

# Langfristige Wirksamkeit von Frühinterventionen bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Belastungen

## Kurzbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz



Autorinnen:

Heidi Stürzlinger  
Ingrid Rosian-Schikuta  
Maria-Theres Weber

Unter Mitarbeit von:

Ursula Berger  
Richard Pentz

Fachliche Begleitung:

Roman Winkler

Projektassistenz:

Katharina Kroisz

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen/Autoren und nicht unbedingt jenen der Auftraggeberin / des Auftraggebers wieder.

Zitiervorschlag: Stürzlinger, Heidi; Rosian-Schikuta, Ingrid; Weber, Maria-Theres (2024): Langfristige Wirksamkeit von Frühinterventionen bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Belastungen. Kurzbericht. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/31/5114

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,  
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“.

Wien, im November 2024

# Inhalt

Abbildungen .....	IV
Tabellen .....	IV
Abkürzungen.....	V
1 Hintergrund .....	1
2 Forschungsfrage .....	3
3 Methodik .....	4
3.1 Literatursuche und Screening.....	4
3.2 Datenextraktion und Qualitätsbewertung.....	4
4 Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion .....	5
5 Fazit .....	7
6 Limitationen .....	8
7 Ergebnisse im Detail .....	9
7.1 Studienpool .....	9
7.2 SR Pilling et al. 2020.....	11
7.2.1 Fragestellung und Methodik.....	11
7.2.2 Studienpool und Ergebnisse gesamt (alle Krankheitsgruppen).....	12
7.2.3 Ergebnisse nach Krankheitsgruppen auf Primärstudienebene (Forest Plots).....	16
7.2.4 Ergebnisse der Subgruppenanalysen nach Krankheitsgruppen .....	20
7.3 Empfehlungen der WHO-Guideline.....	28
8 Exkurs: Projekt Gesund aus der Krise .....	29
Literatur .....	32
Anhang .....	35
Anhang 1: Liste der 38 OECD-Staaten .....	36
Anhang 2: Suchstrategien.....	37
Anhang 3: Qualitätsbewertung Pilling et al. 2020 nach AMSTAR-2 .....	43
Anhang 4: Studiencharakteristika der Primärstudien des SR von Pilling et al. 2020.....	47
Anhang 5: Referenzliste Studienpool Pilling et al. 2020.....	54
Anhang 6: WHO-Guidelines – Fragestellungen, Interventionen, Empfehlungen .....	64

## Abbildungen

Abbildung 1: Spektrum von Interventionen im Bereich Psychischer Gesundheit – Frühe Intervention .....	2
Abbildung 2: PRISMA .....	10
Abbildung 3: Wirksamkeit der Interventionen 12 Monate Follow-up – Angststörungen.....	17
Abbildung 4: Wirksamkeit Interventionen 12 Monate Follow-up - Verhaltensstörungen .....	18
Abbildung 5: Wirksamkeit Interventionen 12 Monate Follow-up - Depressionen .....	19
Abbildung 6: Wirksamkeit Interventionen 12 Monate Follow-up - Essstörungen.....	19
Abbildung 7: Wirksamkeit Interventionen 12 Monate Follow-up - PTBS.....	20
Abbildung 8: Wirksamkeit Interventionen 12 Monate Follow-up - Substanzmissbrauch .....	20

## Tabellen

Tabelle 1: Psychosoziale Interventionen bei Kindern und Jugendlichen - operationalisierte Forschungsfrage .....	3
Tabelle 2: PICO-Schema, weitere Ausschlusskriterien und Informationssuche im Rahmen des SR von Pilling et al. 2020 .....	11
Tabelle 3: Ergebnisse zu Interventionsende und 12-Monate-Follow-up, Subgruppenanalysen über alle Erkrankungen.....	13
Tabelle 4: Subgruppenanalyse 12-Monate-Follow-up für Verhaltensstörungen und Substanzmissbrauch .....	22
Tabelle 5: Subgruppenanalyse 12 Monate Follow-up für Depressionen und Angststörungen .....	25
Tabelle 6: Liste der 38 OECD-Staaten .....	36
Tabelle 7: Medline.....	37
Tabelle 8: PsycInfo .....	38
Tabelle 9: Web of Science.....	39
Tabelle 10: Scopus .....	40
Tabelle 11: Cochrane .....	41
Tabelle 12: Studiencharakteristika der Primärstudien des SR von Pilling et al. 2020.....	47
Tabelle 13: WHO-Guidelines .....	64

# Abkürzungen

AMSTAR 2	A Measurement Tool for the Assessment of Multiple Systematic Reviews
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BÖP	Bundesverband Österreicher Psychologinnen
Covid	Coronavirus disease/Coronavirus-Krankheit
IEPA	International Early Intervention and Prevention in Mental Health Association
KVT	kognitive Verhaltenstherapie
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
ÖBVP	Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
PsycInfo	Datenbank mit Abstracts aus Bereich Psychologie
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RCT	Randomisierter kontrollierter Trial
SCOPUS	Abstract- und Zitationsdatenbank
SR(s)	Systematische(r) Review(s)
UN	United Nations
WHO	World Health Organization



# 1 Hintergrund

Im Zuge der COVID-19 -Pandemie wurde ein großer Bedarf in der psychosozialen Betreuung von Kindern und Jugendlichen deutlich. So stieg beispielsweise der Anteil älterer Kinder und Jugendlicher, die zumindest von einem häufig auftretendem Symptom wie Niedergeschlagenheit, Nervosität, Gereiztheit oder Einschlafproblemen betroffen waren, in den jährlich erhobenen Health-Behaviour-in-School-aged-Children-(HBSC-)Daten für Österreich kontinuierlich von 28,2 % im Jahr 2010 auf 52,8 % im Jahr 2022 an (Felder-Puig et al. 2023b). Vor allem während der COVID-19-Pandemie zeigten viele junge Menschen nach einer österreichischen Erhebung vom Herbst 2021 (Dale et al. 2023) starke psychische Belastungen wie depressive Symptome (62 % der Schülerinnen und 38 % der Schüler der Sekundarstufe 2) und Suizidgedanken (47 % der Schülerinnen und 32 % der Schüler). Zusätzliche Projekte wie „Gesund aus der Krise“ (<https://gesundausderkrise.at>) wurden in weiterer Folge ins Leben gerufen. Damit soll Kindern und Jugendlichen möglichst rasch effektive psychische Unterstützung und Hilfe kostenlos angeboten werden.

Eine frühzeitige Diagnose und ein frühzeitiges Eingreifen im Anfangsstadium einer psychischen Erkrankung kann erhebliche Auswirkungen auf die (langfristige) psychische Gesundheit eines Menschen haben. Weitere potenziell relevante Aspekte sind die Niederschwelligkeit des Zugangs, etwa in Form eines kostenfreien Angebots, und die rasche klientenzentrierte Vermittlung an medizinisch-therapeutische Fachexpertinnen und -experten.

## Definition Frühintervention

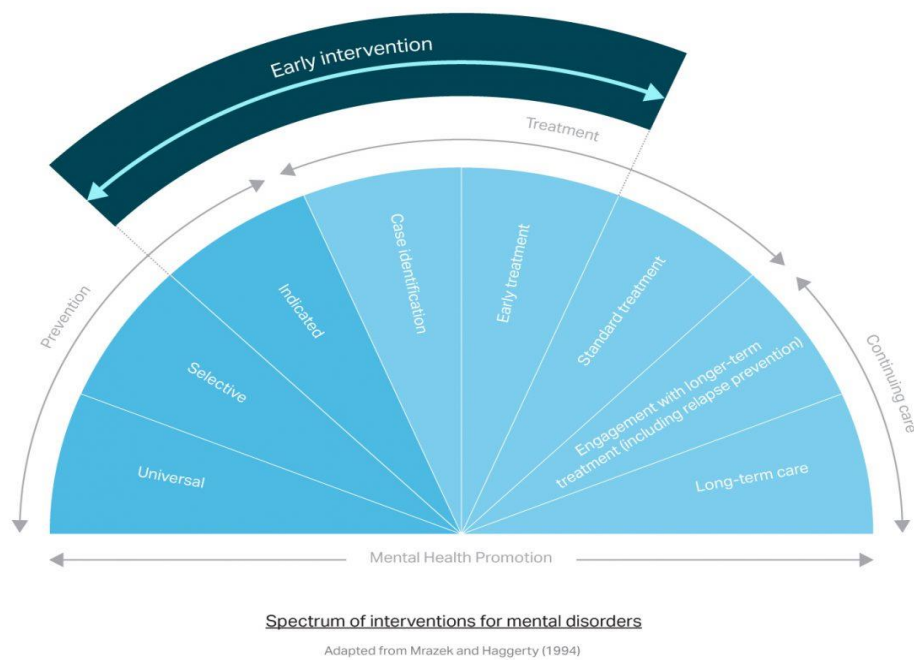
Die "International Early Intervention and Prevention in Mental Health Association (IEPA)" definiert Frühintervention im Bereich der psychischen Gesundheit als die unverzügliche Einbindung, Bewertung und Bereitstellung wirksamer bio-psycho-sozialer Interventionen für Menschen, die von einer psychischen Erkrankung bedroht sind oder sich in einem frühen Stadium befinden, entsprechend dem Stadium ihrer Erkrankung und ihrer eigenen Entwicklungsphase. Der Begriff Frühintervention umfasst laut IEPA das Spektrum der indizierten Präventionsmaßnahmen<sup>1</sup>, der „Identifizierung von Fällen“ und der frühen Behandlung (vgl. Abbildung 1). Teilweise ist in der Praxis auch der Bereich der selektiven Prävention<sup>2</sup> betroffen.

---

<sup>1</sup> Indizierte Interventionen sind solche, die sich auf Personen konzentrieren, die bereits frühe Anzeichen oder Symptome psychischer Probleme aufweisen, aber noch nicht die Kriterien für eine voll ausgeprägte psychische Störung erfüllen. Diese Interventionen zielen darauf ab, frühzeitig Behandlung und Unterstützung anzubieten, um eine weitere Verschlechterung zu verhindern. (Beispiel: kognitive Verhaltenstherapie für Kinder mit frühen Anzeichen für Angststörungen).

<sup>2</sup> Selektive Interventionen richten sich an Personen oder Gruppen, die aufgrund bestimmter Risikofaktoren (z. B. psychische Erkrankung in der Familie, Traumata oder sozioökonomische Probleme) ein höheres Risiko für die Entwicklung psychischer Probleme haben. (Beispiele: Selbsthilfegruppen für Kinder mit familiärer Vorgeschichte psychischer Erkrankungen, Resilienztraining für Jugendliche mit stark belastetem Umfeld).

Abbildung 1: Spektrum von Interventionen im Bereich Psychischer Gesundheit – Frühe Intervention



Quelle: IEPA (2024)

Bei „Gesund aus der Krise“ handelt es sich bei den Individualbehandlungen vermutlich überwiegend um indizierte Frühinterventionen. Das Projekt bietet aber auch Gruppenbehandlungen an, die zumindest teilweise in das Spektrum der „selektiven Prävention“ fallen. Sowohl bei den Interventionen im Rahmen des Projektes „Gesund aus der Krise“ wie auch bei den Interventionen, die im Rahmen dieses Quick Assessments evaluiert werden, sind die Grenzen bezüglich „selektiv“ und „indiziert“ vermutlich fließend (zum Projekt „Gesund aus der Krise“ vergleiche auch Exkurs Kapitel 8).



## 2 Forschungsfrage

Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz stellte Anfang 2024 eine Anfrage an die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) hinsichtlich der aktuellen Evidenzlage zur langfristigen Wirksamkeit von Frühinterventionen bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Belastungen.

In Abstimmung mit dem Auftraggeber wurde die Forschungsfrage folgendermaßen operationalisiert (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Psychosoziale Interventionen bei Kindern und Jugendlichen - operationalisierte Forschungsfrage

<b>Population</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder und Jugendliche von 3 bis 21 Jahren* die aufgrund einer psychischen Belastung psychosoziale Unterstützung benötigen**</li> <li>• OECD-Mitgliedstaaten***</li> </ul>
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frühinterventionen**</li> <li>• niederschwelliger Zugang und rasche klientenzentrierte Vermittlung (im Sinne einer Krisenintervention)</li> <li>• Einzel- oder Gruppensetting</li> <li>• Primary Care, Setting Schule, Setting Community</li> <li>• Durchführende sind Professionals (Bereiche Psychotherapie, Psychologie oder Musiktherapie)</li> </ul>
<b>Vergleichsintervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Intervention</li> <li>• Warteliste</li> <li>• Andere Interventionen (z. B. aktive Kontrollgruppe)</li> </ul>
<b>Outcomes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Morbidität</li> <li>• Alltagsfunktionen</li> <li>• Psychosoziales Funktionsniveau</li> <li>• Selbstwirksamkeit</li> <li>• Suizide, Suizidversuche</li> <li>• Gesundheitsbezogene Lebensqualität</li> <li>• Unerwünschte Ereignisse</li> </ul>
<b>Studiendesigns</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schritt 1: Systematische Übersichtsarbeiten (SRs) über randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) <ul style="list-style-type: none"> <li>• letztes Suchdatum &gt; 2014</li> <li>• Anteil RCTs ≥ 75 %</li> </ul> </li> <li>• Schritt 2 (optional, abhängig vom Vorliegen eines geeigneten SR): RCTs</li> <li>• Für alle Studiendesigns: Follow-up ≥ 12 Monate</li> </ul>

OECD = Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, RCTs = randomisierte kontrollierte Studien, SRs = systematische Reviews

\* Bis zum Abschluss des 22. Lebensjahrs (d.h. Vollendung des 21. Lebensjahres)

\*\* selektive und/oder indizierte Interventionen (frühe Anzeichen / Symptome einer psychischen Erkrankung)

\*\*\* siehe Anhang 1: Liste der 38 OECD-Staaten

Quelle: GÖG

## 3 Methodik

### 3.1 Literatursuche und Screening

Die systematische Literatursuche wurde am 3. und 4. Juni 2024 über die EBSCO-Suchoberfläche in den Datenbanken MEDLINE, PsycInfo, Web of Science, Scopus und in der Cochrane Database of Systematic Reviews durchgeführt. Die Suchstrategie findet sich im Anhang 2. Sie umfasste Suchblöcke zu den Bereichen „Mental Health“, „Krise/Belastung“, „Psychologie/Psychotherapie/Musiktherapie“, „Kinder/Jugendliche“ und „Implementierung/Zugang“. Gemäß dem geplanten Vorgehen wurden die Suchergebnisse zusätzlich mit je einem Filter zu SRs und einem Filter zu RCTs eingeschränkt. Ergänzt wurde die Suche in den elektronischen Datenbanken durch eine (unsystematische) Handsuche.

Das Screening auf Titel- und Abstractebene erfolgte für eine repräsentative Stichprobe durch jeweils zwei Reviewerinnen unabhängig voneinander, wobei sich widersprechende Ergebnisse durch gemeinsame Diskussion gelöst wurden. Die übrigen Treffer wurden anschließend durch jeweils eine Reviewerin selektiert.

### 3.2 Datenextraktion und Qualitätsbewertung

Die Qualitätsbewertung des/der ausgewählten SR(s) wurde durch eine Reviewerin nach AMSTAR 2 (Shea et al. 2017) ENREF 22 ENREF 20 durchgeführt, für die Qualitätsbewertung der RCTs war ROBINS-E (Higgins et al. 2024) vorgesehen. Die Datenextraktion erfolgte durch eine Reviewerin, Unklarheiten wurden von beiden Reviewerinnen gemeinsam geklärt. Bei Bedarf wurden Auto-  
renanfragen durchgeführt.

## 4 Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion

Zur Frage, ob Evidenz zur langfristigen Wirksamkeit von Frühinterventionen bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Belastungen vorliegt, wurde ein umfassender SR identifiziert (Pilling et al. 2020). Es handelt sich nach Aussage des Autorenteam um die erste Meta-Analyse, die längerfristige Effekte von psychosozialen Interventionen bei Kinder- und Jugendlichen untersucht. Der Studienpool ist mit 138 Studien sowie 165 Vergleichen mit einem 12-Monate-Follow-up umfassend. Die Autorinnen und Autoren der Studie fassen die Ergebnisse folgendermaßen zusammen bzw. beantworten ihre Forschungsfragen wie folgt:

- Frühinterventionen (= selektive und indizierte Prävention) bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen sind längerfristig wirksam, mit kleinen bis mittleren Effekten, die klinisch relevant sind: Die Gesamteffektstärke sowohl unmittelbar nach der Intervention (115 Vergleichsinterventionen,  $g = 0,39$ ; 95 % KI: 0,30–0,47,  $I^2 = 84,19$  %), als auch noch beim 12-Monate Follow-up war klein bis mittel (165 Vergleichsinterventionen,  $g = 0,31$ , KI: 0,25–0,37,  $I^2 = 77,31$  %). Über alle diagnostischen Gruppen hinweg gab es kleine bis mittlere statistisch und klinisch relevante Effekte am Ende der Intervention (von  $g = 0,19$ , 95 % KI: 0,01–0,38,  $I^2 = 78,47$  % für Substanzmissbrauch bis  $g = 0,66$ , KI: 0,28–1,03,  $I^2 = 67,75$  % für PTSD). Diese Effekte blieben größtenteils bei der 12-monatigen Nachuntersuchung erhalten, ohne dass es insgesamt zu einem statistisch signifikanten Rückgang kam (von  $g = 0,21$ , KI: 0,10–0,32,  $I^2 = 61,36$  % für Depression bis  $g = 0,51$  KI: 0,34–0,68,  $I^2 = 81,29$  % für Angststörungen), obwohl es bei Depression und posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) einen deutlicheren Rückgang gab.  
Zu diesen Ergebnissen merkt das Autorenteam an, dass sie vielfach mit Standardversorgung oder aktiven Kontrollen verglichen wurden und selten – wie oftmals in der Realität relevant – mit gar keiner Versorgung.
- Die Ergebnisse unterscheiden sich nach Interventionstypen: Elterntraining scheint bei Verhaltensstörungen und familienbasierte Interventionen scheinen bei Substanzmissbrauch besonders wirksam zu sein; beide - Familien- als auch Elterninterventionen - bei Depressionen und Angststörungen. Gruppenbasierte Ansätze könnten bei Depressionen und Angststörungen wirksam sein; diese sind jedoch möglicherweise bei Verhaltensstörungen kontraindiziert.
- Moderate Intensität (entspricht etwa der Sitzungsdichte bzw. der Sitzungsanzahl) der Interventionen scheint über alle Störungen hinweg größere Effekte zu haben als geringe oder hohe Intensität.
- (Indizierte) Interventionen scheinen in Schulsettings genauso wirksam zu sein wie in anderen Settings.
- Interventionen von Professionals (Fachkräfte für psychische Gesundheit) oder Paraprofessionals (wie Schulfachkräfte oder nicht im Bereich psychische Gesundheit tätige Fachkräfte mit interventionsspezifischer Ausbildung) haben offenbar keine Unterschiede in der Effektstärke bei Angst- und Depressionsstörungen, sind jedoch möglicherweise weniger wirksam bei Substanzkonsum- und Verhaltensstörungen.
- Interventionen vor dem 12. Lebensjahr könnten größere Vorteile bieten als solche nach dem 12. Lebensjahr.

Eine klar positive Empfehlung zu psychosozialen Interventionen für Jugendliche mit emotionalen Problemen und mit störendem/oppositionellem Verhalten sprechen auch die WHO-Leitlinien

(WHO 2020) aus, auch wenn die Vertrauenswürdigkeit der Evidenz als sehr niedrig eingestuft wird. Leider wird der Anteil von Langzeituntersuchungen in der Leitlinie nicht genannt.

Weiteren Forschungsbedarf sehen Pilling et al. (2020) unter anderem in den folgenden Punkten:

- Weitere Forschung und Entwicklung zu Familien- und Elterninterventionen bei Depressionen und Angststörungen
- Einbeziehung von Langzeiteffekten in zukünftigen Studien (mindestens 1 Jahr) einschließlich Selbstverletzung und Suizidprävention
- Berücksichtigung der Kosteneffektivität in zukünftigen Forschungs- und Implementierungsstudien

Für die Implementierung von Programmen/Interventionen empfehlen sie unter anderem eine möglichst frühe Bereitstellung schon in einem Alter unter 12 Jahren, die Verwendung gut beschriebener Manuale sowie generell effektive Unterstützung und Supervision zur Erzielung der in RCTs beobachteten Effekte. Sie sprechen in diesem Sinn auch die Etablierung und Testung neuer Modelle der Versorgung in groß angelegten Implementierungsstudien an.

In RCTs nicht untersucht wurde außerdem, welche Rolle die Niederschwelligkeit eines Versorgungsangebotes bzw. die rasche und klientenzentrierte Vermittlung spielen. Dieser Faktor dürfte jedoch gerade in potenziell unterversorgten und/oder von Stigmatisierung oder auch von Sprachbarrieren betroffenen Bereichen eine wichtige Rolle spielen (Kulcar et al. 2024). Die Not der Kinder und Jugendlichen hinsichtlich psychischer Belastungen scheint jedenfalls groß zu sein (Dale et al. 2023; Felder-Puig et al. 2023a; Felder-Puig et al. 2023b). Im Projekt „Gesund aus der Krise“ wird der niederschwellige Zugang zur klinisch-psychologischen, gesundheitspsychologischen, psychotherapeutischen und musiktherapeutischen Versorgung für psychisch belastete Kinder und Jugendliche sogar als zentrales Kriterium angegeben (Kulcar et al. 2024). Vom 1.6.2023 bis 30.6.2024 konnten hier 14.400 Personen (bis 21 Jahre) einer Behandlung zugeführt werden. Laut dem letzten Evaluierungsbericht zeigte sich nach den Quartalsdokumentationen der Behandler:innen zum Behandlungsprozess, dass bei 97 % der Klientinnen und Klienten Fortschritte erzielt wurden, womit sich nach Aussage der Autorinnen und Autoren die psychosoziale Situation österreichweit verbessert hat (siehe hierzu auch Exkurs Kapitel 8).

## 5 Fazit

Insgesamt lässt sich im Rahmen dieses Quick Assessment, basierend auf einem umfassenden SR (Pilling et al. 2020), schlussfolgern, dass durch psychosoziale Frühinterventionen bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Belastungen klinisch relevante Effekte auch lang- bzw. mittelfristig, das heißt auch noch ein Jahr nach Interventionsende, erzielt werden können.

Die Evidenz belegt den Nutzen von Maßnahmen, dabei ist aber auch auf die genaue Ausgestaltung der Interventionen und deren Implementierung in die Praxis großes Augenmerk zu legen. Pilling et al. (2020) ist zuzustimmen, dass verstärkt neue bzw. adaptierte Modelle in der Versorgung getestet werden sollten. So wäre es sinnvoll, weiteren vertiefenden Fragestellungen nachzugehen, beispielsweise die genaue Ausgestaltung erfolgreicher Familien- und Elterninterventionen, insbesondere für Kinder unter 12 Jahren, oder die Wirksamkeit und Indikationen für aufsuchende Betreuung (z. B. bei Panik/Angststörungen). Generell wichtig wäre zu untersuchen, welche Maßnahmen (neben einer kostenlosen Bereitstellung von Interventionen) zusätzlich einen niederschweligen Zugang erleichtern, bzw. in welchen Settings die Kinder und Jugendlichen am besten erreicht werden können. Auch stellt sich die Frage, ob/welche anderen Berufsgruppen für eine effiziente und kostengünstige Versorgung noch miteinbezogen werden könnten - z. B. eigens geschulte Laien, Lebens- und Sozialberater:innen. Ein wichtiger Punkt für die Implementierung ist auch die Kontinuität der Betreuung und die Sicherstellung guter Übergänge zwischen Betreuungs- oder Finanzierungsformen sowie vom Jugendlichen- ins Erwachsenenalter.

## 6 Limitationen

Folgende Limitationen sind zur vorliegenden Evidenzrecherche zu nennen:

Es konnte im Rahmen der Literatursuche nur ein – wenngleich umfassender und qualitativ hochwertiger - SR (Pilling et al. 2020) identifiziert werden, der die gegenständliche Fragestellung mit wenigen Limitationen beantworten konnte. Die Population bezog sich, abweichend von der für diesen Bericht festgelegten Altersgruppe (3 bis 21) auf Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 18 Jahren.

Der Frage zum Effekt der „Niederschwelligkeit“, also rascher/kostenfreier Zugang zu Interventionen bzw. möglichst rasche klientenzentrierte Vermittlung („Matching-Funktion“), konnte nicht nachgegangen werden, da hierzu im Rahmen der Literatursuche, zumindest mit der Einschränkung auf das Studiendesign RCT, keine Publikationen identifiziert wurden.

Für dieses Quick Assessment wurde eine methodisch verkürzte Vorgehensweise gewählt. So wurde das Screening der Literaturtreffer (nur) in einer Teilmenge von 2 Reviewerinnen unabhängig voneinander vorgenommen, und ein vollständiges Screening der Treffer für Primärstudien wurde nach stichprobenhafter Durchsicht zurückgestellt. Wie häufig bei systematischen Reviews konnten bei der Aufarbeitung des ausgewählten SR keine Details über die genaue Ausgestaltung der inkludierten Interventionen, Vergleichsinterventionen und deren Implementation entnommen werden.

Die Autorinnen und Autoren des SR (Pilling et al. 2020) sehen selbst als limitierenden Faktor das hohe Maß an Heterogenität in vielen Analysen, das die Variabilität in den inkludierten Populationen und Interventionstypen widerspiegelt. Eine Verbesserung bzw. Standardisierung der Durchführung der Studien wird als wünschenswert bezeichnet, auch auf die Problematik der selbstberichteten oder von Eltern berichteten Outcomes wird eingegangen. Als limitierend wird auch genannt, dass das Krankheitsbild der Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) nicht inkludiert werden konnte, da Arzneimittelinterventionen ausgeschlossen wurden und es an Studien zu Selbstgefährdungen bzw. Suiziden fehlte (keine Langzeitdaten). Limitierend ist bei Pilling et al. außerdem zu sehen, dass sie in ihrer Metaanalyse einen sehr breiten Studienpool inkludieren (verschiedene Erkrankungen, Settings, Interventionen und Vergleichsinterventionen), sodass trotz der zahlreichen Subgruppenanalysen Unschärfen entstehen bzw. eine erhebliche Heterogenität die Aussagen beeinträchtigt. Auch wurde auf englischsprachige Publikationen beschränkt.

Für das vorliegende Quick Assessment ist weiters limitierend, dass aufgrund der gewählten Vorgangsweise nur der Zeitraum bis Mai 2019 abgedeckt ist.

## 7 Ergebnisse im Detail

### 7.1 Studienpool

In Abbildung 2 sind die Ergebnisse der Literatursuche dargestellt. Über die Suche in den bibliographischen Datenbanken wurden insgesamt nach Ausschluss von Duplikaten 106 Treffer mit dem Suchfilter zu SRs und 333 Treffer mit dem Suchfilter zu RCTs gefunden. Die Volltextselektion der ersten Gruppe erbrachte einen relevanten SR (inklusive einer Meta-Analyse) mit letztem Suchdatum vom 21. Mai 2019 (Pilling et al. 2020), der der operationalisierten Forschungsfrage im Wesentlichen entsprach (vgl. Tabelle 1). Einzig der Aspekt des niederschweligen Zugangs und der raschen klientenzentrierten Vermittlung fand sich, als Bestandteil der zu untersuchenden Intervention, weder hier noch in einem anderen der gescreenten SRs wieder. Eine stichprobenhafte Durchsicht der Treffergruppe zu RCTs (mit Schwerpunkt auf Publikationen nach Mai 2019) ergab keine inhaltlich relevante Primärstudie. Eine Überprüfung ergab auch wenige Überschneidungen mit den bei Pilling et al. (2020) enthaltenen Primärstudien.

Eine Reviewerin führte für den SR von Pilling et al. (2020) eine Qualitätsbewertung nach AMSTAR 2 (Shea et al. 2017) durch (Anhang 3). Insgesamt wird die methodische Qualität des vorliegenden SR inkl. Meta-Analyse von Pilling et al. (2020) als gut eingeschätzt. Die Autorinnen und Autoren von Pilling et al. (2020) führten zudem mehrere methodische Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Bewertung der inkludierten Primärstudien durch (Risk of Bias nach Cochrane, Funnel Plots für Publikationsbias und Heterogenität, PRISMA Checklist).

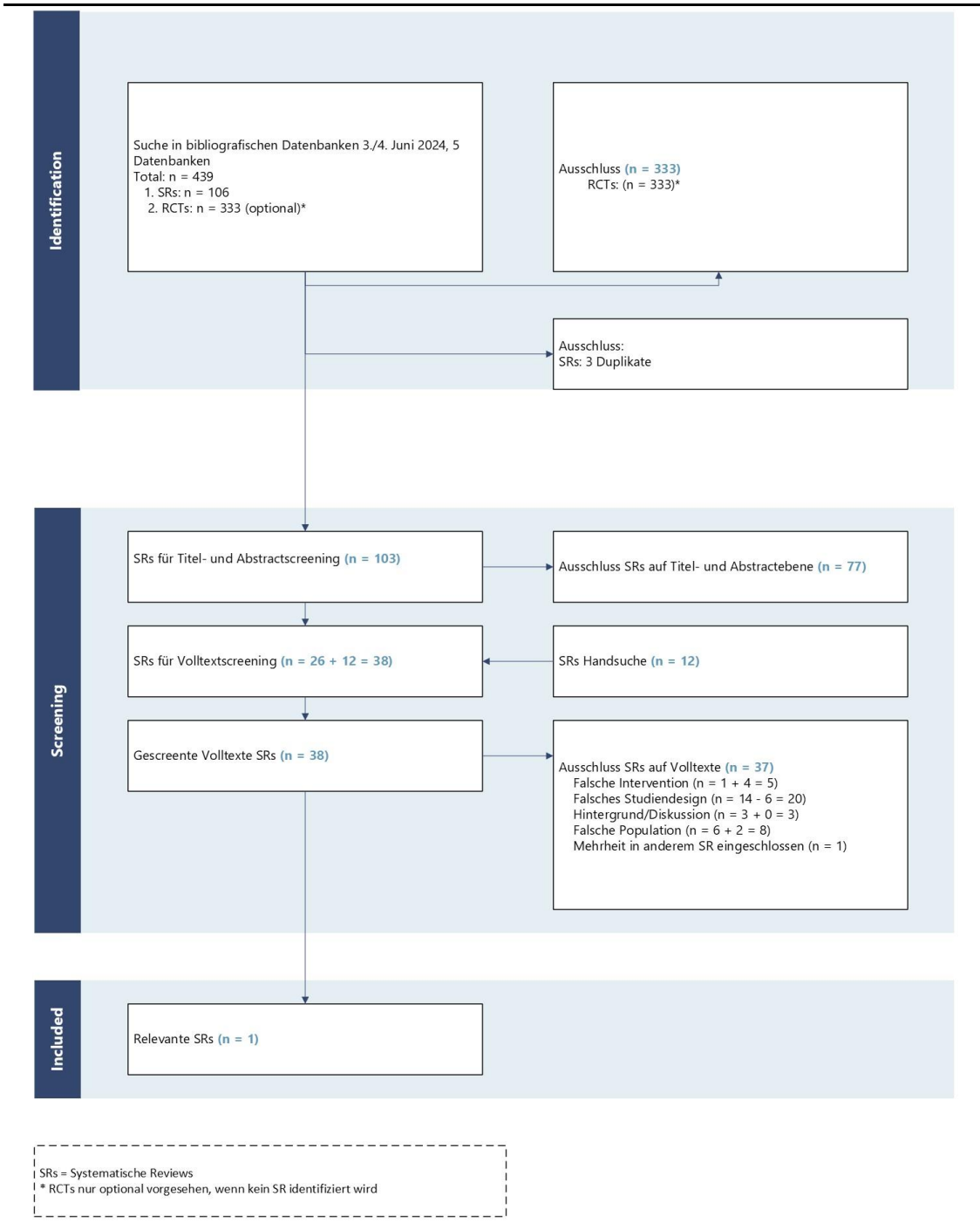
Aufgrund dieser Ausgangslage wurde für das vorliegende Quick Assessment auf das optional vorgesehene Screening aller mit der Suchstrategie zusätzlich identifizierten RCTs verzichtet (vgl. auch Abbildung 2).

Mit der Handsuche wurde zudem eine rezente WHO-Guideline "Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescent thrive (HAT Guidelines)" (WHO 2020) identifiziert. Die Entwicklung dieser Guideline-Sammlung erfolgte im Rahmen der Erreichung der von den Vereinten Nationen etablierten Nachhaltigkeitsziele (Sustainable Development Goals, SDG), speziell des SDG 3 "Ensure healthy lives and promote well-being for all ages" und des SDG 10 "reduce inequalities within and among countries." Sie soll als Grundlage für Entscheidungen betreffend mentale Gesundheit für nationale politische Entscheidungsträger, Management staatlicher und nichtstaatlicher Gesundheitsprogramme sowie internationaler Gesundheits- und Entwicklungsinstitutionen dienen. Untersucht wurden 8 Fragestellungen im Rahmen von SRs, wovon 3 aufgrund der im Rahmen der Forschungsfrage definierten Zielgruppe als für den vorliegenden Bericht potenziell relevant eingestuft wurden. Die Guidelines mussten jedoch im Zuge der Literaturbewertung ausgeschlossen werden, da Autoren-Anfragen hinsichtlich genauerer Eckdaten zu den inkludierten Studien bzw. zur Aufschlüsselung der Ergebnisse nach Studiendauer letztlich unbeantwortet blieben. Eine kurze Darstellung der wichtigsten Empfehlungen daraus findet sich als ergänzende Information in Abschnitt 7.3.

Die übrigen elf über die Handsuche als potenziell relevant identifizierten SRs bzw. Meta-Analysen (Baourda et al. 2021; Barry et al. 2024; Bourke et al. 2022; Davaasambuu et al. 2020; Duagi et al. 2024; Eapen et al. 2024; Kodsı et al. 2022; Kuosmanen et al. 2022; Rojas et al. 2019; Skeen et al. 2019; Werner-Seidler et al. 2017) waren letztlich ebenfalls z. B. wegen zu kurzen Follow-ups,

Einsatzes universaler Interventionen oder des Studiendesigns (nicht RCT) auszuschließen (vgl. Abbildung 2). Sie wurden jedoch zusätzlich auch auf Überschneidungen mit Pilling et al. (2020) überprüft.

Abbildung 2: PRISMA



Quelle: GÖG



## 7.2 SR Pilling et al. 2020

### 7.2.1 Fragestellung und Methodik

Der SR Pilling et al. (2020) wurde für eine britische Politik-Initiative erstellt, es wurden folgende Fragen exploriert:

- ob die Effekte von selektiven und indizierten Interventionen bei Kindern- und Jugendlichen längerfristig anhalten
- welche Interventionen für welche Erkrankungen die vielversprechendste langfristige Wirksamkeit zeigen
- welches Training / welche Unterstützung nötig ist für die wirksame Bereitstellung einer Intervention
- welches Setting (Schule, Community oder Gesundheitssystem) den Impact von Interventionen erleichtert
- welche Bedingungen erforderlich sind, um robuste evidenzbasierte Interventionen bereitzustellen

Tabelle 2: PICO-Schema, weitere Ausschlusskriterien und Informationssuche im Rahmen des SR von Pilling et al. 2020

<b>Population</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 18 Jahren</li> <li>• Risiko einer psychischen Erkrankung (selektive und indizierte Prävention)</li> </ul>
<b>Intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angststörungen (generalisierte Angststörung, Zwangsstörung, Panikstörung, soziale Angststörung, phobische Störungen)</li> <li>• Verhaltensstörungen</li> <li>• Depressive Störungen</li> <li>• Essstörungen (einschließlich Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung)</li> <li>• Posttraumatische Belastungsstörung</li> <li>• Substanzmissbrauch (einschließlich Drogen- und Alkoholmissbrauch), Selbstverletzung und Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung</li> <li>• Dauer 9 bis 18 Monate</li> </ul>
<b>Kontrolle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• unbehandelte Kontrollgruppe</li> <li>• Warteliste</li> <li>• Aufmerksamkeitskontrolle</li> <li>• übliche Behandlung (Treatment as usual)</li> <li>• aktive Kontrollinterventionen</li> </ul>
<b>Outcomes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorab nicht pro Krankheitsgruppe definiert, sondern Richtlinie erstellt, wie bei Datenextraktion vorzugehen ist (Hierarchie: beste krankheitsspezifische Outcome bevorzugt, objektive vor selbstberichteter Messung, etc.)</li> </ul>
<b>Studiendesign</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Randomisierte kontrollierte Studien mit Daten zu 12-Monate-Follow-up</li> </ul>
<b>Ausschlusskriterien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Setting stationäre Einrichtungen</li> <li>• nur pharmakologische Kontrollgruppe</li> <li>• Interventionen im Bereich universelle Prävention</li> <li>• Dissertationen, Abstracts oder Konferenzberichte</li> <li>• Teilnehmer:innen aus Nicht-OECD-Ländern</li> </ul>
<b>Informationssuche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datenbanken: PsycINFO, EMBASE, MEDLINE, ERIC (Educational Resources Index), BEI (British Education Index), die Cochrane Library (alle Datenbanken), Cochrane Common Mental Disorders Group (CCMD-CTR), Headspace Research Database (National Youth Mental Health Foundation, Australien)</li> <li>• Zeitraum: 1960 bis 21. Mai 2019</li> <li>• Sprache: englischsprachige Publikationen</li> </ul>

Quelle: (Pilling et al. 2020), adaptiert durch GÖG

## 7.2.2 Studienpool und Ergebnisse gesamt (alle Krankheitsgruppen)

Eine Auflistung der Primärstudien sowie deren Studiencharakteristika findet sich im Anhang 4. 138 Studien mit insgesamt 14.954 Teilnehmer:innen zum Zeitpunkt des Studienbeginns mit Stichprobengrößen zwischen mindestens 20 und maximal 1.730 Teilnehmer:innen berichteten Ergebnisse zum Follow-Up-Zeitpunkt von 12 Monaten und wurden eingeschlossen. 99 dieser Studien berichteten auch Ergebnisse zum Ende der Intervention. Daraus ergaben sich in Summe 165 Interventionsvergleiche mit Daten zum 12-monatigen Follow-up, wovon 115 Vergleiche zusätzlich auch Daten zum Interventionsende berichtet hatten.

Tabelle 3 zeigt die in der durchgeführten Meta-Analyse errechneten Effektstärken zu diesen Interventionsvergleichen für die beiden Zeitpunkte Interventionsende (115 Vergleiche) und 12-Monate-Follow-Up (165 Vergleiche), sowie getrennt nach verschiedenen Subgruppen. Wesentliche Eckdaten zu den 165 Vergleichen waren:

- 99 von 165 (60 %) wurden in den USA durchgeführt.
- 89 von 165 (54 %) betrafen Kinder- und Jugendliche über 12 Jahre, 46 % unter 12.
- 121 von 165 (73 %) bezogen sich auf Kinder- und Jugendliche mit ersten Anzeichen einer psychischen Beeinträchtigung (indizierte Prävention).
- Die häufigsten psychischen Störungen waren Verhaltensstörungen (44 Vergleiche von insgesamt 165 bzw. 27 %) und Angststörungen (43 Vergleiche von 165 bzw. 26 %). Depressive Störungen (29 Vergleiche von 165 bzw. 18 %) und Substanzmissbrauch (27 Vergleiche von 165 bzw. 16 %) waren ebenfalls relativ häufig. Weniger häufig waren Essstörungen (12 Vergleiche von 165 bzw. 7 %) und PTBS (9 Vergleiche von 165 bzw. 5 %) inkludiert.
- 58 von 165 Interventionen (35 %) hatten eine signifikante kognitive Verhaltenstherapie (KVT)-Komponente, 48 von 165 Interventionen (29 %) waren familien- oder elternbasiert, 12 von 165 Interventionen (7 %) waren psychoedukativ oder psychotherapeutisch ausgerichtet, 28 von 165 Interventionen (17 %) waren kombinierte Interventionen und 19 von 165 Interventionen (11 %) fielen unter die Gruppe „sonstige“.
- 113 von 165 Interventionen (68 %) wurden von Fachkräften für psychische Gesundheit geleitet, 51 (31 %) von Paraprofessionals (=Schulfachkräfte oder nicht im Bereich psychische Gesundheit tätige Fachkräfte mit interventionsspezifischer Ausbildung).
- 98 von 165 Interventionen (59,4 %) wurden zwischen 2010 und 2018, 44 von 165 Interventionen (26,6 %) zwischen 2000 und 2009 und 23 von 165 Interventionen (14 %) zwischen 1985 und 1999 durchgeführt.
- Die Interventionsdauer variierte von einer bis 144 Sitzungen (Median 12).

Über 80 % der Ergebnismessungen basierten entweder auf Selbsteinschätzung oder Einschätzung durch die Eltern (Pilling et al. 2020).

Interventionen bei Kindern unter 12 Jahren schienen langfristig eine höhere Effektstärke zu haben ( $g = 0,40$  versus  $g = 0,25$ ) als für Kinder über 12 Jahre (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Ergebnisse zu Interventionsende und 12-Monate-Follow-up, Subgruppenanalysen über alle Erkrankungen

		Interventionsende				Follow-up				
		K	G (95 % KI)	I2	Q(df)	K	G (95 % KI)	I2	Q(df)	
<b>Population</b>										
<b>Alter</b>										
	Unter 12	54	0,45	(0,28–0,63)	87,63		76	0,40	(0,29–0,50)	77,58
	Über12	61	0,35	(0,25–0,44)	79,48	1,11 (df = 1) 0,292	89	0,25	(0,18–0,32)	76,41
										5,43 (df = 1)* 0,020
<b>Nationalität</b>										
	USA	71	0,44	(0,33–0,55)	85,36		99	0,35	(0,28–0,43)	79,68
	Nicht USA	44	0,30	(0,15–0,44)	81,96	2,39 (df = 1) 0,122	66	0,24	(0,16–0,33)	72,98
										3,41 (df = 1) 0,065
<b>Schweregrad</b>										
	Selektiv	28	0,21	(0,09–0,32)	77,62		44	0,25	(0,16–0,33)	76,49
	Indiziert	87	0,47	(0,35–0,59)	85,14	9,45 (df = 1)** 0,002	121	0,35	(0,27–0,42)	77,43
										2,96 (df = 1) 0,085
<b>Krankheitsbild</b>										
	Angststörung	36	0,61	(0,34–0,89)	89,71		43	0,51	(0,34–0,68)	81,29
	Verhaltensstörung	23	0,20	(0,05–0,35)	76,54		44	0,23	(0,14–0,33)	71,16
	Depression	28	0,38	(0,24–0,53)	77,67		30	0,21	(0,10–0,32)	61,36
	Essstörung	8	0,49	(0,15–0,84)	84,73		12	0,48	(0,12–0,85)	90,38
	Posttraumatische Belastungsstörung	6	0,66	(0,28–1,03)	67,75		9	0,34	(0,09–0,58)	66,15
	Substanzmissbrauch	14	0,19	(0,01–0,38)	78,47	13,48 (df = 1)* 0,019	27	0,26	(0,15–0,36)	77,72
										11,06 (df = 5)* 0,050
<b>Intervention</b>										
<b>Art</b>										

	Interventionsende					Follow-up				
	K	G (95 % KI)		I2	Q(df)	K	G (95 % KI)		I2	Q(df)
Individuelle KVT / VT	23	0,54	(0,25–0,82)	89,98		31	0,37	(0,21–0,52)	77,62	
Gruppen-KVT	25	0,26	(0,11–0,42)	76,54		27	0,23	(0,07–0,38)	75,85	
Familienbasiert („family-based“)	18	0,78	(0,41–1,16)	91,21		19	0,68	(0,37–1,00)	88,40	
Elternteraining	13	0,33	(0,13–0,52)	83,69		29	0,24	(0,14–0,34)	65,17	
Psychoedukation/Fertigkeiten	3	0,18	(-0,15–0,51)	0		4	0,49	(0,12–0,86)	61,14	
Psychotherapie	7	0,44	(0,08–0,79)	81,67		8	0,56	(0,11–1,01)	89,59	
Maßnahmenbündel („multiple intervention“)	20	0,40	(0,24–0,57)	65,77		28	0,23	(0,10–0,36)	65,18	
Andere	6	-0,12	(-0,27–0,04)	3,34	38,65 (df = 7)** < ,0001	19	0,21	(0,12–0,31)	64,74	13,54 (df = 7) 0,060
<b>Format</b>										
Gruppentherapie oder gemischt	54	0,33	(0,23–0,43)	77,40		77	0,26	(0,18–0,33)	76,88	
Einzeltherapie	61	0,46	(0,30–0,61)	87,64	1,80 (df = 1) 0,180	88	0,36	(0,27–0,45)	77,59	3,19 (df = 1) 0,074
<b>Sitzungshäufigkeit<sup>a</sup> („intensity“)</b>										
Niedrig	38	0,28	(0,16–0,40)	79,76		60	0,20	(0,13–0,26)	62,24	
Mittel	57	0,52	(0,36–0,68)	87,96		74	0,45	(0,34–0,56)	83,93	
Hoch	20	0,27	(0,12–0,42)	65,28	6,51 (df = 2)* 0,041	31	0,28	(0,15–0,40)	69,40	14,56 (df = 2)** 0,001
<b>Standardisierung („manualisation“)</b>										
„Manualised“	99	0,39	(0,30–0,49)	84,16		146	0,31	(0,25–0,37)	77,36	
„Not manualized“	16	0,36	(0,10–0,63)	85,07	0,04 (df = 1) 0,847	19	0,30	(0,13–0,46)	78,17	0,02 (df = 1) 0,882
<b>Methodeneinhaltung wurde überprüft („fidelity check“)</b>										
Ja	44	0,30	(0,16–0,43)	79,14		64	0,30	(0,22–0,38)	72,04	

		Interventionsende					Follow-up				
		K	G (95 % KI)		I <sup>2</sup>	Q(df)	K	G (95 % KI)		I <sup>2</sup>	Q(df)
	Nein	71	0,44	(0,32–0,55)	85,69	2,34 (df = 1) 0,126	101	0,31	(0,23–0,39)	79,90	0,04 (df = 1) 0,845
<b>Design und Setting</b>											
<b>Kontrollintervention</b>											
	Aktiv	55	0,31	(0,20–0,43)	75,63		64	0,29	(0,19–0,40)	73,88	
	„Attentional“	21	0,68	(0,34–1,02)	92,60		32	0,53	(0,35–0,70)	88,49	
	Standardbehandlung („treatment as usual“)	23	0,40	(0,23–0,56)	84,78		44	0,22	(0,14–0,30)	67,20	
	Warteliste / keine Behandlung	16	0,32	(0,09–0,56)	81,43	4,39 (df = 3) 0,222	25	0,26	(0,14–0,38)	66,21	10,00 (df = 3)* 0,019
<b>Setting</b>											
	Klinische Einrichtungen (exkl. stationäres Setting)	58	0,50	(0,34–0,67)	86,28		78	0,38	(0,27–0,49)	81,98	
	„Community“	25	0,30	(0,13–0,43)	82,53		41	0,23	(0,14–0,33)	66,62	
	Schule	30	0,32	(0,18–0,46)	79,58	9,29 (df = 2) 0,026*	43	0,28	(0,19–0,38)	74,96	4,28 (df = 2) 0,233
<b>Durchführende</b>											
	Professionals	80	0,40	(0,28–0,53)	86,33		113	0,35	(0,27–0,42)	78,83	
	Paraprofessionals	34	0,35	(0,23–0,47)	76,25	1,64 (df = 1) 0,440	51	0,23	(0,14–0,32)	73,62	4,65 (df = 1) 0,098
<b>Publikationsjahr</b>											
	1985–1999	20	0,46	(0,25–0,67)	61,69		23	0,58	(0,37–0,80)	70,07	
	2000–2009	37	0,62	(0,39–0,84)	90,16		44	0,48	(0,3–0,65)	85,48	
	2010–2018	58	0,25	(0,16–0,35)	79,50	10,07 (df = 2)** 0,006	98	0,22	(0,16–0,27)	69,73	16,92 (df = 2)** 0,000

df = degree of freedom; G = Hedges' g; I<sup>2</sup> = Maß für Heterogenität (zeigt an, wie viel der Variation durch Heterogenität (Unterschiede zwischen den Studien) erklärt werden kann); K = Anzahl Vergleiche/Interventionen; Q (df) = statistischer Wert, der die Gesamtheterogenität angibt

\* statistisch signifikant p < 0,05; \*\* statistisch hoch signifikant p < 0,01

a „Low/moderate and high Intensity“ war in der Publikation nicht definiert und wurde auch auf Autorenanfrage nicht beantwortet. Die Autoren vermerkten lediglich, dass die Programmdauer zwischen einer und 144 Sitzungen betrug, mit Median 12.

Quelle: Pilling et al. (2020), adaptiert durch GÖG

Die Autorinnen und Autoren des SR wurden mehrfach mit der Bitte um nähere Auskünfte hinsichtlich Ausgestaltung der Interventionen wie „Parenting and Family Interventions“, ob aufsuchende Beratungen inkludiert waren, wie „low, moderate and high intensity“ definiert war, sowie was „Attentional und Active Controls“ beinhalteten, kontaktiert. Zudem wurde auch nachgefragt, ob ein Update des SR geplant ist. Bis zum Zeitpunkt der Berichtsfertigstellung erfolgte jedoch keine Antwort.

### 7.2.3 Ergebnisse nach Krankheitsgruppen auf Primärstudienenebene (Forest Plots)

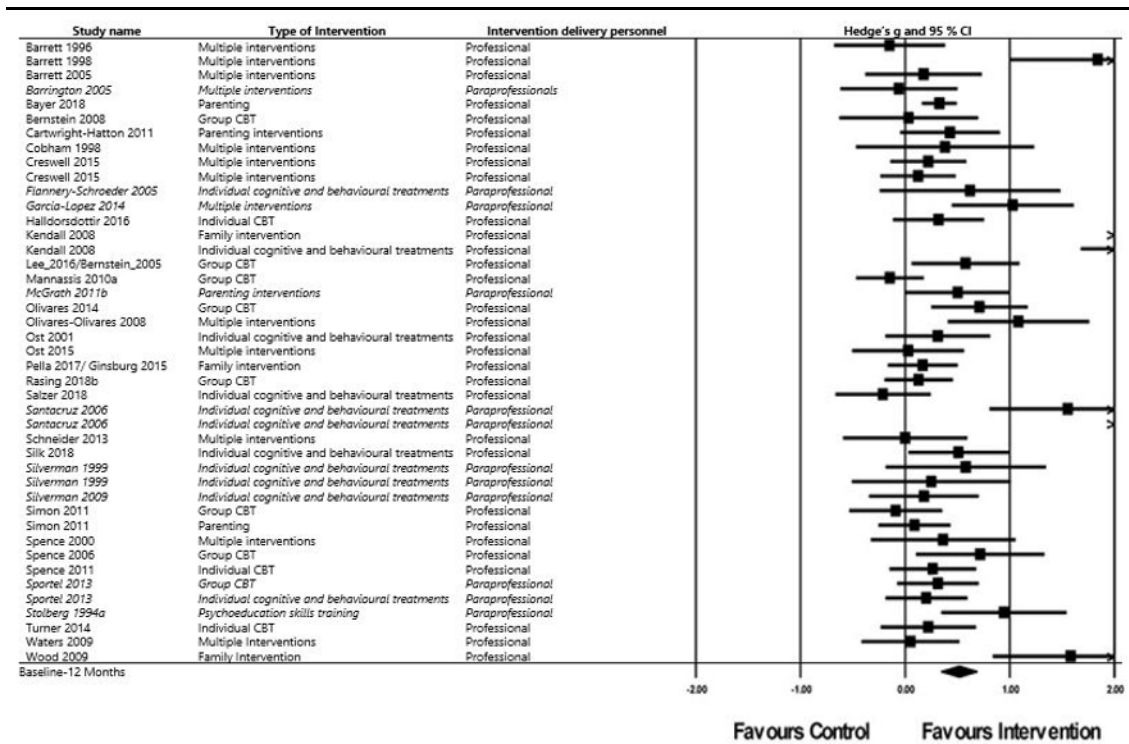
Abbildung 3 bis Abbildung 8 veranschaulichen die Ergebnisse nach den untersuchten psychischen Krankheitsgruppen beim 12-Monate-Follow-up. Die Autorinnen und Autoren verwendeten Hedges'  $g$  um Vergleiche innerhalb und zwischen den Erkrankungen zu ermöglichen. Ein Hedges'  $g$  von 0,2 oder größer wurde von den Autorinnen und Autoren als klinisch relevant eingestuft.

Als Richtlinie für die Interpretation von Hedges'  $g$  wird die vorgeschlagene Einteilung von Cohen (1988) mit  $g = \geq 0,2$  kleiner Effekt;  $g = \geq 0,5$  mittlerer Effekt;  $g = \geq 0,8$  großer Effekt herangezogen.

Mit  $g = 0,51$  erzielten Interventionen bei Angststörungen den höchsten Effekt, gefolgt von Essstörungen ( $g = 0,48$ ), wobei die Anzahl der Vergleiche bei Essstörungen relativ niedrig und deren Heterogenität ( $I^2 = 90,38$ ) hoch war. Bei allen Erkrankungen war auch nach dem 12-Monate-Follow-up ein klinisch relevanter Effekt vorhanden ( $> 0,2$ ).

Der Vergleich mit den Effekten nach Ende der Intervention (siehe Tabelle 3) und 12-Monate-Follow-up ergab für alle Krankheitsgruppen, dass die Wirksamkeit anhielt, insbesondere bei Essstörungen und Substanzmissbrauch, wobei hier sogar bessere Werte beim Follow-up erzielt wurden, sowie Verhaltensstörungen. Bei depressiven Symptomen und posttraumatischen Belastungsstörungen waren im 12 Monate Follow-up noch kleine Effekte erkennbar, aber es kam zu einem größeren Rückgang (vgl. Tabelle 3).

Abbildung 3: Wirksamkeit der Interventionen<sup>3</sup> 12 Monate Follow-up – Angststörungen

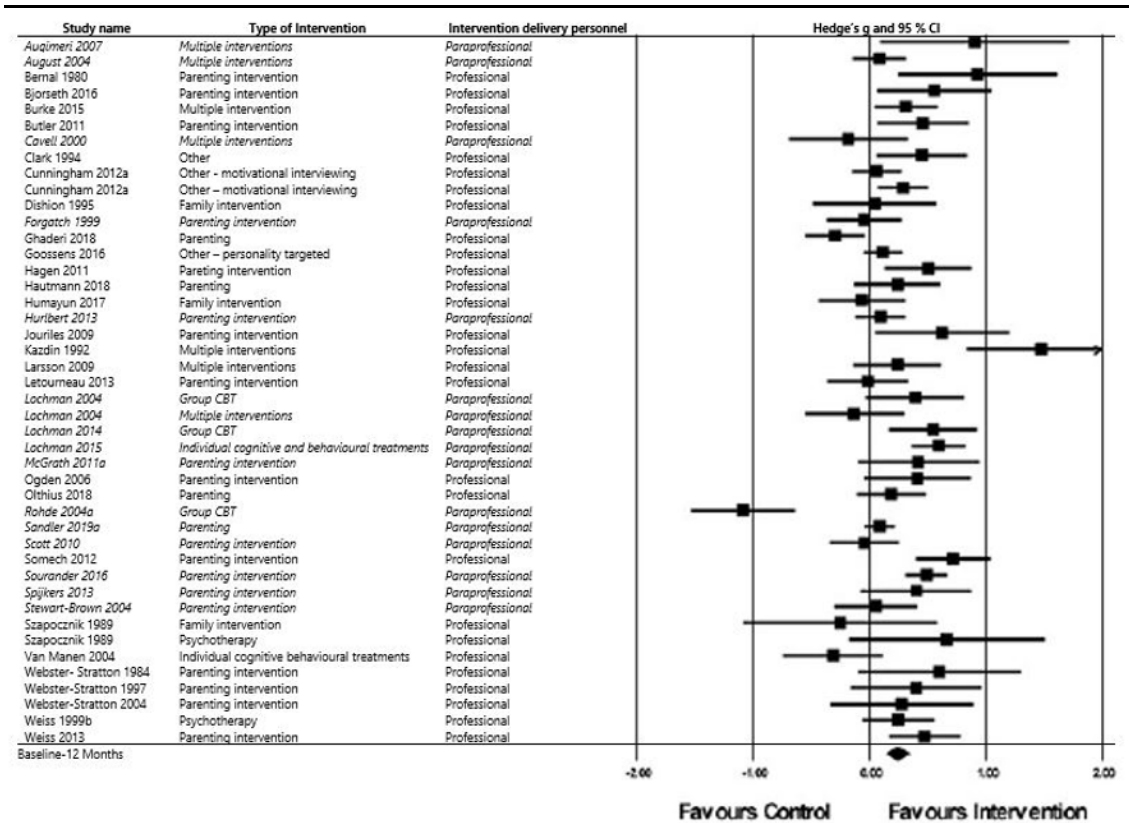


$g = 0,51$ ; Richtlinien zur Interpretation  $g \geq 0,2$  kleiner Effekt;  $g \geq 0,5$  mittlerer Effekt;  $g \geq 0,8$  großer Effekt (Cohen 1988)

Quelle: Pilling et al. (2020), adaptiert durch GÖG

<sup>3</sup> Verglichen zu unterschiedlichen Kontrollgruppen (wie z. B. „treatment as usual“, „attentional“, andere Therapieformen), in der Publikation nicht erläutert

Abbildung 4: Wirksamkeit Interventionen<sup>4</sup> 12 Monate Follow-up - Verhaltensstörungen



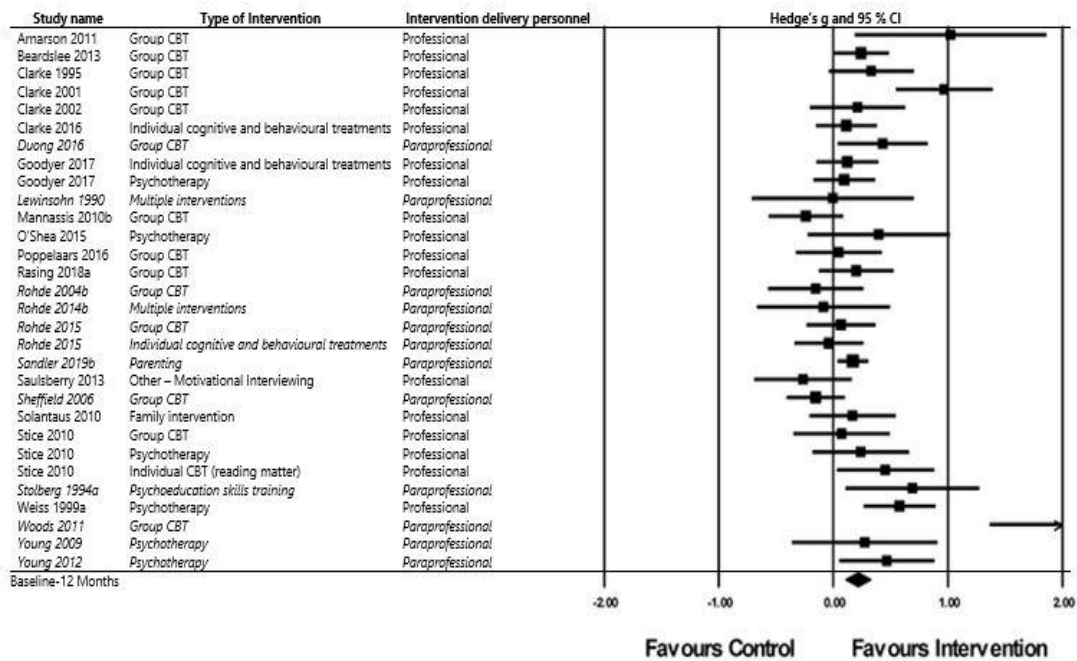
$g = 0,23$ ;  $g \geq 0,2$  kleiner Effekt;  $g \geq 0,5$  mittlerer Effekt;  $g \geq 0,8$  großer Effekt

Quelle: Pilling et al. (2020), adaptiert GÖG

<sup>4</sup> Verglichen zu unterschiedlichen Kontrollgruppen (wie z. B. „treatment as usual“, „attentional“, andere Therapieformen), in der Publikation nicht erläutert



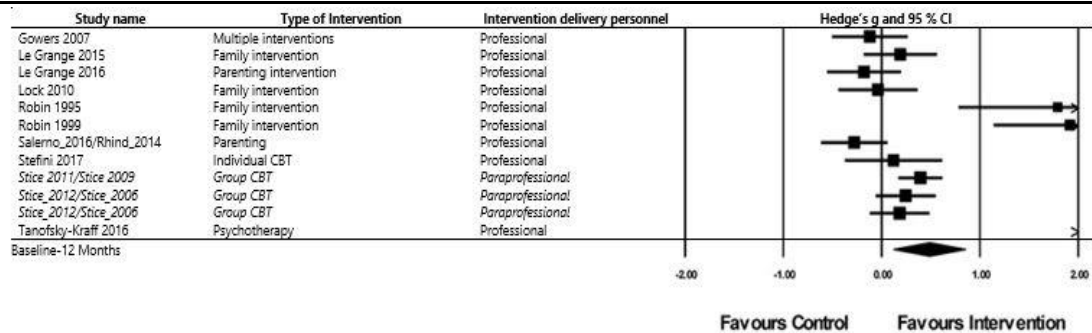
Abbildung 5: Wirksamkeit Interventionen<sup>5</sup> 12 Monate Follow-up - Depressionen



$g = 0,21$ ;  $g \geq 0,2$  kleiner Effekt;  $g \geq 0,5$  mittlerer Effekt;  $g \geq 0,8$  großer Effekt

Quelle: Pilling et al. (2020), adaptiert GÖG

Abbildung 6: Wirksamkeit Interventionen<sup>6</sup> 12 Monate Follow-up - Essstörungen



$g = 0,48$ ;  $g \geq 0,2$  kleiner Effekt;  $g \geq 0,5$  mittlerer Effekt;  $g \geq 0,8$  großer Effekt

Quelle: Pilling et al. (2020), adaptiert GÖG

<sup>5</sup> Verglichen zu unterschiedlichen Kontrollgruppen (wie z. B. „treatment as usual“, „attentional“, andere Therapieformen), in der Publikation nicht erläutert

<sup>6</sup> s.o.

Abbildung 7: Wirksamkeit Interventionen<sup>7</sup> 12 Monate Follow-up - PTBS

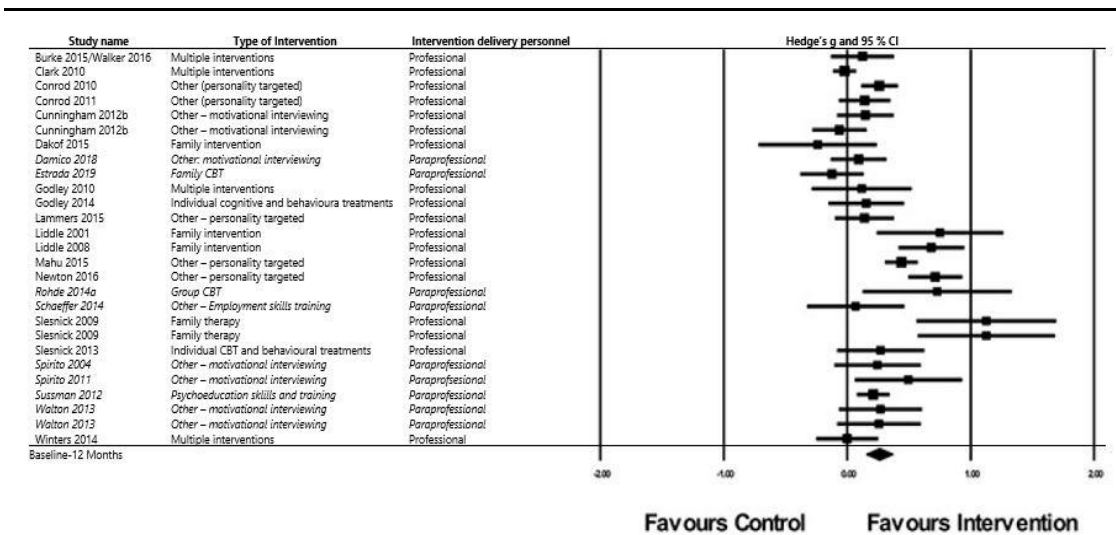


PTBS = posttraumatische Belastungsstörung;

$g = 0,34$ ;  $g \geq 0,2$  kleiner Effekt;  $g \geq 0,5$  mittlerer Effekt;  $g \geq 0,8$  großer Effekt

Quelle: Pilling et al. (2020), adaptiert GÖG

Abbildung 8: Wirksamkeit Interventionen<sup>8</sup> 12 Monate Follow-up - Substanzmissbrauch



$g = 0,26$ ;  $g \geq 0,2$  kleiner Effekt;  $g \geq 0,5$  mittlerer Effekt;  $g \geq 0,8$  großer Effekt

Quelle: (Pilling et al. 2020), adaptiert GÖG

## 7.2.4 Ergebnisse der Subgruppenanalysen nach Krankheitsgruppen

Noch deutlicher sieht man die Ergebnisse, wenn die Vergleiche nach Krankheitsgruppen getrennt analysiert werden. Tabelle 4 zeigt die Ergebnisse für Verhaltensstörungen und Substanzmissbrauch, Tabelle 5 für Depressionen und Angststörungen. Für Essstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen konnten aufgrund der geringen Anzahl an Vergleichen keine Subgruppenanalysen durchgeführt werden.

<sup>7</sup> Verglichen zu unterschiedlichen Kontrollgruppen (wie z. B. „treatment as usual“, „attentional“, andere Therapieformen), in der Publikation nicht erläutert.

<sup>8</sup> s.o.

Bei Verhaltensstörungen, deren Effekte im 12 Monate Follow-up mit  $g = 0,23$  versus  $0,20$  (Tabelle 3) im Vergleich zum Ende der Intervention jedenfalls aufrechterhalten werden bzw. sogar verbessert werden konnten, scheinen gruppenbasierte kognitive Verhaltenstherapien nicht indiziert ( $g = -0,27$ ) und mit negativen Ergebnissen verbunden zu sein. Einzelbehandlungen schnitten hier deutlich besser ab ( $g = 0,35$ ). Professionals ( $g = 0,32$ ) schneiden besser ab als Paraprofessionals ( $g = 0,15$ ) (vgl. Tabelle 4). Für Interventionen gegen Substanzmissbrauch verbesserten sich die Werte beim 12-Monate-Follow-up im Vergleich zum Ende der Intervention ( $g = 0,26$  versus  $0,19$ ; vgl. Tabelle 4). Familienbasierte Interventionen mit  $g = 0,53$  scheinen bei Substanzmissbrauch am effektivsten zu sein, dies bei moderater Behandlungsdauer ( $g = 0,53$ ) und von Professionals ( $g = 0,32$ ) durchgeführt (vgl. Tabelle 4).

Bei depressiven Störungen nahm die Effektstärke der Interventionen beim 12-Monate-Follow-up im Vergleich zum Ende der Intervention zwar ab ( $g = 0,21$  versus  $0,38$ ) (vgl. Tabelle 5), aber blieb dennoch klinisch signifikant erhalten.

Auch Interventionen bei Angststörungen sind langanhaltend ( $g = 0,61$  beim Ende der Intervention versus  $g = 0,51$  beim 12-Monate-Follow-up) und von mittlerer Effektstärke (vgl. Tabelle 5). Individuelle kognitive Verhaltenstherapie ( $g = 0,67$ ) ist mit größeren Effekten verbunden, bei einer Programmdauer von mittlerer Intensität ( $g = 0,71$ ). Die von Paraprofessionals durchgeführten Interventionen zeigten mit  $g = 0,83$  größere Effekte als jene von Professionals ( $g = 0,44$ ), aber statistisch nicht signifikant (vgl. Tabelle 5), schulbasierte Interventionen scheinen besser zu greifen, gleich ob durch Professionals oder durch Paraprofessionals durchgeführt (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 4: Subgruppenanalyse 12-Monate-Follow-up für Verhaltensstörungen und Substanzmissbrauch

		Verhaltensstörungen				Substanzmissbrauch			
		K (N = 7,728)	G (95 % KI)	I2	Q(df)	K (N = 10,546)	G (95% KI)	I2	Q(df)
<b>Population</b>									
<b>Alter</b>									
	Unter 12	31	0,31 (0,20–0,2)	61,07					
	Über12	11	0,12 (-0,8–0,2)	77,48	5,89 (df = 1)	27	0,26 (0,15–0,36)	77,72	0 (df = 0)
<b>Nationalität</b>									
	USA	28	0,25 (0,12–0,38)	71,84		22	0,23 (0,11–0,34)	72,31	
	Nicht USA	16	0,22 (0,07–0,37)	71,79	0,09 (df = 1)	5	0,34 (0,16–0,53)	80,01	1,04 (df = 1)
<b>Schweregrad</b>									
	Selektiv	11	0,22 (0,10–0,35)	62,39		14	0,18 (0,07–0,30)	74,85	
	Indiziert	33	0,24 (0,11–0,37)	73,74	0,03 (df = 1)	13	0,36 (0,18–0,54)	75,78	2,62 (df = 1)
<b>Intervention</b>									
<b>Art</b>									
	Individuelle KVT / VT	3	0,24 (-0,3–0,77)	84,61		2	0,2 (-0,03–0,44)	0	
	Gruppen-KVT	2	-0,27 (-1,87–1,33)	96,62					
	Familienbasiert („family-based“)	3	0,07 (-0,27–0,4)	17,71		6	0,53 (0,06–1,00)	87,90	
	Elterntraining	22	0,28 (0,15–0,40)	67,00					
	Psychoedukation/Fertigkeiten					1	0,21 (0,08–0,35)	0	
	Psychotherapie	2	0,15 (-0,23–0,52)	16,12					
	Maßnahmenbündel („multiple intervention“)	8	0,29 (0,01–0,57)	70,87		4	0,07 (-0,12–0,27)	50,80	
	Andere	4	0,18 (0,04–0,31)	33,19	2,62 (df = 6)	14	0,24 (0,13–0,35)	66,78	3,88 (df = 4)
<b>Format</b>									
	Gruppentherapie oder gemischt	19	0,10 (-0,04–0,23)	71,38		11	0,23 (0,08–0,38)	84,46	

		Verhaltensstörungen				Substanzmissbrauch			
		K (N = 7,728)	G (95 % KI)	I2	Q(df)	K (N = 10,546)	G (95% KI)	I2	Q(df)
	Einzeltherapie	25	0,35 (0,22–0,47)	64,88	6,93 (df = 1)**	16	0,29 (0,14–0,44)	71,09	0,34 (df = 1)
<b>Sitzungshäufigkeit<sup>a</sup></b> („intensity“)									
	Niedrig	10	0,24 (0,05–0,42)	70,09		15	0,21 (0,09–0,33)	78,46	
	Mittel	18	0,16 (-0,05–0,32)	74,44		8	0,53 (0,25–0,82)	82,99	
	Hoch	16	0,32 (0,17–0,47)	62,16	2,02 (df = 2)	4	0,06 (-0,12–0,24)	0	7,58 (df = 2)*
<b>Standardisierung</b> („manualisation“)									
	„Manualised“	38	0,22 (0,12–0,33)	72,45		24	0,29 (0,18–0,40)	78,92	
	„Not manualized“	6	0,30 (0,12–0,49)	46,00	0,52 (df = 1)	3	0,12 (-0,11–0,18)	7,17	7,15 (df = 1)**
<b>Methodeneinhaltung</b> wurde überprüft („fidelity check“)									
	Ja	23	0,25 (0,13–0,37)	58,66		11	0,19 (0,06–0,33)	76,33	
	Nein	21	0,22 (0,07–0,37)	78,88	0,08 (df = 1)	16	0,31 (0,16–0,47)	78,22	1,32 (df = 1)
<b>Design und Setting</b>									
<b>Kontrollintervention</b>									
	Aktiv	13	0,20 (-0,07–0,47)	85,64		8	0,33 (0,08–0,59)	71,18	
	„Attentional“	7	0,31 (0,12–0,49)	54,74		8	0,41 (0,14–0,67)	83,96	
	Standardbehandlung („treatment as usual“)	18	0,30 (0,18–0,43)	49,88		9	0,14 (0,00–0,28)	77,74	
	Warteliste / keine Behandlung	6	0,08 (-0,03–0,19)	0	8,29 (df = 3)*	2	0,23 (0,10–0,36)	0	3,95 (df = 3)
<b>Setting</b>									
	Klinische Einrichtungen (exkl. stationäres Setting)	18	0,29 (0,08–0,49)	79,77		11	0,32 (0,12–0,52)	74,63	
	„Community“	19	0,16 (0,06–0,27)	47,93		7	0,25 (0,00–0,50)	67,89	
	Schule	7	0,26 (0,06–0,47)	71,82	1,49 (df = 2)	9	0,22 (0,07–0,37)	86,09	0,55 (df = 2)
<b>Durchführende</b>									
	Professionals	24	0,32 (0,18–0,47)	67,71		19	0,32 (0,18–0,46)	83,39	

		Verhaltensstörungen				Substanzmissbrauch			
		K (N = 7,728)	G (95 % KI)	I <sup>2</sup>	Q(df)	K (N = 10,546)	G (95% KI)	I <sup>2</sup>	Q(df)
	Paraprofessionals	19	0,15 (0,01–0,29)	76,16	3,03 (df = 1)	8	0,14 (0,06–0,23)	0	4,53 (df = 1)*
<b>Publikationsjahr</b>									
	1985–1999	10	0,41 (0,14–0,69)	64,17					
	2000–2009	12	0,07 (-0,18–0,32)	74,56		5	0,73 (0,42–1,05)	62,87	
	2010–2018	22	0,26 (0,15–0,37)	70,43	3,37 (df = 2)	22	0,18 (0,09–0,28)	72,72	0,95 (df = 1)**

df = degree of freedom; G = Hedges' g; I<sup>2</sup> = Maß für Heterogenität (zeigt an, wie viel der Variation durch Heterogenität (Unterschiede zwischen den Studien) erklärt werden kann); K = Anzahl Vergleiche/Interventionen; Q (df) = statistischer Wert, der die Gesamtheterogenität angibt

\* statistisch signifikant p < 0,05; \*\* statistisch hoch signifikant p < 0,01

a „Low/moderate and high Intensity“ war in der Publikation nicht definiert und wurde auch auf Autorenanfrage nicht beantwortet. Die Autoren vermerkten lediglich, dass die Programmdauer zwischen einer und 144 Sitzungen betrug, mit Median 12.

Quelle: Pilling et al. (2020), adaptiert GÖG

Tabelle 5: Subgruppenanalyse 12 Monate Follow-up für Depressionen und Angststörungen

		Depressionen				Angststörungen			
		K (N = 6,783)	G (95 % KI)	I2	Q(df)	K (N = 3,788)	G (95 % KI)	I2	Q(df)
<b>Population</b>									
<b>Alter</b>									
	Unter 12	3	0,32 (-0,29–0,94)	86,70		34	0,56 (0,35–0,76)	83,79	
	Über12	26	0,21 (0,09–0,32)	57,97	0,31 (df = 1)	9	0,36 (0,13–0,60)	60,69	1,41 (df = 1)
<b>Nationalität</b>									
	USA	20	0,23 (0,12–0,35)	50,18		13	0,86 (0,40–1,33)	88,14	
	Nicht USA	10	0,20 (-0,03–0,43)	72,78	0,07 (df = 1)	30	0,35 (0,20–0,50)	70,51	4,23 (df = 1)*
<b>Schweregrad</b>									
	Selektiv	9	0,19 (0,04–0,34)	33,04		5	0,32 (0,15–0,49)	24,44	
	Indiziert	21	0,22 (0,08–0,37)	68,30	0,10 (df = 1)	38	0,54 (0,34–0,75)	83,07	2,74 (df = 1)
<b>Intervention</b>									
<b>Art</b>									
	Individuelle KVT / VT	4	0,10 (-0,05–0,25)	0		14	0,67 (0,30–1,05)	84,78	
	Gruppen-KVT	14	0,26 (0,05–0,47)	76,42		8	0,23 (-0,00–0,47)	55,65	
	Familienbasiert („family-based“)	1	0,17 (-0,21–0,55)	0		4	1,24 (-0,06–2,54)	95,49	
	Elterntraining	1	0,17 (0,03–0,31)	0		4	0,31 (0,17–0,45)	0	
	Psychoedukation/Fertigkeiten	2	0,55 (0,13–0,98)	0		1	0,94 (0,34–1,54)	0	
	Psychotherapie	5	0,36 (0,15–0,57)	33,20					
	Maßnahmenbündel („multiple intervention“)	2	-0,05 (-0,50–0,40)	0		12	0,35 (0,07–0,62)	66,25	
	Andere	1	-0,27 (-0,69–0,16)	0	12,75 (df = 7)				9,62 (df = 5)
<b>Format</b>									
	Gruppentherapie oder gemischt	21	0,25 (0,11–0,40)	68,13		21	0,35 (0,19–0,51)	62,17	

		Depressionen				Angststörungen			
		K (N = 6,783)	G (95 % KI)	I2	Q(df)	K (N = 3,788)	G (95 % KI)	I2	Q(df)
	Einzeltherapie	9	0,15 (0,01–0,29)	33,25	1,07 (df = 1)	22	0,67 (0,35–0,99)	87,29	3,18 (df = 1)
<b>Sitzungshäufigkeit</b> („intensity“)									
	Niedrig	15	0,15 (-0,01–0,31)	58,16		14	0,27 (0,17–0,37)	0	
	Mittel	12	0,28 (0,09–0,46)	65,66		26	0,71 (0,41–1,01)	87,17	
	Hoch	3	0,26 (-0,04–0,55)	67,92	1,13 (df = 2)	3	0,26 (-0,45–0,97)	79,77	7,66 (df = 2)*
<b>Standardisierung</b> („manualisation“)									
	„Manualised“	25	0,20 (0,08–0,32)	61,57		39	0,46 (0,30–0,63)	78,92	
	„Not manualized“	5	0,26 (-0,03–0,56)	62,37	0,16 (df = 1)	4	1,11 (0,05–2,16)	93,11	1,39 (df = 1)
<b>Methodeneinhaltung</b> wurde überprüft („fidelity check“)									
	Ja	10	0,42 (0,14–0,71)	72,28		13	0,65 (0,36–0,94)	77,99	
	Nein	20	0,14 (0,04–0,25)	47,97	3,30 (df = 1)	30	0,45 (0,24–0,67)	82,66	1,16 (df = 1)
<b>Design und Setting</b>									
<b>Kontrollintervention</b>									
	Aktiv	8	0,11 (-0,04–0,26)	22,40		23	0,39 (0,22–0,56)	59,93	
	„Attentional“	8	0,35 (0,08–0,63)	74,46		6	1,03 (0,06–2,02)	95,45	
	Standardbehandlung („treatment as usual“)	10	0,22 (0,01–0,42)	72,34		3	0,31 (0,11–0,50)	12,32	
	Warteliste / keine Behandlung	4	0,22 (0,01–0,43)	8,64	2,50 (df = 3)	11	0,55 (0,21–0,90)	81,68	3,14 (df = 3)
<b>Setting</b>									
	Klinische Einrichtungen (exkl. stationäres Setting)	9	0,21 (0,05–0,37)	47,53		23	0,54 (0,24–0,84)	84,85	
	„Community“	4	0,02 (-0,19–0,23)	43,43		8	0,63 (0,27–0,98)	83,78	



		Depressionen				Angststörungen			
		K (N = 6,783)	G (95 % KI)	I <sup>2</sup>	Q(df)	K (N = 3,788)	G (95 % KI)	I <sup>2</sup>	Q(df)
	Schule	16	0,32 (0,12–0,51)	71,39	4,28 (df = 2)	10	0,40 (0,12–0,68)	71,90	2,28 (df = 2)
<b>Durchführende</b>									
	Professionals	19	0,21 (0,09–0,34)	53,78		34	0,44 (0,26–0,62)	80,68	
	Paraprofessionals	11	0,22 (0,01–0,43)	71,67	0,01 (df = 1)	9	0,83 (0,36–1,30)	82,16	2,36 (df = 1)
<b>Publikationsjahr</b>									
	1985–1999	4	0,46 (0,23–0,68)	7,23		5	0,66 (0,01–1,31)	77,89	
	2000–2009	5	0,22 (-0,21–0,64)	81,66		16	0,95 (0,48–1,42)	89,13	
	2010–2018	21	0,17 (0,06–0,28)	52,63	5,03 (df = 2)	22	0,23 (0,12–0,34)	28,76	10,04 (df = 2)**

df = degree of freedom; G = Hedges' g; I<sup>2</sup> = Maß für Heterogenität (zeigt an, wie viel der Variation durch Heterogenität (Unterschiede zwischen den Studien) erklärt werden kann); K = Anzahl Vergleiche/Interventionen; Q (df) = statistischer Wert, der die Gesamtheterogenität angibt

\* statistisch signifikant p < 0,05; \*\* statistisch hoch signifikant p < 0,01

a „Low/moderate and high Intensity“ war in der Publikation nicht definiert und wurde auch auf Autorenanfrage nicht beantwortet. Die Autoren vermerkten lediglich, dass die Programmdauer zwischen einer und 144 Sitzungen betrug, mit Median 12.

Quelle: Pilling et al. (2020), adaptiert GÖG

### 7.3 Empfehlungen der WHO-Guideline

Die "Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents" (WHO 2020) mussten wegen nicht ausreichender Informationen zu den inkludierten Studien ausgeschlossen werden. Auch wenn laut Methodik zwischen kurz-, mittel- und langfristigen Outcomes unterschieden wurde, war nicht klar, welche Studienergebnisse sich auf Langzeiteffekte bezogen. Die relevanten Empfehlungen sollen im Folgenden aber kurz genannt werden. Die Fragestellungen, untersuchten Interventionen, Outcomes, Empfehlungen und Stärke der Empfehlung sind im Anhang 6 zusammengefasst.

Die WHO-Guidelines wurden aufgrund evidenzbasierter Interventionsstudien in der Altersgruppe 10-19 Jahre definiert. Für den vorliegenden Bericht waren aufgrund der im Rahmen der Forschungsfrage definierten Zielgruppe folgende drei Forschungsfragen (Fragen 2a, 5 und 6 im Anhang 6) als relevant einzustufen. Wegen fehlender Evidenz konnten nur in zwei dieser drei Schwerpunktbereiche Empfehlungen formuliert werden.

- Frage 2a: Sollten psychosoziale Interventionen für Jugendliche, die Widrigkeiten (insbesondere Gewalt) ausgesetzt sind, in Betracht gezogen werden, um ihre positive psychische Gesundheit zu verbessern und psychische Störungen, Selbstverletzungen und/oder andere riskante Verhaltensweisen zu verhindern?
  - Empfehlung zu Frage 2a: Keine Empfehlung formulierbar aufgrund mangelnder Evidenz
- Frage 5: Sollten psychosoziale Interventionen für Jugendliche mit emotionalen Problemen in Betracht gezogen werden, um psychische Störungen (einschließlich der Entwicklung zu diagnostizierbaren psychischen Störungen) zu verhindern und Selbstverletzungen und/oder andere riskante Verhaltensweisen zu verhindern?
  - Empfehlung zu Frage 5: Indizierte psychosoziale Interventionen sollten Jugendlichen mit emotionalen Symptomen zur Verfügung gestellt werden.
- Frage 6: Sollten psychosoziale Interventionen für Jugendliche mit störendem/oppositionellem Verhalten in Betracht gezogen werden, um Verhaltensstörungen, Selbstverletzungen und/oder andere riskante Verhaltensweisen zu verhindern?
  - Empfehlung zu Frage 6: Indizierte psychosoziale Interventionen sollten Jugendlichen mit störendem/oppositionellem Verhalten zur Verfügung gestellt werden. Diese Interventionen reduzieren aggressives, störendes und oppositionelles Verhalten, verhindern psychische Störungen (wie Depressionen und Angstzustände) und fördern die positive psychische Gesundheit. Die Interventionen sollten mit Vorsicht durchgeführt werden, um einen Anstieg des Substanzmissbrauchs bei Jugendlichen mit störendem und oppositionellem Verhalten zu vermeiden.

## 8 Exkurs: Projekt Gesund aus der Krise

„Gesund aus der Krise“ ist ein Projekt zur Schaffung eines **österreichweiten, niederschweligen psychosozialen Versorgungsangebots** für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zu einem Alter von 21 Jahren. Die Initiative soll gemäß Website ([gesundausderkrise.at](https://gesundausderkrise.at)) einen raschen, zielgerichteten, wohnortnahen und kostenfreien Zugang zu 15 klinisch-psychologischen, gesundheitspsychologischen, psychotherapeutischen oder musiktherapeutischen Beratungs- und Behandlungseinheiten ermöglichen.

Das Projekt wird vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (**BMSGPK**) **beauftragt und finanziert**. Der Bundesverband Österreicher Psychologinnen (**BÖP**) wurde als **Abwicklungsstelle** beauftragt und setzt das Projekt in enger Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) um.

„Gesund aus der Krise I“ wurde im **Zeitraum** April 2022 - Juni 2023 durchgeführt. Bei „Gesund aus der Krise II“ handelt es sich um ein von Juni 2023 – Juni 2024 abgewickelter Folgeprojekt. Aufgrund anhaltender Krisensituationen und des damit verbundenen hohen Bedarfs folgte „Gesund aus der Krise III“ mit einer weiteren Verlängerung bis 30. Juni 2025 (Bundesministerium Arbeit und Wirtschaft 2023). Zu Beginn von „Gesund aus der Krise“ wurden **Bekanntmachungsmaßnahmen** wie die Abhaltung von Pressekonferenzen und Workshops zur Information und Sensibilisierung der Zielgruppe abgehalten. Für „Gesund aus der Krise I“ und „Gesund aus der Krise II“ wurde eine Evaluierung durchgeführt. Die folgenden Informationen sind den beiden Evaluierungsberichten (BÖP 2023; BÖP 2024) entnommen.

Der **Zuweisungsprozess** für den Beginn einer Therapie besteht aktuell aus folgenden Stufen:

- Bedarfsmeldung
  - durch Klientinnen und Klienten, Eltern bzw. Sorgeberechtigte
  - über Website, Hotline oder E-Mail
- Clearing
  - Prüfung von Formalkriterien (Eignung für Teilnahme am Projekt)
- Matching nach folgenden Kriterien:
  - Wohnortnähe, Sprache, Altersgruppe, Präferenz des Geschlechts der Behandlungsperson, ggfs. gewünschte Schwerpunkte / Spezialisierungen
- Beratung / Behandlung
  - Erstgespräch (Prüfung, ob Behandlungssetting und Beziehung zwischen behandelnder Person und Klientin/Klient passend sind)
  - Bedarfseinschätzung bis zur achten Einheit (einmalige Verlängerung um fünf zusätzliche Einheiten möglich)

Die **Behandlung** wird in drei verschiedenen Varianten angeboten, persönliche Einzelberatungen, Online-Einzelberatungen und Gruppenberatungen.

**Eckpunkte zur bisherigen Durchführung** (Vergleich „Gesund aus der Krise I“ (BÖP 2023)/„Gesund aus der Krise II“ (BÖP 2024)):

- Über 24.000/27.000 eingegangene Anrufe
- Knapp 15.000/24.000 erfolgte Registrierungen von Betroffenen
- Fast 900/1.500 klinische Psychologinnen/Psychologen, Gesundheitspsychologinnen/-psychologen und Psychotherapeutinnen/-therapeuten im Behandlungspool
- Zentrale, österreichweit zuständige Servicestelle derzeit in dieser Form einzigartig (gilt für beide Evaluierungszeiträume), durchschnittliche Vermittlungszeit: 11/18 Tage
- Über 8.000/14.400 Klientinnen/Klienten wurden Beratungs- und Behandlungseinheiten im Einzelsetting angeboten
- Einzelberatungen wurden in beiden Evaluierungszeiträumen am häufigsten angefragt
- Durchführung von 378/78 Gruppenbehandlungen und 40/28 Sensibilisierungsworkshops
- Beratungs- und Behandlungsverlängerungen für 15/11 % der Fälle
- Zuweiser-Netzwerk mit Multiplikatoren aus dem behördlichen, ärztlichen und schulischen Stellen sowie außerschulischen Bereich
- Häufigste Angaben bezüglich Vorgeschichte der Klientinnen/Klienten (gerundet): neu aufgetretenes akutes (46/45 %) oder nicht akutes (35/37 %) Problem, vorhandene Diagnose (15/14 %)
- Vorwiegend auftretende Störungsbilder: Depressive Verstimmung bis hin zu schweren Depressionen; Angsterkrankungen; Probleme mit dem Essverhalten; Schlafprobleme, fehlende Tagesstruktur, exzessiver Konsum digitaler Medien; Soziale Probleme im Schulkontext, Schulverweigerungen, Mobbingverfahren; Innerfamiliäre Konflikte und die Trennung der Eltern
- Angestrebtes Beratungs- und Behandlungsziel (gerundet): Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit (29/30 %), Verbesserung einer einschränkenden Symptomatik (25/26 %), Verbesserung von Resilienzfaktoren (14/15 %) Stabilisierung einer Krise (16/14 %), Lösung eines bestehenden Konflikts (9/9 %), Überbrückung bis zur Überführung in die Regelversorgung (6/5 %)<sup>9</sup>, Sonstige (1/0 %)
- Wahrgenommene Fortschritte in der Erreichung des Beratungs- und Behandlungszieles (gerundet): sehr gute (17/13 %), gute (30/31 %), erste (29/33 %), geringfügige (17/20 %), keine (6/3 %) Fortschritte wahrnehmbar

Die Autorinnen/Autoren der Evaluierungsberichte sehen in Österreich eine Unterversorgung in der Regelversorgung für psychische Gesundheit und heben in ihrem **Fazit** (BÖP 2024) u.a. folgende Punkte hervor:

- Die psychosoziale Situation der Zielgruppe hat sich insgesamt verbessert.
- Das Projekt ist Beitrag zur Entstigmatisierung psychischer Probleme und verbessert die Inanspruchnahme von Hilfe in diesem Kontext.
- Eine Plattform zum Austausch für behandelnde Personen, zuweisende Stellen, Klientinnen/Klienten, relevante Stakeholder und Multiplikatoren wurde geschaffen.

---

<sup>9</sup> oftmals unter der Bedingung, dass sich diese Klientinnen und Klienten zugleich bei spezifischen Einrichtungen anmelden sollen, um auf entsprechende Warte- und Vormerklisten gesetzt zu werden

**Verbesserungspotenzial** (BÖP 2024) wird in folgenden Punkten gesehen:

- Es wird kritisiert, dass ein Wechsel der behandelnden Person nur einmalig bis spätestens nach der zweiten Einheit möglich ist. Diese Vorgabe wurde in der Sonderrichtlinie für das Folgeprojekt adaptiert.
- Begrenzung auf 15 Einheiten mit einmaliger Verlängerung um fünf Einheiten ist herausfordernd.
- Übergang in die Regelversorgung ist schwierig (Kapazitäten, Kosten, Behandler:innen-Wechsel).

### **Quantitative Einordnung der Reichweite des Projekts**

Zur groben Einordnung des quantitativen Ausmaßes der Versorgung, die das Projekt „Gesund aus der Krise“ abdeckt, kann eine österreichische Untersuchung aus dem Jahr 2017 (Wagner et al. 2017), die die Punktprävalenz für mindestens eine psychische Störung bei 10-bis 18-Jährigen mit 23,9 % ermittelte, herangezogen werden. Laut Statistik Austria (2024) betrug im Jahr 2024 die Anzahl der Jugendlichen im Alter zwischen 10 und 18 Jahren 793.626. Bezogen auf die Punktprävalenz von 23,9 % wären damit knapp 190.000 Kinder- und Jugendliche allein in dieser Altersgruppe von einer psychischen Störung betroffen und zu versorgen. Die erwähnte Prävalenz wurde noch vor der Corona-Krise erhoben. Zwischenzeitlich gibt es mehrfach Hinweise, dass die Prävalenz gestiegen ist (Dale et al. 2023; Felder-Puig et al. 2023a; Felder-Puig et al. 2023b). Wohlwissend, dass Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen auch außerhalb des Projekts „Gesund aus der Krise“ Hilfe erhalten können, verdeutlicht dies gegenüber der Zahl der 14.400 innerhalb eines Jahres in „Gesund aus der Krise“ (vorbeugend) versorgten Kindern und Jugendlichen doch den Stellenwert dieses Projektes und dessen Weiterentwicklung.

# Literatur

- Baourda, Vasiliki C.; Brouzos, Andreas; Mavridis, Dimitris; Vassilopoulos, Stephanos P. (2021): Group Psychoeducation for Anxiety Symptoms in Youth: Systematic Review and Meta-analysis. In: *The Journal for Specialists in Group Work* 47/5:1-21
- Barry, Margaret M.; Kuosmanen, Tuuli; Keppler, Tosca; Dowling, Katherine; Harte, Patricia (2024): Priority actions for promoting population mental health and wellbeing, Health Promotion Research Centre, National University of Ireland Galway
- BÖP (2023): Endbericht "Gesund aus der Krise". Berufsverband Österreichischer Psycholog:innen, Wien
- BÖP (2024): Endbericht „Gesund aus der Krise II“. Berufsverband Österreichischer Psycholog:innen, Wien
- Bourke, Matthew; Patten, Rhiannon K.; Dash, Sarah; Pascoe, Michaela C.; Craike, Melinda; Firth, Joseph; Bailey, Alan; Jacka, Felice N.; Parker, Alexandra G. (2022): The Effect of Interventions That Target Multiple Modifiable Health Behaviors on Symptoms of Anxiety and Depression in Young People: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. In: *J Adolesc Health* 70/2:208-219
- Bundesministerium Arbeit und Wirtschaft (2023): Gesund aus der Krise: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene stärken [online]. [https://www.bmaw.gv.at/European-Year-of-Skills/Newsletter/4-Newsletter-Jugend/5-Unterstuetzung-niemanden-zuruecklassen/Gesund-aus-der-Krise.html#:~:text=Ein%20weiteres%20Folgeprojekt%20%E2%80%9EGesund%20aus,psychotherapeutischer%20Behandlung%20und%20Beratung%20erm%C3%B6glichen](https://www.bmaw.gv.at/European-Year-of-Skills/Newsletter/4-Newsletter-Jugend/5-Unterstuetzung-niemanden-zuruecklassen/Gesund-aus-der-Krise.html#:~:text=Ein%20weiteres%20Folgeprojekt%20%E2%80%9EGesund%20aus,psychotherapeutischer%20Behandlung%20und%20Beratung%20erm%C3%B6glichen.). [Zugriff am 22.10.2024]
- Cohen, Jacob (1988): *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2. Aufl., Lawrence Erlbaum Associates, New York
- Dale, Rachel; Jesser, Andrea; Pieh, Christoph; O'Rourke, Terese; Probst, Thomas; Humer, Elke (2023): Mental health burden of high school students, and suggestions for psychosocial support, 1.5 years into the COVID-19 pandemic in Austria. In: *Eur Child Adolesc Psychiatry* 32/6:1015-1024
- Davaasambuu, Sarantsetseg; Hauwadhanasuk, Tanyathorn; Matsuo, Hisako; Szatmari, Peter (2020): Effects of interventions to reduce adolescent depression in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. In: *J Psychiatr Res* 123:201-215
- Duagi, Denis; Carter, Ben; Farrelly, Maria; Lisk, Stephen; Shearer, James; Byford, Sarah; James, Kirsty; Brown, June S. L. (2024): Long-term effects of psychosocial interventions for adolescents on depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. In: *EClinicalMedicine* 68:102382
- Eapen, Valsamma; Gerstl, Brigitte; Ahinkorah, Bright Opoku; John, James Rufus; Hawker, Patrick; Nguyen, Thomas P.; Brice, Febe; Winata, Teresa; Bowden, Michael (2024): Evidence-based

brief interventions targeting acute mental health presentations for children and adolescents: systematic review. In: BJPsych Open 10/3:e78

- Felder-Puig, Rosemarie; Lindner, Brigitte; Vana, Irina; Schlee, Lisa; Rohrauer-Näf, Gerlinde (2023a): Maßnahmen zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien
- Felder-Puig, Rosemarie; Teutsch, Friedrich; Winkler, Roman (2023b): Psychische Gesundheit von österreichischen Jugendlichen. HBSC Factsheet 01 aus Erhebung 2021/22. BMSGPK, Wien
- Higgins, Julian P.T.; Morgan, Rebecca L.; Rooney, Andrew A.; Taylor, Kyla W.; Thayer, Kristina A.; Silva, Raquel A.; Lemeris, C.; Akl, Elie A.; Bateson, Thomas F.; Berkman, Nancy D.; Glenn, Barbara S.; Hróbjartsson, Asbjørn; LaKind, Judy S.; McAleenan, Alexandra; Meerpohl, Joerg J.; Nachman, Rebecca M.; Obbagy, Julie E.; O'Connor, Annette; Radke, Elizabeth; Savović, Jelena; Schünemann, Holger J.; Shea, Beverly; Tilling, Kate; Verbeek, Jos; Viswanathan, Meera; Sterne, Jonathan A.C. (2024): A tool to assess risk of bias in non-randomized follow-up studies of exposure effects (ROBINS-E). In: Environment International 2024:186
- IEPA (2024): What is early intervention in mental health [online]. The International Early Intervention and Prevention in Mental Health Association. <https://iepa.org.au/early-intervention-in-mental-health/> [Zugriff am 30.09.2024]
- Kodsi, Ali; Bullock, Ben; Kennedy, Gerard A.; Tirlea, Loredana (2022): Psychological Interventions to Improve Sleep in Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. In: Behav Sleep Med 20/1:125-142
- Kulcar, Vanessa; Exenberger, Siliva; Juen, Barbara (2024): Evaluierung der Gesund aus der Krise Programme: Zwischenbericht zu Gesund aus der Krise (April 2022 bis Juni 2023). Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Kuosmanen, Tuuli; Keppler, Tosca; Dowling, Katherine; Barry, Margaret (2022): Evidence Synthesis of Impact of Mental Health Promotion: A systematic rapid evidence assessment of the effectiveness of mental health promotion interventions across the lifecourse. Health Promotion Research Center, National University of Ireland Galway, Galway
- OECD (2024): The OECD: Better policies for better lives [online]. Organisation for Economic Cooperation and Development. <https://www.oecd.org/en/about.html> [Zugriff am 30.09.2024]
- Pilling, Stephen; Fonagy, Peter; Allison, Elizabeth; Barnett, Phoebe; Campbell, Chloe; Constantinou, Matthew; Gardner, Tessa; Lorenzini, Nicolas; Matthews, Hannah; Ryan, Alana; Sacchetti, Sofia; Truscott, Alexandra; Ventura, Tamara; Watchorn, Kate; Whittington, Craig; Kendall, Tim (2020): Long-term outcomes of psychological interventions on children and young people's mental health: A systematic review and meta-analysis. In: PloS one 15/11:e0236525
- Rojas, Lourdes M.; Bahamón, Mónica; Wagstaff, Rachel; Ferre, Isabella; Perrino, Tatiana; Estrada, Yannine; St. George, Sara M.; Pantin, Hilda; Prado, Guillermo (2019): Evidence-based prevention programs targeting youth mental and behavioral health in primary care: A systematic review. In: Prev Med 120:85-99

- Shea, Beverly J.; Reeves, Barnaby C.; Wells, George; Thuku, Micere; Hamel, Candyce; Moran, Julian; Moher, David; Tugwell, Peter; Welch, Vivian; Kristjansson, Elizabeth; Henry, David A. (2017): AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. In: *BMJ* 358/j4008
- Skeen, Sarah; Laurenzi, Christina A.; Gordon, Sarah L.; du Toit, Stefani; Tomlinson, Mark; Dua, Tarun; Fleischmann, Alexandra; Kohl, Kid; Ross, David; Servili, Chiara; Brand, Amanda S.; Dowdall, Nicholas; Lund, Crick; van der Westhuizen, Claire; Carvajal-Aguirre, Liliana; de Carvalho, Cristina Eriksson; Melendez-Torres, G. J. (2019): Adolescent Mental Health Program. Components and Behavior Risk Reduction: A Meta-Analysis. In: *Pediatrics* 144/2:e20183488
- Statistik Austria (2024): Bevölkerung nach Alter/Geschlecht [online]. Statistik Austria - Bundesanstalt Statistik Österreich. <https://www.bmaw.gv.at/European-Year-of-Skills/Newsletter/4-Newsletter-Jugend/5-Unterstuetzung-niemanden-zuruecklassen/Gesund-aus-der-Krise.html#:~:text=Ein%20weiteres%20Folgeprojekt%20%E2%80%9EGesund%20aus,psychotherapeutischer%20Behandlung%20und%20Beratung%20erm%C3%B6glichen.> [Zugriff am 08.11.2024]
- Wagner, Gudrun; Zeiler, Michael; Waldherr, Karin; Philipp, Julia; Truttmann, Stefani; Dür, Wolfgang; Treasure, Janet L.; Karwautz, Andreas F. K. (2017): Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. In: *Eur Child Adolesc Psychiatry* 26/1483-1499
- Werner-Seidler, Aliza; Perry, Yael; CEAR, Alison L.; Newby, Jill M.; Christensen, Helen (2017): School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. In: *Clin Psychol Rev* 51:30-47
- WHO (2020): Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents. World Health Organization, Geneva



# Anhang

Anhang 1: Liste der 38 OECD-Staaten

Anhang 2: Suchstrategien

Anhang 3: Qualitätsbewertung Pilling et al. 2020 nach AMSTAR-2

Anhang 4: Studiencharakteristika der Primärstudien des SR von Pilling et al. 2020

Anhang 5: Referenzliste Studienpool Pilling et al. 2020

Anhang 6: WHO-Guidelines – Fragestellungen, Interventionen, Empfehlungen

# Anhang 1: Liste der 38 OECD-Staaten

Tabelle 6: Liste der 38 OECD-Staaten

Australia	Japan
Austria	Korea
Belgium	Latvia
Canada	Lithuania
Chile	Luxembourg
Colombia	Mexico
Costa Rica	Netherlands
Czechia	New Zealand
Denmark	Norway
Estonia	Poland
Finland	Portugal
France	Slovak Republic
Germany	Slovenia
Greece	Spain
Hungary	Sweden
Iceland	Switzerland
Ireland	Türkiye
Israel	United Kingdom
Italy	United States

Quelle: (OECD 2024)

## Anhang 2: Suchstrategien

Tabelle 7: Medline

Plattform		EBSCO	
Database		Medline	
Date		04.06.2024	
#	Query	Limiters/ Expanders	Results
S26	S11 AND S12 AND S13 AND S14 AND S15 AND S19 NOT S25		159
S25	S11 AND S12 AND S13 AND S14 AND S15 AND S16		44
S19	S17 NOT S18		1956707
S18	(MH "Animals+") NOT (MH "Humans")		5226034
S17	PT ("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial") OR TI (randomized OR randomised OR randomly OR trial OR waitlist OR "wait-list" OR "wait list" OR "waiting list" OR (usual N3 (care OR management OR treatment OR practice))) OR AB (randomized OR randomised OR randomly OR trial OR waitlist OR "wait-list" OR "wait list" OR "waiting list" OR (usual N3 (care OR management OR treatment OR practice)))		2127912
S16	SO (cochrane database of systematic reviews) OR PT (meta-analysis) OR TI (search OR MEDLINE OR "systematic review") OR AB (search OR MEDLINE OR "systematic review")		775408
S15	S9 OR S10		1987393
S14	S7 OR S8		4060283
S13	S5 OR S6		302369
S12	S3 OR S4		1802120
S11	S1 OR S2		365541
S10	TI (implement* OR deliver* OR accessible OR clearing OR centralized OR ((easy* OR simple OR fast OR timely OR quick* OR rapid* OR first-line OR initial) N2 (access* OR response OR contact*))) OR AB (implement* OR deliver* OR accessible OR clearing OR centralized OR ((easy* OR simple OR fast OR timely OR quick* OR rapid* OR first-line OR initial) N2 (access* OR response OR contact*)))		1756925
S9	(MH "Delivery of Health Care") OR (MH "Health Services Accessibility") OR (MH "Health Services Administration") OR (MH "Feasibility Studies")		293554
S8	TI (child* OR adolescen* OR infant* OR young OR preschool* OR pupil*)		1407693
S7	(MH "Infant") OR (MH "Child, Preschool") OR (MH "Child") OR (MH "Adolescent") OR (MH "Child Health") OR (MH "Adolescent Health") OR (MH "Infant Health") OR (MH "Psychology, Child") OR (MH "Child Psychiatry") OR (MH "Child Behavior") OR (MH "Child Health Services") OR (MH "Psychology, Adolescent") OR (MH "Adolescent Psychiatry")		3708990
S6	TI (psychologist* OR psychotherapist* OR psychotherapy OR "music therap*") OR AB (psychologist* OR psychotherapist* OR psychotherapy OR "music therap*") OR SU (psychologist* OR psychotherapist* OR psychotherapy OR "music therap*")		121437
S5	(MH "Psychology, Clinical") OR (MH "Child Psychiatry") OR (MH "Adolescent Psychiatry") OR (MH "Psychiatry") OR (MH "Psychotherapy+")		270922
S4	TI (crisis OR acute OR breakdown* OR emerging OR episode* OR hardship* OR difficulty OR difficulties OR distress* OR problem* OR trouble* OR risk* OR subclinical OR subsyndromal)		1642685
S3	(MH "Crisis Intervention") OR (MH "Psychosocial Intervention") OR (MH "Psychological Distress") OR (MH "Stress, Psychological") OR (MH "Behavioral Symptoms") OR (MH "Life Change Events") OR (MH "Primary Prevention")		188122

Platform		EBSCO	
Database		Medline	
Date		04.06.2024	
#	Query	Limiters/ Expanders	Results
S2	TI ("mental health" OR psychological OR psychiatr* OR (prevent* OR symptom* OR emerg* OR develop* OR risk OR subclinical OR subsyndromal) N3 (depress* OR anxi* OR mood OR behavi* OR rumination OR (mental N2 (health OR disorder* OR illness*))))		321186
S1	(MH "Mental Health") OR (MH "Mental Health Services") OR (MH "Psychological First Aid")		102374

Quelle: GÖG

Tabelle 8: PsycInfo

Platform		EBSCO	
Database		PsycInfo	
Date		04.06.2024	
#	Query	Limiters/ Expanders	Results
S17	S9 AND S10 AND S11 AND S12 AND S13 AND S15 NOT S16		30
S16	S9 AND S10 AND S11 AND S12 AND S13 AND S14		13
S15	MR (clinical trial) OR TI (randomized OR randomised OR randomly OR trial OR waitlist OR "wait-list" OR "wait list" OR "waiting list" OR (usual N3 (care OR management OR treatment OR practice))) OR AB (randomized OR randomised OR randomly OR trial OR waitlist OR "wait-list" OR "wait list" OR "waiting list" OR (usual N3 (care OR management OR treatment OR practice)))		335767
S14	MR (meta analysis) OR TI (search OR MEDLINE OR "systematic review") OR AB (search OR MEDLINE OR "systematic review")		154166
S13	S7 OR S8		631738
S12	S5 OR S6		370627
S11	S3 OR S4		350171
S10	S1 OR S2		372401
S9	TI (implement* OR deliver* OR accessible OR clearing OR central?ed OR ((easy* OR simple OR fast OR timely OR quick* OR rapid* OR first-line OR initial) N2 (access* OR response OR contact*))) OR AB (implement* OR deliver* OR accessible OR clearing OR central?ed OR ((easy* OR simple OR fast OR timely OR quick* OR rapid* OR first-line OR initial) N2 (access* OR response OR contact*)))		38948
S8	TI (child* OR adolescen* OR infant* OR young OR preschool* OR pupil*)		613597
S7	DE "Adolescent Psychiatry" OR DE "Adolescent Psychotherapy" OR DE "Adolescent Psychology" OR DE "Adolescent Behavior" OR DE "Adolescent Psychopathology" OR DE "Child Behavior" OR DE "Child Health" OR DE "Child Psychiatry" OR DE "Child Psychology" OR DE "Child Psychopathology" OR DE "Child Psychotherapy"		67731
S6	TI (psychologist* OR psychotherapist* OR psychotherapy OR "music therap*") OR AB (psychologist* OR psychotherapist* OR psychotherapy OR "music therap*") OR SU (psychologist* OR psychotherapist* OR psychotherapy OR "music therap*")		27728
S5	DE "Clinical Psychology" OR DE "Medical Psychology" OR DE "Adolescent Psychiatry" OR DE "Child Psychiatry" OR DE "Psychotherapy" OR DE "Adlerian Psychotherapy" OR DE "Adolescent Psychotherapy" OR DE "Affirmative Therapy" OR DE "Analytical Psychotherapy" OR DE "Autogenic Training" OR DE "Brief Psychotherapy" OR DE "Brief Relational Therapy" OR DE "Child Psychotherapy" OR DE "Client Centered		236309

Platform	EBSCO		
Database	PsycInfo		
Date	04.06.2024		
#	Query	Limiters/ Expanders	Results
	Therapy" OR DE "Compassion Focused Therapy" OR DE "Couples Therapy" OR DE "Drama Therapy" OR DE "Eclectic Psychotherapy" OR DE "Emotion Focused Therapy" OR DE "Existential Therapy" OR DE "Experiential Psychotherapy" OR DE "Expressive Psychotherapy" OR DE "Eye Movement Desensitization Therapy" OR DE "Feminist Therapy" OR DE "Geriatric Psychotherapy" OR DE "Gestalt Therapy" OR DE "Group Psychotherapy" OR DE "Guided Imagery" OR DE "Humanistic Psychotherapy" OR DE "Hypnotherapy" OR DE "Individual Psychotherapy" OR DE "Insight Therapy" OR DE "Integrative Psychotherapy" OR DE "Interpersonal Psychotherapy" OR DE "Logotherapy" OR DE "Metacognitive Therapy" OR DE "Narrative Therapy" OR DE "Network Therapy" OR DE "Personal Therapy" OR DE "Persuasion Therapy" OR DE "Positive Psychology Therapy" OR DE "Primal Therapy" OR DE "Psychoanalysis" OR DE "Psychodrama" OR DE "Psychodynamic Psychotherapy" OR DE "Psychotherapeutic Counseling" OR DE "Psychotherapeutic Techniques" OR DE "Rational Emotive Behavior Therapy" OR DE "Reality Therapy" OR DE "Relationship Therapy" OR DE "Solution Focused Therapy" OR DE "Spiritually Oriented Therapy" OR DE "Strategic Therapy" OR DE "Supportive Psychotherapy" OR DE "Transactional Analysis" OR DE "Music Therapy"		
S4	TI (crisis OR acute OR breakdown* OR emerging OR emergent OR episode* OR hardship* OR difficulty OR difficulties OR distress* OR problem* OR trouble* OR risk* OR subclinical OR subsyndromal)		298021
S3	DE "Crisis Intervention" OR DE "Crisis Intervention Services" OR DE "Psychosocial Interventions" OR DE "Psychological First Aid" OR DE "Psychological Stress" OR DE "Behavior Problems" OR DE "Life Changes" OR DE "Preventive Mental Health Services" OR DE "Early Intervention"		72214
S2	TI ("mental health" OR psychological OR psychiatr* OR ((prevent* OR symptom* OR emerg* OR develop* OR risk OR subclinical OR subsyndromal) N3 (depress* OR anxi* OR mood OR behavi* OR rumination OR (mental N2 (health OR disorder* OR illness*))))))		297605
S1	DE "Youth Mental Health" OR DE "Mental Health Programs" OR DE "Mental Health Services" OR DE "Mental Health"		15042

Quelle: GÖG

Tabelle 9: Web of Science

Platform	Clarivate		
Database	Web of Science		
Date	04.06.2024		
#	Query	Limiters/ Expanders	Results
1	TI = (("mental health" OR psychological OR psychiatr* OR ((prevent* OR symptom* OR emerg* OR develop* OR risk OR subclinical OR subsyndromal) NEAR/3 (depress* OR anxi* OR mood OR behavi* OR rumination OR (mental NEAR/2 (health OR disorder* OR illness*)))))) OR AK = (("mental health" OR psychological OR psychiatr* OR ((prevent* OR symptom* OR emerg* OR develop* OR risk OR subclinical OR subsyndromal) NEAR/3 (depress* OR anxi* OR mood OR behavi* OR rumination OR (mental NEAR/2 (health OR disorder* OR illness*)))))) OR KP = (("mental health" OR psychological OR psychiatr* OR ((prevent* OR symptom* OR emerg* OR develop* OR risk OR subclinical OR subsyndromal) NEAR/3 (depress* OR anxi* OR mood OR behavi* OR rumination OR (mental NEAR/2 (health OR disorder* OR illness*))))))		751505

Platform		Clarivate	
Database		Web of Science	
Date		04.06.2024	
#	Query	Limiters/ Expanders	Results
2	TI = ((crisis OR acute OR breakdown* OR emerging OR emergent OR episode* OR hardship* OR difficulty OR difficulties OR distress* OR problem* OR trouble* OR risk* OR subclinical OR subsyndromal)) OR AK = ((crisis OR acute OR breakdown* OR emerging OR emergent OR episode* OR hardship* OR difficulty OR difficulties OR distress* OR problem* OR trouble* OR risk* OR subclinical OR subsyndromal)) OR KP = ((crisis OR acute OR breakdown* OR emerging OR emergent OR episode* OR hardship* OR difficulty OR difficulties OR distress* OR problem* OR trouble* OR risk* OR subclinical OR subsyndromal))		5218699
3	TS = (psychologist* OR psychotherapist* OR psychotherapy OR "music therap*")		144893
4	TI = (child* OR adolescen* OR infant* OR young OR preschool* OR pupil*) OR AK = (child* OR adolescen* OR infant* OR young OR preschool* OR pupil*) OR KP = (child* OR adolescen* OR infant* OR young OR preschool* OR pupil*)		2932191
5	TI = (implement* OR deliver* OR accessible OR clearing OR centralized OR ((easy* OR simple OR fast OR timely OR quick* OR rapid* OR first-line OR initial) NEAR/2 (access* OR response OR contact*))) OR AB = (implement* OR deliver* OR accessible OR clearing OR centralized OR ((easy* OR simple OR fast OR timely OR quick* OR rapid* OR first-line OR initial) NEAR/2 (access* OR response OR contact*)))		5082068
6	SO = (COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS) OR TS = (search OR MEDLINE OR "systematic review")		1570632
7	TI = (randomized OR randomised OR randomly OR trial OR waitlist OR "wait-list" OR "wait list" OR "waiting list" OR (usual NEAR/3 (care OR management OR treatment OR practice))) OR AB = (randomized OR randomised OR randomly OR trial OR waitlist OR "wait-list" OR "wait list" OR "waiting list" OR (usual NEAR/3 (care OR management OR treatment OR practice)))		2447511
8	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5 AND #6		40
9	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5 AND #7 NOT #8		98

Quelle: GÖG

Tabelle 10: Scopus

Platform		Elsevier	
Database		Scopus	
Date		03.06.2024	
#	Query	Limiters/ Expanders	Results
1	(TITLE ("mental health" OR psychological OR psychiatr* OR ((prevent* OR symptom* OR emerg* OR develop* OR risk OR subclinical OR subsyndromal) W/3 (depress* OR anxi* OR mood OR behavi* OR rumination OR (mental W/2 (health OR disorder* OR illness*)))))) OR KEY ("mental health" OR psychological OR psychiatr* OR ((prevent* OR symptom* OR emerg* OR develop* OR risk OR subclinical OR subsyndromal) W/3 (depress* OR anxi* OR mood OR behavi* OR rumination OR (mental W/2 (health OR disorder* OR illness*))))))		1604327
2	(TITLE (crisis OR acute OR breakdown* OR emerging OR emergent OR episode* OR hardship* OR difficulty OR difficulties OR distress* OR problem* OR trouble* OR risk* OR subclinical OR subsyndromal))		3055098
3	TITLE-ABS-KEY (psychologist* OR psychotherapist* OR psychotherapy OR "music therap*")		256908

	Platform	Elsevier	
	Database	Scopus	
	Date	03.06.2024	
#	Query	Limiters/ Expanders	Results
4	(TITLE (child* OR adolescen* OR infant* OR young OR preschool* OR pupil*) OR KEY (child* OR adolescen* OR infant* OR young OR preschool* OR pupil*))		5985280
5	(TITLE ( implement* OR deliver* OR accessible OR clearing OR centralized OR ((easy* OR simple OR fast OR timely OR quick* OR rapid* OR first-line OR initial) W/2 (access* OR response OR contact*))) OR ABS (implement* OR deliver* OR accessible OR clearing OR centralized OR ((easy* OR simple OR fast OR timely OR quick* OR rapid* OR first-line OR initial) W/2 ( access* OR response OR contact*))))		5834600
6	(SRCTITLE ("cochrane database of systematic reviews") OR TITLE-ABS-KEY (search OR medline OR "systematic review"))		1776365
7	(TITLE (randomized OR randomised OR randomly OR trial OR waitlist OR "wait-list" OR "wait list" OR "waiting list" OR (usual W/3 (care OR management OR treatment OR practice))) OR ABS (randomized OR randomised OR randomly OR trial OR waitlist OR "wait-list" OR "wait list" OR "waiting list" OR (usual W/3 (care OR management OR treatment OR practice))))		2820016
8	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5 AND #6		26
9	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5 AND #7 NOT #8		121

Quelle: GÖG

Tabelle 11: Cochrane

	Platform	Elsevier	
	Database	Scopus	
	Date	03.06.2024	
#	Query	Limiters/ Expanders	Results
1	(TITLE ("mental health" OR psychological OR psychiatr* OR ((prevent* OR symptom* OR emerg* OR develop* OR risk OR subclinical OR subsyndromal) W/3 (depress* OR anxi* OR mood OR behavi* OR rumination OR (mental W/2 ( health OR disorder* OR illness*)))))) OR KEY ("mental health" OR psychological OR psychiatr* OR ((prevent* OR symptom* OR emerg* OR develop* OR risk OR subclinical OR subsyndromal) W/3 (depress* OR anxi* OR mood OR behavi* OR rumination OR (mental W/2 (health OR disorder* OR illness*))))))		1604327
2	(TITLE (crisis OR acute OR breakdown* OR emerging OR emergent OR episode* OR hardship* OR difficulty OR difficulties OR distress* OR problem* OR trouble* OR risk* OR subclinical OR subsyndromal)		3055098
3	TITLE-ABS-KEY (psychologist* OR psychotherapist* OR psychotherapy OR "music therap*")		256908
4	(TITLE (child* OR adolescen* OR infant* OR young OR preschool* OR pupil*) OR KEY (child* OR adolescen* OR infant* OR young OR preschool* OR pupil*))		5985280
5	(TITLE (implement* OR deliver* OR accessible OR clearing OR centralized OR ((easy* OR simple OR fast OR timely OR quick* OR rapid* OR first-line OR initial) W/2 (access* OR response OR contact*))) OR ABS (implement* OR deliver* OR accessible OR clearing OR centralized OR ((easy* OR simple OR fast OR timely OR quick* OR rapid* OR first-line OR initial) W/2 (access* OR response OR contact*))))		5834600

Platform		Elsevier	
Database		Scopus	
Date		03.06.2024	
#	Query	Limiters/ Expanders	Results
6	(SRCTITLE ("cochrane database of systematic reviews") OR TITLE-ABS-KEY (search OR medline OR "systematic review"))		1776365
7	(TITLE (randomized OR randomised OR randomly OR trial OR waitlist OR "wait-list" OR "wait list" OR "waiting list" OR (usual W/3 (care OR management OR treatment OR practice))) OR ABS (randomized OR randomised OR randomly OR trial OR waitlist OR "wait-list" OR "wait list" OR "waiting list" OR (usual W/3 (care OR management OR treatment OR practice))))		2820016
8	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5 AND #6		26
9	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5 AND #7 NOT #8		121

Quelle: GÖG



# Anhang 3: Qualitätsbewertung Pilling et al. 2020 nach AMSTAR-2

AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both

<p><b>1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?</b></p>		
For Yes:	Optional (recommended)	
<input checked="" type="checkbox"/> Population	<input checked="" type="checkbox"/> Timeframe for follow-up	<input type="checkbox"/> Yes
<input checked="" type="checkbox"/> Intervention		<input type="checkbox"/> No
<input checked="" type="checkbox"/> Comparator group		
<input type="checkbox"/> Outcome		
<p><b>2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?</b></p>		
For Partial Yes: The authors state that they had a written protocol or guide that included ALL the following:	For Yes: As for partial yes, plus the protocol should be registered and should also have specified:	Registered in Prospero, Deviations explained in Review
<input type="checkbox"/> review question(s)	<input checked="" type="checkbox"/> a meta-analysis/synthesis plan, if appropriate, <i>and</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Yes
<input type="checkbox"/> a search strategy	<input checked="" type="checkbox"/> a plan for investigating causes of heterogeneity	<input type="checkbox"/> Partial Yes
<input type="checkbox"/> inclusion/exclusion criteria	<input checked="" type="checkbox"/> justification for any deviations from the protocol	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> a risk of bias assessment		
<p><b>3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?</b></p>		
For Yes, the review should satisfy ONE of the following:		
<input type="checkbox"/> <i>Explanation for</i> including only RCTs		<input type="checkbox"/> Yes
<input type="checkbox"/> OR <i>Explanation for</i> including only NRSI		<input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> OR <i>Explanation for</i> including both RCTs and NRSI		
<p><b>4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?</b></p>		
For Partial Yes (all the following):	For Yes, should also have (all the following):	
<input checked="" type="checkbox"/> searched at least 2 databases (relevant to research question)	<input type="checkbox"/> searched the reference lists / bibliographies of included studies	<input type="checkbox"/> Yes
<input checked="" type="checkbox"/> provided key word and/or search strategy	<input type="checkbox"/> searched trial/study registries	<input checked="" type="checkbox"/> Partial Yes
<input type="checkbox"/> justified publication restrictions (e.g. language)	<input type="checkbox"/> included/consulted content experts in the field where relevant, searched for grey literature	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> conducted search within 24 months of completion of the review	
<p><b>5. Did the review authors perform study selection in duplicate?</b></p>		
For Yes, either ONE of the following:		
<input checked="" type="checkbox"/> at least two reviewers independently agreed on selection of eligible studies and achieved consensus on which studies to include		<input checked="" type="checkbox"/> Yes
<input type="checkbox"/> OR two reviewers selected a sample of eligible studies <i>and</i> achieved good agreement (at least 80 percent), with the remainder selected by one reviewer.		<input type="checkbox"/> No

AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both

<p><b>6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?</b></p> <p>For Yes, either ONE of the following:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> at least two reviewers achieved consensus on which data to extract from included studies <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</span></p> <p><input type="checkbox"/> OR two reviewers extracted data from a sample of eligible studies <u>and</u> achieved good agreement (at least 80 percent), with the remainder extracted by one reviewer.</p>		
<p><b>7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?</b></p> <p>For Partial Yes: <input type="checkbox"/> provided a list of all potentially relevant studies that were read in full-text form but excluded from the review</p> <p>For Yes, must also have: <input checked="" type="checkbox"/> Justified the exclusion from the review of each potentially relevant study <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Partial Yes <input type="checkbox"/> No</span></p>		
<p><b>8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?</b></p> <p>For Partial Yes (ALL the following):</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> described populations  <input checked="" type="checkbox"/> described interventions  <input checked="" type="checkbox"/> described comparators  <input type="checkbox"/> described outcomes  <input checked="" type="checkbox"/> described research designs</p> <p>For Yes, should also have ALL the following:</p> <p><input type="checkbox"/> described population in detail <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> Partial Yes <input type="checkbox"/> No</span>  <input type="checkbox"/> described intervention in detail (including doses where relevant)  <input type="checkbox"/> described comparator in detail (including doses where relevant)  <input type="checkbox"/> described study's setting  <input type="checkbox"/> timeframe for follow-up</p>		
<p><b>9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?</b></p> <p><b>RCTs</b>  For Partial Yes, must have assessed RoB from:</p> <p><input type="checkbox"/> unconcealed allocation, <i>and</i>  <input type="checkbox"/> lack of blinding of patients and assessors when assessing outcomes (unnecessary for objective outcomes such as all-cause mortality)</p> <p>For Yes, must also have assessed RoB from:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> allocation sequence that was not truly random, <i>and</i>  <input checked="" type="checkbox"/> selection of the reported result from among multiple measurements or analyses of a specified outcome <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Partial Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Includes only NRSI</span></p> <p style="text-align: right;">siehe S6 Risk of Bias Assessment (Anlage)</p>		
<p><b>NRSI</b>  For Partial Yes, must have assessed RoB:</p> <p><input type="checkbox"/> from confounding, <i>and</i>  <input type="checkbox"/> from selection bias</p> <p>For Yes, must also have assessed RoB:</p> <p><input type="checkbox"/> methods used to ascertain exposures and outcomes, <i>and</i>  <input type="checkbox"/> selection of the reported result from among multiple measurements or analyses of a specified outcome <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Partial Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Includes only RCTs</span></p>		
<p><b>10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?</b></p> <p>For Yes</p> <p><input type="checkbox"/> Must have reported on the sources of funding for individual studies included in the review. Note: Reporting that the reviewers looked for this information but it was not reported by study authors also qualifies <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No</span></p>		

AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both

<p><b>11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?</b></p>	
<p><b>RCTs</b> For Yes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> The authors justified combining the data in a meta-analysis</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> AND they used an appropriate weighted technique to combine study results and adjusted for heterogeneity if present.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> AND investigated the causes of any heterogeneity</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Yes</li> <li><input type="checkbox"/> No</li> <li><input type="checkbox"/> No meta-analysis conducted</li> </ul>
<p><b>For NRSI</b> For Yes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> The authors justified combining the data in a meta-analysis</li> <li><input type="checkbox"/> AND they used an appropriate weighted technique to combine study results, adjusting for heterogeneity if present</li> <li><input type="checkbox"/> AND they statistically combined effect estimates from NRSI that were adjusted for confounding, rather than combining raw data, or justified combining raw data when adjusted effect estimates were not available</li> <li><input type="checkbox"/> AND they reported separate summary estimates for RCTs and NRSI separately when both were included in the review</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Yes</li> <li><input type="checkbox"/> No</li> <li><input type="checkbox"/> No meta-analysis conducted</li> </ul>
<p><b>12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?</b></p>	
<p>For Yes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> included only low risk of bias RCTs</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> OR, if the pooled estimate was based on RCTs and/or NRSI at variable RoB, the authors performed analyses to investigate possible impact of RoB on summary estimates of effect.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Yes</li> <li><input type="checkbox"/> No</li> <li><input type="checkbox"/> No meta-analysis conducted</li> </ul>
<p><b>13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?</b></p>	
<p>For Yes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> included only low risk of bias RCTs</li> <li><input type="checkbox"/> OR, if RCTs with moderate or high RoB, or NRSI were included the review provided a discussion of the likely impact of RoB on the results</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Yes</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> No</li> </ul>
<p><b>14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?</b></p>	
<p>For Yes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> There was no significant heterogeneity in the results</li> <li><input type="checkbox"/> OR if heterogeneity was present the authors performed an investigation of sources of any heterogeneity in the results and discussed the impact of this on the results of the review</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Yes</li> <li><input type="checkbox"/> No</li> </ul>
<p><b>15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?</b></p>	
<p>For Yes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> performed graphical or statistical tests for publication bias and discussed the likelihood and magnitude of impact of publication bias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Yes</li> <li><input type="checkbox"/> No</li> <li><input type="checkbox"/> No meta-analysis conducted</li> </ul>

AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both

<b>16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?</b>	
For Yes:	
<input checked="" type="checkbox"/> The authors reported no competing interests OR	<input checked="" type="checkbox"/> Yes
<input checked="" type="checkbox"/> The authors described their funding sources and how they managed potential conflicts of interest	<input type="checkbox"/> No

**To cite this tool:** Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, Moher D, Tugwell P, Welch V, Kristjansson E, Henry DA. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017 Sep 21;358:j4008.

## Anhang 4: Studiencharakteristika der Primärstudien des SR von Pilling et al. 2020

Tabelle 12: Studiencharakteristika der Primärstudien des SR von Pilling et al. 2020

Study	Primary disorder(s)	Country	Setting	Age (M (range))	Diagnostic status	Control	Format (individual, group, mixed)	Mode of delivery (digital, face to face, phone, reasing)	Intervention	N	Intervention delivery personnel	Number of sessions
Arnason 2011/2009 <sup>a</sup>	Depression	Iceland	School	NR (14–15)	Indicated	TAU	Group	Face to face	Group CBT	113	Professional	14/15
Augimeri 2007 <sup>a</sup>	Conduct Disorder	Canada	Community	8,9 (NR-12)	Indicated	Attentional	Mixed	Face to face	Multiple interventions	24	Paraprofessional	12
August. 2004	Conduct Disorder	USA	Community	6,3 (5–7)	Indicated	Waitlist	Mixed	Face to face	Multiple interventions	327	Paraprofessional	144
Barrett 1996	Anxiety	Australia	Clinic	9,3 (7–14)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Multiple interventions	53	Professional	12
Barrett 1998	Anxiety	Australia	Clinic	NR (7–14)	Indicated	Active	Group	Face to face	Multiple interventions	34	Professional	12
Barrett 2005	Anxiety	Australia	Clinic	11,9 (7–17)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Family intervention (CBT)	51	Professional	16
Barrington 2005	Anxiety	Australia	Clinic	10,0 (7-14)	Indicated	TAU	Mixed	Face to face	Multiple interventions	48	Paraprofessional	12
Bayer 2018	Anxiety	Australia	Community	4,6 (4–5)	Selective	TAU	Group	Face to face	Parenting	545	Professional	4
Beardslee 2013 <sup>a</sup>	Depression	USA	Clinic	14,8 (13–17)	Indicated	TAU	Group	Face to face	Group CBT	316	Professional	14
Bernal 1980 <sup>a</sup>	Conduct Disorder	USA	Clinic	8,4 (5–12)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Parenting intervention	24	Professional	10
Bernstein 2008	Anxiety	USA	School	NR (7–11)	Indicated	Waitlist	Group	Face to face	Group CBT	37	Professional	11
Bjorseth 2016	Conduct Disorder	Norway	CAMHS	5,8 (2–8)	Indicated	TAU	Individual	Face to face	Parenting intervention	65	Professional	21
Burke 2015 <sup>a</sup>	Conduct Disorder	USA	Clinic	8,5 (NR)	Indicated	Attentional	Mixed	Face to face	Multiple interventions	252	Professional	12
Butler 2011	Conduct Disorder	UK	Community	15,1 (NR)	Indicated	TAU	Individual	Face to face	Parenting intervention	101	Professional	29
Cartwright-Hatton 2011	Anxiety	UK	Clinic	6,6 (3–9)	Indicated	Waitlist	Group	Face to face	Parenting intervention	67	Professional	10
Cavell & Hughes 2000	Conduct Disorder	USA	School, Home	7,6 (NR)	Selective	Attentional	Mixed	Face to face	Multiple interventions	60	Paraprofessional	69
Clark 1994 <sup>a</sup>	Conduct Disorder	USA	Community	NR (7-15)	Selective	TAU	Individual	Face to face	Other	132	Professional	78
Clark 2010	Substance Misuse	USA	School	16,7 (NR)	Selective	TAU	Mixed	Face to face	Multiple interventions	1730	Professional	7
Clarke 1995	Depression	USA	School	15,3 (NR)	Selective	Attentional	Group	Face to face	Group CBT	125	Professional	15
Clarke 2001	Depression	USA	Clinic	14,6 (13–18)	Indicated	TAU	Group	Face to face	Group CBT	94	Professional	15
Clarke 2002	Depression	USA	Clinic	15,3 (13–18)	Indicated	TAU	Group	Face to face	Group CBT	88	Professional	16
Clarke 2016	Depression	USA	Clinic	14,6 (12–18)	Indicated	TAU	Individual	Face to face	Individual cognitive and behavioural treatments	212	Professional	6

Study	Primary disorder(s)	Country	Setting	Age (M (range))	Diagnostic status	Control	Format (individual, group, mixed)	Mode of delivery (digital, face to face, phone, reasing)	Intervention	N	Intervention delivery personnel	Number of sessions
Cobham 1998	Anxiety	Australia	Clinic	9,6 (7–14)	Indicated	Active	Group	Face to face	Multiple interventions	20	Professional	14
Cohen 2005	PTSD	USA	Clinic	11,1 (8–15)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Individual cognitive and behavioural treatments	82	Professional	12
Conrod 2010	Substance Misuse	UK	School	14,0 (13–16)	Selective	Waitlist	Group	Face to face	Other (personality targeted)	691	Professional	3
Conrod 2011/Conrod 2008	Substance Misuse	UK	School	14,0 (13–16)	Selective	Waitlist	Group	Face to face	Other (personality targeted)	347	Professional	3
Creswell 2015.1 <sup>a</sup>	Anxiety	UK	Clinic	10,2 (7–12)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Multiple interventions	140	Professional	32
Creswell 2015.2 <sup>a</sup>	Anxiety	UK	Clinic	10,2 (7–12)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Multiple interventions	140	Professional	32
Cunningham 2012.1a	Conduct Disorder, Substance Misuse	USA	Clinic	16,8 (14–18)	Selective	Attentional	Individual	Face to face	Other (motivational interviewing)	727	Professional	1
Cunningham 2012.2 <sup>a</sup>	Conduct Disorder, Substance Misuse	USA	Clinic	16,8 (14–18)	Selective	Attentional	Individual	Digital	Other (motivational interviewing)	727	Professional	1
Dakof 2015	Substance Misuse	USA	Youth offending services	16,0 (13–18)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Family intervention	112	Professional	43
Damico 2018	Substance Misuse	USA	Clinic	16,0 (12–15)	Indicated	TAU	Individual	Face to face	Other (motivational interviewing)	294	Paraprofessional	NR
Deblinger 1999.1	PTSD	USA	Clinic	9,9 (7–13)	Indicated	TAU	Individual	Face to face	Family intervention	33	Professional	12
Deblinger 1999.2	PTSD	USA	Clinic	9,9 (7–13)	Indicated	TAU	Individual	Face to face	Individual cognitive and behavioural treatments	33	Professional	12
Deblinger 2006	PTSD	USA	Clinic	10,8 (8–14)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Multiple interventions	180	Professional	12
Dishion 1995	Conduct Disorder	USA	Clinic	12,0 (10–14)	Indicated	Active	Group	Face to face	Family intervention	53	Professional	24
Duong 2016	Depression	USA	School	12,8 (12–14)	Indicated	Active	Group	Face to face	Group CBT	111	Paraprofessional	12
Estrada 2019	Substance Misuse	USA	Online	13,6 (NR)	Selective	TAU	Group	Digital	Family CBT		Paraprofessional	12
Flannery-Schroeder 2005	Anxiety	USA	Clinic	NR (8–14)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Individual cognitive and behavioural treatments	25	Paraprofessional	18
Foa 2013	PTSD	USA	Clinic	15,3 (13–18)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Individual cognitive and behavioural treatments	61	Professional	11
Forgatch 1999	Conduct Disorder	USA	Clinic	7,8 (6–10)	Selective	Waitlist	Group	Face to face	Parenting intervention	168	Paraprofessional	14
Garcia-Lopez 2014	Anxiety	Spain	School	15,4 (13–)	Indicated	Active	Group	Face to face	Multiple interventions	60	Paraprofessional	17
Ghaderi 2018	Conduct Disorder	Sweden	Online	NR (10–13)	Indicated	Active	Individual	Digital	Parenting	NR	Professional	7
Godley 2010 <sup>a</sup>	Substance Misuse	USA	NR	15,9 (12–18)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Multiple interventions	161	Professional	7
Godley 2014	Substance Misuse	USA	Community	15,7 (12–18)	Indicated	TAU	Individual	Face to face	Individual cognitive and behavioural treatments	223	Professional	10–14
Goodyer 2017.1	Depression	UK	Clinic	15 (11–17)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Individual cognitive and behavioural treatments	465	Professional	24–28
Goodyer 2017.2	Depression	UK	Clinic	15 (11–17)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Psychotherapy	465	Professional	24–28
Goossens 2016	Conduct Disorder	Netherlands	School	14,0 (NR)	Selective	Waitlist	Group	Face to face	Other (personality-targeted)	530	Professional	12

Study	Primary disorder(s)	Country	Setting	Age (M (range))	Diagnostic status	Control	Format (individual, group, mixed)	Mode of delivery (digital, face to face, phone, reasing)	Intervention	N	Intervention delivery personnel	Number of sessions
Gowers 2007	Eating Disorders	UK	Clinic	14,1 (12–18)	Indicated	TAU	Individual	Face to face	Multiple interventions	102	Professional	26
Hagen 2011	Conduct Disorder	Norway	Community	8,4 (4–12)	Indicated	TAU	Individual	Face to face	Parenting intervention	112	Professional	13
Halldorsdottir 2016	Anxiety	N America	Clinic	9,1 (7–16)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Individual CBT	83	Professional	1
Hautmann 2018	Conduct Disorder	Germany	Home	7,7 (4–11)	Indicated	Active	Individual	Reading Material and Phone	Parenting	149	Professional	12
Humayun 2017	Conduct Disorder	UK	Agency	15,0 (NR)	Indicated	TAU	Individual	Face to face	Family intervention	111	Professional	12
Hurlbert 2013	Conduct Disorder	USA	Community	4,7 (NR)	Selective	TAU	Group	Face to face	Parenting intervention	378	Paraprofessional	6
Jouriles 2009 <sup>a</sup>	Conduct Disorder	USA	Community	NR (4–9)	Indicated	TAU	Individual	Face to face	Parenting intervention	66	Professional	20
Kazdin 1992	Conduct Disorder	USA	Clinic	10,3 (7–13)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Multiple interventions	50	Professional	41
Kendall 2008.1	Anxiety	USA	Clinic	10,3 (7–14)	Indicated	Attentional	Individual	Face to face	Family intervention	161	Professional	16
Kendall 2008.2	Anxiety	USA	Clinic	10,3 (7–14)	Indicated	Attentional	Individual	Face to face	Individual cognitive and behavioural treatments	161	Professional	16
Lammers 2015 <sup>a</sup>	Substance Misuse	Netherlands	School	14,0 (12–16)	Selective	Waitlist/no treatment	Group	Face to face	Other (personality-targeted)	696	Professional	2
Larsson 2009	Conduct Disorder	Norway	Clinic	6,6 (4–8)	Indicated	Active	Group	Face to face	Multiple interventions	106	Professional	30
Le Grange 2015	Eating Disorders	USA	Clinic	15,8 (12–18)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Family intervention	109	Professional	18
Le Grange 2016	Eating Disorders	Australia	Clinic	15,5 (12–18)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Parenting intervention	106	Professional	16
Lee 2016	Anxiety	USA	School	9,0 (7–11)	Indicated	Waitlist	Group	Face to face	Group CBT	61	Professional	9
Letourneau 2013	Conduct Disorder	USA	Community	14,7 (11–17)	Indicated	TAU	Individual	Face to face	Parenting intervention	124	Professional	NR
Lewinsohn 1990	Depression	USA	Clinic	16,2 (14–18)	Indicated	Active	Group	Face to face	Multiple interventions	40	Paraprofessional	7
Liddle 2001	Substance Misuse	USA	Clinic	15,9 (13–18)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Family intervention	61	Professional	16
Liddle 2008	Substance Misuse	USA	Clinic	15,4 (12–18)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Family intervention	224	Professional	17
Lochman 2004.1	Conduct Disorder	USA	School	(9–11)	Indicated	No treatment control	Group	Face to face	Group CBT	183	Paraprofessional	16–33 (depending on whether child only or child and parent)
Lochman 2004.2	Conduct Disorder	USA	Community	(9–11)	Indicated	No treatment control	Group	Face to face	Multiple interventions	183	Paraprofessional	16–33 (depending on whether child only or child and parent)
Lochman 2014	Conduct Disorder	USA	School	10,7 (9–12)	Selective	TAU	Group	Face to face	Group CBT	241	Paraprofessional	10

Study	Primary disorder(s)	Country	Setting	Age (M (range))	Diagnostic status	Control	Format (individual, group, mixed)	Mode of delivery (digital, face to face, phone, reasing)	Intervention	N	Intervention delivery personnel	Number of sessions
Lochman 2015	Conduct Disorder	USA	School	10,2 (9–12)	Selective	Active	Individual	Face to face	Individual cognitive and behavioural treatments	360	Paraprofessional	32
Lock 2010	Eating Disorder	USA	Clinic	14,4 (12–18)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Family intervention	121	Professional	24
Mahu 2015	Substance Misuse	England	School	13,7 (0.33)	Selective	TAU	Group	Face to face	Other (personality-targeted)	2401	Professional	2
Mannarino 2012/Deblinger 2011/	PTSD	USA	Clinic	7,7 (4–11)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Individual cognitive and behavioural treatments	57	Professional	16
Mannassis 2010	Anxiety, Depression	Canada	School	NR (8–12)	Selective	Attentional	Group	Face to face	Group CBT	148	Professional	12
McGrath 2011 <sup>a</sup>	Conduct Disorder, Anxiety	Canada	Home	7,5 (3–12)	Indicated	TAU	Individual	Digital, phone and reading material	Parenting intervention	243	Paraprofessional	12
Newton 2016	Substance Misuse	Australia	School	13,4 (13–14)	Selective	TAU	Group	Face to face	Other (personality-targeted)	344	Professional	2
Ogden 2006	Conduct Disorder	Norway	Community	15,1 (12–17)	Indicated	TAU	Individual	Face to face	Parenting intervention	75	Professional	24
Olivares 2014	Anxiety	Spain	School	15,4 (14–18)	Indicated	Active	Group	Face to face	Group CBT	75	Professional	12
Olivares-Olivares 2008	Anxiety	Spain	School	15,3 (14–18)	Indicated	Active	Mixed	Face to face	Multiple interventions	37	Professional	24
Olthius 2018	Conduct Disorder	Canada	Home	8,5 (6–12)	Indicated	TAU	Individual	Reading Material and Phone	Parenting	172	NR	14
O'Shea 2015	Depression	Australia	Clinic or school counselling facilities	15,3 (13–19)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Psychotherapy	39	Professional	16
Ost 2001	Anxiety	Sweden	Community	11,7 (7-17)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Individual cognitive and behavioural treatments	60	Professional	1
Ost 2015	Anxiety	Sweden	NR	11,6 (8–14)	Indicated	Active	Mixed	Face to face	Multiple interventions	52	Professional	22
Pella 2017	Anxiety	USA	Clinic	8,7 (6–13)	Selective	Attentional	Individual	Face to face	Family intervention	136	Professional	8
Poppelaars 2016	Depression	Netherlands	School, Computer	13,4 (11–16)	Indicated	Waitlist	Mixed	Face to face and digital	Group CBT	152	Professional	8
Rasing 2018	Depression, Anxiety	Netherlands	NR	12,9 (11–15)	Indicated	Waitlist	Group	Face to face	Group CBT	142	Professional	6
Robin 1995	Eating Disorder	USA	Clinic	14,1 (11–20)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Family intervention	22	Professional	42
Robin 1999	Eating Disorder	USA	Clinic	14,3 (12–19)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Family intervention	36	Professional	42
Rohde 2004	Depression, Conduct	USA	Clinic	15,1 (13–17)	Indicated	Active	Group	Face to face	Group CBT	93	Paraprofessional	16
Rohde 2014	Depression, Substance	USA	Clinic	16,2 (13–18)	Indicated	Active	Mixed	Face to face	Multiple interventions	45	Professional	16
Rohde 2015.1	Depression	USA	School	15,5 (13–19)	Indicated	Attentional	Group	Face to face	Group CBT	378	Paraprofessional	6
Rohde 2015.2	Depression	USA	School	15,5 (13–9)	Indicated	Attentional	Individual	Reading matter	Individual cognitive and behavioural	378	Paraprofessional	6
Ruggiero 2015	PTSD	USA	Computer	14,5 (12–17)	Indicated	Attentional	Individual	Digital	Psychoeducation skills training	496	Professional	NR
Salerno 2016	Eating Disorders	UK	Clinic	16,9 (12–21)	Indicated	TAU	Individual	Digital, reading matter	Parenting	149	Professional	NR
Salloum 2012	PTSD	USA	School	9,6 (6–12)	Indicated	Active	Group	Face to face	Group CBT	64	Professional	12



Study	Primary disorder(s)	Country	Setting	Age (M (range))	Diagnostic status	Control	Format (individual, group, mixed)	Mode of delivery (digital, face to face, phone, reasing)	Intervention	N	Intervention delivery personnel	Number of sessions
Salzer 2018	Anxiety	Germany	Clinic	17,4 (14–20)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Individual cognitive and behavioural treatment	108	Professional	25
Sandler 2019	Conduct Disorder, Depression	USA	Community	NR (13-18)	Selective	Active	Group	Face to face	Parenting	830	Paraprofessional	12
Santacruz 2006.1	Anxiety	Spain	Home	6,5 (4–8)	Indicated	Waitlist	Individual	Reading matter	Individual cognitive and behavioural treatments	78	Paraprofessional	15
Santacruz 2006.2	Anxiety	Spain	Home	6,5 (4–8)	Indicated	Waitlist	Individual	Face to face	Individual cognitive and behavioural treatments	78	Paraprofessional	15
Saulsberry 2013	Depression	USA	Clinic	17,3 (14–21)	Indicated	Active	Individual	Face to face, digital	Other (Motivational Interviewing)	83	Professional	1
Schaeffer 2014	Substance Misuse	USA	Community	15,8 (15–18)	Selective	TAU	Group	Face to face	Other (Employmentskills training)	97	Paraprofessional	54
Schneider 2013	Anxiety	Germany	Clinic	10,4 (8–13)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Multiple interventions	42	Professional	16
Scott 2010	Conduct Disorder	UK	School	5,5 (5–6)	Indicated	TAU	Group	Face to face	Parenting intervention	172	Paraprofessional	NR
Sheffield 2006	Depression	Australia	School	14,3 (13–15)	Indicated	TAU	Group	Face to face	Group CBT	246	Paraprofessional	8
Silk 2018 <sup>a</sup>	Anxiety	USA	NR	11,0 (9–14)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Individual cognitive and behavioural treatments	133	Professional	9
Silverman 1999.1	Anxiety	USA	Clinic	9,9 (6–16)	Indicated	Attentional	Individual	Face to face	Individual cognitive and behavioural treatments	81	Professional	10
Silverman 1999.2	Anxiety	USA	Clinic	9,9 (6–16)	Indicated	Attentional	Individual	Face to face	Individual cognitive and behavioural treatments	81	Professional	10
Silverman 2009	Anxiety	USA	Clinic	9,9 (7–16)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Individual cognitive and behavioural treatment s	70	Paraprofessional	13
Simon 2011.1	Anxiety	Netherlands	School	9,9 (8–13)	Indicated	Waitlist	Group	Face to face	Group CBT	183	Professional	8
Simon 2011.2	Anxiety	Netherlands	School	9,9 (8–13)	Indicated	Active	Group	Face to face	Parenting	183	Professional	8
Slesnick 2009.1	Substance Misuse	USA	Community	15,1 (12–17)	Indicated	TAU	Individual	Face to face	Family therapy	119	Professional	16
Slesnick 2009.2	Substance Misuse	USA	Clinic	15,1 (12–17)	Indicated	TAU	Individual	Face to face	Family therapy	119	Professional	16
Slesnick 2013	Substance Misuse	USA	Community	15,4 (12–17)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Individual CBT and behavioural treatment s	122	Professional	14
Solantaus 2010	Depression	Finland	Community	NR (8-16)	Selective	Active	Individual	Face to face	Family intervention	106	Professional	6
Somech 2012	Conduct Disorder	Israel	Community	4,0 (NR)	Selective	TAU	Group	Face to face	Parenting intervention	209	Professional	14
Sourander 2016	Conduct Disorder	Finland	Clinic	4 (4–4)	Indicated	Attentional	Individual	Digital	Parenting intervention	464	Paraprofessional	22
Spence 2000	Anxiety	Australia	Clinic	10,7 (7–14)	Indicated	Active	Group	Face to face	Multiple interventions	36	Professional	12
Spence 2006	Anxiety	Australia	Clinic	10,0 (7–14)	Indicated	Active	Group	Face to face	Group CBT	45	Professional	16
Spence 2011	Anxiety	Australia	Clinic	14,0 (12–18)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Individual CBT	88	Professional	10
Spijkers 2013	Conduct Disorder	Netherlands	Clinic	10,6 (5-11)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Parenting intervention	67	Paraprofessional	4
Spirito 2004	Substance Misuse	USA	Emergency department	15,6 (NR)	Selective	TAU	Individual	Face to face	Other (motivational interviewing)	124	Paraprofessional	1

Study	Primary disorder(s)	Country	Setting	Age (M (range))	Diagnostic status	Control	Format (individual, group, mixed)	Mode of delivery (digital, face to face, phone, reasing)	Intervention	N	Intervention delivery personnel	Number of sessions
Spirito 2011	Substance Misuse	USA	Emergency department	15,0 (13–17)	Selective	Active	Individual	Face to face	Other (motivational interviewing)	97	Professional	3
Sportel 2013.1	Anxiety	Netherlands	School	14,1 (13–15)	Selective	Waitlist	Group	Face to face	Group CBT	240	Paraprofessional	20
Sportel 2013.2	Anxiety	Netherlands	Internet	14,1 (13–15)	Selective	Waitlist	Individual	Digital	Individual cognitive and behavioural treatments	240	Paraprofessional	20
Stefini 2017 <sup>a</sup>	Eating Disorders	Germany	Clinic	18,7 (14–20)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Individual CBT	81	Professional	60
Stewart-Brown 2004	Conduct Disorder	UK	Community	4,6 (2–8)	Indicated	Waitlist	Group	Face to face	Parenting intervention	116	Paraprofessional	10
Stice 2010.1	Depression	USA	Mixed (school and reading material)	15,6 (14–19)	Selective	Attentional	Group	Face to face	Group CBT	341	Professional	6
Stice 2010.2	Depression	USA	Mixed (school and reading material)	15,6 (14–19)	Selective	Attentional	Group	Face to face	Psychotherapy	341	Professional	6
Stice 2010.3	Depression	USA	Mixed (school and reading material)	15,6 (14–19)	Selective	Attentional	Individual (reading matter)	Reading matter	Individual CBT and behavioural treatments	341	Professional	6
Stice 2009	Eating Disorders	USA	Clinic	15,7 (14–19)	Selective	Attentional	Group	Face to face	Group CBT	306	Paraprofessional	4
Stice 2006.1	Eating Disorders	USA	Clinic	17,1 (14–19)	Selective	Waitlist	Group	Face to face	Group CBT	358	Paraprofessional	3
Stice 2006.2	Eating Disorders	USA	Clinic	17,1 (14–19)	Selective	Waitlist	Group	Face to face	Group CBT	358	Paraprofessional	3
Stolberg 1994	Anxiety, Depression	USA	School	9,8 (8–12)	Selective	Waitlist	Group	Face to face	Psychoeducation skills training	52	Paraprofessional	14
Sussman 2012 <sup>a</sup>	Substance Misuse	USA	School	16,8 (14–21)	Selective	TAU	Group	Face to face	Psychoeducation skills training	791	Paraprofessional	12
Szapocznik 1989.1	Conduct Disorder	USA	Clinic	9,2 (6–12)	Selective	Attentional	Individual	Face to face	Family intervention	58	Professional	18–19
Szapocznik 1989.2	Conduct Disorder	USA	Clinic	9,2 (6–12)	Selective	Attentional	Individual	Face to face	Psychotherapy	58	Professional	18–19
Tanofsky-Kraff 2016 <sup>a</sup>	Eating Disorders	USA	Clinic	14,5 (12–17)	Selective	Attentional	Mixed	Face to face	Psychotherapy	88	Professional	13
Turner 2014	Anxiety	UK	Clinic	14,4 (11–18)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Individual CBT	72	Professional	14
Van Manen 2004	Conduct Disorder	Netherlands	Clinic	11,2 (9–13)	Indicated	Active	Group	Face to face	Individual cognitive and behavioural treatments	82	Professional	11
Walker 2016	Substance Misuse	USA	School	15,8 (14–17)	Indicated	Attentional	Individual	Face to face	Other (motivational interviewing)	231	Professional	24
Walton 2013.1	Substance Misuse	USA	Clinic	16,3 (12–18)	Selective	TAU	Individual	Face to face	Other (motivational interviewing)	338	Paraprofessional	1
Walton 2013.2	Substance Misuse	USA	Clinic	16,3 (12–18)	Selective	TAU	Individual	Digital	Other (motivational interviewing)	338	Paraprofessional	1
Waters 2009	Anxiety	Australia	Clinic	6,8 (4–8)	Indicated	Active	Group	Face to face	Multiple interventions	69	Professional	20
Webster-Stratton 1984	Conduct Disorder	USA	Clinic	4,7 (NR)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Parenting intervention	31	Professional	9
Webster-Stratton 1997	Conduct Disorder	USA	Clinic, School	5,7 (4–7)	Indicated	Active	individual	Face to face	Parenting intervention	48	Professional	23

Study	Primary disorder(s)	Country	Setting	Age (M (range))	Diagnostic status	Control	Format (individual, group, mixed)	Mode of delivery (digital, face to face, phone, reasing)	Intervention	N	Intervention delivery personnel	Number of sessions
Webster-Stratton 2004	Conduct Disorder	USA	Clinic	5,9 (4-8)	Indicated	Active	Group	Face to face	Multiple interventions	56	Professional	56
Weiss 1999	Conduct Disorder, Depression	USA	School	10,3 (NR)	Indicated	Attentional	Individual	Face to face	Psychotherapy	160	Professional	90
Weiss 2013	Conduct Disorder	USA	Home	14,5 (13-17)	Indicated	TAU	Individual	Face to face	Parenting intervention	164	Professional	10
Wergeland 2014	Anxiety	Norway	Clinic	11,5 (8-15)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Individual cognitive and behavioural treatments	178	Professional	10
Winters 2014	Substance Misuse	USA	School	16,1 (13-17)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Multiple interventions	236	Professional	3
Wood 2009	Anxiety	USA	NR	10,0 (6-13)	Indicated	Active	Individual	Face to face	Family intervention	35	Professional	14
Woods 2011	Depression	New Zealand	School	14,0 (N)	Indicated	TAU	Group	Face to face	Group CBT	24	Paraprofessional	8
Young 2009	Depression	USA	School	13,4 (11-16)	Selective	TAU	Mixed	Face to face	Psychotherapy	41	Paraprofessional	10
Young 2012	Depression	USA	School	14,0 (11-17)	Indicated	TAU	Mixed	Face to face	Psychotherapy	98	Paraprofessional	8

a no change scores available

M = (vermutlich) Median, N = (vermutlich) Number, TAU = Treatment as usual

Quelle: Pilling et al. (2020) adaptiert durch GÖG  
Literaturzitate zu den dargestellten Studien in Anhang 5

## Anhang 5: Referenzliste Studienpool Pilling et al. 2020

1. Arnarson EO; Craighead WE (2009) Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy* 47/7:577-585
2. Arnarson EO; Craighead WE (2011): Prevention of depression among Icelandic adolescents: a 12-month follow-up. *Behaviour Research and Therapy* 49/3:170-174
3. Augimeri LK; Farrington DP; Koegl CJ; Day DM (2007): The SNAP™ Under 12 Outreach Project: Effects of a Community Based Program for Children with Conduct Problems. *Journal of Child and Family Studies* 16/6:799-807
4. August GJ; Lee SS; Bloomquist ML; Realmuto GM; Hektner JM (2004): Maintenance effects of an evidence-based prevention innovation for aggressive children living in culturally diverse urban neighborhoods: The Early Risers Effectiveness Study. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 12/4:194-205
5. Barrett P; Farrell L; Dadds M; Boulter N (2005) Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: long-term follow-up and predictors of outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44/10:1005-1014
6. Barrett PM (1998): Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology* 27/4:459-468
7. Barrett PM; Dadds MR; Rapee RM (1996): Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64/2:333-342
8. Barrington J; Prior M; Richardson M; Allen K (2005): Effectiveness of CBT versus standard treatment for childhood anxiety disorders in a community clinic setting. *Behaviour Change* 22/1:29-43
9. Bayer JK; Beatson R; Bretherton L; Hiscock H; Wake M; Gilbertson T; Mihalopoulos C; Pendergast LA; Rapee RM (2018): Translational delivery of Cool Little Kids to prevent child internalising problems: Randomised controlled trial. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 52/2:181-191
10. Beardslee WR; Brent DA; Weersing VR; Clarke GN; Porta G; Hollon SD; et al. (2013): Prevention of depression in at-risk adolescents: longer-term effects. *JAMA Psychiatry* 70/11:1161-1170
11. Bernal ME; Klinnert MD; Schultz LA (1980): Outcome evaluation of behavioral parent training and client-centered parent counseling for children with conduct problems. *Journal of Applied Behavior Analysis* 13/4:677-691
12. Bernstein GA; Bernat DH; Victor AM; Layne AE (2008): School-based interventions for anxious children: 3-, 6-, and 12-month follow-ups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47/9:1039-1047
13. Bjørseth A; Wichstrom L (2016): Effectiveness of parent-child interaction therapy (PCIT) in the treatment of young children's behavior problems. A randomized controlled study. *PLoS One* 11/9:e0159845
14. Burke JD; Loeber R (2015): The effectiveness of the Stop Now and Plan (SNAP) program for boys at risk for violence and delinquency. *Prevention Science* 16/2:242-253
15. Butler S; Baruch G; Hickey N; Fonagy P (2011): A randomized controlled trial of multisystemic therapy and a statutory therapeutic intervention for young offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 50/12:1220-1235

16. Cartwright-Hatton S; McNally D; Field AP; Rust S; Laskey B; Dixon C; et al. (2011): A new parenting-based group intervention for young anxious children: results of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 50/3:242-251
17. Cavell TA; Hughes JN (2000): Secondary prevention as context for assessing change processes in aggressive children. *Journal of School Psychology* 38/3:199-235
18. Clark HB; Prange ME; Lee B; Boyd LA; McDonald BA; Stewart ES (1994): Improving adjustment outcomes for foster children with emotional and behavioral disorders: early findings from a controlled study on individualized services. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 2/4:207-218
19. Clark HK; Ringwalt CL; Hanley S; Shamblen SR; Flewelling RL; Hano MC (2010): Project SUCCESS' effects on the substance use of alternative high school students. *Addictive Behaviors* 35/3:209-217
20. Clarke G; DeBar LL; Pearson JA; Dickerson JF; Lynch FL; Gullion CM; et al. (2016): Cognitive behavioral therapy in primary care for youth declining antidepressants: a randomized trial. *Pediatrics* 137/5:1-13
21. Clarke GN; Hawkins W; Murphy M; Sheeber LB; Lewinsohn PM; Seeley JR (1995): Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34/3:312-321
22. Clarke GN; Hornbrook M; Lynch F; Polen M; Gale J; Beardslee W; et al. (2001): A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry* 58/12:1127-1134
23. Clarke GN; Hornbrook M; Lynch F; Polen M; Gale J; O'Connor E; et al. (2002): Group cognitive-behavioral treatment for depressed adolescent offspring of depressed parents in a health maintenance organization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41/3:305-313
24. Cobham VE; Dadds MR; Spence SH (1998): The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66/6:893-905
25. Cohen JA; Mannarino AP; Knudsen K (2005): Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect* 29/2:135-145
26. Conrod PJ; Castellanos-Ryan N; Mackie C (2011): Long-term effects of a personality-targeted intervention to reduce alcohol use in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 79/3:296-306
27. Conrod PJ; Castellanos-Ryan N; Strang J (2010): Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2-year period during adolescence. *Archives of General Psychiatry* 67/1:85-93
28. Creswell C; Cruddace S; Gerry S; Gitau R; McIntosh E; Mollison J; et al. (2015): Treatment of childhood anxiety disorder in the context of maternal anxiety disorder: a randomised controlled trial and economic analysis. *Health Technology Assessment* 19/38:1-184
29. Cunningham RM; Chermack ST; Zimmerman MA; Shope JT; Bingham CR; Blow FC; et al. (2012): Brief motivational interviewing intervention for peer violence and alcohol use in teens: one-year follow-up. *Pediatrics* 129/6:1083-1090
30. D'Amico EJ; Parast L; Shadel WG; Meredith LS; Seelam R; Stein BD (2018): Brief motivational interviewing intervention to reduce alcohol and marijuana use for at-risk adolescents in primary care. *Journal of consulting and clinical psychology* 86/9:775

31. Dakof GA; Henderson CE; Rowe CL; Boustani M; Greenbaum PE; Wang W; et al. (2015): A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court. *Journal of Family Psychology* 29/2:232-241
32. Deblinger E; Mannarino AP; Cohen JA; Runyon MK; Steer RA (2011): Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety* 28/1:67-75
33. Deblinger E; Mannarino AP; Cohen JA; Steer RA (2006): A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45/12:1474-1484
34. Deblinger E; Steer RA; Lippmann J (1999): Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect* 23/12:1371-1378
35. Dishion TJ; Andrews DW (1995): Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63/4:538-548
36. Duong MT; Cruz RA; King KM; Violette HD; McCarty CA (2016): Twelve-month outcomes of a randomized trial of the Positive Thoughts and Action program for depression among early adolescents. *Prevention Science* 17/3:295-305
37. Estrada Y; Lee TK; Wagstaff R; Rojas LM; Tapia MI; Velázquez MR; Sardinias K; Pantin H; Sutton MY; Prado G (2019): eHealth Familias Unidas: efficacy trial of an evidence-based intervention adapted for use on the internet with Hispanic families. *Prevention Science* 20/1:68-77
38. Flannery-Schroeder E; Choudhury MS; Kendall PC (2005): Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: 1-year follow-up. *Cognitive Therapy and Research* 29/2:253-259
39. Foa EB; McLean CP; Capaldi S; Rosenfield D (2013): Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: a randomized clinical trial. *JAMA* 310/24:2650-2657
40. Forgatch MS; DeGarmo DS (1999): Parenting through change: an effective prevention program for single mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67/5:711-724
41. Garcia-Lopez LJ; M. D-CM; Muela-Martinez JA; Espinosa-Fernandez L (2014): Can parent training for parents with high levels of expressed emotion have a positive effect on their child's social anxiety improvement? *Journal of Anxiety Disorders* 28/8:812-822
42. Ghaderi A; Kadesjö C; Björnsdotter A; Enebrink P (2018): Randomized effectiveness trial of the family check-up versus internet-delivered parent training (iComet) for families of children with conduct problems. *Scientific reports* 8/1:1-5
43. Godley MD; Godley SH; Dennis ML; Funk RR; Passetti LL; Petry NM (2014): A randomized trial of assertive continuing care and contingency management for adolescents with substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 82/1:40-51
44. Godley SH; Garner BR; Passetti LL; Funk RR; Dennis ML; Godley MD (2010): Adolescent outpatient treatment and continuing care: main findings from a randomized clinical trial. *Drug and Alcohol Dependence* 110/1-2:44-54
45. Goodyer IM; Reynolds S; Barrett B; Byford S; Dubicka B; Hill J; et al. (2017): Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *Lancet Psychiatry* 4/2:109-119

46. Goossens FX; Lammers J; Onrust SA; Conrod PJ; de Castro BO; Monshouwer K (2016): Effectiveness of a brief school-based intervention on depression, anxiety, hyperactivity, and delinquency: a cluster randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry* 25/6:639-648
47. Gowers SG; Clark A; Roberts C; Griffiths A; Edwards V; Bryan C; et al. (2007): Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 191/5:427-435
48. Hagen KA; Ogden T; Bjornebekk G (2011): Treatment outcomes and mediators of parent management training: a one-year follow-up of children with conduct problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 40/2:165-178
49. Halldorsdottir T; Ollendick TH (2016): Long-term outcomes of brief, intensive CBT for specific phobias: The negative impact of ADHD symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 84/5:465-471
50. Hautmann C; Dose C; Duda-Kirchhof K; Greimel L; Hellmich M; Imort S; Katzmann J; Pinior J; Scholz K; Schürmann S; Metternich-Kaizman TW (2018): Behavioral versus nonbehavioral guided self-help for parents of children with externalizing disorders in a randomized controlled trial. *Behavior therapy* 49/6:951-659
51. Humayun S; Herlitz L; Chesnokov M; Doolan M; Landau S; Scott S (2017): Randomized controlled trial of Functional Family Therapy for offending and antisocial behavior in UK youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 58/9:1023-1032
52. Hurlburt MS; Nguyen K; Reid J; Webster-Stratton C; Zhang J (2013): Efficacy of the Incredible Years group parent program with families in Head Start who self-reported a history of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect* 37/8:531-543
53. Jouriles EN; McDonald R; Rosenfield D; Stephens N; Corbitt-Shindler D; Miller PC (2009): Reducing conduct problems among children exposed to intimate partner violence: a randomized clinical trial examining effects of Project Support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77/4:705-717
54. Kazdin AE; Siegel TC; Bass D (1992): Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60/5:733-747
55. Kendall PC; Hudson JL; Gosch E; Flannery-Schroeder E; Suveg C (2008): Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76/2:282-297
56. Lammers J; Goossens F; Conrod P; Engels R; Wiers RW; Kleinjan M (2015): Effectiveness of a selective intervention program targeting personality risk factors for alcohol misuse among young adolescents: results of a cluster randomized controlled trial. *Addiction* 110/7:1101-1109
57. Larsson B; Fossum S; Clifford G; Drugli MB; Handegard BH; Mørch WT (2009): Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: results of a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry* 18/1:42-52
58. Le Grange D; Hughes EK; Court A; Yeo M; Crosby RD; Sawyer SM (2016): Randomized clinical trial of parent-focused treatment and family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 55/8:683-692
59. Le Grange D; Lock J; Agras WS; Bryson SW; Jo B (2015): Randomized clinical trial of family-based treatment and cognitive-behavioral therapy for adolescent bulimia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 54/11:886-894

60. Lee SS; Victor AM; James MG; Roach LE; Bernstein GA (2016): School-based interventions for anxious children: Long-term follow-up. *Child Psychiatry & Human Development* 47/2:183-193
61. Letourneau EJ; Henggeler SW; McCart MR; Borduin CM; Schewe PA; Armstrong KS (2013): Two-year follow-up of a randomized effectiveness trial evaluating MST for juveniles who sexually offend. *Journal of Family Psychology* 27/6:978-985
62. Lewinsohn PM; Clarke GN; Hops H; Andrews J (1990): Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy* 21/4:385-401
63. Liddle HA; Dakof GA; Parker K; Diamond GS; Barrett K; Tejeda M (2001): Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 27/4:651-688
64. Liddle HA; Dakof GA; Turner RM; Henderson CE; Greenbaum PE (2008): Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction* 103/10:1660-1670
65. Lochman JE; Baden RE; Boxmeyer CL; Powell NP; Qu L; Salekin KL; et al. (2014): Does a booster intervention augment the preventive effects of an abbreviated version of the coping power program for aggressive children? *Journal of Abnormal Child Psychology* 42/3:367-81
66. Lochman JE; Dishion TJ; Powell NP; Boxmeyer CL; Qu L; Sallee M (2015): Evidence-based preventive intervention for preadolescent aggressive children: One-year outcomes following randomization to group versus individual delivery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 83/4:728-735
67. Lochman JE; Wells KC (2004): The Coping Power Program for preadolescent aggressive boys and their parents: outcome effects at the 1-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72/4:571-578
68. Lock J; Le Grange D; Agras WS; Moyer A; Bryson SW; Jo B (2010): Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 67/10:1025-1032
69. Mahu IT; Doucet C; O'Leary-Barrett M; Conrod PJ (2015): Can cannabis use be prevented by targeting personality risk in schools? Twenty-four-month outcome of the adventure trial on cannabis use: a cluster-randomized controlled trial. *Addiction* 110/10:1625-1633
70. Manassis K; Wilansky-Traynor P; Farzan N; Kleiman V; Parker K; Sanford M (2010): The feelings club: randomized controlled evaluation of school-based CBT for anxious or depressive symptoms. *Depression and Anxiety* 27/10:945-952
71. Mannarino AP; Cohen JA; Deblinger E; Runyon MK; Steer RA (2012): Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children: sustained impact of treatment 6 and 12 months later. *Child Maltreatment* 17/3:231-241
72. McGrath PJ; Lingley-Pottie P; Thurston C; MacLean C; Cunningham C; Waschbusch DA; et al. (2011): Telephone-based mental health interventions for child disruptive behavior or anxiety disorders: randomized trials and overall analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 50/11:1162-1172
73. Newton NC; Conrod PJ; Slade T; Carragher N; Champion KE; Barrett EL; et al. (2016): The long-term effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program in reducing alcohol use and related harms: a cluster randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 57/9:1056-1065



74. Ogden T; Hagen KA (2006): Multisystemic treatment of serious behaviour problems in youth: sustainability of effectiveness two years after intake. *Child and Adolescent Mental Health* 11/3:142-149
75. Olivares J; Olivares-Olivares PJ; Rosa-Alcazar AI; Montesinos L; Macia D (2014): The contribution of the therapist's competence in the treatment of adolescents with generalized social phobia. *Psicothema* 26/4:483-489
76. Olivares-Olivares PJ; Rosa-Alcázar AI; Olivares-Rodríguez J (2008): Does individual attention improve the effect of group treatment of adolescents with social phobia? *International Journal of Clinical and Health Psychology* 8/2:465-481
77. Olthuis JV; McGrath PJ; Cunningham CE; Boyle MH; Lingley-Pottie P; Reid GJ; Bagnell A; Lipman EL; Turner K; Corkum P; Stewart SH (2018): Distance-delivered parent training for childhood disruptive behavior (Strongest Families™): a randomized controlled trial and economic analysis. *Journal of abnormal child psychology* 46/8:1613-1629
78. O'Shea G; Spence SH; Donovan CL (2015): Group versus individual interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 43/1:1-19
79. Öst LG; Cederlund R; Reuterskiöld L (2015): Behavioral treatment of social phobia in youth: does parent education training improve the outcome? *Behaviour Research and Therapy* 67:19-29
80. Öst LG; Svensson L; Hellstrom K; Lindwall R (2001): One-session treatment of specific phobias in youths: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69/5:814-824
81. Pella JE; Drake KL; Tein JY; Ginsburg GS (2017): Child anxiety prevention study: impact on functional outcomes. *Child Psychiatry & Human Development* 48/3:400-410
82. Poppelaars M; Tak YR; Lichtwarck-Aschoff A; Engels RC; Lobel A; Merry SN; et al. (2016): A randomized controlled trial comparing two cognitive-behavioral programs for adolescent girls with subclinical depression: a school-based program (Op Volle Kracht) and a computerized program (SPARX). *Behaviour Research and Therapy* 80:33-42
83. Rasing S; Creemers DH; Vermulst AA; Janssens JM; Engels RC; Scholte RH (2018): Outcomes of a randomized controlled trial on the effectiveness of depression and anxiety prevention for adolescents with a high familial risk. *International journal of environmental research and public health* 15/7:1457
84. Robin AL; Siegel PT; Moyer AW (1995): Family versus individual therapy for anorexia: impact on family conflict. *International Journal of Eating Disorders* 17/4:313-322
85. Robin AL; Siegel PT; Moyer AW; Gilroy M; Dennis AB; Sikand A (1999): A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38/12:1482-1489
86. Rohde P; Clarke GN; Mace DE; Jorgensen JS; Seeley JR (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
87. Rohde P; Stice E; Shaw H; Gau JM (2015): Effectiveness trial of an indicated cognitive-behavioral group adolescent depression prevention program versus bibliotherapy and brochure control at 1- and 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 83/4:736-747
88. Rohde P; Waldron HB; Turner CW; Brody J; Jorgensen J (2014): Sequenced versus coordinated treatment for adolescents with comorbid depressive and substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 82/2:342-348

89. Ruggiero KJ; Price M; Adams Z; Stauffacher K; McCauley J; Danielson CK; et al. (2015): Web intervention for adolescents affected by disaster: population-based randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 54/9:709-717
90. Salerno L; Rhind C; Hibbs R; Micali N; Schmidt U; Gowers S; et al. (2016): A longitudinal examination of dyadic distress patterns following a skills intervention for carers of adolescents with anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry* 25/12:1337-1347
91. Salloum A; Overstreet S (2012): Grief and trauma intervention for children after disaster: exploring coping skills versus trauma narration. *Behaviour Research and Therapy* 50/3:169-179
92. Salzer, S; et al. (2018): Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapy in Adolescents with Social Anxiety Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy & Psychosomatics* 87/4: 223-233
93. Sandler, I; et al. (2019): Randomized Effectiveness Trial of the New Beginnings Program for Divorced Families with Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 1-19
94. Santacruz I; Méndez FJ; Sánchez-Meca J (2006): Play therapy applied by parents for children with darkness phobia: comparison of two programmes. *Child & Family Behavior Therapy* 28/1:19-35
95. Saulsberry A; Marko-Holguin M; Blomeke K; Hinkle C; Fogel J; Gladstone T; et al. (2013): Randomized clinical trial of a primary care internet-based intervention to prevent adolescent depression: one-year outcomes. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 22/2:106-117
96. Schaeffer CM; Henggeler SW; Ford JD; Mann M; Chang R; Chapman JE (2014): RCT of a promising vocational/employment program for high-risk juvenile offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment* 46/2:134-143
97. Schneider S; Blatter-Meunier J; Herren C; In-Albon T; Adornetto C; Meyer A; et al. (2013): The efficacy of a family-based cognitive-behavioral treatment for separation anxiety disorder in children aged 8-13: a randomized comparison with a general anxiety program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 81/5:932-940
98. Scott S; O'Connor TG; Futh A; Matias C; Price J; Doolan M (2010): Impact of a parenting program in a high-risk, multi-ethnic community: the PALS trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 51/12:1331-1341
99. Sheffield JK; Spence SH; Rapee RM; Kowalenko N; Wignall A; Davis A; et al. (2006): Evaluation of universal, indicated, and combined cognitive-behavioral approaches to the prevention of depression among adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74/1:66-79
100. Silk, J. S.; et al. (2018): "A randomized clinical trial comparing individual cognitive behavioral therapy and child-centered therapy for child anxiety disorders." *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 47/4: 542-554
101. Silverman WK; Kurtines WM; Ginsburg GS; Weems CF; Rabian B; Serafini LT (1999): Contingency management, self-control, and education support in the treatment of childhood phobic disorders: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67/5:675-687
102. Silverman WK; Kurtines WM; Jaccard J; Pina AA (2009): Directionality of change in youth anxiety treatment involving parents: an initial examination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77/3:474-485

103. Simon E; Bogels SM; Voncken JM (2011): Efficacy of child-focused and parent-focused interventions in a child anxiety prevention study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 40/2:204-219
104. Slesnick N; Erdem G; Bartle-Haring S; Brigham GS (2013): Intervention with substance-abusing runaway adolescents and their families: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 81/4:600-614
105. Slesnick N; Prestopnik JL (2009): Comparison of family therapy outcome with alcohol-abusing, runaway adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy* 35/3:255-277
106. Solantaus T; Paavonen EJ; Toikka S; Punamaki RL (2010): Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *European Child & Adolescent Psychiatry* 19/12:883-892
107. Somech LY; Elizur Y (2012): Promoting self-regulation and cooperation in pre-kindergarten children with conduct problems: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 51/4:412-422
108. Sourander A; McGrath P; Ristkari T; Cunningham C; Huttunen J; Lingley-Pottie P; et al. (2016): Internet-assisted parent training intervention for disruptive behavior in 4-year-old children: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 73/4:378-387
109. Spence SH; Donovan C; Brechman-Toussaint M (2000): The treatment of childhood social phobia: the effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41/6:713-726
110. Spence SH; Donovan CL; March S; Gamble A; Anderson RE; Prosser S; et al. (2011): A randomized controlled trial of online versus clinic-based CBT for adolescent anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 79/5:629-642
111. Spence SH; Holmes JM; March S; Lipp OV (2006): The feasibility and outcome of clinic plus internet delivery of cognitive-behavior therapy for childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74/3:614-621
112. Spijkers W; Jansen DE; Reijneveld SA (2013): Effectiveness of Primary Care Triple P on child psychosocial problems in preventive child healthcare: a randomized controlled trial. *BMC Medicine* 11/1:240
113. Spirito A; Monti PM; Barnett NP; Colby SM; Sindelar H; Rohsenow DJ; et al. (2004) A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *Journal of Pediatrics* 145/3:396-402
114. Spirito A; Sindelar-Manning H; Colby SM; Barnett NP; Lewander W; Rohsenow DJ; et al. (2011) Individual and family motivational interventions for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department: results of a randomized clinical trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 165/3:269-274
115. Sportel BE; de Hullu E; de Jong PJ; Nauta MH (2013): Cognitive bias modification versus CBT in reducing adolescent social anxiety: a randomized controlled trial. *PLoS One*. 8/5:e64355
116. Stefini A; Salzer S; Reich G; Horn H; Winkelmann K; Bents H; et al. (2017): Cognitive-behavioral and psychodynamic therapy in female adolescents with bulimia nervosa: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 56/4:329-335
117. Stewart-Brown S; Patterson J; Mockford C; Barlow J; Klimes I; Pypers C (2004): Impact of a general practice-based group parenting programme: quantitative and qualitative results from a controlled trial at 12 months. *Archives of Disease in Childhood* 89/6:519-525

118. Stice E; Rohde P; Gau J; Shaw H (2009): An effectiveness trial of a dissonance-based eating disorder prevention program for high-risk adolescent girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77/5:825-834
119. Stice E; Rohde P; Gau JM; Wade E (2010): Efficacy trial of a brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents: effects at 1- and 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78/6:856-867
120. Stice E; Shaw H; Burton E; Wade E (2006): Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: a randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74/2:263-275
121. Stolberg AL; Mahler J (1994): Enhancing treatment gains in a school-based intervention for children of divorce through skill training, parental involvement, and transfer procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62/1:147-156
122. Sussman S; Sun P; Rohrbach LA; Spruijt-Metz D (2012): One-year outcomes of a drug abuse prevention program for older teens and emerging adults: evaluating a motivational interviewing booster component. *Health Psychology* 31/4:476-485
123. Szapocznik J; Rio A; Murray E; Cohen R; Scopetta M; Rivas-Vazquez A; et al. (1989): Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57/5:571-578
124. Tanofsky-Kraff M; Crosby RD; Vannucci A; Kozlosky M; Shomaker LB; Brady SM; et al. (2016): Effect of adapted interpersonal psychotherapy versus health education on mood and eating in the laboratory among adolescent girls with loss of control eating. *International Journal of Eating Disorders* 49/5:490-498
125. Turner CM; Mataix-Cols D; Lovell K; Krebs G; Lang K; Byford S; et al. (2014): Telephone cognitive-behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 53/12:1298-1307
126. van Manen TG; Prins PJ; Emmelkamp PM (2004): Reducing aggressive behavior in boys with a social cognitive group treatment: results of a randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43/12:1478-1487
127. Walker DD; Stephens RS; Blevins CE; Banes KE; Matthews L; Roffman RA (2016): Augmenting brief interventions for adolescent marijuana users: The impact of motivational check-ins. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 84/11:983-992
128. Walton MA; Bohnert K; Resko S; Barry KL; Chermack ST; Zucker RA; et al. (2013): Computer and therapist based brief interventions among cannabis-using adolescents presenting to primary care: one year outcomes. *Drug and Alcohol Dependence* 132/3:646-653
129. Waters AM; Ford LA; Wharton TA; Cobham VE (2009): Cognitive-behavioural therapy for young children with anxiety disorders: Comparison of a Child + Parent condition versus a Parent Only condition. *Behaviour Research and Therapy* 47/8:654-662
130. Webster-Stratton C (1984): Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52/4:666-678.
131. Webster-Stratton C; Hammond M (1997): Treating children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65/1:93-109
132. Webster-Stratton C; Reid MJ; Hammond M (2004): Treating children with early-onset conduct problems: intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 33/1:105-124

133. Weiss B; Catron T; Harris V; Phung TM (1999): The effectiveness of traditional child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67/1:82-94
134. Weiss B; Han S; Harris V; Catron T; Ngo VK; Caron A; et al. (2013): An independent randomized clinical trial of multisystemic therapy with non-court-referred adolescents with serious conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 81/6:1027-1039
135. Wergeland GJ; Fjermestad KW; Marin CE; Haugland BS; Bjaastad JF; Oeding K; et al. (2014): An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour Research and Therapy* 57:1-12
136. Winters KC; Lee S; Botzet A; Fahnhorst T; Nicholson A (2014): One-year outcomes and mediators of a brief intervention for drug abusing adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors* 28/2:464-474
137. Wood JJ; McLeod BD; Piacentini JC; Sigman M (2009): One-year follow-up of family versus child CBT for anxiety disorders: exploring the roles of child age and parental intrusiveness. *Child Psychiatry & Human Development* 40/2:301-316
138. Woods B; Jose PE (2012): Effectiveness of a school-based indicated early intervention program for Māori and Pacific adolescents. *Journal of Pacific Rim Psychology* 5/1:40-50
139. Young JF; Gallop R; Mufson L (2009): Mother-child conflict and its moderating effects on depression outcomes in a preventive intervention for adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 38/5:696-704
140. Young JF; Makover HB; Cohen JR; Mufson L; Gallop RJ; Benas JS (2012): Interpersonal psychotherapy-adolescent skills training: anxiety outcomes and impact of comorbidity. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 41/5:640-653

## Anhang 6: WHO-Guidelines – Fragestellungen, Interventionen, Empfehlungen

Tabelle 13: WHO-Guidelines

#	Fragestellung	Intervention	Vergleich	Kritische Outcomes	Empfehlung (Ja/Nein)	Stärke der Empfehlung	Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Wichtige Bemerkungen	Begründung
1	Sollten psychosoziale Interventionen für alle Jugendlichen in Betracht gezogen werden, um ihre positive psychische Gesundheit zu verbessern, psychische Störungen, Selbstverletzungen und Suizid zu verhindern und riskantes Verhalten zu reduzieren?	Psychologischer, verhaltensbezogener oder sozialer Ansatz oder eine Kombination	Übliche Versorgung	Psychische Gesundheit, psychische Störungen	Förderung der positiven psychischen Gesundheit sowie Verhinderung und Reduzierung von suizidalem Verhalten, psychischen Störungen (wie Depression und Angst), aggressivem, störendem und oppositionellem Verhalten sowie Substanzmissbrauch.	Stark	Niedrig	Emotionale Regulierung, Problemlösung, zwischenmenschliche Fähigkeiten, Achtsamkeit, Durchsetzungsvermögen und Stressbewältigung	Schulumgebung: leicht umzusetzen, weniger Stigmatisierung, große Bevölkerungsgruppe erreichen
2a	Sollten psychosoziale Interventionen für Jugendliche, die Widrigkeiten (insbesondere Gewalt) ausgesetzt sind, in Betracht gezogen werden, um ihre positive psychische Gesundheit zu verbessern und psychische Störungen, Selbstverletzungen und/oder andere riskante Verhaltensweisen zu verhindern?	Psychologischer, verhaltensbezogener oder sozialer Ansatz oder eine Kombination	Übliche Versorgung	Psychische Gesundheit, psychische Störungen	Keine Empfehlung aufgrund mangelnder Evidenz				
2b	Sollten psychosoziale Interventionen für Jugendliche, die Widrigkeiten (insbesondere extremer Armut) ausgesetzt sind, in Betracht gezogen werden, um ihre positive psychische Gesundheit zu verbessern und	Psychologischer, verhaltensbezogener oder sozialer Ansatz oder eine Kombination	Übliche Versorgung	Psychische Gesundheit, psychische Störungen	Keine Empfehlung aufgrund mangelnder Evidenz				

#	Fragestellung	Intervention	Vergleich	Kritische Outcomes	Empfehlung (Ja/Nein)	Stärke der Empfehlung	Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Wichtige Bemerkungen	Begründung
	psychische Störungen, Selbstverletzungen und/oder andere riskante Verhaltensweisen zu verhindern?								
2c	Sollten psychosoziale Interventionen für Jugendliche, die Widrigkeiten (insbesondere humanitären Notlagen) ausgesetzt sind, in Betracht gezogen werden, um ihre positive psychische Gesundheit zu verbessern und psychische Störungen, Selbstverletzungen und/oder andere riskante Verhaltensweisen zu verhindern?	Psychologischer, verhaltensbezogener oder sozialer Ansatz oder eine Kombination	Übliche Versorgung	Psychische Gesundheit, psychische Störungen	Verhinderung psychischer Störungen (Depression, Angst und Störungen, die speziell mit Stress zusammenhängen) und kann in Betracht gezogen werden, um den Substanzmissbrauch zu reduzieren	Stark für die Reduzierung von Depressionen, Angstzuständen und Störungen, die speziell mit Stress zusammenhängen. Bedingt für Substanzmissbrauch.	Niedrig	Stressbewältigung, Entspannungsstrategien und Fürsorge: am effektivsten; traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (CBT) reduziert Depressionen, Angstzustände und Stress. Gruppenbasierte CBT reduziert Symptome nach stressigen Ereignissen.	Klinisch relevante erwartete Vorteile überwiegen potenzielle Schäden
3	Sollten psychosoziale Interventionen für schwangere Jugendliche und jugendliche Eltern in Betracht gezogen werden, um ihre positive psychische Gesundheit zu fördern und psychische Störungen, Selbstverletzungen und/oder andere riskante Verhaltensweisen zu verhindern?	Psychologischer, verhaltensbezogener oder sozialer Ansatz oder eine Kombination	Übliche Versorgung	Psychische Gesundheit, psychische Störungen	Förderung der psychischen Funktionsfähigkeit und des psychischen Wohlbefindens sowie Verbesserung des Schulbesuchs	Bedingt	Niedrig	Kognitive Verhaltenstrainingsprogramme können für schwangere Jugendliche und jugendliche Mütter in Betracht gezogen werden.	
4	Sollten psychosoziale Interventionen für Jugendliche, die mit HIV/AIDS leben, in Betracht gezogen werden, um ihre positive psychische Gesundheit zu verbessern und psychische Störungen,	Psychologischer, verhaltensbezogener oder sozialer Ansatz oder eine Kombination	Übliche Versorgung	Psychische Gesundheit, psychische Störungen	Keine Empfehlung aufgrund mangelnder Evidenz				

#	Fragestellung	Intervention	Vergleich	Kritische Outcomes	Empfehlung (Ja/Nein)	Stärke der Empfehlung	Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Wichtige Bemerkungen	Begründung
	Selbstverletzungen und/oder andere riskante Verhaltensweisen zu verhindern?								
5	Sollten psychosoziale Interventionen für Jugendliche mit emotionalen Problemen in Betracht gezogen werden, um psychische Störungen (einschließlich der Entwicklung zu diagnostizierbaren psychischen Störungen) zu verhindern und Selbstverletzungen und/oder andere riskante Verhaltensweisen zu verhindern?	Indizierte präventive psychosoziale Interventionen	Übliche Versorgung / Psychosoziale Intervention	Psychische Gesundheit, psychische Störungen	Sollten für Jugendliche mit emotionalen Symptomen bereitgestellt werden.	Stark für die Reduzierung von Symptomen von Depressionen/Angstzuständen und/oder die Verhinderung von Depressionen und Angstzuständen sowie die Förderung der positiven psychischen Gesundheit. Bedingt für die Verbesserung des Schulbesuchs.	Sehr niedrig	Kognitive Verhaltenstherapie (CBT) kann für Jugendliche mit emotionalen Symptomen in Betracht gezogen werden.	Die Vorteile überwiegen die potenziellen Schäden; Überlegungen zu wichtigen Werten, Gerechtigkeit und Kosteneffizienz rechtfertigen Investitionen in Interventionen für diese Risikogruppe.
6	Sollten psychosoziale Interventionen für Jugendliche mit störendem/oppositionellem Verhalten in Betracht gezogen werden, um Verhaltensstörungen, Selbstverletzungen und/oder andere riskante Verhaltensweisen zu verhindern?	Indizierte präventive psychosoziale Interventionen	Übliche Versorgung / Psychosoziale Intervention	Psychische Gesundheit, psychische Störungen	Interventionen reduzieren aggressives, störendes und oppositionelles Verhalten, verhindern Depressionen und Angstzustände und fördern die psychische Gesundheit.	Bedingt	Sehr niedrig	Effektive psychosoziale Interventionen: Schulung für Eltern, basierend auf sozialem Lernen; und sozial-kognitive Problemlösung und Training zwischenmenschlicher Fähigkeiten; multimodale Interventionen für Jugendliche und ihre Eltern, basierend auf einem sozialen Lernmodell.	

Quelle: WHO (2020)