

Depressionen bei Jugendlichen – ein Update

**Psychische Erkrankungen bei
Kindern und Jugendlichen –
„State of the Art“**

Samstag, den 29.04.2023

**Dr. Inga Schumann, Dr. Silke Naab,
Prof. Dr. Ulrich Voderholzer**

Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee
LMU, München



Verena, 14 Jahre

- Erster stationärer Aufenthalt wegen depressiver Symptomatik, Ängsten und Essproblematik
- Seit ca. 2 Jahren Entwicklung der depressiven Symptomatik
- Seit Alter von 6 Jahren Leistungssport (Leichtathletik)
- Januar 2022 Muskelfaserriss und Beckenvenenthrombose, viermonatiges Sportverbot -> Verschlechterung der Symptomatik
- Selbstverletzendes Verhalten und Suizidgedanken
- Lebt gemeinsam mit beiden Eltern und vier Jahre jüngerer Schwester, besucht 9. Klasse Gymnasium
- Familienanamnese: Großmutter ms habe sich in PT befunden, leiblicher Vater nicht bekannt

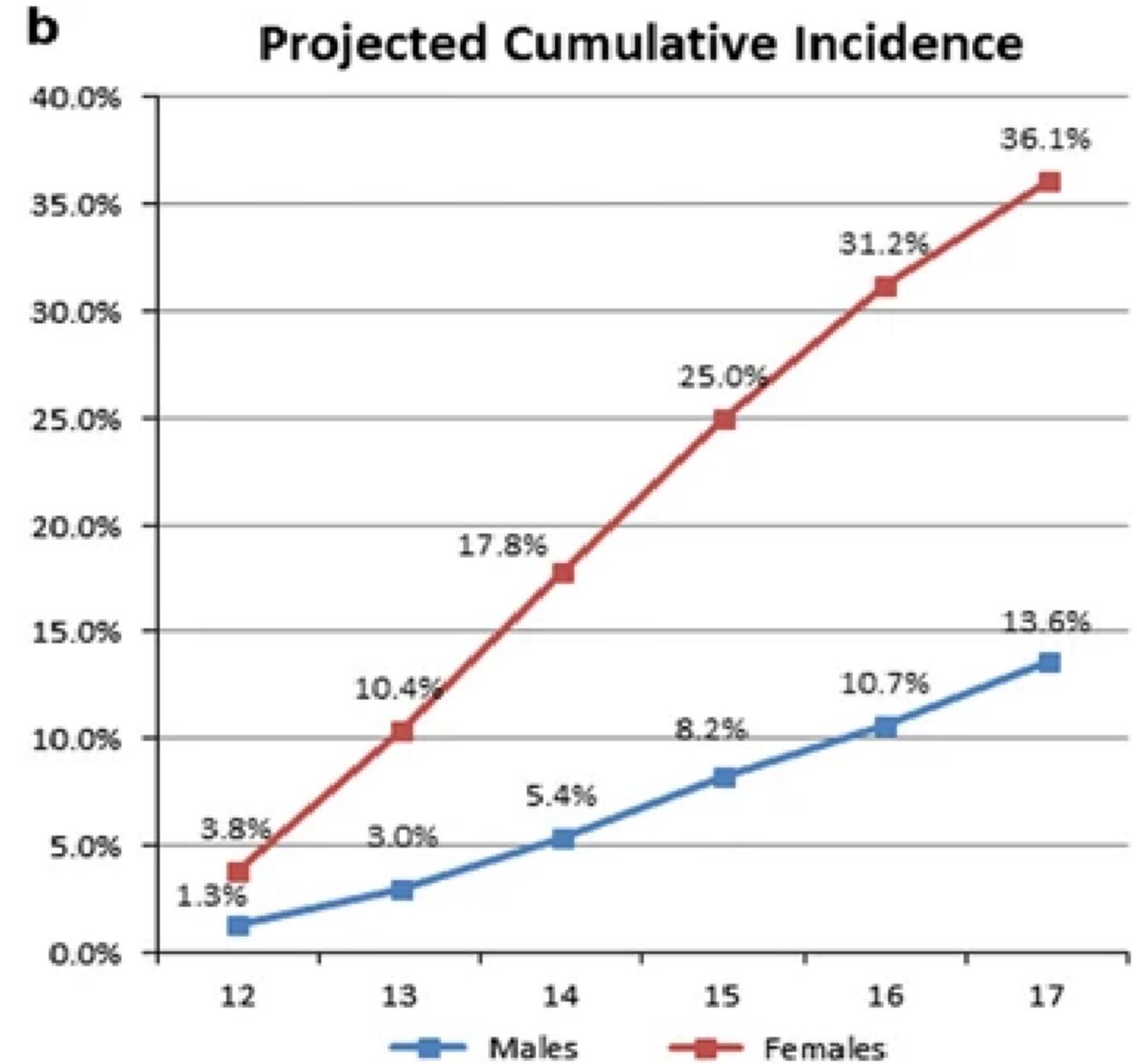
Gliederung

- Prävalenz
- Symptomatik
- Ätiologische Faktoren
- Therapie

Punktprävalenz

Kinder: ca. 2 %
♀ : ♂ 1 : 1

Jugendliche: 4 – 8 %
♀ : ♂ 2 : 1

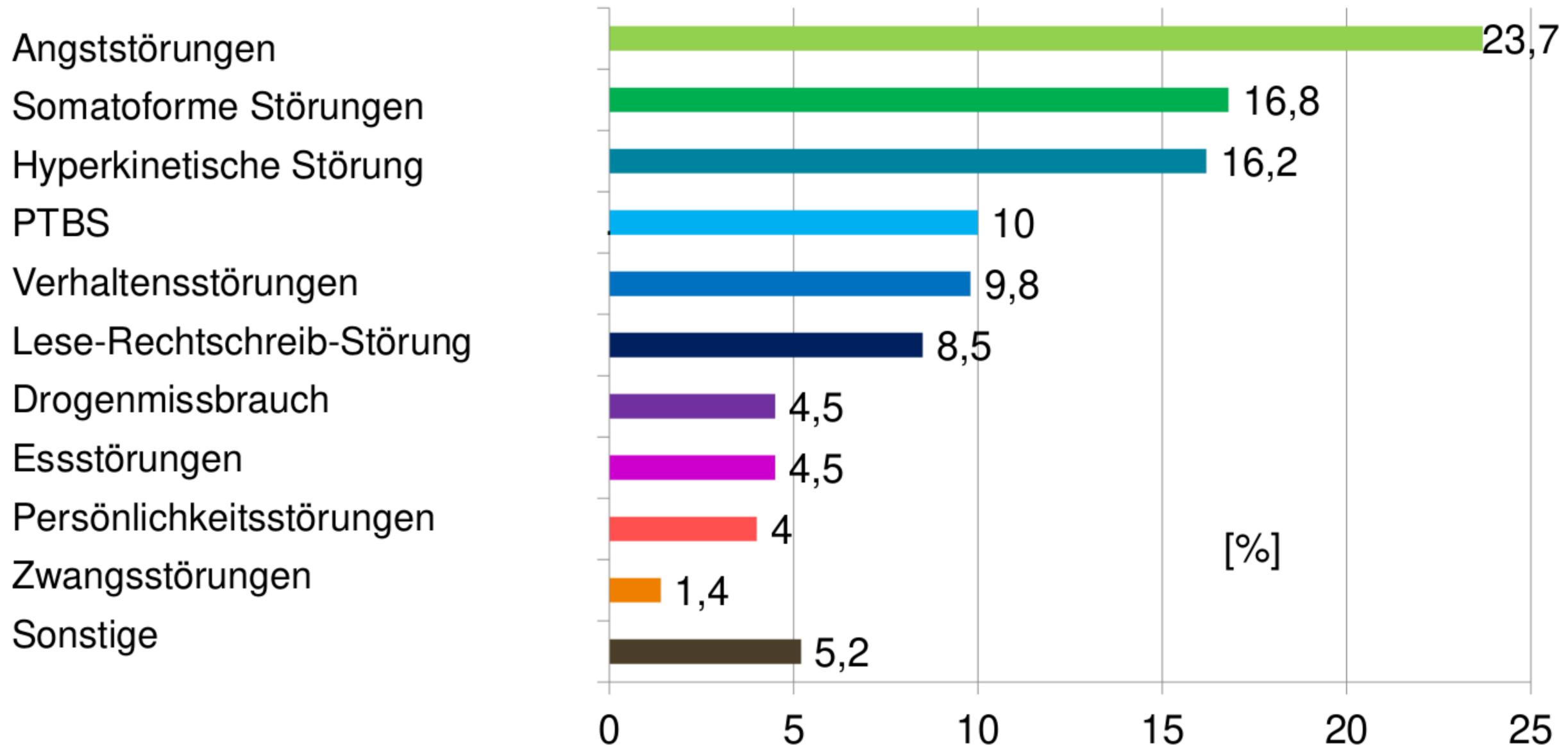


Hoffmann F et al. (2012) Prevalence and comorbidities in adolescent depression in Germany: an analysis of health insurance data.

Boyd CP et al. (2000) Prevalence of anxiety and depression in Australian adolescents: comparisons with world-wide-data., Hautzinger et al.

Breslau, J., Gilman, S. E., Stein, B. D., Ruder, T., Gmelin, T., & Miller, E. (2017). Sex differences in recent first-onset depression in an epidemiological sample of adolescents. *Translational psychiatry*, 7(5), e1139.

Ca. 66% der depressiven Jugendlichen haben mindestens eine begleitende (komorbide) Störung



Gliederung

- Prävalenz
- Symptomatik
- Ätiologische Faktoren
- Therapie

Diagnosestellung nach ICD 11

Affektives Cluster <ul style="list-style-type: none">▪ gedrückte, depressive Stimmung▪ Interessenverlust, Freudlosigkeit	≥ 1
	+
Kognitives Cluster <ul style="list-style-type: none">▪ verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit▪ vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit▪ Hoffnungslosigkeit▪ wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidgedanken/-handlungen	≥ 3
Neurovegetatives Cluster <ul style="list-style-type: none">▪ Schlafstörungen▪ signifikant verminderter oder erhöhter Appetit▪ psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung▪ Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit	
Symptome ≥ 2 Wochen fast jeden Tag	≥ 5

Schweregradeinteilung nach ICD 11

- Für Schweregrad muss nicht mehr nur die Summe der Symptome, sondern auch Intensität und Grad der Funktionsbeeinträchtigung berücksichtigt werden.

Ausprägung der Symptomatik	Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen werden weiterhin nicht berücksichtigt		
Funktionsfähigkeit (persönlich, familiär, sozial, schulisch, beruflich ...)	in einem oder mehreren Bereichen etwas eingeschränkt	in mehreren Bereichen erheblich eingeschränkt	in den meisten Bereichen ernsthaft eingeschränkt
Schweregrad nach ICD-11	leicht	mittelgradig	schwer
ohne psychotische Symptome	6A70/71.0	6A70/71.1	6A70/71.3
mit psychotischen Symptomen	–	6A70/71.2	6A70/71.4

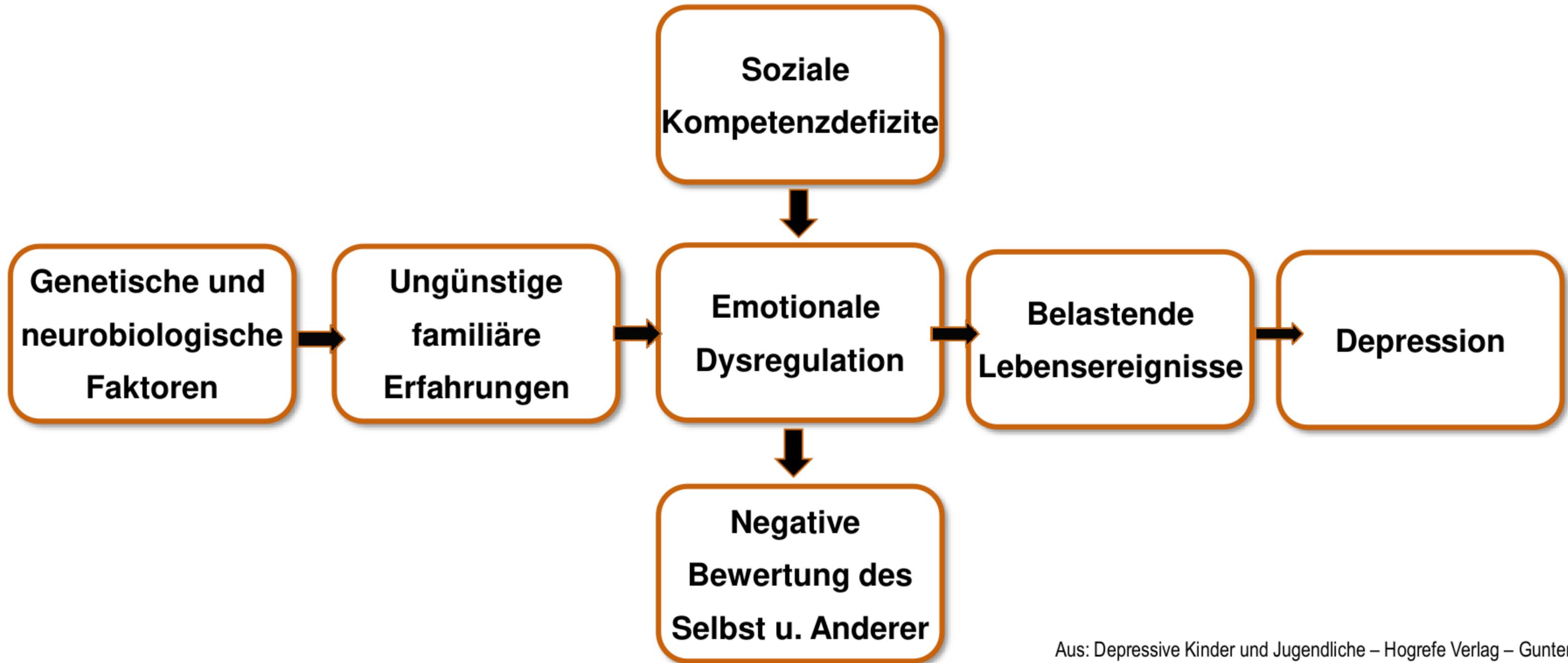
Symptomatik - Pubertät und Jugendalter

- Interessenlosigkeit, Aufgabe von Hobbies
- Sozialer Rückzug
- Stimmungslabilität, Gereiztheit
- Selbstverletzendes Verhalten / Suizidalität
- Leistungsprobleme
- Verringertes Selbstvertrauen
- Verschiebung des Tag- / Nacht-Rhythmus
- Substanz- / Alkoholabusus

Gliederung

- Prävalenz
- Symptomatik
- **Ätiologische Faktoren**
- Therapie

Vereinfachte Darstellung des **Entwicklungsmodells der Depression** nach Eaves et al. (2003)



Mögliche Gründe für Zunahme psychischer Störungen bei Jugendlichen

**Instabilität der
Bezugsperson**

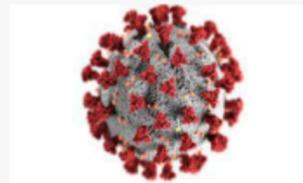
**Missverhältnis
körperlicher und
seelischer
Reifung**

Leistungsdruck

Mobilität und Migration

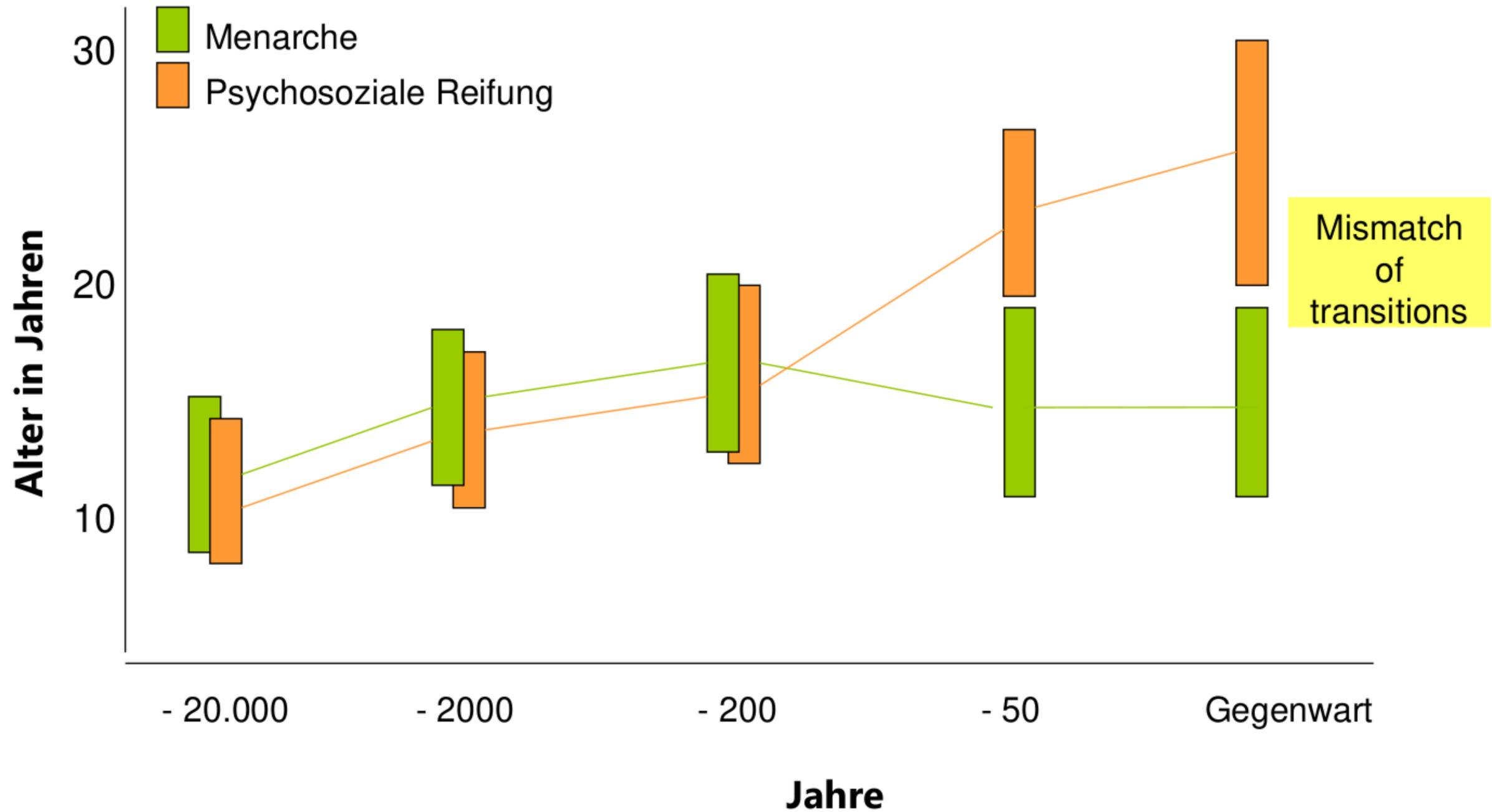


Corona-Pandemie



**Soziale Medien
und
Mediennutzung**

Missverhältnis zwischen körperlicher und seelischer Reifung



Coronapandemie

Psychische Gesundheit von Kindern verschlechtert

Im Zusammenhang mit der Coronapandemie berichten Kinder und Jugendliche in Deutschland vermehrt von psychischen und psychosomatischen Auffälligkeiten.



Von den Auswirkungen des Lockdowns waren Kinder durch Schulschließungen besonders stark betroffen.

somatischen Auffälligkeiten. Betroffen sind vor allem Kinder aus sozial schwächeren Familien.

Das sind die wesentlichen Ergebnisse der COPSY-Studie, in der Wissenschaftler des Universitätsklini-

kums Hamburg-Eppendorf (UKE) die Auswirkungen und Folgen der Coronapandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland untersucht haben (<http://www.uke.de/copsy>). Für die Studie COPSY (Corona und Psyche) wurden im Mai und Juni mehr als 1 000 Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 17 Jahren und mehr als 1 500 Eltern online befragt.

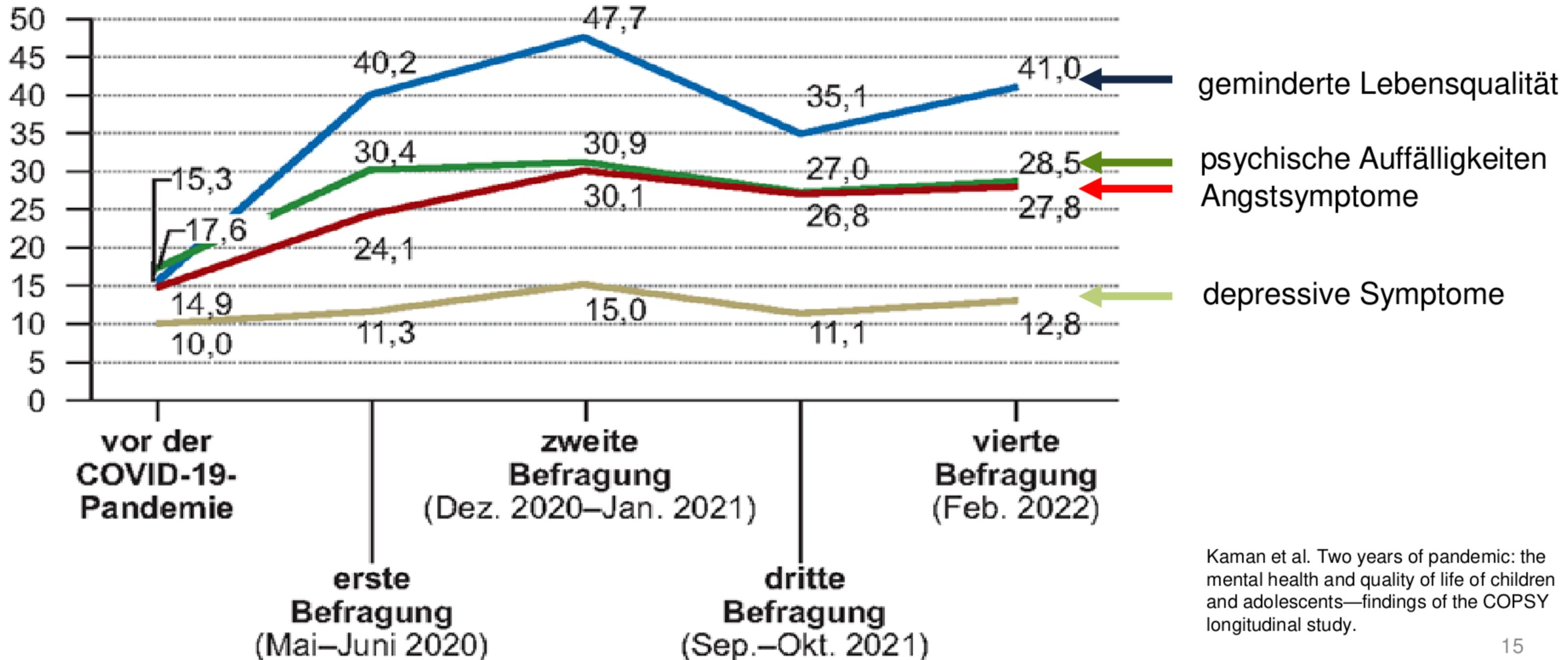
Um Aussagen darüber treffen zu können, wie sich die Werte im Vergleich zu der Zeit vor Corona verändert haben, verglichen die Wissenschaftler die aktuellen Werte mit vorher erhobenen Daten bundesweiter Studien. „Die Studie hat gezeigt, dass die Herausforderungen der Pandemie und die damit im sozialen Leben einhergehenden Veränderungen die Lebensqualität und das psychische Wohlbefinden von

Kindern und Jugendlichen verringern und das Risiko für psychische Auffälligkeiten erhöhen“, erläuterte Prof. Dr. phil. Ulrike Ravens-Sieberer, Leiterin der Studie und der Forschungsgruppe „Child Public Health“ am UKE.

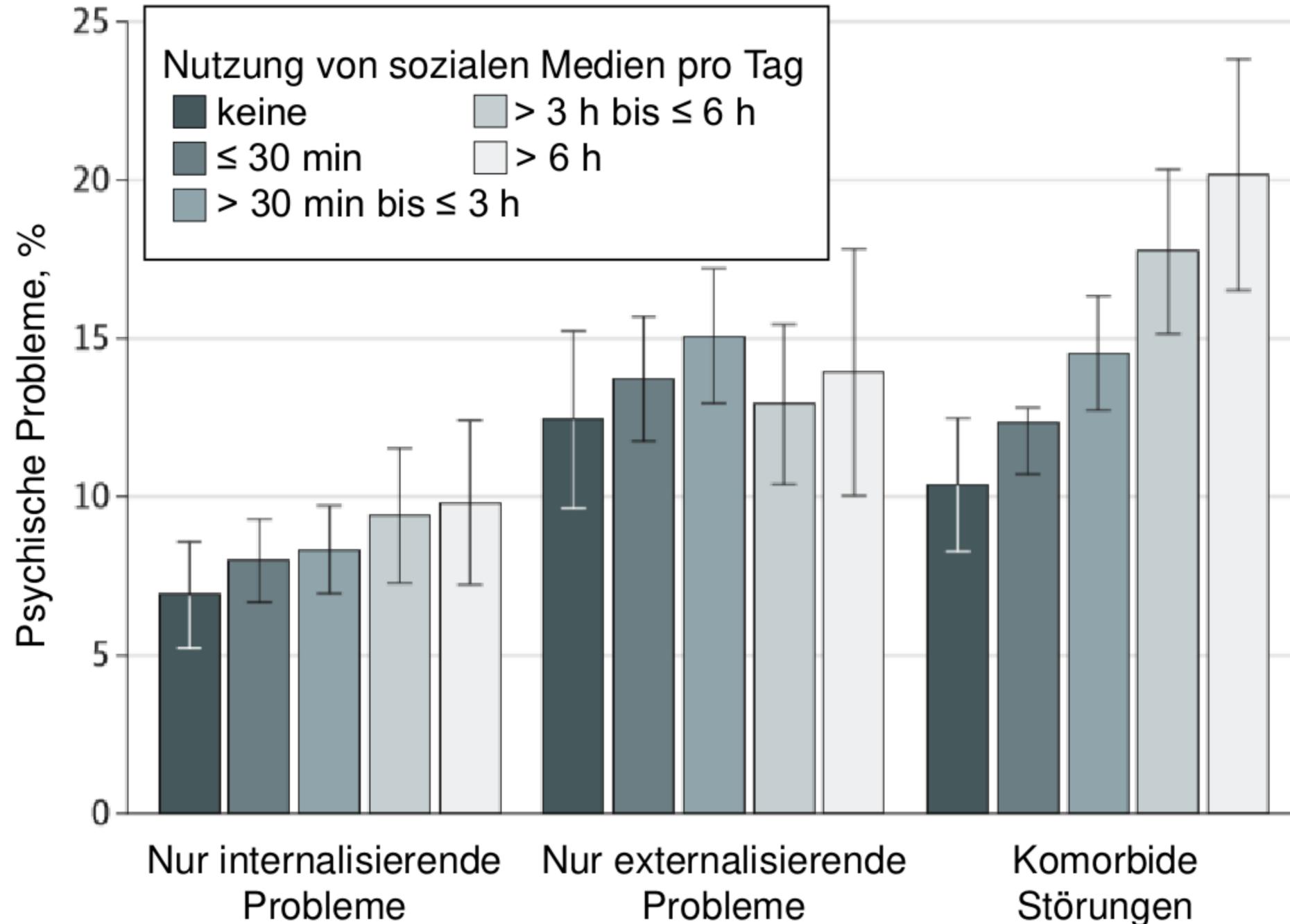
Laut den Daten stieg das Risiko für psychische Auffälligkeiten von rund 18 Prozent vor Corona auf 31 Prozent während der Krise. Die Kinder und Jugendlichen zeigten häufiger Auffälligkeiten wie Hyperaktivität, emotionale Probleme und Verhaltensprobleme. Auch psychosomatische Beschwerden traten während der Coronapandemie vermehrt auf. Vor allem Kinder, deren Eltern einen niedrigen Bildungsabschluss beziehungsweise einen Migrationshintergrund haben, erlebten die coronabedingten Veränderungen als äußerst schwierig, so die UKE-Wissenschaftler. **aha**

Der Einfluss der Pandemie auf Psyche und Lebensqualität war anhaltend!

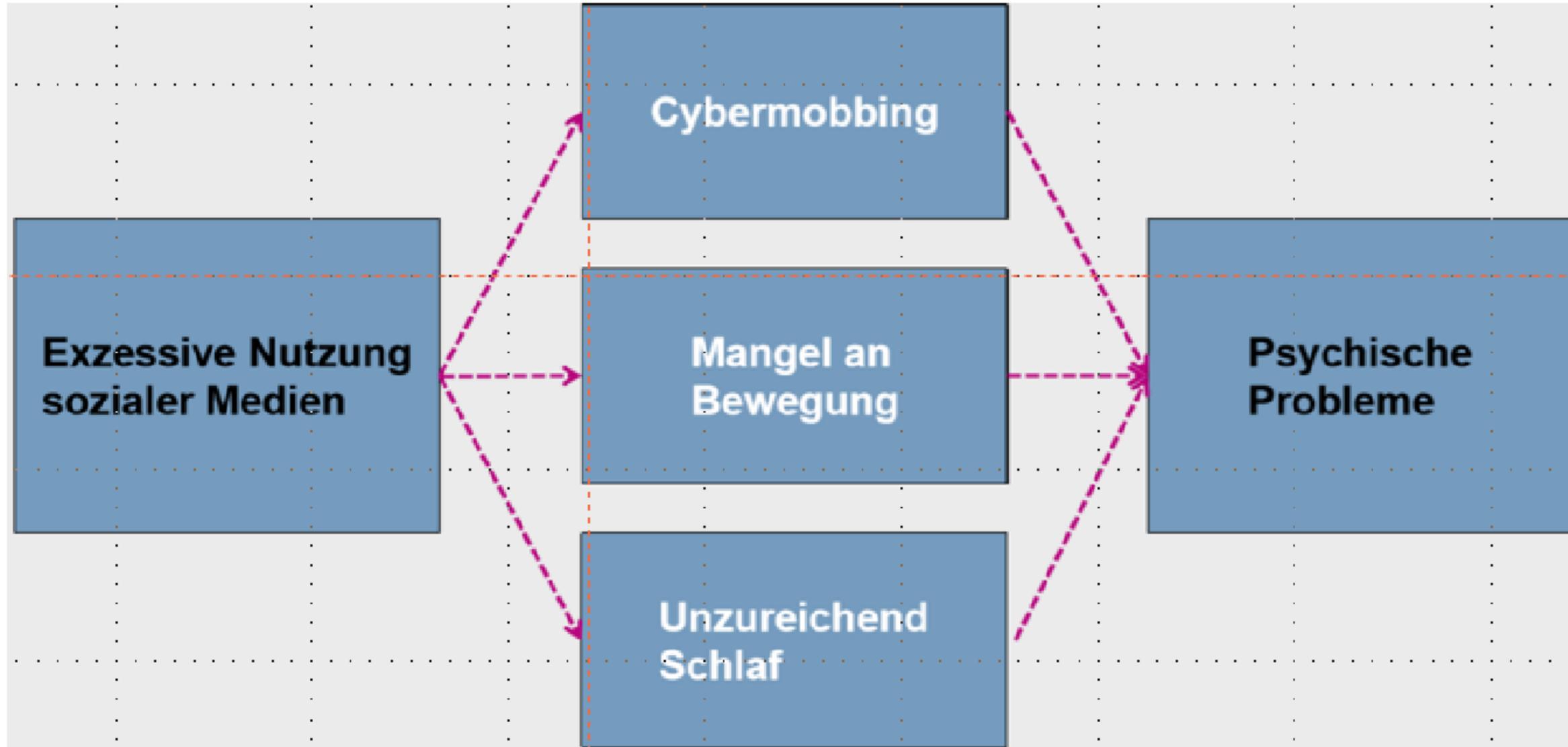
Lebensqualität und psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen vor und während der Pandemie – COPSYP Studie (%)



Zusammenhang zwischen der Nutzung sozialer Medien und psychischen Problemen im Jugendalter (N = 6595)



Wieso führt exzessive Mediennutzung zu psychischen Problemen?



Depressive Symptome und objektiv gemessene körperliche Aktivität und sitzende Tätigkeit in der Jugend

- Bevölkerungsstichprobe
- Prospektives Design
- 4257 Jugendliche, Alter 12-17 Jahre
- Datenerhebung alle zwei Jahre über 6 Jahre

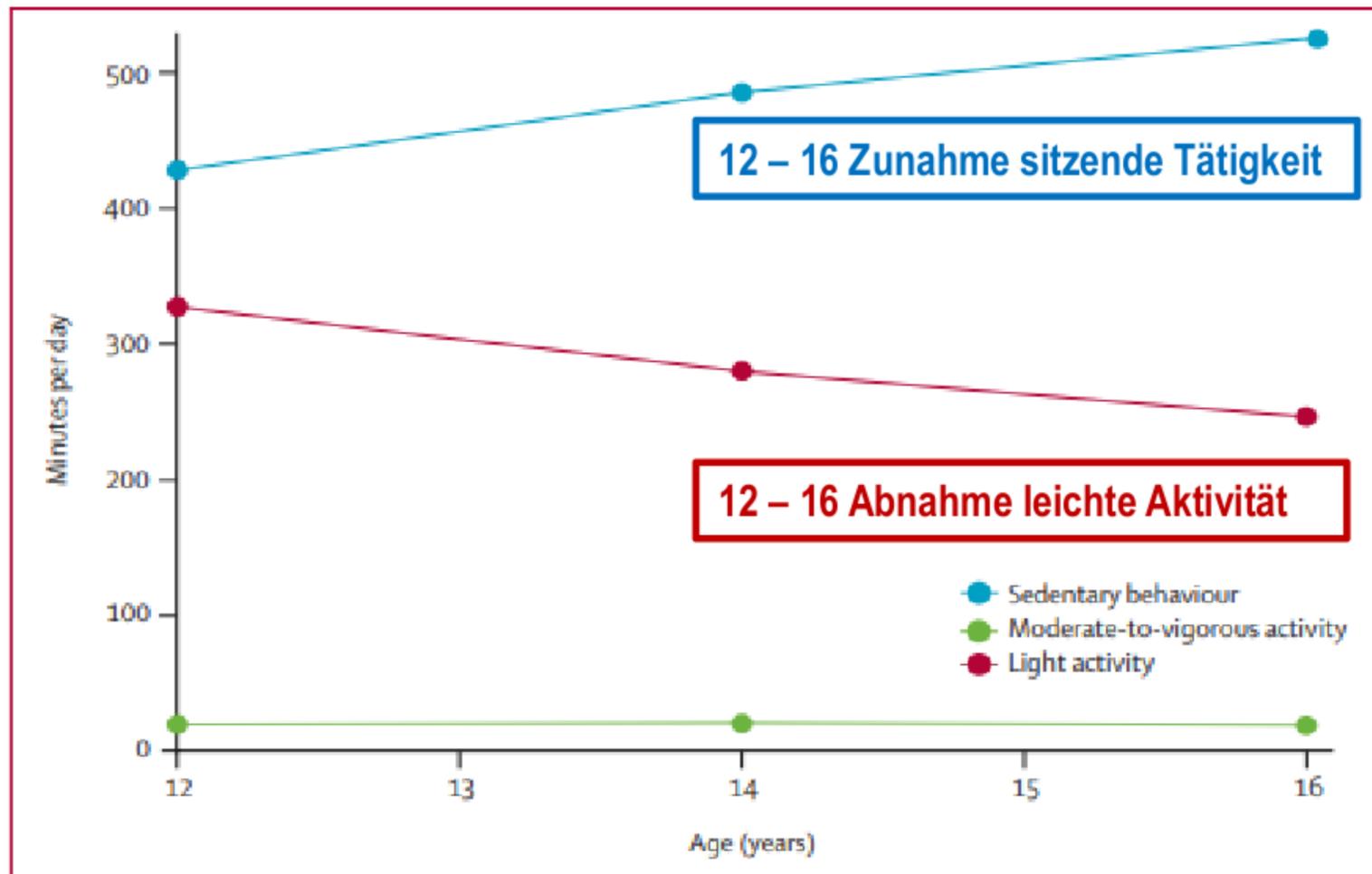
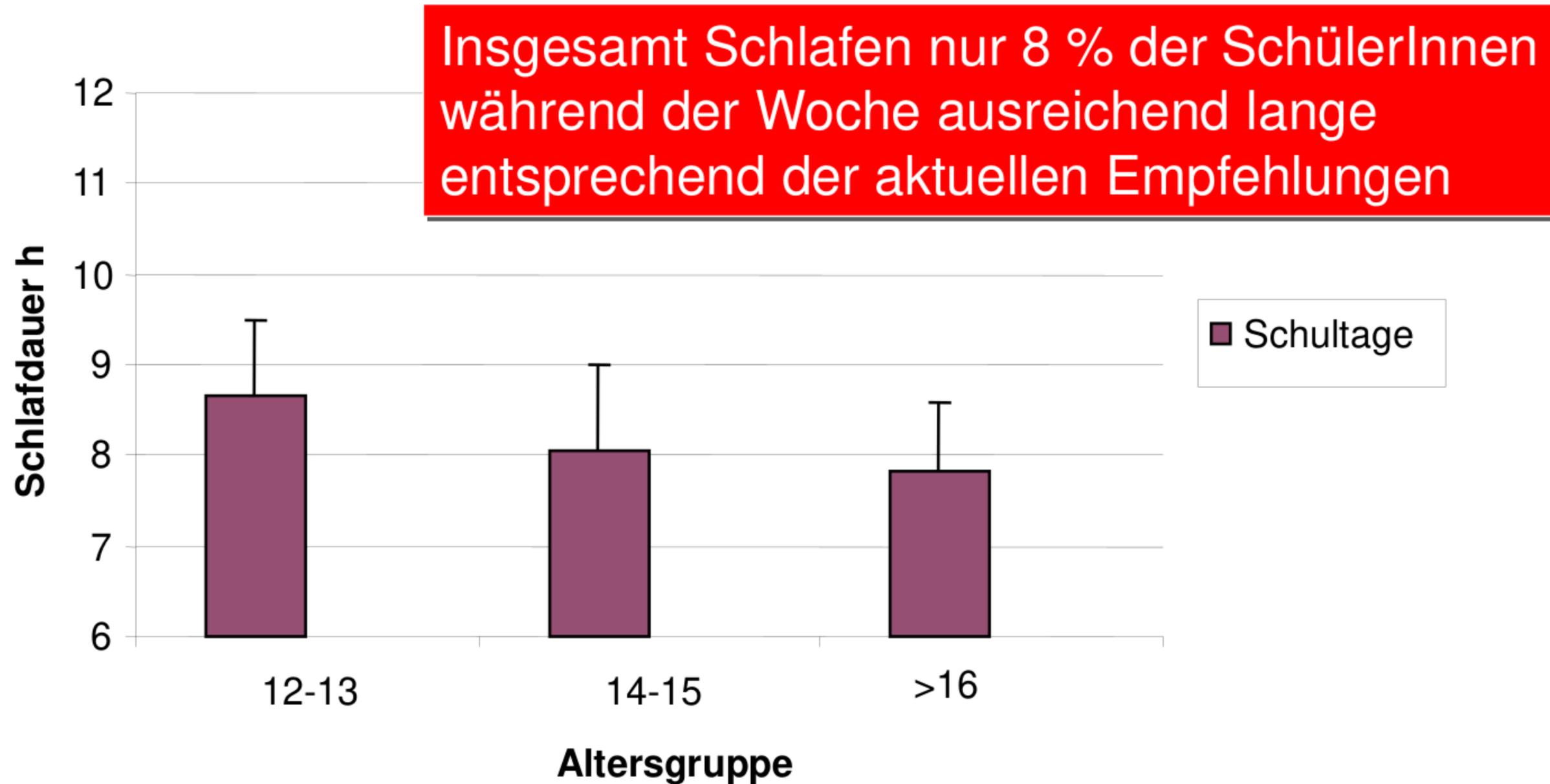


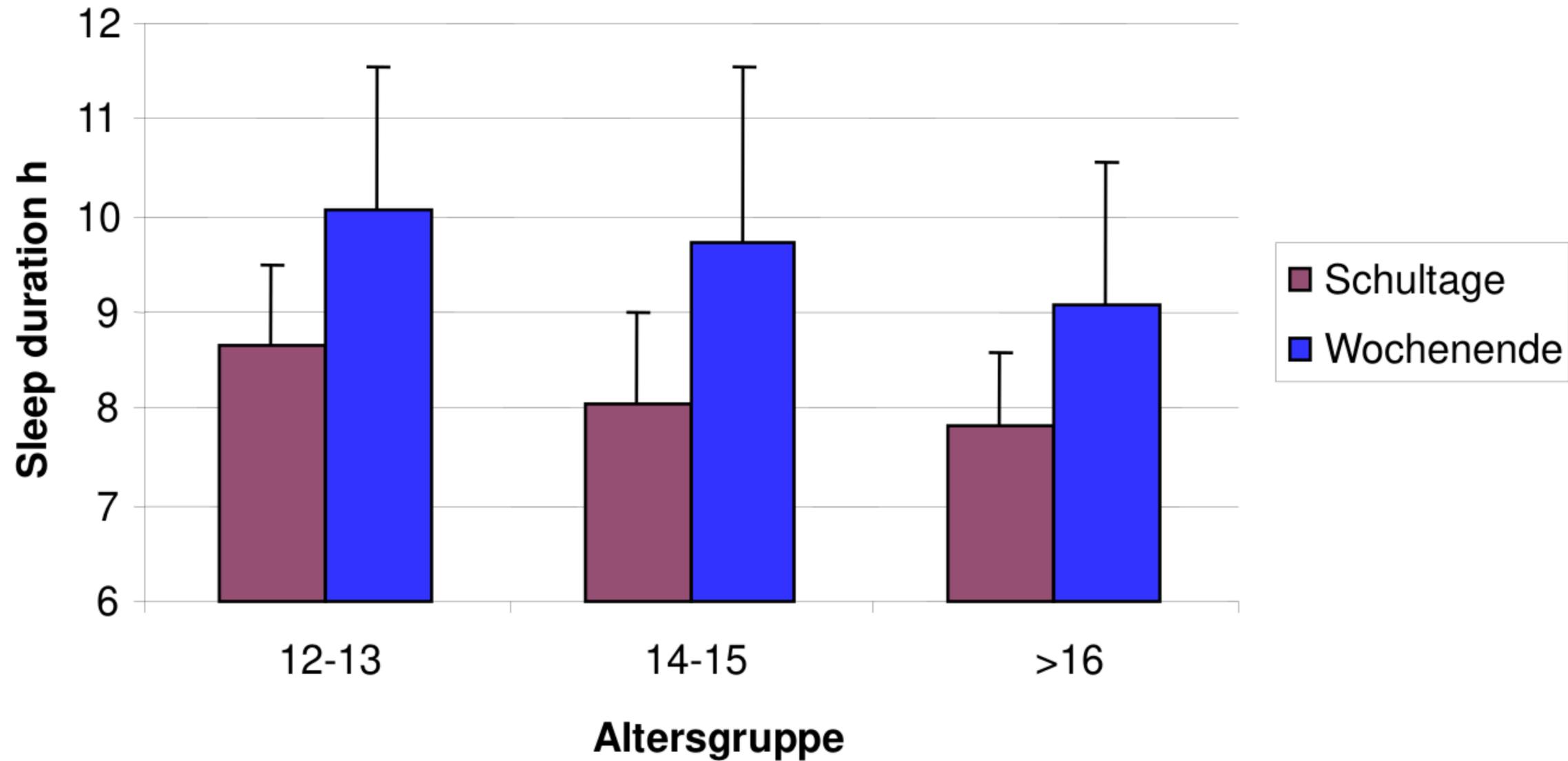
Figure: Physical activity levels at different ages
Kandola et al., 2020

Abnahme leichter Aktivität und Zunahme sitzender Tätigkeit im Alter von 12 bis 16 Jahren verbunden mit Zunahme depressiver Symptome im Alter von 18 Jahren

Schlafdauer von SchülerInnen (N = 698) während der Woche



Schlafdauer von SchülerInnen (N = 698) während der Woche und Wochenenden



Gliederung

- Prävalenz
- Symptomatik
- Ätiologische Faktoren
- Therapie

Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen (AWMF, 2013)

Seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, Leitlinie zur Zeit überarbeitet

[Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen \(Langfassung, Stand: 01.07.2013\)](#)



Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3)

AWMF-Registernummer 028 - 043

Herausgebende AWMF-Fachgesellschaft:

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

Federführend beteiligte Organisationen:

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

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

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

Therapie von depressiven Episoden

Leicht	Mittel	Schwer
<ul style="list-style-type: none">• Unterstützung, Beratung, allgemeine Maßnahmen• 6-8 Wochen ohne deutliche Verbesserung: Psychotherapie	<ul style="list-style-type: none">• Psychotherapie (KVT oder IPT)• Ggf. Medikation, wenn Psychotherapie nicht vorhanden oder abgelehnt wird	<ul style="list-style-type: none">• Psychotherapie (KVT oder IPT)• Kombination: Psychotherapie + Medikation• Ggf. nur Medikation, wenn Psychotherapie nicht vorhanden oder abgelehnt wird

Intensives modulares psychotherapeutisches Konzept

Individuelle
Einzel-
Psychotherapie

Depressions-
bewältigungs-
Gruppe

Allgemeine
Gruppentherapie

Sport- und
Bewegungs-
Angebote

Gestaltung

Behandlung Komorbidität, z.B.:

Soziale-Phobie-
Gruppe

PTBS-Gruppe

Trauer-Gruppe

Fertigkeiten-
Gruppe

Weitere Angebote:
(tiergestützte Therapie, Neuro-/
Biofeedback...)

Rezidivprophylaxe

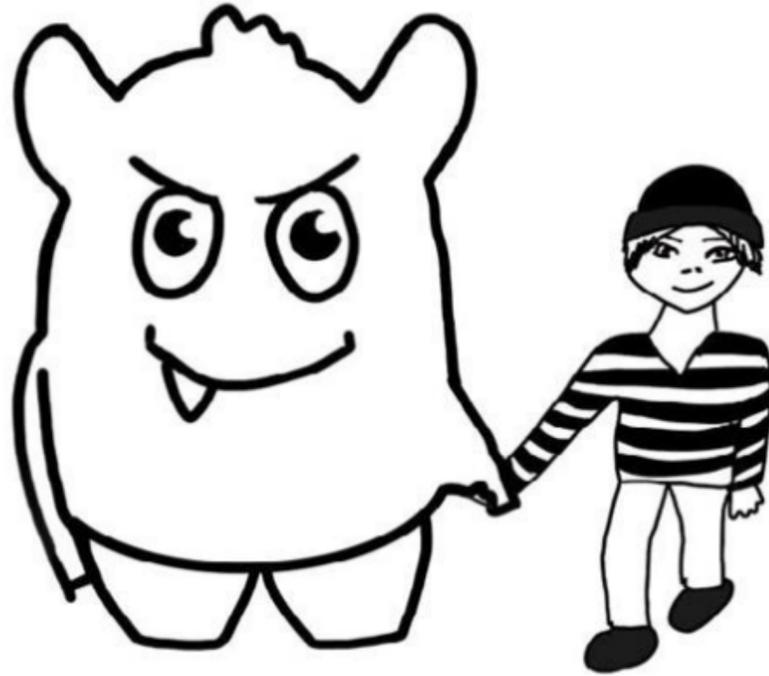
Alltagserprobung
(z.B. Wochenenden zu
Hause, Schulbesuch)

Familiengespräche

Sozialtherapie

Transfer-/
Entlassmanagement

Wie ich meine Depression bewältigen kann



Depressionsbewältigungstherapie für Jugendliche
(DBT-J)

Konzeption für 8 Doppelstunden (Version 2019)

Johanna Colling, Inga Schumann, Maren Bracht, Daniela Lanner, Freya Füller, Denise Sturm

Literaturhinweise:

Abel, Hautzinger: Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter.
Springer-Verlag

Schramm, Klecha: Interpersonelle Psychotherapie in der Gruppe. Schattauer-Verlag

Schramm: Interpersonelle Therapie. Schattauer-Verlag

1. Stunde: „Was ist eigentlich los mit mir?“

Psychoedukation, Störungsmodell

2. Stunde: „Wer soll gewinnen?“

Verstärkerverlustmodell, Aufbau positiver Aktivitäten

3. Stunde: „Was mich stark macht!“

Umgang mit Lob und Erfolg: Verstärkerliste und Selbstverstärkung

Umgang mit Gefühlen: Gegensteuern

Einstieg in die Kognitive Therapie: Cartoons erarbeiten

4. Stunde: „Mein Gefängnis im Kopf“

Kognitive Therapie, Umgang mit Denkfallen, ABC Schema und Kognitive Umstrukturierung

5. Stunde: „Die Depression an meiner Seite“

Funktion der Depression, Beziehungsanalyse/Soziales Netz

6. Stunde: „Probleme – nein danke!“

Probleme lösen

7. Stunde: „Üben, üben, üben“

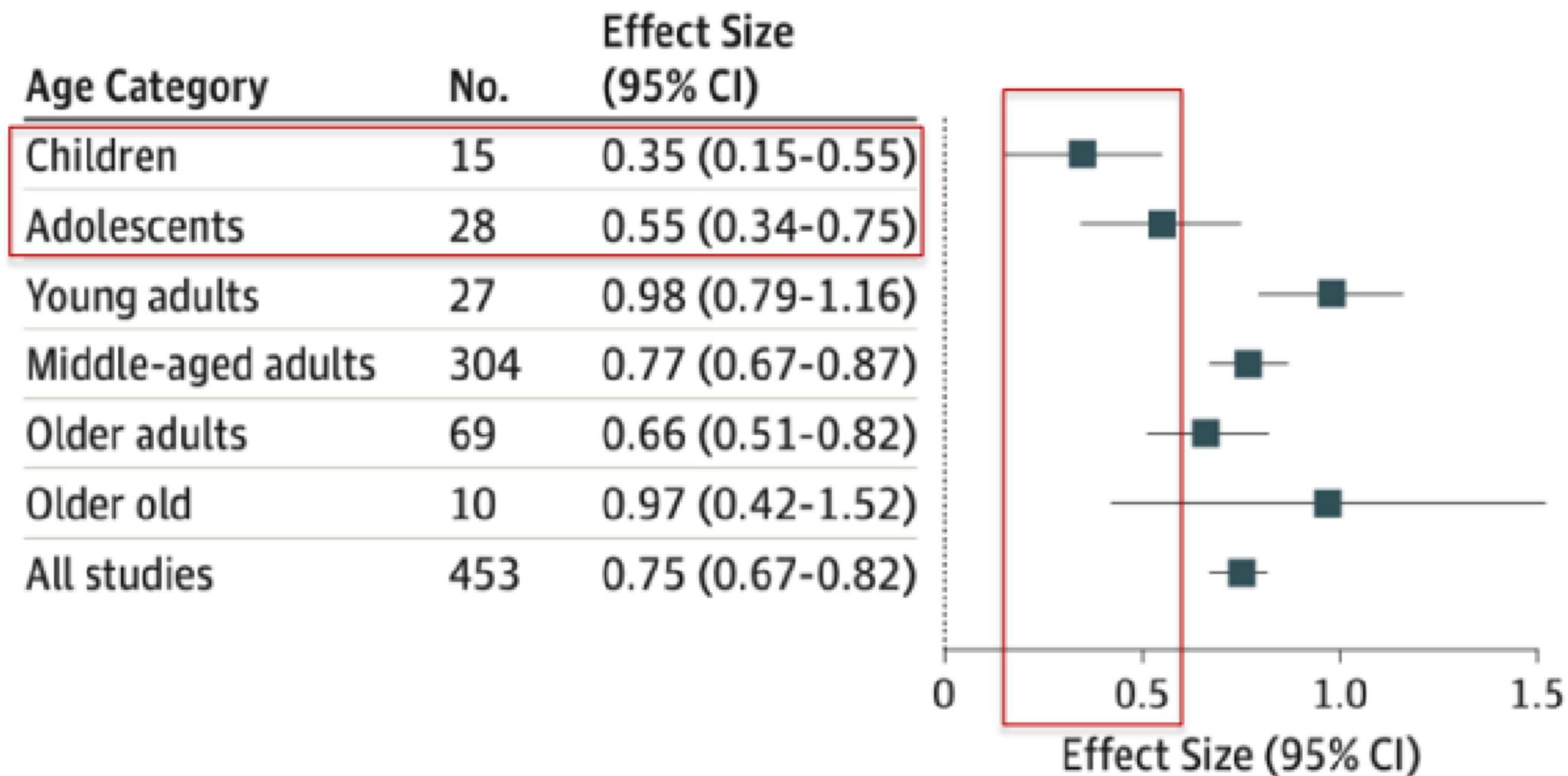
Teen Tipps, Rollenspiele, geplante positive Aktivitäten umsetzen

8. Stunde: „Blick zurück und blick nach vorne“

Rollenspiele, Rückfallprophylaxe: Individueller Notfallkoffer

Psychotherapie gegen Depression wirkt bei Kindern und Jugendlichen weniger als bei Erwachsenen

Figure 1. Effect Sizes of Psychotherapies in Different Age Groups



- **Fluoxetin**: einziges für Depressionen bei Kindern und Jugendlichen (ab 8 Jahren) zugelassenes Antidepressivum in Deutschland
- Eindosierung beginnen mit 10 (ggf.5) mg/d
- Dosis von 20mg/d als Einmalgabe (hohe Halbwertszeit!) meist ausreichend
- Alternativ zu Fluoxetin stehen die Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRIs) Sertralin, Escitalopram und Citalopram zur Verfügung
- **Keine Empfehlung für Mirtazapin, Venlafaxin, Paroxetin, Trizyklika oder MAO-Hemmer im Kindes- und Jugendalter!**
- **Cave: Off-label-Gebrauch (alles außer Fluoxetin!)**



Netzwerk Metaanalyse zur Wirkung „neuerer“ Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen

- Die meisten Antidepressiva zeigen verglichen mit einem Placebo eine „kleine und unbedeutende“ Reduktion der depressiven Symptomen.
- Es gab „kleine und unbedeutende“ Unterschiede zwischen den meisten Antidepressiva bei der Reduktion von depressiven Symptomen.
- Es gab äußerst wenig Evidenz für die Wirksamkeit von verschiedenen Antidepressiva auf die Suizidalität.

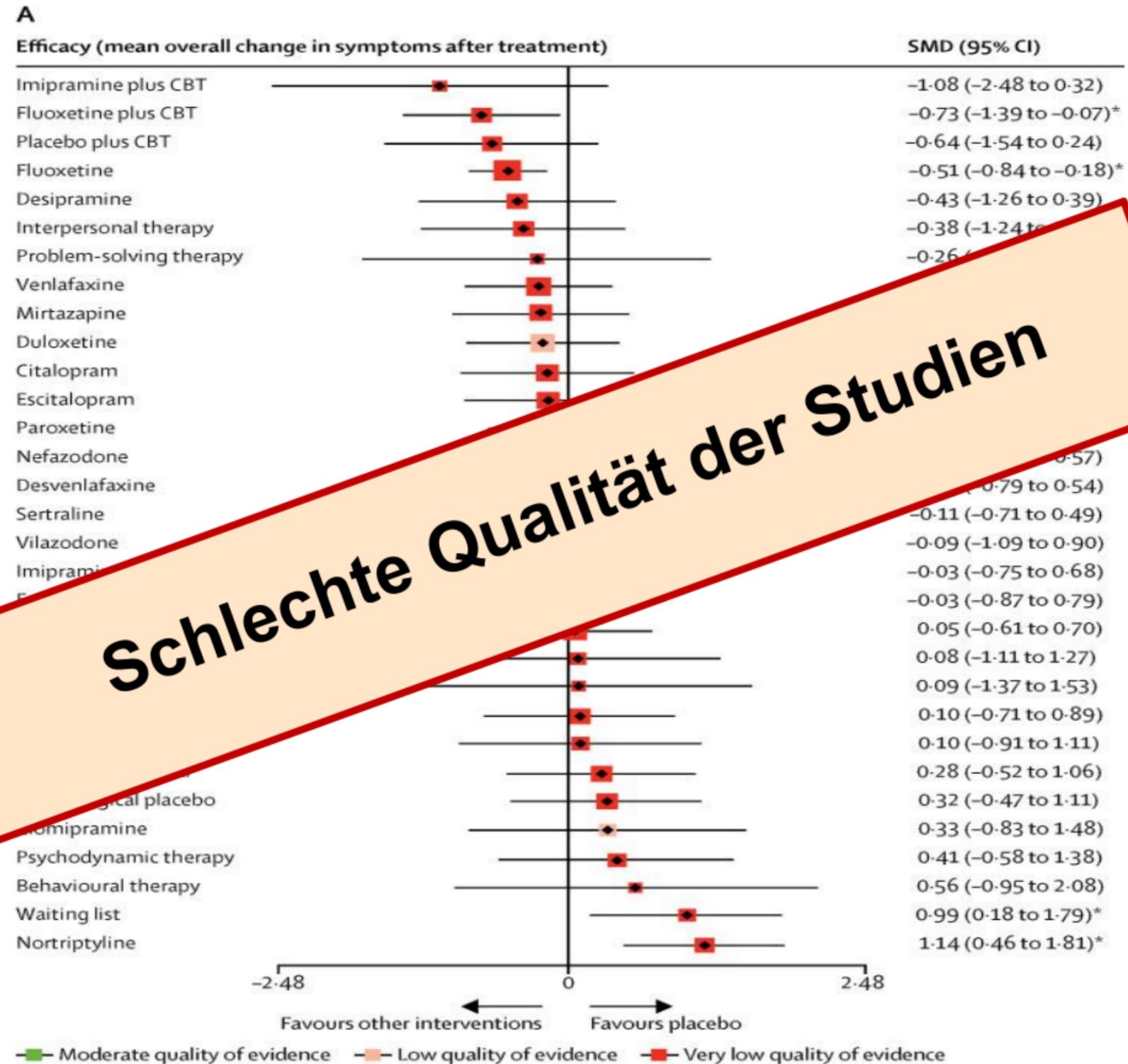
Nebenwirkung von Antidepressiva

- Unruhe und Agitation (= behavioral toxicity) → suizidale Gedanken und Verhaltensweisen, selbstschädigendes Verhalten möglich - bei Kindern und Jugendlichen häufiger als bei Erwachsenen
- Zunahme des selbstschädigenden Verhaltens ist im Alter von 10 bis 24 Jahren **dosisabhängig** und vermehrt bei **schneller Dosissteigerung** zu beobachten
- Besonders **in der Anfangsphase** (ca. vier Wochen) engmaschige therapeutische Betreuung, **Abfragen suizidaler Gedanken oder Tendenzen!**

- Suizidversuche in der Vorgeschichte
- Aggressives und/oder impulsives Verhalten
- Traumatisierungen (sexueller Missbrauch, Gewalt)
- Akute Stressoren (soziale Isolation, Konflikte)
- Zugang zu Waffen
- Komorbide psychische Störungen (z.B. Störungen des Sozialverhaltens, emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, Substanzmissbrauch)
- Suizide oder Suizidversuche innerhalb der Familie
- Konkrete Suizidplanung (z.B. Abschiedsbriefe)



Metaanalyse zur Wirksamkeit der Akutbehandlung



The addition of fluoxetine to cognitive behavioural therapy for youth depression (YoDA-C): a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre clinical trial



Christopher G Davey, Andrew M Chanen, Sarah E Hetrick, Sue M Cotton, Aswin Ratheesh, Günter P Amminger, John Koutsogiannis, Mark Phelan, Edward Mullen, Ben J Harrison, Simon Rice, Alexandra G Parker, Olivia M Dean, Amber Weller, Melissa Kerr, Amelia L Quinn, Lisa Catania, Nikolaos Kazantzis, Patrick D McGorry*, Michael Berk*

Summary

Randomisierte doppelblinde multizentrische Studie

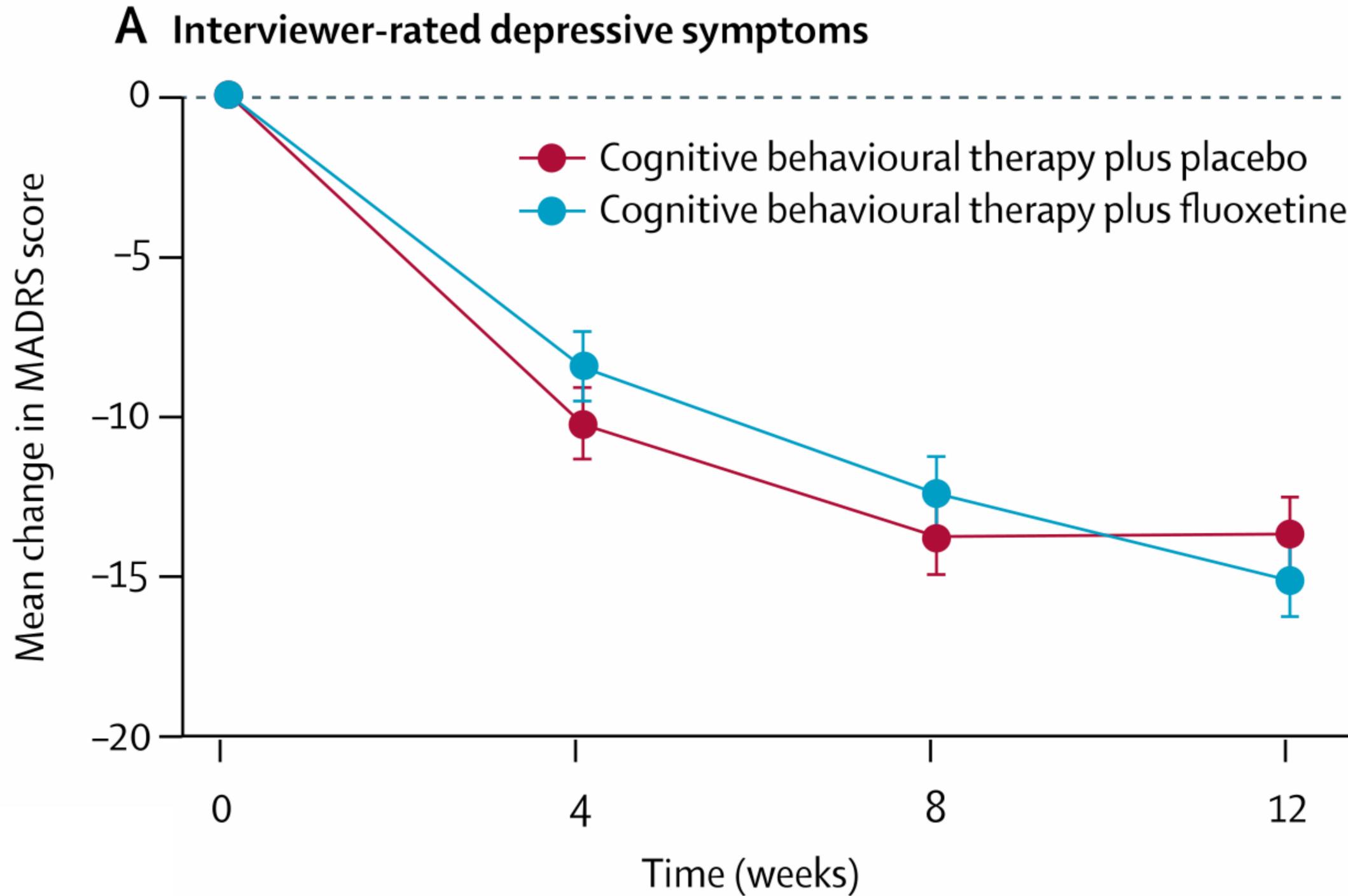
153 Patienten Alter 15 – 25 Jahre, mittelschwere bis schwere Depression
Behandlung mit KVT für 12 Wochen, Kombination mit Fluoxetin oder Placebo

one placebo pill per day. All participants received CBT, delivered by therapists in weekly 30-minute sessions and attended interviews at baseline, and at weeks 4, 8, and 12, during which they completed assessments with research assistants. Participants saw a psychiatrist or psychiatry trainee to complete medical assessments at the same timepoints. The primary outcome was change in the interviewer-rated Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) score at 12 weeks. The trial was registered with the Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ACTRN12612001281886).

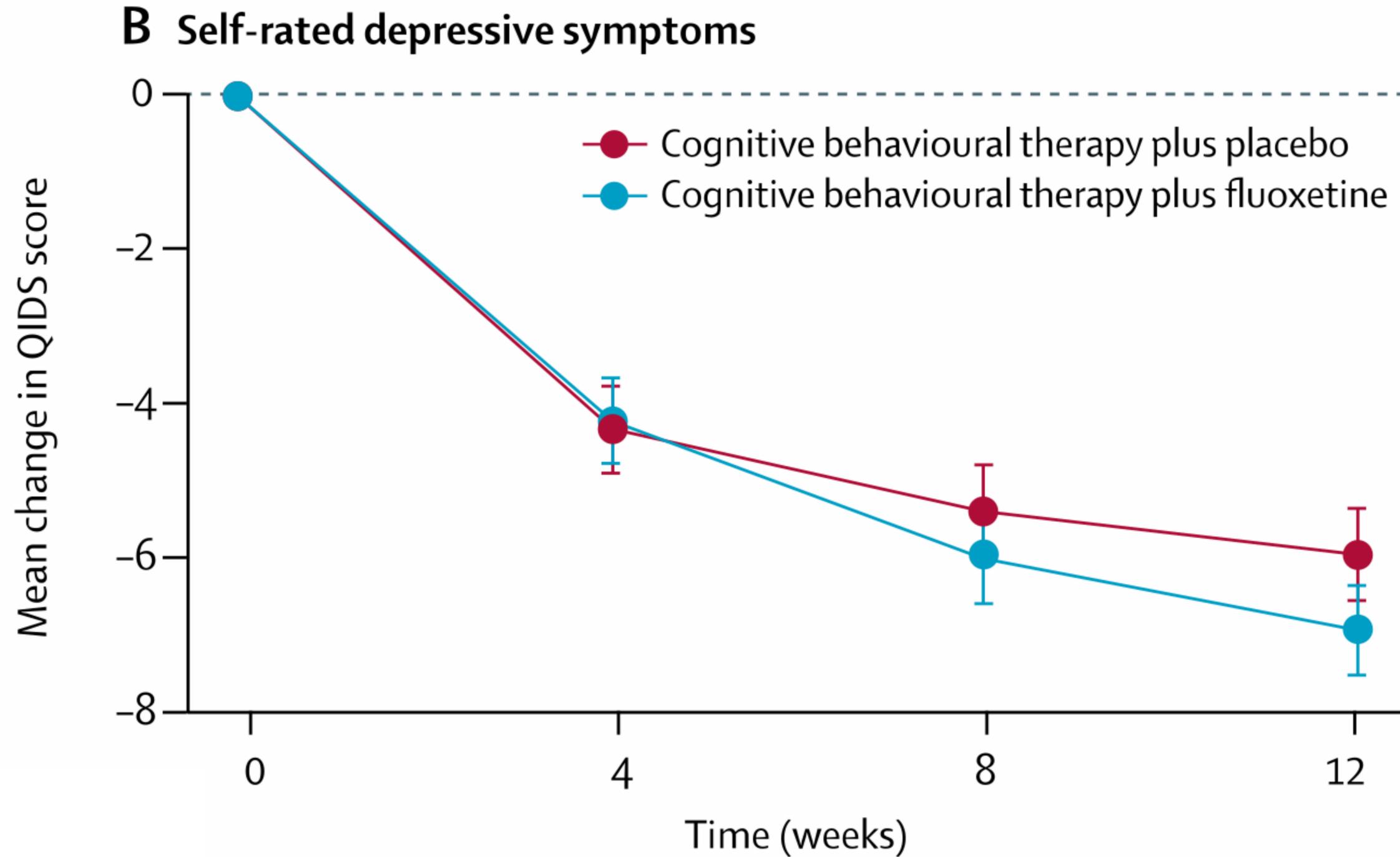
Findings 153 participants (mean age 19.6 years [SD 2.7]) were enrolled from Feb 20, 2013, to Dec 13, 2016. 77 (50%) patients were allocated to CBT and placebo and 76 (50%) to CBT and fluoxetine. Participants had severe depression at baseline (mean MADRS score 33.6 [SD 5.1] in the CBT and placebo group and 32.2 [5.6] in the CBT and fluoxetine group), with high proportions of participants with anxiety disorder comorbidity (47 [61%] in the CBT and placebo group and 49 [64%] in the CBT and fluoxetine group) and past-month suicidal ideation (55 [71%] in the CBT and placebo group and 59 [78%] in the CBT and fluoxetine group). 59 (77%) participants in the CBT and placebo group and 64 (84%) in the CBT and fluoxetine group completed follow-up at week 12. After 12 weeks of treatment both groups showed a reduction in MADRS scores (−13.7, 95% CI −16.0 to −11.4, in the CBT and placebo group and −15.1, −17.4 to −12.9, in the CBT and fluoxetine group). There was no significant between-group difference in MADRS scores (−1.4, −4.7 to 1.8; $p=0.39$). There were five suicide attempts in the CBT and placebo group and one suicide attempt in the CBT and fluoxetine group (odds ratio 0.2, 0.0–1.8; $p=0.21$), and no significant between-group differences for other suicidal behaviours.

Excellence in Youth Mental Health, Melbourne, VIC, Australia (C G Davey MBBS PhD, Prof A M Chanen MBBS PhD, S Hetrick DPsych, Prof S M Cotton PhD, A Ratheesh MBBS PhD, Prof G P Amminger MD PhD, M Phelan MBBS, S Rice PhD, Prof A Parker PhD, A Weller GradDipPsych, M Kerr LLM, A L Quinn BPsychSci, L Catania MPsych, Prof P D McGorry MD PhD, Prof M Berk MBChB PhD); Centre for Youth Mental Health (C G Davey, Prof A M Chanen, S Hetrick, Prof S M Cotton, A Ratheesh, Prof G P Amminger, M Phelan, S Rice, Prof A Parker, A Weller, M Kerr, A L Quinn, L Catania, Prof P D McGorry, Prof M Berk), Melbourne

Ergebnisgrafiken zu Davey et al.: Fluoxetin als Add-on zu KVT bei Jugendlichen



Ergebnisgrafiken zu Davey et al.: Fluoxetin als Add-on zu KVT bei Jugendlichen



The addition of fluoxetine to cognitive behavioural therapy for youth depression (YoDA-C): a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre clinical trial



Christopher G Davey, Andrew M Chanen, Sarah E Hetrick, Sue M Cotton, Aswin Ratheesh, Günter P Amminger, John Koutsogiannis, Mark Phelan, Edward Mullen, Ben J Harrison, Simon Rice, Alexandra G Parker, Olivia M Dean, Amber Weller, Melissa Kerr, Amelia L Quinn, Lisa Catania, Nikolaos Kazantzis, Patrick D McGorry, Michael Berk**

Summary

Randomisierte doppelblinde multizentrische Studie

153 Patienten Alter 15 – 25 Jahre, mittelschwere bis schwere Depression
Behandlung mit KVT für 12 Wochen, Kombination mit Fluoxetin oder Placebo

Ergebnis

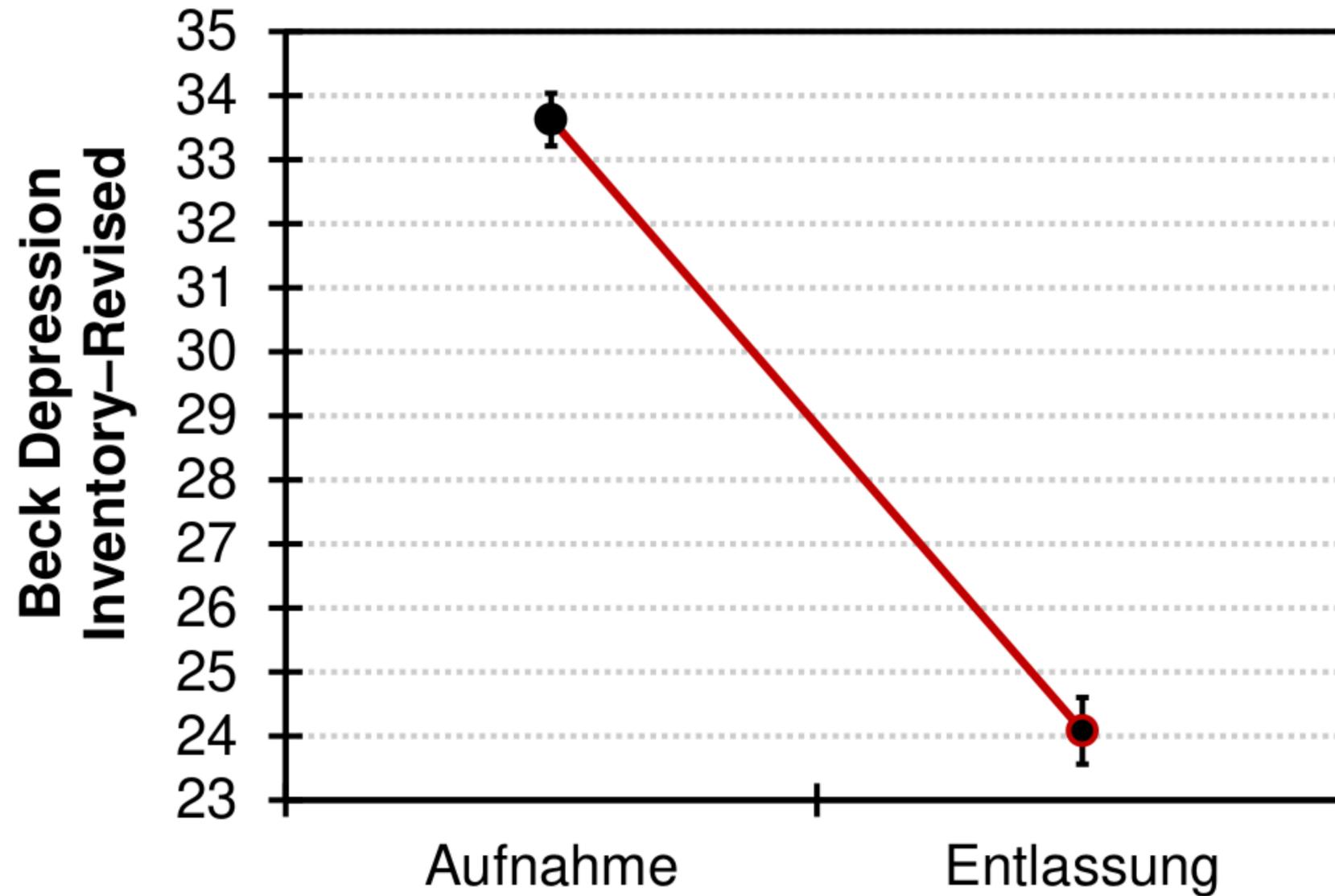
Zusätzliche Gabe von Fluoxetin zu KVT führt nicht zu weiterer Reduktion depressiver Symptome (insbesondere bei Patienten jünger als 18 Jahre)
Geringe Remissionsraten

Fazit

Abwägung zusätzlicher Medikation insbesondere bei jüngeren Patienten
Notwendigkeit effektiverer Behandlungen für junge Patienten mit Depression

–15.1, –17.4 to –12.9, in the CBT and fluoxetine group). There was no significant between-group difference in MADRS scores (–1.4, –4.7 to 1.8; $p=0.39$). There were five suicide attempts in the CBT and placebo group and one suicide attempt in the CBT and fluoxetine group (odds ratio 0.2, 0.0–1.8; $p=0.21$), and no significant between-group differences for other suicidal behaviours.

A Ratheesh, Prof G P Amminger, M Phelan, S Rice, Prof A Parker, A Weller, M Kerr, A L Quinn, L Catania, Prof P D McGorry, Prof M Berk, Melbourne

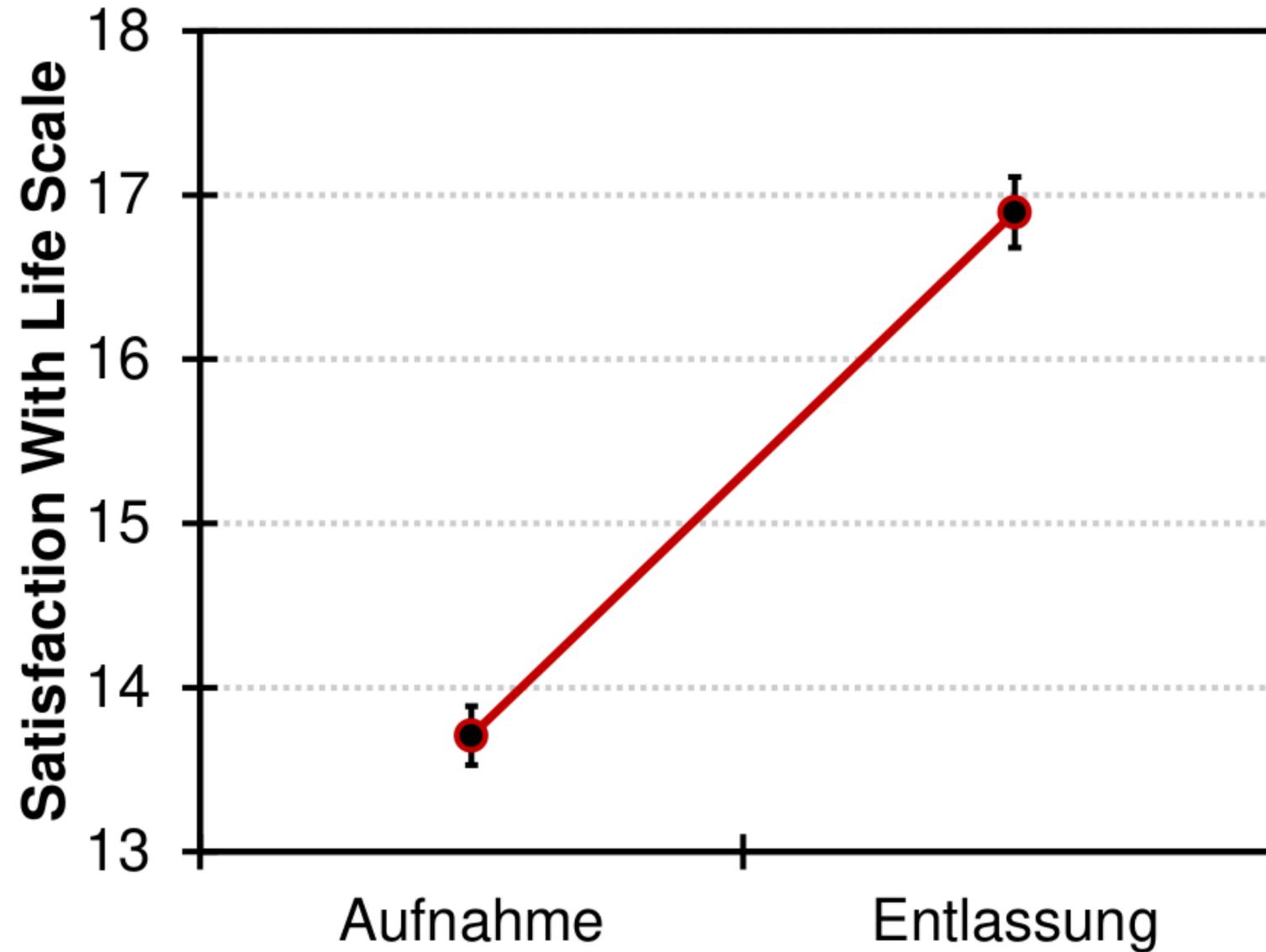


786 PatientInnen (88% weiblich, n = 695); Alter 13-17 Jahre (M = 15,9, SD = 1,06)

Aufenthaltsdauer 3-288 Tage (M = 83,7, SD = 42,1)

71% (n = 554) mindestens 1 komorbide psychische Störung (häufigste davon eine F4-Diagnose, 48%, n = 373)

Mittelhohe Effektstärke der Abnahme von Aufnahme zu Entlassung: d = 0,75



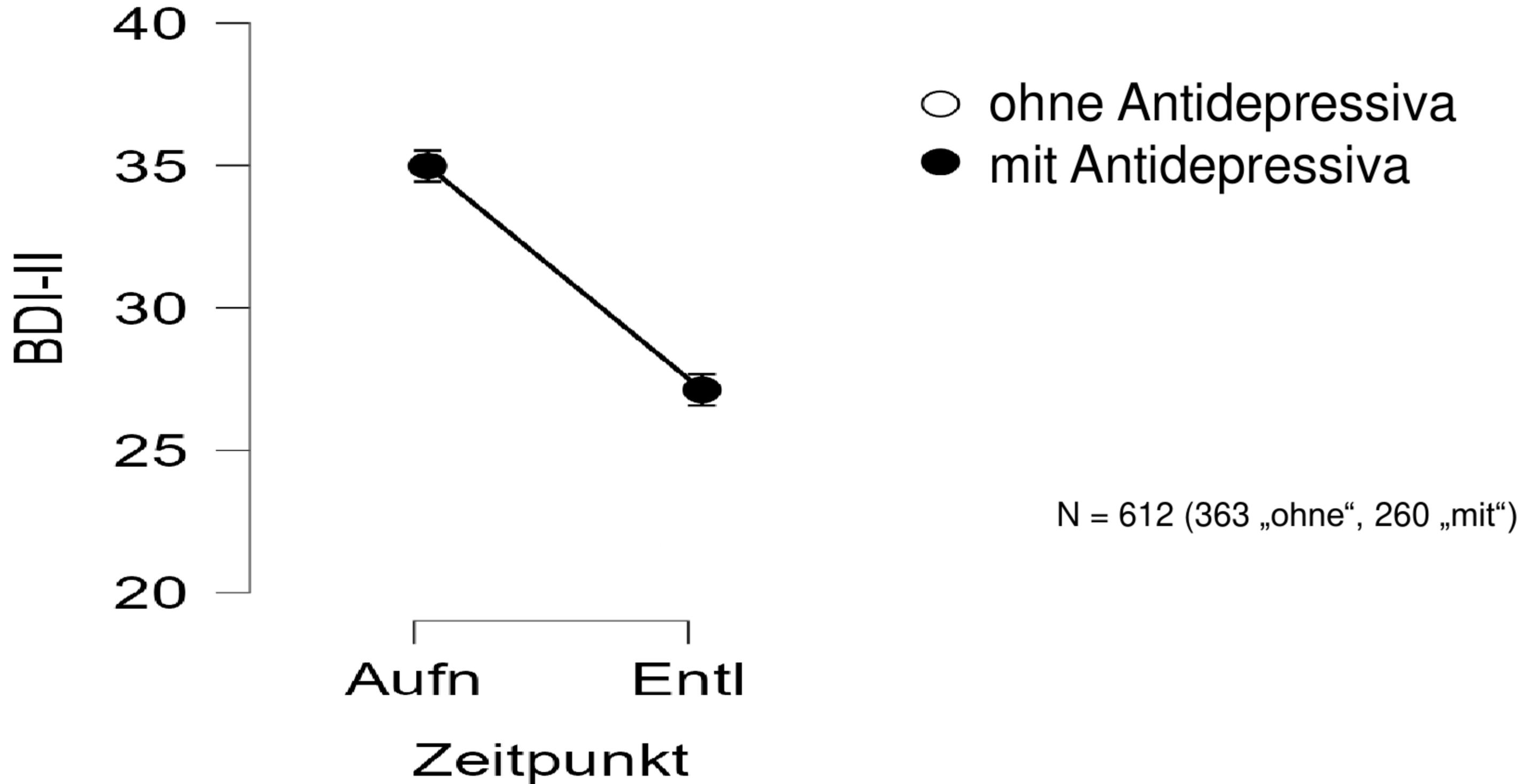
Eigene Daten – SWLS

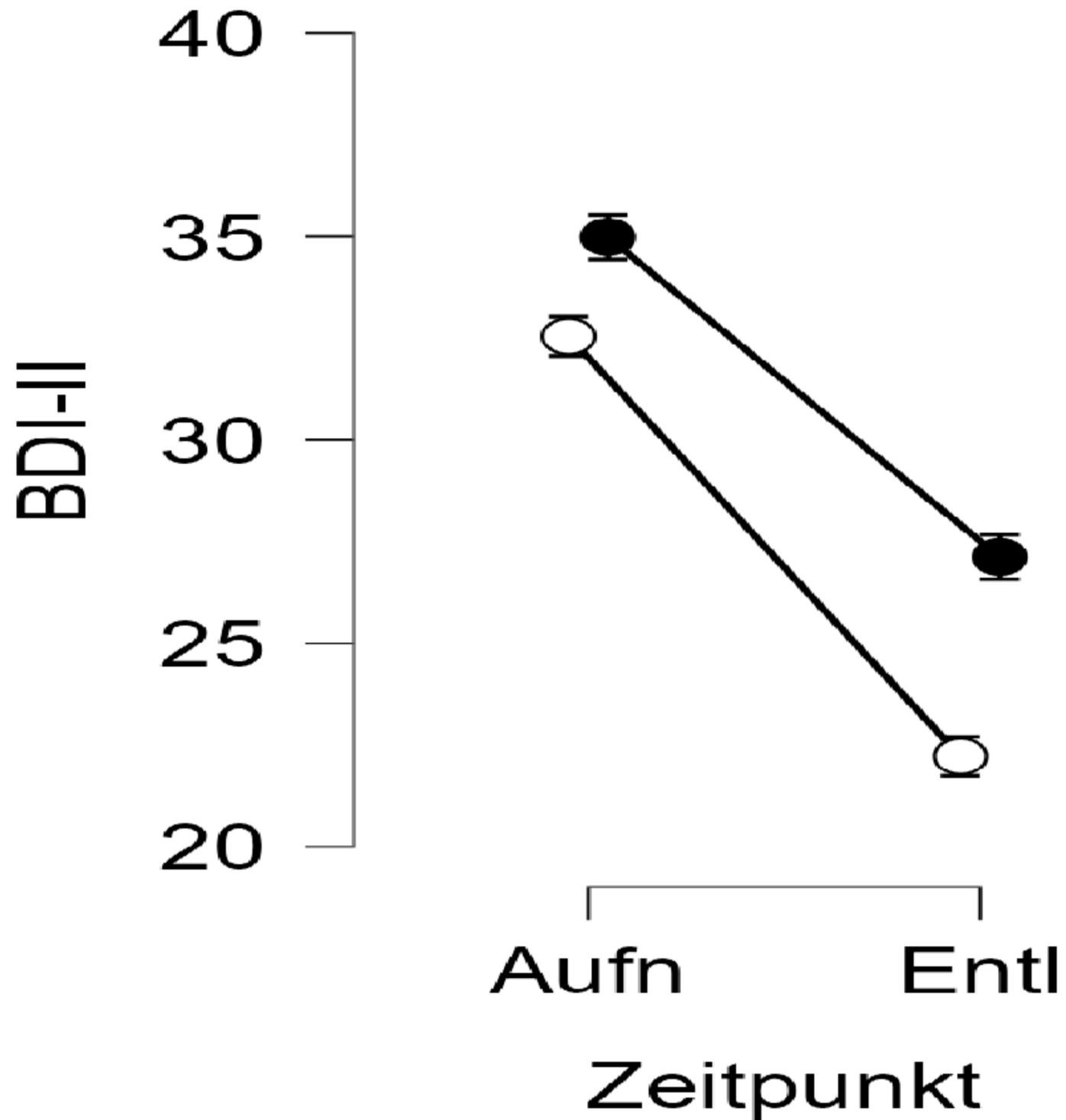
883 PatientInnen (88% weiblich, $n = 777$); Alter 12-17 Jahre ($M = 15,9$, $SD = 1,03$)

Aufenthaltsdauer 3-288 Tage ($M = 84,2$, $SD = 40,5$)

69% ($n = 605$) mindestens 1 komorbide psychische Störung (häufigste davon eine F4-Diagnose, 45%, $n = 397$)

Mittelhohe Effektstärke der Zunahme von Aufnahme zu Entlassung: $d = 0,54$





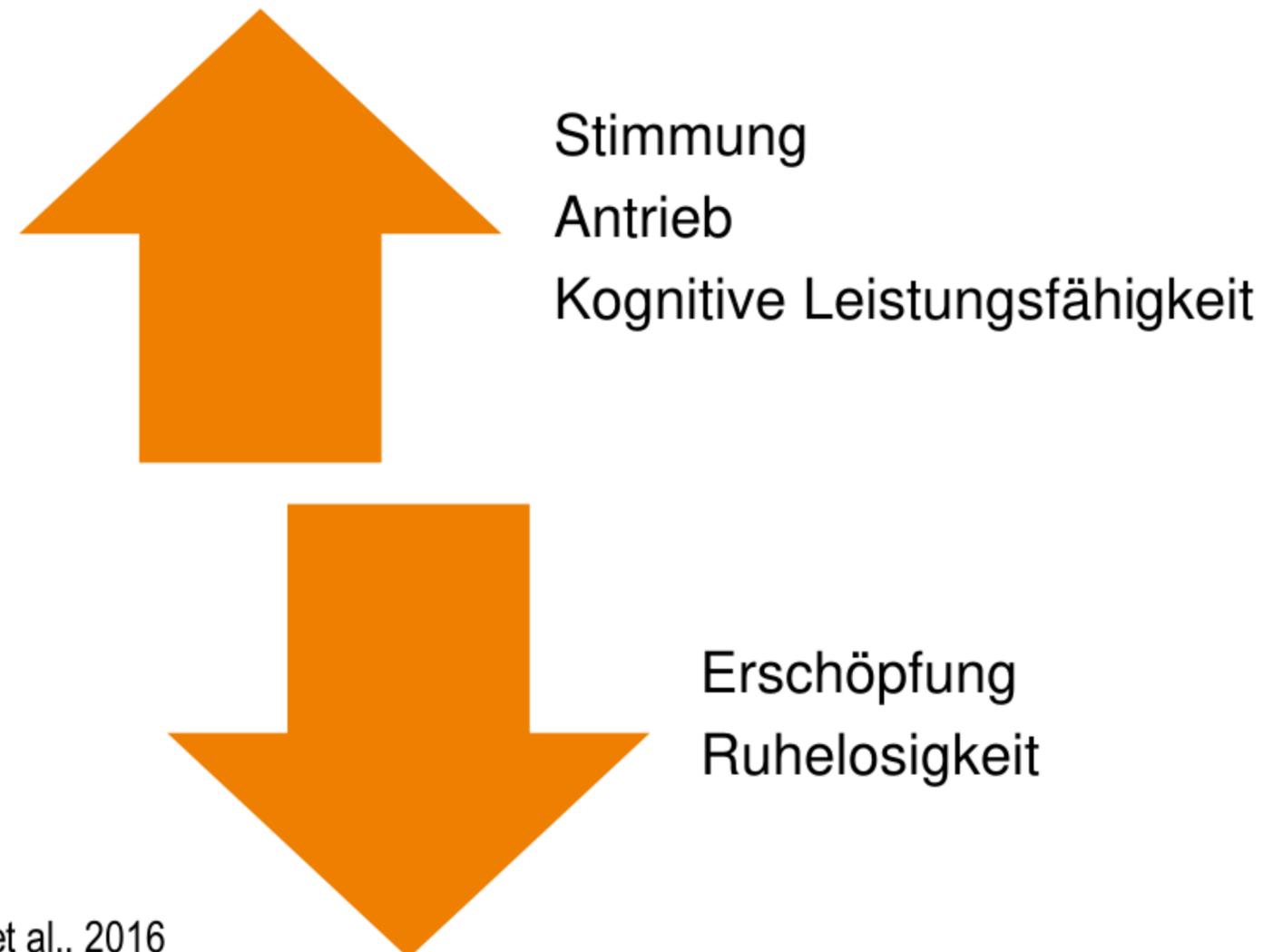
- ohne Antidepressiva
- mit Antidepressiva

➔ PatientInnen ohne Antidepressiva scheinen eine stärkere Abnahme der Depressivität von Aufnahme zu Entlassung zu zeigen

N = 612 (363 „ohne“, 260 „mit“)

Neue Entwicklungen – Sport- und Bewegungstherapie

- Mehrere Metaanalysen belegen antidepressive Wirkung von Sport bei Jugendlichen
- Gute Annahme der Interventionen, niedrige Dropout-Quoten
- Größte Effekte bei moderater Aktivität gefunden



European Journal of Nutrition (2020) 59:3415–3424
<https://doi.org/10.1007/s00394-020-02176-6>

ORIGINAL CONTRIBUTION



Effect of vitamin D deficiency on depressive symptoms in child and adolescent psychiatric patients: results of a randomized controlled trial

Lars Libuda^{1,2}  · Nina Timmesfeld^{3,4} · Jochen Antel¹ · Raphael Hirtz^{1,5} · Jens Bauer⁵ · Dagmar Führer⁶ · Denise Zwanziger⁶ · Dana Öztürk¹ · Gina Langenbach¹ · Denise Hahn¹ · Stefanie Ring¹ · Triinu Peters¹ · Anke Hinney¹ · Judith Bühlmeier¹ · Johannes Hebebrand¹ · Corinna Grasmann^{5,7} · Manuel Föcker^{1,8}

- keine Verbesserung der depressiven Symptome in der Selbstbeurteilung
- Verbesserung der depressiven Symptome nach Fremdbeurteilung durch die Eltern

- Depressive Symptomatik unterschiedlich in verschiedenen Altersgruppen - auch ICD-11 berücksichtigt nicht die Besonderheiten in der Symptomatik depressiver Kinder und Jugendlicher
- Vorsicht bei Antidepressiva:
 - Nebenwirkung Unruhe und Agitation
 - Abfrage Suizidalität wichtig!
 - Nutzen von AD gering
 - Absetzen im Erwachsenenalter oft schwierig
- Bewegungstherapeutische Angebote haben antidepressive Wirkung bei hoher Akzeptanz





**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**