

Depressionsbehandlung heute: Altbewährtes und innovative Ansätze



Was Sie erwartet

Teil 1: Basics

- Inzidenz und Prävalenz
- Update Diagnosestellung ICD-11
- Besonderheiten bei Kindern
- (Differenzial)-diagnostische Aspekte

Teil 2: Behandlung

- Störungsmodell und Therapieziele
- Standardbehandlung auf dem Prüfungsstand
- Additive Behandlungselemente
 - Chronotherapie
 - Bewegung
- Ausblick



Die Depressionen waren auf einmal da. Ich konnte nur noch im Bett liegen und weinen. Ich weiß nicht warum. (Jojo 17 Jahre)



Wenn ich traurig bin, werde ich furchtbar wütend. und manchmal wäre ich am liebsten tot. Aber ich tue nichts, denn die anderen sind bestimmt traurig, wenn ich nicht mehr da bin. (David, 11 Jahre)



Depressionen sind ...

-eine der **häufigsten psychischen Erkrankungen** bei Kindern und Jugendlichen:
 - Vorschulalter ca. 1 % der Kinder
 - Grundschulalter ca. 2 %
 - Jugendalter (12 – 17 Jahre) ca. 3-10 %
- Je nach Erhebungsinstrument (Lebenszeit-)prävalenz im Jugendalter mit bis zu 19% angegeben.
- 40- 50% der Akutaufnahmen in stationärer KJP erfolgen im Jugendalter aufgrund einer depressiven Erkrankung.
- Mädchen erkranken häufiger als Jungen.

Review

Increased Depression and Anxiety Disorders during the COVID-19 Pandemic in Children and Adolescents: A Literature Review

Justyna Śniadach^{1,*}, Sylwia Szymkowiak², Przemysław Osin²

European Child & Adolescent Psychiatry (2022) 31:879–889
<https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>

ORIGINAL CONTRIBUTION



Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany

Ulrike Ravens-Sieberer¹ · Anne Kaman¹ · Michael Erhart^{1,2,3} · Janine Devine^{1,4} · Robert Schlack⁵ · Christiane Otto¹

Original Article

Cite this article: Hawes MT, Szenczy AK, Klein DN, Hajcak G, Nelson BD (2022). Increases in depression and anxiety symptoms in adolescents and young adults during the

Increases in depression and anxiety symptoms in adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic

Mariah T. Hawes¹ , Aline K. Szenczy¹, Daniel N. Klein¹, Greg Hajcak² and Brady D. Nelson¹

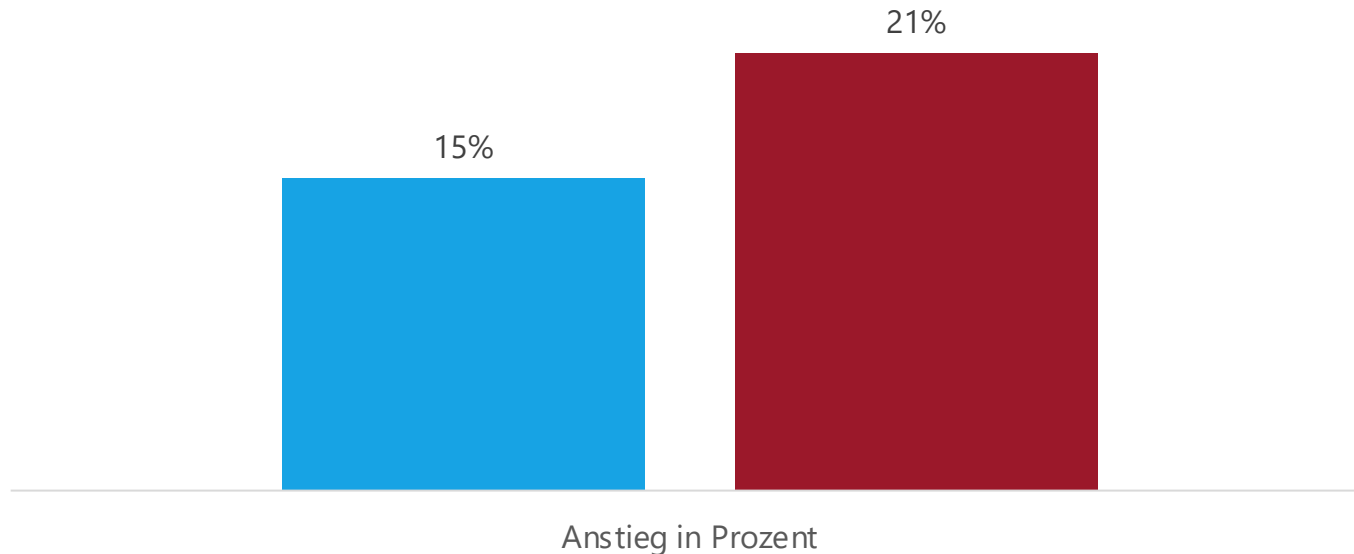
¹Stony Brook University, Department of Psychology, Stony Brook, NY, USA and ²Florida State University, Department of Psychology, Tallahassee, FL, USA

Effekte der Corona-Pandemie

Anstieg depressiver Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung und in Inanspruchnahme-Populationen

Prozentualer Anstieg depressiver Patient:innen

■ PAIRFAM ■ INEK



Diagnosestellung nach ICD-10

Hauptsymptome - gedrückte, depressive Stimmung - Interessenverlust, Freudlosigkeit - Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit	2	2	3
	+	+	+
Zusatzsymptome - verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit - vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen - Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit - psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung - Suizidgedanken/-handlungen - Schlafstörungen - verminderter Appetit	2	3-4	≥ 4
Symptome ≥ 2 Wochen	↓	↓	↓
Schweregrad nach ICD-10	leicht	mittelgradig	schwer
ohne psychotische Symptome	F32/33.0	F32/33.1	F32/33.2
mit psychotischen Symptomen	–	–	F32/33.3

Was ändert sich im ICD-11 für die Diagnosestellung der Depression

ICD-10 und ICD 11 im Vergleich

Affektives Cluster

- gedrückte, depressive Stimmung
- Interessenverlust, Freudlosigkeit

≥ 1

+

Kognitives Cluster

- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
- Hoffnungslosigkeit
- Wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidgedanken/-handlungen

≥ 3

Neurovegetatives Cluster

- Schlafstörungen
- signifikant verminderter oder erhöhter Appetit
- psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

Symptome ≥ 2 Wochen fast jeden Tag

≥ 5

Was ändert sich im ICD-11 für die Diagnosestellung der Depression

ICD-10 und ICD 11 im Vergleich

Affektives Cluster

- gedrückte, depressive Stimmung
- Interessenverlust, Freudlosigkeit

≥ 1

Kognitiv

- verminderte Aufmerksamkeit
- verminderte Konzentrationsfähigkeit
- Halluzinationen
- Wahnvorstellungen

+

≥ 3

Neurovegetativ

- Schlafstörungen
- signifikante Gewichtsveränderung
- psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

Symptome ≥ 2 Wochen fast jeden Tag

≥ 5

CAVE

Diagnosestellung:

5 (statt 4) Kriterien, davon mindestens 1 aus affektivem Cluster.

Was ändert sich im ICD-11 für die Diagnosestellung der Depression

ICD-10 und ICD 11 im Vergleich

- **Diagnosestellung:** 5 (statt 4) Kriterien, davon mindestens 1 aus affektivem Cluster.
- **Für Schweregrad:** NICHT NUR Summe der Symptome, sondern auch Intensität und Grad der Funktionsbeeinträchtigung muss berücksichtigt werden.

Ausprägung der Symptomatik	kein Symptom stärker ausgeprägt	mehrere Symptome stärker ausgeprägt oder große Anzahl an gering ausgeprägten Symptomen	viele/die meisten Symptome stärker ausgeprägt oder geringere Anzahl von Symptomen intensiv ausgeprägt
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

Was ändert sich im ICD-11 für die Diagnosestellung der Depression

Keine relevanten Unterschiede:
Alle Klassifikationssysteme fordern zur Diagnosestellung das Vorhandensein von

- Stimmungsproblemen,
- Aktivitätseinschränkungen
- und Interessenverlust.

Besonderheiten von Kindern und Jugendlichen dabei nicht berücksichtigt!

- vermindertes Selbstvertrauen
- Apathie und Energielosigkeit
- Ängste
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Leistungsstörungen
- (psycho-)somatische Symptome
- Stimmungsschwankungen

Pubertät-/Jugendalter

- eingeschränktes expressives Verhalten (bspw. ausdrucksarmes Gesicht)
- leicht irritierbar
- schläft schlecht
- Unlust im Spiel / mangelnde Phantasie

Kleinkindalter

- Traurige Stimmung (in Selbstbericht)
- Schulschwierigkeiten
- Rückzug (wenig Hobbies, wenige Freunde)
- aggressives Verhalten
- seltener, aber möglich: suizidale Gedanken

Grundschulalter

Vorschulalter

- trauriger Gesichtsausdruck
- verminderte Gestik/Mimik
- Irritierbarkeit/Stimmungs labilität
- mangelnde Fähigkeit Freude zu empfinden
- introvertiertes/aggressives Verhalten
- vermindertes Interesse an motorischen Fertigkeiten.
- Essstörungen / Schlafstörungen

Diagnosestellung manchmal schwierig

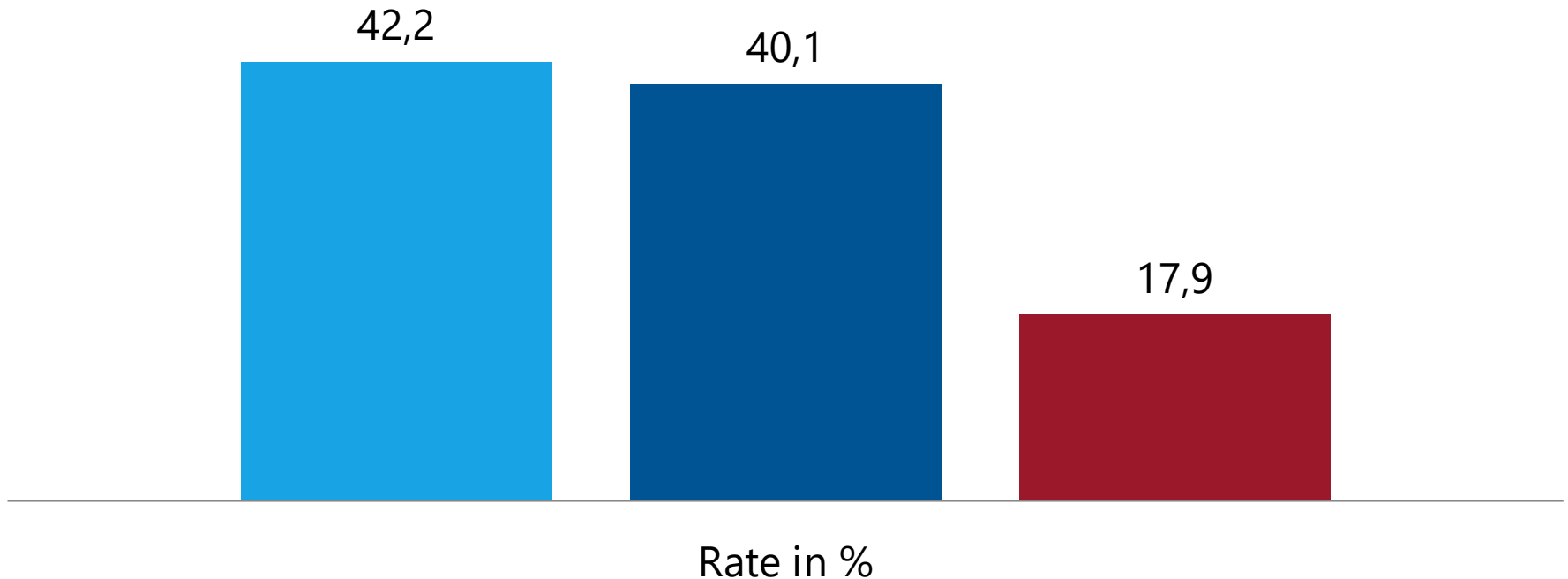
weil....



- Aggressivität (häufige Streits) und Reizbarkeit im Vordergrund
- Stimmungsschwankungen, Gereiztheit u.ä. auch pubertätsbedingt auftreten können.
- bei jüngeren Kindern das Erscheinungsbild nicht typisch ist.
- Aus Furcht vor einer Stigmatisierung suchen sich Familien und Jugendliche oft erst spät Hilfe.

und die Depression selten allein kommt

■ Nur MD ■ eine komorbide Störung ■ zwei oder mehr komorbide Störungen



Bremer Jugendstudie

18,9 Prozent der Schüler im Alter zwischen 12 und 20 Jahren betroffen.
Häufigste komorbide Erkrankungen: Angststörungen; 76%; externalisierende Störungen; 50%

Daher: eine saubere Diagnostik ist unumgänglich...





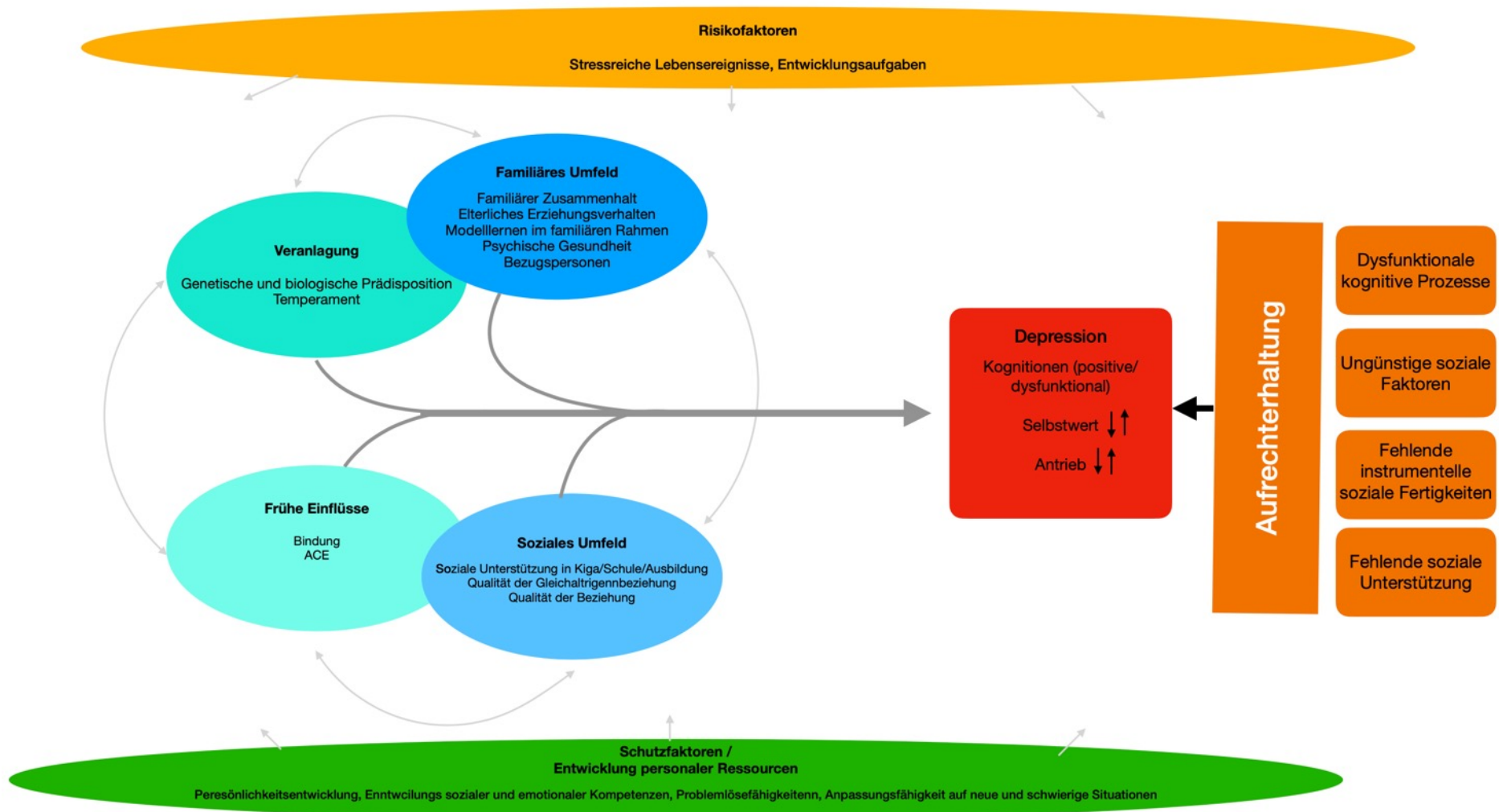
Merke!

- Schon vor Corona Pandemie Depression im Kindes – und Jugendalter eine der häufigsten Erkrankungen.
- Zahlen während Pandemie weiter gestiegen
- Neuerungen im ICD-11 gegenüber ICD-10 betreffen Diagnosestellung und Schweregrad.
- Besonderheiten von Kindern nach wie vor nicht berücksichtigt.
- Umfängliche Diagnostik unter Einbezug der Komorbiditäten wichtig!

Teil 2: Behandlung

Altbewährtes und Innovatives

Integratives Modell der Depression



Typische Probleme depressiver Kinder- und Jugendlicher

- Geringe Rate positiver Erfahrungen im Alltag.
- Hohe Anzahl belastender Ereignisse / Erfahrungen im Alltag.
- Defizite bei Sozialkontakten und in der Gestaltung von Interaktionen.
- Kaum vorhandene / ungünstige Bewältigungsfertigkeiten.
- Hohe Ansprüche / Anspruchshaltung.
- Bias bei der Informationsverarbeitung.
- Negative selbstbezogene Überzeugungen.

Typische Probleme depressiver Kinder- und Jugendlicher



Ableitung der Behandlungsziele

Therapieziele



- **Psychoedukation** (individuelles Störungsmodell)
- Aufbau **angenehmer Aktivitäten** (Balance zu Pflichten herstellen)
- Steigerung **positiver Erlebnisse**
- Aufbau **instrumenteller Fertigkeiten** (soziale Kontaktgestaltung, Kommunikation)
- Adaptive **Emotionsregulation** etablieren, Bewältigungskompetenzen stärken (Problemlösung und Konfliktmanagement)
- Veränderung **dyfunktionaler Denkmuster** und überzogener Ansprüche

ALTBEWÄHRTES / ETABLIERTER STANDARD



Nationale VersorgungsLeitlinie

Unipolare Depression

Teilpublikation der Langfassung



Version 3.0, Konsultationsfassung
AWMF-Register-Nr. nvI-002

Träger:

Bundesärztekammer
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen
Medizinischen Fachgesellschaften

© 2022 

EMPFEHLUNG:
KVT ODER IPT-A
KOMBINATION KVT + MEDIKATION

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



Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen

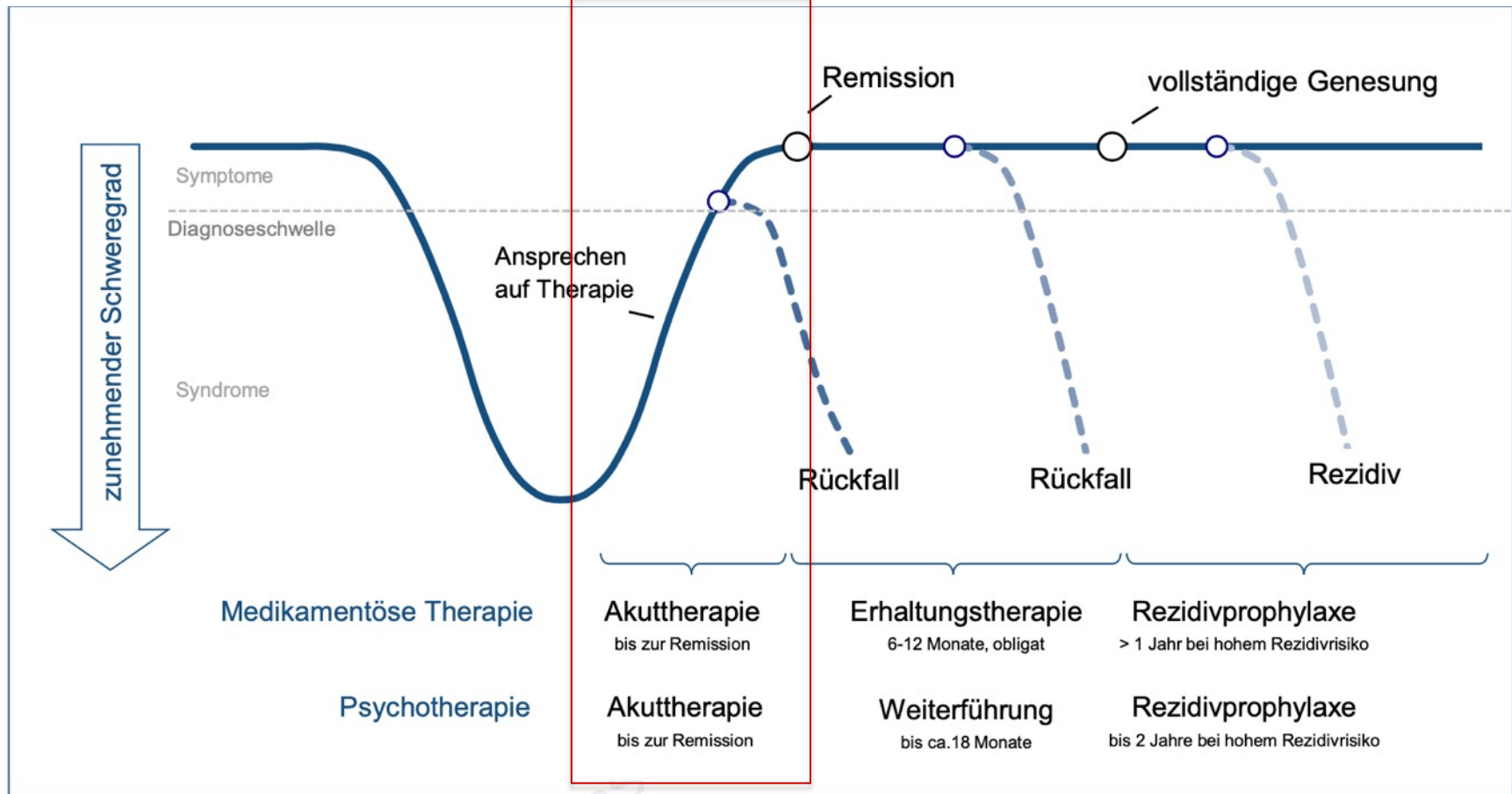
Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3)
AWMF-Registernummer 028 - 043

Herausgebende AWMF-Fachgesellschaft:

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



Behandlungsphasen



Ziele der Akutbehandlung

- Reduktion der Symptomatik,
- Stabilisierung zur (ambulanten) Weiterbehandlung.

Oftmals multimodales, stationäres Therapiesetting mit....

- Psychoedukation
- Tagesrhythmus etablieren
- Verantwortungsübernahme in der Gruppe
- Stimmungsmonitoring / Selbstbeobachtung
- Erleben positiver Interaktionen, Erfolgserlebnisse

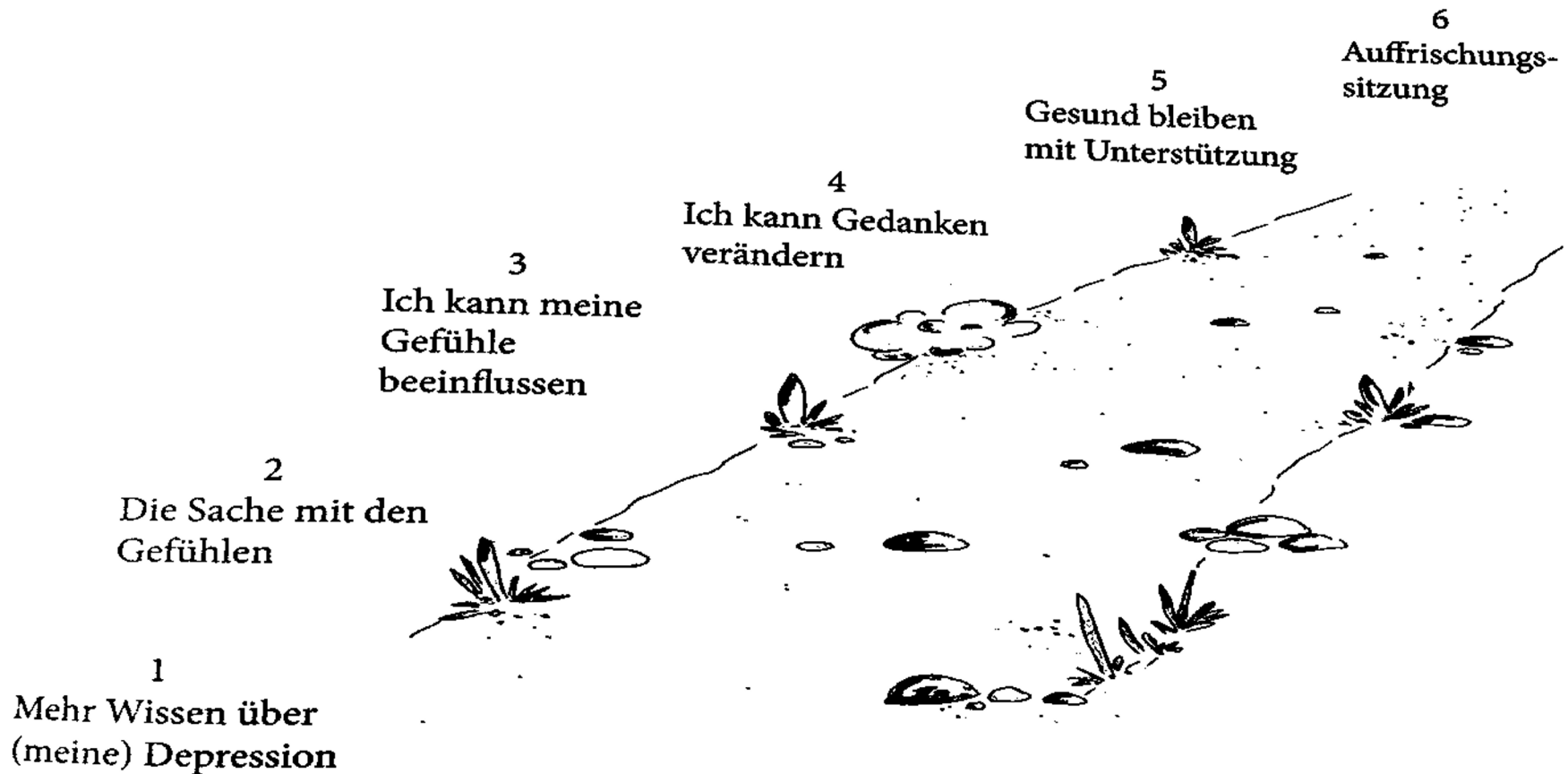
Altbewährtes und etablierte Standards..

Name des deutschen Programms	Englisches Original	Alter der Teilnehmer	Setting	Anzahl/Dauer der Sitzungen
Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen (Harrington, 2001)	Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with depressive disorders (Vostanis et al., 1996)	8-17 Jahre	Einzel	8 Sitzungen á 45 Minuten
Stimmungsprobleme bewältigen (Ihle & Herrle, 2011)	Coping with depression course for adolescents (CWD-A) (Clarke, Lewinsohn & Hops, 1990)	16-21 Jahre	Gruppe	10 Sitzungen á 90 Minuten
Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter (Abel & Hautzinger, 2013)	Coping with depression course for adolescents (CWD-A) (Clarke, Lewinsohn & Hops, 1990)	12-18 Jahre	Gruppe	17 Sitzungen á 90-120 Minuten
Manualized Intervention to Cope with depressive symptoms Help strengthen resources and Improve emotion regulation (MICHI) (Spröber, Straub, Fegert & Kölch, 2012)		13-18 Jahre	Gruppe	5 Sitzungen á 75-90 Minuten + Auffrischungs-sitzung
Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen (Hautzinger, 2013)		Erwachsene	Einzel	30 bis 40 Sitzungen á 50 Minuten

Vergleich der Behandlungselemente

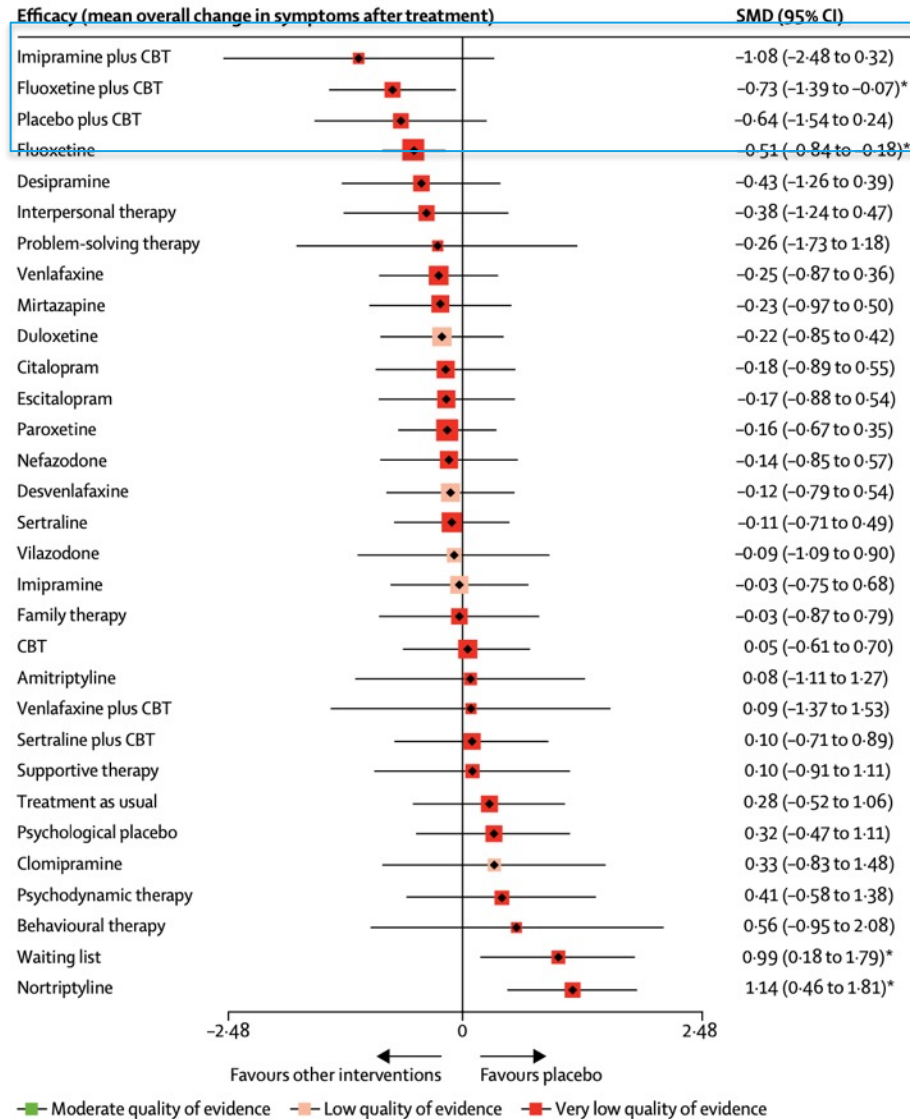
Inhalte	Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen (Harrington, 2001)	Stimmungsprobleme bewältigen (Ihle & Herrle, 2011)	KVT bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter (Abel & Hautzinger, 2013)	MICHI (Spröder, Straub, Fegert & Kölch, 2012)	Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen (Hautzinger, 2013)
Psychoedukation	ja	ja	ja	ja	ja
Selbstbeobachtung	ja	ja	ja	ja	ja
Kognitive Umstrukturierung	ja	ja	ja	ja	ja
Verhaltensaktivierung	ja	ja	ja	ja	ja
Problemlösetraining	ja	ja	ja	ja	ja
Entspannungsverfahren	nein	ja	ja	nein	nein
Soziales Kompetenztraining	ja	ja	ja	nein	ja
Einbezug Eltern/Vertrauenspersonen	ja	nein	ja	ja	ja
Umgang mit Krisen	nein	nein	nein	ja	ja
Rückfallprophylaxe	ja	ja	ja	ja	ja

Beispiel Gruppenmanual MICHI



sign. Verbesserung gegenüber TAU (BDI-II $d=.39$; CDRS $d=.75$); Remissionsrate 42%

Wirksamkeit der Akutbehandlung

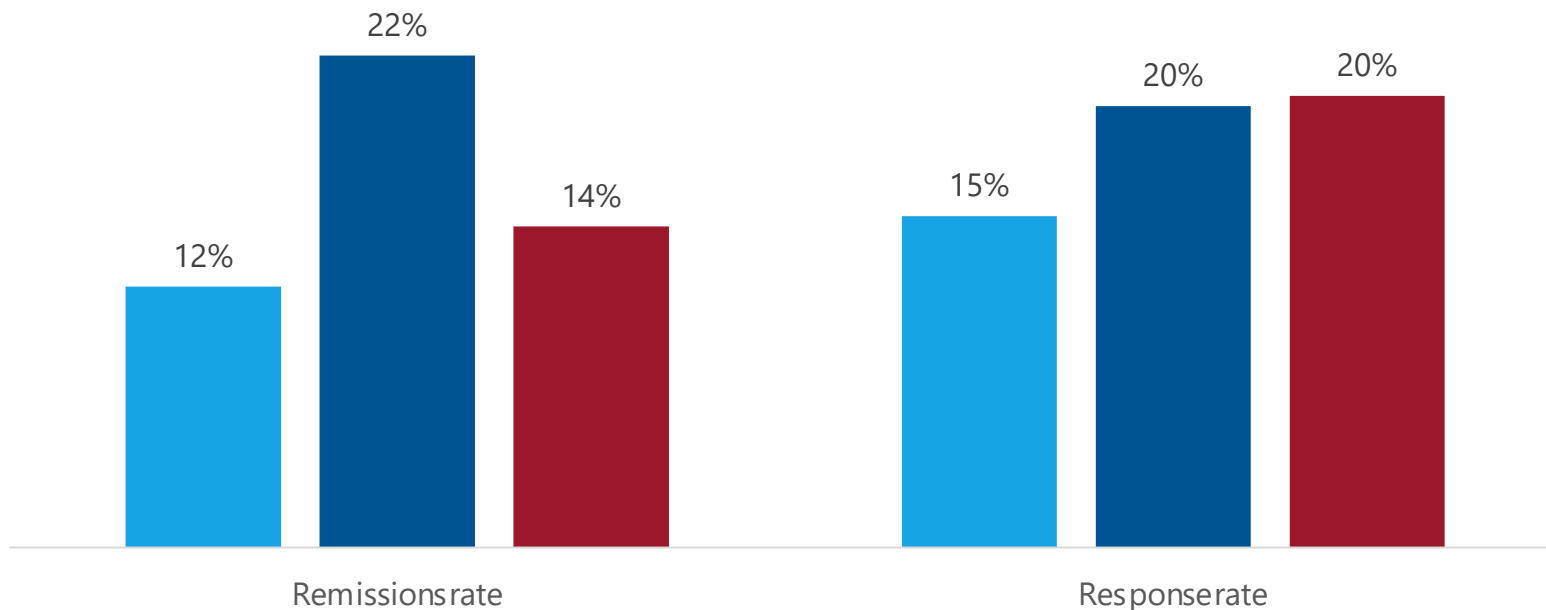


Wirksamkeit stationärer Behandlung

- n = 224 depressive Patient:innen mit Baselinewert > 19 im BDI (mind. mittelgradig depressiv);
- 62% mediziert, 31% davon neu eingestellt während des Aufenthaltes)

Remissions- und Responderaten

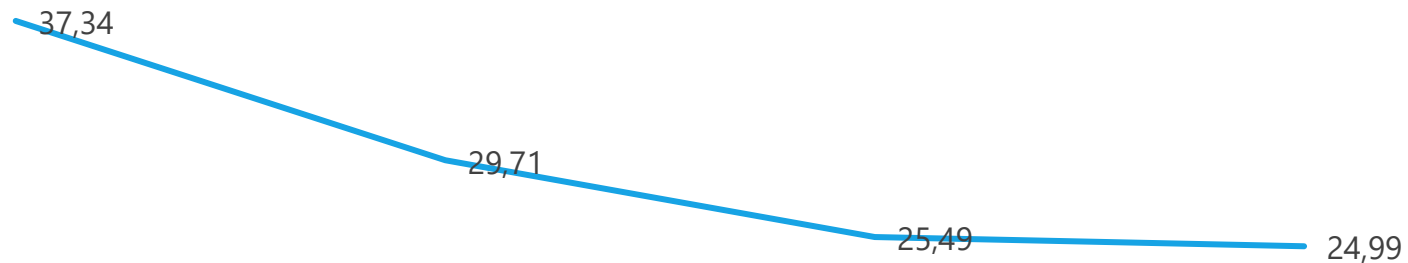
■ T2 ■ T3 ■ T4



Wirksamkeit stationärer Behandlung

n = 224, depressive Pat. mit Baselinewert höher 19

Veränderung der BDI-II Werte im Behandlungs- und Follow-up Verlauf



Baseline

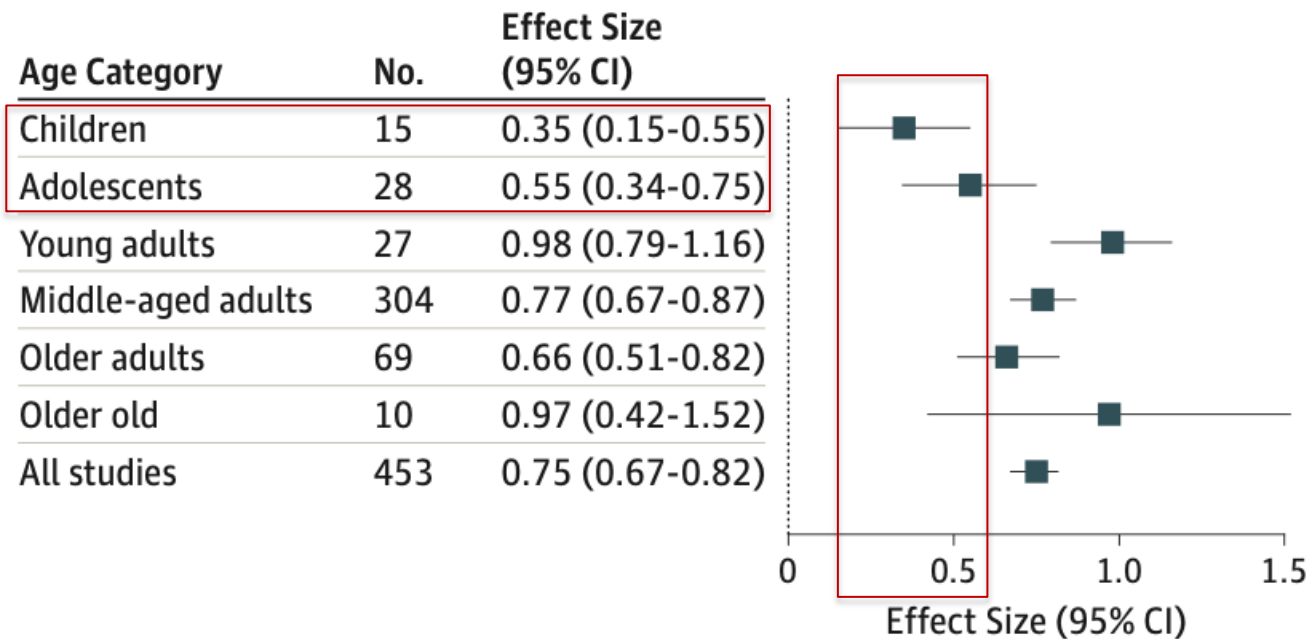
4 Wochen

3 Monate

12 Monate

Wirksamkeit der zur Verfügung stehenden Verfahren

Figure 1. Effect Sizes of Psychotherapies in Different Age Groups



Ergebnisse sind mit Vorsicht zu interpretieren aufgrund großer Heterogenität der Studien und stellenweise schlechter Datenqualität.

Innovatives?

Chronotherapie und Bewegung

Chronotherapie

Antidepressive Behandlungen mit dem schnellsten Wirkeintritt.

Wachtherapie

- Teilweiser oder vollständiger Schlafentzug.
- In der Hälfte der Fälle Verbesserung der Stimmung am Folgetag.

Schlafphasenvorverlagerung

- Stabilisiert Schlafentzugseffekt.

Lichttherapie

- 500 bis 1.000 x heller als Raumlicht (~10.000 Lux).
- Etabliert zunächst bei saisonal bedingter Depression.

Chronotherapie

Evidenz bei Kindern und Jugendlichen:

„Da derzeit keine aussagekräftigen Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen vorliegen, kann keine Empfehlung für oder gegen diese Ansätze ausgesprochen werden.“

Stellungnahme S3-Leitlinie Depression zu Lichttherapie und Wachtherapie im KiJU von 2013).

Lichttherapie: 3 Hammer Pilotstudien

Wirksamkeit auf Depression:

- Insgesamt (n=149) untersucht (Placebo vs. verum 10.000 Lux)
- Depressivität und Funktionsniveau in beiden Gruppen besser.
- Lichttherapie nach 3 Wochen Follow-Up tendenziell besser (Remissionsraten: 46.7 vs 25.9 %).
- **Lichtbrille:** Gleiche Wirksamkeit wie klassische Lichttherapie nach 2 Wochen.

Spezifische Effekte der Lichttherapie:

- Schlaf verbessert sich (Erholtsein größer, weniger ESS/DSS)
- Mehr „Morningness“
- Morningness und Schlafqualität sagen weniger Depressivität vorher (47% der BDI-Varianz).
- **Unerwünschte Wirkungen:** Kopfschmerzen, Schwindel

Wachtherapie

- 1 Nacht plus 14 Tage Lichttherapie.
- Kurzfristige positive Effekte auf Schlafdauer.
- Kein zusätzlicher Effekt nach 2 Wochen.
- Einschränkung: Responder nicht weiterbehandelt.
- Praktische Herausforderungen!

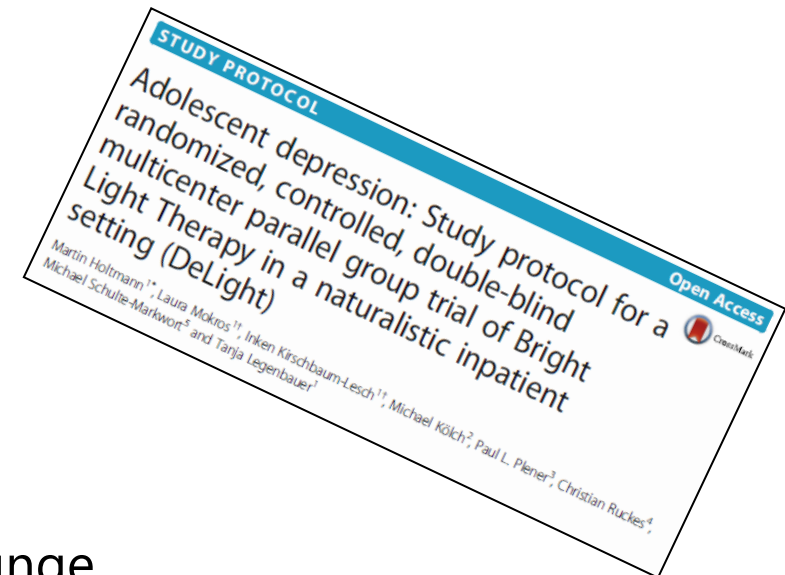


Lichttherapie vs Dim Light

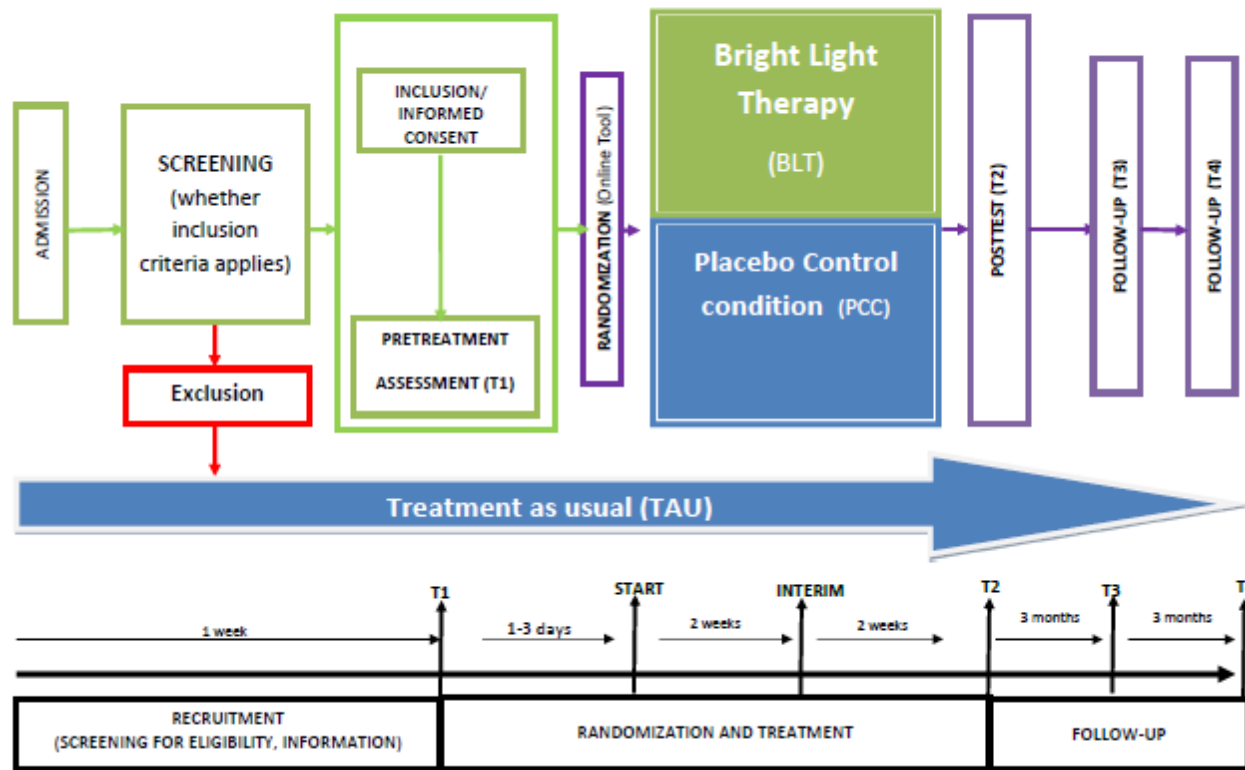
über 4 Wochen zusätzlich zur stationären Regelbehandlung
(n=224).

Einfluss von Lichttherapie auf:

- Symptome der Depression,
 - Responder Status, Dosis
 - Dauer antidepressive Medikation,
 - Schlaf, zirkadianer Rhythmus,
 - Komorbidität, unerwünschte Wirkungen
 - Langzeit-Effekte (6 Monate),
- Studienteams in Hamm, Rostock, Neuruppin, Hamburg; IZKS Mainz. Fördersumme: 1.799.306 € (BMBF).



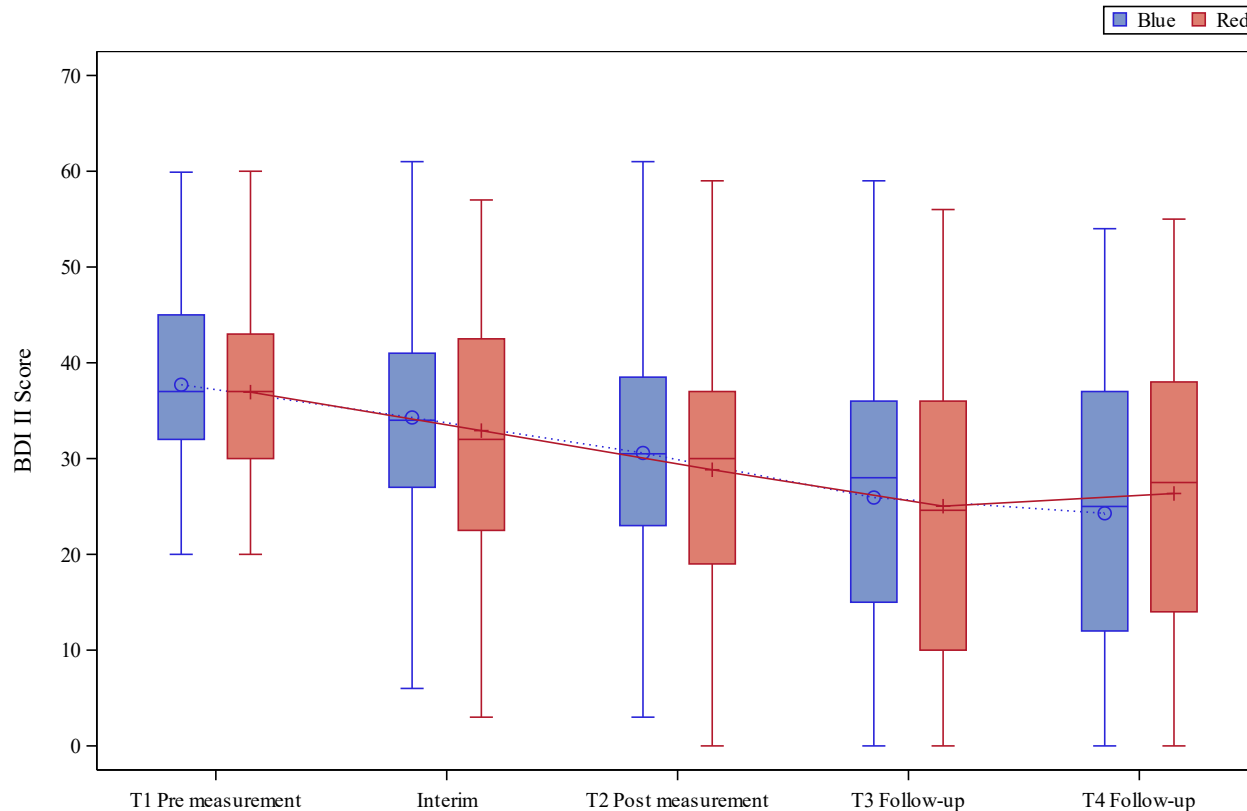
N= 224 stationäre Patienten/-innen im Alter von 12 bis 18 Jahren (15.6 J.; 86% weiblich) Mittelgradige (16%) bis schwere depressive Episode (84%); BDI: 37,3



Depressivität im Verlauf



Graph 1.1.1: Box-whisker plot - BDI II Score
Analysis Set = ITT Population (N=224)



DELIGHT
Source: T:\DMST\Studien\DELIGHT\PROG\TLF\figures.sas

Wir finden keine spezifischen Effekte bei stationären Patient:innen

Kein spezifischer Effekt auf

- Depressivität (Selbsturteil; Kliniker)
- Schlaf
- Neubeginn Medikation
- Allgemeine Psychopathologie (SDQ), Alertness (TAP), ...



GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Kein Einfluss von

- Schwere der Depression (mäßig vs schwer)
- begleitender Medikation
- Jahreszeit
- Geschlecht
- Anzahl der Sitzungen (bei 70%: ≥ 16 Sitzungen länger als 20 min)

Nebenwirkungen: etwas häufiger typische AE (Kopfschmerzen 17 vs 7%; Übelkeit 4 vs 0%; insgesamt 25 vs 20%) bei BLT.

Lichttherapie für wen?



Bei Jugendlichen mit ausgeprägter Depression:

- kein spezifischer Effekt von BLT zusätzlich zur stationären Behandlung.
- Weltweit größte Studie zu Lichttherapie bei Depression.
- Hoher methodischer Standard.

Meta-Analyse an Erwachsenen (Tao et al 2020):

- Sign. Effekte nur bei ambulanten (SMD 0.45), nicht bei stationären Patienten (SMD 0.27).
- „Größte Wirksamkeit als Monotherapie bei ambulanten Patienten mit weniger depressiven Symptomen und geringer Komorbidität“.

Fazit & Ausblick



- Kein Beleg, dass BLT bei stationär behandelten Jugendlichen mit ausgeprägter Depression einen zusätzlichen spezifischen Effekt hat.
- Ergebnisse in Kontrast zu positiven Erfahrungen im Einzelfall.
- Wirksamkeit bei leichter Depression und bei ambulanten Kindern und Jugendlichen nicht untersucht.
- Wachtherapie/Schlafentzug: Studien stehen aus.

Lichttherapie als möglicher Behandlungsansatz

- bei ambulanten Patienten / leichter Depression?
- anderen Erkrankungen mit Schlafstörungen?
- als „Behandlungs-Ritual“ mit unspezifischen (und spezifischen?) Effekten?

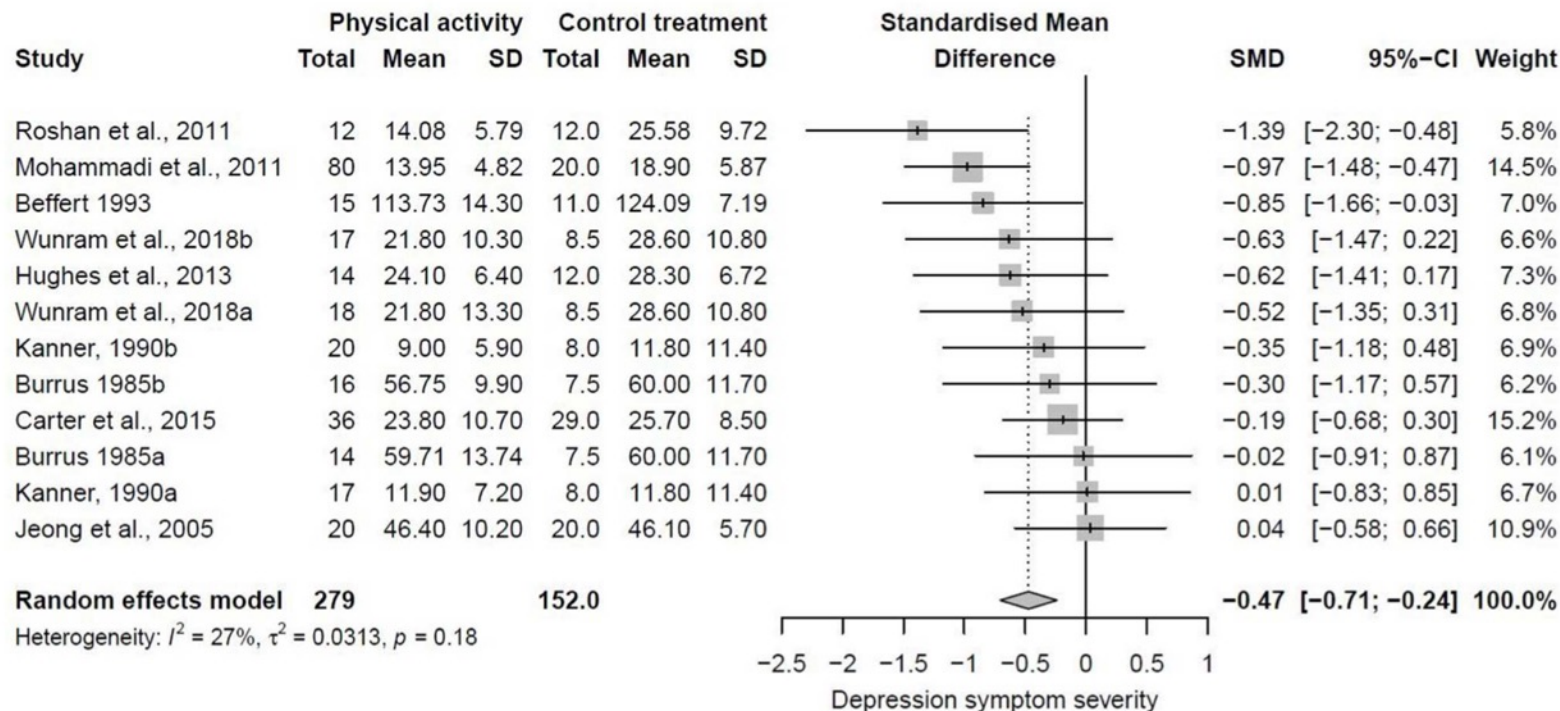
Sport- und Bewegungstherapie

Mehrere Metaanalysen belegen antidepressive Wirkung von Sport bei Jugendlichen bei guter Annahme der Intervention (niedrige Dropout-Quote).



Sport- und Bewegungstherapie

Mehrere Metaanalysen belegen antidepressive Wirkung von Sport bei Jugendlichen.



Moderatoren des antidepressiven Effekts

Annahme, dass Wirkung vermittelt über

- Reduktion hormoneller Stressantwort (bspw. Kortisol) und Neuroinflammation (z.B. pro-inflammatorische Zytokine)
- Verbesserung der Neurogenese.

Wichtig:

- größte Effekte bei moderater körperlicher Aktivität gefunden!

PA characteristics:

Intensity

• Low	3	130	-0.08	-0.43 to 0.27	$p = 0.6363$	$Q = 0.38, df = 2, p = 0.83, \tau^2 = 0, I^2 = 0\%$	$Q\text{-between} = 6.72, df = 2, p = 0.03$
• Moderate	4	174	-0.82	-1.27 to -0.36	$p = 0.0004$	$Q = 3.7, df = 3, p = 0.30, \tau^2 = 0.0695, I^2 = 18.9\%$	
• Vigorous	5	127	-0.51	-0.88 to -0.14	$p = 0.0074$	$Q = 2.11, df = 4, p = 0.72, \tau^2 = 0, I^2 = 0\%$	

Intensity_2

• Low	3	130	-0.08	-0.43 to 0.27	$p = 0.6363$	$Q = 0.38, df = 2, p = 0.83, \tau^2 = 0, I^2 = 0\%$	$Q\text{-between} = 7.27, df = 1, p = 0.007$
• Moderate to vigorous	9	301	-0.68	-0.94 to -0.42	$p < 0.0001$	$Q = 7.41, df = 8, p = 0.49, \tau^2 = 0, I^2 = 0\%$	

Allgemeine Empfehlungen zur Bewegung im Kindes- und Jugendalter

Säuglinge und Kleinkinder
1. Säuglinge und Kleinkinder sollten so wenig wie möglich in ihrem natürlichen Bewegungsdrang gehindert werden und sich so viel wie möglich bewegen; auf sichere Umgebungsbedingungen ist zu achten.
Kindergartenkinder (4–6 Jahre)
2. Für Kindergartenkinder soll eine angeleitete und nichtangeleitete Bewegungszeit von 180 min/Tag und mehr erreicht werden.
Grundschulkinder (6–11 Jahre)
3. Für Kinder ab dem Grundschulalter soll eine tägliche Bewegungszeit von 90 min und mehr mit moderater bis intensiver Intensität erreicht werden. 60 min davon können durch Alltagsaktivitäten, z. B. Schulweg, jedoch mindestens 12 000 Schritte/Tag absolviert werden.
Jugendliche (12–18 Jahre)
4. Für Jugendliche soll eine tägliche Bewegungszeit von 90 min und mehr mit moderater bis intensiver Intensität erreicht werden. 60 min davon können durch Alltagsaktivitäten, z. B. mindestens 12 000 Schritte/Tag absolviert werden.
Spezifische Aspekte
5. Besonderheiten, aber auch Neigungen, Bedürfnisse und mögliche Barrieren der jeweiligen Zielgruppe, z. B. Alter, Geschlecht, soziokulturelle Faktoren, sollen berücksichtigt werden.
6. Allgemein soll eine Förderung der motorischen Leistungsfähigkeit alters- und geschlechtsangepasst werden.
7. Ab dem Grundschulalter soll zur Verbesserung von Kraft und Ausdauer an 2–3 Tagen pro Woche intensive Beanspruchung der großen Muskelgruppen erfolgen, jeweils unter Berücksichtigung des jeweiligen Entwicklungsstandes.
8. Bewegungsarme Kinder und Jugendliche sollten schrittweise an das Ziel herangeführt werden, z. B. durch zunächst 30 min Bewegung an 1–2 Tagen pro Woche. Anschließend werden der zeitliche Umgang, dann die Intensität gesteigert.
Sitzende Tätigkeiten in der Freizeit/Bildschirmmedien
Vermeidbare Sitzzeiten sollten auf ein Minimum reduziert werden. Neben (motorisiertem) Transport, z. B. in Babyschale oder Kindersitz oder unnötig im Haus verbrachten Zeiten, betrifft dies insbesondere die Reduktion des Bildschirmmedienkonsums auf ein Minimum:
– Säuglinge und Kleinkinder: 0 min
– Kindergartenkinder: möglichst wenig, maximal 30 min/Tag
– Grundschulkinder: möglichst wenig, maximal 60 min/Tag
– Jugendliche: möglichst wenig, max. 120 min/Tag
¹ Moderate Intensität entspricht einer leichten Steigerung der Herzfrequenz bzw. etwas angeregter Atmung (s.a. http://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/children/); ² Intensive Intensität entspricht einer deutlichen Steigerung der Herzfrequenz bzw. erheblich angeregteren Atmung (http://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/children/)

Ausblick

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

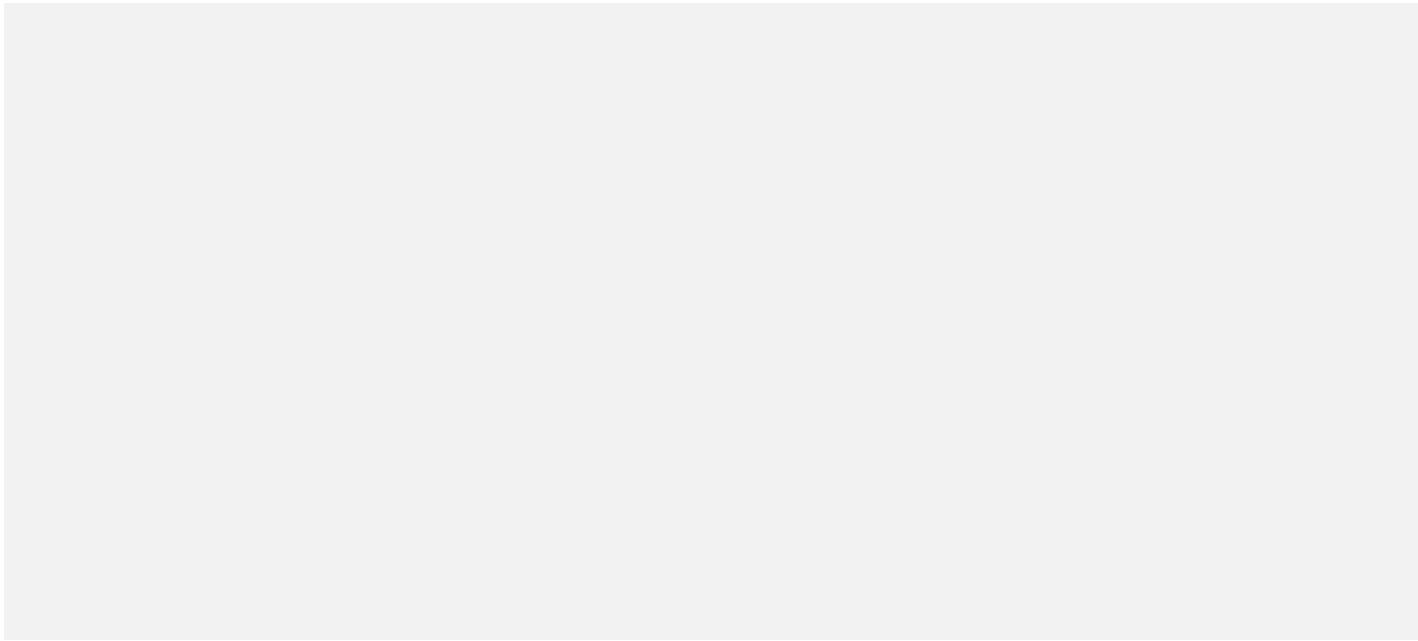
Lars Libuda^{1,2} · Nina Timmesfeld^{3,4} · Jochen Antel¹ · Raphael Hirtz^{1,5} · Jens Bauer⁵ · Dagmar Führer⁶ · Denise Zwanziger⁶ · Dana Öztürk¹ · Gina Langenbach¹ · Denise Hahn¹ · Stefanie Ring¹ · Triinu Peters¹ · Anke Hinney¹ · Judith Bühlmeier¹ · Johannes Hebebrand¹ · Corinna Grasmann^{5,7} · Manuel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



Review

Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS): A Promising Treatment for Major Depressive Disorder?

Djamila Bennabi * and Emmanuel Haffen



Merke Teil 2

- Metaanalysen bestätigen die Empfehlung der aktuell gültigen Leitlinien.
- Behandlungserfolg im Kindes- und auch Jugendalter allerdings kleiner als im Erwachsenenalter.
- Innovation dringend notwendig:
 - Lichttherapie ggf. für das ambulante Setting geeignet.
 - Bewegung erscheint vielversprechend als additives Behandlungselement.

Gedicht einer an Depressionen erkrankten jugendlichen Patientin

Stern...

Langsam gehe ich..
Die Straße ins Nichts..
Es ist dunkel..
Der Nebel schlägt mir ins Gesicht..

Doch da, in der Ferne,
Leuchtet ein Stern..
Ich möchte ihn halten..
Doch ist er so fern..

Meine Schritte werden schneller..
Doch erreiche ihn nicht..
Mein Ich fällt zu Boden..
Ich schaffe es nicht..

Eine Stimme in mir..
Erzählt mir vom Licht..
Sie will mir helfen..
Doch ich beachte sie nicht..

Der Stern ist erloschen..
Mein Vertrauen verlör'n..
Hätt ich ihn genommen..
Wäre mein Ich neu gebor'n..

Danke für die Aufmerksamkeit