

KLINISCHE LEITLINIE

Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Kathrin Dolle, Gerd Schulte-Körne

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Depressive Störungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen weltweit. Vor der Pubertät sind circa 3 %, nach der Pubertät circa 6 % der Kinder und Jugendlichen betroffen. Bei vielen Ärzten besteht Unsicherheit, welche Behandlungsansätze wirksam sind und wie die Therapie geplant werden sollte.

Methoden: Systematische Literaturrecherchen wurden in elektronischen Datenbanken, Studienregistern und als Handsuche durchgeführt. Über 450 Studien (überwiegend randomisierte kontrollierte Studien [RCTs]) wurden in fünf Evidenztabelle zusammengefasst. Die Empfehlungen wurden im Rahmen einer Konsensuskonferenz durch die Vertretungen von 23 Organisationen diskutiert und verabschiedet.

Ergebnisse: Als Behandlung der ersten Wahl für Kinder und Jugendliche ab acht Jahren werden in erster Linie die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) (Cohens d [Effektstärke]: 0,5–2) oder die interpersonelle Psychotherapie (Cohens d: 0,5–0,6) empfohlen. Fluoxetin (Cohens d: 0,3–5,6) wird zur medikamentösen Behandlung alleine oder in Kombination mit KVT empfohlen. Die Analyse ergab einen niedrigeren Evidenzgrad für die psychodynamische oder systemische Psychotherapie beziehungsweise die Medikation mit Escitalopram, Citalopram oder Sertralin. Bei leichter bis mittelgradiger Depression wird eine Psychotherapie empfohlen, bei schwerer Depression eine Kombinationstherapie. Es fehlen – besonders im Kindesalter – aussagekräftige Studien zum Vergleich dieser Behandlungsansätze und zu komplementären Interventionen (beispielsweise künstlerische Therapien, Wachtherapie, Jugendhilfemaßnahmen).

Schlussfolgerungen: Für die Behandlung von depressiven Störungen bei Jugendlichen liegt eine ausreichende Evidenz für Empfehlungen vor, für Kinder fehlt sie überwiegend. Es besteht großer Handlungsbedarf im Bereich der Interventionsforschung bei Kindern und Jugendlichen.

► Zitierweise

Dolle K, Schulte-Körne G: Clinical practice guideline: The treatment of depressive disorders in children and adolescents. Dtsch Arztebl Int 2013; 110(50): 854–60. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0854

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen weltweit. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) leiden etwa 121 Millionen Menschen darunter. Depressive Störungen sind derzeit die bedeutendste Ursache für den Verlust von Lebensjahren ohne gesundheitliche Einschränkungen („years lost due to disability“, YLD). Sie werden hinsichtlich der globalen Krankheitslast (gemessen als „disability adjusted life years“, DALY) bis zum Jahr 2020 den zweiten Rang einnehmen (WHO, 2012) (1).

Depressive Störungen treten bereits frühzeitig auf, vor der Pubertät sind circa 3 %, nach der Pubertät circa 6 % der Kinder und Jugendlichen betroffen (e1). Die Störungen verlaufen in Episoden unterschiedlicher Länge, nicht selten chronisch, und führen zu einer erheblichen Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung. Das Risiko für einen Jugendlichen, nach einer ersten Episode der Störung innerhalb von fünf Jahren erneut zu erkranken, liegt zwischen 50 und 70 % (e2).

Nicht alle betroffenen Kinder und Jugendlichen erhalten eine optimale Behandlung (2). Eine Evidenz zur Wirksamkeit verschiedener Behandlungsansätze ist häufig nicht verfügbar. Empfehlungen aus dem Erwachsenenbereich (e3) können nicht pauschal übertragen werden, da sowohl die Symptomatik als auch die Angemessenheit und Wirksamkeit der Behandlungsansätze vom Alter und dem Entwicklungsstand des Patienten abhängen.

2010 stieß die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) die Entwicklung einer evidenz- und konsensbasierten S3-Leitlinie zur Behandlung von depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter (3–18 Jahre) gemäß den ICD-10-Kriterien (F32, F33, F34.1 und F92.0) an, damit mehr Betroffene die für sie optimale Behandlung erhalten. Die Leitlinie informiert über den aktuellen Erkenntnisstand zur Wirksamkeit von Behandlungsansätzen und erleichtert durch Empfehlungen die Auswahl und Planung einer wirksamen Behandlungsstrategie (3).

Methoden

Eine systematische Suche (Grafik 1) nach vorhandenen Leitlinien ergab drei relevante Einschlüsse (4–7). Zusätzlich wurden eigene Recherchen von Juli 2011 bis Juli 2012 in jeweils vier Datenbanken, in

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Klinikum der Universität München: Dipl.-Psych. Dolle, Prof. Dr. med. Schulte-Körne

Registern klinischer Studien sowie als Handsuche in Fachzeitschriften und Kongressberichten durchgeführt. Dabei wurden modular aufgebaute Suchfilter eingesetzt (Beispiel im *eKasten 1*). Zwei unabhängige Gutachterinnen wählten die Studien aus und bewerteten sie. Bei Abweichungen wurde nach einer erneuten Durchsicht und Diskussion ein Konsens gefunden. Ein- und Ausschlusskriterien sind im *Kasten* dargestellt.

Alle systematischen Reviews und Studien mit Kontrollgruppen wurden mit Hilfe strukturierter Checklisten des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, abrufbar unter www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html) durch zwei Gutachterinnen geprüft. Anschließend wurden sie in fünf Evidenztabelle thematisch geordnet zusammengefasst und mit einem Evidenzgrad versehen. Anhand dieser Evidenztabelle und der Empfehlungen aus den vorhandenen Leitlinien wurden Empfehlungen für die klinischen Schlüsselfragen entwickelt, denen ein Empfehlungsgrad zugeordnet wurde. Für die Vergabe der Evidenz- und Empfehlungsgrade wurde das Schema des Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (8) herangezogen (*eTabelle*).

In einer Konsensuskonferenz unter Moderation durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wurde über jede Empfehlung in einem „Nominalen Gruppenprozess“ diskutiert und abgestimmt. Jede der 23 beteiligten Organisationen (*eKasten 2*) hatte eine Stimme. Für alle Empfehlungen konnte ein „starker Konsens“ (> 95 % Zustimmung), ein „Konsens“ (> 75–95 % Zustimmung) oder eine „mehrheitliche Zustimmung“ (> 50–75 %) erreicht werden.

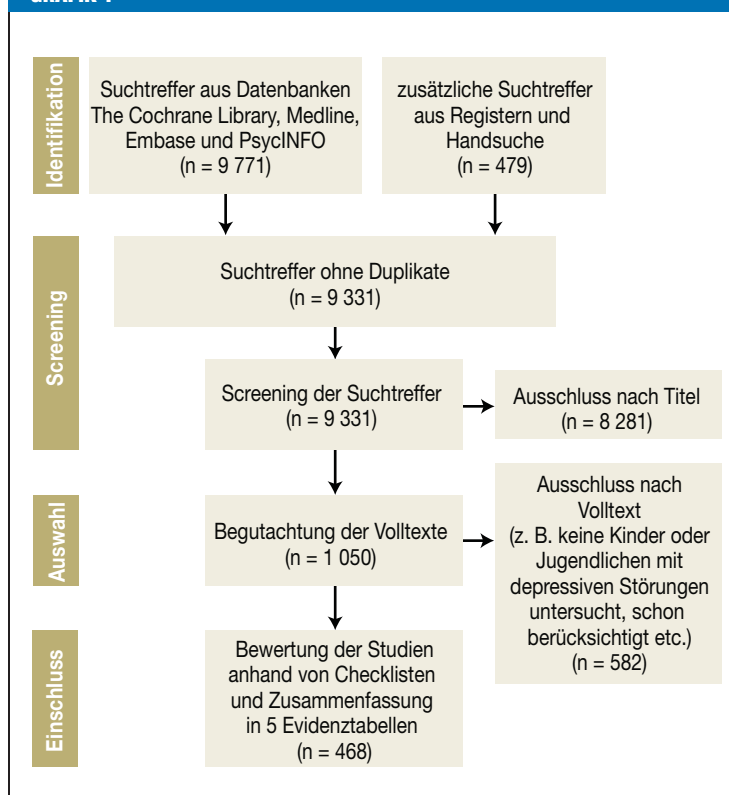
Ergebnisse und Empfehlungen

Behandlungsrahmen

Die Behandlung depressiver Störungen erfordert zunächst die eingehende Diagnostik und Klassifikation nach den Kriterien des ICD-10, das drei Schweregrade der depressiven Episode – leicht, mittel und schwer – unterscheidet (*Grafik 2*). Für die Behandlung einer leichten depressiven Störung ohne Komorbidität, ohne nennenswerte Risikofaktoren und ohne familiäre Vorbelastungen durch affektive Störungen oder Warnsignale für einen Rückfall können über einen Zeitraum von sechs bis acht Wochen zunächst aktive abwartende Maßnahmen eingesetzt werden. Hierzu gehören eine Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben sowie eine Beratung oder eine Psychoedukation zur Symptomatik, zu Ursachen, dem Verlauf und den Behandlungsmöglichkeiten.

Eine zweiwöchige Kontrolle des Verlaufs sollte durchgeführt werden. Diese Empfehlung gilt auch für Kinder- und Jugendliche, die eine Behandlung ablehnen, und für Kinder und Jugendliche, bei denen eine vollständige, altersgerechte Alltagsbewältigung gegeben ist (Klinischer Konsenspunkt [KKP], Konsens).

GRAFIK 1



Ergebnis der systematischen Literatursuche und -bewertung

In der Regel erfolgt die Behandlung depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen ambulant. Voraussetzung hierfür ist, dass die Kinder über ein angemessenes psychosoziales Funktionsniveau (gemäß Achse VI des multiaxialen Klassifikationsschemas [MAS]) (9) verfügen (KKP, starker Konsens). Dies bedeutet zum Beispiel, dass sie die Kontakte zu ihrer Umwelt aufrechterhalten und die Alltagsaufgaben (zum Beispiel regelmäßiger Schulbesuch) bewältigen. Liegen jedoch nachfolgende Kriterien vor, sollte eine stationäre Behandlung durchgeführt werden:

- akute Suizidalität, verbunden mit fehlender Ab-sprachefähigkeit (das heißt, die Kinder und Jugendlichen können nicht versichern, sich bei suizidalen Gedanken Hilfe zu suchen)
- die depressive Störung ist so schwer, dass beispielsweise die Schule nicht mehr besucht werden kann oder
- Alltagsaufgaben, wie zum Beispiel regelmäßiges Essen und Trinken oder die Tagesstruktur einhalten (morgendliches Aufstehen, angemessene Zu-Bett-Geh-Zeit), werden nicht mehr bewältigt

Diese Kriterien sind zusammenfassend auf der Achse IV und Achse V des MAS dargestellt (9), (KKP, starker Konsens). Eine teilstationäre Behandlung ist unter Berücksichtigung des Schweregrades

KASTEN
Methode der systematischen Literatursuche
Einschlusskriterien

- Arbeiten zur Behandlung von Kindern und/oder Jugendlichen (3–18 Jahre) mit einer nach einem Klassifikationssystem diagnostizierten depressiven Störung
- Sprache des Berichts: Englisch, Deutsch oder Französisch

Systematische Reviews:

- Zeitraum: 1. 1. 1991 bis 2012
- Systematik: Methodisches Vorgehen ist beschrieben, mindestens die durchsuchten Datenbanken sowie Ein- und Ausschlusskriterien für Primärstudien sind genannt
- > 50 % der eingeschlossenen Arbeiten beziehen sich auf Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen oder für diese Gruppe sind separate Ergebnisse verfügbar

Primärstudien:

- Ziel der Intervention: Reduktion von Depressivität und/oder Suizidalität
- > 50 % der untersuchten Stichprobe waren Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen oder für diese Gruppe sind separate Ergebnisse verfügbar

Ausschlusskriterien

- Arbeiten zu anderen psychischen Störungen (z. B. bipolare Störungen)
- Arbeiten zu Depression in Zusammenhang mit Schwangerschaft oder Geburt
- Arbeiten ausschließlich zu präventiven Interventionen bei ungefährdeten, gefährdeten oder subklinisch betroffenen Kindern und Jugendlichen

der Störung, der Ressourcen des familiären und sozialen Umfeldes sowie der regionalen Versorgungskapazitäten zu prüfen und gegebenenfalls zu empfehlen (KKP, starker Konsens).

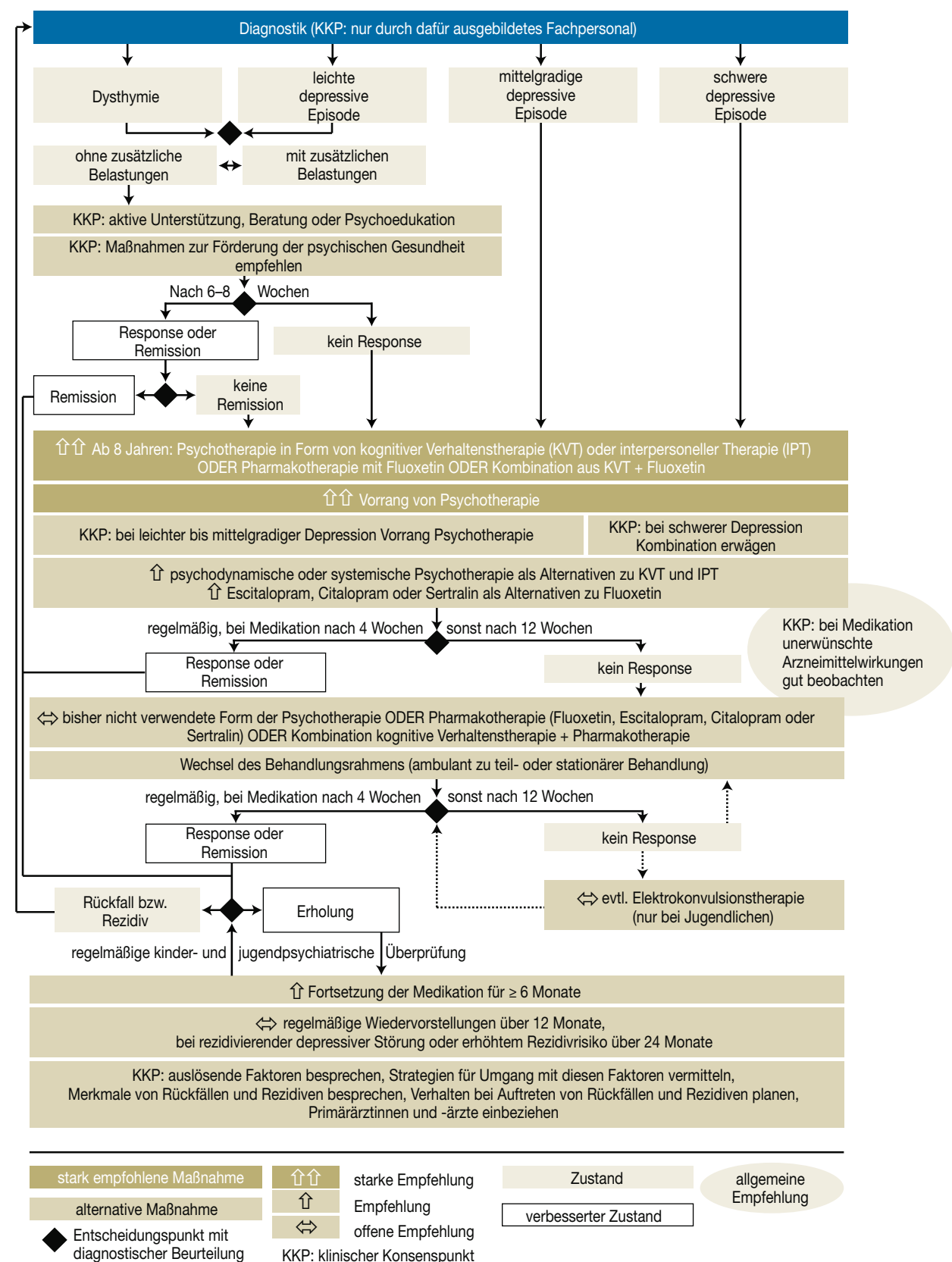
Behandlungsempfehlungen

Zur Wirksamkeit einer Psychotherapie liegen überwiegend Daten zu Jugendlichen (> 12 Jahre) vor. Sehr wenige Studien untersuchten deutschsprachige Programme, darunter bis heute keine randomisierte kontrollierte Studie (RCT), nur sehr wenige Studien verglichen verschiedene psychotherapeutische Ansätze direkt miteinander. Am häufigsten wurde in RCTs die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) untersucht. Psychotherapeutische Interventionen insgesamt waren bei Kindern und Jugendlichen (6–18 Jahre) kurzfristig (durchschnittlich 12 Wochen) wirksamer als verschiedene inaktive und aktive Vergleichsbedingungen zur Reduktion von Depressivität. Dies zeigte sich bei allen Schweregraden der Depression mit einem tendenziell höheren Effekt bei

mittelgradiger bis schwerer Form. In Follow-up-Zeiträumen von bis zu 24 Monaten waren die Ergebnisse zur Wirksamkeit inkonsistent. Hinsichtlich der Suizidalität konnten bei Jugendlichen keine Unterschiede zwischen den psychotherapeutischen Interventionen und Nicht- oder Kontrollbehandlung nachgewiesen werden, wobei sich tendenziell unter Psychotherapiebedingungen eine größere Reduktion von Suizidalität als unter Vergleichsbedingungen zeigte. Die bisher höchste Evidenz für die Behandlung liegt für die kognitive Verhaltenstherapie vor (10, 11) (die Effektstärken [ES] schwanken zwischen Cohens $d = 0,5$ – 2 , abhängig von der Stichprobe, dem Behandlungskonzept, dem Alter, der Dauer der Intervention und dem Alter der Studie) und für die interpersonelle Psychotherapie (10). Letzt genannte Therapieform gehört allerdings in Deutschland nicht zu den Richtlinienverfahren (ES schwanken zwischen Cohens $d = 0,5$ – $0,6$, abhängig von der Methode der Messung des Behandlungserfolgs).

Fluoxetin ist bisher das einzige in Deutschland zugelassene Medikament zur Behandlung depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen ab dem 8. Lebensjahr (ES schwanken zwischen Cohens $d = 0,3$ – $5,6$, abhängig von der Methode der Messung des Behandlungserfolgs) (e4). Als Therapie der ersten Wahl werden bei älteren Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen bei verschiedenen Schweregraden und bei Erstmanifestation eine kognitiv-verhaltenstherapeutische oder eine interpersonelle Psychotherapie oder das Medikament Fluoxetin oder eine Kombination aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Psychotherapie und Fluoxetin empfohlen (12, 13), (starke Empfehlung, Empfehlungsgrad A). Einzelne Verbände (bvvp, bkj, DGSF, BDP, BApK und BAG KT [Abkürzungen im eKasten 2 erläutert]) der Konsensusgruppe empfehlen den Einsatz von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) als zweite Wahl. Bei leichter bis mittelgradiger Depression sollte einer psychotherapeutischen Behandlung zunächst Vorrang gegeben werden (KKP).

Aufgrund von unerwünschten Arzneimittelwirkungen der SSRI (zu Beginn der Behandlung Kopfschmerzen, Erbrechen, Schlafstörung, Müdigkeit und Appetitminderung) und der Verstärkung von Suizidgedanken sollte eine Psychotherapie vorrangig eingesetzt werden (e4) (starke Empfehlung, Empfehlungsgrad A). Ferner wird empfohlen, bei einer Pharmakotherapie das Auftreten unerwünschter Arzneimittelwirkungen gut zu beobachten und die empfohlenen Kontrolluntersuchungen durchzuführen (KKP). Zur Dosierung wird empfohlen, mit 10 mg/Tag zu beginnen und gegebenenfalls nach einer Woche auf 20 mg/Tag zu erhöhen (4). Die Dosis anderer SSRIs soll zunächst die Hälfte der täglichen Dosis für Erwachsene betragen und kann über die nächsten zwei bis vier Wochen bis zu der empfohlenen Dosierung für Erwachsene erhöht werden. Bei jüngeren Kindern mit geringerem Körpergewicht können niedrigere Dosierungen erwogen werden, bei

GRAFIK 2


Behandlungsalgorithmus basierend auf den Empfehlungen der Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“

älteren mit höherem Körpergewicht oder wenn ein schnelles Ansprechen als vorrangig angesehen wird, eventuell höhere Dosierungen. Diese Vorschläge entsprechen etwa den Dosierungen, die in den RCTs untersucht wurden und in der *Tabelle* zusammengestellt sind.

Wenn bei älteren Kindern oder Jugendlichen mit depressiven Störungen eine kognitiv-verhaltenstherapeutische oder eine interpersonelle Psychotherapie nicht möglich oder nicht gewünscht ist, wird eine psychodynamische oder eine systemische Psychotherapie empfohlen (Empfehlungsgrad B; Evidenzgrad 3–4 für die psychodynamische Psychotherapie [e5–e7], Evidenzgrad 3–4 für die systemische Psychotherapie [e7, e8]).

Wenn die Gabe des Medikaments Fluoxetin nicht möglich oder nicht gewünscht ist, sollten die Medikamente Escitalopram, Citalopram oder Sertralin empfohlen werden (Empfehlungsgrad B, Evidenzgrad 1 [e4, e9]).

Da für trizyklische Antidepressiva keine höhere Wirksamkeit als für ein Placebo gefunden wurde (Evidenzgrad 1–2 zu Amitriptylin, Clomipramin, Desipramin, Imipramin und Nortriptylin [e10–e13], Evidenzgrad 2–3 zu Nefazodon [e13, e14]), wird die Behandlung mit diesen Medikamenten nicht empfohlen (starke Empfehlung, Empfehlungsgrad A). Auch Paroxetin, Venlafaxin und Mirtazapin sollten bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen nicht eingesetzt werden, da für sie keine hö-

here Wirksamkeit als ein Placebo vorliegt, jedoch eine erhöhte Suizidalität, insbesondere bei Venlafaxin, beschrieben wurde (Evidenzgrad 1 [e4], starke Empfehlung, Empfehlungsgrad A). Moclobemid (ein Monoaminoxidasehemmer, MAOI) sollte bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen ebenfalls nicht eingesetzt werden, da auch hierfür keine Evidenz vorliegt (Evidenzgrad 3 [e15], Empfehlung, Empfehlungsgrad B).

Die medikamentöse Behandlung sollte nach einer Erholungsphase (das heißt einer Zeit von mindestens zwei Monaten ohne klinisch relevante Symptome) für mindestens sechs weitere Monate fortgesetzt werden (Empfehlung, Empfehlungsgrad B), da eine Fortsetzung zum Beispiel der Behandlung mit Fluoxetin über 24–32 Wochen bei Kindern und Jugendlichen (7–18 Jahre) zur Prävention und Verzögerung von Rückfällen wirksamer gewesen ist als ein Placebo (Evidenzgrad 3 [e16, e17]). Auch bei einer Fortsetzungsbehandlung mit kognitiver VT über sechs Monate nach einer Akutbehandlung von zehn Wochen wurde ein geringeres kumulatives Rückfallrisiko festgestellt als in einer Kontrollgruppe (Evidenzgrad 4 [e18]).

Nach einer Erholungszeit von mindestens sechs Monaten kann bei Erstmanifestation einer depressiven Störung das Absetzen der Pharmakotherapie erwogen werden (KKP). Der Therapieerfolg sollte regelmäßig durch einen Kinder- und Jugendpsychiater überprüft werden (KKP).

TABELLE

Dosierungen der empfohlenen Medikamente in randomisierten kontrollierten Studien

Medikament – Studie	Alter (Jahre)	Anfangsdosis (mg/Tag)	maximale Dosis (mg/Tag)	mittlere Dosis (mg/Tag)	Standarddosis Erwachsene (mg/Tag) nach (14)
Fluoxetin					
– Almeida-Montes 2005 (e26)	8–14	20	20	20	20–40
– Emslie 1997 (e2)	7–17	20	20	20	
– Emslie 2002 (e27)	8–17	10 in Woche 1	20	20	
– Simeon 1990 (e28)	13–18	20 in Woche 1, 40 in Woche 2	60	unbekannt	
– TADS 2004 (e29)	12–18	10 Start, 20 in Woche 1	40	33,3*	
Escitalopram					
– Emslie 2009 (e30)	12–17	10 in Woche 1–3	20	13,2	10–20
– Wagner 2006 (e31)	6–17	10 in Woche 1–4	20	11,9	
Citalopram					
– von Knorring 2006 (e9)	13–18	10	40	26	20–40
– Wagner 2004 (e32)	7–17	20 in Woche 1–4	40	24	
Sertralin					
– Wagner 2003 (e33)	6–17	25 Start, 50 in Woche 1–2	200	131	50–200

*mittlere höchste Dosis

Behandlungsansätze mit unzureichender Evidenz

Zu Behandlungsmethoden, die in der klinischen Praxis eingesetzt werden, gehören:

- die Gesprächspsychotherapie
- die künstlerischen Therapien (Kunst- und Musiktherapie)
- Ergotherapie
- Maßnahmen der Jugendhilfe
- repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)
- Vagusnervstimulation
- Schlafdeprivation/Wachtherapie
- Massagen.

Für diese Methoden liegt allerdings bisher keine ausreichende Evidenz vor, da entweder Studien fehlen oder Studien methodisch unzureichend sind (zum Beispiel wegen fehlender Falldefinition nach Klassifikationsschema, fehlender standardisierter Einschluss- und der Methode der Messung des Behandlungserfolgs). Daher kann keine Empfehlung für oder gegen diese Ansätze ausgesprochen werden (starker Konsens).

Zur Wirksamkeit des Phytopharmakons Johanniskraut (*Hypericum*) wurden keine Ergebnisse aus RCTs oder anderen Studien mit einer Kontrollbedingung gefunden. Gegen den Einsatz von Johanniskraut (Nebenwirkungen: Unruhe, trockener Mund und Alpträume) und Agomelatin (Nebenwirkungen: Kopfschmerzen, Schwindel, Migräne, Übelkeit, Diarrhö) sprechen mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen.

Zur Elektrokonvulsionstherapie (EKT) wurden keine Studien gefunden, die die Wirksamkeit von EKT mit der Wirksamkeit einer anderen Intervention verglichen. Die Studien ohne Kontrollbedingung untersuchten Kinder und Jugendliche, die auf Pharmakotherapie nicht angesprochen hatten und häufig noch weitere Komplikationen oder Komorbiditäten aufwiesen. Daher kann EKT bei Kindern nicht empfohlen werden; bei Jugendlichen kann eine Anwendung bei Fällen mit sehr schweren Formen der Depression, bei denen die in dieser Leitlinie empfohlene Ansätze keine Wirkung gezeigt haben, in Erwägung gezogen werden (Evidenzgrad 4–5 [zum Beispiel e19–e21] Empfehlungsgrad 0).

Therapieerfolg

Zu Beginn der Behandlung sollten mit den Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen Zielkriterien der Therapie festgelegt werden. Der Therapieerfolg sollte regelmäßig überprüft werden. Er kann frühestens nach vier Wochen durch die Patienten selbst (zum Beispiel mit Selbstbeurteilungsbögen wie dem Depressionstest für Kinder [DTK], e22), ihre Bezugspersonen (zum Beispiel durch Fremdbeurteilungsbögen FBB-DES [e23]) und die Behandelnden eingeschätzt werden (zum Beispiel im klinischen Interview Kinder-DIPS [e24]). Wenn sich nach 12 Wochen keine klinisch bedeutsame Verbesserung eingestellt hat beziehungsweise wenn bei ei-

ner Pharmakotherapie nach vier Wochen keine Response (bedeutsame Reduktion der depressiven Symptome für mindestens eine Woche) vorliegt, können die Behandlungsmodalitäten verändert werden (KKP, starker Konsens).

Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen, die nach einem ersten Behandlungsversuch keine Verbesserung zeigen, können eine bisher nicht verwendete Form der Psychotherapie oder ein bisher nicht verwendetes Medikament (Fluoxetin, Escitalopram, Citalopram oder Sertralin) oder eine bisher nicht eingesetzte Kombination aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Psychotherapie und einem der genannten Medikamente erhalten. Auch ein Wechsel von ambulanter zu teilstationärer oder stationärer Behandlung gemäß den Empfehlungen dieser Leitlinie kann erwogen werden (Evidenzgrad 5, offene Empfehlung, starker Konsens). Bei älteren Jugendlichen mit einer rezidivierenden depressiven Störung sollte die nationale Versorgungsleitlinie für Erwachsene mit unipolarer Depression (e3) angewendet werden (KKP).

Wenn sich Kinder oder Jugendliche mit einer depressiven Störung in einer sogenannten Erholungsphase befinden (das heißt in einer Zeit von mindestens zwei Monaten ohne klinisch relevante Symptome), sollten ihre Behandelnden ihnen für mindestens 12 Monate regelmäßige Wiedervorstellungen anbieten (offene Empfehlung, starker Konsens). 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 (Evidenzgrad 5, Expertenmeinung).

Rückfallprophylaxe

Die Fortsetzung der Behandlung dient dazu, Rückfälle und Rezidive zu verhindern oder hinauszuzögern. Ein RCT zur Wirksamkeit einer Kombinationsbehandlung zur Prävention von Rückfällen bei Jugendlichen zeigte, dass mit einer kognitiven VT über 36 Wochen das Rückfallrisiko signifikant niedriger war als bei einer Fortsetzung der Fluoxetinbehandlung ohne kognitive VT (Evidenzgrad 3, ein RCT mit methodischen Schwächen [e25]). Diese Evidenz erscheint noch unzureichend. Daher wird im folgenden klinischen Konsenspunkt die „gute klinische Praxis“ beschrieben: Die Behandelnden sollen

- mit Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen und ihren Bezugspersonen Lösungsstrategien entwickeln, um Rückfälle und Rezidive zu verhindern (KKP, starker Konsens)
- über das Rückfall- und Rezidivrisiko aufklären und vermitteln, welche Krankheitsmerkmale und frühe Warnzeichen erkennbar sein können
- mit den Betroffenen Strategien entwickeln, wie sie sich bei Auftreten dieser Merkmale verhalten können.

Dies sollte den Ärztinnen und Ärzten der Primärversorgung (Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzte für Allgemeinmedizin), die aufgrund der niederschweligen Erreichbarkeit die Kinder und Jugendlichen häufiger in der Remissions- oder Erholungsphase sehen, zur Kenntnis gebracht werden, sofern die Patienten dem zugestimmt haben. Ziel ist, dass die Kinder und Jugendlichen im Sinne der vereinbarten Strategien unterstützt werden (KKP).

Forschungsbedarf

In vielen Bereichen fehlen noch aussagekräftige Studien, um die verschiedenen Behandlungsansätze bei depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter beurteilen und miteinander vergleichen zu können, insbesondere im Kindesalter. Eklatant ist der Mangel an Studien im deutschen Gesundheitsversorgungssystem. Insbesondere Studien zur teilstationären und stationären Behandlung und Studien mit einem längeren Katamneseintervall als 12 Wochen fehlen. Alle Empfehlungen dieser Leitlinie beruhen auf dem gegenwärtigen Wissensstand und müssen gegebenenfalls bei einer Aktualisierung der Leitlinie in fünf Jahren grundlegend überarbeitet werden.

Danksagung

Die Erstellung der Leitlinie wurde von der gemeinnützigen Erich-Benjamin-Stiftung und durch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) finanziell unterstützt.

Die Autoren danken allen Kolleginnen und Kollegen sowie den Organisationen, die an der Leitlinienentwicklung beteiligt waren.

Der Dank der Autoren geht außerdem an Katharina Galuschka, Lydia Unterberger, Chiara H. Schlenz, Carolina Silberbauer und Rita Rupprecht für die Mitarbeit bei der Literaturrecherche und der Textfassung sowie die Unterstützung bei administrativen Aufgaben im Rahmen der Leitlinienerstellung.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Manuskriptdaten

eingereicht: 10. 6. 2013, revidierte Fassung angenommen: 25. 7. 2013

LITERATUR

- WHO: Depression. 2012. www.who.int/mental_health/management/depression/ (last accessed on 20. October 2013).
- Essau CA: Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depress Anxiety* 2005; 22: 130–7.
- Dolle K, Schulte-Körne G: Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-043I_S3_Depressive_St%C3%B6rungen_bei_Kindern_Jugendlichen_2013-07.pdf (last accessed on 20. October 2013).
- National Collaborating Centre for Mental Health: Depression in children and young people. Identification and management in primary, community and secondary care. London: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists 2005. www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg028fullguideline.pdf (last accessed on 20. October 2013).
- US Preventive Services Task Force: Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Pediatrics* 2009; 123: 1223–8.

- Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Ghalib K, Laraque D, Stein RE: Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): II. Treatment and ongoing management. *Pediatrics* 2007; 120: e1313–26.
- Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein RE, Laraque D: Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): I. Identification, assessment, and initial management. *Pediatrics* 2007; 120: e1299–312.
- Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM): Levels of evidence working group. The Oxford 2011 Levels of Evidence. 2011 /www.cebm.net/index.aspx?o=5653 (last accessed on 20. October 2013).
- Remschmidt H, Schmidt MH, Poustka F: Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 5 ed. Bern: Verlag Hans Huber 2006.
- Watanabe N, Hunot V, Omori IM, Churchill R, Furukawa TA: Psychotherapy for depression among children and adolescents: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 84–95.
- Harrington R, Whittaker J, Shoebridge P, Campbell F: Systematic review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder. *BMJ* 1998; 316: 1559–63.
- Dubicka B, Elvins R, Roberts C, Chick G, Wilkinson P, Goodyer IM: Combined treatment with cognitive-behavioural therapy in adolescent depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 433–40.
- Cox GR, Callahan P, Churchill R, Hunot V, Merry SN, Parker AG, et al.: Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; 11: CD008324.
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Depression. Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. 2. Auflage. *Arzneiverordnungen in der Praxis*, Band 33, Sonderheft 1 (Therapieempfehlungen) 2006.

Anschrift für die Verfasser

Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Klinikum der Universität München
Nußbaumstraße 5a
80336 München
Gerd.Schulte-Koerne@med.uni-muenchen.de

Zitierweise

Dolle K, Schulte-Körne G: Clinical practice guideline: The treatment of depressive disorders in children and adolescents. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110(50): 854–60. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0854

 Mit „e“ gekennzeichnete Literatur:
www.aerzteblatt.de/lit5013

eTabelle und eKästen:
www.aerzteblatt.de/13m0854

The English version of this article is available online:
www.aerzteblatt-international.de

KLINISCHE LEITLINIE

Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Kathrin Dolle, Gerd Schulte-Körne

eLITERATUR

- e1. Costello EJ, Erkanli A, Angold A: Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47: 1263–71.
- e2. Emslie GJ, Rush AJ, Weinberg WA, et al.: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 1031–7.
- e3. Härter M, Klesse C, Bermejo I, Schneider F, Berger M: Unipolar depression: diagnostic and therapeutic recommendations from the current S3/National Clinical Practice Guideline. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 700–8.
- e4. Hetrick SE, et al.: Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; DOI: 10.1002/14651858.CD004851.pub3.
- e5. Horn H, et al.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2005; 54: 578–97.
- e6. Muratori F, et al.: A Two-Year Follow-up of Psychodynamic Psychotherapy for Internalizing Disorders in Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 331–9.
- e7. Trowell J, et al.: Childhood depression: a place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007; 16: 157–67.
- e8. Diamond GS, et al.: Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 1190–6.
- e9. von Knorring AL, Olsson GI, Thomsen PH, Lemming OM, Hultén A: A randomized, double-blind, placebo-controlled study of citalopram in adolescents with major depressive disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26: 311–5.
- e10. Hazell P, et al.: Tricyclic drugs for depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; CD002317.
- e11. Maneeton N, Srisurapanont M: Tricyclic antidepressants for depressive disorders in children and adolescents: a meta-analysis of randomized-controlled trials. *J Med Assoc Thai* 2000; 83: 1367–74.
- e12. Papanikolaou K, et al.: Efficacy of antidepressants in child and adolescent depression: a meta-analytic study. *J Neural Transm* 2006; 113: 399–415.
- e13. Tsapakis EM, et al.: Efficacy of antidepressants in juvenile depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2008; 10–7.
- e14. Moreno C, et al.: Antidepressants in child and adolescent depression: where are the bugs? *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115: 184–95.
- e15. Avci A, et al.: Comparison of moclobemide and placebo in young adolescents with major depressive disorder. *Annals of Medical Sciences* 1999; 8: 31–40.
- e16. Emslie GJ, et al.: Fluoxetine treatment for prevention of relapse of depression in children and adolescents: a double-blind, placebo-controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 1397–405.
- e17. Emslie GJ, et al.: Fluoxetine versus placebo in preventing relapse of major depression in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 459–67.
- e18. Kroll LEO, et al.: Pilot study of continuation cognitive-behavioral therapy for major depression in adolescent psychiatric patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1156–61.
- e19. Ghaziuddin N, et al.: Electroconvulsive treatment in adolescents with pharmacotherapy-refractory depression. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1996; 6: 259–71.
- e20. Ghaziuddin N, Laughrin D, Giordani B: Cognitive side effects of electroconvulsive therapy in adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2000; 10: 269–76.
- e21. Willoughby CL, Hradek EA, Richards NR: Use of electroconvulsive therapy with children: an overview and case report. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 1997; 10: 11–7.
- e22. Rossmann P: Depressionstest für Kinder (DTK). Göttingen: Hogrefe 2005.
- e23. Döpfner M, Lehmkuhl G: Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10/DSM-IV. Göttingen: Hogrefe 2000.
- e24. Schneider S, Unnewehr S, Margraf J: Kinder-DIPS – Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter [Kinder-DIPS—diagnostic interview for mental disorders in children and youths]. (3rd ed.). Heidelberg: Springer Verlag 2009.
- e25. Kennard BD, et al.: Cognitive-behavioral therapy to prevent relapse in pediatric responders to pharmacotherapy for major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47: 1395–404.
- e26. Almeida-Montes LG, Friederichsen A: Treatment of major depressive disorder with fluoxetine in children and adolescents. A double-blind, placebo-controlled study. *Psiquiatria Biologica* 2005; 12: 198–205.
- e27. Emslie GJ, Heiligenstein JH, Wagner KD, et al.: Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: a placebo-controlled, randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 1205–15.
- e28. Simeon JG, Dinicola VF, Ferguson HB, Copping W: Adolescent depression: a placebo-controlled fluoxetine treatment study and follow-up. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1990; 14: 791–5.
- e29. March JS: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Team: Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression. Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS). Randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 807–20.
- e30. Emslie GJ, Ventura D, Korotzer A, Tourkodimitris S: Escitalopram in the treatment of adolescent depression: a randomized placebo-controlled multisite trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48: 721–9.
- e31. Wagner KD, Jonas J, Findling RL, Ventura D, Saikali K: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of escitalopram in the treatment of pediatric depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45: 280–8.
- e32. Wagner KD, Robb AS, Findling RL, Jin J, Gutierrez MM, Heydorn WE: A randomized, placebo-controlled trial of citalopram for the treatment of major depression in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1079–83.
- e33. Wagner KD, Ambrosini P, Rynn M, et al.: Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder: two randomized controlled trials. *JAMA* 2003; 290: 1033–41.

eTABELLE

Evidenzgrade des Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (7) für den Bereich Behandlung und zugeordnete Empfehlungsgrade

Frage	Schritt 1 Evidenzgrad 1* ¹	Schritt 2 Evidenzgrad 2* ¹	Schritt 3 Evidenzgrad 3* ¹	Schritt 4 Evidenzgrad 4* ¹	Schritt 5 Evidenzgrad 5
Was passiert, wenn wir keine Therapie anbieten/hinzufügen? (Prognose)	systematischer Review von frühzeitig beginnenden Kohortenstudien	frühzeitig beginnende Kohortenstudien	Kohortenstudie oder Kontrollarm eines RCTs	Fallserien oder Fall-Kontroll-Studien oder prognostische Kohortenstudien von schlechter Qualität* ²	-
Hilft diese Intervention? (Nutzen einer Behandlung)	systematischer Review von RCTs oder „N-of-1“-Studien	RCT oder Beobachtungsstudie mit dramatischem Effekt	nichtrandomisierte kontrollierte Kohorten- oder Follow-up-Studie	Fallserien oder Fall-Kontroll-Studien oder Studien mit historischer Kontrollgruppe* ²	Beweisführung aufgrund von Mechanismen
Was sind <u>häufige</u> Nachteile der Behandlung?	systematischer Review von RCTs oder genesteten Fall-Kontroll-Studien, „N-of-1“-Studie mit Patient aus Zielpopulation oder Beobachtungsstudie mit dramatischem Effekt		nichtrandomisierte kontrollierte Kohorten- oder Follow-up-Studie mit ausreichend großer Stichprobe und ausreichend langem Follow-up		
Was sind <u>seltene</u> Nachteile der Behandlung?	systematischer Review von RCTs oder „N-of-1“-Studie				
Empfehlungsgrad	A: starke Empfehlung ↑↑ konsistente Studien* ³ mit Evidenzgrad 1 oder 2		B: Empfehlung ↑ konsistente Studien mit Evidenzgrad 3 oder 4 oder Extrapolationen* ³ aus Studien mit Evidenzgrad 1 oder 2		0: offene Empfehlung ↔ Studien mit Evidenzgrad 5 oder Extrapolationen* ³ aus Studien mit Evidenzgrad 3 oder 4
	Klinischer Konsenspunkt (KKP): Standard der Behandlung, zu dem keine experimentellen wissenschaftlichen Studien möglich oder angestrebt sind				

RCT, randomisierte kontrollierte Studie: Untersuchung mit mindestens einer Interventions- und mindestens einer Kontrollgruppe, zu denen die Probanden zufällig zugewiesen wurden;

„N-of-1“-Studien, randomisiert kontrollierte Einzelfallstudien

*¹ Evidenzgrad herabsetzen aufgrund der Studienqualität, Ungenauigkeit, einem indirekten Bezug auf die Schlüsselfrage, sehr kleiner absoluter Effektstärke oder bei inkonsistenten Studien; Evidenzgrad heraufsetzen bei großer oder sehr großer Effektstärke.

*² Systematische Reviews im Allgemeinen bevorzugen vor Einzelstudien.

*³ Gemeint ist die Übertragung von Ergebnissen auf Situationen, die sich in klinisch bedeutsamer Weise von den Situationen unterscheiden können, in denen die Studien durchgeführt wurden;

↑, Empfehlung; ↑↑, starke Empfehlung; ↔, offene Empfehlung

eKASTEN 1

Beispiel für einen Suchfilter in Medline

Aktualisierende Suche nach randomisierten kontrollierten Studien zur Psychotherapie aus den Jahren 2005–2012

Modul 1: Populationsfilter

(Kinder und Jugendliche im Alter von 3–18 Jahren mit depressiven Störungen, in Anlehnung an [4])

- 1 depression/ or adjustment disorders/ or depressive disorder/ or depressive disorder, major/ or dysthymic disorder/ or mood disorders/
- 2 (depress\$ or dysthym\$).mp.
- 3 1 or 2
- 4 exp adolescent/ or exp child/ or exp infant/
- 5 (child\$ or adoles\$ or teen\$ or youth\$ or infant\$ or toddler\$ or kind\$ or jugend\$ or kleinkind\$ or s\$ugling\$ or enfant\$ or jeune\$ or nourrisson\$).mp.
- 6 4 or 5
- 7 3 and 6
- 8 limit 7 to („young adult (19 to 24 years)“ or „adult (19 to 44 years)“ or „young adult and adult (19–24 and 19–44)“ or „middle age (45 to 64 years)“ or „middle aged (45 plus years)“ or „all aged (65 and over)“ or „aged (80 and over)“)
- 9 7 not 8
- 10 limit 9 to (english or french or german)
- 11 exp Depression, Postpartum/
- 12 (postpartum\$ or perinatal\$ or antenatal\$ or postnatal\$).mp.
- 13 11 or 12
- 14 10 not 13

Modul 2: Methodischer Filter (hier für RCTs)

- 15 Randomized Controlled Trials as Topic/
- 16 randomized controlled trial/
- 17 Random Allocation/
- 18 Double Blind Method/
- 19 Single Blind Method/
- 20 clinical trial/
- 21 clinical trial, phase i.pt
- 22 clinical trial, phase ii.pt
- 23 clinical trial, phase iii.pt
- 24 clinical trial, phase iv.pt

- 25 controlled clinical trial.pt
- 26 randomized controlled trial.pt
- 27 multicenter study.pt
- 28 clinical trial.pt
- 29 exp Clinical Trials as topic/
- 30 or/1–15
- 31 (clinical adj trial\$).tw
- 32 ((singl\$ or doubl\$ or treb\$ or tripl\$) adj (blind\$3 or mask\$3)).tw
- 33 PLACEBOS/
- 34 placebo\$.tw
- 35 randomly allocated.tw
- 36 (allocated adj2 random\$).tw
- 37 or/17–22
- 38 16 or 23
- 39 case report.tw
- 40 letter/
- 41 historical article/
- 42 or/25–27
- 43 24 not 28

Modul 3: Kombination der Module 1 und 2 und themenspezifischer Filter (hier für Psychotherapie)

- 44 14 and 43
- 45 limit 44 to yr="2005 -Current"
- 46 exp Psychotherapy/
- 47 exp Psychoanalysis/
- 48 (psychotherap* or interperson* therap* or \$ognitive* therap* or \$ognitive behavi* therap* or behavi* therap* or counsel* or problem solv* or psychoanaly* or play therap* or psychodynam* or system* therap* or famil* therap* or relaxation or supportive or psychodram* or role\$play* or transaction* or social skill* or client\$centered or verhaltenstherap* or spieltherap* or rollenspiel* or beratung* or coaching* or problemI\$se* or gespr\$chstherap* or gespr\$ch\$ps psychotherap* or gestaltttherap* or sozial* kompeten* or klientenzentrier* or therap* cognitiv\$-comportemental* or consultation*).mp.
- 49 46 or 47 or 48
- 50 45 and 49
- 51 (depress* or dysthym*).ti.
- 52 (child\$ or adoles\$ or teen\$ or youth\$ or infant\$ or toddler\$ or kind\$ or jugend\$ or kleinkind\$ or s\$ugling\$ or enfant\$ or jeune\$ or nourrisson\$ or juvenil\$).ti.
- 53 50 and 51 and 52

eKASTEN 2

An der Leitlinienentwicklung beteiligte Organisationen und Personen

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF):
Dr. rer. hum. biol. Cathleen Muche-Borowski

Steuerungsgremium:

- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP):
Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne (Koordinator), PD Dr. med. Michael Kölich und Prof. Dr. med. Georg Romer
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BAG KJPP): Dr. med. Martin Jung
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): Dr. phil. Johannes Klein-Heßling und Dipl.-Soz.-Päd. Peter Lehndorfer
- Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP):
Dr. med. Ute Müller
- Als Expertin: Prof. Dr. phil. Sabine Walper

Konsentierungsgremium:

- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKdÄ): PD Dr. med. Martina Pitzer
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ): Dr. med. Martin Fischer
- Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e. V. (bkj): Silke von der Heyde, M.S.
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (BDP): Dipl.-Psych. Inge Neiser und Dipl.-Psych. Rainer Mannheim-Rouzeaud
- Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT): Katja Bonnländer, Titus David Hamdorf und Prof. Dr. phil. Thomas Staroszyński
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. (BApK): Dipl.-Ing. Karl Heinz Möhrmann
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V. (bvvp): Dipl.-Soz.-Päd. Ariadne Sartorius
- Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e. V. (BVKJ): Dr. phil. Maria Elisabeth Ahle und Prof. Dr. rer. nat. Silvia Schneider
- Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e. V. (DFT): Prof. Dr. med. Thomas Löw
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ): Dr. med. Torsten Lucas
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN): Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider und PD Dr. med. Cornelius Schüle
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V. (DGPs): Prof. Dr. phil. Wolfgang Ihle und Prof. Dr. phil. Gunter Groen
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM): Prof. Dr. med. Thomas Löw
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ): Dr. med. Ullrich Raupp
- Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSF): Dr. med. Filip Caby und Dr. med. Ingo Spitzcok von Brinski
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVt): Dipl.-Psych. Franz Rudolf Merod und Dipl.-Psych. Sonja Stolp
- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPTV): Michaela Willhauck-Fojkar, Dipl.-Soz.-Päd. (FH)
- Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM): Prof. Dr. med. Peter Henningsen und Sigrid Aberl
- Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e. V. (VAKJP):
Dipl.-Soz.-Päd. Christine Röpke