit von Behandlungsmethoden bei depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter. Sie erleichtert die Auswahl und Planung einer wirksamen Behandlungsstrategie. Ihre Verbreitung und Umsetzung sollen dazu führen, dass mehr betroffene Kinder und Jugendliche die für sie optimale Behandlung erhalten. Diese Behandlung soll die depressive Symptomatik, die Erkrankungsdauer und das Wiedererkrankungsrisiko sowie das Risiko für weitere, damit verbundene Erkrankungen verringern und gleichzeitig möglichst geringe unerwünschte Neben- und Folgewirkungen (z.B. Verstärkung von Suizidgedanken) mit sich bringen.

Angesichts begrenzter Ressourcen kann die Leitlinie keine evidenzbasierten Informationen zur Symptomatik, Epidemiologie, Diagnostik und Prävention depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter bereitstellen, auch wenn eine Erweiterung der Leitlinie in diesen Bereichen wünschenswert wäre. Zu diesen Themen sei auf aktuelle Übersichtsarbeiten verwiesen [5, 11, 12] und bezüglich depressiver Störungen auf die S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ für Erwachsene (abrufbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/nvl-005.html>).

Zielgruppe

Die Zielgruppe bezieht sich auf Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 18 Jahren mit depressiven Störungen gemäß den ICD-10-Kriterien, d.h. mit

- depressiver Episode (F32.0 / F32.1 / F32.2 / F32.8 / F32.9),
 - einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3),
- rezidivierenden depressiven Störungen (F33.0 / F33.1 / F33.2 / F33.4 / F33.8 / F33.9),
 - einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3),

- Dysthymia (F34.1), oder
- Störungen des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (F92.0),

Für den Übergangsbereich (Transition) zwischen dem Jugend- und Erwachsenenalter sollte der Abschnitt „Übergangsbereich zwischen Jugend- und jungem Erwachsenenalter“ dieser Leitlinie berücksichtigt werden. Für das Erwachsenenalter liegt die S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“ vor (abrufbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/nvl-005.html>).

Depressive Störungen in der ICD-11

Die ICD-10 wird als klinisches Diagnoseinstrument ab 2022 in einem fünfjährigen Übergangszeitraum von der ICD-11 abgelöst. Im Bereich der Diagnostik depressiver Störungen gibt es dabei einige wichtige Änderungen:

Das sind zunächst die vereinfachte Vergabe von Doppeldiagnosen aus Angst- und depressiven Störungen sowie die Möglichkeit verschiedener Zusatzcodierungen zu einer depressiven Episode. Dies ermöglicht eine stärkere Berücksichtigung von Verlaufs- und Behandlungsaspekten. Auch kulturelle, genderbezogene und entwicklungstypische Punkte werden in der ICD-11 explizit aufgeführt. Die anhaltenden affektiven Störungen werden im Sinne einer klareren Trennung zwischen depressiven und bipolaren Störungen aufgelöst: Die Zykllothymia wird dem bipolaren und die Dysthymia dem depressiven Störungskreis zugeordnet; bei letzterer ist zudem eine Doppelcodierung mit einer Depression möglich. Psychotische Symptome können nun bei depressiven Episoden mit mittlerem oder schwerem Schweregrad codiert werden; außerdem gibt es die neue Kategorie der depressiven Episode mit nicht spezifiziertem Schweregrad.

In der ICD-11 sind die Kriterien einer depressiven Episode in drei Clustern organisiert – einem affektiven, einem kognitiv-behavioralen und einem neurovegetativen Cluster – und insgesamt dem DSM-5 angenähert. Außerdem werden entwicklungsspezifische Besonderheiten beschrieben. So wird u.a. ausgeführt, dass jüngere Kinder öfter somatische Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen) präsentieren, und dass sich eine gedrückte Stimmung bei Kindern und Jugendlichen oft in Form von erhöhter Reizbarkeit zeigen kann. Auch wird erwähnt, dass eine depressive Episode oft mit verringerter schulischer Leistungsfähigkeit einhergehen kann und dass sich im Jugendalter ein erhöhtes Schlaf- und Essbedürfnis (Hypersomnie, Hyperphagie) häufiger präsentieren kann als im Erwachsenenalter.

Die Empfehlungen dieser Leitlinie gelten auch für nach der ICD-11 codierte depressive Störungen.

Versorgungsbereich

Die Leitlinie gilt für die Therapie im ambulanten, teilstationären und stationären Rahmen.

Anwenderzielgruppe

Folgende Personengruppen sollen Anwenderinnen und Anwender bzw. Adressatinnen und Adressaten der Leitlinie sein:

- Fachärztinnen / Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und

Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten für Kinder und Jugendliche,

- Fachärztinnen / Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin,
- Fachärztinnen / Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Fachärztinnen / Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Psychologische Psychotherapeutinnen / Psychologische Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeutinnen / Fachpsychotherapeuten für Erwachsene

Darüber hinaus soll die Leitlinie folgenden Personengruppen zur Information dienen:

- Fachärztinnen / Fachärzte für Allgemeinmedizin und
- Weiteren Personen, die professionell an der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen beteiligt sind

Umsetzung der Leitlinieninhalte für Kinder und Jugendliche

Den Kindern und Jugendlichen, ihren Bezugspersonen und anderen interessierten Personen soll die Leitlinie zur Information dienen. Um den Kindern und Jugendlichen mit einer Depression eine altersangemessene „Übersetzung“ der Leitlinie anzubieten, ist das Webportal „ich bin alles“ [(<http://www.ich-bin-alles.de>)] von der KJP des LMU Klinikums in Partnerschaft mit der Beisheim-Stiftung entwickelt worden. Über dieses Portal können sich Kinder und Jugendliche selbst über die Formen, Ursachen und evidenzbasierte Behandlung der Depression informieren und Kontaktadressen für spezifische Hilfen finden.

Das Portal ist explizit für Kinder und Jugendliche entwickelt worden und hat daher auch eine alterstypische (Bild)-Sprache: Mit Hilfe von Podcasts, Videos, Interviews und Selbstberichten werden das Verständnis über Depressionen sowie der Umgang damit leicht verständlich und anschaulich dargestellt. In einem Präventionsteil der Webseite erfahren die Kinder und Jugendlichen darüber hinaus, wie sie sich zukünftig in Belastungssituationen besser schützen können. Da im Kindesalter die Beteiligung der Eltern in der Beratung und Behandlung von zentraler Bedeutung ist, bietet dieses Portal darüber hinaus Informationen für Eltern. Mit Veröffentlichung der Revision werden auch die Informationen über die Empfehlungen zur Behandlung auf der Internetseite aktualisiert, um dem aktuellen Stand der Leitlinie zu entsprechen.

Neben dem Portal für Kinder und Jugendliche gibt es auch ein weiteres Infoportal „ich bin alles @Schule“ speziell für Lehrkräfte und pädagogische Fachkräfte. Das Portal bietet evidenzbasierte Informationen zur Depression und psychischen Gesundheit bei Schülerinnen und Schülern. Die Website bietet Informationen über Symptome, Ursachen, Häufigkeit und den Verlauf von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sowie Hinweise und Tipps zur Stärkung der psychischen Gesundheit von Schülerinnen und Schülern. Durch praxisbezogene Wissensvermittlung werden Lehrkräfte dabei unterstützt, Erkrankungen wie die Depression sowie die psychische Gesundheit ihrer Schülerinnen und Schüler zu verstehen und Auffälligkeiten anzusprechen.

Diese S3-Leitlinie im Vergleich zu anderen Leitlinien zum Thema

Bei der Aktualisierung dieser S3-Leitlinie wurden existierende Leitlinien zum Thema recherchiert und bewertet. Ein Überblick dieser Suche und die entsprechende Bewertung

dieser Leitlinien ist im Methodenreport der Leitlinie beschrieben (*siehe Methodenreport, Abschnitt 2.2 Verwendung existierender Leitlinien zum Thema*). Auf Basis dieser Recherche und Bewertung wurden zwei andere Leitlinien für die S3-Leitlinie herangezogen: „Depression in Children and Young People. Identification and management in primary, community and secondary care (NICE)” [13, 14] und „Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC)” [15].

NICE und GLAD-PC können jedoch nur als Evidenzquellen verwendet werden, da die Zielgruppe und die Ein- und Ausschlusskriterien für die Evidenz von NICE und GLAD-PC dieser S3-Leitlinie nicht übereinstimmen: NICE setzt mit 5 Jahren und GLAD-PC mit 10 Jahren ein höheres Mindestalter der Kinder fest, für welche die Leitlinie jeweils gelten soll. GLAD-PC schließt nicht-englischsprachige Studien explizit aus und NICE schließt Studien (z.B. im Bereich der Psychotherapie) ein, bei denen eine Depression bzw. depressive Symptomatik nur durch einen Selbstbeurteilungsfragebogen überprüft wurde. Diese S3-Leitlinie hingegen schließt grundsätzlich nur Studien ein, bei denen die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer eine nach einem Klassifikationssystem (z.B. nach ICD-10 oder DSM-5) diagnostizierte depressive Störung haben. Auf dieser Grundlage können evidenzbasierte Empfehlungen von NICE und GLAD-PC nicht in diese Leitlinie übernommen werden.

In der NICE-Leitlinie befinden sich teilweise auch nicht-evidenzbasierte Empfehlungen auf Basis von klinischer Erfahrung. In dieser S3-Leitlinie befinden sich ähnliche Empfehlungen, die ebenfalls nicht auf Evidenz beruhen, sondern auf klinischer Praxis („konsensbasierte Empfehlungen“). Bei manchen dieser konsensbasierten Empfehlungen gab es zum Teil eine Anlehnung an die NICE-Leitlinie und es wird auf diese verwiesen.

Klinische Fragen

Im Rahmen der Revision der Leitlinie wurden die klinischen Fragestellungen der Erstveröffentlichung der Leitlinie überprüft und ergänzt (*siehe Methodenreport, 2.1.1 Klinische Fragestellungen*), sodass sich folgende klinische Fragen ergeben:

1. Welche Rahmenbedingungen für eine Behandlung sollen geschaffen werden?
2. Welches Behandlungssetting (ambulant, teilstationär, stationär) kann bei welchen Indikatoren¹ empfohlen werden?
3. Therapie der ersten Wahl:
 - a. Was ist die Therapie der ersten Wahl **bei Jugendlichen** mit verschiedenen Schweregraden depressiver Störungen?
 - b. Was ist die Therapie der ersten Wahl **bei Kindern** mit verschiedenen Schweregraden depressiver Störungen?
4. Welche ergänzenden Maßnahmen / Therapien sind bei Kindern und bei Jugendlichen mit depressiven Störungen empfehlenswert beziehungsweise nicht empfehlenswert?
5. Welche Therapien sind bei Kindern und bei Jugendlichen mit depressiven Störungen nicht empfehlenswert?
6. Wann und wie wird der Therapieeffekt festgestellt?
7. Falls eine Therapie nicht wirksam ist, welche Therapie ist als Alternative empfehlenswert?
8. Wie wird die Behandlung fortgesetzt und wie wird sie beendet?
9. Welche spezifischen Therapien und Versorgungssettings sind für Heranwachsende im Übergang vom Jugendalter bis ins Erwachsenenalter empfehlenswert?

¹ d.h. Merkmale oder Umstände, die einen Einfluss auf die Wahl des erforderlichen Settings haben (z.B. Schweregrad der Depression)

Abkürzungsverzeichnis

DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Klassifikationssystem der American Psychiatric Association
EKT	Elektrokonvulsionstherapie
EG	Evidenzgrad
GLAD-PC	Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care
GT	Gesprächspsychotherapie
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems, Klassifikationssystem der WHO
IPT	Interpersonelle Psychotherapie
KKP	Klinischer Konsenspunkt
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
MA	Metaanalyse
MAO	Monoaminoxidasehemmer
MT-Agonisten	Melatoninrezeptoragonisten
NaSSA	Noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva
NDRI	Selektive Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer
NICE	National Institute for Healthcare Excellence
NRCT	Nicht-randomisiert-kontrollierte Studie
OCEBM	Oxford Centre for Evidence Based Medicine
PP	Psychodynamische Psychotherapie
PICO	Population, Intervention, Comparison, Outcomes: Elemente einer strukturierten Fragestellung für die systematische Suche nach Interventionsstudien
RCT	Randomisiert-kontrollierte Studie
RoB	Risk of Bias / Biasrisiko
ROBIS	Risk of Bias in Systematic Reviews

SARI	Serotoninantagonisten und -wiederaufnahmehemmer
SR	Systematisches Review
SSNRI	Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
ST	Systemische Therapie
TAU	Treatment as usual (Behandlung wie üblich)
TZA	Trizyklische Antidepressiva
VT	Verhaltenstherapie

2. Empfehlungen und Statements

Evidenzbasierte und konsensbasierte Empfehlungen

In der Leitlinie wird zwischen evidenzbasierten und konsensbasierten Empfehlungen unterschieden. Mehr Informationen zur Unterscheidung der Empfehlungen können dem Regelwerk der AWMF (<https://www.awmf.org/regelwerk/formulierung-und-graduierung-von-empfehlungen>) entnommen werden.

Evidenzbasierte Empfehlungen basieren in dieser Leitlinie auf einer ausreichend aussagekräftigen Studienlage (z.B. mindestens eine randomisiert-kontrollierte Studie (RCT) mit einem Evidenzgrad von 3).

- Anzahl der evidenzbasierten Empfehlungen in dieser Leitlinie: 29

Konsensbasierte Empfehlungen basieren in dieser Leitlinie *nicht* auf Evidenz (d.h. es liegt keine ausreichend aussagekräftige Studienlage vor), sondern auf einem *Expertenkonsens* bzw. der „guten klinischen Praxis“ oder unzureichend aussagekräftigen Primärstudien (z.B. ausschließlich Vorher-Nachher-Studien ohne Vergleichsgruppe, Fallstudien oder Fallserien).

- Anzahl der konsensbasierten Empfehlungen in dieser Leitlinie: 47

Unabhängig von dieser Einteilung sind *alle* Empfehlungen dieser Leitlinie durch ein Expertenvotum konsentiert und verabschiedet, sodass sowohl *evidenzbasierte* als auch *konsensbasierte* Empfehlungen über eine Konsensstärke verfügen (Details sind im Methodenreport dieser Leitlinie näher beschrieben).

Altersangabe für Kinder und Jugendliche

Diese Leitlinie umfasst Empfehlungen für Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen. Hierbei wird zwischen drei Alterskategorien unterschieden:

- Jüngere Kinder, von Beginn des 4. Lebensjahrs bis zum Ende des 7. Lebensjahrs (abgekürzt als Kinder zwischen 3 und 6 Jahren)
- Ältere Kinder, von Beginn des 8. Lebensjahrs bis zum Ende des 13. Lebensjahrs (abgekürzt als Kinder zwischen 7 und 12 Jahren)
- Jugendliche, von Beginn des 14. Lebensjahrs bis zum Ende des 19. Lebensjahrs (abgekürzt als Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren)

Die Altersgruppen werden aus pragmatischen Gründen festgelegt; dies bedeutet nicht, dass die zugeordneten Empfehlungen *ausschließlich* für diese Altersgruppen gelten. Die Abgrenzung von jüngeren zu älteren Kindern ist angelehnt an die Mehrzahl der pharmakologischen Studien, in denen Kinder unter 7 Jahren ausgeschlossen wurden. Die Abgrenzung von älteren Kindern zu Jugendlichen orientiert sich am Pubertätsbeginn, der mit ca. 12 Jahren einsetzt, jedoch individuell stark variieren kann, sodass Empfehlungen für die angrenzende Altersgruppe ebenfalls relevant sein können.

Grundlage der evidenzbasierten Empfehlungen

Unter den evidenzbasierten Empfehlungen in dieser Leitlinie sind kurze Erläuterungen zur Evidenzgrundlage der Empfehlungen formuliert. Die Aussagekraft der Evidenz wird durch folgende Formulierungen dargestellt:

- Starke Evidenzbasis für eine Wirksamkeit bzw. für keine Wirksamkeit einer Therapie / Maßnahme
 - Die Qualität der Studien ist gut oder mäßig. Die bewerteten Studien haben einen Evidenzgrad (EG) von 1 (gut) oder 2 (mäßig), was die Aussage der Studienergebnisse verlässlich macht.
 - Es besteht sowohl eine geringe Variabilität innerhalb der Daten (d.h. die Studienergebnisse sind konsistent) als auch eine geringe klinische Heterogenität zwischen den Studien (d.h. es gibt geringe oder keine Unterschiede zwischen den durchgeführten Interventionen und die Studienpopulationen sind vergleichbar), was die Aussage der Studienergebnisse verlässlich macht.
- Schwache Evidenzbasis für eine Wirksamkeit bzw. für keine Wirksamkeit einer Therapie / Maßnahme:
 - Die Qualität der Studien ist schwach oder sehr schwach. Die bewerteten Studien haben einen EG von 3 (schwach), 4 oder 5 (sehr schwach), was die Aussage der Studienergebnisse wenig verlässlich macht.
 - Darüber hinaus gibt es ggf. entweder eine große Variabilität innerhalb der Daten (d.h. die Studienergebnisse sind inkonsistent) und / oder es gibt klinische Heterogenität zwischen den Studien, was die Aussage der Studienergebnisse weniger verlässlich macht.

Voraussetzungen zur Anwendung der Leitlinie

Die Diagnostik depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter wird in dieser Leitlinie nicht thematisiert. Sie ist jedoch eine notwendige Voraussetzung dafür, dass die Leitlinie überhaupt angewandt werden kann, da festgestellt werden muss, ob Kinder oder Jugendliche die diagnostischen Kriterien einer depressiven Störung (z.B. nach ICD-10 oder DSM-5) erfüllen und damit zur Zielgruppe der Leitlinie gehören.

► Diagnosestellung

1. Die Diagnose einer depressiven Störung bei Kindern oder Jugendlichen soll nur durch dafür ausgebildetes Fachpersonal gestellt werden. Dazu zählen insbesondere:
 - Fachärztinnen / Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten für Kinder und Jugendliche
 - Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte mit Fachkunde für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*
 - Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Fachkunde für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*
 - sonstige Ärztinnen und Ärzte mit Fachkunde für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*
2. Weiterhin zählen dazu Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten für Erwachsene. Es sind spezielle Kenntnisse über die entwicklungspsychologisch und -psychopathologisch begründete Vielfalt der klinischen Erscheinungsformen depressiver Syndrome im Kindes- und Jugendalter erforderlich.
 - Das oben genannte Fachpersonal soll somit hinzugezogen werden, falls sich Kinder oder Jugendliche mit Verdacht auf depressive Störungen an anderer Stelle vorstellen (z.B. bei Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendmedizin oder für Allgemeinmedizin)
 - Die Reihenfolge der genannten Personengruppen impliziert, dass Behandelnde, die eine größere Expertise in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aufweisen, denjenigen, die vorwiegend mit Erwachsenen arbeiten und dadurch eine geringere Expertise in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen aufweisen, vorgezogen werden sollen

Empfehlungsart



Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)

Empfehlungsgrad



↑↑ (starke Empfehlung)

Konsentierungsjahr



2013, aktualisiert 2025

Konsensstärke



100 %

*Fachliche Befähigung für ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten nach § 3 Absatz 4

Rahmenbedingungen für eine Behandlung

► Empfehlung 1: Einbindung der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Eltern oder Erziehungsberechtigten in die Behandlungsentscheidungen

1.1 Die Behandelnden sollen die Kinder und Jugendlichen sowie ihre Eltern oder Erziehungsberechtigten in die Behandlungsentscheidungen einbinden.

- Die Kinder und Jugendlichen sowie ihre Eltern oder Erziehungsberechtigten sollen in angemessener Sprache und den jeweiligen Entwicklungsstand der Kinder und Jugendlichen berücksichtigend über die empfohlenen Behandlungsstrategien informiert werden. Hierbei sollen individuelle Bedürfnisse miteinbezogen werden, sodass Entscheidungen über die Therapien gemeinsam mit den Behandelnden sowie basierend auf klinisch-wissenschaftlicher Evidenz und individuellen Präferenzen, Ressourcen und Erwartungen getroffen werden können

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↑↑ (starke Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

1.2 Zur Behandlungsstrategie bzw. zu verschiedenen Therapien sollte den Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern oder Erziehungsberechtigten Folgendes erläutert werden:

- Was die verschiedenen Therapien beinhalten und wie sie durchgeführt werden
- Wie die Evidenzlage der Therapien für die entsprechende Altersgruppe ist
- Wie die Therapien den individuellen Bedürfnissen, Präferenzen, Ressourcen und Erwartungen gerecht werden können
- Welche Nebenwirkungen bei der Behandlung auftreten können, sowie deren Häufigkeit

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↑ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

1.3 Bei der Wahl der Behandlungsstrategie sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Lebensumstände der Kinder und Jugendlichen und deren Familienmitglieder

oder Erziehungsberechtigten

- Klinische und persönliche Vorgeschichte und Form und Schwere der Depression
- Individuelle Reife und Entwicklungsniveau
- Verfügbarkeit von Therapien und Behandlungssettings, in denen die Behandlung angeboten werden kann
- Vorliegen von psychischen und somatischen Komorbiditäten sowie Entwicklungsstörungen, einschließlich Sprech- und Sprachstörungen oder Sinnesbeeinträchtigungen, Lernentwicklungsstörungen

Empfehlungsart	▶	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	▶	↑ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	▶	2025
Konsensstärke	▶	100 %

- Die gesamte **Empfehlung 1 (Einbindung in die Behandlungsentscheidungen)** ist angelehnt an die NICE-Leitlinie [\[14\]](#), beruht auf klinischer Erfahrung und beschreibt die „gute klinische Praxis“.

Behandlungssetting

► Empfehlung 2.1: Grundsätzliche Aspekte zur Behandlung

2.1.1 Bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen sollen folgende Aspekte in die Behandlung integriert werden:

- Umgang mit komorbiden psychischen und somatischen Erkrankungen, sowie Problemen in der Entwicklung, Bildung oder im sozialen Umfeld
- Berücksichtigung von psychischen Problemen und Erkrankungen bei den Eltern
- Kultursensitivität hinsichtlich Störungsverständnis und Behandlungskonzepten

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	⬆⬆ (starke Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

2.1.2 Des Weiteren sollte Folgendes bei der Behandlung berücksichtigt werden:

- Aufklärung über die Bedeutung von lebensstilbezogenen Verhaltensweisen und eventuelle Maßnahmen (z.B. in Bezug auf Schlaf, Ernährung, Bewegung, Mediennutzung etc.) für die psychische Gesundheit

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	⬆ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

- Die gesamte **Empfehlung 2.1 (Grundsätzliche Aspekte zur Behandlung)** ist angelehnt an die NICE-Leitlinie [\[14\]](#), beruht auf klinischer Erfahrung und beschreibt die „gute klinische Praxis“.

► Empfehlung 2.2: Behandlungssetting

2.2.1 Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen soll eine Behandlung angeboten werden

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	⬆⬆ (starke Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

2.2.2 Diese Behandlung kann in einem ambulanten, teilstationären oder stationären Setting durchgeführt werden

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

2.2.3 Innerhalb dieser Behandlungssettings kann eine Therapie, soweit möglich, als Einzel-, Gruppen- oder Familientherapie durchgeführt werden

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

- Die **Empfehlungen 2.2.1 (Behandlungsangebot) und 2.2.2 (Ambulant, Stationär, Teilstationär)** beruhen auf klinischer Erfahrung und beschreiben die „gute klinische Praxis“.
- Die **Empfehlung 2.2.3 (Einzel-, Gruppen- oder Familientherapie)** beruht auf klinischer Erfahrung, sowie der Tatsache, dass die im Folgenden empfohlenen Behandlungen im Rahmen einer Einzel-, Gruppen- und Familientherapie untersucht wurden. Spezifische Evidenz für das Format einzelner empfohlener Behandlungen kann den jeweiligen Empfehlungen entnommen werden.
- **Änderungen in der Aktualisierung:**
 - Diese Empfehlung besagt, dass bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen direkt nach Diagnosestellung eine Behandlung angeboten werden soll. Dies stellt eine Änderung zur Erstfassung dieser Leitlinie dar, in der aktiv abwartende Maßnahmen (Unterstützung, Beratung oder Psychoedukation) bei einer leichten Depression empfohlen wurden.

► Empfehlung 2.3: Ambulante Behandlung

- 2.3.1 Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen können im Regelfall ambulant behandelt werden. Voraussetzung für ein ambulantes Behandlungssetting ist ein angemessenes allgemeines psychosoziales Funktionsniveau (gemäß Achse VI des MAS)

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2013
Konsensstärke	►	100 %

► Empfehlung 2.4: Teilstationäre und stationäre Behandlung

- 2.4.1 Eine teilstationäre Behandlung sollte unter Berücksichtigung des Schweregrads der Störung, der Ressourcen des familiären und sozialen Umfeldes sowie der regionalen Versorgungskapazitäten geprüft und gegebenenfalls empfohlen werden

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↑ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2013
Konsensstärke	►	100 %

- 2.4.2 Bei Suizidalität verbunden mit fehlender Absprachefähigkeit (Eigengefährdung) sollen entsprechende schützende Maßnahmen ergriffen werden, wozu auch ein geschütztes stationäres Behandlungssetting gehören kann

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↑↑ (starke Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

► Statement: Indikatoren für eine teilstationäre oder stationäre Behandlung

Indikatoren für eine teilstationäre oder stationäre Behandlung depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen können z.B. sein:

- Risiko von Selbstverletzung in suizidaler Absicht oder suizidale Gedanken, Pläne und Handlungen
- Erheblicher Mangel an Ressourcen oder erhebliche aktuelle abnorme psychosoziale Belastungen gemäß Achse V des MAS
- Erhebliche Funktionseinschränkungen gemäß Achse VI des MAS, insbesondere bei unzureichender Alltagsbelastbarkeit
- Die benötigte Intensität der Behandlung übersteigt die Möglichkeiten einer ambulanten Behandlung

Art des Statements	► Konsensbasiertes Statement (Expertenkonsens)
--------------------	--

Konsentierungsjahr	► 2013, aktualisiert 2025
--------------------	---------------------------

Konsensstärke	► 100 %
---------------	---------

- Zum **Behandlungssetting**, d.h. zu der klinischen Frage, welches Behandlungssetting (ambulant, teilstationär oder stationär) bei welchen Indikatoren empfohlen werden kann, wurden keine relevanten Studien identifiziert, die einen direkten Vergleich verschiedener Behandlungssettings vornehmen. Daher kann für die Wahl des Behandlungssettings bei Kindern und Jugendlichen mit einer depressiven Störung keine evidenzbasierte Empfehlung, sondern nur eine konsensbasierte Empfehlung und ein Statement formuliert werden.
- An dieser Stelle sollte beachtet werden, dass ein Großteil der Therapiestudien, die im Folgenden genannt werden, im ambulanten Setting durchgeführt wurden. Obwohl diese Studien nicht die Überlegenheit eines ambulanten Settings über (teil-)stationäre Settings zeigen können, zeigen Studien, die ein Therapieverfahren im ambulanten Rahmen mit z.B. einer Warteliste vergleichen, auch die Effektivität der ambulanten Behandlung. Einen Hinweis auf mögliche Indikatoren, wenn auch nicht systematisch evidenzbasiert untersucht, liefert auch die Tatsache, dass in vielen der ambulanten Therapiestudien Patientinnen und Patienten mit akuter Suizidalität ausgeschlossen wurden. So liefert der Kontext der Studien bereits den Hinweis, dass bei akuter Suizidalität und Selbstverletzung in suizidaler Absicht ein (teil-)stationäres Setting in Betracht gezogen werden sollte.
- Im ambulanten Bereich kann keine einheitliche Definition für den „Regelfall“ formuliert werden; man kann jedoch davon ausgehen, dass es sich um diejenigen Kinder und Jugendliche handelt, die häufig im ambulanten Rahmen behandelt werden
- Für die Einschätzung der aktuellen **psychosozialen Umstände** und des **psychosozialen Funktionsniveaus** wird das MAS herangezogen (Details s. Glossar).
- Hinweis zu schützenden Maßnahmen **Empfehlung 2.4.2**: Nach der Einschätzung der Suizidalität (vgl. S3-Leitlinie „Umgang mit Suizidalität“, aktuell in Überarbeitung) können je nach Ergebnis der Einschätzung engmaschige ambulante Kontakte, freiwillige Aufnahme in einem stationären Setting bis hin zur Unterbringung mittels

freiheitsentziehenden Maßnahmen und entsprechender enger stationärer Überwachung notwendig sein. Die Überwachungsintensität richtet sich nach der klinischen Einschätzung der Symptomatik, des Schweregrads der Suizidabsichten und den vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren.

Behandlung der ersten Wahl bei Jugendlichen

► Empfehlung 3.1: Therapie der ersten Wahl bei Jugendlichen – Psychotherapie

- 3.1.1 Für die Therapie der ersten Wahl bei Jugendlichen mit depressiven Störungen sollte eine Psychotherapie Vorrang vor einer Pharmakotherapie haben.

Empfehlungsart	►	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	►	3 bis 4 (schwach bis sehr schwach)
Empfehlungsgrad	►	B, ↑ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2013, aktualisiert 2025
Konsensstärke	►	100 %

- 3.1.2 Für Jugendliche mit depressiven Störungen sollte folgende Psychotherapie als Therapie der ersten Wahl erwogen werden:

■ Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Empfehlungsart	►	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	►	2 bis 4 (mäßig bis sehr schwach)
Empfehlungsgrad	►	B, ↑ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2013, aktualisiert 2025
Konsensstärke	►	90 %

► Grundlage Empfehlung 3.1.1: Psychotherapie Vorrang vor einer Pharmakotherapie

- Die Einnahme von Psychopharmaka bzw. SSRIs und SNRIs kann zu möglichen unerwünschten Nebenwirkungen führen
- Unerwünschte Nebenwirkungen werden in den eingeschlossenen Psychotherapiestudien nicht mit einem standardisierten Instrument untersucht. Somit gibt es keine Evidenz zu unerwünschten Nebenwirkungen in der Psychotherapie

► Grundlage Empfehlung 3.1.2: Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

- Für KVT liegt eine starke Evidenzbasis für eine Wirksamkeit in folgenden Outcomes vor: Reduktion der depressiven Symptomatik, Erreichen einer Remission, Verbesserung des Funktionsniveaus und Verbesserung der Lebensqualität
 - Zeitpunkte: kurzfristig (direkt nach der Behandlung), mittelfristig (bis zu 3 Monate nach der Behandlung)
- Für KVT liegt eine schwache Evidenzbasis für eine Wirksamkeit in folgenden Outcomes vor: Verringerung der Suizidalität und Erhöhung der Wahrscheinlichkeit einer Erholung
 - Zeitpunkte: kurzfristig (direkt nach der Behandlung), mittelfristig (bis zu 3 Monate nach der Behandlung)

- In den Studienpopulationen der zugrundeliegenden Evidenz wird keine eindeutige Unterscheidung zwischen Dysthymia, leichter, mittelgradiger und schwerer Depression gemacht, daher kann keine Aussage hinsichtlich differenzieller Wirksamkeit für verschiedene Schweregrade gemacht werden.
- Im Vergleich zur Evidenzlage der IPT gibt es für KVT mehr spezifizierte Outcomes (zusätzlich: Remission und Lebensqualität), für die eine starke Evidenzbasis vorliegt

- ▶ **Hinweis:** Die Evidenz zu KVT, auf der die Empfehlung beruht, enthält Studien, die im Rahmen einer Einzel-, Gruppen- oder Familientherapie durchgeführt wurden, sowie zu online- / computerbasierter KVT mit Unterstützung von einer Therapeutin / einem Therapeuten.
- ▶ **Hinweis:** Es gibt Studien, die KVT im Rahmen einer Einzel-, Gruppen- oder Familientherapie miteinander vergleichen. Diese Studienergebnisse zeigen, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Rahmenbedingungen gibt, daher wird in den Empfehlungen keine Unterscheidung zwischen einzelnen Rahmenbedingungen getroffen.
- ▶ *Evidenz und ergänzende Erläuterungen:*
 - **Empfehlung 3.1.1 (Psychotherapie Vorrang vor einer Pharmakotherapie):** Abschnitt 3.3.4 Unerwünschte Nebenwirkungen von SSRIs und SNRIs
 - **Empfehlung 3.1.2 (KVT):** Abschnitt 3.1.1 Kognitive Verhaltenstherapie im Jugendalter

▶ Empfehlung 3.2: Therapie der ersten Wahl bei Jugendlichen – Pharmakotherapie

- 3.2.1 Für Jugendliche mit einer leichten depressiven Episode (einschließlich Dysthymia) sollte auf eine Pharmakotherapie als Therapie der ersten Wahl verzichtet werden

Empfehlungsart	▶ Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	▶ ⬆ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	▶ 2025
Konsensstärke	▶ 100 %

- 3.2.2 Für Jugendliche mit einer mittelgradigen oder schweren depressiven Episode sollte die Gabe folgender Substanzen als Pharmakotherapie*¹ der ersten Wahl erwogen werden:

- Fluoxetin, Sertralin*² oder Escitalopram*²

Empfehlungsart	▶ Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	▶ 2 bis 3 (mäßig bis schwach)
Empfehlungsgrad	▶ B, ⬆ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	▶ 2013, aktualisiert 2025
Konsensstärke	▶ 94 %

3.2.3 Für Jugendliche mit einer mittelgradigen oder schweren depressiven Episode kann außerdem Folgendes als Therapie der ersten Wahl erwogen werden:

- Kombination aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Psychotherapie und einem SSRI*¹

Empfehlungsart	▶	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	▶	2 bis 3 (mäßig bis schwach)
Empfehlungsgrad	▶	0, ⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	▶	2013, aktualisiert 2025
Konsensstärke	▶	95 %

*¹Im Rahmen der Empfehlungen zu Pharmakotherapie (3.2.2 und 3.2.3) sollte auch Empfehlung 3.5 Hinweise zu pharmakologischer Behandlung beachtet werden.

*²Diese Psychopharmaka sind aktuell in Deutschland nicht zur Behandlung einer Depression bei Kindern und Jugendlichen zugelassen. Hinsichtlich des Einsatzes dieser Psychopharmaka sollten die Hinweise zum Off-Label-Use beachtet werden (siehe 4. Off-Label-Use in der Pharmakotherapie).

► **Grundlage Empfehlung 3.2.1: Verzicht von Pharmakotherapie bei leichter Depression**

- Die Einnahme von Psychopharmaka bzw. SSRIs und SNRIs kann zu möglichen unerwünschten Nebenwirkungen führen
- Für Jugendliche mit einer leichten depressiven Störung (einschließlich Dysthymia) liegen keine Studien zu Psychopharmaka vor, da in der Mehrheit der pharmakologischen Studien leichte depressive Störungen und Dysthymia ausgeschlossen wurden. Daher wird diese Empfehlung als konsensbasierte Empfehlung formuliert

► **Grundlage Empfehlung 3.2.2: Fluoxetin, Sertralin und Escitalopram (Jugendliche)**

- Für Jugendliche mit mittelgradiger oder schwerer Depression liegt für die Substanzen Fluoxetin, Sertralin eine starke Evidenzbasis für eine Wirksamkeit im folgenden Outcome vor: Reduktion depressiver Symptomatik. Für Escitalopram liegt hierfür eine schwache Evidenzbasis vor.
- Für Jugendliche mit mittelgradiger oder schwerer Depression liegt für Fluoxetin, Sertralin, und Escitalopram eine schwache Evidenzbasis im folgenden Outcome vor: Erreichen einer Remission.
- Für Jugendliche mit mittelgradiger oder schwerer Depression liegt für die Substanzen Fluoxetin, Sertralin eine schwache Evidenzbasis für eine Wirksamkeit im folgenden Outcome vor: Verbesserung des Funktionsniveau. Für Escitalopram liegt hierfür eine starke Evidenzbasis vor.
 - Zeitpunkt: kurzfristig (direkt nach der Behandlung)
- Gleichzeitig besteht für die Einnahme von Fluoxetin, Sertralin und Escitalopram eine erhöhte Wahrscheinlichkeit der Verstärkung von Suizidalität und / oder eine gering erhöhte Wahrscheinlichkeit des Auftretens von nachteiligen Ereignissen.

► Grundlage Empfehlung 3.2.3: Kombinationsbehandlung (KVT + SSRI)

- Die gesamte Evidenzbasis für Kombinationsbehandlung (KVT + SSRI) wird aufgrund von klinischer Heterogenität (Unterschiede zwischen den Interventionen + Studienpopulationen) und großer Variabilität innerhalb der Daten (inkonsistente Studienergebnisse) als schwach betrachtet.
- Für die Kombinationsbehandlung (KVT + SSRI) liegt eine schwache Evidenzbasis für eine Wirksamkeit in folgenden Outcomes vor: Reduktion depressiver Symptomatik, Erreichen einer Remission, Verbesserung des Funktionsniveaus und Lebensqualität
 - Zeitpunkt: kurzfristig (direkt nach der Behandlung)
- Gleichzeitig besteht für die Einnahme von SSRIs eine gering erhöhte Wahrscheinlichkeit des Auftretens unerwünschter Nebenwirkungen.

► Evidenz und ergänzende Erläuterungen:

- **Empfehlung 3.2.2 (Fluoxetin, Sertralin oder Escitalopram):** Abschnitt 3.3.2 Überblick der Hauptergebnisse und Qualität der Evidenz (Hetrick et al. 2021): Sertralin, Fluoxetin, Escitalopram, Citalopram, Paroxetin, Vilazodon, Vortioxetin, Duloxetin, Venlafaxin, Desvenlafaxin und Mirtazapin
- **Empfehlung 3.2.3 (KVT + SSRIs):** Abschnitt 3.5 Kombinationsbehandlung von Psychotherapie und Pharmakotherapie

► Empfehlung 3.3: Alternativen zur Therapie der ersten Wahl bei Jugendlichen

3.3.1 Wenn bei Jugendlichen mit depressiven Störungen eine kognitive Verhaltenstherapie nicht möglich oder nicht gewünscht ist, sollte folgende Psychotherapie als Alternative erwogen werden:

- Interpersonelle Therapie (IPT)*¹

Empfehlungsart	► Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	► 2 bis 4 (mäßig bis sehr schwach)
Empfehlungsgrad	► B, ↑ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	► 2013, aktualisiert 2025
Konsensstärke	► 86 %

3.3.2 Wenn bei Jugendlichen mit depressiven Störungen eine kognitive Verhaltenstherapie oder eine Interpersonelle Therapie (IPT) nicht möglich oder nicht gewünscht sind, können folgende Psychotherapien als Alternativen erwogen werden:

- Systemische Therapie (ST)
- Psychodynamische Psychotherapie (PP)

Empfehlungsart	► Evidenzbasierte Empfehlung
----------------	------------------------------

Evidenzgrad	▶	ST: 3 bis 4 (schwach bis sehr schwach), PP: 2 bis 4 (mäßig bis sehr schwach)
Empfehlungsgrad	▶	0, ⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	▶	2013, aktualisiert 2025
Konsensstärke	▶	96 %

3.3.3 Wenn bei Jugendlichen mit einer mittelgradigen oder schweren depressiven Episode die Gabe der Substanzen Fluoxetin, Sertralin^{*2} oder Escitalopram^{*2} nicht möglich oder nicht gewünscht ist, kann eine Pharmakotherapie^{*3} mit folgender Substanz als Alternative erwogen werden:

■ Duloxetine^{*2}

Empfehlungsart	▶	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	▶	3 (schwach)
Empfehlungsgrad	▶	0, ⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	▶	2013, aktualisiert 2025
Konsensstärke	▶	94 %

*1Dieses Therapieverfahren ist aktuell in Deutschland bei Kindern und Jugendlichen nicht sozialrechtlich anerkannt. Hinsichtlich des Einsatzes dieses Therapieverfahrens sollten die Hinweise unter 5.1 Durchführung der Psychotherapie in der ambulanten Versorgung beachtet werden.

*2Diese Psychopharmaka sind aktuell in Deutschland nicht zur Behandlung einer Depression bei Kindern und Jugendlichen zugelassen. Hinsichtlich des Einsatzes dieser Psychopharmaka sollten die Hinweise zum Off-Label-Use beachtet werden (s. 4. Off-Label-Use in der Pharmakotherapie).

*3Im Rahmen der Empfehlung zu Pharmakotherapie (3.3.3) sollte auch Empfehlung 3.5: Hinweise zu pharmakologischer Behandlung beachtet werden

► Grundlage Empfehlung 3.3.1: Interpersonelle Therapie (IPT)

- Für IPT liegt eine starke Evidenzbasis für eine Wirksamkeit in folgenden Outcomes vor: Verringerung der depressiven Symptomatik und Verbesserung des Funktionsniveaus
 - Zeitpunkte: kurzfristig (direkt nach der Behandlung), mittelfristig (bis zu drei Monate nach der Behandlung)
- Für IPT liegt eine schwache Evidenzbasis für eine Wirksamkeit im folgenden Outcome vor: Verringerung der Suizidalität
 - Zeitpunkt: kurzfristig (direkt nach der Behandlung)
- In den Studienpopulationen der zugrundeliegenden Evidenz wird keine eindeutige Unterscheidung zwischen Dysthymia, leichter, mittelgradiger und schwerer Depression gemacht, daher kann keine Aussage hinsichtlich der differenziellen Wirksamkeit für verschiedene Schweregrade gemacht werden
- Im Vergleich zur Evidenzlage der KVT gibt es für IPT weniger spezifizierte Outcomes (ausschließlich Depressive Symptomatik und Funktionsniveau) in der Leitlinie, für die eine starke Evidenzbasis vorliegt

► Grundlage Empfehlung 3.3.2: Systemische Therapie (ST)

- Für ST liegt eine schwache Evidenzbasis für eine Wirksamkeit in folgenden Outcomes vor: Verringerung der depressiven Symptomatik und der Suizidalität, Erreichen einer Remission und Verbesserung des Funktionsniveaus
 - Zeitpunkte: kurzfristig (direkt nach der Behandlung), mittelfristig (bis zu drei Monate nach Behandlung)
- In den Studienpopulationen der zugrundeliegenden Evidenz wird keine eindeutige Unterscheidung zwischen Dysthymia, leichter, mittelgradiger und schwerer Depression gemacht, daher kann keine Aussage hinsichtlich der differenziellen Wirksamkeit für verschiedene Schweregrade gemacht werden

► Grundlage Empfehlung 3.3.2: Psychodynamische Psychotherapie (PP)

- Basierend auf der begrenzten Evidenzlage zu PP wird die gesamte Evidenzbasis als schwach betrachtet
- Für PP liegt eine schwache Evidenzbasis für eine Wirksamkeit in folgenden Outcomes vor: Verringerung der depressiven Symptomatik und der Suizidalität, Erreichen einer Remission, Verbesserung des Funktionsniveaus und Verbesserung der Lebensqualität
 - Zeitpunkte: kurzfristig (direkt nach der Behandlung)
- In den Studienpopulationen der zugrundeliegenden Evidenz wird keine eindeutige Unterscheidung zwischen Dysthymia, leichter, mittelgradiger und schwerer Depression gemacht, daher kann keine Aussage hinsichtlich der differenziellen Wirksamkeit für verschiedene Schweregrade gemacht werden

► Grundlage Empfehlung 3.3.3: Duloxetin (Jugendliche)

- Für Jugendliche mit mittelgradiger oder schwerer Depression liegt für die Substanz Duloxetin eine schwache Evidenzbasis für eine Wirksamkeit in folgenden Outcomes vor: Reduktion depressiver Symptomatik und Erreichen einer Remission
 - Zeitpunkt: kurzfristig (direkt nach der Behandlung)
- Gleichzeitig besteht für die Einnahme von Duloxetin eine gering erhöhte Wahrscheinlichkeit des Auftretens von nachteiligen Ereignissen.

- **Hinweis:** Die Evidenz, auf der die Empfehlung beruht, enthält Studien, die im Rahmen einer Einzel-, Gruppen- und Familientherapie durchgeführt wurden, sowie zu online- / computerbasierter KVT mit Unterstützung von einer Therapeutin / einem Therapeuten:
 - Die Evidenz zu IPT, auf der die Empfehlung beruht, enthält Studien im Rahmen von Einzel-, Gruppen- und Familientherapie
 - Die Evidenz zu ST, auf der die Empfehlung beruht, enthält Studien im Rahmen von Familientherapie
 - Die Evidenz zu PP, auf der die Empfehlung beruht, enthält Studien im Rahmen von Einzel- und Familientherapie, sowie zu online- / computerbasierter PP mit Unterstützung von einer Therapeutin / einem Therapeuten.

- ▶ **Hinweis:** Es gibt Studien, die IPT im Rahmen einer Einzel-, Gruppen- oder Familientherapie miteinander vergleichen. Die Studienergebnisse zeigen, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Rahmenbedingungen gibt, daher wird in den Empfehlungen keine Unterscheidung zwischen einzelnen Rahmenbedingungen getroffen.
- ▶ *Evidenz und ergänzende Erläuterungen:*
 - **Empfehlung 3.3.1 (IPT):** Abschnitt 3.1.4 Interpersonelle Therapie
 - **Empfehlung 3.3.2 (ST oder PP):** Abschnitte 3.1.2 Psychodynamische Psychotherapie und 3.1.3 Systemische Therapie
 - **Empfehlung 3.3.3 (Duloxetin):** Abschnitt 3.3.2 Überblick der Hauptergebnisse und Qualität der Evidenz (Hetrick et al. 2021): Sertralin, Fluoxetin, Escitalopram, Citalopram, Paroxetin, Vilazodon, Vortioxetin, Duloxetin, Venlafaxin, Desvenlafaxin und Mirtazapin

▶ Empfehlung 3.4: Hinweise zu unerwünschten Nebenwirkungen

3.4 Im Rahmen aller empfohlenen Behandlungen sollte das Auftreten unerwünschter Nebenwirkungen von den Behandelnden systematisch erfasst werden

Empfehlungsart	▶	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	▶	↑ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	▶	2013, aktualisiert 2025
Konsensstärke	▶	100 %

- ▶ Die **Empfehlung 3.4 (Hinweise zu unerwünschten Nebenwirkungen)** beruht auf klinischer Erfahrung und beschreibt die „gute klinische Praxis“.
- ▶ *Änderungen in der Aktualisierung:*
 - Die gesamte **Empfehlung 3.4 (Hinweise zu unerwünschten Nebenwirkungen)** wurde im Rahmen der Aktualisierung der Leitlinie (2025) angepasst.

▶ Empfehlung 3.5: Hinweise zu pharmakologischer Behandlung

3.5 Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Psychopharmaka sollten folgende Hinweise bei der Gabe der Medikation beachtet werden:

- Die Dosierung sollte das Körpergewicht, den körperlichen Entwicklungsstand, und das Vorliegen von körperlichen Erkrankungen berücksichtigen
- Vor der Gabe eines Psychopharmakons sollten Kontraindikationen und Wechselwirkungen mit anderen verordneten Medikamenten überprüft werden
- Kontrolluntersuchungen wie z.B. laborchemische Parameter, EKG, Blutdruck,

Körpergröße und Gewicht sollten durchgeführt werden

- Bei der Gabe aller Medikamente sollten die Fachinformationen beachtet werden

Empfehlungsart	▶	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	▶	↑ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	▶	2013, aktualisiert 2025
Konsensstärke	▶	100 %

- ▶ Die **Empfehlung 3.5 (Hinweise zu pharmakologischer Behandlung)** ist angelehnt an die NICE-Leitlinie [\[14\]](#), beruht auf klinischer Erfahrung und beschreibt die „gute klinische Praxis“.
- ▶ **Hinweise:**
 - Weitere Informationen zu Dosierungen können auch dem Abschnitt 3.3.7 Dosierungen entnommen werden.
 - Die Häufigkeit der Kontrolluntersuchungen ist abhängig vom spezifischen Medikament.
 - Bis auf Suizidalität sind mögliche weitere unerwünschte Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen mit anderen Substanzen häufig nicht als primäre Outcomes im Studiendesign von Wirksamkeitsstudien definiert. Deshalb sollten bei der Nutzen-Risiko-Abwägung von pharmakologischen Interventionen auch andere Informationen – z.B. aus den entsprechenden Fachinformationen und Stellungnahmen der Fachverbände – berücksichtigt werden.
- ▶ *Evidenz und ergänzende Erläuterungen:*
 - **Empfehlung 3.5 (Hinweise zu pharmakologischer Behandlung):** Abschnitt 3.3.7 Dosierungen

Behandlung der ersten Wahl bei Kindern

► Empfehlung 4.1: Therapie der ersten Wahl bei älteren Kindern

4.1.1 Für Kinder zwischen 7 und 12 Jahren mit depressiven Störungen sollte eine Psychotherapie Vorrang vor einer Pharmakotherapie haben

Empfehlungsart	►	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	►	3 bis 4 (schwach bis sehr schwach)
Empfehlungsgrad	►	B, ↑ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

4.1.2 Für Kinder zwischen 7 und 12 Jahren mit depressiven Störungen kann folgende Psychotherapie als Therapie der ersten Wahl erwogen werden:

■ Kognitive Verhaltenstherapie

Empfehlungsart	►	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	►	2 bis 4 (mäßig bis sehr schwach)
Empfehlungsgrad	►	0, ⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	95 %

► Grundlage Empfehlung 4.1.1: Psychotherapie Vorrang vor einer Pharmakotherapie

- Die Einnahme von Psychopharmaka bzw. SSRIs und SNRIs kann zu möglichen unerwünschten Nebenwirkungen führen
- Unerwünschte Nebenwirkungen werden in den eingeschlossenen Psychotherapiestudien nicht mit einem standardisierten Instrument untersucht. Somit gibt es keine Evidenz zu unerwünschten Nebenwirkungen in der Psychotherapie

► Grundlage Empfehlung 4.1.2: KVT im Kindesalter

- Für KVT im Kindesalter liegt eine schwache Evidenzbasis für eine Wirksamkeit in folgenden Outcomes vor: Verringerung der depressiven Symptomatik, Erreichen einer Remission, Verbesserung des Funktionsniveaus
 - Zeitpunkt: kurzfristig (direkt nach der Behandlung)
- Im Vergleich zu anderer vorliegender Evidenz im Kindesalter (bzgl. familienbasierter IPT) weist die Evidenzlage für KVT im Kindesalter ein zusätzliches RCT auf, welches Wirksamkeit hinsichtlich der spezifizierten Outcomes der Leitlinie zeigt. Darüber liegen 4 RCTs vor, welche Kinder ab 7 Jahren einschließen, jedoch keine separate Analyse zu Kindern gemacht haben; in diesen wurde eine

Wirksamkeit hinsichtlich der spezifizierten Outcomes der Leitlinie gefunden.

- In den Studienpopulationen der zugrundeliegenden Evidenz wird keine eindeutige Unterscheidung zwischen Dysthymia, leichter, mittelgradiger und schwerer Depression gemacht, daher kann keine Aussage hinsichtlich der differenziellen Wirksamkeit für verschiedene Schweregrade gemacht werden

► **Hinweis:** Die Evidenz zu KVT, auf der die Empfehlung 4.1.2 (**KVT im Kindesalter**) beruht, enthält Studien, die im Rahmen einer Einzeltherapie mit Einbezug der Eltern durchgeführt wurden.

► *Evidenz und ergänzende Erläuterungen:*

- **Empfehlung 4.1.1 (Psychotherapie Vorrang vor einer Pharmakotherapie):** Abschnitt 3.3.4 Unerwünschte Nebenwirkungen von SSRIs und SNRIs (Hetrick et al. 2021)
- **Empfehlung 4.1.2 (KVT im Kindesalter):** Abschnitt 3.2.1 Kognitive Verhaltenstherapie im Kindesalter

► Empfehlung 4.2: Alternativen zur Therapie der ersten Wahl bei älteren Kindern

4.2.1 Wenn bei Kindern zwischen 7 und 12 Jahren mit depressiven Störungen eine kognitive Verhaltenstherapie nicht möglich oder nicht gewünscht ist, kann folgende Psychotherapie als Alternative erwogen werden:

- Familienbasierte interpersonelle Therapie*¹

Empfehlungsart	►	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	►	3 (schwach)
Empfehlungsgrad	►	0, ⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	89 %

4.2.2 Für Kinder zwischen 7 und 12 Jahren mit einer leichten depressiven Episode (einschließlich Dysthymia), bei denen eine Psychotherapie nicht möglich oder nicht gewünscht ist, sollte auf eine Pharmakotherapie als Alternative zur Therapie der ersten Wahl verzichtet werden

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↑ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	96 %

4.2.3 Wenn bei Kindern zwischen 7 und 12 Jahren mit einer mittelgradigen oder schweren depressiven Episode eine Psychotherapie nicht wirksam, nicht möglich

oder nicht gewünscht ist, kann eine Pharmakotherapie*² mit folgenden Substanzen als Alternative erwogen werden:

- Fluoxetin*³, Sertralin*⁴ oder Escitalopram*⁴

Empfehlungsart	➤	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	➤	2 bis 3 (mäßig bis schwach)
Empfehlungsgrad	➤	0, ⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	➤	2025
Konsensstärke	➤	100 %

4.2.4 Wenn bei Kindern zwischen 7 und 12 Jahren mit einer mittelgradigen oder schweren depressiven Episode eine Psychotherapie oder die oben genannten Psychopharmaka (Fluoxetin, Sertralin, Escitalopram) nicht wirksam, nicht möglich oder nicht gewünscht sind, kann eine Pharmakotherapie*² mit folgender Substanz als Alternative erwogen werden:

- Duloxetin*⁴

Empfehlungsart	➤	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	➤	3 (schwach)
Empfehlungsgrad	➤	0, ⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	➤	2025
Konsensstärke	➤	100 %

*¹ Dieses Therapieverfahren ist aktuell in Deutschland bei Kindern und Jugendlichen nicht sozialrechtlich anerkannt. Hinsichtlich des Einsatzes dieses Therapieverfahrens sollten die Hinweise unter 5.1 Durchführung der Psychotherapie in der ambulanten Versorgung beachtet werden.

*² Im Rahmen der Empfehlung zu Pharmakotherapie (4.2.3 und 4.2.4) sollte auch Empfehlung 3.5: Hinweise zu pharmakologischer Behandlung beachtet werden

*³ Fluoxetin ist aktuell in Deutschland erst ab 8 Jahren zur Behandlung einer Depression bei Kindern und Jugendlichen zugelassen. Bei dem Einsatz von Fluoxetin bei Kindern unter 8 Jahren sollten die Hinweise zum Off-Label-Use beachtet werden (siehe 4. Off-Label-Use in der Pharmakotherapie).

*⁴ Diese Psychopharmaka sind aktuell in Deutschland nicht zur Behandlung einer Depression bei Kindern und Jugendlichen zugelassen. Hinsichtlich des Einsatzes dieser Psychopharmaka sollten die Hinweise zum Off-Label-Use beachtet werden (siehe 4. Off-Label-Use in der Pharmakotherapie).

► Grundlage Empfehlung 4.2.1: Familienbasierte IPT

- Für familienbasierte IPT liegt eine schwache Evidenzbasis für eine Wirksamkeit in folgenden Outcomes vor: Verringerung der depressiven Symptomatik, Erreichen einer Remission
 - Zeitpunkte: kurzfristig (direkt nach der Behandlung)
- Im Vergleich zur KVT im Kindesalter weist die Evidenzlage in Bezug auf familienbasierte IPT lediglich eine Studie auf, die Wirksamkeit hinsichtlich der spezifizierten Outcomes der Leitlinie zeigt.

► **Grundlage Empfehlung 4.2.2: Verzicht auf Pharmakotherapie bei leichter Depression**

- Für Kinder zwischen 7 und 12 Jahren mit einer leichten depressiven Störung (einschließlich Dysthymia) liegen keine Studien zum Einsatz von Psychopharmaka vor
- Da die Einnahme von Psychopharmaka (bzw. SSRIs und SNRIs) jedoch zu möglichen unerwünschten Nebenwirkungen führen kann, wird eine konsensbasierte Empfehlung ausgesprochen, dass Kinder ab 7 Jahren mit einer leichten depressiven Störung (einschließlich Dysthymia) auf eine Pharmakotherapie verzichten sollten

► **Grundlage Empfehlung 4.2.3: Fluoxetin, Sertralin und Escitalopram (ältere Kinder)**

- Die Evidenzbasis für die Einnahme von Fluoxetin, Sertralin und Escitalopram bei älteren Kindern wird aufgrund von geringerer Anwendbarkeit der Studienergebnisse für Kinder zwischen 7 und 12 Jahren als schwach betrachtet. Geringere Anwendbarkeit bedeutet an dieser Stelle, dass die spezifische Altersgruppe (Kinder von 7 bis 12 Jahren) nur einen kleinen Teil der Probandinnen / Probanden in den Studienpopulationen ausmacht (siehe auch Abschnitt 3.3.1)
- Für Kinder mit mittelgradiger oder schwerer Depression liegt für die Substanzen Fluoxetin, Sertralin und Escitalopram eine schwache Evidenzbasis für eine Wirksamkeit in folgenden Outcomes vor: Reduktion depressiver Symptomatik, Erreichen einer Remission und Verbesserung des Funktionsniveaus.
 - Zeitpunkt: kurzfristig (direkt nach der Behandlung)
- Gleichzeitig besteht für die Einnahme von Fluoxetin, Sertralin und Escitalopram eine gering erhöhte Wahrscheinlichkeit der Verstärkung von Suizidalität und / oder des Auftretens von nachteiligen Ereignissen

► **Grundlage Empfehlung 4.2.4: Duloxetin (ältere Kinder)**

- Die Evidenzbasis für die Einnahme von Duloxetin bei älteren Kindern wird aufgrund von geringerer Anwendbarkeit der Studienergebnisse für Kinder zwischen 7 und 12 Jahren als sehr schwach betrachtet. Geringere Anwendbarkeit bedeutet an dieser Stelle, dass die spezifische Altersgruppe (Kinder von 7 bis 12 Jahren) nur einen kleinen Teil der Probandinnen / Probanden in den Studienpopulationen ausmacht (siehe auch Abschnitt 3.3.1)
- Für Kinder mit mittelgradiger oder schwerer Depression liegt für die Substanz Duloxetin eine sehr schwache Evidenzbasis für eine Wirksamkeit in folgenden Outcomes vor: Reduktion depressiver Symptomatik und das Erreichen einer Remission
 - Zeitpunkt: kurzfristig (direkt nach der Behandlung)
- Gleichzeitig besteht für die Einnahme von Duloxetin eine gering erhöhte Wahrscheinlichkeit des Auftretens von nachteiligen Ereignissen

► *Evidenz und ergänzende Erläuterungen:*

- **Empfehlung 4.2.1 (Familienbasierte IPT):** Abschnitt 3.2.2 Familienbasierte IPT
- **Empfehlung 4.2.2 (Verzicht von Pharmakotherapie bei leichter Depression):** Abschnitt 3.3.4 Unerwünschte Nebenwirkungen von SSRIs und SNRIs (Hetrick et al. 2021)
- **Empfehlung 4.2.3 (Fluoxetin, Sertralin und Escitalopram):** Abschnitt 3.3.2 Überblick der Hauptegebnisse und Qualität der Evidenz (Hetrick et al. 2021):

Sertralin, Fluoxetin, Escitalopram, Citalopram, Paroxetin, Vilazodon, Vortioxetin, Duloxetin, Venlafaxin, Desvenlafaxin und Mirtazapin

- **Empfehlung 4.2.4 (Duloxetin):** Abschnitt 3.3.2 Überblick der Hauptergebnisse und Qualität der Evidenz (Hetrick et al. 2021): Sertralin, Fluoxetin, Escitalopram, Citalopram, Paroxetin, Vilazodon, Vortioxetin, Duloxetin, Venlafaxin, Desvenlafaxin und Mirtazapin
- Im Rahmen der Empfehlungen zur Pharmakotherapie sollte auch **Empfehlung 3.5: Hinweise zu pharmakologischer Behandlung** beachtet werden

► Empfehlung 4.3: Therapie der ersten Wahl bei jüngeren Kindern

4.3.1 Für Kinder zwischen 3 und 6 Jahren mit depressiven Störungen kann folgende Psychotherapie als Therapie der ersten Wahl erwogen werden:

- Parent-Child Interaction Therapy – Emotion Development (PCIT-ED)

Empfehlungsart	►	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	►	3 (schwach)
Empfehlungsgrad	►	0, ⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

4.3.2 Bei Kindern zwischen 3 und 6 Jahren mit depressiven Störungen sollte auf eine Pharmakotherapie verzichtet werden

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↑ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

► Grundlage Empfehlung 4.3.1: Parent-Child Interaction Therapy – Emotion Development

- Für PCIT-ED liegt eine schwache Evidenzbasis für eine Wirksamkeit in folgenden Outcomes vor: Reduktion der depressiven Symptomatik, Erreichen einer Remission und Verbesserung des Funktionsniveaus
 - Zeitpunkt: kurzfristig (direkt nach der Behandlung)
- In den Studienpopulationen der zugrundeliegenden Evidenz wird keine eindeutige Unterscheidung zwischen Dysthymia, leichter, mittelgradiger und schwerer Depression gemacht, daher kann keine Aussage hinsichtlich der differenziellen Wirksamkeit für verschiedene Schweregrade gemacht werden

► **Grundlage Empfehlung 4.3.2: Verzicht von Pharmakotherapie bei jüngeren Kindern**

- Für Kinder zwischen 3 und 6 Jahren mit depressiven Störungen liegen keine Studien zum Einsatz von Psychopharmaka vor
- Da die Einnahme von Psychopharmaka (bzw. SSRIs und SNRIs) jedoch zu möglichen unerwünschten Nebenwirkungen führen kann, wird eine konsensbasierte Empfehlung ausgesprochen, dass Kinder zwischen 3 und 6 Jahren mit depressiven Störungen auf eine Pharmakotherapie verzichten sollten

► *Evidenz und ergänzende Erläuterungen:*

- **Empfehlung 4.3.1 (PCIT-ED):** Abschnitt 3.2.4 Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)
- **Empfehlung 4.3.2 (Verzicht von Pharmakotherapie bei jüngeren Kindern):** Abschnitt 3.3.4 Unerwünschte Nebenwirkungen von SSRIs und SNRIs (Hetrick et al. 2021)

Ergänzende Maßnahmen / Therapien

► Empfehlung 5.1: Sportliche / körperliche Aktivität als ergänzende Maßnahme

5.1.1 Für Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren mit depressiven Störungen kann folgende ergänzende Maßnahme erwogen werden:

- Sportliche / körperliche Aktivität

Empfehlungsart	►	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	►	3 bis 4 (schwach bis sehr schwach)
Empfehlungsgrad	►	0, ⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	80 %

5.1.2 Für Kinder zwischen 3 und 12 Jahren mit depressiven Störungen kann folgende ergänzende Maßnahme erwogen werden:

- Sportliche / körperliche Aktivität

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	90 %

5.1.3 Folgende Elemente der sportlichen / körperlichen Aktivität können erwogen werden:

- **Empfohlene Arten:** Spaziergang, ausdauerorientierte Aktivitäten (z.B. Joggen oder Fahrradfahren), Krafttraining, Gymnastik, spielerisch orientierte Gruppenaktivitäten oder weitere
- **Empfohlene Frequenz:** 3-mal wöchentlich, 45 bis 60 Minuten pro Sitzung
- **Empfohlene Dauer:** Mindestens 6 Wochen
- **Empfohlene Intensität:** Leicht (z.B. Spazieren) bis moderat (z.B. Fahrradfahren)
- **Empfohlene Modalität:** Individuell oder in der Gruppe unter Anleitung von Fachpersonal

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

► Grundlage Empfehlung 5.1: Sportliche / körperliche Aktivität

- Für sportliche und körperliche Aktivität als ergänzende Maßnahme liegt eine schwache Evidenzbasis für eine Wirksamkeit in folgenden Outcomes vor: Verringerung der depressiven Symptomatik, Erreichen einer Remission und Verbesserung der Lebensqualität
 - Zeitpunkte: kurzfristig (direkt nach der Behandlung), mittelfristig (bis zu drei Monate nach Behandlung)
- Die Interventionen in den eingeschlossenen Studien sind in Bezug auf Art, Frequenz, Dauer, Intensität und Modalität (mit oder ohne Anleitung von Fachpersonal) sehr unterschiedlich. Daher kann keine eindeutige evidenzbasierte Empfehlung zur Art und Dosis der sportlichen und körperlichen Aktivität gemacht werden
- In den Studienpopulationen der zugrundeliegenden Evidenz wird keine eindeutige Unterscheidung zwischen Dysthymia, leichter, mittelgradiger und schwerer Depression gemacht, daher kann keine Aussage hinsichtlich der differenziellen Wirksamkeit für verschiedene Schweregrade gemacht werden
- Aufgrund fehlender Evidenz zu sportlicher und körperlicher Aktivität für Kinder zwischen 3 und 12 Jahren mit depressiven Störungen kann keine evidenzbasierte Empfehlung, sondern nur eine konsensbasierte Empfehlung ausgesprochen werden, die auf klinischer Erfahrung beruht

► Evidenz und ergänzende Erläuterungen:

- **Empfehlung 5.1 (Sportliche und körperliche Aktivität):** Abschnitt 3.6.10
Sportliche und körperliche Aktivität

► Empfehlung 5.2: Lichttherapie als ergänzende Therapie

5.2 Bei Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahren mit depressiven Störungen kann folgende Therapie zusätzlich zur Behandlung nicht empfohlen werden:

■ Lichttherapie

Empfehlungsart	►	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	►	2 bis 4 (mäßig bis sehr schwach)
Empfehlungsgrad	►	0, ⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

► Grundlage Empfehlung 5.2: Lichttherapie

- Für Lichttherapie liegt eine starke Evidenzbasis für keine Wirksamkeit im folgenden Outcome vor: Reduktion depressiver Symptomatik
 - Zeitpunkt: kurzfristig (direkt nach der Behandlung)
- In den Studienpopulationen der zugrundeliegenden Evidenz wird keine eindeutige Unterscheidung zwischen Dysthymia, leichter, mittelgradiger und schwerer Depression gemacht, daher kann keine

Aussage hinsichtlich der differenziellen Wirksamkeit für verschiedene Schweregrade gemacht werden

► *Evidenz und ergänzende Erläuterungen:*

- **Empfehlung 5.2. (Lichttherapie):** Abschnitt 3.6.3 Chronotherapie

► **Empfehlung 5.3: Omega-3-Fettsäuren als ergänzende Therapie**

5.3 Bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen kann folgende Therapie als Monotherapie und zusätzlich zur Behandlung nicht empfohlen werden:

- **Omega-3-Fettsäuren**

Empfehlungsart	►	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	►	3 bis 4 (schwach bis sehr schwach)
Empfehlungsgrad	►	0, ⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

► **Grundlage Empfehlung 5.3: Omega-3-Fettsäuren**

- Für Omega-3-Fettsäuren liegt eine schwache Evidenzbasis für keine Wirksamkeit im folgenden Outcome vor: Reduktion depressiver Symptomatik
 - Zeitpunkt: kurzfristig (direkt nach der Behandlung)
- In den Studienpopulationen der zugrundeliegenden Evidenz liegt das Alter der Kinder und Jugendlichen zwischen 7 und 18 Jahren. Daher bezieht sich diese Empfehlung auf ältere Kinder und Jugendliche
- In der Hälfte (3/6) der eingeschlossenen Studien bezieht sich die Interventionsgruppe (Einnahme von Omega-3-Fettsäuren) auf eine Monotherapie und die andere Hälfte auf eine Therapie zusätzlich zur Behandlung
- In den Studienpopulationen der zugrundeliegenden Evidenz wird keine eindeutige Unterscheidung zwischen Dysthymia, leichter, mittelgradiger und schwerer Depression gemacht, daher kann keine Aussage hinsichtlich der differenziellen Wirksamkeit für verschiedene Schweregrade gemacht werden

► *Evidenz und ergänzende Erläuterungen:*

- **Empfehlung 5.3 (Omega-3-Fettsäuren):** Abschnitt 3.6.9 Omega-3-Fettsäuren

► Empfehlung 5.4: Künstlerische Therapien als ergänzende Therapie

5.4 Bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen können Künstlerische Therapien (Kunst-, Musik-, Tanz-, Theatertherapie u.a.) zusätzlich zur Behandlung erwogen werden

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	90 %

► Grundlage Empfehlung 5.4: Künstlerische Therapien

- Aufgrund unzureichend aussagekräftiger Studien zu Künstlerischen Therapien bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen kann keine evidenzbasierte Empfehlung, sondern nur eine konsensbasierte Empfehlung ausgesprochen werden, die auf klinischer Erfahrung beruht
- Aufgrund der unzureichend aussagekräftigen Studienlage zu Künstlerischen Therapien für Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen, bezieht sich diese Empfehlung auf die Zielgruppe dieser Leitlinie (Abschnitt 1 Geltungsbereich und Zweck: Zielgruppe)

► Die **Empfehlung 5.4 (Künstlerische Therapien)** beruht ausschließlich auf klinischer Erfahrung.

► *Evidenz und ergänzende Erläuterungen:*

- **Empfehlung 5.4 (Künstlerische Therapien):** Abschnitt 3.6.7 Künstlerische Therapien (Kunst-, Musik-, Tanz- und Theatertherapie)

► Empfehlung 5.5: Ergotherapie als ergänzende Therapie

5.5 Bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen kann Ergotherapie zusätzlich zur Behandlung erwogen werden.

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	90 %

► Grundlage Empfehlung 5.5: Ergotherapie

- Aufgrund fehlender Evidenz zu Ergotherapie kann keine evidenzbasierte Empfehlung, sondern nur

eine konsensbasierte Empfehlung ausgesprochen werden, die auf klinische Erfahrung beruht.

- Da keine Studien zu Ergotherapie für Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen vorliegen, bezieht sich diese Empfehlung auf die Zielgruppe dieser Leitlinie (Abschnitt 1 Geltungsbereich und Zweck: Zielgruppe)

► Die **Empfehlung 5.5 (Ergotherapie)** beruht ausschließlich auf klinischer Erfahrung.

► *Evidenz und ergänzende Erläuterungen:*

- **Empfehlung 5.5 (Ergotherapie):** Abschnitt 3.6.5 Ergotherapie

► *Änderungen in der Aktualisierung:*

- Die **Empfehlung 5.5 (Ergotherapie)** wurde im Rahmen der Aktualisierung der Leitlinie (2025) neu aufgenommen.

► Empfehlung 5.6: Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe als ergänzende Maßnahmen

5.6.1 Aufgrund möglicher Folgen depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Bezug auf ihre Teilhabe können Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe erwogen werden

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

5.6.2 Behandelnde sollten bei entsprechend vermutetem Bedarf die Kinder und Jugendlichen sowie ihre Eltern auf diese Möglichkeiten hinweisen und zur Inanspruchnahme von Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe motivieren

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↑ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

► Grundlage Empfehlung 5.6: Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe

- Aufgrund fehlender Evidenz zu Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe kann keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden, sondern nur eine konsensbasierte Empfehlung ausgesprochen werden, die auf klinische Erfahrung beruht.
- Da keine Studien zu Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe für Kinder mit depressiven Störungen vorliegen, bezieht sich diese Empfehlung auf die Zielgruppe dieser Leitlinie (Abschnitt 1 Geltungsbereich und Zweck: Zielgruppe)

- ▶ Die **Empfehlung 5.6 (Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe)** beruht ausschließlich auf klinischer Erfahrung.
- ▶ Hinweis: Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe können im Rahmen der Eingliederungshilfe gemäß §35a SGB VIII erforderlich sein. Es kann aber auch sein, dass Leistungen nach §27ff SGB VIII im Rahmen von Hilfen zur Erziehung (HzE) notwendig sind. Die Entscheidung über Art und Dauer möglicher Hilfen fällt das zuständige Jugendamt. Die Mitwirkung von Behandlerinnen und Behandlern im Rahmen von Leistungen nach §35a SGB VIII ist gesetzlich geregelt, ebenso gegebenenfalls die Mitwirkung an der Hilfeplanung. Eine Zusammenarbeit / Abstimmung zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Behandlerinnen und Behandlern ist für die Behandlung sinnvoll.
- ▶ *Evidenz und ergänzende Erläuterungen:*
 - **Empfehlung 5.6 (Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe):** Abschnitt 3.6.6 Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe
- ▶ *Änderungen in der Aktualisierung:*
 - Die gesamte **Empfehlung 5.6 (Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe)** wurde im Rahmen der Aktualisierung der Leitlinie (2025) neu aufgenommen.

Nicht-empfehlenswerte Therapien

► Empfehlung 6.1: Paroxetin und Vilazodon

Bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen **sollen** folgende Substanzen als Pharmakotherapie **nicht** eingesetzt werden:

6.1.1 Paroxetin

Empfehlungsart	►	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	►	1 (Gut)
Empfehlungsgrad	►	A, ⬆⬆ (starke Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2013
Konsensstärke	►	100 %

6.1.2 Vilazodon

Empfehlungsart	►	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	►	1 (Gut)
Empfehlungsgrad	►	A, ⬆⬆ (starke Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

► Grundlage Empfehlung 6.1: Paroxetin und Vilazodon

- Für die Substanzen Paroxetin und Vilazodon liegt eine starke Evidenzbasis für keine Wirksamkeit in folgenden Outcomes vor: Reduktion depressiver Symptomatik, Erreichen einer Remission und Verbesserung des Funktionsniveaus
 - Zeitpunkt: kurzfristig (direkt nach der Behandlung)
- Gleichzeitig besteht für die Einnahme von Paroxetin und Vilazodon eine erhöhte Wahrscheinlichkeit der Verstärkung von Suizidalität und / oder des Auftretens von nachteiligen Ereignissen

► Evidenz und ergänzende Erläuterungen:

- **Empfehlung 6.1 (Paroxetin & Vilazodon):** Abschnitt 3.3.2 Überblick der Hauptergebnisse und Qualität der Evidenz (Hetrick et al. 2021): Sertralin, Fluoxetin, Escitalopram, Citalopram, Paroxetin, Vilazodon, Vortioxetin, Duloxetin, Venlafaxin, Desvenlafaxin und Mirtazapin

► Empfehlung 6.2: Trizyklische Antidepressiva

6.2 Bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen sollen folgende Substanzen als Pharmakotherapie **nicht** eingesetzt werden:

- Trizyklische Antidepressiva (TZA): Imipramin, Amitriptylin, Desipramin, Nortriptylin

Empfehlungsart	►	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	►	3 (schwach)
Empfehlungsgrad	►	A, ↑↑ (starke Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2013
Konsensstärke	►	100 %

► Grundlage Empfehlung 6.2: TZA

- Für ältere Kinder mit depressiven Störungen liegt für TZA eine schwache Evidenzbasis für keine Wirksamkeit in folgenden Outcomes vor: Reduktion depressiver Symptomatik und Erreichen einer Remission.
- Für Jugendliche mit depressiven Störungen liegt für TZA eine schwache Evidenzbasis für eine Wirksamkeit im folgenden Outcome vor: Reduktion depressiver Symptomatik
 - Zeitpunkt: kurzfristig (direkt nach der Behandlung)
- Für Jugendliche mit depressiven Störungen liegt für TZA eine schwache Evidenzbasis für keine Wirksamkeit im folgenden Outcome vor: Erreichen einer Remission
 - Zeitpunkt: kurzfristig (direkt nach der Behandlung)
- Gleichzeitig besteht für die Einnahme von TZA eine stark erhöhte Wahrscheinlichkeit der Verstärkung von Suizidalität und / oder des Auftretens von nachteiligen Ereignissen

► Evidenz und ergänzende Erläuterungen:

- **Empfehlung 6.2 (TZA):** Abschnitt 3.3.5 Tri- und tetrazyklische Antidepressiva (TZA)

► Empfehlung 6.3: Citalopram, Venlafaxin, Vortioxetin, Desvenlafaxin

6.3 Bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen sollten folgende Substanzen als Pharmakotherapie **nicht** eingesetzt werden:

6.3.1 Citalopram

Empfehlungsart	►	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	►	4 (sehr schwach)
Empfehlungsgrad	►	B, ⬆ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2013, aktualisiert 2025
Konsensstärke	►	100 %

6.3.2 Venlafaxin

Empfehlungsart	►	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	►	4 (sehr schwach)
Empfehlungsgrad	►	B, ⬆ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2013, aktualisiert 2025
Konsensstärke	►	100 %

6.3.3 Vortioxetin

Empfehlungsart	►	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	►	3 (schwach)
Empfehlungsgrad	►	B, ⬆ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

6.3.4 Desvenlafaxin

Empfehlungsart	►	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	►	1 (Gut)
Empfehlungsgrad	►	B, ⬆ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

► Grundlage Empfehlung 6.3.1 und 6.3.2: Citalopram und Venlafaxin

- Für die Substanzen Citalopram und Venlafaxin liegt eine schwache Evidenzbasis für keine Wirksamkeit in folgenden Outcomes vor: Reduktion depressiver Symptomatik, Erreichen einer Remission und Verbesserung des Funktionsniveaus
 - Zeitpunkt: kurzfristig (direkt nach der Behandlung)
 - Gleichzeitig besteht für die Einnahme von Citalopram und Venlafaxin eine erhöhte Wahrscheinlichkeit des Auftretens von nachteiligen Ereignissen. Insbesondere kann die Substanz Venlafaxin zu einer stark erhöhten Wahrscheinlichkeit der Verstärkung von Suizidalität (bzw. Suizidgedanken und Suizidhandlungen) führen
- **Hinweis:** Aufgrund einer Reanalyse früherer Studien und neuer Bewertung der Daten der Evidenz zu Citalopram wird es nicht mehr als Alternative zur Behandlung der ersten Wahl empfohlen.

► Grundlage Empfehlung 6.3.3: Vortioxetin

- Für die Substanz Vortioxetin liegt eine schwache Evidenzbasis für keine Wirksamkeit in folgenden Outcomes vor: Reduktion depressiver Symptomatik, Erreichen einer Remission und Verbesserung des Funktionsniveaus
 - Zeitpunkt: kurzfristig (direkt nach der Behandlung)
- Gleichzeitig besteht für die Einnahme von Vortioxetin eine erhöhte Wahrscheinlichkeit des Auftretens unerwünschter Nebenwirkungen

► Grundlage Empfehlung 6.3.4: Desvenlafaxin

- Für die Substanz Desvenlafaxin liegt eine starke Evidenzbasis für keine Wirksamkeit im folgenden Outcome vor: Reduktion depressiver Symptomatik
 - Zeitpunkt: kurzfristig (direkt nach der Behandlung)
- Gleichzeitig besteht für die Einnahme von Desvenlafaxin eine gering erhöhte Wahrscheinlichkeit des Auftretens unerwünschter Nebenwirkungen

► Evidenz und ergänzende Erläuterungen:

- **Empfehlungen 6.3.1, 6.3.2, 6.3.3 und 6.3.4 (Citalopram, Venlafaxin, Desvenlafaxin und Vortioxetin):** Abschnitt 3.3.2 Überblick der Hauptergebnisse und Qualität der Evidenz (Hetrick et al. 2021): Sertralin, Fluoxetin, Escitalopram, Citalopram, Paroxetin, Vilazodon, Vortioxetin, Duloxetin, Venlafaxin, Desvenlafaxin und Mirtazapin

► Empfehlung 6.4: Mirtazapin, Moclobemid, Selegilin

Bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen können folgende Substanzen als Psychopharmakotherapie **nicht** empfohlen werden:

6.4.1 Mirtazapin

Empfehlungsart	▶	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	▶	4 (sehr schwach)
Empfehlungsgrad	▶	0, ⇔ (Offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	▶	2013, aktualisiert 2025
Konsensstärke	▶	100 %

6.4.2 Moclobemid (MAOI)

Empfehlungsart	▶	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	▶	4 (sehr schwach)
Empfehlungsgrad	▶	0, ⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	▶	2013, aktualisiert 2025
Konsensstärke	▶	100 %

6.4.3 Selegilin (MAOI)

Empfehlungsart	▶	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	▶	3 (schwach)
Empfehlungsgrad	▶	0, ⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	▶	2025
Konsensstärke	▶	100 %

▶ Grundlage Empfehlung 6.4.1: Mirtazapin

- Für die Substanz Mirtazapin liegt eine schwache Evidenzbasis für keine Wirksamkeit im folgenden Outcome vor: Reduktion depressiver Symptomatik
 - Zeitpunkt: kurzfristig (direkt nach der Behandlung)
- Für Mirtazapin liegen in den Studien bzgl. unerwünschten Nebenwirkungen kaum Daten vor, tendenziell ist das Auftreten von unerwünschten Nebenwirkungen jedoch möglich

▶ Grundlage Empfehlung 6.4.2 & 6.4.3: Moclobemid und Selegilin

- Für die Substanzen Moclobemid und Selegilin liegt eine schwache Evidenzbasis für keine Wirksamkeit im folgenden Outcome vor: Reduktion depressiver Symptomatik
 - Zeitpunkt: kurzfristig (direkt nach der Behandlung)
- Gleichzeitig besteht für die Einnahme von Moclobemid und Selegilin eine erhöhte Wahrscheinlichkeit des Auftretens unerwünschter Nebenwirkungen

▶ Evidenz und ergänzende Erläuterungen:

- **Empfehlung 6.4.1 (Mirtazapin):** Abschnitt 3.3.2 Überblick der Hauptergebnisse und Qualität der Evidenz (Hetrick et al. 2021): Sertralin, Fluoxetin, Escitalopram, Citalopram, Paroxetin, Vilazodon, Vortioxetin, Duloxetin, Venlafaxin, Desvenlafaxin und Mirtazapin
- **Empfehlung 6.4.2 & 6.4.3 (Moclobemid, Selegilin):** Abschnitt 3.3.6 Monoaminoxidasehemmer (MAOI); Moclobemid und Selegilin

► Empfehlung 6.5: Johanniskraut als nicht-empfehlenswerte Therapie

6.5 Bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen kann folgendes Phytopharmakon nicht empfohlen werden:

- Johanniskrautextrakt [Hypericum]

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2013
Konsensstärke	►	95 %

► Grundlage Empfehlung 6.5: Johanniskrautextrakt [Hypericum]

- Aufgrund unzureichend aussagekräftiger Studien (drei Beobachtungsstudien) ist die Evidenz hinsichtlich Johanniskrautextrakten nicht ausreichend, um eine evidenzbasierte Empfehlung auszusprechen
- Trotz der unzureichenden Aussagekraft der Studien ist tendenziell das Auftreten von unerwünschten Nebenwirkungen bei der Einnahme von Johanniskrautextrakten möglich. Daher kann die Gabe von Johanniskrautextrakten bei Kindern und Jugendlichen nicht empfohlen werden (Konsensbasierte Empfehlung)
- Da unzureichende Studien zu Johanniskrautextrakte für Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen vorliegen, bezieht sich diese Empfehlung auf die Zielgruppe dieser Leitlinie (Abschnitt 1 Geltungsbereich und Zweck: Zielgruppe)

► Evidenz und ergänzende Erläuterungen:

- **Empfehlung 6.5 (Johanniskraut):** Abschnitt 3.3.8 Johanniskraut

Überprüfung des Therapieeffekts

► Statement: Definition des Therapieeffekts

Für den Therapieeffekt gibt es keine einheitliche Definition:

- In den in der Leitlinie eingeschlossenen Studien wird Ansprechen („Response“) überwiegend als Symptomreduktion um mindestens 50 % auf der Skala des jeweiligen Testverfahrens definiert.
- In den in der Leitlinie eingeschlossenen Studien wird Remission überwiegend als Unterschreiten eines Cut-off-Werts auf der Skala des jeweiligen Testverfahrens oder als Nichterfüllung einer Diagnose nach den gängigen Klassifikationssystemen definiert.

Art des Statements	►	Konsensbasiertes Statement (Expertenkonsens)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

- **Hinweis:** Für die Überprüfung des Therapieeffekts ist es wichtig, Informationen aus verschiedenen Perspektiven (d.h. aus Sicht der Kinder und Jugendlichen selbst, ihrer Bezugspersonen und der Behandelnden) zusammenzutragen, um ein möglichst umfassendes Bild der Veränderungen zu erhalten.
- *Evidenz und ergänzende Erläuterungen:*
 - **Statement (Definition Therapieeffekt):** Abschnitt 3.7 Überprüfung des Therapieeffekts

► Empfehlung 7: Überprüfung des Therapieeffekts

7.1 Zu Beginn der therapeutischen Intervention sollen mit den Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen Zielkriterien der Therapie festgelegt werden

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↑↑ (starke Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2013, aktualisiert 2025
Konsensstärke	►	100 %

7.2 Es soll eine regelmäßige Überprüfung des Therapieeffekts stattfinden

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↑↑ (starke Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2013, aktualisiert 2025

Konsensstärke

▶ 100 %

- 7.3 Wenn nach ausreichender Zeit im Rahmen der empfohlenen Therapie nach dieser Leitlinie keine ausreichende klinische Response (s. Statement: Definition des Therapieeffekts) vorliegt, kann eine Veränderung der Behandlungsstrategie vorgenommen werden

Empfehlungsart

▶ Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)

Empfehlungsgrad

▶ ⇔ (offene Empfehlung)

Konsentierungsjahr

▶ 2013, aktualisiert 2025

Konsensstärke

▶ 100 %

- 7.4 Für die Überprüfung des Therapieeffekts durch die Kinder und Jugendlichen selbst, ihre Bezugspersonen und die Behandelnden im Rahmen einer Pharmakotherapie sollte eine ausreichend lange Zeitspanne eingeplant werden. In der zugrundeliegenden Evidenz zur Behandlung mit einem SSRI werden Therapieeffekte meist nach einem Zeitraum von mindestens 4 Wochen überprüft

Empfehlungsart

▶ Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)

Empfehlungsgrad

▶ ↑ (Empfehlung)

Konsentierungsjahr

▶ 2013, aktualisiert 2025

Konsensstärke

▶ 100 %

- 7.5 Im Rahmen einer Psychotherapie kann kein spezifischer Zeitpunkt empfohlen werden, ab dem ein Therapieeffekt vorliegen sollte. In der zugrundeliegenden Evidenz zur empfohlenen Erstbehandlung KVT werden Therapieeffekte meist nach einem Zeitraum von 8 - 12 Wochen überprüft

Empfehlungsart

▶ Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)

Empfehlungsgrad

▶ ⇔ (offene Empfehlung)

Konsentierungsjahr

▶ 2013, aktualisiert 2025

Konsensstärke

▶ 100 %

► Grundlage Empfehlung 7: Überprüfung des Therapieeffekts

- Auf die klinische Frage, wann und wie der Therapieeffekt überprüft werden kann, wurde in der Literaturrecherche keine ausreichende Evidenz für andere Medikamente oder für psychotherapeutische Interventionen gefunden.
- Es liegt keine vergleichende Evidenz vor, die den spezifischen Vorteil der empfohlenen Aspekte (7.1 – 7.5) belegt. Aufgrund fehlender Evidenz kann keine evidenzbasierte Empfehlung, sondern nur eine konsensbasierte Empfehlung ausgesprochen werden, die auf klinischer Erfahrung beruht
- Die in 7.3 formulierte „ausreichende Zeit“ ist individuell und basiert auf dem klinischen Eindruck der Behandelnden und der Patientinnen und Patienten, da die Studienlage hierzu keine

aussagekräftigen Ergebnisse liefert

► *Evidenz und ergänzende Erläuterungen:*

- **Empfehlung 7 (Überprüfung Therapieeffekt):** Abschnitt 3.7 Überprüfung des Therapieeffekts

Vorgehen nach einer nicht wirksamen therapeutischen Intervention

► Empfehlung 8: Vorgehen nach einer nicht wirksamen therapeutischen Intervention

8.1 Bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen, die nach einer therapeutischen Intervention gemäß den Empfehlungen dieser Leitlinie keine Response (s. Statement: Definition des Therapieeffekts) zeigen, kann eine der folgenden Therapien erwogen werden:

- Eine bisher nicht verwendete Form der Psychotherapie gemäß dieser Leitlinie oder ein bisher nicht verwendetes Medikament gemäß dieser Leitlinie
- Eine bisher nicht eingesetzte Kombination aus einer der in dieser Leitlinie empfohlenen Psychotherapien und einem der genannten Medikamente gemäß dieser Leitlinie

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2013, aktualisiert 2025
Konsensstärke	►	100 %

8.2 Auch ein Wechsel des Behandlungssettings (stationär, teilstationär oder ambulant) kann gemäß den Empfehlungen dieser Leitlinie erwogen werden

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2013
Konsensstärke	►	100 %

► Grundlage Empfehlung 8: Vorgehen nach einer nicht wirksamen therapeutischen Intervention

- Aufgrund der heterogenen Studienlage und eines Mangels an aussagekräftigen Studien kann keine klare Aussage gemacht werden, welche Therapie für Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen in Frage kommt, bei denen mindestens eine vorherige therapeutische Intervention nicht wirksam war
- Aufgrund dieser begrenzt vorhandenen Evidenz kann keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden, sondern nur eine konsensbasierte Empfehlung, die auf klinischer Erfahrung beruht

► Evidenz und ergänzende Erläuterungen:

- **Empfehlung 8 (Vorgehen nach einer nicht wirksamen therapeutischen Intervention):** Abschnitt 3.8 Vorgehen nach einer nicht wirksamen therapeutischen Intervention

Elektrokonvulsionstherapie (EKT)

► Empfehlung 9: Elektrokonvulsionstherapie (EKT)

- 9.1 EKT kann nur bei denjenigen Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahren erwogen werden, die schwere, chronifizierte Formen der Depression aufweisen und bei denen die in dieser Leitlinie empfohlenen Therapien keine Wirkung gezeigt haben

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2013, aktualisiert 2025
Konsensstärke	►	90 %

- 9.2 EKT kann bei Kindern unter 13 Jahren mit depressiven Störungen nicht empfohlen werden

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2013, aktualisiert 2025
Konsensstärke	►	95 %

- 9.3 Des Weiteren sollten folgende Hinweise beachtet werden:

- EKT stellt keine Regelbehandlung bei Jugendlichen mit depressiven Störungen dar und sollte nur in Ausnahmefällen erfolgen
- Die Vorbereitung und Durchführung der EKT erfordert ein interdisziplinäres Zusammenwirken der Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Fachärztinnen und -ärzten für Anästhesiologie. Gegebenenfalls ist auch das Zusammenwirken mit Fachärztinnen und -ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie notwendig

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↑ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	95 %

► Grundlage Empfehlung 9: Elektrokonvulsionstherapie

- Aufgrund begrenzt vorhandener Evidenz zu EKT kann keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden, sondern nur eine konsensbasierte Empfehlung, die auf klinischer Erfahrung beruht
- Aufgrund möglicher unerwünschter Nebenwirkungen kann die Anwendung von EKT nur bei jenen Jugendlichen in Erwägung gezogen werden, die unter sehr schweren Formen der Depression

leiden und bei denen die in dieser Leitlinie empfohlenen Therapien keine Wirkung gezeigt haben. Da es keine klaren Aussagen über die Wirksamkeit und mögliche unerwünschte Nebenwirkungen von EKT gibt, kann EKT insbesondere bei Kindern nicht empfohlen werden

► *Evidenz und ergänzende Erläuterungen:*

- **Empfehlung 9 (EKT):** Abschnitt 3.9 Elektrokonvulsionstherapie (EKT)

Transkranielle Magnetstimulation (TMS)

► Empfehlung 10: Transkranielle Magnetstimulation (TMS)

10.1 TMS kann nur bei denjenigen Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahren erwogen werden, die schwere, chronifizierte Formen der Depression aufweisen und bei denen die in dieser Leitlinie empfohlenen Therapien keine Wirkung gezeigt haben

Empfehlungsart	►	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	►	3 bis 4 (schwach bis sehr schwach)
Empfehlungsgrad	►	0, ⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	79 %

10.2 TMS kann bei Kindern unter 13 Jahren mit depressiven Störungen nicht empfohlen werden

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	95 %

► Grundlage Empfehlung 10: TMS

- Für TMS liegt eine sehr schwache Evidenzbasis für eine Wirksamkeit im folgenden Outcome vor: Reduktion der depressiven Symptomatik
 - Zeitpunkt: kurzfristig (direkt nach der Behandlung)
- Gleichzeitig besteht für die Anwendung von TMS eine erhöhte Wahrscheinlichkeit des Auftretens unerwünschter Nebenwirkungen.
- Basierend auf dieser Nutzen-Risiko-Abwägung kann TMS nur bei jenen Jugendlichen in Erwägung gezogen werden, die unter sehr schweren Formen der Depression leiden und bei denen die in dieser Leitlinie empfohlenen Therapien keine Wirkung gezeigt haben.
- Die in der Leitlinie herangezogene Studienlage bezieht sich auf repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)

► *Evidenz und ergänzende Erläuterungen:*

- **Empfehlung 10 (TMS):** Abschnitt 3.10 Transkranielle Magnetstimulation (TMS)

Fortsetzung der Behandlung zur Prävention von Rückfällen und Rezidiven

► Empfehlung 11: Fortsetzung der Behandlung zur Prävention von Rückfällen und Rezidiven

11.1 Die Fortsetzung einer Kombinationsbehandlung aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Psychotherapie und einem SSRI oder einer Monotherapie mit einem empfohlenen Psychopharmakon kann zur Prävention von Rückfällen und Rezidiven² bei Jugendlichen mit mittelgradigen oder schweren depressiven Episoden erwogen werden

Empfehlungsart	►	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	►	3 (schwach)
Empfehlungsgrad	►	0, ⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	95 %

11.2 Die Fortsetzung einer Monotherapie mit einer empfohlenen Psychotherapie kann zur Prävention von Rückfällen und Rezidiven² erwogen werden

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	⇔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

11.3 Nach einer Erholung (d.h. einer Zeit von mindestens 2 Monaten ohne klinisch relevante Symptome) kann eine medikamentöse Behandlung für mindestens 6 weitere Monate nach einer Erstbehandlung fortgesetzt werden

Empfehlungsart	►	Evidenzbasierte Empfehlung
Evidenzgrad	►	3 (schwach)
Empfehlungsgrad	►	0, ⇔ (Offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2013, aktualisiert 2025
Konsensstärke	►	100 %

11.4 Nach einer Erholung von mindestens 6 bis 8 Monaten kann bei einer Erstmanifestation einer depressiven Störung das Absetzen der Pharmakotherapie erwogen werden

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	⇔ (offene Empfehlung)

² d.h. erneutes Auftreten der depressiven Symptomatik während der Remissionsphase, definiert als Phase von mindestens 2 Wochen und weniger als 2 Monaten ohne oder mit nur wenigen depressiven Symptomen (Rückfall), oder während der Erholungsphase, definiert als Phase von mindestens 2 Monaten ohne oder mit nur wenigen depressiven Symptomen (Rezidiv); Details s. Methodenreport (2.1.2 Definition von Symptomveränderungen)

Konsentierungsjahr	▶	2025
Konsensstärke	▶	100 %

11.5 Nach Beendigung einer ersten psychotherapeutischen Behandlungsphase sollten zusätzliche Booster-Sitzungen zur Rezidivprophylaxe erwogen werden

Empfehlungsart	▶	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	▶	↑ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	▶	2013, aktualisiert 2025
Konsensstärke	▶	100 %

11.6 Folgendes sollte im Rahmen aller Therapien zur Prävention von Rückfällen und Rezidiven beachtet werden:

- Die Behandelnden sollten Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen über das Rückfall- und Rezidivrisiko aufklären und ihnen vermitteln, welche Krankheitsmerkmale und frühen Warnzeichen erkennbar sein können. Sie sollten mit den Betroffenen Lösungsstrategien entwickeln, wie sie sich bei Auftreten dieser Merkmale verhalten können, um Rückfälle und Rezidive zu vermeiden.
- Die Bezugspersonen der Betroffenen sollten ebenfalls über das Rückfall- und Rezidivrisiko aufgeklärt werden und Verhaltensweisen bzw. Reaktionen bei Kindern und Jugendlichen, die als Hinweis für ein Rückfall- und Rezidivrisiko zu verstehen sind, kennen. Die Bezugspersonen sollten darüber informiert werden, wie sie sich in solchen Situationen unterstützend verhalten können.

Empfehlungsart	▶	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	▶	↑ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	▶	2013, aktualisiert 2025
Konsensstärke	▶	100 %

► Grundlage Empfehlung 11.1: Fortsetzung einer Kombinationsbehandlung von Psycho- und Pharmakotherapie (KVT + SSRIs)

- Für Fortsetzung einer Kombinationsbehandlung von Psycho- und Pharmakotherapie liegt eine schwache Evidenzbasis für eine Wirksamkeit im folgenden Outcome vor: Verringerung der Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls
 - Zeitpunkte: mittelfristig (bis 3 Monate nach der Behandlung) und langfristig (6-9 Monate nach der Behandlung)
- Die Einnahme von Psychopharmaka bzw. SSRIs und SNRIs kann zu möglichen unerwünschten Nebenwirkungen führen
- Auf eine konsensbasierte Empfehlung bzgl. eines Zeitraums für die Fortsetzung einer Psychotherapie oder einer Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie wird verzichtet, da sich

die Dauer der Therapie zwischen verschiedenen psychotherapeutischen Methoden sehr stark unterscheiden kann

► Grundlage Empfehlung 11.2: Fortsetzung einer Psychotherapie

- Aufgrund unzureichend aussagekräftiger Studien ist die Evidenz zur Fortsetzung einer Psychotherapie zur Prävention von Rückfällen und Rezidiven nicht ausreichend, um eine evidenzbasierte Empfehlung auszusprechen. Daher kann nur eine konsensbasierte Empfehlung ausgesprochen werden, die auf klinischer Erfahrung beruht.
- Auf eine konsensbasierte Empfehlung bzgl. eines Zeitraums für die Fortsetzung einer Psychotherapie zur Prävention von Rückfällen und Rezidiven wird verzichtet, da sich die Dauer der Therapie zwischen verschiedenen psychotherapeutischen Methoden sehr stark unterscheiden kann und hierzu zu wenige Befunde vorliegen.

► Grundlage Empfehlung 11.3: Fortsetzung einer Pharmakotherapie

- Für die Fortsetzung einer Pharmakotherapie (mindestens 6 Monate) liegt eine schwache Evidenzbasis für eine Wirksamkeit im folgenden Outcome vor: Verringerung der Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls
 - Zeitpunkte: mittelfristig (bis 3 Monate nach der Behandlung) und langfristig (6-9 Monate nach der Behandlung)
- Die Einnahme von Psychopharmaka bzw. SSRIs und SNRIs kann zu möglichen unerwünschten Nebenwirkungen führen

- Zum Absetzen der Pharmakotherapie, zu Booster-Sitzungen und zur Aufklärung über Rückfall liegt keine Evidenz vor, daher beruhen die **Empfehlungen 11.4 (Absetzen Pharmakotherapie)**, **Empfehlung 11.5 (Booster-Sitzungen)** und **Empfehlung 11.6 (Aufklärung über Rückfall und Rezidivrisiko)** ausschließlich auf klinischer Erfahrung und beschreiben die „gute klinische Praxis“

- *Evidenz und ergänzende Erläuterungen:*

- **Empfehlungen 11.1 (Fortsetzung Kombinationstherapie oder Pharmakotherapie), 11.2 (Fortsetzung Psychotherapie) und 11.3 (Fortsetzung Pharmakotherapie für mindestens 6 Monate):** Abschnitt 3.11 Fortsetzung der Behandlung, Prävention von Rückfällen und Rezidiven und Abschluss der Behandlung

Abschluss der Behandlung

► Empfehlung 12: Abschluss der Behandlung

12.1 Folgendes sollte beim Abschluss der Behandlung beachtet werden:

- Wenn sich Kinder oder Jugendliche in der Phase der Erholung befinden (d.h. in einer Zeit von mindestens 2 Monaten ohne klinisch relevante Symptome), sollten ihre Behandelnden ihnen für mindestens 12 Monate regelmäßige Wiedervorstellungen anbieten
- Wenn die Kinder oder Jugendlichen bereits zwei oder mehr Episoden einer depressiven Störung erlebt haben und sich in Erholung befinden, oder wenn aufgrund von fortbestehenden Belastungsfaktoren ein erhöhtes Risiko für ein Rezidiv besteht, sollten ihre Behandelnden ihnen für mindestens 24 Monate regelmäßige Wiedervorstellungen anbieten

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↑ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2013
Konsensstärke	►	100 %

12.2 Bei älteren Jugendlichen im Transitionsalter (d.h. ab 16 Jahren) mit einer rezidivierenden depressiven Störung sollten die Empfehlungen zur Behandlung im Übergang vom Jugendalter bis ins Erwachsenenalter in dieser Leitlinie berücksichtigt werden

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↑ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

- In Bezug auf die klinische Frage zum **Abschluss der Behandlung** wurde in der Literaturrecherche keine Evidenz gefunden. Aufgrund von fehlender Evidenz kann keine evidenzbasierte, sondern nur eine **konsensbasierte Empfehlung** zum Abschluss der Behandlung ausgesprochen werden. Daher beruht die gesamte konsensbasierte **Empfehlung 12 (Abschluss der Behandlung)** auf klinischer Erfahrung und auf den Expertinnen- und Expertenmeinungen, die den Empfehlungen der NICE-Leitlinie [14] und der GLAD-PC-Leitlinie [15] zugrunde liegen.

Behandlung im Übergang vom Jugendalter bis ins Erwachsenenalter

Geltungsbereich und Zweck der folgenden Empfehlung können dem Abschnitt 3.12.1 Übergang vom Jugendalter bis ins Erwachsenenalter: Geltungsbereich und Zweck entnommen werden.

► Empfehlung 13: Behandlung im Übergang vom Jugendalter bis ins Erwachsenenalter

13.1 Folgendes sollte beachtet werden, um einen optimalen Übertritt von einer kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. -psychotherapeutischen in eine erwachsenenpsychiatrische bzw. -psychotherapeutische Behandlung zu gewährleisten:

- Die Behandlungskontinuität sowie die anhaltende Nachhaltigkeit der Therapiemaßnahmen sollten sichergestellt werden. Hierzu ist es notwendig, dass eine Klärung der Rollen und Verantwortlichkeiten im Therapieprozess erfolgt. Insbesondere das erhöhte Risiko für Suizidalität im Rahmen depressiver Erkrankungen verlangt eine effektive und kontinuierliche Versorgung

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↑ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

13.2 Folgendes sollte bei der Therapie für Heranwachsende im Übergang vom Jugendalter bis ins Erwachsenenalter beachtet werden:

- Alters- und entwicklungsspezifische Besonderheiten sollten in der Therapie berücksichtigt werden
- Schul- und Ausbildungsabschlüsse sollten gefördert und der Berufseinstieg erleichtert werden. Störungsspezifische Risiken bezüglich des Schulabschlusses und der Ausbildung sollten in der psychotherapeutischen Behandlung adressiert werden
- Den Patientinnen und Patienten sollte Teilhabe ermöglicht werden. Insbesondere bei chronischen Verläufen ist die Erhaltung von Teilhabe essenziell; dies umfasst die Integration in Schule, Ausbildung, Arbeit und Freizeit

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↑ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

13.3 Die teilstationäre oder stationäre Behandlung von Heranwachsenden im Übergang vom Jugendalter bis ins Erwachsenenalter, die bereits die Volljährigkeit erreicht haben, kann in einem Setting erfolgen, welches Rücksicht auf die entwicklungsspezifischen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten nimmt, z.B. eine Einrichtung spezialisiert auf Transition oder eine gesonderte Transitionsstation

Empfehlungsart	▶	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	▶	↔ (offene Empfehlung)
Konsentierungsjahr	▶	2025
Konsensstärke	▶	100 %

13.4 Bei älteren Jugendlichen mit einer rezidivierenden depressiven Störung sollte auch die „Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression“ (nvl-005) für Erwachsene angewendet werden

Empfehlungsart	▶	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	▶	↑ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	▶	2025
Konsensstärke	▶	100 %

► Schlussfolgerung: Übergangsbereich vom Jugendalter bis ins Erwachsenenalter

- Es gibt kaum Evidenz zu speziellen Therapien und Versorgungssettings für die Behandlung im Übergangsbereich bzgl. Depression bei Heranwachsenden. Aufgrund unzureichender Evidenz kann keine evidenzbasierte Empfehlung, sondern nur eine konsensbasierte Empfehlung ausgesprochen werden, die angelehnt ist an Expertinnen- und Expertenmeinungen [16, 17] und auf klinischer Erfahrung und Einschätzungen von Fachvertreterinnen und -vertretern beruht.

► Aufgrund von unzureichender Evidenz zum Übergangsbereich kann keine evidenzbasierte, sondern nur eine konsensbasierte Empfehlung ausgesprochen werden, das heißt die gesamte **Empfehlung 13 (Behandlung im Jugendalter bis ins Erwachsenenalter)** ist angelehnt an Expertinnen- und Expertenmeinungen ([16, 17]) und beruht somit auf klinischer Erfahrung

► *Evidenz und ergänzende Erläuterungen:*

- **Empfehlung 13 (Übergangsbereich):** Abschnitt 3.12.2 Übergang vom Jugendalter bis ins Erwachsenenalter: Evidenz und Erläuterungen

Verweise auf andere Leitlinien

Im Rahmen der Aktualisierung der Leitlinie wurden hier zusätzliche Verweise auf andere Leitlinien aufgenommen, um die Entscheidungsfindung von Behandelnden und Patientinnen und Patienten für eine angemessene Versorgung bei akuter Suizidalität und psychotischen Symptomen zu unterstützen.

► Behandlung von Depression mit akuter Suizidalität

Für die Behandlung akuter Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen sollten die Empfehlungen der entsprechenden Leitlinie „Suizidalität im Kindes- und Jugendalter“ (028-031) einbezogen werden

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↑ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	100 %

- **Hinweis:** Der Verweis auf die Leitlinie „Suizidalität im Kindes- und Jugendalter“ (028-031; in Überarbeitung) wird hier aufgenommen, da in den in dieser Leitlinie eingeschlossenen Studien oft akute Suizidalität als Ausschlusskriterium galt und somit die vorhandene Evidenz mitunter nur unzureichend auf Jugendliche mit Depression und akuter Suizidalität übertragen werden kann.

► Behandlung von Depression mit psychotischen Symptomen

Für die Behandlung einer depressiven Störung mit psychotischen Symptomen bei Kindern und Jugendlichen sollte die Empfehlung der Leitlinie „Schizophrenie“ bei Erwachsenen (038-009) mit in die Behandlungsentscheidung einbezogen werden. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass die Evidenz auf Kinder und Jugendliche nicht unbedingt übertragbar ist

Empfehlungsart	►	Konsensbasierte Empfehlung (Expertenkonsens)
Empfehlungsgrad	►	↑ (Empfehlung)
Konsentierungsjahr	►	2025
Konsensstärke	►	91 %

- **Hinweis:** Da sich die gefundenen Studien im Rahmen der Literaturrecherche dieser Leitlinie nur auf die Behandlung einer depressiven Störung und dabei nicht spezifisch auf Kinder und Jugendliche mit einer Depression mit psychotischen Symptomen beziehen, wird hier auf die Erwachsenenleitlinie verwiesen.
- **Hinweis:** In der Leitlinie „Schizophrenie“ (038-009; in Überarbeitung) beziehen sich spezifische Abschnitte auf Kinder und Jugendliche, die konsultiert werden können.

- ▶ **Hinweis:** In der Leitlinie „Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression“ für Erwachsene (nvl – 005) gibt es einen spezifischen Abschnitt „5.4 Psychotische Depression“, der konsultiert werden kann.

3. Evidenz und Erläuterungen

3.1 Psychotherapie im Jugendalter

3.1.1 Kognitive Verhaltenstherapie Im Jugendalter

- Zu individueller kognitiver Verhaltenstherapie (KVT) im Vergleich zu Nichtbehandlung, Behandlung wie üblich (TAU) oder einer aktiven Kontrollbedingung³ wird ein SR mit Meta-Analyse (MA) über sechs RCTs [18], sowie zusätzlich sieben RCTs [19-25] in die Leitlinie eingeschlossen
 - In drei der RCTs [19-21] zeigt individuelle KVT keinen signifikanten Unterschied zu TAU / einer aktiven Kontrollbedingung hinsichtlich spezifizierter Outcomes der Leitlinie. In vier der RCTs [22-25] liegen Ergebnisse zur Überlegenheit (d.h. signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen zugunsten der KVT hinsichtlich der in der Leitlinie spezifizierten Outcomes) von KVT über eine Nichtbehandlung / TAU / aktive Kontrollbedingung hinsichtlich spezifizierter Outcomes der Leitlinie vor.
- Zu Gruppen-KVT im Vergleich zu TAU oder aktive Kontrollbedingungen werden vier RCTs [26-29] eingeschlossen:
 - In einem der RCTs [26] zeigt Gruppen-KVT keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich spezifizierter Outcomes der Leitlinie zu TAU. In drei der RCTs [27-29] zeigt Gruppen-KVT Überlegenheit über TAU und andere aktive Kontrollbedingungen hinsichtlich spezifizierter Outcomes der Leitlinie.
- Zu familienfokussierter KVT im Vergleich zu TAU oder Nichtbehandlung werden zwei RCTs [24, 30] eingeschlossen:
 - In einem der RCTs [30] zeigt familienfokussierte KVT keinen signifikanten Unterschied zu TAU hinsichtlich spezifizierter Outcomes der Leitlinie. In dem anderen RCT [24] zeigt familienfokussierter KVT Überlegenheit über Nichtbehandlung hinsichtlich spezifizierter Outcomes der Leitlinie.
- In drei RCTs [23, 24, 28] werden auch langfristige Outcomes (6 – 9 Monate nach der Behandlung) zur depressiven Symptomatik und zum Funktionsniveau untersucht, allerdings halten die Ergebnisse zur Überlegenheit von KVT langfristig nicht an. Beim Follow-up gibt es in allen drei Studien keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen KVT und TAU und zwischen KVT und den anderen aktiven Kontrollbedingungen
- Zu online- / computerbasierter KVT mit Unterstützung von einer Therapeutin / einem Therapeuten im Vergleich zu Nichtbehandlung, einer aktiven Kontrollbedingung oder TAU werden vier RCTs eingeschlossen:
 - In drei RCTs [31-33] ist KVT den Vergleichsgruppen (TAU und aktive Kontrollbedingung) überlegen. In den drei Studien liegen Ergebnisse zur Überlegenheit

³ **Nichtbehandlung** ist eine Kontrollbedingung ohne Behandlung (z.B. Warteliste). **Behandlung wie üblich (Englisch: Treatment as Usual, „TAU“)** bezeichnet eine Vielfalt von Therapien, die in der Regelversorgung als Standardbehandlung eingesetzt werden, und kann je nach Studie eine andere Therapie beschreiben (siehe Glossar für eine genauere Beschreibung). Eine **aktive Kontrollbedingung** im Rahmen der Psychotherapieforschung sind Behandlungen ohne spezifische Behandlungselemente darzubieten, die in der Interventionsgruppe untersucht werden. Genauere Details zu den jeweils eingesetzten Therapien können den Evidenztabelle zur Leitlinie entnommen werden.

hinsichtlich der Reduktion depressiver Symptomatik, Remission und Verbesserung der Lebensqualität vor.

- In einem RCT [31] werden auch langfristige Outcomes (6 Monate nach der Behandlung) zur depressiven Symptomatik und Lebensqualität untersucht, allerdings halten die Ergebnisse zur Überlegenheit computerbasierter KVT langfristig nicht an.
- In dem anderen RCT [34] zeigt KVT mit technischen Hilfsmitteln (d.h. Tablets in den Sitzungen und Textnachrichten zur Erinnerung an Hausaufgaben) kein signifikanter Unterschied zu TAU hinsichtlich der Reduktion depressiver Symptomatik.
- Zu achtsamkeitsbasierter KVT werden ein RCT [35] und eine Vorher- / Nachher-Studie [36] eingeschlossen:
 - In dem RCT [35] zeigt die achtsamkeitsbasierte KVT keinen signifikanten Unterschied zu TAU hinsichtlich der Reduktion depressiver Symptomatik
 - In der Vorher- / Nachher-Studie [36] reduziert sich die depressive Symptomatik und verbessert sich die Lebensqualität nach der Intervention signifikant.
- Zum Vergleich der Rahmenbedingungen der KVT, Einzel-, Gruppen- und Familientherapien, gibt es drei Studien [24, 37, 38], die einen Vergleich zwischen individueller KVT und familienfokussierter KVT (KVT mit Einbezug der Eltern) ziehen. Darüber hinaus zieht eine Studie [39] einen Vergleich zwischen einem individuellen und einem Gruppen-Setting in der KVT.
 - In drei Studien [24, 37, 39] gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen den verschiedenen Settings hinsichtlich der Reduktion depressiver Symptomatik und einer Verbesserung des Funktionsniveaus
 - In einem RCT [38] ist die KVT mit Einbezug der Eltern hinsichtlich der Reduktion depressiver Symptomatik der individuellen KVT ohne Einbezug der Eltern überlegen.
- In vier RCTs wird individuelle KVT verglichen mit anderen psychotherapeutischen Verfahren, wie Systemischer Therapie (ST) [40], individueller IPT [25], kurzfristiger Psychodynamischer Psychotherapie (PP) [41]. Außerdem liegt ein Vergleich zwischen individueller KVT, Gruppen-KVT, individueller IPT und Gruppen-IPT vor [39]:
 - In zwei der RCTs zeigt individuelle KVT keinen signifikanten Unterschied zu individueller IPT [25] und kurzfristiger psychodynamischer Therapie [41] hinsichtlich der depressiver Symptomatik, der Reduktion der Suizidalität und der Verbesserung der Lebensqualität.
 - In den zwei anderen RCTs ist KVT den Vergleichsgruppen (individuelle IPT / Gruppen-IPT [39] / Systemische Therapie [40]) überlegen. Hier liegen Ergebnisse zur Überlegenheit hinsichtlich der Reduktion depressiver Symptomatik und der Remissionsrate vor.
 - In Hinblick auf die Reduktion der Suizidalität und die Verbesserung des Funktionsniveaus ist die individuelle KVT in einem der RCTs [40] der Systemischen Therapie nicht überlegen.
- **Unerwünschte Nebenwirkungen** werden in den Studien zur KVT im Vergleich zu Nichtbehandlung, aktive Kontrollbedingung, TAU oder anderen Psychotherapien nicht mit einem standardisierten Instrument untersucht. Somit gibt es keine Evidenz zu unerwünschten Nebenwirkungen bei der KVT.
- Eine Übersicht der eingeschlossenen Studien mit ihren Evidenzgraden (EG) kann der

untenstehenden Evidenzübersicht zu KVT entnommen werden.

► Evidenzübersicht: Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Evidenztabelle II: Psychotherapie

Literaturnachweis und Evidenzgrad (EG)	II.1.1.1 <i>Individuelle KVT</i> - SR über 6 RCTs + MA: Harrington 1998 (EG 2) [18] - RCTs: Clarke 1999 (EG 3) [24], Rosselló 1999 (EG 3) [25], Weisz 2009 (EG 3) [21], Szigethy 2014 (EG 3) [19], Clarke 2016 (EG 2) [23], Charkhandeh 2016 (EG 3) [22], Stikkelbroek 2020 (EG 3) [20] II.1.1.2 <i>Online- / computerbasierte KVT mit Unterstützung von einer Therapeutin / einem Therapeuten</i> - RCTs: Kobak 2015 (EG 4) [34], Topooco 2018 (EG 3) [32], Topooco 2019 (EG 3) [33], Martínez 2019 (EG 2) [31] II.1.1.3 <i>Online- / computerbasierte KVT ohne Unterstützung von einer Therapeutin / einem Therapeuten</i> - Fallserie: Abeles 2009 (EG 4) [42] II.1.1.4 <i>Gruppen-KVT</i> - RCTs: Clarke 2002 (EG 2) [26], Rohde 2004 (EG 3) [28], Kaufman 2005 (EG 3) [27], Straub 2015 (EG 3) [29] II.1.1.5 <i>Familienfokussierte KVT</i> - RCTs: Clarke 1999 (EG 3) [24], Esposito-Smythers 2019 (EG 3) [30] II.1.1.6 <i>Achtsamkeitsbasierte KVT</i> - RCT: Shirk 2014 (EG 3) [35], Vorher- / Nachher-Studie: Ames 2014 (EG 4) [36] II.3 <i>KVT im Rahmen von Einzel-, Gruppen- und Familientherapien im Vergleich</i> - RCTs: Lewinsohn 1990 (EG 3) [37], Clarke 1999 (EG 3) [24], Rosselló 2008 (EG 3) [39], Spirito 2015 (EG 3) [38] II.4 <i>KVT im Vergleich zu anderen Psychotherapien</i> - RCTs: Brent 1997 (EG 3) [40], Rosselló 1999 (EG 3) [25], Rosselló 2008 (EG 3) [39], Goodyer 2017 (EG 2) [41]
Population + Behandlungssetting	Der Großteil der Evidenz bezieht sich auf Jugendliche im Alter von 12-18 Jahren mit einer depressiven Störung. Die Schweregrade der Depression reichen von leicht über mittelgradig bis schwer, ohne, dass differenzierte Ergebnisse berichtet werden, oder es gibt keine Angabe zum Schweregrad in den Studienpopulationen. Vier RCTs [19, 21, 43, 44] schließen Kinder und Jugendliche im Alter von 8-18 Jahren ein. Die oben genannten Studien wurden in einem ambulanten Behandlungssetting durchgeführt.

3.1.2 Psychodynamische Psychotherapie

- Zu online- / computerbasierter PP mit Unterstützung von einer Therapeutin / einem

Therapeuten im Vergleich zu einer aktiven Kontrollbedingung wird ein RCT [45] eingeschlossen:

- In dem RCT ([45]) ist die onlinebasierte PP der aktiven Kontrollbedingung (in diesem Fall aktive Unterstützung der Therapeutinnen und Therapeuten ohne Verwendung psychotherapeutischer Techniken) überlegen. In der Studie liegen Ergebnisse zur Überlegenheit hinsichtlich Reduktion depressiver Symptomatik und Remission direkt nach der Behandlung (kurzfristig) vor.
- Ein direkter Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe ist bei der Follow-up-Messung nicht möglich, da in der Kontrollgruppe keine Daten erhoben wurden. Die Reduktion depressiver Symptomatik in der Interventionsgruppe bleibt im Vergleich zum Zeitpunkt direkt nach der Behandlung mit der Follow-up-Messung (nach sechs Monaten) stabil, das heißt, es gibt zwischen den beiden Zeitpunkten in dieser Gruppe keine signifikanten Unterschiede.
- **In zwei RCTs [41, 46] wird die individuelle PP verglichen mit anderen psychotherapeutischen Verfahren wie individueller KVT [41] und systemischer Therapie [46]:**
 - In beiden RCTs ([41] [46]) zeigt die Psychodynamische Psychotherapie keine signifikanten Unterschiede in der Reduktion depressiver Symptomatik und Suizidalität sowie der Verbesserung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus im Vergleich zu individueller KVT, einer psychosozialen Intervention oder systemischer Therapie.
- **Unerwünschte Nebenwirkungen** werden in den Studien zu PP im Vergleich zu Nichtbehandlung, Kontrollbedingung, TAU oder anderen Psychotherapien nicht untersucht. Somit gibt es keine Evidenz zu unerwünschten Nebenwirkungen bei der PP.
- Eine Übersicht der eingeschlossenen Studien mit ihren Evidenzgraden (EG) kann der untenstehenden Evidenzübersicht zu Psychodynamischer Psychotherapie entnommen werden:

► Evidenzübersicht: Psychodynamische Psychotherapie (PP)

Evidenztable II: Psychotherapie

Literaturnachweis und Evidenzgrad (EG)	II.1.2.1 Individuelle PP ■ NRCTs: Horn 2005 (EG 4) [47] II.1.2.1 Online- / computerbasierte PP mit Unterstützung von einer Therapeutin / einem Therapeuten ■ RCT: Lindqvist 2020 (EG 3) [45] II.4 Individuelle PP im Vergleich zu anderen Psychotherapien ■ RCTs: Trowell 2007 (EG 3) [46], Goodyer 2017 (EG 2) [41]
Population + Behandlungssetting	Die Schweregrade der Depression reichen von mittelgradig bis schwer, ohne dass differenzierte Ergebnisse berichtet werden, oder es gibt keine Angabe zum Schweregrad. Zwei RCTs [41, 45] beziehen sich nur auf Jugendliche. Zwei andere Studien haben Kinder und Jugendliche eingeschlossen mit einer Altersspanne von 9-15 Jahren [46] und 5-17 Jahren [47].

Die oben genannten Studien wurden in einem ambulanten Behandlungssetting durchgeführt.

3.1.3 Systemische Therapie

- Zu Systemischer Therapie (ST) im Vergleich zu Nichtbehandlung, aktive Kontrollbedingung oder TAU werden fünf RCTs eingeschlossen:
 - In drei RCTs ([48-50]) zeigt ST keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu TAU und einer aktiven Kontrollbedingung in Bezug auf die Outcomes Reduktion depressiver Symptomatik (kurz- und mittelfristig), Reduktion der Suizidgedanken (kurzfristig) und Remissionsrate.
 - In zwei RCTs [51, 52] zeigt ST Überlegenheit über Nichtbehandlung und TAU. In diesen zwei Studien liegen Ergebnisse zur Überlegenheit hinsichtlich der Reduktion depressiver Symptomatik (kurz- und mittelfristig; direkt bis 3 Monate nach der Behandlung) und Reduktion der Suizidalität (kurz- und mittelfristig) vor.
 - In einem RCT [51] werden auch langfristige Outcomes (Reduktion der depressiven Symptomatik, Suizidalität) untersucht; allerdings hält die Überlegenheit langfristig nicht an, was bedeutet, dass es nach 6 Monaten keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen ST und Nichtbehandlung gibt.
- Zu **Systemischer Therapie** im Vergleich zu **anderen Psychotherapien** werden zwei RCTs [40, 46] eingeschlossen:
 - In einem RCT [40] ist ST der KVT bzgl. der Reduktion depressiver Symptomatik unterlegen. In Bezug auf Suizidalität und das Funktionsniveau zeigt ST keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu KVT.
 - In dem anderen RCT [46] zeigt ST keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu PP hinsichtlich der Reduktion depressiver Symptomatik und der Verbesserung des Funktionsniveaus (kurz- und mittelfristig; direkt bis 6 Monate nach der Behandlung)
- **Unerwünschte Nebenwirkungen** werden in den Studien zu ST im Vergleich zu Nichtbehandlung, aktiver Kontrollbedingung, TAU oder anderen Psychotherapien nicht untersucht. Somit gibt es keine Evidenz zu unerwünschten Nebenwirkungen bei ST.
- Eine Übersicht der eingeschlossenen Studien mit ihren Evidenzgraden (EG) kann der untenstehenden Evidenzübersicht zu systemischer Therapie entnommen werden:

► Evidenzübersicht: Systemische Therapie (ST)

Evidenztabelle II: Psychotherapie

Literaturnachweis und Evidenzgrad (EG)

II.1.4 Systemische Therapie

- RCTs: Diamond 2002 (EG 4) [51], Israel 2013 (EG 4) [52], Poole 2018 (EG 3) [49], Diamond 2019 (EG 3) [48], Waraan 2021 (EG 3) [50]

II.4 ST im Vergleich zu anderen Psychotherapien

- RCTs: Brent 1997 (EG 3) [40], Trowell 2007 (EG 3) [46]

Population + Behandlungssetting	Der Großteil der Evidenz bezieht sich auf Jugendliche im Alter von 12-18 Jahren mit einer depressiven Störung. Es gibt keine Angaben zu den Schweregraden der Depression, bis auf eine Studie [46], die mittelgradige bis schwere Depressionen untersucht, ohne dass differenzierte Ergebnisse berichtet werden. Ein RCT [46] schließt auch Kinder und Jugendliche von 9-18 Jahren (Altersmittelwert von 12 Jahren) ein. Die oben genannten Studien wurden in einem ambulanten Behandlungssetting durchgeführt.
------------------------------------	---

3.1.4 Interpersonelle Therapie

- Zu interpersoneller Therapie (IPT) im Vergleich zu Nichtbehandlung und TAU werden vier RCTs eingeschlossen:
- In allen vier RCTs ist die **individuelle IPT** der Vergleichsbedingung (in diesem Fall Nichtbehandlung [25, 53] und TAU [54, 55]) überlegen. In den Studien liegen Ergebnisse zur Überlegenheit hinsichtlich der Reduktion depressiver Symptomatik (kurz- und mittelfristig; direkt bis 3 Monate nach der Behandlung), Reduktion der Suizidalität (bzw. Suizidgedanken und Suizidhandlungen) und der Verbesserung des Funktionsniveaus (kurzfristig) vor.
- Zum **Vergleich der Rahmenbedingungen von IPT, Einzel-, Gruppen- und Familientherapie** werden drei RCTs [39, 56, 57] eingeschlossen:
 - Zwei der RCTs [39, 57] ziehen einen Vergleich zwischen individueller IPT und Gruppen-IPT, wobei es keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Reduktion depressiver Symptomatik und der Verbesserung des Funktionsniveaus zwischen den unterschiedlichen Rahmenbedingungen gibt.
 - Im anderen Pilot-RCT [58] wird ein Vergleich zwischen individueller IPT und IPT mit Einbezug der Eltern gemacht. Auch hier werden keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Reduktion depressiver Symptomatik und der Remissionsrate zwischen den unterschiedlichen Settings festgestellt.
- Zu **IPT im Vergleich zu anderen Psychotherapien** werden zwei RCTs [25, 39] eingeschlossen:
 - In einem RCT [39] ist IPT (Gruppen- und Einzeltherapie) der KVT (in diesem Fall Gruppen- und Einzeltherapie) hinsichtlich der Reduktion depressiver Symptomatik unterlegen.
 - In dem anderen RCT [25] zeigt die individuelle IPT keine signifikante Unterschiede im Vergleich zu individueller KVT in Bezug auf die Outcomes Reduktion depressiver Symptomatik und Verbesserung des Funktionsniveaus.
- **Unerwünschte Nebenwirkungen** werden in den Studien zu IPT im Vergleich zu Nichtbehandlung, aktive Kontrollbedingung, TAU oder anderen Psychotherapien nicht untersucht. Somit gibt es keine Evidenz zu unerwünschten Nebenwirkungen bei IPT.
- Eine Übersicht der eingeschlossenen Studien mit ihren Evidenzgraden (EG) kann der untenstehenden Evidenzübersicht zu IPT entnommen werden:

► Evidenzübersicht: Interpersonelle Psychotherapie (IPT)

Evidenztabelle II: Psychotherapie

Literaturnachweis und Evidenzgrad (EG)	II.1.5.1 <i>Individuelle IPT</i> ■ RCTs: Rosselló 1999 (EG 3) [25], Mufson 1999 (EG 3) [53], Mufson 2004 (EG 2) [54], Tang 2009 (EG 4) [55] II.4 <i>IPT im Vergleich zu anderen Psychotherapien</i> ■ RCTs: Rosselló 1999 (EG 3) [25], Rosselló 2008 (EG 3) [39] II.3 <i>IPT im Rahmen von Einzel-, Gruppen- und Familientherapien im Vergleich</i> ■ RCTs: Rosselló 2008 (EG 3) [39], O'Shea 2015 (EG 3) [57], Gunlicks-Stoessel 2016 (EG 4) [58]
Population + Behandlungssetting	Die Evidenz bezieht sich auf Jugendliche im Alter von 12-18 Jahren mit einer depressiven Störung, mit Ausnahme von einem RCT [39], in dem nur 66% der Stichprobe die Diagnose einer depressiven Störung aufwiesen. Es gibt keine Angaben zu den Schweregraden der Depression. Die oben genannten Studien wurden in einem ambulanten Behandlungssetting durchgeführt.

3.1.5 Psychotherapeutische Behandlungsmethoden mit unzureichender Evidenzgrundlage

3.1.5.1 Gesprächspsychotherapie

- Zu Gesprächspsychotherapie wurden in der Literaturrecherche keine relevanten Studien identifiziert und somit liegt hier keine Evidenz vor.
- Aufgrund von unzureichender Evidenz (keine Studien) kann für die Gesprächspsychotherapie keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden.

3.1.5.2 Verhaltensaktivierung als alleinstehende Methode zur Behandlung

- Zu Verhaltensaktivierung als alleinige Methode zur Behandlung der Depression (d.h. nicht im Rahmen eines anderen Therapieverfahrens wie z.B. der KVT) werden zwei kontrollierte Machbarkeitsstudien [59, 60] und zwei Vorher- / Nachher-Studien [61, 62] eingeschlossen.
- Es sollte jedoch darauf hingewiesen werden, dass dies abgegrenzt wird von Verhaltensaktivierung innerhalb der KVT, für die die übergeordnete Evidenz und Empfehlung zu KVT gilt. In diesen Studien wurden zusätzlich zur Verhaltensaktivierung in der Interventionsgruppe *keine* Methoden der KVT angewandt.
- Aufgrund unzureichend aussagekräftiger Studien kann für die Verhaltensaktivierung als alleinige Methode zur Behandlung der Depression keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden.

3.1.5.3 Akzeptanz- und Commitmenttherapie

- Zu Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) als alleinige Methode zur Behandlung der Depression (d.h. nicht im Rahmen eines anderen Therapieverfahrens wie z.B. der KVT) werden eine Pilotstudie [63] und eine Vorher- / Nachher-Studie ohne Vergleichsgruppe [64] eingeschlossen.
- Aufgrund unzureichend aussagekräftiger Studien kann für ACT als alleinige Methode zur Behandlung der Depression keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden.

3.1.5.4 Interpersonelle Beratung

- Zu interpersoneller Beratung wird eine kontrollierte Machbarkeitsstudie [65] betrachtet. Somit ist die Evidenz nicht ausreichend, um eine evidenzbasierte Empfehlung auszusprechen.

3.2 Psychotherapie im Kindesalter

3.2.1 Kognitive Verhaltenstherapie im Kindesalter

- In allen Studien zur KVT, die wir für diese Leitlinie heranziehen konnten, schließen vier der eingeschlossenen RCTs [19, 21, 43, 44] Kinder ab 7 Jahren ein:
 - Für diese Studien liegt der Altersmittelwert der Stichproben bei 12 Jahren oder älter. Es gibt keine separate Analyse zu Kindern bis 13 Jahren, von daher ist unklar, ob die gefundenen Effekte in den eingeschlossenen RCTs auch für Kinder gelten.
 - In zwei der eingeschlossenen RCTs (jeweils EG 3 [19, 21]), sowie einem RCT [43] aus einem systematischen Review [18] zeigt KVT keinen signifikanten Unterschied zu TAU [21] oder einer aktiven Kontrollbedingung [19, 43] in Bezug auf die Outcomes depressive Symptomatik, Remission und Funktionsniveau.
 - In einem RCT [44] mit EG 3 über 9- bis 17-Jährige mit im Mittel 14 Jahren zeigt KVT Überlegenheit (d.h. signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen zugunsten der KVT hinsichtlich der in der Leitlinie spezifizierten Outcomes) über eine aktive Kontrollbedingung. In dieser Studie liegen Ergebnisse zur Überlegenheit in Bezug auf die Reduktion depressiver Symptomatik (kurzfristig; direkt nach der Behandlung) und Remission (kurzfristig; direkt nach der Behandlung) vor.
- Darüber hinaus liegt ein RCT mit EG 2 [66] vor, der eine spezifische **familienfokussierte Therapie für Kinder im Rahmen der KVT** evaluiert. In diesem RCT wurden Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 14 Jahren (im Mittel 10 Jahre) eingeschlossen:
 - Die familienfokussierte Therapie im Rahmen der KVT für Kinder mit einer depressiven Störung zeigt eine Überlegenheit über eine aktive Kontrollbedingung, allerdings nur für die depressive Symptomatik (Schweregrad der Depression gemessen durch klinisches Interview) direkt nach der Behandlung. In Bezug auf Remissionsraten wird keine Überlegenheit festgestellt.
 - Für die Gruppe der 7- bis 12-Jährigen gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventionsgruppe und der aktiven Kontrollbedingung.
 - In der zusätzlichen Analyse [67] zum RCT [66] werden auch mittelfristige (32 Wochen nach Behandlung) und langfristige (52 Wochen nach Behandlung) Outcomes zur Reduktion depressiver Symptomatik, Rückfall und unerwünschten Nebenwirkungen (Suizidhandlungen) untersucht; die Ergebnisse zur Überlegenheit der KVT halten langfristig nicht an. Beim Follow-up gibt es keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen KVT und der aktiven Kontrollbedingung.
- Die **Qualität der Evidenz** zu KVT im Kindesalter wird aufgrund geringer Anwendbarkeit (in vier RCTs sind keine separaten Analysen zu Kindern verfügbar) mit einem Evidenzgrad von 4 bewertet und in einem RCT mit einem Evidenzgrad von 2 bewertet, d.h. das Vertrauen in die Aussagekraft der Studien für die spezifische Zielgruppe „Kinder zwischen 7 und 13 Jahren“ ist moderat bis sehr schwach.

3.2.2 Familienbasierte IPT

- Für Kinder im Alter von 7 bis 12 Jahren (im Mittel 10 Jahre) wird eine Studie zu **familienbasierter IPT als alleinstehende Methode zur Behandlung** [56] eingeschlossen:

In dem RCT mit EG 3 [56] führt familienbasierte IPT zu einer höheren Remissionsrate und einer stärkeren Reduktion der depressiven Symptomatik (kurzfristig; direkt nach der Behandlung) als eine aktive Kontrollbedingung.

3.2.3 Psychodynamische Psychotherapie

- Es gibt zwei Studien zu individueller **Psychodynamischer Psychotherapie (PP)** [46, 47], die Kinder in der Stichprobe eingeschlossen haben; allerdings liegt in allen Studien das mittlere Alter bei ungefähr 12 Jahren oder älter. Außerdem gibt es keine separate Analyse für Kinder bis 13 Jahre.
- Für Studien zu PP ausschließlich im Kindesalter kann ein NRCT zu psychoanalytischer Kurzzeittherapie mit EG 4 [68] über 6- bis 10-Jährige (im Mittel 9 Jahre) und eine Vorher- / Nachher-Studie zu psychoanalytischer Kurzzeittherapie (PaKT) mit EG 4 [69] über 4- bis 10-Jährige (im Mittel 7 Jahre) betrachtet werden.
- Die **Qualität der Evidenz** zu Psychodynamischer Psychotherapie im Kindesalter wird mit einem Evidenzgrad von 4 / 5 bewertet, d.h. das Vertrauen in die Aussagekraft der Studien ist sehr schwach.
- Aufgrund von unzureichend aussagekräftigen Studien kann keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden.
- Zur Psychoanalytische Kurzzeittherapie mit (PaKT) wurde ein RCT bei Kindern im Alter von 3 bis 8 Jahren durchgeführt (Clinicaltrials.gov: NCT04708275). Die Ergebnisse dieser Studie lagen zum Zeitpunkt der Literaturrecherche für die Leitlinie noch nicht vor, können in der nächsten Revision jedoch berücksichtigt werden.

3.2.4 Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)

- **Für Kinder unter 8 Jahren** werden ein RCT [70] über 3- bis 7-Jährige und ein RCT [71] über 3- bis 6-Jährige zu Parent-Child Interaction Therapy mit einem zusätzlichen Modul zur Emotionsentwicklung („Emotion Development“; PCIT-ED) eingeschlossen:
 - In dem ersten RCT [70] mit einem Evidenzgrad von 3 ist PCIT-ED effektiver in der Verbesserung des Funktionsniveaus (kurzfristig; direkt nach der Behandlung) als die individuelle Therapie.
 - In einem zweiten RCT [71] mit einem Evidenzgrad von 3 kommt es unter PCIT-ED zu einer wahrscheinlicheren Remission (kurzfristig; direkt nach der Behandlung) sowie zu einer Reduktion der depressiven Symptomatik (kurzfristig) und einer Verbesserung des Funktionsniveaus (kurzfristig) im Vergleich zu einer Warteliste.
- Die **Qualität der Evidenz** zu PCIT-ED für Kinder unter 8 Jahren wird mit einem Evidenzgrad von 3 bewertet, d.h. das Vertrauen in die Aussagekraft der Studien ist schwach.

3.3 Pharmakotherapie

3.3.1 Systematisches Review zu Antidepressiva der neuen Generation (Hetrick et al. 2021)

- Zunächst wird ein **systematisches Review mit Netzwerk-Meta-Analyse (NMA) von Hetrick et al. (2021) [72]** über **26 RCTs** eingeschlossen. Dieses SR basiert auf einer Literaturrecherche (bis März 2020) zu Studien, die sich auf Kinder und Jugendliche mit einer depressiven Störung beziehen und die Wirksamkeit der Einnahme von „Antidepressiva der neuen Generation“ im Vergleich zueinander und zu einer Placebo-Behandlung betrachten.
 - Zu den Antidepressiva der neuen Generation zählen Serotonin-wiederaufnahmehemmer (SSRI), Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI), Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (NRI), Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (NDRI), Noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva (NaSSA) sowie Melatoninrezeptoragonisten und Serotoninrezeptorantagonisten (MT-Agonisten).
 - Das Review stellt eine aktualisierte Version von Hetrick et al. (2012) [73] dar, in welcher sieben Studien neu aufgenommen wurden. Diese neuen Studien untersuchen die Wirksamkeit von Duloxetin, Desvenlafaxin, Vilazodon und Vortioxetin; davon umfassen fünf neben Placebo-Behandlung auch eine Vergleichsgruppe mit Fluoxetin. Die Wirksamkeit dieser Antidepressiva wurde in der vorherigen Version des Reviews von Hetrick et al. (2012) nicht untersucht.
- Die Analyse dieses aktualisierten Reviews vergleicht 26 Studien bzgl. folgender Substanzen:
 - **SSRIs:** Citalopram (2 RCTs; [74, 75]), Escitalopram (2 RCTs; [76, 77]), Fluoxetin (5 RCTs: Fluoxetin vs. Placebo; [78-82]; 6 RCTs: mit Fluoxetin als zusätzlicher Vergleichsgruppe; [83-85], [86, 87] [88]), Paroxetin (4 RCTs; [89-92]), Sertralin (2 RCTs; [93] Trial 1 und Trial 2), Vilazodon (2 RCTs; [94], [88]), Vortioxetin (1 RCT; [86, 87]⁴)
 - **SNRIs:** Duloxetin (2 RCTs; [83, 85]), Desvenlafaxin (2 RCTs; [84, 95]), Venlafaxin (2 RCTs; [96] Trial 1 und 2)
 - **NaSSA:** Mirtazapin (2 RCTs, unveröffentlicht; [97])
- Für die übrigen Substanzen und Substanzklassen wurden in der aktualisierten Literaturrecherche des Reviews und in der aktualisierten Literaturrecherche (bis Juli 2021) der Leitlinie keine relevanten Studien identifiziert und somit liegt hier **keine Evidenz** vor:
 - **SSRIs:** Fluvoxamin und Alaproclate
 - **SNRIs:** Milnacipran, Levomilnacipran und Edivoxetin
 - **NRI:** Reboxetin
 - **NDRI:** Bupropion
 - **MT-Agonisten:** Agomelatin
- Die **Studienpopulationen** der eingeschlossenen 26 RCTs in dem Review lassen sich wie folgt zusammenfassen:
 - Die Studienpopulationen von 13 ([74, 77, 78, 81, 82, 88, 90, 92], [96] (Trial 1 und 2),

⁴ Findling et al. (2022) wurde in Hetrick et al. (2021) als unveröffentlichter Trial aufgenommen; da die Ergebnisse mittlerweile veröffentlicht wurden, wird hier auf die publizierte Version verwiesen.

[93] (Trial 1 und 2), [97] (Trial 1 und Trial 2)) RCTs zu den Substanzen Citalopram, Fluoxetin, Escitalopram, Paroxetin, Sertralin, Vilazodon, Venlafaxin und Mirtazapin beziehen sich auf **Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 18 Jahren**, wobei die meisten Studienpopulationen dieser RCTs eine Altersspanne von 7 bis 17 Jahren berücksichtigen. Der Altersmittelwert liegt in allen RCTs bei ca. 12 Jahren oder älter.

- Die Studienpopulationen von 8 ([75, 76, 79, 80, 82, 89, 91, 94] RCTs zu den Substanzen Citalopram, Fluoxetin, Paroxetin, Vilazodon und Vortioxetin beziehen sich ausschließlich auf **Jugendliche im Alter von 12 bis 19 Jahren**.
 - In vier RCTs ([83-85, 95]) zu den Substanzen Duloxetin und Desvenlafaxin werden für die **Kinder im Alter von 7 bis 11 Jahren** und für die **Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren getrennte Analysen** durchgeführt.
 - Die **Schweregrade** der Depression in den Studienpopulationen beziehen sich auf eine **mittelgradige bis schwere Depression** (Kinder und Jugendliche mit einer leichten Depression / Dysthymia wurden von den Studien ausgeschlossen) oder es gibt keine Angabe zum Schweregrad.
- In den meisten Studien werden keine getrennten Analysen zu Kindern oder Jugendlichen durchgeführt; daher ist unklar, ob die Hauptergebnisse der Analyse des Reviews auch für beide spezifischen Altersgruppen im Sinne der Leitlinie (Kinder 7-12, Jugendliche 13-18 Jahre) gelten. Allerdings bilden Kinder zwischen 6 bzw. 7 und 12 Jahren nur einen kleinen Teil (ca. 20-30%) der Probandinnen und Probanden in den Studienpopulationen, im Gegensatz zu Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahren. Aufgrund dieser **geringeren Anwendbarkeit der Ergebnisse des Reviews für Kinder zwischen 7 und 12 Jahren** wird das Vertrauen in die Aussagekraft der Hauptergebnisse des Reviews für Kinder im Vergleich zu Jugendlichen bzgl. dieser Leitlinie schwächer bewertet.
 - Die meisten Studien werden durchgeführt in einem **ambulanten Behandlungssetting** oder es gibt in der Studie **keine Angabe zum Setting**. Ein RCT ([75]) wurde in einem stationären Setting durchgeführt.
- 3.3.2 Überblick der Hauptergebnisse und Qualität der Evidenz (Hetrick et al. 2021): Sertralin, Fluoxetin, Escitalopram, Citalopram, Paroxetin, Vilazodon, Vortioxetin, Duloxetin, Venlafaxin, Desvenlafaxin und Mirtazapin
- **In folgender Tabelle** wird ein Überblick der Hauptergebnisse in Bezug auf depressive Symptomatik, Remission, Funktionsniveau, Suizidalität und nachteilige Ereignisse zu SSRIs (Sertralin, Fluoxetin, Escitalopram, Citalopram, Paroxetin, Vilazodon & Vortioxetin), SNRIs (Duloxetin, Venlafaxin & Desvenlafaxin) und NaSSA (Mirtazapin) dargestellt.

■ **Übersicht der Hauptergebnisse zu Sertralin, Fluoxetin, Duloxetin, Escitalopram, Mirtazapin, Citalopram, Venlafaxin, Paroxetin, Vilazodon, Desvenlafaxin und Vortioxetin**

Vergleich	Studien	Population	Wirksamkeit (Nutzen)			Unerwünschte Nebenwirkungen (Schädlichkeit)	
			Depressive Symptomatik ¹	Remission ²	Funktionsniveau ³	Suizidalität ⁴	Nachteilige Ereignisse ⁵
Sertralin vs. Placebo	2 RCTs	6–17 Jahre	Reduktion, MD = -3.51, 95% CI: [-6.99, -0.04]	Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, OR = 1.55, 95% CI: [0.86, 2.80]	Verbesserung, MD = 1.31, 95% CI: [-1.61, 4.23]	Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, OR = 3.03, 95% CI: [0.60, 15.22]	<i>Keine vergleichenden Daten verfügbar</i>
Fluoxetin vs. Placebo	5 RCTs +5 RCTs*	7–17 Jahre	Reduktion, MD = -2.84, 95% CI: [-4.12, -1.56]	Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, OR = 1.37, 95% CI: [1.01, 1.86]	Verbesserung, MD = 1.92, 95% CI: [1.64, 2.20]	Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, OR = 1.27, 95% CI: [0.87, 1.86]	Geringe Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, OR = 1.16, 95% CI: [0.78, 1.72]
Duloxetin vs. Placebo	2 RCTs	7–11 Jahre 12–17 Jahre	Reduktion, MD = -2.70, 95% CI: [-5.03, -0.37]	Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, OR = 1.68, 95% CI: [1.11, 2.56]	<i>Keine Daten verfügbar</i>	<i>Evidenz zu wenig Aussagekraft (Evidenzgrad ≥ 4)</i>	Geringe Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, OR = 1.11, 95% CI: [0.60, 2.06]
Escitalopram vs. Placebo	2 RCTs	6–17 Jahre	Reduktion, MD = -2.62, 95% CI: [-5.29, 0.04]	Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, OR = 1.33, 95% CI: [0.85, 2.07]	Verbesserung, MD = 2.28, 95% CI [0.23, 4.32]	Geringe Reduktion der Wahrscheinlichkeit, OR = 0.89, 95% CI: [0.43, 1.84]	Geringe Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, OR = 1.13, 95% CI: [0.57, 2.25]
Mirtazapin vs. Placebo	2 RCTs	8–18 Jahre	Reduktion, MD = -2.79, 95% CI: [-6.72, 1.14]	<i>Keine Daten verfügbar</i>	<i>Keine Daten verfügbar</i>	<i>Evidenz zu wenig Aussagekraft (Evidenzgrad ≥ 4)</i>	<i>Keine vergleichenden Daten verfügbar</i>
Citalopram vs. Placebo	2 RCTs	7–17 Jahre 13–18 Jahre	Reduktion, MD = -2.90, 95% CI: [-8.23, 2.43]	Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, OR = 1.21, 95% CI: [0.73, 2.02]	Verbesserung, MD = 2.50, 95% CI [-1.52, 6.25]	<i>Evidenz zu wenig Aussagekraft (Evidenzgrad ≥ 4)</i>	Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, OR = 1.68, 95% CI: [0.80, 3.54]
Venlafaxin vs. Placebo	2 RCTs	7–17 Jahre	Reduktion, MD = -1.90, 95% CI: [-5.17, 1.37]	Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, OR = 1.61, 95% CI: [0.93, 2.77]	<i>Keine Daten verfügbar</i>	Starke Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, OR = 13.84, 95% CI: [1.79, 106.90]	<i>Keine vergleichenden Daten verfügbar</i>
Paroxetin vs. Placebo	3 RCTs	7–17 Jahre	Reduktion, MD = -1.43, 95% CI: [-3.90, 1.04]	Geringe Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, OR = 1.05, 95% CI: [0.71, 1.55]	Verbesserung, MD = 1.60, 95% CI [-2.48, 5.68]	Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, OR = 1.81, 95% CI: [0.85, 3.86]	Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, OR = 1.82, 95% CI: [1.06, 3.11]
Vilazodon vs. Placebo	3 RCTs	13–19 Jahre 12–17 Jahre	Reduktion, MD = -0.84, 95% CI: [-3.03, 1.35]	Geringe Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, OR	<i>Keine Daten verfügbar</i>	<i>Evidenz zu wenig Aussagekraft (Evidenzgrad ≥ 4)</i>	Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, OR

				= 1.66, 95% CI: [0.91, 3.03]			= 2.25, 95% CI: [1.22, 4.17]
Desvenlafaxin vs. Placebo	2 RCTs	7–17 Jahre	Keine Reduktion, MD = -0.07, 95% CI: [-3.51, 3.36]	<i>Keine Daten verfügbar</i>	<i>Keine Daten verfügbar</i>	<i>Evidenz zu wenig Aussagekraft (Evidenzgrad ≥ 4)</i>	Keine Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, OR = 0.98, 95% CI: [0.52, 1.86]
Vortioxetin vs. Placebo	1 RCT	12–17 Jahre	Erhöhung, MD = 0.60, 95% CI: [-2.52, 3.72]	Geringe Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, OR = 1.03, 95% CI: [0.57, 1.87]	Verschlechterung, MD = -1.41, 95% CI [-1.67, -1.14]	<i>Evidenz zu wenig Aussagekraft (Evidenzgrad ≥ 4)</i>	Erhöhung der Wahrscheinlichkeit, OR = 2.82, 95% CI: [0.70, 11.47]

*Mit Fluoxetin als zusätzlicher Vergleichsgruppe

¹Reduktion depressiver Symptomatik auf der CDRS-R-Skala (kurzfristig), ²Remission wie in Studien definiert (kurzfristig), ³Verbesserung des Funktionsniveaus; klinische Beurteilung auf CGAS (kurzfristig), ⁴Verstärkung von suizidalen Gedanken und Zunahme von suizidalen Handlungen (kurzfristig), ⁵Nachteilige Ereignisse („adverse events“); jede ungünstige und unbeabsichtigte Reaktion auf die Behandlung (kurzfristig)

In der Erstfassung dieser Leitlinie wurde **Citalopram** als Alternative zur Behandlung der ersten Wahl empfohlen. Diese Empfehlung beruhte auf Befunden aus einer Studie [74], für die im Zeitraum der Revision zusätzliche Analysen veröffentlicht wurden. Diese zusätzlichen Analysen [98] stellen fest, dass die Ergebnisse der Originalstudie, anders als zunächst berichtet, nicht auf einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Citalopram und Placebo hinweisen, weswegen in dieser Revision keine Wirksamkeitsnachweise für Citalopram vorliegen und die Empfehlung dementsprechend angepasst wurde.

- **Neben den geschätzten Effekten** bzgl. der kurzfristigen Reduktion, der kurzfristigen Verbesserung und der „Odds-Ratio“ werden in der Analyse des Reviews für einige Outcomes auch „P-Scores“ berichtet. Die „P-Scores“ deuten auf eine mögliche Rangfolge der spezifischen Substanzen hin: Ein höherer Score spiegelt eine höhere Wahrscheinlichkeit der wirksamsten Behandlung wider.
 - Die „P-Scores“ bzgl. depressiver Symptomatik (CDRS-R) zeigen folgende mögliche Rangfolge: Sertralin, Fluoxetin, Escitalopram und Duloxetin (höher eingestuft als die anderen Substanzen).
 - Allerdings hat diese Rangfolge unzureichende Aussagekraft, da alle Vergleiche kleine und unbedeutende Unterschiede bzgl. der Reduktion depressiver Symptomatik zeigen.
 - Detaillierte Ergebnisse in Bezug auf die „P-Scores“ können der Evidenztabelle Pharmakotherapie entnommen werden.
- Die **Qualität der Evidenz** hinsichtlich Antidepressiva der neuen Generation im Vergleich zu Placebo in Bezug auf **depressive Symptomatik (CDRS-R)** wird durch die Autorinnen und Autoren des Reviews wie folgt bewertet:
 - Die Vergleiche mit Paroxetin, Vilazodon und Desvenlafaxin werden mit „high certainty“ bzw. Evidenzgrad 1 bewertet, d.h. das Vertrauen in die Aussagekraft dieser Vergleiche ist gut.
 - Die Vergleiche mit Sertralin, Fluoxetin und Escitalopram werden mit „moderate certainty“ bzw. Evidenzgrad 2 bewertet, d.h. das Vertrauen in die Aussagekraft dieser Vergleiche ist mäßig.
 - Die Vergleiche mit Duloxetin und Vortioxetin werden mit „low certainty“ bzw. Evidenzgrad 3 bewertet, d.h. das Vertrauen in die Aussagekraft dieser Vergleiche ist schwach.
 - Die übrigen Vergleiche zwischen den Wirkstoffen (Citalopram, Mirtazapin & Venlafaxin) und Placebo werden mit „very low certainty“ bzw. Evidenzgrad 4 bewertet, d.h. das Vertrauen in die Aussagekraft dieser Vergleiche ist sehr schwach.
- Die **Qualität der Evidenz** hinsichtlich Antidepressiva der neuen Generation im Vergleich zu Placebo in Bezug auf **andere Outcomes (Remission / Ansprechen, Funktionsniveau)** wird durch die Autorinnen und Autoren des Reviews als so unklar / unsicher betrachtet, dass sie nicht bewertet wurde.
- Die **Qualität der Evidenz** hinsichtlich Antidepressiva der neuen Generation im Vergleich zu Placebo in Bezug auf **Suizidalität** wird durch die Autorinnen und Autoren des Reviews für die meisten Vergleiche mit „low certainty“ oder „very low certainty“ bzw. Evidenzgrad 3 oder 4 bewertet, d.h. das Vertrauen in die Aussagekraft der Vergleiche ist schwach bis sehr schwach.
- Die **Qualität der Evidenz** hinsichtlich Antidepressiva der neuen Generation im Vergleich zu Placebo in Bezug auf **nachteilige Ereignisse** wird durch die Autorinnen und Autoren

des Reviews als so unklar / unsicher gesehen, dass sie nicht bewertet wurde.

3.3.3 Schlussfolgerungen der Autorinnen / Autoren des Reviews (Hetrick et al. 2021)

- Methodische Mängel der eingeschlossenen RCTs machen die Interpretation der Ergebnisse schwierig. Das Vertrauen in die Aussagekraft der Primärstudien ist meistens schwach bis sehr schwach.
- Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die meisten neueren Antidepressiva die depressive Symptomatik im Vergleich zu Placebo geringfügig ~~und~~ oder unbedeutend reduzieren können.
- Die Ergebnisse reflektieren die durchschnittliche Wirksamkeit der Substanzen; das Ansprechen auf die Substanzen kann bei einzelnen Kindern und Jugendlichen variieren. Einige können eine stärkere Wirksamkeit erleben als andere.
- Die Ergebnisse zeigen, dass Sertralin, Escitalopram, Duloxetin sowie Fluoxetin die Therapie der ersten Wahl im Bereich Pharmakotherapie sein könnten.
- Das ist eine neue Erkenntnis im Vergleich zu Cipriani (2016) (siehe Abschnitt 4.3.4 Psychopharmaka im Vergleich zueinander), wo nur Fluoxetin als beste Option bzw. Therapie der ersten Wahl gesehen wird. Dieser Unterschied ist wahrscheinlich auf den Einschluss neuerer Studien zurückzuführen, in denen die Effektstärken für Fluoxetin zurückgegangen sind.
- Kinder und Jugendliche, die als suizidgefährdet gelten oder komorbide Störungen haben, wurden häufig von den Studien ausgeschlossen. Die Wirksamkeit von Antidepressiva der neuen Generation bei Jugendlichen und Kindern mit komplexeren Krankheitsbildern, inklusive komorbider Erkrankungen und Suizidgefahr, ist daher unbekannt.
- Es ist wichtig, die Wirkung der Substanzen und die möglichen unerwünschten Nebenwirkungen, insbesondere Suizidalität (Suizidgedanken und Suizidversuche), zu überwachen, da festgestellt wurde, dass einige dieser Substanzen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Suizidalität in Verbindung gebracht werden können.
- Das Review von Hetrick et al. (2021) wird als methodisch gut bewertet bzw. die Gesamteinschätzung des Verzerrungsrisikos dieses Reviews ist gering. **Daher scheinen die Bewertung der Qualität der Evidenz hinsichtlich der unterschiedlichen Primärstudien bzw. Outcomes, die Hauptergebnisse des Reviews und die Schlussfolgerungen der Autorinnen / Autoren angemessen.**

3.3.4 Unerwünschte Nebenwirkungen von SSRIs und SNRIs (Hetrick et al. 2021)

- Die Evidenzlage zu Psychopharmaka in dem systematischen Review mit Netzwerk-Meta-Analyse (NMA) von Hetrick et al. (2021) [72] zeigt, dass die Einnahme von Psychopharmaka (SSRIs und SNRIs) zu möglichen unerwünschten Nebenwirkungen bei Kindern und Jugendlichen führen kann. Dies kann eine Verstärkung von Suizidalität (bzw. Suizidgedanken und Suizidhandlungen) und / oder das Auftreten von nachteiligen Ereignissen umfassen. Da das Risiko für die genannten unerwünschten Nebenwirkungen zwischen einzelnen SSRIs als nicht bedeutsam unterschiedlich beschrieben wurde, kann keine differenzierte Aussage bzgl. der einzelnen SSRIs und SNRIs getroffen werden.
- Die **Qualität der Evidenz** für alle Psychopharmaka im Vergleich zu Placebo hinsichtlich des Outcomes Suizidalität wird durch die Autorinnen / Autoren des Reviews als „schwach“ bewertet oder unklar gesehen, d.h. das Vertrauen in die Aussagekraft dieser Vergleiche ist grundsätzlich schwach oder nicht bekannt.
- Die Erfassungsarten für nachteilige Ereignisse sind durchgehend heterogen und nicht einheitlich genug, um sichere Schlüsse zu ziehen. Daher wird die **Qualität der Evidenz** in Bezug auf das Outcome nachteilige Ereignisse für alle Psychopharmaka als so unklar / unsicher gesehen, dass sie durch die Autorinnen / Autoren des Reviews nicht bewertet wurde.

3.3.5 Tri- und tetrazyklische Antidepressiva (TZA)

- Zu den **tri- und tetrazyklischen Antidepressiva (TZA)** wird ein systematisches Review mit MA von Hazell et al. (2013) [99] über **14 RCTs** eingeschlossen. Dieses Review basiert auf einer Literaturrecherche (bis April 2013) nach Studien, die sich auf Kinder und Jugendliche mit einer depressiven Störung beziehen und die Wirksamkeit der Einnahme von trizyklischen Antidepressiva (Imipramin, Amitriptylin, Desipramin, Nortriptylin und Clomipramin) im Vergleich zu einer Placebo-Behandlung betrachten.
 - Zu den TZA zählen grundsätzlich: Amitriptylin, Amoxapin, Clomipramin, Desipramin, Dibenzepin, Doslepin, Dothiepin, Doxepin, Imipramin, Lofepramin, Maprotilin, Mianserin, Nefazodon, Nortriptylin, Protriptylin, Setiptilin, Trimipramin
- Das Review vergleicht 14 Studien zu Imipramin, Amitriptylin, Desipramin und Nortriptylin:
 - Imipramin (sechs RCTs; [91, 100-105])
 - Amitriptylin (vier RCTs; [106-109])
 - Desipramin (zwei RCTs; [110, 111])
 - Nortriptylin (zwei RCTs; [112, 113])
- Für die übrigen trizyklischen Antidepressiva (Clomipramin) wurden in der Literaturrecherche des Reviews keine relevanten Studien identifiziert. Für die übrigen tri- und tetrazyklischen Antidepressiva wurden in der aktualisierten Literaturrecherche der Leitlinie auch keine relevanten Studien identifiziert und somit liegt hier keine Evidenz vor.
- Die Analyse des Reviews von Hazell et al. (2013) [99] zeigt in **Bezug auf depressive Symptomatik (Selbstbericht), Remissions- und Abbruchraten und unerwünschte Nebenwirkungen (nachteilige Ereignisse und Suizidalität) folgende Hauptbefunde:**
 - Bei Jugendlichen wird nur eine marginal signifikant stärkere kurzfristige Reduktion der depressiven Symptomatik (direkt nach der Behandlung) gegenüber Placebo

gefunden, bei Kindern gibt es jedoch keinen Wirksamkeitsunterschied im Vergleich zu Placebo.

- In Bezug auf Remissionsraten (direkt nach der Behandlung) und Abbruchraten (während der Behandlung) wird kein Unterschied zwischen TZA und Placebo-Behandlung festgestellt.
 - Unerwünschte Nebenwirkungen wie Schwindel, Hypotonie, Zittern und Mundtrockenheit treten häufiger während der Behandlung mit TZA auf.
 - In Bezug auf Suizidalität können bei Kindern und Jugendlichen während und direkt nach der Behandlung zwischen den TZA Desipramin, Imipramin und Nortriptylin und Placebo-Behandlungen keine Unterschiede nachgewiesen werden.
- Hierbei sollte beachtet werden, dass die Ergebnisse des aufgenommenen RCTs von Keller et al. (2001) [91] zu Imipramin nach der Erscheinung des Reviews kritisiert und neu analysiert wurden:
 - In diesen neuen Analysen von Le Noury et al. (2015, 2016) [114, 115] zu dem RCT von Keller et al. (2001) [91] wird jedoch unter Imipramin eine eindeutige und signifikante Zunahme nachteiliger Ereignisse festgestellt, einschließlich einer Verstärkung von Suizidalität.
 - Die **Studienpopulationen** der eingeschlossenen 14 RCTs in dem Review lassen sich wie folgt zusammenfassen:
 - Die Evidenz bezieht sich auf Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 18 Jahren mit einer depressiven Störung. Fast alle Studien haben einen Altersmittelwert von ca. 12 Jahren oder älter. Mit Ausnahme von zwei RCTs zu Imipramin [103, 105] und einem RCT zu Nortriptylin [112] beziehen sich die Ergebnisse nur auf Kinder mit einer Altersspanne von 6 bis 12 Jahren.
 - Die **Schlussfolgerungen der Autorinnen / Autoren des Reviews** lassen sich wie folgt zusammenfassen:
 - TZA sind nicht zur Depressionsbehandlung bei Kindern geeignet und bei Jugendlichen gibt es wenige Befunde zur Wirksamkeit.
 - Eine Empfehlung als „second-line“-Behandlung kann nicht ausgesprochen werden.
 - Die **Qualität der Evidenz** zu TZAs wird durch die Autorinnen / Autoren des Reviews als schwach beurteilt bzw. mit einem Evidenzgrad von 3 bewertet, d.h. das Vertrauen in die Aussagekraft der Studien ist schwach. Das Review von Hazell et al. (2013) wird methodisch gut bewertet bzw. die Gesamteinschätzung des Biasrisikos dieses Reviews ist gering. Daher scheinen die Bewertung der Qualität der Evidenz hinsichtlich unterschiedlicher Primärstudien und die Schlussfolgerungen der Autorinnen / Autoren angemessen.

3.3.6 Monoaminoxidasehemmer (MAOI); Moclobemid und Selegilin

- Zu Monoaminoxidasehemmern (**MAOI**); **Moclobemid im Vergleich zu Placebo-Behandlung** wird ein RCT [116] mit einem EG von 4 eingeschlossen:
 - In diesem RCT mit Kindern und Jugendlichen im Alter von 9 bis 15 Jahren zeigt Moclobemid eine ähnliche Wirkung wie die Placebo-Behandlung (Vergleichsgruppe): In beiden Gruppen wird eine signifikante Reduktion depressiver Symptomatik beobachtet und gibt es keinen signifikanten Unterschied in Nebenwirkungen

zwischen den Gruppen.

- Zu MAOI; Selegilin im Vergleich zu Placebo-Behandlung wird ein RCT [117] mit einem EG von 3 eingeschlossen:
 - In diesem RCT zeigt Selegilin bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren eine ähnliche Wirkung wie die Placebo-Behandlung (Vergleichsgruppe): In beiden Gruppen gibt es eine Reduktion depressiver Symptomatik ohne signifikanten Unterschied. Ebenfalls sind die Abbruchrate und das Auftreten der nachteiligen Ereignisse in beiden Gruppen vergleichbar ohne signifikanten Unterschied.

3.3.7 Dosierungen

- Im Folgenden ist eine Übersicht über empfohlene Dosierungen der vier antidepressiven Psychopharmaka (Fluoxetin, Escitalopram, Sertralin und Duloxetin), die in dieser Leitlinie als Behandlungen erster bzw. zweiter Wahl empfohlen werden.

► Evidenzübersicht: Empfohlene Dosierungen					
Referenz der Studie	Alter der Population	Anfangsdosis	Maximale Dosis	Mittlere Dosis	Standardddosis Erwachsene nach der Arzneikommission der deutschen Ärzteschaft (2006)
Fluoxetin					
Almeida-Montes 2005 [78]	8-14 J.	20 mg/Tag	20 mg/Tag	20 mg/Tag	20-40 mg/Tag
Emslie 1997 [82]	7-17 J.	20 mg/Tag	20 mg/Tag	20 mg/Tag	
Emslie 2002 [81]	8-17 J.	10 mg/Tag in Woche 1	20 mg/Tag	20 mg/Tag	
Simeon 1990 [80]	13-18 J.	20 mg/Tag in Woche 1, 40 mg/Tag in Woche 2	60 mg/Tag	unbekannt	
March 2004 [79]	12-18 J.	10 mg/Tag Start, 20 mg/Tag in Woche 1	40 mg/Tag	33.3 mg/Tag	
Escitalopram					
Emslie 2009 [76]	12-17 J.	10 mg/Tag in Woche 1-3	20 mg/Tag	13.2 mg/Tag	10-20 mg/Tag

Wagner 2006 [77]	6-17 J.	10 mg/Tag in Woche 1-4	20 mg/Tag	11.9 mg/Tag	
Sertralin					
Wagner 2003 [93]	6-17 J.	25 mg/Tag Start, 50 mg/Tag in Woche 1-2	200 mg/Tag	131 mg/Tag	50-200 mg/Tag
Duloxetin					
Atkinson 2014 [83]	7-17 J.	30 mg/Tag	60 mg/Tag	120 mg/Tag	60-120 mg/Tag
Emslie 2014 (Intervention 1) [85]	7-17 J.	30 mg/Tag	30 mg/Tag; nach Akutphase Aufdosierung auf bis zu 120 mg/Tag möglich	30 mg/Tag	
Emslie 2014 (Intervention 2) [85]	7-17 J.	30 mg/Tag	60 mg/Tag; nach Akutphase Aufdosierung auf bis zu 120 mg/Tag möglich	60 mg/Tag	

3.3.8 Johanniskraut

- Zu Johanniskrautextrakten [Hypericum] werden drei Beobachtungsstudien [\[118-120\]](#) eingeschlossen:
 - In zwei Beobachtungsstudien mit jeweils Evidenzgrad 4 [\[118, 119\]](#) werden eine Verbesserung der depressiven Symptomatik sowie ein Ansprechen auf die Behandlung festgestellt, während wenig bis keine Nebenwirkungen auftraten. Hierbei sollte allerdings bedacht werden, dass in einer der Studien [\[119\]](#) auch Kinder und Jugendliche mit subklinischen Manifestationen eingeschlossen wurden. In einer weiteren Beobachtungsstudie mit Evidenzgrad 4 [\[120\]](#) wird eine hohe Anzahl an Abbrüchen festgestellt und nur neun von initial 26 Probandinnen / Probanden zeigen klinisch bedeutsame Verbesserungen in der depressiven Symptomatik.
- Aufgrund unzureichend aussagekräftiger Studien (drei Beobachtungsstudien) kann für Johanniskrautextrakte keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden.

3.3.9 Ketamin

- Zu Ketamin werden eine Vorher- / Nachher-Studie [\[121\]](#) und ein RCT [\[122\]](#) eingeschlossen:
 - Bei den Jugendlichen in der Vorher- / Nachher-Studie (ohne Vergleichsgruppe) mit einem EG von 4 [\[121\]](#) führen sechs Ketamin-Infusionen über 2 Wochen zu einer

signifikanten Reduktion depressiver Symptomatik. Während der Infusion traten unerwünschte Nebenwirkungen wie Blutdruckveränderungen, Dysphorie und Übelkeit auf. Bei einem Patienten gab es laut Selbstbericht eine Verstärkung der Suizidalität direkt nach der Behandlung von 2 Wochen.

- In dem RCT [\[122\]](#) zeigt eine Single-Ketamin-Infusion einen Tag nach der Behandlung eine Überlegenheit über die Placebo-Behandlung mit Midazolam. Dieser Effekt hält bis zu 14 Tage nach der Ketamin-Infusion an.
 - In Hinblick auf unerwünschte Nebenwirkungen wurden unter Ketamin-Infusion signifikant mehr akute dissoziative Symptome wahrgenommen als unter Midazolam. Während der Infusion traten ebenfalls Blutdruckveränderungen und eine erhöhte Herzfrequenz auf. Unerwünschten Nebenwirkungen wie Dysphorie oder Panik wurden nicht beobachtet.
- Aufgrund von unzureichend aussagekräftigen Studien (ausschließlich eine Vorher- / Nachher-Studie und ein RCT mit einem EG von 4) kann für Ketamin keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden.

3.4 Psychotherapie im Vergleich zu Pharmakotherapie

- Zu einem **direkten Vergleich von Psycho- und Pharmakotherapie** wird zunächst das Review von Cox et al. (2014) [123] über elf RCTs eingeschlossen, in welchem zwei Studien [79, 124] SSRIs mit KVT vergleichen und relevante Befunde zeigen:
 - Es gibt inkonsistente Ergebnisse zwischen den zwei Studien. In einem RCT [124] zeigt sich Psychotherapie (KVT) gegenüber Pharmakotherapie (in diesem Fall Sertralin) überlegen (d.h. signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen zugunsten der KVT hinsichtlich der in der Leitlinie spezifizierten Outcomes). In dem anderen RCT [79] zeigt sich Pharmakotherapie (in diesem Fall Fluoxetin) überlegen über Psychotherapie (KVT). Allerdings ist zu beachten, dass in den beiden Studien zwei verschiedene Antidepressiva untersucht wurden (Fluoxetin vs. Sertralin).
 - Dazu ergeben sich in einer zusätzlichen Analyse [125] Hinweise darauf, dass unerwünschte Nebenwirkungen bzgl. psychischer und suizidbezogener nachteiliger Ereignisse unter Fluoxetin (18,6%) häufiger auftraten als bei Psychotherapie (5,4%) und dass diese Nebenwirkungen auch 6 bis 9 Monate fortbestanden.
- Insgesamt liegen zu einem direkten Vergleich von Psycho- und Pharmakotherapie zu viele widersprüchliche Befunde für eine eindeutige Empfehlung vor.

3.5 Kombinationsbehandlung von Psychotherapie und Pharmakotherapie

- Zu Kombinationstherapie im Vergleich zu Pharmakotherapie allein, Psychotherapie allein und Psychotherapie + Medikations-Placebo (eine Kontrollbedingung, bei der ein Medikament verabreicht wird, das keinen pharmakologischen Wirkstoff enthält) wird zuerst erneut das Review von Cox et al. (2014) [123] über elf RCTs betrachtet. Dieses SR basiert auf einer Literaturrecherche (bis Juni 2014) nach Studien, die sich auf Kinder und Jugendliche mit einer depressiven Störung beziehen. Das SR [123] vergleicht neben
 - (1) einem direkten Vergleich von Psycho- und Pharmakotherapie (siehe 3.4 Psychotherapie im Vergleich zu Pharmakotherapie)
 - (2) eine Kombinationsbehandlung (Psychotherapie + Psychopharmaka) vs. Psychopharmaka allein,
 - (3) eine Kombinationsbehandlung (Psychotherapie + Psychopharmaka) vs. Psychotherapie allein und
 - (4) eine Kombinationsbehandlung (Psychotherapie + Psychopharmaka) vs. Psychotherapie + Medikations-Placebo miteinander.
- Da eine Meta-Analyse über die elf RCTs nicht durchgeführt wurde (siehe auch Schlussfolgerung der Autorinnen / Autoren), handelt es sich um ein narratives Review bzw. eine Zusammenfassung der Ergebnisse bzgl. der vier Vergleiche.
- Dieses Review umfasst elf RCTs bzgl. folgender Interventionen:
 - Mandoki (1997): Psychotherapie + SNRI **vs.** Psychotherapie + Medikations-Placebo
 - Deas et al. (2000): KVT + Sertralin **vs.** KVT + Medikations-Placebo
 - Bernstein et al. (2000): KVT + Imipramin **vs.** KVT + Medikations-Placebo
 - March et al. (2004) (TADS): KVT + Fluoxetin **vs.** KVT allein **vs.** Fluoxetin allein
 - Clarke et al. (2005): TAU + SSRI **vs.** TAU + SSRI + KVT
 - Melvin et al. (2006): KVT + Sertralin **vs.** KVT allein **vs.** Sertralin allein
 - Riggs et al. (2007): KVT + Fluoxetin **vs.** KVT + Medikations-Placebo
 - Goodyer et al. (2007) (ADAPT): KVT + SSRI **vs.** SSRI allein
 - Cornelius et al. (2009): KVT + Fluoxetin **vs.** KVT + Medikations-Placebo
 - Kim et al. (2012): KVT + Bupropion **vs.** Bupropion allein
 - Brent et al. (2009): KVT + SSRI **vs.** KVT allein **vs.** SSRI allein
- Zum Vergleich (2), eine Kombinationsbehandlung (Psychotherapie + Psychopharmaka) vs. Psychopharmaka allein, werden fünf RCTs [79, 124, 126-128] eingeschlossen; hier zeigt die Analyse des Reviews in Bezug auf depressive Symptomatik, Remission und Suizidalität folgende Hauptbefunde:
 - Die Studie „TADS“ („Treatment for Adolescents With Depression Study“) [79] aus dem Jahr 2004 vergleicht KVT + Fluoxetin als Kombinationsbehandlung mit Monotherapien (KVT oder Fluoxetin allein). Hierbei wurde festgestellt, dass die Kombinationsbehandlung zu einer höheren Remissionsrate führt als eine Monotherapie mit Fluoxetin (kurzfristig: direkt nach der Behandlung).
 - In „TADS“ [79] und in einem weiteren RCT [126] zeigt sich ebenfalls, dass eine Kombinationsbehandlung (Clarke, 2005: KVT + unterschiedliche SSRIs) zur

- langfristigen Reduktion der selbstberichteten depressiven Symptomatik (12 Monate nach der Behandlung) effektiver ist als Psychopharmaka (Fluoxetin oder unterschiedliche SSRIs) allein.
- Die gefundenen Effekte auf die Reduktion depressiver Symptomatik (direkt und bis zu 9 Monate nach der Behandlung) können aufgrund der großen Variabilität innerhalb der Daten nicht eindeutig festgestellt werden: Zwei Studien [126, 127] zeigen eine Überlegenheit bzgl. Pharmakotherapie allein und drei Studien [79, 124, 128] zeigen eine Überlegenheit bzgl. Kombinationstherapie.
 - In Bezug auf eine Reduktion der Suizidalität gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen einer Kombinationsbehandlung und Pharmakotherapie allein.
- Zum Vergleich (3), eine Kombinationsbehandlung (Psychotherapie + Psychopharmaka) vs. Psychotherapie allein, werden zwei RCTs [79, 124] eingeschlossen; hier zeigt die Analyse des Reviews in Bezug auf depressive Symptomatik, Remission und Suizidalität folgende Hauptbefunde:
- Die Effekte in Bezug auf die Erhöhung der Remissionsrate (basierend auf einem klinischen Interview) sind in den Studien unterschiedlich. In „TADS“ [79] führt die Kombinationsbehandlung zu einer höheren Remissionsrate (nur basierend auf dem CDRS-R-Score) als eine Psychotherapie allein (kurzfristig: direkt nach der Behandlung). In Melvin et al. (2006) [124] führen die Kombinationsbehandlung und die Psychotherapie allein zu höheren Remissionsraten; es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Interventionen.
 - Auch die Ergebnisse in Bezug auf die Reduktion depressiver Symptomatik sind in den Studien unterschiedlich. Die Reduktion der depressiven Symptomatik ist in March et al., (2004) [79] bei einer Kombinationsbehandlung höher als bei einer Psychotherapie allein, in Melvin et al. (2006) [124] ist die Reduktion der depressiven Symptomatik jedoch bei einer Kombinationsbehandlung ähnlich wie bei einer Psychotherapie allein.
 - Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen einer Kombinationsbehandlung im Vergleich zu Psychotherapie allein in Bezug auf eine Reduktion der Suizidalität. Dieses Ergebnis gilt für beide Studien.
- Zum Vergleich (4) eine Kombinationsbehandlung (Psychotherapie + Psychopharmaka) vs. Psychotherapie + Medikations-Placebo werden vier RCTs [104, 129-131] eingeschlossen; hier zeigt die Analyse des Reviews in Bezug auf depressive Symptomatik und Remission folgende Hauptbefunde:
- Die Studienpopulationen beziehen sich alle auf Probandinnen / Probanden mit einer komorbiden Diagnose von entweder einer Angst- oder Suchterkrankung.
 - Die Kombinationsbehandlung zeigt Überlegenheit bzgl. der Remissionsrate über eine Psychotherapie + Medikations-Placebo (kurzfristig: direkt nach der Behandlung).
 - In drei Studien [104, 129, 131] zeigt sich, dass eine Kombinationsbehandlung in Hinblick auf die Reduktion depressiver Symptomatik signifikant effektiver ist als eine Psychotherapie + Placebo in Tablettenform.
 - Es gibt keine Daten in Bezug auf die Reduktion der Suizidalität.
- Die **Autorinnen / Autoren des SRs von Cox et al. (2014) [123]** **schlussfolgern**, dass die Evidenz der eingeschlossenen Primärstudien unzureichend ist, um die Frage des Evidenzgrades des Reviews bzw. der **Qualität der Evidenz** zu beantworten. Darüber

hinaus kann die Überlegenheit einer Kombinationsbehandlung im Vergleich zu Psychopharmaka allein, Psychotherapie allein oder Psychotherapie + Medikations-Placebo basierend auf begrenzt vorhandener Evidenz bzw. klinischer Heterogenität (Unterschiede zwischen den Interventionen + Studienpopulationen) und großer Variabilität innerhalb der Daten (inkonsistente Studienergebnisse) nicht festgestellt werden. Ebenfalls aufgrund von begrenzt vorhandener Evidenz bzw. klinischer Heterogenität war eine Meta-Analyse über die elf RCTs nicht möglich.

- Aufgrund der guten methodischen Bewertung bzw. der geringen Gesamteinschätzung des Biasrisikos dieses Reviews scheinen die Schlussfolgerungen der Autorinnen / Autoren angemessen.
- Des Weiteren gibt es zwei RCTs nach 2014 [132, 133], welche eine Kombinationsbehandlung bzw. Fluoxetin + KVT im Vergleich zur Monotherapie bzw. Fluoxetin alleine untersuchen:
 - Die Kombinationsbehandlung zeigt keine Überlegenheit über Fluoxetin alleine in Bezug auf die kurz- und mittelfristige Reduktion der Depression und Zeit bis zur Remission. Allerdings zeigt diese Studie, dass der Zusatz einer KVT (in Kombination mit Fluoxetin) die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls innerhalb von 78 Wochen verringert.
- Anschließend gibt es einen RCT [134], der eine Kombinationsbehandlung bzw. KVT + Fluoxetin im Vergleich zu KVT + Medikations-Placebo bei Jugendlichen im Alter von 15 bis 18 Jahren und jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren untersucht:
 - Die Kombinationsbehandlung (KVT + Fluoxetin) ist der Behandlung mit KVT + Medikations-Placebo in Bezug auf die kurz- und mittelfristige Reduktion der Depression, Remissionsrate und Verbesserung des Funktionsniveaus / der Lebensqualität nicht überlegen. Ebenfalls gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen KVT+ Fluoxetin und KVT + Medikations-Placebo in Bezug auf nachteilige Ereignisse und Suizidalität.
 - Explorative Post-hoc-Analysen zeigen für junge Erwachsene eine Überlegenheit der Kombinationsbehandlung von KVT + Fluoxetin über KVT + Placebo in Bezug auf die Verbesserung des Funktionsniveaus und der Lebensqualität. Dazu gibt es einige Hinweise auf eine stärkere Reduktion depressiver Symptomatik durch Kombinationsbehandlung (KVT + Fluoxetin). Für Jugendliche werden diese Ergebnisse bzw. Hinweise zur Überlegenheit von KVT + Fluoxetin vs. Vergleichsgruppe nicht festgestellt.
 - Da für Jugendliche nur explorative Post-hoc-Analysen vorhanden sind, haben die **Studienergebnisse von Davey et al. (2019) [134] eine geringere Anwendbarkeit für die Zielgruppe der Leitlinie**, weshalb das Vertrauen in die Aussagekraft der Studie als schwach beurteilt wird.
- Eine Übersicht der eingeschlossenen Studien mit ihren Evidenzgraden (EG) kann der untenstehenden Evidenzübersicht zu KVT + SSRI / Fluoxetin entnommen werden.

► Evidenzübersicht: Kombinationsbehandlung (KVT + SSRI / Fluoxetin)

Evidenztable IV: Vergleich und Kombination

Literaturnachweis
und Evidenzgrad

IV.2 Psycho- und Pharmakotherapie in Kombination

	■ SR: Cox 2014 [123] über elf RCTs ■ RCTs: Kennard 2014 / Emslie 2015 [132] [133] (EG 3), Davey 2019 [134] (EG 3)* <i>*Die Studie hat eine geringere Anwendbarkeit für die Zielgruppe der Leitlinie</i>
Population + Behandlungssetting	Die Evidenz bezieht sich auf Jugendliche im Alter von 12-18 Jahren mit einer depressiven Störung. Ein RCT [134] bezieht sich auch auf junge Erwachsene im Alter von 18-25 Jahren, allerdings sind hier auch separate Analysen zu den Jugendlichen vorhanden. Die Schweregrade der Depression reichen von mittelgradig bis schwer (TADS [79], [134]), ohne dass nach dem Schweregrad differenzierte Ergebnisse berichtet werden, oder es ist keine Angabe zum Schweregrad vorhanden. Die oben genannten Studien wurden in einem ambulanten Behandlungssetting durchgeführt.

- Basierend auf den Schlussfolgerungen des eingeschlossenen Reviews (Cox et al. 2014 [123]) und nachfolgenden Studien [132-134] kann nicht festgestellt werden, ob eine Überlegenheit einer Kombinationsbehandlung über eine Monotherapie (Psychotherapie, Pharmakotherapie) vorliegt.

3.6 Ergänzende Maßnahmen / Therapien

3.6.1 Achtsamkeit

- Zu Achtsamkeit bzw. „Mind-Body Skills Groups“ (MBSG) wird eine Vorher- / Nachher-Studie [\[135\]](#) aufgenommen:
 - Die Therapie MBSG zeigt eine signifikante kurzfristige Reduktion der depressiven Symptomatik und der Suizidgedanken direkt nach der Behandlung.
 - Die Reduktion der depressiven Symptomatik und der Suizidgedanken hält bis zu 3 Monate nach der Behandlung an.
- Aufgrund von unzureichend aussagekräftigen Studien (eine Vorher- / Nachher-Studie) kann für Achtsamkeit keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden.

3.6.2 Cognitive Bias Modification (CBM)

- Zu „Attention Bias Modification“ (ABM) wird ein RCT [\[136\]](#) eingeschlossen:
 - In diesem RCT zeigt die ABM-Interventionsgruppe in Bezug auf die Reduktion depressiver Symptome direkt nach der Behandlung keine Überlegenheit über die Placebo-Intervention; es gibt eine Reduktion depressiver Symptomatik in beiden Gruppen direkt nach der Behandlung, allerdings keine signifikanten Unterschiede in den Effektstärken zwischen den Gruppen.
- Zu „Cognitive Bias Modification-Interpretation“ (CBM-I) werden zwei RCTs eingeschlossen [\[137, 138\]](#):
 - In beiden RCTs ist die Intervention mit CBM-I der Placebo-Intervention nicht überlegen; die Interventionsgruppe zeigt eine ähnliche Wirkung bzgl. der Reduktion depressiver Symptomatik direkt nach der Behandlung wie die Placebo-Intervention.
- Die Qualität der Evidenz zu ABM / CBM-I wird mit einem Evidenzgrad von 3 bewertet, d.h. das Vertrauen in die Aussagekraft der Studien ist schwach.
- Die Interventionen ABM / CBM-I wurden bis dato nur in einem Forschungssetting untersucht. Auf Basis der Untersuchungen zur Evidenz wird keine Wirksamkeit bzw. kein Nutzen der Behandlungsmethoden ABM / CBM-I bzgl. der spezifizierten Outcomes dieser Leitlinie nachgewiesen. Daher werden ABM / CBM-I als Therapiemethoden gesehen, die noch weiter erforscht werden müssen, bevor eine Empfehlung bzgl. der Anwendung in der klinischen Praxis ausgesprochen werden kann.

3.6.3 Chronotherapie

- Zu Lichttherapie werden vier RCTs eingeschlossen:
 - Es gibt zwei RCTs [\[139, 140\]](#), in denen Lichttherapie als Monotherapie Überlegenheit bzgl. der Reduktion der depressiven Symptomatik laut Elternteil und der Reduktion der neurovegetativen depressiven Symptomatik (Schlaf, Appetit, Müdigkeit) über die Placebo-Behandlungen zeigt.
 - Außerdem gibt es zwei RCTs [\[141, 142\]](#), bei denen Lichttherapie als ergänzende Therapie zu einem regulären Behandlungsprogramm im stationären Setting eine ähnliche Wirkung bzgl. der kurzfristigen Reduktion der depressiven Symptomatik wie die Placebo-Behandlung zeigt. Ebenfalls gibt es bzgl. unerwünschter

Nebenwirkungen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

- Eine Übersicht der eingeschlossenen Studien mit Ihren Evidenzgraden (EG) kann der untenstehenden Evidenzübersicht zu Lichttherapie entnommen werden.

► Evidenzübersicht: Lichttherapie	
Evidenztabelle V: Ergänzende Therapien	
Literaturnachweis und Evidenzgrad (EG)	V.1.3.1 Lichttherapie ■ RCTs: Sonis 1987 (EG 4) [139], Swedo 1997 (EG 4) [140], Niederhofer 2011 (EG 3) [142], Bogen 2016 (EG 2) [141]
Population + Behandlungssetting	Die Evidenz bezieht sich hauptsächlich auf Jugendliche im Alter von 12-18 Jahren mit einer depressiven Störung. Die Schweregrade der Depression reichen von mittelgradig bis schwer, ohne dass differenzierte Ergebnisse berichtet werden, oder es gibt keine Angabe zum Schweregrad. Ein RCT [140] schließt Kinder und Jugendliche zwischen 7 und 17 Jahren ein. Zwei RCTs [139] [140] beziehen sich ausschließlich auf Kinder und Jugendliche mit einer saisonalen Depression. Die oben genannten Studien wurden in einem stationären Behandlungssetting durchgeführt oder es gab keine Angabe [139, 140] zum Setting.

- Zu Schlafdeprivation (d.h., eine Behandlung mittels Schlafentzug) werden zwei Vorher- / Nachher-Studien [143, 144] eingeschlossen:
 - In der ersten Studie [143] gibt es eine signifikante Reduktion depressiver Symptomatik nach Schlafdeprivation als Monotherapie, dies jedoch nur bei initial schwerer Symptomatik. Bei initial leichter Symptomatik kommt es zu einer Verschlechterung der Symptome. In dem Einzelfallbericht kommt es zu einer Reduktion der depressiven Symptomatik direkt nach Schlafdeprivation eines 11-Jährigen mit aktueller depressiver Episode. Die Reduktion hält bis zu 2 Tage nach der Deprivation an.
 - In der anderen Studie [144] wird Schlafdeprivation als ergänzende Therapie zu einem regulären Behandlungsprogramm im stationären Setting untersucht. Es gibt eine signifikante Reduktion depressiver Symptomatik direkt nach der Schlafdeprivation als Behandlungsmethode; 77% der Probandinnen / Probanden erreichen direkt nach der Behandlung eine Remission.
- Aufgrund unzureichend aussagekräftiger Studien (zwei Vorher- / Nachher-Studien) kann für Schlafdeprivation keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden.

3.6.4 Entspannungstraining

- Zum Entspannungstraining wurden keine Studien identifiziert, die die Ein- und Ausschlusskriterien der Leitlinie erfüllten. Somit liegt hier keine Evidenz vor.
- Aufgrund fehlender Evidenz zu Entspannungstraining kann keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden.

3.6.5 Ergotherapie

- Zu Ergotherapie wurden keine Studien identifiziert, die die Ein- und Ausschlusskriterien der Leitlinie erfüllten. Somit liegt hier keine Evidenz vor.
- Aufgrund fehlender Evidenz zu Ergotherapie kann keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden.

3.6.6 Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe

- Zu Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe wurden keine Studien identifiziert, die die Ein- und Ausschlusskriterien der Leitlinie erfüllten. Somit liegt hier keine Evidenz vor.
- Aufgrund fehlender Evidenz zu Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe kann keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden.

3.6.7 Künstlerische Therapien (Kunst-, Musik-, Tanz- und Theatertherapie)

- Zu Kunsttherapie als ergänzende Therapie wird ein NRCT mit EG 4 [\[145\]](#) aufgenommen:
 - Hierin werden keine signifikanten Unterschiede zwischen einer Kunsttherapie und einer aktiven Kontrollbedingung festgestellt.
- Zu Musiktherapie wurden keine Studien mit einer klinischen Population (Diagnose Depression) identifiziert. Somit liegt hier keine Evidenz vor. Daher kann für Musiktherapie als ergänzende Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit einer depressiven Störung keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden.
- Zu Tanz- und Theatertherapie wurden keine Studien identifiziert. Somit liegt hier keine Evidenz vor. Daher kann für die Tanz- und Theatertherapie als ergänzende Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit einer depressiven Störung keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden.
- Aufgrund unzureichend aussagekräftiger Studien (ein NRCT zu Kunsttherapie mit EG 4) kann für Künstlerischen Therapien (Kunst-, Musik, Tanz- und Theatertherapie) keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden.
- Anmerkung: Für das nächste Aktualisierungsverfahren der Leitlinie ist eine verfeinerte Recherche im Bereich der künstlerischen Therapien geplant (siehe auch Abschnitt 6.2 Aktualisierungsverfahren im Methodenreport).

3.6.8 Massage

- Zu Massage wurden keine Studien identifiziert, die die Ein- und Ausschlusskriterien der Leitlinie erfüllten. Somit liegt hier keine Evidenz vor. Daher kann für Massage als ergänzende Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit einer depressiven Störung keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden.

3.6.9 Omega-3-Fettsäuren

- Zu Omega-3-Fettsäuren wird ein systematisches Review + Meta-Analyse von Zhang et al. (2019) [\[146\]](#) über vier RCTs [\[147-150\]](#) eingeschlossen. Die Meta-Analyse des SR zeigt folgende Hauptbefunde:
 - Die Omega-3-Fettsäuren sind der Placebo-Behandlung in Bezug auf die Reduktion

depressiver Symptomatik und die Rate des Ansprechens nicht überlegen.

- In Bezug auf die Abbruchrate und unerwünschte Nebenwirkungen zeigen Omega-3-Fettsäuren keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zur Placebo-Behandlung.
- Die Autorinnen / Autoren des Reviews schlussfolgern, dass die Einnahme von Omega-3-Fettsäuren – basierend auf dieser begrenzten Evidenz – keine bedeutende Wirksamkeit bzw. keinen Vorteil in der Behandlung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen zeigt.
- Das Review von Zhang et al. (2019) [146] umfasst Studien bis Juli 2019. Des Weiteren gibt es einen RCT [151], der eine Behandlung mit Omega-3-Fettsäuren zusätzlich zur Behandlung mit Psychopharmaka im Vergleich zu einer Placebo-Behandlung untersucht:
 - Die Omega-3-Fettsäuren als Zusatz zur Psychopharmakotherapie sind der Placebo-Behandlung in Bezug auf die kurzfristige Reduktion depressiver Symptomatik (direkt nach der Behandlung) nicht überlegen.
 - In Bezug auf die unerwünschten Nebenwirkungen zeigen Omega-3-Fettsäuren keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zur Placebo-Behandlung?
- Eine Übersicht der eingeschlossenen Studien mit ihren Evidenzgraden (EG) kann der untenstehenden Evidenzübersicht zu Omega-3-Fettsäuren entnommen werden.

► Evidenzübersicht: Omega-3-Fettsäuren

Evidenztabelle V: Ergänzende Therapien

Literaturnachweis und Evidenzgrad (EG)	V.1.11 Omega-3-Fettsäuren ■ RCTs (im Review von Zhang 2019 [146]): Nemets 2006 (EG 4) [149], Trebatická 2017 (EG 3) [150], Gabbay 2018 (EG 3) [148], Fristad 2019 (EG 4) [147] ■ RCT: Trebatická 2020 (EG 3) [151]
Population + Behandlungssetting	Die Evidenz bezieht sich auf Kinder und Jugendliche im Alter von 6-19 Jahren mit einer depressiven Störung. Zwei RCTs [147, 150] schließen nur Kinder und Jugendliche von 7-18 Jahren bzw. von 7-14 Jahren ein (Altersmittelwert von 12 Jahren oder älter). Ein RCT [148] schließt nur Jugendliche von 12-19 Jahren ein. Ein RCT [149] bezieht sich nur auf Kinder mit einer Alterspanne von 6 bis 13 Jahren. Zwei RCTs [150, 151] schließen auch Kinder und Jugendliche mit einer gemischten ängstlichen-depressiven Störung (F41.2) ein. Die oben genannten Studien wurden in einem ambulanten Behandlungssetting durchgeführt.

3.6.10 Sportliche und körperliche Aktivität

- Die Interventionen der eingeschlossenen Studien dieser Leitlinie wurden unter dem Begriff „sportliche und körperliche Aktivität“ zusammengefasst.
- Zu sportlicher und körperlicher Aktivität werden fünf RCTs eingeschlossen:
 - In einem der RCTs [152] zeigt ein Lauf- / Aerobic-Programm im Zusatz zur Behandlung wie üblich (TAU) im stationären Setting eine ähnliche Wirkung wie TAU

im stationären Setting (Vergleichsgruppe).

- In zwei RCTS [153, 154] zeigt Zirkeltraining (Aerobic und Kräftigungsübungen), Whole Body Vibration-Training oder Ergometer-Training zur Behandlung wie üblich (TAU) im stationären und ambulanten Setting direkt nach dem Post-Test eine ähnliche Wirkung wie wenn körperliche Aktivität kein Bestandteil der Behandlung ist (Vergleichsgruppe). Bei Follow-up-Messung (nach 6 Monaten [153] bzw. 26 Wochen [154]) zeigt die durchgeführte sportliche Aktivität allerdings eine Überlegenheit in Bezug auf die Reduktion depressiver Symptomatik gegenüber der Vergleichsgruppe. Aufgrund des erhöhten Biasrisikos in Bezug auf Follow-Up-Ergebnisse ist die Interpretation dieser Befunde sehr eingeschränkt.
 - In einer kontrollierten Machbarkeitsstudie [155] zeigt körperliche Aktivität als Monotherapie mit höherer Intensität bzw. höherem Energieverbrauch eine ähnliche Wirkung wie körperliche Aktivität mit niedrigerer Intensität in Bezug auf die Reduktion der depressiven Symptomatik. In dieser Studie zeigt die körperliche Aktivität mit höherer Intensität direkt nach der Behandlung eine signifikant höhere Remissionsrate im Vergleich zu körperlicher Aktivität mit niedriger Intensität.
 - In einem RCT ist die sportliche Aktivität als Monotherapie [156] für folgende Outcomes der Vergleichsgruppe (keine Intervention) überlegen: Reduktion der depressiven Symptomatik (kurz- und mittelfristig; direkt bis 3 Monate nach der Behandlung) und Erreichen einer Remission.
 - In einem RCT [157] zeigt sich sportliche Aktivität zu TAU im stationären Setting für folgende Outcomes der Vergleichsgruppe (TAU im stationären Setting) überlegen: Reduktion der depressiven Symptomatik (kurzfristig; direkt nach der Behandlung) und Verbesserung der Lebensqualität (direkt nach der Behandlung).
- Eine Übersicht der eingeschlossenen Studien mit ihren Evidenzgraden (EG) kann der untenstehenden Evidenzübersicht zu sportlicher und körperlicher Aktivität entnommen werden.

► Evidenzübersicht: Sportliche und körperliche Aktivität

Evidenztabelle V: Ergänzende Maßnahmen / Therapien

Literaturnachweis + Evidenzgrad	V.1.12 Sportliche und körperliche Aktivität ■ RCTs: Brown, 1992 (EG 4) [152], Dabidy Roshan 2011 (EG 4) [156], Hughes 2013 (EG 4) [155], Carter 2015 (EG 3) [153], Wunram 2018 (EG 4) [154], Zhang 2021 (EG 3) [157]
Population + Behandlungssetting	Die Evidenz bezieht sich auf Jugendliche im Alter von 12-18 Jahren mit einer depressiven Störung. In den Studien gibt es keine Angabe zum Schweregrad der Depression. Die oben genannten Studien wurden in einem ambulanten oder stationären Behandlungssetting durchgeführt.

3.6.11 Strukturierte Selbsthilfe

- Zu Bibliotherapie wurden keine relevanten Studien mit einer klinischen Population (Diagnose Depression) identifiziert. Somit liegt hier keine Evidenz vor. Daher kann für Bibliotherapie als ergänzende Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit einer

depressiven Störung keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden.

- Zu Onlinebasierter Selbsthilfe wird ein RCT [[158](#)] mit einem EG von 3 eingeschlossen:
 - Der RCT untersucht die Selbsthilfe, eine auf Spiritualität basierende Online-Behandlung (ohne Unterstützung von einer Therapeutin / einem Therapeuten), im Vergleich zu einer Warteliste. Die Selbsthilfe ist der Warteliste in Bezug auf die Reduktion depressiver Symptomatik direkt nach der Behandlung überlegen.
- Aufgrund von unzureichender Evidenz für Onlinebasierte Selbsthilfe kann keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden.

3.6.12 Vagusnervstimulation

- Zu Vagusnervstimulation wurden keine relevanten Studien identifiziert. Somit liegt hier keine Evidenz vor.
- Aufgrund fehlender Evidenz zu Vagusnervstimulation kann keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden.

3.6.13 Vitamin C

- Zu Vitamin C als ergänzende Therapie zu Pharmakotherapie im Vergleich zu Placebo-Behandlung wird ein RCT mit EG 4 [[159](#)] aufgenommen:
 - Hierin wird festgestellt, dass eine Kombination aus Fluoxetin und Vitamin C zu einem signifikant stärkeren Rückgang depressiver Symptomatik führt als Fluoxetin in Kombination mit Placebo.
- Aufgrund von unzureichender Evidenz (ein RCT mit EG 4) kann für Vitamin C keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden.

3.7 Überprüfung des Therapieeffekts

- Zu Überprüfung des Therapieeffekts wird ein systematisches Review von Varigonda et al. (2015) [160] zu SSRIs (siehe *Evidenztabelle III Pharmakotherapie, Systematische Reviews zu spezifischen Outcomes im Bereich Pharmakotherapie*) und ein RCT [161] zu Psychotherapie (siehe *Evidenztabelle II.5 Psychotherapie, andere Merkmale der psychotherapeutischen Verfahren / Methoden, der Therapeutinnen / Therapeuten sowie der therapeutischen Beziehung*) eingeschlossen.
- Das SR [160] zum Zeitverlauf der bedeutsamen Reduktion depressiver Symptomatik (in dem SR definiert als „Ansprechen“) durch SSRIs (Fluoxetin, Citalopram, Escitalopram, Sertralin und Paroxetin) zeigt folgende Hauptbefunde:
 - Das Ausmaß der Reduktion depressiver Symptomatik nach Medikamenteneinnahme kann bereits nach 4 Wochen fast vollständig vorhergesagt werden.
 - Bereits nach 2 Wochen zeigt sich eine geringe, bedeutsame Symptomreduktion.
 - Es zeigte sich kein Alters- oder Dosiseffekt auf den Verlauf der Symptomreduktion.
 - Dieses SR stützt die Empfehlung, dass der Therapieeffekt einer Pharmakotherapie bereits nach vier Wochen überprüft werden kann.
- In dem Pilot-RCT [161] wurde untersucht, zu welchem Zeitpunkt (nach 4 oder 8 Wochen) man sich während der Psychotherapie (in dieser Studie IPT als Therapie), basierend auf dem Grad des Ansprechens auf die Intervention, am besten entscheiden kann, ob ein Wechsel zu einer anderen Therapie notwendig ist. Das Ansprechen auf die Therapie wurde in der Studie beurteilt durch die Therapeutinnen / Therapeuten via „Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)“ (siehe für weitere Details die Zusammenfassung der Studie in der Evidenztabelle). Hierzu gibt es folgenden Hauptbefund:
 - Therapeutinnen / Therapeuten, die Psychotherapie durchführen, sollten die depressiven Symptome routinemäßig überwachen und bei unzureichendem Ansprechen auf die Therapie bereits in Woche 4 eine zusätzliche Therapie in Erwägung ziehen. In dieser Studie handelte es sich dabei um eine Erhöhung der Therapiefrequenz (zweimal wöchentlich) oder um eine Augmentation mit einem SSRI.
 - Da es jedoch keine weiteren Studien zu einem spezifischen Zeitpunkt der Überprüfung des Therapieeffekts im Rahmen der Psychotherapie gibt, besteht nicht genügend Evidenz, um eine Empfehlung hierzu auszusprechen. Im Rahmen einer Psychotherapie kann daher kein spezifischer Zeitpunkt für die Überprüfung des Therapieeffekts empfohlen werden.

3.8 Vorgehen nach einer nicht wirksamen therapeutischen Intervention

- Für die klinische Frage, welche Therapie für Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen in Frage kommt, die auf mindestens eine vorherige therapeutische Intervention nicht angesprochen haben, wurde in der Literaturrecherche ein systematisches Review gefunden.
- Das Review von Zhou et al. (2014) [[162](#)] über zwei RCTs [[106](#), [163](#)] und sechs Open-Label-Studien (siehe *Evidenztabelle III Pharmakotherapie; Vorgehen nach einer nicht wirksamen therapeutischen Intervention*), welches sich hauptsächlich mit Pharmakotherapie befasst, präsentiert eine Übersicht zu Befunden über das Vorgehen nach einer nicht wirksamen therapeutischen Intervention (bzw. in dieser Studie handelt es sich um keine Response (50% Reduktion depressiver Symptomen) auf mindestens eine vorherige therapeutische Intervention) bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen. Dieses Review untersucht das Ansprechen von Kindern und Jugendlichen auf verschiedene Therapien.
 - Basierend auf den Ergebnissen der TORDIA-Studie [[163](#)] (siehe *Evidenztabelle IV Vergleich und Kombination von Psycho-und Pharmakotherapie; Vorgehen nach einer nicht wirksamen therapeutische Intervention, Ergebnisse aus der TORDIA-Studie*), schlussfolgern die Autorinnen und Autoren, dass eine Kombination aus SSRIs und KVT zusätzliche Vorteile in dem Vorgehen nach einer nicht wirksamen therapeutischen Intervention bieten kann.

3.9 Elektrokonvulsionstherapie (EKT)

- Zu Elektrokonvulsionstherapie (EKT) werden eine Vorher- / Nachher-Studie [164], zwei Fallserien [165, 166] und zwei Fallstudien [167, 168] eingeschlossen:
 - Alle Studienpopulationen beziehen sich auf Jugendliche mit einer therapieresistenten (keine Response auf mindestens eine vorherige, allerdings oft mehrere therapeutische Interventionen) und schweren depressiven Störung.

Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass nach Anwendung der EKT bei Jugendlichen mit therapieresistenten / schweren depressiven Störungen eine Reduktion der depressiven Symptomatik sowie eine Verbesserung des Funktionsniveaus zu verzeichnen ist.
 - Außerdem werden bei den Studienteilnehmerinnen / Studienteilnehmern folgende unerwünschte Nebenwirkungen direkt nach einer EKT-Sitzung beobachtet: Kopfschmerzen, Übelkeit, Krämpfe, Erbrechen, Merkfähigkeitsprobleme (Langzeit- und Kurzzeit-Gedächtnis), sowie Aufmerksamkeitsdefizite.
- Die Qualität der Evidenz zu EKT wird mit einem Evidenzgrad von 5 bewertet, d.h. es gibt keine aussagekräftigen Studien, welche eine klare Aussage über die Wirksamkeit und die unerwünschten Nebenwirkungen der EKT möglich machen.
- Aufgrund von unzureichender Evidenz kann für EKT keine evidenzbasierte Empfehlung ausgesprochen werden.

3.10 Transkranielle Magnetstimulation (TMS)

- Zu transkranieller Magnetstimulation (TMS) wird ein systematisches Review [\[169\]](#) über acht Open-Label-Studien eingeschlossen. Dieses SR basiert auf einer Literaturrecherche (bis April 2020) zu Studien, die sich auf Jugendliche und junge Erwachsene mit einer depressiven Störung beziehen.
 - In allen Primärstudien aus dem aufgenommenen Review [\[169\]](#) weisen die Jugendlichen und jungen Erwachsenen direkt nach der Anwendung von TMS eine signifikante Reduktion depressiver Symptomatik auf.
 - Die häufigsten unerwünschten Nebenwirkungen bei Anwendung der TMS umfassen Kopfschmerzen, lokale Schmerzen an der Kopfhaut, Schwindel und Müdigkeit. Selten wurde als unerwünschte Nebenwirkung eine hypomane Symptomatik berichtet.
- Darüber hinaus gibt es einen RCT [\[170\]](#) und eine Vorher- / Nachher-Studie [\[171\]](#), die rTMS bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit depressiven Störungen untersuchen:
 - In dem RCT [\[170\]](#) mit einem EG von 3 zeigt TMS eine ähnliche Wirkung hinsichtlich der Reduktion depressiver Symptomatik wie eine Placebo-Behandlung (Vergleichsgruppe).
 - In der anderen Studie [\[171\]](#) mit einem EG von 4 zeigen 22 der 29 Jugendlichen nach der Behandlung eine Reduktion der Suizidgedanken.

3.11 Fortsetzung der Behandlung, Prävention von Rückfällen und Rezidiven und Abschluss der Behandlung

- Die Operationalisierung der Begriffe Rückfall und Wiederauftreten bzw. Rezidiv ist in den einzelnen Studien häufig unterschiedlich oder die Begriffe werden gar nicht voneinander abgegrenzt. Daher wird im Folgenden keine Unterscheidung zwischen den Begriffen Rückfall und Rezidiv vorgenommen und die Literatur zusammenfassend referiert.
- Für die Themenbereiche Psychotherapie, Pharmakotherapie und Kombinationstherapie wurden in der Literaturrecherche in Bezug auf Rückfälle und Rezidive ein SR [\[172\]](#) über neun RCTs (s. *Evidenztabelle* II, III, und IV: *Systematische Reviews zu spezifischen Outcomes (Rückfall)*), zwei RCTs [\[132, 133\]](#) und eine Studie mit historischer Kontrollgruppe [\[173\]](#) gefunden.
- Alle Studien beziehen sich auf die Fortsetzung einer Behandlung bei Kindern und Jugendlichen, die während der Akutphase der Behandlung eine bedeutsame Reduktion depressiver Symptomatik / Remission erreicht haben. Die Fortsetzung der Behandlung soll dazu dienen, Rückfälle und Rezidive vorzubeugen oder hinauszuzögern.
- Zur **Fortsetzung einer Pharmakotherapie** zur Prävention von Rückfällen und Rezidiven werden in dem Review von Cox et al. (2012) [\[172\]](#) vier RCTs [\[174-177\]](#) berücksichtigt:
 - Die Autorinnen / Autoren des Reviews schlussfolgern, basierend auf einer Analyse von drei RCTs, dass eine Fortsetzung einer Pharmakotherapie (in diesem Fall: SSRIs) die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen / Rezidiven senkt.
 - Davon zeigen zwei RCTs [\[175, 176\]](#), dass nach einer bedeutsamen Reduktion depressiver Symptomatik bei einer Behandlung mit Fluoxetin über 12-19 Wochen eine Fortsetzung dieser Behandlung über 24-32 Wochen effektiver in Bezug auf Prävention und Verzögerung von Rückfällen ist, als ein Wechsel auf eine Placebo-Behandlung.
 - Der andere RCT [\[177\]](#) zeigt, dass nach einer bedeutsamen Reduktion depressiver Symptomatik bei einer Behandlung mit Sertralin über 36 Wochen die Fortführung der Behandlung keine Unterschiede zwischen Sertralin und Placebo nachweist. Unter Sertralin kam es jedoch zu einer geringeren Rate an Rückfällen.
- Zur **Fortsetzung einer Psychotherapie** zur Prävention von Rückfällen und Rezidiven werden zwei RCTs [\[24, 178\]](#) aus dem Review von Cox et al. (2012) [\[172\]](#) sowie zusätzlich eine Studie mit historischer Kontrollgruppe [\[173\]](#) berücksichtigt:
 - Für die Fortsetzung einer Psychotherapie liegen wenige Studien vor: Nur zwei RCTs [\[24, 178\]](#) mit sehr kleinen Stichproben untersuchen das Erreichen einer Remission während der Akutphase der Behandlung. Daher schlussfolgern die Autorinnen / Autoren des Reviews, dass aufgrund unzureichender Evidenz keine klare Aussage hinsichtlich der Fortsetzung einer Psychotherapie zur Prävention von Rückfällen und Rezidiven getroffen werden kann.
 - In der Studie mit historischer Kontrollgruppe [\[173\]](#) wird bei einer Fortsetzungsbehandlung mit KVT über 6 Monate nach einer Akutbehandlung von 10 Wochen ein geringeres kumulatives Rückfallrisiko festgestellt als in einer Kontrollgruppe, die im Rahmen einer anderen Studie beobachtet wurde.
- Zur **Fortsetzung einer Kombinationsbehandlung von Psycho- und Pharmakotherapie** zur Prävention von Rückfällen und Rezidiven werden drei RCTs [\[179-181\]](#) aus dem Review von Cox et al. (2012) [\[172\]](#) sowie zusätzlich ein weiterer RCT [\[132\]](#),

[133](#)] berücksichtigt:

- Basierend auf den drei RCTs konnte in dem Review nur der Vergleich zwischen einer Fortsetzung der Kombinationsbehandlung und einer Fortsetzung der Pharmakotherapie gezogen werden. Ein RCT [\[179\]](#) zeigt einen Vorteil einer Kombinationstherapie (KVT + Fluoxetin) gegenüber Medikation (Fluoxetin) alleine – bei erneuter Analyse des RCTs durch die Autorinnen / Autoren des SRs ist dieser Unterschied allerdings nicht mehr signifikant. In den anderen zwei RCTs [\[180, 181\]](#) zeigen sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf Rückfälle und Rezidive zwischen einer Fortsetzung der Kombinationstherapie und Pharmakotherapie allein.
- Der andere eingeschlossene RCT [\[132, 133\]](#) zeigt, dass der Zusatz einer KVT (in Kombination mit Fluoxetin) die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls innerhalb von 78 Wochen verringert.

3.12 Übergang vom Jugendalter bis ins Erwachsenenalter

3.12.1 Geltungsbereich und Zweck

Im Rahmen depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter ist es wichtig, den Entwicklungskontext und -verlauf zu berücksichtigen. Vor allem die Adoleszenz, aber auch das junge Erwachsenenalter sind hier vulnerable Phasen für die Entwicklung und Chronifizierung depressiver Erkrankungen, da erwiesen ist, dass eine früh beginnende Depression ein hohes Risiko für Rezidive und einen chronischen Verlauf birgt. Seit einigen Jahren wird daher nicht nur das Jugendalter, sondern auch die verlängerte Adoleszenz, auch „Emerging Adulthood“ genannt, genauer betrachtet. Dies bezeichnet die Phase zwischen dem Jugend- und Erwachsenenalter, in der vor allem das Thema der Identitätssuche zentral ist. Die Entwicklungsaufgaben in dieser Altersstufe umfassen beispielsweise Unabhängigkeit, Berufsfindung und -einstieg und die Bemühung um ein selbstbestimmtes Leben. Gerade in dieser Lebensphase präsentieren sich große Herausforderungen für junge Menschen mit psychischen Störungen, da diese oft durch eine mangelnde Autonomieentwicklung oder teilweise auch durch Entwicklungseinbrüche beeinträchtigt sind. Daher sind gerade Entwicklungsaufgaben wie Selbstständigkeit, Abnabelung vom Elternhaus und Eintritt in die Arbeitswelt für junge Menschen mit depressiven Erkrankungen schwierig [182, 183].

Die „Emerging Adulthood“ gilt als Zeitspanne zwischen dem 15./16. und dem 24. bis 26. Lebensjahr. Die Zielgruppe im Rahmen des Übergangsbereichs dieser Leitlinie sind Jugendliche und Heranwachsende zwischen 16 und 24 Jahren mit depressiven Störungen gemäß den ICD-10-Kriterien (siehe Abschnitt Zielgruppe). In dieser Altersspanne befinden sich diese Jugendliche und Heranwachsende im sogenannten Übergangsbereich der psychiatrischen Versorgung.

Mit Übergangsbereich (Transition) ist hier der Übertritt von einer kinder- und jugendpsychiatrischen in eine erwachsenenpsychiatrische Behandlung gemeint, was meist mit Erreichen der Volljährigkeit einhergeht. Durch diesen Wechsel entsteht die Gefahr einer Diskontinuität der Behandlung, denn die Versorgungskonzepte im Kindes- und Jugendalter unterscheiden sich erheblich von denen im Erwachsenenbereich. So tritt der familientherapeutische und soziologische Kontext zurück und es wird das individuelle Krankheitsbild stärker betont. Im Kindes- und Jugendalter besteht zusätzlich ein Anspruch auf Erziehung, welcher im Erwachsenenbereich entfällt. In der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung hat diese Thematik der Transition insofern Berücksichtigung gefunden, dass das Jugendalter per Definition ab dem 14. bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres reicht. In der stationären und teilstationären Versorgung herrscht noch eine stärkere Trennung zwischen Jugendlichen und Erwachsenen ab dem 18. Lebensjahr. Um allerdings den Übergang im stationären und teilstationären Setting angemessen zu gestalten, benötigt es auch in erwachsenenspezifischen Settings spezielle Expertise für typische kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder und Behandlungsmethoden, welche dort jedoch oft nicht vorhanden ist [187].

Um eine optimale und kontinuierliche Behandlung für Heranwachsende im Übergang vom Jugendalter bis ins Erwachsenenalter zu ermöglichen, wird in der aktualisierten Version dieser Leitlinie die folgende klinische Frage formuliert: Welche spezifischen Therapien und Versorgungssettings sind für Heranwachsende im Übergang vom Jugendalter bis ins Erwachsenenalter empfehlenswert?

3.12.2 Evidenz und Erläuterungen

- In Bezug auf die klinische Frage, welche spezifischen Therapien und / oder Versorgungssettings für Heranwachsende im Übergang vom Jugendalter ins Erwachsenenalter empfehlenswert sind, wurde in der Literaturrecherche bis auf zwei Publikationen zu Expertenmeinungen [16, 17] und eine Interventionsstudie [184] keine relevante Evidenz zum Übergangsbereich gefunden.
- Da es keine separate Evidenztabelle für den Übergangsbereich gibt, wird die Interventionsstudie [184], eine Vorher- / Nachher-Studie, hier zusammengefasst:
 - *Zielgruppe und Inhalt Intervention:* Eine kurze ergänzende Gruppenintervention für Jugendliche mit Angst- und affektiven Störungen, die ambulant behandelt wurden und im letzten Jahr der „Highschool“ waren, sowie deren Eltern. Die Intervention hatte die Vermittlung der notwendigen Skills für einen erfolgreichen Übergang ins Erwachsenenleben zum Ziel und zeigte den Jugendlichen Wege auf, ihre eigene Unabhängigkeit schrittweise erhöhen (z.B. Fähigkeiten in Bezug auf ein eigenständiges Leben, Übergang zum „College“) und ihre chronische psychische Erkrankung selbstständig managen zu können. Den Eltern wurde vermittelt, wie sie ihre Kinder bestmöglich bei diesem Übergang unterstützen können.
 - *Zeitpunkte Intervention:* Jeweils eine monatliche Sitzung in den 6 Monaten vor Beginn des Colleges / des Auszugs o.ä. (März bis August im letzten „Highschooljahr“).
 - Outcomes in der Studie waren Zufriedenheit mit der Intervention und Aussicht für die Zukunft.
 - In der Stichprobe (N = 39 junge Erwachsene / 19 Elternteile) haben 73% eine depressive Störung.
 - Die Studienergebnisse zeigen, dass alle Personen, von denen Daten vorliegen, das Programm weiterempfehlen würden. Die Aussichten für die Zukunft verbesserten sich bei Jugendlichen & Eltern von Prä- zu Post-Test.

4. Off-Label-Use in der Pharmakotherapie

Mit Off-Label-Use wird der Einsatz von Medikamenten in nicht von den nationalen und europäischen Zulassungsbehörden genehmigten Anwendungsbereichen (Indikationen, Patientinnen- und Patientengruppen) gemeint. Derzeit ist nur Fluoxetin in Deutschland für die Behandlung von mittelgradigen und schweren depressiven Störungen bei Kindern ab 8 Jahren und Jugendlichen zugelassen. Bei den Empfehlungen zur Behandlung der ersten Wahl bei Jugendlichen mit depressiven Störungen wird jedoch auf einen möglichen Einsatz von Medikamenten ohne Zulassung hingewiesen (Off-Label-Use).

Für die Verordnung von Medikamenten außerhalb der arzneimittelrechtlichen Zulassung (Off-Label-Use) bestehen besondere rechtliche Vorgaben. Haftungsrechtliche Besonderheiten einer Off-Label-Anwendung erfordern eine besonders umfangreiche Aufklärung von Kindern und Jugendlichen sowie ihrer Eltern bzw. Sorgeberechtigten über die besonderen Rahmenbedingungen und daraus resultierende Haftungskonsequenzen. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Behandelnden und Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern oder Erziehungsberechtigten ist notwendig (siehe auch Empfehlung 1 in dieser Leitlinie). Hierbei ist eine besondere Sorgfaltspflicht der Ärztin bzw. des Arztes bei der Anwendung des Medikamentes und der Überwachung der behandelten Kinder oder Jugendlichen hervorgehoben.

5. Hinweise zur ambulanten Versorgung

5.1 Durchführung der Psychotherapie in der ambulanten Versorgung

In Deutschland sind folgende psychotherapeutischen Verfahren für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen sozialrechtlich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannt, d.h. die Krankenkassen bezahlen die ambulante Behandlung mit diesen Verfahren (vgl. Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses).

- Verhaltenstherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Analytische Psychotherapie
- Systemische Therapie

In dieser Leitlinie werden bei den Empfehlungen zur Therapie der ersten Wahl und Alternativen zur Therapie der ersten Wahl auf Basis der zugrundeliegenden Evidenz bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen – neben den wissenschaftlich und sozialrechtlich anerkannten Psychotherapieverfahren – auch psychotherapeutische Verfahren und Methoden berücksichtigt, die in Deutschland für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nicht wissenschaftlich und/oder sozialrechtlich durch den GBA anerkannt sind, wie (familienbasierte) Interpersonelle Therapie und Parent-Child Interaction Therapy – Emotion Development (PCIT-ED).

5.2 Versorgung im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung

Um Kinder und Jugendliche beispielsweise bei rezidivierenden depressiven Störungen auch über längere Zeiträume zu begleiten, ist im ambulanten Behandlungssetting die Arbeit nach der Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV) möglich. Im Vordergrund steht dabei eine integrative medizinische, psychologische, pädagogische und soziale Versorgung unter Einbezug der Eltern und des sozialen Umfelds der Patientinnen / Patienten unter der Leitung einer niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterin oder -psychotherapeutin bzw. eines niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters oder -psychotherapeuten.

Die SPV wurde 2013 dank einer bundesweiten Beteiligungsrate von 84.5% mithilfe von über 10.000 Datensätzen evaluiert und die Ergebnisse im Abschlussbericht [\[185\]](#) festgehalten.

6. Fokusgruppe mit Jugendlichen

Bei der Aktualisierung der Leitlinie wurde eine Fokusgruppe mit Jugendlichen, die zur Zielgruppe der Leitlinie gehören, gebildet. Das Ziel der Fokusgruppe war es, die Perspektive der Jugendlichen bzgl. der spezifizierten Outcomes dieser Leitlinie (*siehe Methodenreport, 2.1.3 Spezifizierte Outcomes*) einzuholen und eine Priorisierung dieser Outcomes zu erreichen.

Es wurden sechs Jugendliche im Alter von 14 bis 16 Jahren befragt ($M = 14,83$; vier weiblich). Zum Zeitpunkt der Fokusgruppe befanden sich drei in stationärer und drei in teilstationärer Behandlung, alle hatten eine diagnostizierte depressive Episode.

Zunächst tauschten sich die Jugendlichen zu ihren Vorerfahrungen zum Thema aus. Häufig wurden Erfahrungen mit ambulanter Psychotherapie gemacht, bei einigen gab es jedoch auch frühere stationäre Aufenthalte. Die meisten Jugendlichen ($n = 5$) konnten die Art oder das Verfahren der Therapie, die sie aktuell erhielten, nicht benennen. Durch die Behandlung erhofften sich die Jugendlichen vor allem Verbesserungen in den Bereichen Schule (z.B. öfter in die Schule gehen zu können, keine Schulangst mehr zu haben, mehr aufpassen und lernen zu können), Stimmung (z.B. keine Stimmungsschwankungen mehr zu erleben, die Stimmung im Griff zu haben und zu verbessern) und Familie (z.B. weniger Streit in der Familie zu haben, mehr Verständnis von den Eltern zu erhalten).

Daraufhin sollten die Jugendlichen verschiedene Outcomes der Behandlung in Bezug auf die wahrgenommene Wichtigkeit einschätzen. Als sehr wichtig wurde das Thema Suizidalität eingestuft, allerdings wurde ebenfalls angemerkt, dass dies Teil der größeren depressiven Symptomatik sei. Als wichtig wurden die Bewältigung des Alltags sowie die depressiven Probleme und die depressive Stimmung genannt. Diese als „sehr wichtig“ und „wichtig“ eingeschätzten Punkte wurden in der Leitlinie unter den Outcomes „Suizidalität“, „depressive Symptomatik“ und „Funktionsniveau“ berücksichtigt und konnten so auch mit in die Leitlinienentwicklung einfließen.

Als weniger wichtig empfanden die Jugendlichen mögliche Nebenwirkungen durch Medikamente oder durch eine Therapie sowie den Effekt der Behandlung auf einen möglichen, in der Zukunft liegenden Rückfall. Generell wurde jedoch angemerkt, dass alle Outcomes zusammenhängen und voneinander abhängig sind.

Vor Ende der Fokusgruppe wurden die Jugendlichen gefragt, welche Aspekte der Behandlung zusätzlich berücksichtigt werden sollten. Hierbei wurden folgende Bereiche genannt: Verständnis der Eltern und Miteinbezug der Familie, gemeinsames Entscheiden in der Therapie und Vertrauen zu den Behandelnden oder Therapeutinnen / Therapeuten.

7. Wichtige Forschungsfragen

Wie bereits in der Erstfassung der Leitlinie beschrieben und wie aus den Empfehlungen und den Erläuterungen zu den Empfehlungen hervorgeht, gibt es weiterhin große Lücken in der Forschung in vielen Bereichen, die diese Leitlinie abdeckt.

Insgesamt fehlen in fast allen Bereichen aussagekräftige Studien, die verschiedene Therapien (Psychotherapie, Pharmakotherapie und Kombinationstherapie) bei depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter miteinander vergleichen. Darüber hinaus sind im Bereich der Psychotherapie gut kontrollierte Studien zur Wirksamkeit der meisten psychotherapeutischen Verfahren notwendig, insbesondere von psychodynamischer (d.h. tiefenpsychologischer und psychoanalytischer) Psychotherapie. Auch sind (in allen Bereichen) Studien für Kinder unter 12 Jahren notwendig, da oft 12 Jahre das Mindestalter für Studienteilnahmen sind. Dies führt dazu, dass die Empfehlungen für Jugendliche oft nicht auf Kinder übertragbar sind.

Ein weiterer Bereich, der wissenschaftlich noch nicht zur Genüge hinterlegt ist, ist der der ergänzenden Therapien und Maßnahmen. Hier konnten lediglich für drei Maßnahmen bzw. Therapien evidenzbasierte Empfehlungen ausgesprochen werden, obwohl die klinische Erfahrung für weitere ergänzende Therapien und Maßnahmen spricht.

Zudem ist es für zukünftige Studien wichtig, dass in allen Bereichen, d.h. auch für Psychotherapie und ergänzende Therapien / Maßnahmen, systematisch die unerwünschten Nebenwirkungen untersucht werden, da diese auch außerhalb der Einnahme von Medikamenten auftreten können.

Zuletzt würden alle Bereiche davon profitieren, längerfristige Outcomes zu untersuchen. Die in dieser Leitlinie eingeschlossenen Studien verfolgen die Studienteilnehmerinnen / Studienteilnehmer oft nur über kurzfristige Zeitspannen (direkt nach der Behandlung) oder gelegentlich über mittelfristige Zeitspannen (bis zu 3 Monate nach der Behandlung), was die Aussagekraft über längerfristige Therapieeffekte stark einschränkt.

8. Zusammenfassung der Empfehlungen

Rahmenbedingungen der Behandlung und Behandlungssetting

Behandelnde sollen die Kinder und Jugendlichen mit einer depressiven Störung sowie ihre Eltern und Erziehungsberechtigten in die Behandlungsentscheidungen einbinden, hierbei soll Rücksicht auf Entwicklungsstand und individuelle Bedürfnisse und Präferenzen genommen werden. Außerdem sollten Inhalt, Evidenz, Bedürfnisorientierung und Nebenwirkungen der Behandlung erläutert werden und Rücksicht auf Lebensumstände, Vorgeschichte, individuelle Reife und Entwicklungsniveau, Verfügbarkeit von Behandlungsangeboten, sowie somatische und psychische Komorbiditäten genommen werden (**Empfehlung 1**). Der Umgang mit Komorbiditäten, psychischen Problemen und Erkrankungen der Eltern sowie ein kultursensitiver Umgang soll in die Behandlung integriert werden. Außerdem sollte über die Bedeutung von lebensstilbezogenen Verhaltensweisen und fördernden Maßnahmen für die psychische Gesundheit aufgeklärt werden (**Empfehlung 2.1**).

Kindern und Jugendlichen mit einer depressiven Störung soll eine Behandlung angeboten werden; diese kann in einem ambulanten, teilstationären oder stationären Setting durchgeführt werden und innerhalb dieser Settings kann die Therapie als Einzel-, und/oder Gruppen- und/oder Familientherapie durchgeführt werden (**Empfehlung 2.2**). Eine Behandlung kann im Regelfall ambulant stattfinden, mit der Voraussetzung, dass ein angemessenes Funktionsniveau vorliegt (**Empfehlung 2.3**). Eine teilstationäre Behandlung sollte unter Berücksichtigung von Schweregrad, Ressourcen und Versorgungskapazitäten geprüft und ggf. empfohlen werden, wobei bei Suizidalität mit fehlender Absprachefähigkeit entsprechende schützende Maßnahmen wie auch ein geschütztes stationäres Behandlungssetting ergriffen werden sollen (**Empfehlung 2.4**).

Behandlung der ersten Wahl und Alternativen bei Jugendlichen

Für die Therapie der ersten Wahl bei Jugendlichen sollte bei allen Schweregraden der Depression eine Psychotherapie Vorrang vor einer Pharmakotherapie haben. Unter den Psychotherapien sollte die kognitive Verhaltenstherapie als Therapie der ersten Wahl erwogen werden (**Empfehlung 3.1**). In Abhängigkeit des Schweregrads der Depression sollte bei einer leichten depressiven Episode auf eine Pharmakotherapie verzichtet werden; bei mittelgradigen oder schweren depressiven Episoden sollten die Substanzen Fluoxetin, Sertralin oder Escitalopram als Pharmakotherapien erwogen werden. Bei mittelgradigen oder schweren depressiven Episoden kann auch eine Kombination aus einer KVT und einem SSRI erwogen werden (**Empfehlung 3.2**).

Für die Alternativen zur Psychotherapie der ersten Wahl bei Jugendlichen, falls eine KVT nicht möglich oder nicht gewünscht ist, sollte eine IPT erwogen werden. Falls sowohl KVT als auch IPT nicht möglich oder nicht gewünscht sind, können eine systemische oder psychodynamische PT erwogen werden. Falls bei mittelgradigen oder schweren depressiven Episoden Fluoxetin, Sertralin oder Escitalopram nicht möglich oder nicht gewünscht sind, kann Duloxetin als Alternative erwogen werden (**Empfehlung 3.3**).

Im Rahmen aller empfohlenen Behandlungen sollte das Auftreten unerwünschter Nebenwirkungen erfasst werden (**Empfehlung 3.4**), und Hinweise bzgl. Dosierung, Kontraindikationen, Kontrolluntersuchungen und Fachinformationen bei pharmakologischer Behandlung beachtet werden (**Empfehlung 3.5**).

Behandlung der ersten Wahl und Alternativen bei Kindern

Im Bereich der älteren Kinder zwischen 7 und 12 Jahren sollte ebenfalls eine Psychotherapie Vorrang vor einer Pharmakotherapie haben. Unter den Psychotherapien kann die KVT als Therapie der ersten Wahl erwogen werden (**Empfehlung 4.1**).

Als Alternativen zur Therapie der ersten Wahl bei Kindern zwischen 7 und 12 kann, falls eine KVT nicht möglich oder nicht gewünscht ist, eine familienbasierte IPT erwogen werden. In Abhängigkeit des Schweregrads der depressiven Episode sollte auch bei Kindern zwischen 7 und 12 mit einer leichten Depression auf eine Pharmakotherapie verzichtet werden. Bei mittelgradigen oder schweren Episoden kann, falls eine Psychotherapie nicht wirksam, nicht möglich oder nicht gewünscht ist, eine Pharmakotherapie mit Fluoxetin, Sertralin oder Escitalopram erwogen werden. Falls diese Substanzen nicht wirksam, nicht möglich oder nicht gewünscht sind, kann eine Pharmakotherapie mit Duloxetin erwogen werden (**Empfehlung 4.2**).

Bei jüngeren Kindern zwischen 3 und 6 Jahren kann als Therapie der ersten Wahl eine Psychotherapie mit Parent-Child Interaction Therapy – Emotion Development (PCIT-ED) erwogen werden. Auf eine Pharmakotherapie sollte verzichtet werden (**Empfehlung 4.3**).

Ergänzende Maßnahmen und Therapien

Für Kinder und Jugendliche kann ergänzend zur regulären Behandlung sportliche bzw. körperliche Aktivität erwogen werden; hierbei können auf Basis der Evidenz verschiedene Modalitäten (Arten, Frequenz, Dauer, Intensität und Modalität) erwogen werden (**Empfehlung 5.1**). Lichttherapie und Omega-3-Fettsäuren können auf Basis der Evidenz nicht ergänzend zur Behandlung empfohlen werden (**Empfehlungen 5.2 und 5.3**). Künstlerische Therapien, Ergotherapie und Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe können auf Basis klinischer Erfahrung erwogen werden und Behandelnde sollten bei vermutetem Bedarf zur Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendhilfe motivieren (**Empfehlungen 5.4, 5.5 und 5.6**).

Nicht empfehlenswerte Therapien

Paroxetin und Vilazodon (**Empfehlung 6.1**) und trizyklische Antidepressiva (TZA) (**Empfehlung 6.2**) sollen nicht eingesetzt werden. Citalopram, Venlafaxin, Vortioxetin und Desvenlafaxin (**Empfehlung 6.3**) sollten nicht eingesetzt werden. Mirtazapin, Moclobemid und Selegilin (**Empfehlung 6.4**) können nicht empfohlen werden. Johanniskraut (Hypericum) kann nicht empfohlen werden (**Empfehlung 6.5**).

Überprüfung des Therapieeffekts und Vorgehen nach nicht wirksamer Intervention

Im Bereich der Überprüfung des Therapieeffekts sollen zunächst Zielkriterien gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen festgelegt werden, woran eine regelmäßige Überprüfung des Therapieeffekts anknüpfen soll. Für eine solche Überprüfung sollte eine ausreichend lange Zeitspanne eingeplant werden. Wenn nach ausreichender Zeit keine ausreichende Response vorliegt, kann eine Veränderung der Behandlungsstrategie vorgenommen werden (**Empfehlung 7**).

Falls nach einer therapeutischen Intervention keine Response gezeigt wurde, können eine bisher nicht verwendete Form der Psychotherapie bzw. eine bisher nicht verwendete Pharmakotherapie gemäß dieser Leitlinie erwogen werden. Ebenso kann eine bisher nicht eingesetzte Kombination aus einer der empfohlenen Psycho- und Pharmakotherapien erwogen werden. Auch kann ein Wechsel des Behandlungssettings erwogen werden (**Empfehlung 8**).

EKT und TMS

EKT kann nur bei den Jugendlichen erwogen werden, die schwere, chronifizierte Formen der Depression aufweisen und bei denen die in dieser Leitlinie empfohlenen Therapien keine Wirkung gezeigt haben. Bei Kindern unter 13 Jahren kann EKT nicht empfohlen werden. Es sollte beachtet werden, dass EKT keine Regelbehandlung, sondern einen Ausnahmefall darstellt und die Vorbereitung und Durchführung ein interdisziplinäres Team erfordert (**Empfehlung 9**).

TMS kann ebenso nur bei den Jugendlichen erwogen werden, die schwere, chronifizierte Formen der Depression aufweisen und bei denen die in dieser Leitlinie empfohlenen Therapien keine Wirkung gezeigt haben. Bei Kindern unter 13 Jahren kann TMS nicht empfohlen werden (**Empfehlung 10**).

Fortsetzung und Abschluss der Behandlung

Zur Prävention von Rückfällen und Rezidiven kann die Fortsetzung einer Kombinationsbehandlung (KVT + SSRI) oder einer Monotherapie mit einem empfohlenen Psychopharmakon bei mittelgradigen oder schweren Episoden erwogen werden, ebenso wie die Fortsetzung einer der empfohlenen Psychotherapien bei allen Schweregraden. Eine medikamentöse Therapie kann nach einer Erholung für mindestens 6 Monate fortgesetzt werden; nach 6 bis 8 Monaten kann bei einer Erstmanifestation einer depressiven Störung das Absetzen der Pharmakotherapie erwogen werden. Nach Beendigung einer psychotherapeutischen Behandlung sollten zusätzliche Booster-Sitzungen als Rezidivprophylaxe erwogen werden. Außerdem sollten sowohl die Kinder und Jugendlichen als auch ihre Bezugspersonen über das Rückfall- und Rezidivrisiko sowie Warnzeichen und Krankheitsmerkmale aufgeklärt werden (**Empfehlung 11**).

In der Phase der Erholung sollten Behandelnde für mindestens 12 Monate regelmäßige Wiedervorstellungen anbieten. Bei zwei oder mehr erlebten Episoden oder bei erhöhtem Risiko für Rezidive aufgrund von fortbestehenden Belastungsfaktoren sollten die Wiedervorstellungen für mindestens 24 Monate angeboten werden (**Empfehlung 12**).

Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter

Die Behandlungskontinuität und anhaltende Nachhaltigkeit der Therapiemaßnahmen im Übergangsbereich sollte sichergestellt werden; hierfür sollten Rollen und Verantwortlichkeiten geklärt werden. Alters- und entwicklungsspezifische Besonderheiten sollten berücksichtigt werden, Schul- und Ausbildungsabschlüsse sollten gefördert und Teilhabe in Schule, Ausbildung, Arbeit und Freizeit sollte ermöglicht werden. Die teilstationäre oder stationäre Behandlung im Übergang kann bei Patientinnen / Patienten, die die Volljährigkeit erreicht haben, in einem Setting erfolgen, welches Rücksicht auf die entwicklungsspezifischen Bedürfnisse der Patientinnen / Patienten nimmt, z.B. eine Einrichtung spezialisiert auf Transition oder eine gesonderte Transitionsstation. Bei älteren Jugendlichen sollte auch die nationale Versorgungsleitlinie für Erwachsene mit unipolarer Depression angewandt werden (**Empfehlung 13**).

9. Informationen zu dieser Leitlinie

Koordination und Redaktion:

- MSc. Maartje Kloek, Dr. Carolin Zsigo, MSc. Cosima Klingele und Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, LMU Klinikum.
- Unterstützung der Koordination und Redaktion: Dr. Regine Primbs und Prof. Dr. Ellen Greimel, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, LMU Klinikum.

Ansprechpartner:

- Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
LMU Klinikum
Direktion Nußbaumstr. 5a
80336 München
E-Mail: kjp@med.uni-muenchen.de

Folgende zusätzlichen Informationen finden Sie im Methodenreport zu dieser Leitlinie:

- Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen (inkl. Zusammensetzung des Steuerungs- und Konsentierungsgremiums)
- Methodische Begleitung
- Methodische Grundlagen
- Literaturrecherche
- Evidenzbewertung und Empfehlungsgraduierung
- Strukturierte Konsensfindung und Feststellung der Konsensstärke
- Finanzierung der Leitlinie
- Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten
- Pilottestung und externe Begutachtung
- Verabschiedung durch die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften/ Organisationen

10. Glossar

Abbruchrate

s. Drop-out-Rate

Achtsamkeit („Mindfulness“)

Absichtsvolles und nichtwertendes Ausrichten der Aufmerksamkeit auf das bewusste Erleben des gegenwärtigen Moments. Als Therapieform eingesetzt bei Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR).

Achtsamkeitsbasierte KVT

Auf KVT basierende Therapieform, erweitert durch Achtsamkeitsmethoden. Beinhaltet formelle Achtsamkeitsübungen wie Yoga oder Atemmeditation, informelle Achtsamkeitsübungen während alltäglicher Aktivitäten, kognitiv-behaviorale Elemente, Psychoedukation sowie Besprechung der persönlichen Erfahrungen mit Achtsamkeit.

Aktive Kontrollbedingung (im Rahmen der Psychotherapieforschung)

Eine Kontrollbedingung im Rahmen der Psychotherapieforschung, in der die Teilnehmerinnen / Teilnehmer aktiv eine Intervention angeboten bekommen, wobei darauf verzichtet wird, spezifische Behandlungselemente darzubieten, die in der Interventionsgruppe untersucht werden (z.B., eine psychosoziale Intervention oder nicht-direkte unterstützende Therapie)

Akzeptanz- Commitmenttherapie (ACT)

Therapieform mit Fokus auf Akzeptanz anstatt Beseitigung der psychischen Probleme. Im Vordergrund stehen persönliche Werte und das Schaffen eines zufriedenen Lebens trotz der Beeinträchtigungen.

Ansprechen („response“)

Symptomreduktion um 50 % des Wertes zu Behandlungsbeginn, für mindestens eine Woche in betreffenden Skalen des jeweiligen Testverfahrens

Antidepressiva

Heterogene Gruppe von Psychopharmaka, die insbesondere zur Behandlung der Depression, aber auch im Rahmen anderer Störungsbilder zur Reduktion von Symptomen unter anderem des Affekts und des Antriebs eingesetzt werden.

Einteilung der Substanzklassen:

- **Tri- und tetrazyklische Antidepressiva (TZA;** Amitriptylin, Amoxapin, Clomipramin, Desipramin, Dibenzepin, Doslepin, Dothiepin, Doxepin, Imipramin, Lofepramin, Maprotilin, Mianserin, Nefazodon, Nortriptylin, Protriptylin, Setiptilin, Trimipramin)
- **Monoaminoxidasehemmer (MAOI;** Phenelzin, Tranylcypromin, Moclobemid, Selegilin)
- **Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRIs;** Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin, Alaproclate, Vilazodon, Vortioxetin)
- **Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (NRI;** Reboxetin)
- **Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI;** Duloxetin, Milnacipran, Venlafaxin, Desvenlafaxin, Levomilnacipran, Edivoxetin)
- **Noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva (NaSSA;** Mirtazapin)
- **Serotoninantagonisten/Serotoninwiederaufnahmehemmer (SARI;** Trazodon)
- **Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (NDRI;** Bupropion)
- **Melatoninrezeptoragonisten und selektive Serotoninrezeptorantagonisten (MT-Agonisten;** Agomelatin)

In der Leitlinie häufig allgemeiner umschrieben mit dem Oberbegriff „Psychopharmaka“.

Antidepressiva der neuen Generation

- **Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRIs;** Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin, Alaproclate, Vilazodon, Vortioxetin)
- **Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (NRI;** Reboxetin)
- **Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI;** Duloxetin, Milnacipran, Venlafaxin, Desvenlafaxin, Levomilnacipran, Edivoxetin)
- **Noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva (NaSSA;** Mirtazapin)
- **Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (NDRI;** Bupropion)

- **Melatoninrezeptoragonisten und selektive Serotoninrezeptorantagonisten (MT-Agonisten; Agomelatin)**

In der Leitlinie häufig allgemeiner umschrieben mit dem Oberbegriff „Psychopharmaka“.

Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände nach Achse V des MAS

Die für die Therapie relevanten assoziierten aktuellen abnormen psychosozialen Umstände werden auf der fünften Achse des MAS (s. MAS) in neun Stufen unterteilt:

- 0. Keine Probleme
- 1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen
- 2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie
- 3. Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
- 4. Abnorme Erziehungsbedingungen
- 5. Abnorme unmittelbare Umgebung
- 6. Akute, belastende Lebensereignisse
- 7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren
- 8. Chronische zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit Schule und Arbeit
- 9. Belastende Lebensereignisse / Situationen infolge von Verhaltensstörungen / Behinderungen des Kindes

Diese Abstufungen können wiederum erneut in Unterkategorien aufgeteilt werden.

Definition nach Remschmidt, H., Schmidt, M.H., Poustka, F. (2017). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10. 7. Aufl. Göttingen: Hogrefe

Attention Bias Modification (ABM)

Therapieform, bei der in kognitiven Aufgaben die Verschiebung der Aufmerksamkeit auf neutrale oder positive Stimuli trainiert wird. Zielt auf die Aufmerksamkeitsverzerrung auf negative oder bedrohliche Stimuli ab und gehört zu Cognitive Bias Modification.

Behandlung wie üblich („Treatment as Usual“, TAU)

Standardbehandlung bzw. übliches Behandlungskonzept in Regelversorgung, meist kinder- und jugendpsychiatrische, pädiatrische, oder kinder- und jugendpsychotherapeutische Behandlung, welche routinemäßig bei einer bestimmten Indikation eingesetzt wird.

Behandlungssetting

Umgebung, in der eine Behandlung stattfindet;

- ambulant: Behandlung in einer Praxis oder Versorgungseinrichtung mit Heimkehr nach jedem Termin ohne Übernachtung vor Ort
- teilstationär: Behandlung mit höherem Zeitaufwand, aber eingeschränkter Anwesenheit der Patientinnen / Patienten in der Versorgungseinrichtung (z.B. Tageskliniken ohne Übernachtung)
- stationär: Behandlung während des ununterbrochenen Verweilens in einer Versorgungseinrichtung (mind. ein Tag und eine Nacht)

Biasrisiko („Risk of Bias, RoB“)

Risiko für Bias, Risiko für einen systematischen Fehler in einer klinischen Studie, Verzerrungsrisiko

Chronotherapie

Therapieform, die auf die Veränderung des gestörten körpereigenen Schlaf-Wach-Rhythmus‘ hin zu einem normalen Rhythmus abzielt. Zentrale Methoden sind Lichttherapie und Schlafdeprivation (Wachtherapie).

Cognitive Bias Modification (CBM)

Therapieformen mit dem Ziel der Veränderung störungsspezifischer, maladaptiver, kognitiver und motivationaler Verzerrungen, meist mithilfe computergestützter Trainings. Beispiele sind Attention Bias Modification und Interpretation Bias Modification.

Cluster-randomisierte Studie („cluster randomized trial“)

Experimentelle Studie, bei der bereits bestehende Cluster (Gruppen von Personen) den Bedingungen zugeordnet werden.

Drop-out-Rate

Prozentualer Anteil der Personen an allen Personen, die sich zur Studienteilnahme bereiterklärt haben, die eine Studie vor Abschluss verlassen.

Elektrokonvulsionstherapie (Elektrokrampftherapie, EKT)

Therapieform, bei der in Kurznarkose unter Muskelrelaxation über Elektroden an der Kopfhaut ein generalisierter Krampfanfall ausgelöst wird, der neurotrophe Prozesse im Gehirn stimuliert und so zu Neubildung und Veränderung von Zellen und Synapsen führt.

Ergotherapie

Therapieform mit dem Ziel, Patientinnen / Patienten bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken. Beinhaltet spezifische Aktivitäten, Umweltanpassung und Beratung, um dem Menschen Handlungsfähigkeit im Alltag, gesellschaftliche Teilhabe und eine Verbesserung der Lebensqualität zu ermöglichen.

Effektivität („effectiveness“)

Wirksamkeit einer Intervention bei einer bestimmten Erkrankung unter den üblichen Bedingungen der klinischen Versorgung für eine bestimmte Gruppe.

Effizienz (Wirtschaftlichkeit, „efficiency“)

Wirksamkeit einer Intervention bei einer bestimmten Erkrankung unter Berücksichtigung des Verhältnisses aus Ressourceneinsatz und Ergebnis (z.B. Kosten und Nutzen) für eine bestimmte Gruppe.

Erholung („recovery“)

Keine oder nur wenige* depressive Symptome für mindestens 2 Monate.

Entspannungstraining

Therapieform mit Fokus auf dem expliziten Erlernen von Entspannung zur Anspannungsreduktion und der Förderung von Wohlbefinden. Spezifische Methoden sind z.B. die Progressive Muskelentspannung oder das autogene Training.

Experimentelle Studie

Vergleichende Studie, bei der verschiedene Bedingungen (z.B. zwei alternative Behandlungen) und die Zuordnung von Personen zu den Bedingungen unter der direkten Kontrolle einer Forscherin / eines Forschers stehen

Externe Validität

Generalisierbarkeit oder Übertragbarkeit von Untersuchungsergebnissen auf andere Stichproben, Situationen und/oder Zeitpunkte; hängt von Fragestellung, Ein- und Ausschlusskriterien und Setting der Studie ab.

Fallserie („case series“)

Nicht vergleichende Beobachtungsstudie, bei der die Merkmale mehrerer Personen über einen bestimmten Zeitraum hinweg erfasst werden.

Fall-Kontroll-Studie („case-control study“)

Epidemiologische, vergleichende Beobachtungsstudie, die ausgehend von Fällen (Erkrankten) und Kontrollen (Nicht-Erkrankten) die Häufigkeit untersucht, mit der diese einem Risikofaktor ausgesetzt sind oder waren.

Fallstudie („case study“)

Nicht vergleichende Beobachtungsstudie, bei der die Merkmale einer Person über einen bestimmten Zeitraum hinweg erfasst werden.

Follow-up-Studie („follow-up study“)

Prospektive oder retrospektive Längsschnittstudie, bei der der Zustand der Personen einer Gruppe nach einer Behandlung oder Exposition erfasst wird.

Funktionsniveau

Ausmaß, in dem ein Mensch sein Leben ohne psychische, soziale oder berufliche Beeinträchtigungen führen kann. Bei Patientinnen / Patienten wird damit oft das Zurechtkommen mit der psychischen Erkrankung sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gemeint.

Gesprächspsychotherapie (GT)

Psychotherapie-Verfahren (s. Psychotherapie-Verfahren), das wie folgt definiert werden kann:

„Die Gesprächspsychotherapie geht zurück auf die Arbeiten von Carl R. Rogers, der ein allgemeines psychotherapeutisches Konzept im Sinne einer Anleitung zur besonderen Gestaltung der psychotherapeutischen Beziehung oder des psychotherapeutischen Gesprächs entwickelte. Im Laufe der Jahre ist dieses therapeutische Konzept weiterentwickelt und differenziert worden. Neben dem klassischen Vorgehen entstanden Ansätze, bei denen der Therapeut stärker den therapeutischen Prozeß steuert, um spezifische Therapieziele zu fördern bzw. um den Besonderheiten einzelner Störungen oder einzelner Patienten gerecht zu werden. Dazu werden zum Teil auch zusätzliche therapeutische Methoden zur Erweiterung der „Selbstexploration“ oder der Erlebnisfähigkeit des Patienten eingesetzt, die zum Teil aus einer Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie resultieren (z.B. „experiencing“) zum Teil aus anderen Therapierichtungen, vor allem der Gestalttherapie, übernommen wurden. Die Gesprächspsychotherapie ist demnach heute zwar im wesentlichen ein einheitlicher therapeutischer Ansatz, aber mit unterschiedlichen Ausprägungsformen. [...] Gesprächspsychotherapie wird vorwiegend in Form von Einzeltherapie, aber auch in Form von Gruppentherapie durchgeführt.“ (Aus: Gutachten zur Gesprächspsychotherapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren)

Interpretation Bias Modification (IBM)

Therapieform, bei der in kognitiven Aufgaben eine positive Interpretation uneindeutiger Situationen trainiert wird. Zielt auf die Verzerrung einer typischerweise negativen oder bedrohlichen Interpretation uneindeutiger Situationen ab und gehört zu Cognitive Bias Modification.

Interventionsetting

s. Behandlungsetting

Jugendhilfemaßnahme

Maßnahme, die der Entwicklung, Erziehung und Bildung Jugendlicher dient. Die Jugendhilfe beinhaltet nach § 2 Abs. 2 SGB VIII Angebote der Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit sowie Angebote zur Förderung der Erziehung in der Familie, zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflege, Hilfe zur Erziehung, Hilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, Hilfe für junge Volljährige und Nachbetreuung.

Ketamin

Mittels Infusion verabreichtes Anästhetikum aus der Klasse der Psychopharmaka, das über verschiedene Rezeptoren auf den Neurotransmitterhaushalt einwirkt und unter anderem bei Schmerzen und schweren Depressionen eingesetzt wird.

Interne Validität

Die interne Validität lässt eine Aussage darüber zu, inwieweit man dem gemessenen Effekt vertrauen kann. Sie hängt von der Durchführung, Auswertung und Berichterstattung der Studie ab und wird über das Biasrisiko (Verzerrungsrisiko) Bewertung bestimmt.

Interpersonelle Psychotherapie (IPT)

Psychotherapie-Methode (s. Psychotherapie-Methode), das wie folgt definiert werden kann:

„Die Interpersonelle Psychotherapie ist eine Kurzzeittherapie, die ursprünglich für die Akutbehandlung der unipolaren Major Depression entwickelt wurde. Die Therapie fokussiert primär auf interpersonelle und im psychosozialen Kontext aktuell bedeutsame Themen der Patienten. Die Methode setzt vor allem interpersonell relevante Techniken ein, wozu z. B. Rollenspiele, Klärung von Kommunikationsverhalten, Gefühlsaktualisierung in Interaktionen und klärungsorientierte Explorationen gehören. Als spezifisch für die Interpersonelle Psychotherapie wird erachtet, dass diese Strategien insbesondere für die psychotherapeutische Bearbeitung der als bedeutsam diagnostizierten Foki der Patienten eingesetzt werden.“ (Aus: Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Interpersonellen Psychotherapie)

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Häufig als Synonym für das Psychotherapieverfahren Verhaltenstherapie verwendet. Betont die Kombination von Verhaltenstherapie und kognitiven Elementen auf Basis eines Modells, nach dem sich Gedanken, Gefühle und Verhalten gegenseitig beeinflussen. Kern der Therapie sind Erkennung, Überprüfung und Umstrukturierung der die Krankheit aufrechterhaltenden Kognitionen im individuellen Setting oder im Gruppensetting.

Kohortenstudie („cohort study“)

Vergleichende prospektive oder retrospektive Längsschnittstudie, bei der eine Stichprobe exponierter Personen mit einer Stichprobe nicht exponierter Personen hinsichtlich ihres Risikos einer Merkmalsausprägung (z.B. Erkrankung) verglichen wird.

Künstlerische Therapie

Kurzbeschreibung der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT):

Die Verfahren der Künstlerischen Therapien (Kunst-, Musik-, Tanztherapie u.a.) basieren auf dem theoriegeleiteten, therapeutischen Einsatz von Medien und Prozessen der Künste sowie entsprechender Wahrnehmungs-, Kommunikations- und Handlungsvorgängen innerhalb des therapeutischen Beziehungsgeschehens.

Künstlerische Therapien wirken entsprechend unmittelbar auf die expressiven, regulatorischen und auch funktionalen Aspekte der Handlung, der Kommunikation und des Beziehungsverhaltens ein.

Die Besonderheit der Künstlerischen Therapien liegt in der therapeutischen Nutzung der präverbalen, nonverbalen und prozeduralen Kommunikation sowie der erlebensorientierten Verbalisierung.

Die künstlerisch-therapeutische Behandlung geht personenzentriert und zielgerichtet auf akut bzw. spontan auftretende Ereignisse innerhalb der Beziehungs- und Gestaltungsprozesse ein.

Längsschnittstudie

Studie, bei der die Merkmale einer oder mehrerer Stichproben zu mehreren Messzeitpunkten oder über eine längere Zeit hinweg erfasst werden;

- **prospektiv** (vorausblickend): Wiederholte Erfassung von Merkmalen zeitlich nach der ersten Erhebung
- **retrospektiv** (zurückblickend): Erfassung von Merkmalen zeitlich vor der ersten Erhebung

Lebensqualität

Bezeichnet das subjektive Wohlbefinden auf Basis des Zusammenwirkens mentaler, sozialer, körperlicher, immaterieller und materieller Faktoren.

Lichttherapie

Therapieform, die mithilfe einer sehr hellen Lichtquelle auf die Veränderung des Schlaf-Wach-Rhythmus' abzielt und bei saisonaler depressiver Störung eingesetzt wird. Lichttherapie gehört zu den Methoden der Chronotherapie.

Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 (MAS)

Klassifikationsschema nach ICD-10, das auf sechs Achsen basiert und dabei eine mehrdimensionale Darstellung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen ermöglicht. Die erste Achse umfasst das klinisch-psychiatrische Syndrom, die zweite bezieht sich auf umschriebene Entwicklungsstörungen, die dritte auf das Intelligenzniveau, die vierte auf körperliche Symptome und Erkrankungen, die fünfte auf assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (s. Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände nach Achse V des MAS) und die sechste auf das psychosoziale Funktionsniveau (s. Psychosoziales Funktionsniveau nach Achse VI des MAS).

Definition nach Remschmidt, H., Schmidt, M.H., Poustka, F. (2017). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10. 7. Aufl. Göttingen: Hogrefe

Massage

Therapieform, bei der die Haut mit langsamen, streichenden Bewegungen massiert wird, mit dem Ziel der Förderung von Entspannung und Wohlbefinden und der Reduktion von Stress und depressiver Verstimmung.

Musiktherapie

Definition nach der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft in Anlehnung an die Kasseler Thesen zur Musiktherapie (1998):

„Musiktherapie ist der gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit. Musiktherapie ist eine praxisorientierte Wissenschaftsdisziplin, die in enger Wechselwirkung zu verschiedenen Wissenschaftsbereichen steht, insbesondere der Medizin, den Gesellschaftswissenschaften, der Psychologie, der Musikwissenschaft und der Pädagogik.

Der Begriff „Musiktherapie“ ist eine summarische Bezeichnung für unterschiedliche musiktherapeutische Konzeptionen, die ihrem Wesen nach als psychotherapeutische zu charakterisieren sind, in Abgrenzung zu pharmakologischer und physikalischer Therapie.

Musiktherapeutische Methoden folgen gleichberechtigt tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutisch-lerntheoretischen, systemischen, anthroposophischen und ganzheitlich-humanistischen Ansätzen.“

Metaanalyse („MA“)

Systematische, mathematische Synthese der Ergebnisse einzelner Studien im Rahmen eines systematischen Reviews.

Netzwerk-Metaanalyse („netzwerk-MA“)

Systematische, simultane Analyse von mehr als zwei Interventionen in einer gemeinsamen Datenanalyse; lässt die Erstellung einer Rangfolge zu.

Nichtbehandlung

Eine Kontrollbedingung ohne Behandlung. Die Teilnehmerinnen / Teilnehmer erhalten keine Behandlung (z.B. stehen sie während der Studie auf einer Warteliste und erhalten eine Behandlung nach dem Ablauf der Studienzeit).

Nicht-randomisiert kontrollierte Studie („non-comparative study“, N-RCT)

Experimentelle Studie, bei der die Personen nicht zufällig einer Bedingung zugeordnet werden.

n-of-1-Studien („n-of-1 trial“)

Experimentelle Studie, in der eine Folge von alternativen Behandlungen zufällig bei einer Person durchgeführt wird (Variation einer randomisiert kontrollierten Studie mit einer Person).

Omega-3-Fettsäuren

Mehrfach ungesättigte Fettsäuren, die als Nahrungsergänzungsmittel in Form von Kapseln eingenommen werden.

Online- und computerbasierte Therapien

Nutzung digitaler Technologien zur Unterstützung der Behandlung von Patientinnen / Patienten, beispielsweise durch Online-Therapie oder App-basierte Selbsthilfelinstrumente.

Placebo-Behandlung

Eine Kontrollbedingung, bei der ein Medikament verabreicht wird, das keinen pharmakologischen Wirkstoff enthält (auch als Medikations-Placebo bezeichnet). Für manche Behandlungsmethoden (z.B. Lichttherapie oder TMS) können auch Placebo-Bedingungen als Vergleichsgruppen geschaffen werden, in denen der spezifische Wirkmechanismus nicht zum Tragen kommt (z.B. inaktives Licht in der Lichttherapie oder niedrigfrequente Stimulation in der TMS).

Pharmakotherapie

Behandlung von Erkrankungen mithilfe der Gabe von Medikamenten bzw. pharmakologisch wirkenden Substanzen; im Falle der Depression oftmals Einsatz von Antidepressiva bzw. Psychopharmaka oder Phytopharmaka.

Phytopharmaka

Arzneimittel, die aus einem komplexen Gemisch mehrerer Pflanzeninhaltsstoffe bestehen.

Psychodynamische Psychotherapie (PP)

Psychotherapie-Verfahren (s. Psychotherapie-Verfahren), das wie folgt definiert werden kann:

„Die Psychodynamische Psychotherapie (PP) gründet auf der Psychoanalyse und ihren Weiterentwicklungen. Die Behandlungsprinzipien der PP bestehen in einer Bearbeitung lebensgeschichtlich begründeter unbewusster Konflikte und krankheitswertiger psychischer Störungen in einer therapeutischen Beziehung unter besonderer Berücksichtigung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand. Dabei wird je nach Verfahren stärker im Hier und Jetzt oder im Dort und Damals gearbeitet, die Stundeninhalte sind je nach Verfahren strukturierter

(Technik: Fokussierung) oder unstrukturierter (Technik: freie Assoziation) und der Therapeut greift jeweils auf eine stärker aktive oder eher zurückhaltendere Interventionstechnik zurück.“ (Aus: Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen)

Psychopharmaka

Oberbegriff für Medikamente, die auf die Psyche wirken. Im Rahmen der Leitlinie häufig synonym verwendet zu Antidepressiva.

Psychosoziales Funktionsniveau nach Achse VI des MAS

Psychologische, soziale und schul-berufliche Funktion, basierend auf der Fähigkeit, alterstypische Entwicklungsaufgaben zu meistern und sich sozial anzupassen. Die globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus wird auf der sechsten Achse des MAS (s. MAS) in neun Stufen unterteilt:

- 0. Herausragende / gute soziale Funktionen
- 1. Mäßige soziale Funktion
- 2. Leichte soziale Beeinträchtigung
- 3. Mäßige soziale Beeinträchtigung
- 4. Ernsthafte soziale Beeinträchtigung
- 5. Ernsthafte und durchgängige soziale Beeinträchtigung
- 6. Funktionsunfähig in den meisten Bereichen
- 7. Schwere und durchgängige soziale Beeinträchtigung
- 8. Tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung
- 9. Nicht zutreffend / nicht einschätzbar

Definition nach Remschmidt, H., Schmidt, M.H., Poustka, F. (2017). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10. 7. Aufl. Göttingen: Hogrefe

Psychotherapie

Definitionen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie:

„Psychotherapie ist die Behandlung von Individuen auf der Basis einer Einwirkung mit überwiegend psychischen Mitteln. Die Definition wissenschaftlicher Psychotherapie fordert eine Reihe von weiteren Bedingungen, z.B. das Anstreben der positiven Beeinflussung von Störungs- und Leidenszuständen in Richtung auf ein nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (z.B. Symptomminimalisierung und/oder Strukturveränderungen der Persönlichkeit) sowie einen geplanten und kontrollierten Behandlungsprozess, der über lehrbare Techniken beschrieben werden kann und sich auf eine Theorie normalen und pathologischen Verhaltens bezieht. Wissenschaftliche Psychotherapie sollte als Heilbehandlung im Rahmen des jeweiligen Gesundheitssystems zu bestimmen sein.“

Psychotherapie-Methode

Definitionen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach:

Eine zur Behandlung einer oder mehrerer Störungen mit Krankheitswert geeignete Psychotherapiemethode ist gekennzeichnet durch:

- eine Theorie der Entstehung und der Aufrechterhaltung dieser Störung bzw. Störungen und eine Theorie ihrer Behandlung,
- Indikationskriterien einschließlich deren diagnostischer Erfassung,
- die Beschreibung der Vorgehensweise
- die Beschreibung der angestrebten Behandlungseffekte

Psychotherapie-Verfahren

Definitionen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie:

Ein zur Krankenbehandlung geeignetes Psychotherapie-Verfahren ist gekennzeichnet durch

- eine umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung beziehungsweise verschiedene Theorien der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung auf der Basis gemeinsamer theoretischer Grundannahmen
- und eine darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsstrategie für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen oder mehrere darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsmethoden für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen,
- und darauf bezogene Konzepte zur Indikationsstellung, zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung.

Publication Bias

Systematische Verzerrung in der Veröffentlichung von Studienergebnissen, in Bezug auf Interventionsstudien in der Regel zugunsten von Studien mit statistisch signifikanten Unterschieden zwischen den untersuchten Bedingungen.

Querschnittstudie („cross-sectional study“)

Beobachtungsstudie, bei der die Eigenschaften einer möglichst repräsentativen Zufallsstichprobe zu einem bestimmten einmaligen Zeitpunkt erhoben werden.

Randomisiert kontrollierte Studie („randomized controlled trial“, RCT)

Experimentelle Studie, bei der die Personen zufällig einer Bedingung zugeordnet werden.

Remission („remission“)

Phase von mindestens 2 Wochen und weniger als 2 Monaten ohne oder mit nur wenigen* depressiven Symptomen.

Rezidiv („recurrence“)

Erneutes Auftreten der depressiven Symptome während der Erholungsphase.

Rückfall („relapse“)

Erneutes Auftreten der depressiven Symptomatik während der Remissionsphase, d.h. innerhalb einer Phase von mindestens 2 Wochen und weniger als 2 Monaten ohne oder mit nur wenigen* depressiven Symptomen.

Sportliche Aktivität

Hauptbestandteil von Sport- und Bewegungstherapien. Kann in ausdauerorientierte Aktivitäten (z.B. Joggen oder Fahrradfahren), Krafttraining, Gymnastik, Spaziergänge oder spielerisch orientierte Gruppenaktivitäten eingeteilt werden und dabei unterschiedliche Intensitäten von leicht bis moderat annehmen.

Standardisierte Johanniskrautextrakte („Hypericum“)

Phytopharmakon / pflanzliches Antidepressivum, das beispielsweise in Form von Kapseln eingenommen werden kann.

Strukturierte Selbsthilfe

Selbsthilfe ohne persönliche, unmittelbare Interaktion mit einer Therapeutin / einem Therapeuten. S. auch Bibliothherapie und Online- und computerbasierte Selbsthilfe.

Systematisches Review („systematic review“, systematische Übersichtsarbeit)

Zusammenfassung möglichst aller Studien zu einer Frage mit folgenden Merkmalen: Klare Zielsetzung mit festgelegten Auswahlkriterien für relevante Studien, klare, wiederholbare Methodik, systematische Suche mit dem Ziel, alle relevanten Studien zu identifizieren, Beurteilung der eingeschlossenen Studien hinsichtlich der Validität der Ergebnisse sowie systematische Präsentation und Synthese der Studienmerkmale und -ergebnisse

Systemische Therapie (ST, einschließlich „Familientherapie“)

Psychotherapie-Verfahren (s. Psychotherapie-Verfahren), das wie folgt definiert werden kann:

„[...] die systemische Therapie [ist] ein psychotherapeutisches Verfahren [...], dessen Fokus auf dem sozialen Kontext psychischer Störungen liegt. Dabei werden zusätzlich zu einem oder mehreren Patienten („Indexpatienten“) weitere Mitglieder des für Patienten bedeutsamen sozialen Systems einbezogen. Die Therapie fokussiert auf die Interaktionen zwischen Mitgliedern der Familie oder des Systems und deren weitere soziale Umwelt. Die Systemische Therapie betrachtet wechselseitige intrapsychische (kognitiv-emotive) und biologisch-somatische Prozesse sowie interpersonelle Zusammenhänge von Individuen und Gruppen als wesentliche Aspekte von Systemen. Die Elemente der jeweiligen Systeme und ihre wechselseitigen Beziehungen sind die Grundlage für die Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen“ (Aus: Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie).

Anmerkung: Der Begriff „Familientherapie“, der auch als Synonym für systemische Therapie gebräuchlich ist, wird vermieden, da „unter Familientherapie in erster Linie ein psychotherapeutisches Setting verstanden wird, welches auch im Rahmen anderer psychotherapeutischer Verfahren und Methoden realisiert wird.“ (Aus: Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Systemischen Therapie)

Transkranielle Magnetstimulation (TMS)

Therapieform, bei der Bereiche des Gehirns mithilfe starker Magnetfelder am Schädel stimuliert oder gehemmt werden, um die Gehirnaktivität wieder ins Gleichgewicht zu bringen.

Vagusnervstimulation

Therapieform, bei der der linke Vagusnerv, ein Hirnnerv, im Halsbereich alle paar Minuten gereizt wird. Dies geschieht durch einen im Bereich des Schlüsselbeins implantierten Stimulator und die mit ihm verbundenen Elektroden.

Vergleichende Beobachtungsstudie („comparative observational study“)

Beobachtungsstudie, bei der die Auswirkungen einer Intervention oder Exposition bei Personen beobachtet werden, die nicht unter der Kontrolle einer Forscherin bzw. eines Forschers steht, im Vergleich zu ähnlichen Personen ohne diese Intervention oder Exposition.

Verhaltensaktivierung

Therapieform der Verhaltenstherapie, welche auf der Verstärkerverlusttheorie der Depression aufbaut. Diese geht davon aus, dass depressive Symptome unter anderem durch einen Mangel an positiver Verstärkung entstehen. Dem wird in der Verhaltensaktivierung zum Beispiel mithilfe von Akzeptanz- und Validierungsstrategien sowie durch das zentrale Prinzip – die Veränderung des Verhaltens – entgegengewirkt. Dabei werden mit den individuellen Werten und Interessen übereinstimmende Aktivitäten geplant und durchgeführt, wodurch es insgesamt zu einer Aktivierung und einem Anstieg positiver Verstärkung kommt.

Verhaltenstherapie (VT)

Psychotherapie-Verfahren (s. Psychotherapie-Verfahren), das wie folgt definiert werden kann:

„Die Verhaltenstherapie (VT) basiert auf der empirischen Psychologie. Sie umfasst störungsspezifische und -unspezifische Therapieverfahren, die aufgrund von Störungs- und Veränderungswissen eine systematische Besserung der zu behandelnden Problematik anstreben. Die aus einer Störungsdiagnostik und individuellen Problemanalyse abgeleiteten therapeutischen Maßnahmen setzen an den prädisponierenden, auslösenden und/oder aufrechterhaltenden Problembedingungen an. Sie verfolgen konkrete und operationalisierte Ziele auf den verschiedenen Ebenen des Verhaltens und Erlebens (unter anderem Modifikation von beobachtbarem Verhalten, psychophysiologischen und kognitiv-emotionalen Prozessen sowie Erreichen eines höheren Grades von Anpassung, erlebter Selbstkontrolle und Problemlösekompetenz). Zu den Grundprinzipien der Verhaltenstherapie gehören Problemorientierung, Zielorientierung, Handlungsorientierung, Transparenz, Hilfe zur Selbsthilfe, Überschreiten des therapeutischen Settings sowie das Bemühen um empirisch fundierte Weiterentwicklung.“ (Aus: Stellungnahme zur Verhaltenstherapie)

Verzerrungsrisiko

s. Biasrisiko

Vitamin C

Antioxidans / Vitamin, das auch als Nahrungsergänzungsmittel in Form von Tabletten oder Pulver eingenommen werden kann.

Vorher- / Nachher-Studie („before-after study“)

Beobachtungsstudie, in der Merkmale von Personen vor Beginn und nach dem Ende eines Ereignisses oder einer Intervention untersucht werden (ohne Vergleich mit einer anderen Gruppe von Personen).

Wiederauftreten

s. Rezidiv

Wirksamkeit

Oberbegriff für Wirksamkeit unter idealen Bedingungen (efficacy), Effektivität (effectiveness) und Effizienz (efficiency).

Wirksamkeit unter idealen Bedingungen („efficacy“)

Wirksamkeit einer Intervention bei einer bestimmten Erkrankung unter idealen Bedingungen für eine bestimmte Gruppe.

*„Keine oder nur wenige depressive Symptome“ ist bezogen auf das Unterschreiten des Cut-off-Werts für eine Depression des jeweiligen Test-Verfahrens.

11. Literatur

- Kieling, C., Buchweitz, C., Caye, A., Silvani, J., Ameis, S.H., Brunoni, A.R., . . . Szatmari, P. (2024). Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence: Evidence From the Global Burden of Disease Study. *JAMA Psychiatry*, 81(4), 347-356. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.5051
- Daly, M. (2022). Prevalence of Depression Among Adolescents in the U.S. From 2009 to 2019: Analysis of Trends by Sex, Race/Ethnicity, and Income. *Journal of Adolescent Health*, 70(3), 496-499. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.08.026>
- Shorey, S., Ng, E.D., & Wong, C.H.J. (2022). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 287-305. doi:<https://doi.org/10.1111/bjc.12333>
- Steffen, A., Holstiege, J., Akmatov, M.K., & Bätzing, J. (2019). Zeitliche Trends in der Diagnoseprävalenz depressiver Störungen: eine Analyse auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahr 2009 bis 2017. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). *Versorgungsatlas-Bericht*, 05.
- Thapar, A., Eyre, O., Patel, V., & Brent, D. (2022). Depression in young people. *Lancet*, 400(10352), 617-631. doi:10.1016/s0140-6736(22)01012-1
- Clayborne, Z.M., Varin, M., & Colman, I. (2019). Systematic Review and Meta-Analysis: Adolescent Depression and Long-Term Psychosocial Outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(1), 72-79. doi:10.1016/j.jaac.2018.07.896
- Li, A., Rosella, L.C., Kurdyak, P., & Wodchis, W.P. (2020). Depression as a Risk Factor for Physical Illness and Multimorbidity in a Cohort with No Prior Comorbidity. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 66(8), 726-736. doi:10.1177/0706743720974832
- Goldstein, B.I., & Korczak, D.J. (2020). Links Between Child and Adolescent Psychiatric Disorders and Cardiovascular Risk. *Canadian Journal of Cardiology*, 36(9), 1394-1405. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cjca.2020.06.023>
- Johnson, D., Dupuis, G., Piche, J., Clayborne, Z., & Colman, I. (2018). Adult mental health outcomes of adolescent depression: A systematic review. *Depression and Anxiety*, 35(8), 700-716. doi:<https://doi.org/10.1002/da.22777>
- Reich, H., Niermann, H.C.M., Voss, C., Venz, J., Pieper, L., & Beesdo-Baum, K. (2024). Sociodemographic, psychological, and clinical characteristics associated with health service (non-)use for mental disorders in adolescents and young adults from the general population. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(2), 391-400. doi:10.1007/s00787-023-02146-3
- Zuckerbrot, R.A., Cheung, A., Jensen, P.S., Stein, R.E.K., & Laraque, D. (2018). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics*, 141(3), e20174081. doi:10.1542/peds.2017-4081
- Luttinen, J., Watroba, A., Niemelä, M., Miettinen, J., & Ruotsalainen, H. (2025). The effectiveness of targeted preventive interventions for depression symptoms in children and adolescents: Systematic review and meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*, 376, 189-205. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.02.002>
- National Institute for Clinical Excellence. *Depression in Children and Young People, 2015 evidence review. Evidence review underpinning recommendations 1.6.7, 1.6.10, 1.6.11 and 1.6.14 on combination therapy in the NICE guideline*. 2015; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134/evidence/addendum-to-clinical-guideline-28-depression-in-children-and-young-people-pdf-6834509102>.
- National Institute for Clinical Excellence. *Depression in Children and Young People, 2019 evidence review. [A] Psychological interventions for the treatment of depression. Evidence review underpinning recommendations 1.5.4 to 1.5.11 (mild depression) and 1.6.1 to 1.6.6 (moderate to severe depression) in the NICE guideline*. 2019; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134/evidence/evidence-review-for-psychological-interventions-for-the-treatment-of-depression-pdf-6834544094>.
- Cheung, A.H., Zuckerbrot, R.A., Jensen, P.S., Laraque, D., Stein, R.E.K., & GLAD-PC Steering Group. (2018). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management. *Pediatrics*, 141(3), e20174082.
- Fegert, J.M., Hauth, I., Banaschewski, T., & Freyberger, H.J. (2017). Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter. Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie und psychotherapie. *Psychotherapeut*, 62, 34-38. doi:10.1007/s00278-016-0159-3
- Kölch, M.G., Romanos, M., Roth-Sackenheim, C., & Schramm, E. (2020). Angst und Depression in der Transition—Desiderate für eine verbesserte Versorgung und Forschung: Ergebnisse der gemeinsamen Task-Force Transition von DGPPN und DGKJP = Anxiety and depression in transition—Desiderata for improved care and research: Results of the joint task force transition of DGPPN and DGKJP. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 48(6), 429-434. doi:10.1024/1422-4917/a000739
- Harrington, R., Whittaker, J., Shoebridge, P., & Campbell, F. (1998). Systematic review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder. *BMJ*, 316(7144), 1559-1563. doi:10.1136/bmj.316.7144.1559
- Szigethy, E., Bujoreanu, S.I., Youk, A.O., Weisz, J., Benhayon, D., Fairclough, D., . . . DeMaso, D.R. (2014). Randomized efficacy trial of two psychotherapies for depression in youth with inflammatory bowel disease. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(7), 726-735. doi:10.1016/j.jaac.2014.04.014
- Stikkelbroek, Y., Vink, G., Nauta, M.H., Bottelier, M.A., Vet, L.J.J., Lont, C.M., . . . Bodden, D.H.M. (2020). Effectiveness and moderators of individual cognitive behavioral therapy versus treatment as usual in clinically depressed adolescents: A randomized controlled trial. *Scientific Reports*, 10(1), 14815. doi:10.1038/s41598-020-71160-1
- Weisz, J.R., Southam-Gerow, M.A., Gordis, E.B., Connor-Smith, J.K., Chu, B.C., Langer, D.A., . . . Weiss, B. (2009). Cognitive-behavioral therapy versus usual clinical care for youth depression: An initial test of transportability to community clinics and clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 383-396. doi:10.1037/a0013877
- Charkhandeh, M., Talib, M.A., & Hunt, C.J. (2016). The clinical effectiveness of cognitive behavior therapy and an alternative medicine approach in reducing symptoms of depression in adolescents. *Psychiatry Research*, 239, 325-330. doi:10.1016/j.psychres.2016.03.044
- Clarke, G., DeBar, L.L., Pearson, J.A., Dickerson, J.F., Lynch, F.L., Gullion, C.M., & Leo, M.C. (2016). Cognitive behavioral therapy in primary care for youth declining antidepressants: A randomized trial. *Pediatrics*, 137(5), 1-13. doi:10.1542/peds.2015-1851
- Clarke, G.N., Rohde, P., Lewinsohn, P.M., Hops, H., & Seeley, J.R. (1999). Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: Efficacy of acute group treatment and booster sessions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(3), 272-279. doi:10.1097/00004583-199903000-00014

25. Rosselló, J., & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 734-745. doi:10.1037//0022-006x.67.5.734
26. Clarke, G.N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., O'Connor, E., . . . Debar, L. (2002). Group cognitive-behavioral treatment for depressed adolescent offspring of depressed parents in a health maintenance organization. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(3), 305-313. doi:10.1097/00004583-200203000-00010
27. Kaufman, N.K., Rohde, P., Seeley, J.R., Clarke, G.N., & Stice, E. (2005). Potential mediators of cognitive-behavioral therapy for adolescents with comorbid major depression and conduct disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 38-46. doi:10.1037/0022-006X.73.1.38
28. Rohde, P., Clarke, G.N., Mace, D.E., Jorgensen, J.S., & Seeley, J.R. (2004). An efficacy/effectiveness study of cognitive-behavioral treatment for adolescents with comorbid major depression and conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(6), 660-668. doi:10.1097/01.chi.0000121067.29744.41
29. Straub, J., Plener, P.L., Keller, F., Fegert, J.M., Spröber, N., & Kölsch, M.G. (2015). MICHI – eine Gruppen-Kurzzeitpsychotherapie zur Behandlung von Depressionen bei Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 24(3), 189-198. doi:10.1026/0942-5403/a000175
30. Esposito-Smythers, C., Wolff, J.C., Liu, R.T., Hunt, J.I., Adams, L., Kim, K., . . . Spirito, A. (2019). Family-focused cognitive behavioral treatment for depressed adolescents in suicidal crisis with co-occurring risk factors: A randomized trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(10), 1133-1141. doi:10.1111/jcpp.13095
31. Martínez, V., Rojas, G., Martínez, P., Gaete, J., Zitko, P., Vöhringer, P.A., & Araya, R. (2019). Computer-assisted cognitive-behavioral therapy to treat adolescents with depression in primary health care centers in Santiago, Chile: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 552. doi:10.3389/fpsy.2019.00552
32. Topooco, N., Berg, M., Johansson, S., Liljethorn, L., Radvogin, E., Vlaescu, G., . . . Andersson, G. (2018). Chat- and internet-based cognitive-behavioural therapy in treatment of adolescent depression: Randomised controlled trial. *BJPsych Open*, 4(4), 199-207. doi:10.1192/bjo.2018.18
33. Topooco, N., Byléhn, S., Dahlström Nysäter, E., Holmlund, J., Lindegaard, J., Johansson, S., . . . Andersson, G. (2019). Evaluating the efficacy of internet-delivered cognitive behavioral therapy blended with synchronous chat sessions to treat adolescent depression: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(11), e13393. doi:10.2196/13393
34. Kobak, K.A., Mundt, J.C., & Kennard, B. (2015). Integrating technology into cognitive behavior therapy for adolescent depression: A pilot study. *Annals of General Psychiatry*, 14, 37. doi:10.1186/s12991-015-0077-8
35. Shirk, S.R., DePrince, A.P., Crisostomo, P.S., & Labus, J. (2014). Cognitive behavioral therapy for depressed adolescents exposed to interpersonal trauma: An initial effectiveness trial. *Psychotherapy*, 51(1), 167-179. doi:10.1037/a0034845
36. Ames, C.S., Richardson, J., Payne, S., Smith, P., & Leigh, E. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for depression in adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(1), 74-78. doi:10.1111/camh.12034
37. Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Hops, H., & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21(4), 385-401. doi:10.1016/S0005-7894(05)80353-3
38. Spirito, A., Wolff, J.C., Seaboyer, L.M., Hunt, J., Esposito-Smythers, C., Nugent, N., . . . Miller, I. (2015). Concurrent treatment for adolescent and parent depressed mood and suicidality: Feasibility, acceptability, and preliminary findings. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25(2), 131-139. doi:10.1089/cap.2013.0130
39. Rosselló, J., Bernal, G., & Rivera-Medina, C. (2008). Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14(3), 234-245. doi:10.1037/1099-9809.14.3.234
40. Brent, D.A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., . . . Johnson, B.A. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54(9), 877-885. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830210125017
41. Goodyer, I.M., Reynolds, S., Barrett, B., Byford, S., Dubicka, B., Hill, J., . . . et al. (2017). Cognitive-behavioural therapy and short-term psychoanalytic psychotherapy versus brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depression (IMPACT): A multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, 21(12), 1-94. doi:10.3310/hta21120
42. Abeles, P., Verduyn, C., Robinson, A., Smith, P., Yule, W., & Proudfoot, J. (2009). Computerized CBT for adolescent depression ("Stressbusters") and its initial evaluation through an extended case series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2), 151-165. doi:10.1017/S1352465808005067
43. Vostanis, P., Feehan, C., Grattan, E., & Bickerton, W.-L. (1996). Treatment for children and adolescents with depression: Lessons from a controlled trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1(2), 199-212. doi:10.1177/1359104596012003
44. Wood, A., Harrington, R., & Moore, A. (1996). Controlled trial of a brief cognitive-behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(6), 737-746. doi:10.1111/j.1469-7610.1996.tb01466.x
45. Lindqvist, K., Mechler, J., Carlbring, P., Lillengren, P., Falkenström, F., Andersson, G., . . . Philips, B. (2020). Affect-focused psychodynamic internet-based therapy for adolescent depression: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 22(3), e18047. doi:10.2196/18047
46. Trowell, J., Joffe, I., Campbell, J., Clemente, C., Almqvist, F., Soininen, M., . . . Tsiantis, J. (2007). Childhood depression: A place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16(3), 157-167. doi:10.1007/s00787-006-0584-x
47. Horn, H., Geiser-Elze, A., Reck, C., Hartmann, M., Stefani, A., Victor, D., . . . Kronmüller, K.-T. (2005). Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54(7), 578-597.
48. Diamond, G.S., Kobak, R.R., Krauthamer Ewing, E.S., Levy, S.A., Herres, J.L., Russon, J.M., & Gallop, R.J. (2019). A randomized controlled trial: Attachment-based family and nondirective supportive treatments for youth who are suicidal. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(7), 721-731. doi:10.1016/j.jaac.2018.10.006
49. Poole, L.A., Knight, T., Toubourou, J.W., Lubman, D.I., Bertino, M.D., & Lewis, A.J. (2018). A randomized controlled trial of the impact of a family-based adolescent depression intervention on both youth and parent mental health outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(1), 169-181. doi:10.1007/s10802-017-0292-7
50. Waraan, L., Rognli, E.W., Czajkowski, N.O., Aalberg, M., & Mehlum, L. (2021). Effectiveness of attachment-based family therapy compared to treatment as usual for depressed adolescents in community mental health clinics. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 15(1), 8. doi:10.1186/s13034-021-00361-x
51. Diamond, G.S., Reis, B.F., Diamond, G.M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(10), 1190-1196. doi:10.1097/00004583-200210000-00008
52. Israel, P., & Diamond, G.S. (2013). Feasibility of attachment based family therapy for depressed clinic-referred Norwegian adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(3), 334-350. doi:10.1177/1359104512455811

53. Mufson, L., Weissman, M.M., Moreau, D., & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 56(6), 573-579. doi:10.1001/archpsyc.56.6.573
54. Mufson, L., Dorta, K.P., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., & Weissman, M.M. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 61(6), 577-584. doi:10.1001/archpsyc.61.6.577
55. Tang, T.C., Jou, S.H., Ko, C.H., Huang, S.Y., & Yen, C.F. (2009). Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 63(4), 463-470. doi:10.1111/j.1440-1819.2009.01991.x
56. Dietz, L.J., Weinberg, R.J., Brent, D.A., & Mufson, L. (2015). Family-based interpersonal psychotherapy for depressed preadolescents: Examining efficacy and potential treatment mechanisms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(3), 191-199. doi:10.1016/j.jaac.2014.12.011
57. O'Shea, G., Spence, S.H., & Donovan, C.L. (2015). Group versus individual interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(1), 1-19. doi:10.1017/S1352465814000216
58. Gunlicks-Stoessel, M., & Mufson, L. (2016). Innovations in practice: A pilot study of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents and their parents. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(4), 225-230. doi:10.1111/camh.12167
59. McCauley, E., Gudmundsen, G., Schloredt, K., Martell, C., Rhew, I., Hubley, S., & Dimidjian, S. (2016). The adolescent behavioral activation program: Adapting behavioral activation as a treatment for depression in adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 45(3), 291-304. doi:10.1080/15374416.2014.979933
60. Kitchen, C.E.W., Tiffin, P.A., Lewis, S., Gega, L., & Ekers, D. (2021). Innovations in Practice: A randomised controlled feasibility trial of Behavioural Activation as a treatment for young people with depression. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(3), 290-295. doi:10.1111/camh.12415
61. Pass, L., Lejuez, C.W., & Reynolds, S. (2018). Brief behavioural activation (Brief BA) for adolescent depression: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(2), 182-194. doi:10.1017/S1352465817000443
62. Ritschel, L.A., Ramirez, C.L., Cooley, J.L., & Edward Craighead, W. (2016). Behavioral activation for major depression in adolescents: Results from a pilot study. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(1), 39-57. doi:10.1111/cpsp.12140
63. Hayes, L., Boyd, C.P., & Sewell, J. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Mindfulness*, 2(2), 86-94. doi:10.1007/s12671-011-0046-5
64. Petts, R.A., Duenas, J.A., & Gaynor, S.T. (2017). Acceptance and commitment therapy for adolescent depression: Application with a diverse and predominantly socioeconomically disadvantaged sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 134-144. doi:10.1016/j.jcbs.2017.02.006
65. Parhiala, P., Ranta, K., Gergov, V., Kontunen, J., Law, R., La Greca, A.M., . . . Marttunen, M. (2020). Interpersonal counseling in the treatment of adolescent depression: A randomized controlled effectiveness and feasibility study in school health and welfare services. *School Mental Health*, 12(2), 265-283. doi:10.1007/s12310-019-09346-w
66. Tompson, M.C., Sugar, C.A., Langer, D.A., & Asarnow, J.R. (2017). A randomized clinical trial comparing family-focused treatment and individual supportive therapy for depression in childhood and early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(6), 515-523. doi:10.1016/j.jaac.2017.03.018
67. Asarnow, J.R., Tompson, M.C., Klonkhaus, A.M., Babeva, K., Langer, D.A., & Sugar, C.A. (2020). Randomized controlled trial of family-focused treatment for child depression compared to individual psychotherapy: one-year outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(6), 662-671. doi:10.1111/jcpp.13162
68. Muratori, F., Picchi, L., Bruni, G., Patarnello, M., & Romagnoli, G. (2003). A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalizing disorders in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 331-339. doi:10.1097/00004583-200303000-00014
69. Klein, A.M., Bergmann, S., Keitel-Korndörfer, A., Midgley, N., Müller-Göttken, T., Klitzing, K.v., & White, L.O. (2021). Evaluation der Psychoanalytischen Kurzzeittherapie (PaKT) für junge Kinder mit depressiven Störungen: Ergebnisse der Pilotstudie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 70(5), 445-464. doi:10.13109/prkk.2021.70.5.445
70. Luby, J., Lenze, S., & Tillman, R. (2012). A novel early intervention for preschool depression: Findings from a pilot randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), 313-322. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02483.x
71. Luby, J.L., Barch, D.M., Whalen, D., Tillman, R., & Freedland, K.E. (2018). A randomized controlled trial of parent-child psychotherapy targeting emotion development for early childhood depression. *The American Journal of Psychiatry*, 175(11), 1102-1110. doi:10.1176/appi.ajp.2018.18030321
72. Hetrick, S.E., McKenzie, J.E., Bailey, A.P., Sharma, V., Moller, C.I., Badcock, P.B., . . . Meader, N. (2021). New generation antidepressants for depression in children and adolescents: A network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD013674. doi:10.1002/14651858.CD013674.pub2
73. Hetrick, S., McKenzie, J.E., Cox, G.R., Simmons, M.B., & Merry, S.N. (2012). Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD004851. doi:10.1002/14651858.CD004851.pub3
74. Wagner, K.D., Robb, A.S., Findling, R.L., Jin, J., Gutierrez, M.M., & Heydorn, W.E. (2004). A randomized, placebo-controlled trial of citalopram for the treatment of major depression in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 161(6), 1079-1083. doi:10.1176/appi.ajp.161.6.1079
75. von Knorring, A.L., Olsson, G.I., Thomsen, P.H., Lemming, O.M., & Hultén, A. (2006). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of citalopram in adolescents with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 26(3), 311-315. doi:10.1097/01.jcp.0000219051.40632.d5
76. Emslie, G.J., Ventura, D., Korotzer, A., & Tourkodimitris, S. (2009). Escitalopram in the treatment of adolescent depression: A randomized placebo-controlled multisite trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(7), 721-729. doi:10.1097/CHI.0b013e3181a2b304
77. Wagner, K.D., Jonas, J., Findling, R.L., Ventura, D., & Saikali, K. (2006). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of escitalopram in the treatment of pediatric depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(3), 280-288. doi:10.1097/01.chi.0000192250.38400.9e
78. Almeida-Montes, L.G., & Friederichsen, A. (2005). Treatment of major depressive disorder with fluoxetine in children and adolescents. A double-blind, placebo-controlled study. *Psiquiatria Biologica*, 12(5), 198-205.
79. March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., . . . Treatment for Adolescents With Depression Study, T. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA*, 292(7), 807-820. doi:10.1001/jama.292.7.807
80. Simeon, J.G., Dinicola, V.F., Ferguson, H.B., & Copping, W. (1990). Adolescent depression: A placebo-controlled fluoxetine treatment study and follow-up. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 14(5), 791-795. doi:10.1016/0278-5846(90)90050-q

81. Emslie, G.J., Heiligenstein, J.H., Wagner, K.D., Hoog, S.L., Ernest, D.E., Brown, E., . . . Jacobson, J.G. (2002). Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: A placebo-controlled, randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(10), 1205-1215. doi:10.1097/00004583-200210000-00010
82. Emslie, G.J., Rush, A.J., Weinberg, W.A., Kowatch, R.A., Hughes, C.W., Carmody, T., & Rintelmann, J. (1997). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Archives Of General Psychiatry*, 54(11), 1031-1037. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830230069010
83. Atkinson, S.D., Prakash, A., Zhang, Q., Pangallo, B.A., Bangs, M.E., Emslie, G.J., & March, J.S. (2014). A double-blind efficacy and safety study of duloxetine flexible dosing in children and adolescents with major depressive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 24(4), 180-189. doi:10.1089/cap.2013.0146
84. Weihs, K.L., Murphy, W., Abbas, R., Chiles, D., England, R.D., Ramaker, S., & Wajsbrot, D.B. (2018). Desvenlafaxine versus placebo in a fluoxetine-referenced study of children and adolescents with major depressive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 28(1), 36-46. doi:10.1089/cap.2017.0100
85. Emslie, G.J., Prakash, A., Zhang, Q., Pangallo, B.A., Bangs, M.E., & March, J.S. (2014). A double-blind efficacy and safety study of duloxetine fixed doses in children and adolescents with major depressive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 24(4), 170-179. doi:10.1089/cap.2013.0096
86. *Interventional, randomised, double-blind, placebo-controlled, active reference (fluoxetine), fixed-dose study of vortioxetine in paediatric patients aged 12 to 17 years, with Major Depressive Disorder (MDD)*. 2016; Available from: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02709746>.
87. Findling, R.L., DelBello, M.P., Zuddas, A., Emslie, G.J., Ettrup, A., Petersen, M.L., . . . Rosen, M. (2022). Vortioxetine for major depressive disorder in adolescents: 12-week randomized, placebo-controlled, fluoxetine-referenced, fixed-dose study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(9), 1106-1118. doi:10.1016/j.jaac.2022.01.004
88. Findling, R.L., McCusker, E., & Strawn, J.R. (2020). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of vilazodone in children and adolescents with major depressive disorder with twenty-six-week open-label follow-up. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 30(6), 355-365. doi:10.1089/cap.2019.0176
89. Berard, R., Fong, R., Carpenter, D.J., Thomason, C., & Wilkinson, C. (2006). An international, multicenter, placebo-controlled trial of paroxetine in adolescents with major depressive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 16(1-2), 59-75. doi:10.1089/cap.2006.16.59
90. Emslie, G.J., Wagner, K.D., Kutcher, S., Krulewicz, S., Fong, R., Carpenter, D.J., . . . Wilkinson, C. (2006). Paroxetine treatment in children and adolescents with major depressive disorder: A randomized, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(6), 709-719. doi:10.1097/01.chi.0000214189.73240.63
91. Keller, M.B., Ryan, N.D., Strober, M., Klein, R.G., Kutcher, S.P., Birmaher, B., . . . McCafferty, J.P. (2001). Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 762-772. doi:10.1097/00004583-200107000-00010
92. GlaxoSmithKline. A randomised, double-blind, placebo controlled, parallel group, flexible dose study to evaluate the efficacy and safety of Paxil® tablets in children and adolescents with major depressive disorder <Post-marketing clinical study>[Accessed February 2011].
93. Wagner, K.D., Ambrosini, P., Rynn, M., Wohlberg, C., Yang, R., Greenbaum, M.S., . . . Sertraline Pediatric Depression Study, G. (2003). Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder: Two randomized controlled trials. *JAMA*, 290(8), 1033-1041. doi:10.1001/jama.290.8.1033
94. Durgam, S., Chen, C., Migliore, R., Prakash, C., Edwards, J., & Findling, R.L. (2018). A phase 3, double-blind, randomized, placebo-controlled study of vilazodone in adolescents with major depressive disorder. *Pediatric Drugs*, 20(4), 353-363. doi:10.1007/s40272-018-0290-4
95. Atkinson, S., Lubaczewski, S., Ramaker, S., England, R.D., Wajsbrot, D.B., Abbas, R., & Findling, R.L. (2018). Desvenlafaxine versus placebo in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 28(1), 55-65. doi:10.1089/cap.2017.0099
96. Emslie, G.J., Findling, R.L., Yeung, P.P., Kunz, N.R., & Li, Y. (2007). Venlafaxine ER for the treatment of pediatric subjects with depression: Results of two placebo-controlled trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(4), 479-488. doi:10.1097/chi.0b013e31802f5f03
97. Anonymous. Rapports publics public assessment report for paediatric data in EU worksharing procedure: Mirtazapine (Remeron) UK/H/0016/pdWS/001 [Accessed August 2022].
98. Jureidini, J.N., Amsterdam, J.D., & McHenry, L.B. (2016). The citalopram CIT-MD-18 pediatric depression trial: Deconstruction of medical ghostwriting, data mischaracterisation and academic malfeasance. *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 28(1), 33-43. doi:10.3233/JRS-160671
99. Hazell, P., & Mirzaie, M. (2013). Tricyclic drugs for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(6), CD002317. doi:10.1002/14651858.CD002317.pub2
100. Bernstein, G.A., Garfinkel, B.D., & Borchardt, C.M. (1990). Comparative studies of pharmacotherapy for school refusal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(5), 773-781. doi:10.1097/00004583-199009000-00016
101. Hughes, C.W., Preskorn, S.H., Wrona, M., Hassanein, R., & Tucker, S. (1990). Followup of adolescents initially treated for prepubertal-onset major depressive disorder with imipramine. *Psychopharmacology Bulletin*, 26(2), 244-248.
102. Petti, T.A., & Law, W., 3rd. (1982). Imipramine treatment of depressed children: A double-blind pilot study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2(2), 107-110.
103. Puig-Antich, J., Perel, J.M., Lupatkin, W., Chambers, W.J., Tabrizi, M.A., King, J., . . . Stiller, R.L. (1987). Imipramine in prepubertal major depressive disorders. *Archives Of General Psychiatry*, 44(1), 81-89. doi:10.1001/archpsyc.1987.01800130093012
104. Bernstein, G.A., Borchardt, C.M., Perwien, A.R., Crosby, R.D., Kushner, M.G., Thurais, P.D., & Last, C.G. (2000). Imipramine plus cognitive-behavioral therapy in the treatment of school refusal. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(3), 276-283. doi:10.1097/00004583-200003000-00008
105. Hughes, C.W., Preskorn, S.H., Weller, E., Weller, R., Hassanein, R., & Tucker, S. (1990). The effect of concomitant disorders in childhood depression on predicting treatment response. *Psychopharmacology Bulletin*, 26(2), 235-238.
106. Birmaher, B., Waterman, G.S., Ryan, N.D., Perel, J., McNabb, J., Balach, L., . . . Rao, U. (1998). Randomized, controlled trial of amitriptyline versus placebo for adolescents with "treatment-resistant" major depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(5), 527-535. doi:10.1097/00004583-199805000-00015
107. Kashani, J.H., Shekim, W.O., & Reid, J.C. (1984). Amitriptyline in children with major depressive disorder: A double-blind crossover pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(3), 348-351. doi:10.1016/s0002-7138(09)60515-x

108. Kramer, A.D., & Feiguine, R.J. (1981). Clinical effects of amitriptyline in adolescent depression. A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(3), 636-644. doi:10.1016/s0002-7138(09)61650-2
109. Kye, C.H., Waterman, G.S., Ryan, N.D., Birmaher, B., Williamson, D.E., Iyengar, S., & Datchile, S. (1996). A randomized, controlled trial of amitriptyline in the acute treatment of adolescent major depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1139-1144. doi:10.1097/00004583-199609000-00011
110. Klein, R.G., Mannuzza, S., Koplewicz, H.S., Tancer, N.K., Shah, M., Liang, V., & Davies, M. (1998). Adolescent depression: Controlled desipramine treatment and atypical features. *Depression and Anxiety*, 7(1), 15-31. doi:10.1002/(sici)1520-6394(1998)7:1<15::aid-da3>3.0.co;2-4
111. Kutcher, S., Boulos, C., Ward, B., Marton, P., Simeon, J., Ferguson, H.B., . . . et al. (1994). Response to desipramine treatment in adolescent depression: A fixed-dose, placebo-controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(5), 686-694. doi:10.1097/00004583-199406000-00010
112. Geller, B., Cooper, T.B., Graham, D.L., Fetner, H.H., Marsteller, F.A., & Wells, J.M. (1992). Pharmacokinetically designed double-blind placebo-controlled study of nortriptyline in 6- to 12-year-olds with major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(1), 34-44. doi:10.1097/00004583-199201000-00007
113. Geller, B., Cooper, T.B., Graham, D.L., Marsteller, F.A., & Bryant, D.M. (1990). Double-blind placebo-controlled study of nortriptyline in depressed adolescents using a "fixed plasma level" design. *Psychopharmacology Bulletin*, 26(1), 85-90.
114. Le Noury, J., Nardo, J.M., Healy, D., Jureidini, J., Raven, M., Tufanaru, C., & Abi-Jaoude, E. (2015). Restoring study 329: Efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence. *BMJ*, 351, h4320. doi:10.1136/bmj.h4320
115. Le Noury, J., Nardo, J.M., Healy, D., Jureidini, J., Raven, M., Tufanaru, C., & Abi-Jaoude, E. (2016). Study 329 continuation phase: Safety and efficacy of paroxetine and imipramine in extended treatment of adolescent major depression. *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 28(3), 143-161. doi:10.3233/JRS-160728
116. Avci, A., Diler, R.S., Kibar, M., & Toros, F. (1999). Comparison of moclobemide and placebo in young adolescents with major depressive disorder. *Annals of Medical Sciences*, 8, 31-40.
117. DelBello, M.P., Hochadel, T.J., Portland, K.B., Azzaro, A.J., Katic, A., Khan, A., & Emslie, G. (2014). A double-blind, placebo-controlled study of selegiline transdermal system in depressed adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 24(6), 311-317. doi:10.1089/cap.2013.0138
118. Findling, R.L., McNamara, N.K., O'Riordan, M.A., Reed, M.D., Demeter, C.A., Branicky, L.A., & Blumer, J.L. (2003). An open-label pilot study of St. John's wort in juvenile depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(8), 908-914. doi:10.1097/01.CHI.0000046900.27264.2A
119. Hübner, W.-D., & Kirste, T. (2001). Experience with St John's Wort (*Hypericum perforatum*) in children under 12 years with symptoms of depression and psychovegetative disturbances. *Phytotherapy Research*, 15(4), 367-370. doi:10.1002/ptr.829
120. Simeon, J., Nixon, M.K., Milin, R., Jovanovic, R., & Walker, S. (2005). Open-label pilot study of St. John's wort in adolescent depression. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(2), 293-301. doi:10.1089/cap.2005.15.293
121. Cullen, K.R., Amatya, P., Roback, M.G., Albott, C.S., Westlund Schreiner, M., Ren, Y., . . . Klimes-Dougan, B. (2018). Intravenous ketamine for adolescents with treatment-resistant depression: An open-label study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 28(7), 437-444. doi:10.1089/cap.2018.0030
122. Dwyer, J.B., Landeros-Weisenberger, A., Johnson, J.A., Tobon, A.L., Flores, J.M., Nasir, M., . . . Bloch, M.H. (2021). Efficacy of intravenous ketamine in adolescent treatment-resistant depression: A randomized midazolam-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 178(4), 352-362. doi:10.1176/appi.ajp.2020.20010018
123. Cox, G.R., Callahan, P., Churchill, R., Hunot, V., Merry, S.N., Parker, A.G., & Hetrick, S.E. (2014). Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(11), CD008324. doi:10.1002/14651858.CD008324.pub3
124. Melvin, G.A., Tonge, B.J., King, N.J., Heyne, D., Gordon, M.S., & Klimkeit, E. (2006). A comparison of cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(10), 1151-1161. doi:10.1097/01.chi.0000233157.21925.71
125. Emslie, G.J., Kratochvil, C., Vitiello, B., Silva, S., Mayes, T., McNulty, S., . . . Team, T. (2006). Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): Safety results. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1440-1455. doi:10.1097/01.chi.0000240840.63737.1d
126. Clarke, G., Debar, L., Lynch, F., Powell, J., Gale, J., O'Connor, E., . . . Hertert, S. (2005). A randomized effectiveness trial of brief cognitive-behavioral therapy for depressed adolescents receiving antidepressant medication. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(9), 888-898. doi:10.1016/S0890-8567(09)62194-8
127. Goodyer, I., Dubicka, B., Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Byford, S., . . . Harrington, R. (2007). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression: Randomised controlled trial. *BMJ*, 335(7611), 142. doi:10.1136/bmj.39224.494340.55
128. Kim, S.M., Han, D.H., Lee, Y.S., & Renshaw, P.F. (2012). Combined cognitive behavioral therapy and bupropion for the treatment of problematic on-line game play in adolescents with major depressive disorder. *Computers in Human Behavior*, 28(5), 1954-1959. doi:10.1016/j.chb.2012.05.015
129. Cornelius, J.R., Bukstein, O.G., Wood, D.S., Kirisci, L., Douaihy, A., & Clark, D.B. (2009). Double-blind placebo-controlled trial of fluoxetine in adolescents with comorbid major depression and an alcohol use disorder. *Addictive Behaviors*, 34(10), 905-909. doi:10.1016/j.addbeh.2009.03.008
130. Deas, D., Randall, C.L., Roberts, J.S., & Anton, R.F. (2000). A double-blind, placebo-controlled trial of sertraline in depressed adolescent alcoholics: A pilot study. *Human Psychopharmacology*, 15(6), 461-469. doi:10.1002/1099-1077(200008)15:6<461::AID-HUP209>3.0.CO;2-J
131. Riggs, P.D., Mikulich-Gilbertson, S.K., Davies, R.D., Lohman, M., Klein, C., & Stover, S.K. (2007). A randomized controlled trial of fluoxetine and cognitive behavioral therapy in adolescents with major depression, behavior problems, and substance use disorders. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(11), 1026-1034. doi:10.1001/archpedi.161.11.1026
132. Emslie, G.J., Kennard, B.D., Mayes, T.L., Nakonezny, P.A., Moore, J., Jones, J.M., . . . King, J. (2015). Continued effectiveness of relapse prevention cognitive-behavioral therapy following fluoxetine treatment in youth with major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(12), 991-998. doi:10.1016/j.jaac.2015.09.014
133. Kennard, B.D., Emslie, G.J., Mayes, T.L., Nakonezny, P.A., Jones, J.M., Foxwell, A.A., & King, J. (2014). Sequential treatment with fluoxetine and relapse-prevention CBT to improve outcomes in pediatric depression. *American Journal of Psychiatry*, 171(10), 1083-1090. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13111460

134. Davey, C.G., Chanen, A.M., Hetrick, S.E., Cotton, S.M., Ratheesh, A., Amminger, G.P., . . . Berk, M. (2019). The addition of fluoxetine to cognitive behavioural therapy for youth depression (YoDA-C): A randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre clinical trial. *Lancet Psychiatry*, 6(9), 735-744. doi:10.1016/s2215-0366(19)30215-9
135. Aalsma, M.C., Jones, L.D., Staples, J.K., Garabrant, J.M., Gordon, J.S., Cyr, L.R., . . . Salyers, M.P. (2020). Mind-Body Skills Groups for adolescents with depression in primary care: A pilot study. *Journal of Pediatric Health Care*, 34(5), 462-469. doi:10.1016/j.pedhc.2020.05.003
136. Yang, W., Zhang, J.X., Ding, Z., & Xiao, L. (2016). Attention bias modification treatment for adolescents with major depression: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(3), 208-218.e2. doi:10.1016/j.jaac.2015.12.005
137. LeMoult, J., Colich, N., Joormann, J., Singh, M.K., Eggleston, C., & Gotlib, I.H. (2018). Interpretation bias training in depressed adolescents: Near- and far-transfer effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(1), 159-167. doi:10.1007/s10802-017-0285-6
138. Micco, J.A., Henin, A., & Hirshfeld-Becker, D.R. (2014). Efficacy of interpretation bias modification in depressed adolescents and young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 38(2), 89-102. doi:10.1007/s10608-013-9578-4
139. Sonis, W.A., Yellin, A.M., Garfinkel, B.D., & Hoberman, H.H. (1987). The antidepressant effect of light in seasonal affective disorder of childhood and adolescence. *Psychopharmacology Bulletin*, 23(3), 360-363.
140. Swedo, S.E., Allen, A.J., Glod, C.A., Clark, C.H., Teicher, M.H., Richter, D., . . . Rosenthal, N.E. (1997). A controlled trial of light therapy for the treatment of pediatric seasonal affective disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(6), 816-821. doi:10.1097/00004583-199706000-00019
141. Bogen, S., Legenbauer, T., Gest, S., & Holtmann, M. (2016). Lighting the mood of depressed youth: Feasibility and efficacy of a 2 week-placebo controlled bright light treatment for juvenile inpatients. *Journal of Affective Disorders*, 190, 450-456. doi:10.1016/j.jad.2015.09.026
142. Niederhofer, H., & von Klitzing, K. (2011). Bright light treatment as add-on therapy for depression in 28 adolescents: A randomized trial. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 13(6). doi:10.4088/PCC.11m01194
143. Naylor, M.W., King, C.A., Lindsay, K.A., Evans, T., Armelagos, J., Shain, B.N., & Greden, J.F. (1993). Sleep deprivation in depressed adolescents and psychiatric controls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(4), 753-759. doi:10.1097/00004583-199307000-00008
144. Hurd, D., Herrera, M., Brant, J.M., Coombs, N.C., & Arzubi, E. (2019). Prospective, open trial of adjunctive triple chronotherapy for the acute treatment of depression in adolescent inpatients. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 29(1), 20-27. doi:10.1089/cap.2018.0063
145. Walsh, S.M. (1993). Future images: An art intervention with suicidal adolescents. *Applied Nursing Research*, 6(3), 111-118. doi:10.1016/s0897-1897(05)80171-5
146. Zhang, L., Liu, H., Kuang, L., Meng, H., & Zhou, X. (2019). Omega-3 fatty acids for the treatment of depressive disorders in children and adolescents: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13(1), 36. doi:10.1186/s13034-019-0296-x
147. Fristad, M.A., Vesco, A.T., Young, A.S., Healy, K.Z., Nader, E.S., Gardner, W., . . . Arnold, L.E. (2019). Pilot randomized controlled trial of omega-3 and individual-family psychoeducational psychotherapy for children and adolescents with depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(sup1), S105-S118. doi:10.1080/15374416.2016.1233500
148. Gabbay, V., Freed, R.D., Alonso, C.M., Senger, S., Stadterman, J., Davison, B.A., & Klein, R.G. (2018). A double-blind placebo-controlled trial of omega-3 fatty acids as a monotherapy for adolescent depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 79(4). doi:10.4088/JCP.17m11596
149. Nemets, H., Nemets, B., Apter, A., Bracha, Z., & Belmaker, R.H. (2006). Omega-3 treatment of childhood depression: A controlled, double-blind pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 1098-1100. doi:10.1176/ajp.2006.163.6.1098
150. Trebatícká, J., Hradečná, Z., Bohmer, F., Vavakova, M., Waczulíková, I., Garaiova, I., . . . Ďuračková, Z. (2017). Emulsified omega-3 fatty-acids modulate the symptoms of depressive disorder in children and adolescents: A pilot study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11, 30. doi:10.1186/s13034-017-0167-2
151. Trebatícká, J., Hradečná, Z., Surovcová, A., Katrenčíková, B., Gushina, I., Waczulíková, I., . . . Ďuračková, Z. (2020). Omega-3 fatty-acids modulate symptoms of depressive disorder, serum levels of omega-3 fatty acids and omega-6/omega-3 ratio in children. A randomized, double-blind and controlled trial. *Psychiatry Res*, 287, 112911. doi:10.1016/j.psychres.2020.112911
152. Brown, S.W., Welsh, M.C., Labbe, E.E., Vitulli, W.F., & Kulkarni, P. (1992). Aerobic exercise in the psychological treatment of adolescents. *Perceptual and Motor Skills*, 74(2), 555-560. doi:10.2466/pms.1992.74.2.555
153. Carter, T., Guo, B., Turner, D., Morres, I., Khalil, E., Brighton, E., . . . Callaghan, P. (2015). Preferred intensity exercise for adolescents receiving treatment for depression: A pragmatic randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15, 247. doi:10.1186/s12888-015-0638-z
154. Wunram, H.L., Hamacher, S., Hellmich, M., Volk, M., Janicke, F., Reinhard, F., . . . Fricke, O. (2018). Whole body vibration added to treatment as usual is effective in adolescents with depression: A partly randomized, three-armed clinical trial in inpatients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(5), 645-662. doi:10.1007/s00787-017-1071-2
155. Hughes, C.W., Barnes, S., Barnes, C., Defina, L.F., Nakonezny, P., & Emslie, G.J. (2013). Depressed Adolescents Treated with Exercise (DATE): A pilot randomized controlled trial to test feasibility and establish preliminary effect sizes. *Mental Health and Physical Activity*, 6(2). doi:10.1016/j.mhpa.2013.06.006
156. Dabidg Roshan, V., Pourasghar, M., & Mohammadian, Z. (2011). The efficacy of intermittent walking in water on the rate of MHPG sulfate and the severity of depression. *Iranian Journal of Psychiatry And Behavioral Sciences*, 5(2), 26-31.
157. Zhang, J., Li, S., & Ji, W. (2021). Exercise intervention improves the quality of life, anxiety, and depression of adolescent depression patients. *Int J Clin Exp Med*, 14(2), 1292-1300.
158. Rickhi, B., Kania-Richmond, A., Moritz, S., Cohen, J., Paccagnan, P., Dennis, C., . . . Toews, J. (2015). Evaluation of a spirituality informed e-mental health tool as an intervention for major depressive disorder in adolescents and young adults - a randomized controlled pilot trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 15, 450. doi:10.1186/s12906-015-0968-x
159. Amr, M., El-Mogy, A., Shams, T., Vieira, K., & Lakhan, S.E. (2013). Efficacy of vitamin c as an adjunct to fluoxetine therapy in pediatric major depressive disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. *Nutrition Journal*, 12, 31. doi:10.1186/1475-2891-12-31
160. Varigonda, A.L., Jakubovski, E., Taylor, M.J., Freemantle, N., Coughlin, C., & Bloch, M.H. (2015). Systematic review and meta-analysis: Early treatment responses of selective serotonin reuptake inhibitors in pediatric major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(7), 557-564. doi:10.1016/j.jaac.2015.05.004
161. Gunlicks-Stoessel, M., Mufson, L., Bernstein, G., Westervelt, A., Reigstad, K., Klimes-Dougan, B., . . . Vock, D. (2019). Critical decision points for augmenting interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: A pilot sequential multiple

- assignment randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(1), 80-91. doi:10.1016/j.jaac.2018.06.032
162. Zhou, X., Michael, K.D., Liu, Y., Del Giovane, C., Qin, B., Cohen, D., . . . Xie, P. (2014). Systematic review of management for treatment-resistant depression in adolescents. *BMC Psychiatry*, 14, 340. doi:10.1186/s12888-014-0340-6
 163. Brent, D., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K.D., Asarnow, J.R., Keller, M., . . . Zelazny, J. (2008). Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: The TORDIA randomized controlled trial. *JAMA*, 299(8), 901-913. doi:10.1001/jama.299.8.901
 164. Ghaziuddin, N., King, C.A., Naylor, M.W., Ghaziuddin, M., Chaudhary, N., Giordani, B., . . . Greden, J. (1996). Electroconvulsive treatment in adolescents with pharmacotherapy-refractory depression. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 6(4), 259-271. doi:10.1089/cap.1996.6.259
 165. Ghaziuddin, N., Dumas, S., & Hodges, E. (2011). Use of continuation or maintenance electroconvulsive therapy in adolescents with severe treatment-resistant depression. *Journal of ECT*, 27(2), 168-174. doi:10.1097/YCT.0b013e3181f665e4
 166. Grover, S., Malhotra, S., Varma, S., Chakrabarti, S., Avasthi, A., & Mattoo, S.K. (2013). Electroconvulsive therapy in adolescents: A retrospective study from north India. *Journal of ECT*, 29(2), 122-126. doi:10.1097/YCT.0b013e31827e0d22
 167. Andrews, J.T., Seide, M., Guarda, A.S., Redgrave, G.W., & Coffey, D.B. (2014). Electroconvulsive therapy in an adolescent with severe major depression and anorexia nervosa. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 24(2), 94-98. doi:10.1089/cap.2014.2422
 168. M., R., K., W., S., W., F., H., & J., B. (2018). Fallbericht einer 15-jährigen Patientin mit einer schweren wahnhaften Depression, behandelt mit Elektrokonvulsionstherapie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 46(6), 536-541. doi:10.1024/1422-4917/a000600
 169. Hett, D., Rogers, J., Humpston, C., & Marwaha, S. (2021). Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) for the Treatment of Depression in Adolescence: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 278, 460-469. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.058>
 170. Croarkin, P.E., Elmaadawi, A.Z., Aaronson, S.T., Schrod, G.R., Jr., Holbert, R.C., Verdoliva, S., . . . Strawn, J.R. (2021). Left prefrontal transcranial magnetic stimulation for treatment-resistant depression in adolescents: a double-blind, randomized, sham-controlled trial. *Neuropsychopharmacology*, 46(2), 462-469. doi:10.1038/s41386-020-00829-y
 171. Zhang, T., Zhu, J., Wang, J., Tang, Y., Xu, L., Tang, X., . . . Wang, J. (2021). An Open-label Trial of Adjuvant High-frequency Left Prefrontal Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for Treating Suicidal Ideation in Adolescents and Adults With Depression. *Journal of ECT*, 37(2), 140-146. doi:10.1097/YCT.0000000000000739
 172. Cox, G.R., Fisher, C.A., De Silva, S., Phelan, M., Akinwale, O.P., Simmons, M.B., & Hetrick, S.E. (2012). Interventions for preventing relapse and recurrence of a depressive disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, 11, Cd007504. doi:10.1002/14651858.CD007504.pub2
 173. Kroll, L., Harrington, R., Jayson, D., Fraser, J., & Gowers, S. (1996). Pilot study of continuation cognitive-behavioral therapy for major depression in adolescent psychiatric patients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1156-1161. doi:10.1097/00004583-199609000-00013
 174. Emslie, G.J., Rush, A.J., Weinberg, W.A., Gullion, C.M., Rintelmann, J., & Hughes, C.W. (1997). Recurrence of major depressive disorder in hospitalized children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(6), 785-792. doi:10.1097/00004583-199706000-00015
 175. Emslie, G.J., Heiligenstein, J.H., Hoog, S.L., Wagner, K.D., Findling, R.L., McCracken, J.T., . . . Jacobson, J.G. (2004). Fluoxetine treatment for prevention of relapse of depression in children and adolescents: A double-blind, placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(11), 1397-1405. doi:10.1097/01.chi.0000140453.89323.57
 176. Emslie, G.J., Kennard, B.D., Mayes, T.L., Nightingale-Teresi, J., Carmody, T., Hughes, C.W., . . . Rintelmann, J.W. (2008). Fluoxetine versus placebo in preventing relapse of major depression in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 165(4), 459-467. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07091453
 177. Cheung, A., Kusumakar, V., Kutcher, S., Dubo, E., Garland, J., Weiss, M., . . . Levitt, A. (2008). Maintenance study for adolescent depression. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18(4), 389-394. doi:10.1089/cap.2008.0001
 178. Renaud, J., Brent, D.A., Baugher, M., Birmaher, B., Kolko, D.J., & Bridge, J. (1998). Rapid response to psychosocial treatment for adolescent depression: A two-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1184-1190. doi:10.1097/00004583-199811000-00019
 179. Kennard, B.D., Emslie, G.J., Mayes, T.L., Nightingale-Teresi, J., Nakonezny, P.A., Hughes, J.L., . . . Jarrett, R.B. (2008). Cognitive-behavioral therapy to prevent relapse in pediatric responders to pharmacotherapy for major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1395-404. doi:10.1097/CHI.0b013e31818914a1
 180. Rohde, P., Silva, S.G., Tonev, S.T., Kennard, B.D., Vitiello, B., Kratochvil, C.J., . . . March, J.S. (2008). Achievement and maintenance of sustained response during the Treatment for Adolescents With Depression Study continuation and maintenance therapy. *Archives of General Psychiatry*, 65(4), 447-455. doi:10.1001/archpsyc.65.4.447
 181. Emslie, G.J., Mayes, T., Porta, G., Vitiello, B., Clarke, G., Wagner, K.D., . . . Brent, D. (2010). Treatment of Resistant Depression in Adolescents (TORDIA): Week 24 outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 782-791. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09040552
 182. Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. doi:10.1037/0003-066X.55.5.469
 183. Fombonne, E., Wostear, G., Cooper, V., Harrington, R., & Rutter, M. (2001). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. *The British Journal of Psychiatry*, 179(3), 210-217. doi:10.1192/bjp.179.3.210
 184. Chugani, C.D., Goldstein, T.R., Salk, R.H., Poling, K., Sakolsky, D., & Brent, D. (2020). Group intervention for young adults with mood and anxiety disorders transitioning to college. *Journal of Psychiatric Practice*, 26(2), 120-125. doi:10.1097/PRA.0000000000000456
 185. Hagen, B. (2015). Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung. Abschlussbericht 2014: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland.

Erstveröffentlichung:	2013/07/01
Überarbeitung von:	2025/12/02
Nächste Überprüfung geplant:	2025/12/01

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online