

Depressive Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Susanne Mudra, Michael Schulte-Markwort



Depressive Störungen zählen zu den häufigsten psychiatrischen Krankheitsbildern und zeigen ihren Ursprung vielfach bereits im Kindesalter. Das klinische Bild kann sich jedoch deutlich von dem Erwachsener unterscheiden. Der Artikel gibt einen Einblick in Störungsbild, altersspezifische Symptomatik sowie diagnostische Herangehensweisen und Behandlungsansätze depressiver Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter.

Häufigkeit und Verlauf

Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter stellen für die Betroffenen ein erhebliches Entwicklungsrisiko dar. Prävalenzraten variieren je nach Erhebungsart, Klassifikationssystem und untersuchter Stichprobe. In der bundesweiten BELLA-Studie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung zeigten sich bei 5,4% der Kinder und Jugendlichen zwischen 7 und 17 Jahren Anzeichen für eine depressive Störung [1]. Die Häufigkeit einer diagnostizierbaren Erkrankung reicht von 0,5–2,1% im Vorschulalter bzw. bis zu 3,4% im Grundschulalter, während sich je nach Studie im Jugendalter Prävalenzen zwischen 3,2% und 8,9% finden lassen [2–5]. Während das Geschlechterverhältnis vor der Pubertät ausgeglichen ist, sind ab der Adoleszenz mehr Mädchen betroffen. Die Häufigkeit steigt bei beiden Geschlechtern ab dem Jugendalter deutlich an. Man geht davon aus, dass jeder 10. Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr bereits eine depressive Episode erlebt hat [6]. Depressive Störungen im Kindesalter zeigen höhere Remissionsraten als im Erwachsenenalter bei einer mittleren Dauer von 7–9 Monaten. Jedoch kommt es im Kindes- und Jugendalter innerhalb von 5 Jahren in bis zu 72% der Fälle zu Rezidiven. Betroffene haben ein deutlich erhöhtes Risiko, auch als Erwachsene unter Depressionen zu leiden [2, 7].

Merke

Etwa jeder 10. Jugendliche hat bis zum 18. Lebensjahr bereits eine depressive Episode erlebt [6].

Ätiologie

Die Entstehung depressiver Störungen wird als Zusammenspiel genetischer, neurobiologischer, persönlicher, sozialer und familiärer Faktoren angesehen („multifaktorielle Genese“).

Auf neurobiologischer Ebene wird ein gestörter Neurotransmitterhaushalt mit der Entwicklung depressiver Störungen in Zusammenhang gebracht. Im Sinne der sogenannten Serotonin-Mangel-Hypothese erachtet man eine unzureichende Verfügbarkeit des Botenstoffs Serotonin als mitursächlich für die Genese depressiver Erkrankungen und somit für eine erhöhte Vulnerabilität der Betroffenen. Auch andere Transmitter wie Noradrenalin oder Dopamin zeigten eine Assoziation zu depressiven Symptomen und konnten bereits in der Behandlung genutzt werden. Darüber hinaus gibt es Befunde, die eine gestörte Regulation der Hypothalamus-Hypophysen-Achse mit erhöhter Cortisolsekretion bei Betroffenen nahelegen [2, 3].

Merke

Depressive Störungen zeigen eine deutliche familiäre Häufung.

Die Erblichkeit der Depression, insbesondere bei schweren Formen und frühem Beginn, wird mit bis zu 50–70% angegeben. Aber auch Verwandte ersten Grades wie beispielsweise Geschwister von Erkrankten weisen ein mindestens 3-fach erhöhtes Risiko auf, ebenfalls eine unipolare depressive Erkrankung zu entwickeln. Im Fall der bipolaren affektiven Erkrankungen sind die Raten sogar noch höher [2, 8].

Risikofaktoren

Es gibt zahlreiche Belege, dass die Interaktion zwischen depressiv erkrankten Eltern und ihren Kindern von frühester Kindheit an nachhaltig beeinträchtigt sein kann [9]. Sowohl depressive als auch ängstliche mütterliche Symptome zeigten Zusammenhänge zur Entwicklung einer frühkindlichen Depression (Manual bei [10]). Dabei rückt auch die Zeit der Schwanger-

schaft in den Fokus von Untersuchungen, und verschiedene Studien konnten eine Assoziation zwischen pränataler Depression und einem erhöhten kindlichen Risiko für emotionale Auffälligkeiten oder Depression belegen [11, 12].

Viele Kinder psychisch oder körperlich erkrankter Eltern leben zudem unter psychosozial deutlich erschwerten Lebensbedingungen (z. B. finanzielle, existenzielle Sorgen, Betreuungsdefizite, Schuldgefühle oder Parentifizierung mit dem erkrankten Elternteil, tabuisierter Umgang mit der Erkrankung, erhöhtes Misshandlungsrisiko), was wiederum die Entwicklung depressiver Symptome beim Kind deutlich begünstigen kann.

Merke

Ein positives Familienklima sowie das Erleben von Selbstwirksamkeit und unterstützender sozialer Beziehungen stellen wichtige Schutzfaktoren dar [4, 13].

Als wichtige Prädiktoren für depressive Störungen im frühen Kindesalter zeigten sich neben einer positiven Familienanamnese das kindliche Temperament (negative Emotionalität, Verhaltenshemmung, weniger positive Emotionalität), chronische Erkrankungen sowie negative Lebensereignisse [10]. Zu beachten sind darüber hinaus auch selbsterhaltende Faktoren der Depression (z. B. durch sekundäre soziale Isolation oder Bestätigung erlebter Sinn- oder Hoffnungslosigkeit) [3]. Familiäre oder persönliche Faktoren, die eine Depression begünstigen können, fasst die folgende Übersicht zusammen (vgl. [2–4]).

FAMILIÄRE ODER PERSÖNLICHE RISIKOFAKTOREN

- psychische oder körperliche Erkrankung der Eltern
- abweichendes elterliches Verhalten (z. B. Alkoholismus, impulsiver oder autoritärer Erziehungsstil)
- anhaltende Disharmonie in der Familie
- Verlust eines Elternteils
- frühkindliche oder längerdauernde emotionale Deprivation
- niedriger sozialer Status, sozioökonomische Belastungen
- soziokulturelle Konflikte, Migration
- ein Mangel an Freunden, unzureichende soziale Unterstützung und Anerkennung (z. B. beim Vorliegen anhaltender Konflikte in der Peer Group)
- geringe Selbstwirksamkeit, negatives Selbstbild (z. B. auf den eigenen Körper bezogen)
- unzureichende Strategien der Affektregulation
- Temperaments- oder Persönlichkeitsfaktoren
- chronische Erkrankungen, Körper- oder Sinnesbehinderungen
- überzogene Leistungserwartungen oder inadäquate Beschulung (Unterforderung/Überforderung, unerkannte Teilleistungsstörung u. a.)
- sexuelle/körperliche Misshandlungserfahrungen

► **Tab. 1** Erkrankungen mit depressiver Symptomatik nach ICD-10.

F32 Depressive Episode	Leichte, mittelgradige oder schwere Episode von Niedergestimmtheit, Interessenverlust, Antriebslosigkeit über mindestens 2 Wochen mit oder ohne psychotische Symptomatik.
F33 Rezidivierende depressive Störung	Wiederholtes Auftreten depressiver Episoden, bei Abwesenheit von manischen Episoden („unipolare Depression“ in Abgrenzung zur „bipolaren Störung“ (F31), vgl. Differenzialdiagnosen)
F34.0 Zyklotyme Störung	Andauernde Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Episoden leichter Depression und leicht gehobener Stimmung, Dauer bei Kindern und Jugendlichen mindestens 1 Jahr
F34.1 Dysthymie	Konstante/wiederkehrende depressive Stimmung, ohne dass die einzelnen Episoden die Ausprägung einer depressiven Episode erreichen, Dauer bei Kindern und Jugendlichen mindestens 1 Jahr
F41.2 Angst und depressive Störung gemischt	Gleichzeitiges Bestehen beider Störungen, ohne dass eine von beiden vorherrscht
Anpassungsstörung <ul style="list-style-type: none"> ▪ F43.20 Kurze depressive Reaktion ▪ F43.21 Längere depressive Reaktion ▪ F43.22 Angst und depressive Reaktion, gemischt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorübergehende leichte depressive Reaktion auf eine Belastungssituation, Dauer maximal 1 Monat ▪ Leichte depressive Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, Dauer maximal 2 Jahre ▪ Angst und depressive Symptome als Reaktion auf Belastungssituation
F92.0 Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	Anhaltende, depressive Symptome in Kombination mit einer Störung des Sozialverhaltens

Klassifikation

Die Klassifikation depressiver Störungen richtet sich im Kindes- und Jugendalter nach Kernsymptomatik, Dauer und insbesondere dem Schweregrad der Beeinträchtigung. Neben dem Vorliegen einer depressiven Episode (ICD-10: F32), können depressive Symptome auch Ausdruck anderer zugrunde liegender Erkrankungen sein. Eine Auswahl relevanter Krankheitsbilder im Kindes- und Jugendalter gibt ► **Tab. 1** (vgl. [3]).

Die Kriterien einer depressiven Episode nach der ICD-10 der WHO orientieren sich am Erwachsenenalter und es gibt bislang keine spezifische Anpassung für Kinder und Jugendliche. Depressive Störungen können im Kindesalter jedoch ein deutlich abweichendes klinisches Bild aufweisen. Dabei erscheint weniger das biologische, denn das Entwicklungsalter des Kindes relevant. Es hat sich für jüngere Kinder die ergänzende Orientierung an den Leitlinien für psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter sowie den internationalen diagnostischen Kriterien für das Säuglings- und Kleinkindalter nach „Zero to Three“ bewährt (vgl. [10, 14–16]).

Bei Kindern und Jugendlichen jeden Alters ist es zudem essenziell, die Diagnostik nach dem Multiaxialen Klassifikationsschema (MAS) vorzunehmen. Das MAS bildet nicht nur die psychiatrische Hauptdiagnose, sondern zusätzliche Faktoren ab, die die Entwicklung und das Krankheitsbild des Kindes oder Jugendlichen entscheidend begleiten oder beeinflussen können. Das MAS umfasst 6 Ebenen (s. Kasten und vgl. [16]).

Klinisches Bild

Eine depressive Episode wird nach ICD-10 in Hauptsymptome und Zusatzsymptome unterteilt. Dabei ist das Vorliegen depressiver Symptome über einen Zeitraum von mindestens 2 Wochen erforderlich. Die Hauptsymptome müssen stets erfüllt sein, während sich an der Anzahl der Zusatzsymptome die Einteilung des Schweregrades in leicht (<2), mittelgradig (3–4) und schwer (>4) bemisst.

Im Gegensatz zum Erwachsenenalter richtet sich die Einteilung des Schweregrads und der erforderlichen Therapiemaßnahmen jedoch nicht primär nach der Anzahl der Haupt- und Zusatzsymptome, sondern eher nach der Schwere der Beeinträchtigung der Alltagsfunktionalität und dem Vorliegen biopsychosozialer Risiken nach MAS [2–4, 7, 16].

MULTIAXIALES KLASSIFIKATIONSSCHEMA (MAS) NACH ICD-10

- I. Klinisch-psychiatrisches Syndrom (F-Diagnose/n nach ICD-10)
- II. Umschriebene Entwicklungsrückstände (z. B. Teilleistungsstörungen)
- III. Intelligenzniveau (z. B. Hinweise auf schulische Unter-/Überforderung)
- IV. Körperliche Symptomatik (z. B. chronische Erkrankungen, Hinweise auf somatogene Depression)
- V. Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (z. B. psychische Störungen oder abweichendes Verhalten innerhalb der Familie, akut belastende Lebensereignisse, chronische zwischenmenschliche Belastung in der Schule u. v. m.)
- VI. Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (neun Stufen)

SYMPTOMATIK DER DEPRESSIVEN EPISODE NACH ICD-10 (VGL. [7, 16])

Hauptsymptome

1. Depressive, gedrückte Stimmung
2. Interessenverlust, Freudlosigkeit
3. Antriebslosigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Aktivitätseinschränkung

Zusatzsymptome

1. reduzierte Konzentration und Aufmerksamkeit, Unentslossenheit
2. vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
3. Schuldgefühle, Gefühle der Wertlosigkeit
4. pessimistische Zukunftsgedanken, Negativismus
5. suizidale Gedanken, Selbstverletzung, Suizidversuch
6. Schlafstörungen
7. reduzierter oder gesteigerter Appetit

Subtypisierung

Somatisches Syndrom, psychotische Symptome

Im Vorschulalter zeigen sich insbesondere die Anhedonie sowie Schuldgefühle, Erschöpfung (Fatigue) und ein gereizter Affekt mit Depressionen assoziiert. Der Einschätzung des Spielverhaltens kommt in der Diagnostik der Depression im Vorschulalter eine zentrale Bedeutung zu, welche sich u. a. durch Spielunlust, auffällige Spielinhalte, Selbstabwertung oder Entscheidungsprobleme bemerkbar machen kann [14, 15].

Merke

Depressive Störungen können bereits ab dem 3. Lebensjahr diagnostiziert werden und subsyndromale Formen können sich noch früher zeigen.

► **Tab. 2** Auswahl depressiver Symptome nach Entwicklungsalter.

Kleinkind-/Vorschulalter	Kindesalter	Jugendliche/Adoleszenz
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anhedonie ▪ Fatigue ▪ gereizter Affekt ▪ trauriger Ausdruck ▪ Aggression, Schuld, Gefühl der Wertlosigkeit, z. T. auch als Themen im Spiel ▪ Entwicklungsauffälligkeiten ▪ Essprobleme ▪ Schlafstörungen (Alpträume, Ein-/Durchschlafstörungen) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schuldgefühle ▪ schulische Probleme ▪ psychomotorische Anspannung ▪ Konzentrationsprobleme ▪ Trotzen, aggressives Verhalten, ▪ Verbales Berichten über Traurigkeit und Suizidalität ▪ Somatische Symptome (Bauch-, Kopfschmerz u. a.) ▪ Ess-/Schlafstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traurigkeit, Antriebslosigkeit ▪ Interessenverlust, schulische Probleme, Selbstunsicherheit ▪ sozialer Rückzug, Verweigerung, läppischer Affekt, Wut, Angst ▪ Stimmungs labilität ▪ selbstverletzendes Verhalten ▪ Suizidalität ▪ psychosomatische Symptome, u. a. Morgentief, Erschöpfung, Schwindel, Ess-/Schlafstörung

Symptome wie Schlafstörungen oder Appetitmangel, die im Erwachsenenalter häufig sind, können sich auch bei Kindern zeigen. Darüber hinaus ist das Vorliegen von psychosomatischen Beschwerden, Konzentrationsproblemen, psychomotorischer Unruhe oder auch externalisierenden Auffälligkeiten und oppositionellen Verhaltensweisen im Kindesalter häufig. Dadurch ergeben sich sekundär vielfach schulische Schwierigkeiten, Leistungsabfall oder auch Schulabsentismus. Ab dem Schulalter können zudem suizidale Gedanken und Impulse auftreten, die vor dem 10. Lebensjahr eher selten sind. Ab dem Jugendalter zeigen die Symptome immer mehr Parallelen zu dem für das Erwachsenenalter typi-

schen Vollbild einer depressiven Störung mit Niedergestimmtheit, Interessenverlust und Erschöpfung bzw. Antriebsmangel. Die klassischen Symptome können sich aber auch bereits bei Vorschul- und Schulkindern zeigen [14]. ► **Tab. 2** zeigt mögliche entwicklungsabhängige Symptome nach Altersgruppen (vgl. [2–4, 15]).

Durch die Fülle möglicher Symptome im Kindes- und Jugendalter und die schwierige Abgrenzung von alters-typischen Verhaltensweisen beispielsweise in der Pubertät wird die Diagnosestellung teilweise deutlich verzögert.

Beeinträchtigungen der altersentsprechenden Entwicklung sind bei Kindern und Jugendlichen immer explizit und aktiv zu erheben. Diese können als Folge der Erkrankung oder auch als Begleitsymptom auftreten und den Schweregrad wie auch die Prognose der Erkrankung nachhaltig beeinflussen. Hierbei sind die soziale Isolation bzw. das Vorhandensein von Freunden oder sozialer Unterstützung in der Peer-Group, ein regelmäßiger Schulbesuch, aber auch stabile innerfamiliäre Bezugspersonen besonders hervorzuheben. Beim Vorliegen chronischer Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus) kann sich die Depression zudem durch eine Verweigerung notwendiger Prozeduren oder eine unzureichende Compliance bis hin zur Selbstgefährdung äußern. Insbesondere im Jugendalter ist hier die Abgrenzung von altersentsprechend pubertärem Verhalten zuweilen herausfordernd.

Merke

Die Diagnostik sollte stets durch Kollegen/innen erfolgen, die eine umfassende Erfahrung in der psychi- atrisch-psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen unterschiedlicher Entwicklungs- alter aufweisen.

FALLBEISPIEL

Ein 8-jähriger Junge wird von seinen besorgten Eltern vorgestellt. Das sonst ausgeglichene und fröhliche Kind gerate wiederholt in Wutausbrüche, sei leicht reizbar und weise ausgeprägte Stimmungsschwankungen auf. Er wirke freudlos, unzufrieden, verweigere Familienaktivitäten und gerate immer wieder in Konflikte mit seiner kleinen Schwester. Danach scheine er sich zu schämen, frage seine Eltern neuerdings beim Zubettgehen, ob sie ihn noch „lieb haben“ würden und sei sehr anhänglich. Schon immer sei er eher schüchtern, wünsche kaum Besuch durch Kinder zu Hause und spiele lieber alleine oder lese Bücher. Als Säugling sei er sehr anpassungsfähig gewesen und wird als „sehr brav“ beschrieben. Im Rahmen der umfassenden Diagnostik zeigt sich ein liebevolles familiäres Umfeld und ein ressourcenreicher Junge ohne bekannte Risikofaktoren. Es wird deutlich, dass sich die Symptomatik schleichend seit Schulbeginn vor zwei Jahren entwickelt zu haben scheint. In der erweiterten Diagnostik ergeben sich deutliche Hinweise auf eine depressive Entwicklung. Die umfassende Leistungstestung zeigt ein überdurchschnittliches, aber inhomogenes Intelligenzprofil. Der Verdacht auf eine Lese-Rechtschreib-Störung sowie eine motorische Dyspraxie erhärten sich in der Gesamtschau. Die depressive Symptomatik scheint sekundär aufgrund der unerkannten Teilleistungsstörungen entstanden und klingt im Verlauf nach Einbezug der Lehrer und Veränderung der schulischen Bedingungen deutlich ab.

Diagnostisches Vorgehen bei Kindern und Jugendlichen

ELEMENTE DER DIAGNOSTIK

- Anamnese: Eigenanamnese sowie (erweiterte) Fremdanamnese, Familienanamnese
- körperliche Untersuchung und umfassender Ausschluss somatischer Ursachen (je nach Symptomatik inkl. Labor, EKG, EEG, (c)MRT sowie ggf. weiterer gastroenterologischer/neuropädiatrischer Abklärung)
- psychopathologischer Befund
- kognitive Untersuchung mittels Leistungstestung, z. B. Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC-IV [17])
- strukturierte Interviews, z. B. diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS, [18]) oder im Vorschulalter PAPA (The Preschool Age Psychiatric Assessment, [19])
- Fragebögen: Preschool Feeling Checklist für das Vorschulalter [20]), Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche zwischen 8–17 Jahren (DIKJ, [21]), Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS, [22]) für Kinder 6–12 Jahre, Beck-Depressions-Inventar ab 13 Jahren (BDI-II, [23])
- projektive Testungen (z. B. Satzergänzungstest RIBS (Rotter Incomplete Sentences Blank, [24])

Verhaltensbeobachtung, Beobachtung einer Spielsituation, ggf. strukturierte Interaktionsbeobachtung zwischen Eltern und Kind

Merke

Eine kognitive Leistungstestung kann durch die depressive Symptomatik verfälscht werden und ist in der akuten Episode kontraindiziert.

Zentrale Grundlage einer gelungenen Diagnostik ist es, einen vertrauensvollen Kontakt zum betroffenen Kind oder Jugendlichen aufzubauen. Dabei kann es sich je nach Entwicklungsalter beim Vorschulkind um eine gemeinsame Spielsituation mit den primären Bezugspersonen handeln, wohingegen sich viele Jugendliche einen Termin ohne die Anwesenheit der Eltern wünschen. Vielfach wird von Kindern und Jugendlichen die Wahrung der Schweigepflicht gegenüber den Sorgeberechtigten erwartet, wobei rechtliche Rahmenbedingungen und Grenzen der ärztlich-psychotherapeutischen Schweigepflicht zu Beginn der Diagnostik und Behandlung transparent mit allen Familienmitgliedern besprochen werden sollten.

Anamnese

In die Erhebung von subjektiven Sorgen und Wünschen sind Kinder und Jugendliche angemessen an das individuelle Entwicklungsalter stets eng einzubeziehen. Darüber hinaus sind Gespräche mit Eltern und Jugendlichen gemeinsam sowie Elterngespräche ohne Anwesenheit der Kinder essenziell. Neben einer strukturierten Fremdanamnese durch die Eltern oder primäre Bezugspersonen sollte mit dem Einverständnis der Sorgeberechtigten auch das erweiterte Betreuungs- oder Helfersystem einbezogen werden wie Kindertagesstätte, Schule, ggf. Jugendamt oder weitere Familie, Freunde sowie alle (Vor-)Behandler/innen. Dies ergänzt die Einschätzung der krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen oder Entwicklungsgefährdung oftmals entscheidend.

Inhalte der Anamnese umfassen neben dem genauen Beginn der Symptomatik, der Dauer und dem Verlauf der Symptome (z. B. schleichender Prozess versus akuter Symptomausbruch?) mögliche auslösende Ereignisse in Familie, Peer-Group oder im schulischen Kontext (Konzentration? Hyperaktivität? Mitarbeit? Soziales Netz? Leistungsknick?). Im Rahmen der Familienanamnese ist eine mögliche Prädisposition für psychiatrische Erkrankungen – insbesondere für unipolare Depression und bipolare Erkrankungen – seitens Verwandter erster Ordnung zu erheben. Zudem sollten somatische Erkrankungen erfragt werden sowie eine Medikations- und Suchtanamnese erfolgen. Im Gespräch mit den Bezugspersonen ist es wichtig, sowohl die kindliche Biografie als auch die psychosozialen Lebensbedingungen der Familie und das familiäre Klima unter den wichtigsten Bindungspersonen des Kindes einzuschätzen.

PRAXISTIPP

Trotz der großen Belastung, die depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter für die gesamte Familie bedeuten können, ist seitens der Behandler darauf zu achten, nicht nur auf Probleme oder Defizite des Kindes zu fokussieren, sondern gelungene Entwicklungsschritte, Stärken und Interessen des Kindes sowie positive gemeinsame Beziehungserfahrungen herauszuarbeiten, die im Verlauf zu entscheidenden Ansatzpunkten der Behandlung werden können.

Ein weiterer essenzieller Baustein der Diagnostik ist die Erhebung eines psychopathologischen Befundes, der sowohl auf den erhobenen Informationen der Eigen- und Fremdanamnese als auch auf den Beobachtungen der Verhaltensweisen des Kindes und der Interaktion der Familienmitglieder untereinander basiert. Ebenen des psychopathologischen Befundes im Kindes- und Jugendalter fasst folgende Box zusammen.

EBENEN DES PSYCHOPATHOLOGISCHEN BEFUNDES (VGL. [3, 4])

1. Äußeres Erscheinungsbild, Interaktions- und Kontaktverhalten
2. Bewusstseinsstörungen, Orientierung
3. Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis
4. Antrieb, Psychomotorik
5. Denken, Denkstörungen (formal/inhaltlich)
6. Wahrnehmung, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen
7. Stimmung, Affekt, Schwingungsfähigkeit
8. Zwänge, Ängste, Suchtverhalten
9. Vegetativum, somatoforme Symptome
10. Suizidalität, Absprachefähigkeit, Fremdgefährdung

PRAXISTIPP

Spätestens ab dem Grundschulalter müssen suizidale Gedanken oder Handlungsimpulse stets aktiv vom Behandler erfragt werden.

Suizidalität

Eine der schwersten Komplikationen depressiver Erkrankungen stellt die Suizidalität dar. Suizidversuche sind bei Mädchen häufiger als bei Jungen, während mehr junge Männer als Frauen Suizide umsetzen. Suizidgedanken und -pläne sowie etwaige Suizidversuche sollten deshalb in jeder kinderpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Exploration als Teil des psychopathologischen Befundes gewissenhaft erhoben und eingeschätzt werden. Gemäß der Leitlinien zum Umgang mit Suizidalität der DGKJP [25] werden verschiedene Stufen der Suizidgefahr unterschieden. Die Anzeichen für ein erhöhtes Suizidrisiko beim betroffenen Kind oder Jugendlichen können sich folgendermaßen äußern:

Anzeichen für ein erhöhtes Suizidrisiko (nach [25])

- Äußerung konkreter Todeswünsche
- Erkennen oder Äußerung konkreter Suizidideen/-pläne
- Vorherige Suizidversuche oder Suizide/Suizidversuche in der Familie
- keine glaubhafte Distanzierung von Suizidalität
- Zugang zu Suizidmitteln (Waffen, Medikamente etc.)
- Hinweise auf Suizidalität in der Fremdanamnese, jedoch Verneinen suizidaler Tendenzen in der Eigenanamnese
- konkrete Zeitpunkte, die anstehenden Suizid nahelegen können (z. B. Todestag von enger Bezugsperson, eigener Geburtstag)
- tiefe Hoffnungslosigkeit beim Betroffenen, die im Gespräch nicht auflösbar ist
- mehrere Krankheitsphasen einer psychischen Erkrankung bzw. Vorliegen einer chronischen psychischen Störung
- Vorliegen konkreter Suizidanweisungen, z. B. durch imperative Stimmen bei psychotischer Exazerbation

Cave

Bei starker Impulsivität des Patienten ist eine verlässliche Einschätzung der Absprachefähigkeit bei Suizidalität nur begrenzt möglich.

Beim Vorliegen akuter Suizidalität ist immer eine stationäre Behandlung zu erwägen. Eine ambulante Behandlung ist gemäß Leitlinien nur möglich, wenn der oder die Betroffene sich verlässlich absprachefähig zeigt, eine Zukunftsperspektive bewahrt hat, in hinreichend stabilen Verhältnissen lebt und ein ausreichendes Funktionsniveau aufweist. Darüber hinaus sollte eine hinreichende Compliance für die Behandlung aufseiten des Patienten und seiner Familie vorliegen [25].

Cave

Suizidale Äußerungen oder Handlungen sollten niemals als „parasuizidal“ erklärt oder bagatellisiert werden, sondern immer sehr ernst genommen werden!

Komorbidität

Depressive Erkrankungen treten sehr häufig gemeinsam mit anderen Störungsbildern auf. Das Vorliegen komorbider Störungen kann das Ausmaß der Beeinträchtigung oder auch den Verlauf der depressiven Erkrankung entscheidend beeinflussen. Zu den häufigsten komorbiden Erkrankungen zählen alle Formen von Angststörungen, die einer Depression vielfach vorausgehen. Zudem finden sich Zwangsstörungen, Essstörungen, somatoforme Störungen oder – mit steigendem Alter – auch substanzassoziierte Störungen [2, 7]. Körperliche und neurologische Erkrankungen wie auch Entwicklungsstörungen können darüber hinaus mit depressiven Störungen assoziiert sein.

Depressive Störungen im Vorschul- und Kindesalter weisen eine hohe Komorbidität insbesondere zu externalisierenden Erkrankungen wie dem Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) oder der Störung des Sozialverhaltens auf [14].

Differenzialdiagnose

In Abgrenzung zu depressiven Erkrankungen ist es wichtig, Anpassungsstörungen zu erfassen, die in engem zeitlichem Zusammenhang zu einem Auslöser stehen müssen, beispielsweise einem psychosozialen belastenden Ereignis in der Familie oder Peer-Group. Dabei sind immer auch eine schulische Unter-/Überforderung bzw. eine Teilleistungsstörung (z. B. Legasthenie, Dyskalkulie, Dyspraxie) auszuschließen.

Hinweise auf unzureichende Fürsorge, Vernachlässigung oder Misshandlung als mögliche Ursachen der Symptomatik sind in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen stets gewissenhaft zu eruieren. Emotionale Störungen des Kindesalters sind in ihrer Ausprägung meist milder als depressive Erkrankungen und als erweiterte Formen altersspezifischer Phänomene zu verstehen, wie beispielsweise Geschwisterrivalität oder Trennungsangst.

Depressive Störungen können sich je nach Entwicklungsalter aber auch durch körperliche Symptome oder chronische Schmerzen bemerkbar machen. Dies gilt es im Rahmen des interdisziplinären Ausschlusses möglicher somatischer Ursachen zu beachten. Dabei können Essstörungen nicht nur Ausdruck einer Depression darstellen, sondern es muss auch das Auftreten einer depressiven Symptomatik infolge von Hunger oder Mangelernährung bedacht werden.

Ebenso sind als mögliche Ursachen ein Substanzkonsum sowie eine Medikation in der Behandlung komorbider Erkrankungen (z. B. mit Kortison oder Methylphenidat) stets primär auszuschließen. Im Umgang mit Kontrazeptiva wird auf Grundlage aktueller Forschungsergebnisse über mindestens 3–6 Monate nach Beginn der Behandlung eine erhöhte Wachsamkeit der Behandler für depressive Symptome und Suizidalität empfohlen [26].

Behandler sollten beim Verdacht auf eine unipolare depressive Episode immer auch eine mögliche bipolare Störung ausschließen, bei der neben depressiven auch manische Episoden mit oder ohne psychotische Symptomatik auftreten. Ferner ist das Prodrom einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis zu erwägen. Trauma-Folgestörungen oder bei Jugendlichen bzw. Jungerwachsenen die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung sind ebenfalls in Betracht zu ziehen.

FALLBEISPIEL

Ein 13-jähriges Mädchen wird in Begleitung ihrer Kindsmutter und der Klassenlehrerin in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis vorgestellt. Sie habe einen Abschiedsbrief in der Schule im Kunstunterricht erstellt und im Klassenzimmer liegen gelassen. Auf Nachfrage berichtet das Mädchen, dass sie sich nicht mehr anders zu helfen gewusst habe. Niemand verstehe sie. Sie fühle sich in der Klasse und zu Hause isoliert und einsam, müsse immer wieder unvermittelt weinen. Sie verletze sich seit einem halben Jahr mit der Rasierklinge an den Armen oberflächlich selbst. Ihre 2 Geschwister (10 Jahre, 15 Jahre,) seien ebenfalls wegen verschiedener Symptome in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. Ihre Eltern hätten sich vor 3 Jahren getrennt, nachdem es zu Gewalt durch den Vater gegen die Mutter gekommen sei. Der Trennung seien viele Jahre gewaltsame Konflikte vorangegangen und das Mädchen habe mittlerweile keinen Kontakt zu ihrem Vater mehr. Sie sei manchmal eifersüchtig auf ihre jüngeren Halbgeschwister mütterlicherseits (14 Monate, 3 Jahre), die vom neuen Partner der Mutter stammen. Dieser lebe nun bei der Familie, sei im Erleben des Mädchens zu ihr aber sehr streng und ihre Mutter habe kaum mehr Zeit für sie. In der Schule komme das Mädchen seit einigen Monaten nicht mehr mit. Ihre Leistungen seien eingebrochen. Sie wünsche sich, dass sie irgendwann nicht mehr so traurig sein müsse. Derzeit wisse sie gar nicht mehr, was sie im Leben halte. Mit dem Mädchen und der Mutter lässt sich der Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung besprechen, was das Kind sehr entlastet. Leider zeigen sich sowohl der sorgeberechtigte leibliche Vater als auch der aktuelle Partner der Mutter lange Zeit sehr ablehnend gegenüber einer Behandlung, und können erst im Verlauf zur Mitarbeit gewonnen werden.

Behandlung

Ein frühzeitiger Beginn der Behandlung ist wichtig, um eine akute Exazerbation bis zur Suizidalität, aber auch einer Chronifizierung der Symptomatik mit potenziellen langfristigen Folgen abzuwenden. Dabei scheint es einerseits essenziell, dass insbesondere Pädiater und Hausärzte die Frühzeichen einer Depression im Kindes- und Jugendalter erkennen. Zum anderen sollte es bei jedem Verdacht auf eine depressive Entwicklung umgehend zu einer Zuweisung zu Fachpersonen mit kinder- und jugendpsychiatrischer/-psychotherapeutischer Expertise auf Facharztniveau kommen.

Niemals sollten die Symptome oder (para)suizidalen Handlungen von Kindern und Jugendlichen – ungeachtet des Alters – bagatellisiert werden.

Bis zum Beginn einer regelmäßigen psychotherapeutischen Unterstützung ist eine enge ärztlich-psychologische Begleitung des Kindes und seiner Familie wichtig. Auch über medikamentöse Behandlungsoptionen gilt es frühzeitig und umfassend aufzuklären.

Merke

Bei Verdacht auf eine depressive Episode ermöglicht eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Fachvertretern den frühzeitigen Beginn einer adäquaten Diagnostik und Behandlung.

Behandlungsansätze

In der Akutphase der Erkrankung steht die Entlastung der Betroffenen im Vordergrund mit dem Ziel, die Symptome bestmöglich zu reduzieren, ehe in der Weiterbehandlung der Behandlungserfolg verfestigt und eine Rückfallprophylaxe etabliert werden sollte. Dabei ist einerseits das empathische Vermögen der Behandler entscheidend, dem Kind oder Jugendlichen Beistand und Zuversicht in der zuweilen ausweglos erscheinenden Lage zu vermitteln. Andererseits gilt es im Rahmen der Aufklärung, auch die Eltern über das Krankheitsbild zu informieren, deren Verständnis für die Belastung und möglicherweise ungewöhnlichen Verhaltensweisen der Betroffenen zu gewinnen und ihre Unterstützung für eine adäquate Behandlung zu erreichen.

PRAXISTIPP

Akute Stressoren sind umgehend zu erkennen und eine bestmögliche Entlastung zu erwirken. Dies kann im Einzelfall auch die Krankenschreibung oder Akutaufnahme aus dem belastenden sozialen, schulischen oder familiären Umfeld heraus bedeuten.

Insgesamt bemisst sich die Behandlungsintensität nach dem Schweregrad der depressiven Störung und der verbleibenden Funktionsfähigkeit des Kindes im Alltag. So kann gemäß der Leitlinien zur Behandlung depressiver Störungen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP) bei einer leichten depressiven Störung ohne persönliche oder familiäre Risikofaktoren über maximal 6–8 Wochen ein aktives Zuwarten im Sinne von Beratung, Psychoedukation und Begleitung mit regelmäßigen Kontrollterminen ausreichend sein.

Während bei manifesten leichten oder mittelgradigen Depressionen immer primär eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen wird, die in diesem Stadium sehr gute Erfolge erzielen kann, sollte beim Vorliegen einer schwerer Depression deutlich früher eine Kombination aus Psychotherapie und antidepressiver Medikation erwogen werden [2–4, 27].

Eine ambulante Behandlung ist insgesamt möglichst zu bevorzugen, um den Alltagsbezug für das betroffene Kind zu erhalten und ein Arbeiten im vertrauten schulischen, sozialen sowie familiären Umfeld des Kindes oder Jugendlichen weitestgehend zu ermöglichen.

Sofern die Patienten schwere Depressionen, Komorbiditäten, Suizidalität oder psychotische Symptome aufweisen, ambulante Behandlungen bereits erfolgt sind, belastende aufrechterhaltende familiäre oder psychosoziale Bedingungen bestehen oder die Alltagsfähigkeit des Kindes und Jugendlichen bereits deutlich beeinträchtigt ist (vgl. Stufen V und VI des MAS), ist ein stationäres oder teilstationäres Behandlungssetting indiziert. Zeigen sich beim Kind oder Jugendlichen Hinweise auf Suizidalität, ohne dass mit den Betroffenen eine verlässliche Absprachefähigkeit erreicht werden kann, sollte eine akute stationäre Behandlung eingeleitet werden [2–4, 27].

Sowohl ambulante als auch stationäre Behandlungen erfordern die Einwilligung der oder des Betroffenen als auch der Sorgeberechtigten. Sollte eine akute Eigen- und Fremdgefährdung oder eine chronische Entwicklungsgefährdung nach § 1631 b BGB vorliegen, kann die Behandlung nach richterlichem Beschluss in Einzelfällen auf Antrag der Sorgeberechtigten auch gegen den Willen der/des Patienten/in erfolgen.

FALLBEISPIEL

Ein 16-jähriger Junge wird auf Grundlage eines richterlichen Beschlusses nach Begutachtung gegen seinen Willen auf die geschützte-Station einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik gebracht. Er habe seit den Ferien 18 Monate vor Aufnahme die Schule nicht mehr besucht. Er verbringe die Tage seit Monaten alleine zu Hause, wenn seine alleinerziehende Mutter in der Arbeit sei. Der Vater sei vor einigen Jahren verstorben und es gebe keine Geschwister.

Begonnen habe die Phase mit einem Magen-Darm-Infekt mit Erbrechen und Diarrhö, der den Jungen sehr besorgt habe. Er habe seither immer wieder unter Bauchschmerzen gelitten, sei viele Male bei verschiedenen Ärzten vorstellig gewesen, ohne dass sich ein somatisches Korrelat habe finden lassen. Er sei dennoch über viele Wochen krankgeschrieben worden. Anfangs habe er zu Hause zumindest noch regelmäßig den Hund der Familie Gassi geführt, zuletzt sei ihm aber auch dies nicht mehr gelungen, da er sich derart erschöpft gefühlt habe. Seither gebe es keinen Tagesrhythmus mehr. An manchen Tagen verlasse er das Bett kaum mehr. Anfangs hätten ihm seine Klassenkameraden noch Schularbeiten nach Hause gebracht. Mittlerweile gebe es jedoch seit mehreren Monaten keinerlei soziale Außenkontakte mehr. Vorher habe er die Schule regelmäßig, jedoch niemals gerne besucht. Die Mutter beschreibt, dass sie ihren Sohn auch lieber zu Hause wisse, um ihn nicht zu überfordern.

Im Gespräch mit der aufnehmenden Ärztin zeigt sich der Junge traurig, wortkarg, vermeidet den Blick-

kontakt. Er ist blass, hat Augenringe, beschreibt Ein- und Durchschlafstörungen. Sein Tag-Nacht-Rhythmus scheint völlig aufgehoben. Grübeln, Hoffnungslosigkeit und zunehmende Kraftlosigkeit bestehen. Es ergeben sich keine Hinweise auf Bewusstseinsstörungen, Sinnestäuschungen, inhaltliche oder formale Denkstörungen oder Zwänge und Ängste. Wegen seines Übergewichts fühle er sich jedoch seit Jahren sehr unwohl in seinem Körper und sei gehänselt worden. Medienkonsum stelle aktuell seine einzige verbleibende Aktivität dar. Suizidale Gedanken beständen seit mehreren Wochen regelmäßig, auch einen konkreten Plan habe er bereits durchdacht, zunächst aber aus Angst wieder verworfen.

Nach einer mehrmonatigen stationären Behandlung im multiprofessionellen Setting unter Einbezug von ärztlich-psychotherapeutischer Einzel- und Gruppentherapie, Familiengesprächen, Bewegungs- und Musiktherapie, intensiver Bezugspflege sowie sozialpädagogischer Begleitung und einer antidepressiven Medikation mit Sertralin ist es dem Jungen wieder möglich, einem geregelten Tagesablauf nachzukommen. Er wirkt insgesamt stimmungsaufgehellter, zukunftsorientierter, hat im stationären Setting einzelne soziale Kontakte geknüpft und Zugang zu einem musikalischen Talent (Gitarre, Gesang) finden können. Seinen Schulabschluss kann er in einem dualen Modell begleitend zu einer beruflichen Ausbildung nachholen, wofür er nach Entlassung im Einvernehmen mit der Mutter in eine betreute Wohnform umzieht.

Psychotherapie

In der Behandlung depressiver Symptome im Kindes- und Jugendalter kommt der Psychotherapie ein zentraler Stellenwert zu. Auch gemäß der Leitlinien der DGKJP stellt diese die erste Wahl in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen dar [27].

Zu kognitiv-behavioralen (verhaltenstherapeutischen) Verfahren liegen bislang die meisten Untersuchungen vor und sie werden in den Leitlinien von 2013 als Verfahren mit der größten Evidenz empfohlen. Darüber hinaus werden interpersonelle, gefolgt von psychodynamischen und systemischen Therapieformen aufgeführt.

Nachdem es zu psychodynamischen Verfahren im Kindesalter lange Zeit weniger systematische Untersuchungen als im Erwachsenenalter gab, setzen sich jüngere Studien vermehrt mit der Wirksamkeit in der Be-

handlung von Kindern und Jugendlichen auseinander [28, 29].

Merke

In Deutschland sind für Kinder und Jugendliche derzeit die Verhaltenstherapie und als psychodynamische Verfahren die analytische und die tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie zugelassene Behandlungsformen.

Insbesondere bei jungen Kindern ist neben Behandlungsansätzen auf Ebene des Kindes der Einbezug des Umfelds und der Eltern in Form von familientherapeutischen Maßnahmen oder Eltern-Kind-Interaktionstherapie essenziell [14, 27]. Dies ist umso wichtiger, wenn die Eltern selbst psychisch belastet oder erkrankt sind. So konnten Gunlicks et al. zeigen, dass die Behandlung der elterlichen Depression alleine auch bei deren Kindern zwischen 0 und 8 Jahren ein positives Outcome erzielen konnte [30].

Unabhängig von den Therapieformen wird postuliert, dass möglicherweise auch unspezifischeren Faktoren eine Bedeutung für den Erfolg einer Therapie im Kindes- und Jugendalter zukommt. Zu diesen Faktoren zählen einerseits die Qualität der therapeutischen Beziehung, gegenseitige Kooperation, Vertrauen und das Erarbeiten eines gemeinsamen Störungsverständnisses und Behandlungsmodells sowie die Fähigkeit und Bereitschaft zur Problemaktualisierung, Ressourcenaktivierung und Änderung von Überzeugungen (vgl. [8]).

Insgesamt mangelt es insbesondere bei Kindern jedoch weiterhin an randomisiert-kontrollierten Studien, die auch die Wirksamkeit psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung systematisch vergleichen [31]. In den Leitlinien werden einige der Empfehlungen für Kinder unter 8 bzw. 13 Jahren deshalb unter Vorbehalt gegeben.

Medikamentöse Ansätze

Eine Medikation stellt niemals eine alleinstehende Therapieform von depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter dar, sondern sollte immer Teil einer multimodalen kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung sein. Über die Option einer medikamentösen Behandlung sind Kinder und Eltern insbesondere im Falle schwerer depressiver Erkrankungen jedoch frühzeitig und umfassend aufzuklären.

SSRI oder SNRI

Für Kinder und Jugendliche kommen primär moderne Präparate der Klassen der Serotonin- oder Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI: „selective serotonin reuptake inhibitors“ oder SNRI: „serotonin noradrenaline reuptake inhibitors“) infrage.

Cave

Trizyklische Antidepressiva sind aufgrund ihrer unzureichenden Wirksamkeit sowie der potenziell letalen Nebenwirkungen bei Überdosierung seit mehreren Jahren nicht mehr indiziert.

Der SSRI Fluoxetin ist in Deutschland das einzige zugelassene Medikament für depressive Erkrankungen im Kindesalter ab einem Alter von 8 Jahren. Bei allen anderen Medikamenten sind beide Sorgeberechtigte über einen sogenannten „Off-Label-Use“ aufzuklären. Als zweite Wahl scheinen auch die SSRI Sertralin und Citalopram eine ähnliche Wirksamkeit aufzuweisen und werden in der Leitlinie der DGKJP empfohlen. Jedoch kann in Abwägung der Zielsymptomatik und der potenziellen Nebenwirkungen auch ein anderes Präparat infrage kommen [2–4].

Neben dem Zulassungsstatus gilt es zudem, potenzielle Nebenwirkungen transparent vor Beginn der Medikation zu diskutieren, um eine gemeinsame informierte Entscheidungsfindung mit möglichst hoher Behandlungssadhärenz mit dem Patienten und seiner Familie zu ermöglichen.

Zu den möglichen Nebenwirkungen der SSRI zählen insbesondere am Anfang der Behandlung:

- Übelkeit
- Bauchschmerz
- Appetitmangel
- Kopfschmerz
- Schwindel
- Herzrhythmusstörungen
- Einschlafstörungen
- sexuelle Funktionsstörungen

PRAXISTIPP

Ein schrittweises Aufdosieren der Medikation hat sich bewährt, bis die Zieldosis in einer morgendlichen Einmaldosis erreicht ist. Bei eher sedierenden Substanzen ist eine Abenddosis vorzuziehen, um die Nebenwirkung als schlafanstoßende Wirkung zu nutzen.

Antipsychotika

Im Falle schwerer depressiver Episoden beispielsweise mit psychotischer Symptomatik kommt ergänzend der Einsatz von Antipsychotika der 2. Generation in Betracht. Im Erwachsenenalter wird der Einsatz von Antipsychotika (z. B. Aripiprazol, Quetiapin) zudem als Add-On-Behandlung bei Therapieresistenz empfohlen [32].

Elektrokrampftherapie (EKT)

Die Elektrokrampftherapie als Sonderform der Behandlung wird laut Leitlinien der DGKJP im Kindesalter nicht empfohlen und ist für Jugendliche nur als Ultima Ratio bei schweren Verläufen nach dem Ausschöpfen aller anderen therapeutischen Optionen aufgeführt [27].

AUFKLÄRUNG

Das Kind oder der/die Jugendliche sollte aktiv und für das jeweilige Entwicklungsalter angemessen über den Beginn einer psychotherapeutischen oder medikamentösen Behandlung wie auch deren potenzielle Nebenwirkungen aufgeklärt werden.

FALLBEISPIEL

Ein 15-jähriges Mädchen stellt sich mit seit 6 Wochen bestehenden Stimmungseinbrüchen, Antriebslosigkeit, wiederkehrenden Weinattacken und Selbstvorwürfen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz vor. Die Jugendliche weise eigentlich ein hohes Funktionsniveau auf, habe viele Interessen und Freunde. Vor etwa 2 Wochen sei sie beim Hausarzt vorstellig gewesen, der ohne weitere Diagnostik ein Antidepressivum bei der Patientin angesetzt habe.

Zwei Tage nach der Erstvorstellung stellen die Eltern ihre Tochter erneut im Notdienst der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz vor. Die Familie erkenne ihre Tochter nicht wieder. Darauf angesprochen reagiere das sonst eher angepasste Mädchen zu Hause massiv gereizt und verbal ausfallend. Die Jugendliche wirkt im Kontakt assoziativ gelockert und springt von Thema zu Thema. Sie „sprudelt“ geradezu vor neuem Tatendrang und weist einen starken Redefluss auf. Sie schlafe seit 2 Tagen nahezu

gar nicht mehr, habe nachts das gesamte Wohnzimmer neu dekoriert, sei tagsüber mit „Freunden“ unterwegs, die sie am Vortag in der U-Bahn kennengelernt habe, und wolle mit diesen heute einen Tierschutzverein gründen. Die Jugendliche zeigt sich nicht krankheitseinsichtig und scheint keinerlei Gefühl für eigene Grenzen oder potenzielle Gefahren zu haben. Es besteht keine wahnhaftige Symptomatik, keine Suizidalität.

In der Zusammenschau aller Befunde wird der Verdacht auf eine manische Episode bei bipolarer affektiver Störung gestellt. Mit Unterstützung ihrer Eltern kann sich die Patientin auf eine zeitlich eng begrenzte stationäre Aufnahme zur Entlastung und Medikationsoptimierung einlassen. Auf Nachfrage berichtet die Mutter, dass es in der erweiterten Familie 2 Verwandte gebe, die an einer bipolaren Störung leiden würden, sich bislang jedoch keiner der Vorbehandler nach einer familiären Prädisposition erkundigt habe.

Aktivierungssyndrom unter SSRI und Suizidalität

Auf die mögliche Verstärkung suizidaler Gedanken oder Handlungen unter der Behandlung mit einem SSRI ist bei der Aufklärung gesondert einzugehen. Da die Antriebsaktivierung der antidepressiven Wirkung zumeist um etwa 2–4 Wochen vorausgeht, sollte Suizidalität in der Einstellungsphase und bei vorbestehender Suizidalität besonders gewissenhaft begleitet werden. Im Jahre 2004 führte eine mögliche Assoziation zwischen SSRI und vermehrter Suizidalität sogar zu einer sogenannten „Black-Box“-Warnung der US-amerikanischen Food and Drug Administration (FDA). Die Datenlage hierzu wird jedoch kontrovers diskutiert und Metaanalysen ließen keinen Rückschluss auf ein erhöhtes Suizidrisiko durch SSRI zu [25]. Nach jetzigem Wissensstand sollte die Behandlung einer depressiven Störung mit einer antidepressiven Medikation bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation also keinesfalls ausbleiben, zumal eine fortschreitende und unbehandelte Depression nachweislich mit dem Risiko der Suizidalität einhergeht (vgl. [2, 25, 27])

Merke

Der Beginn einer antidepressiven Medikation sollte stets als Teil eines multimodalen Behandlungsplans nach umfassender Diagnostik durch einen Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgen.

Prognose

Es gibt insbesondere für das Kindesalter noch wenige Studien zu Langzeitverläufen. Es zeigen sich bei Kindern und Jugendlichen bei frühem Behandlungsbeginn, wenig begleitenden Risikofaktoren und leichten oder mittelgradigen depressiven Episoden gute Chancen auf Remission. Gleichzeitig belegt eine Metaanalyse von Johnson et al. ein deutlich erhöhtes Risiko für betroffene Jugendliche, auch im Erwachsenenalter an depressiven Erkrankungen oder Angststörungen zu leiden [33]. Bis zu 72% der Kinder und Jugendlichen weisen zudem innerhalb von 5 Jahren ein Rezidiv ihrer Erkrankung auf. Umso wichtiger scheint es, Phasen der unerkannten oder unbehandelten Depression bereits im Kindes- und Jugendalter zu minimieren und Betroffene auch nach Besserung der Symptomatik engmaschig kinder- und jugendpsychiatrisch zu begleiten. Für die antidepressive Medikation wird nach Abklingen der Symptome ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten der Einnahme zur Rezidivprophylaxe empfohlen. Auch in der Psychotherapie ist nach Verfestigung und Ausbau des Therapieerfolgs insbesondere bei schweren depressiven Erkrankungen eine fortgesetzte Begleitung zur Vorbeugung von Rückfällen indiziert [2, 4, 6].

KERNAUSSAGEN

- Depressive Störungen zählen zu den häufigsten Störungen im Kindes- und Jugendalter und können je nach Entwicklungsalter ein unterschiedliches klinisches Bild aufweisen.
- Erfolgreiche Diagnostik und Behandlung erfordern ein frühzeitiges und strukturiertes Vorgehen durch Kollegen mit umfassender kinderpsychiatrischer/-psychotherapeutischer Expertise im Umgang mit Kindern und Jugendlichen unterschiedlichen Entwicklungsalters.
- Beim Verdacht sollte nach Ausschluss somatischer Ursachen eine umfassende kinderpsychiatrische Abklärung erfolgen.
- Die psychotherapeutische Behandlung stellt insbesondere bei leichteren Formen der Depression oder jüngerem Alter der Kinder immer die erste Wahl dar.
- Als medikamentöses Präparat ist der SSRI Fluoxetin in Deutschland zugelassen. Je nach Zielsymptomatik und in Abwägung des Nebenwirkungsprofils kann auch der Einsatz anderer Substanzen als „Off-Label-Use“ infrage kommen.
- Suizidale Tendenzen müssen bei depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter stets gewissenhaft erhoben und engmaschig begleitet werden.
- Eine depressive Episode kann bei Abwesenheit weiterer Risikofaktoren und frühzeitigem Behandlungsbeginn einen positiven Verlauf nehmen. Jedoch zeigen depressive Erkrankungen eine starke familiäre Häufung und gehen mit einem hohen Risiko der Chronifizierung bis in das Erwachsenenalter einher.

Interessenkonflikt**Erklärung zu finanziellen Interessen**

Forschungsförderung erhalten: nein; Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: nein; Bezahlter Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Nicht-Sponsor der Veranstaltung): nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Sponsor der Veranstaltung): nein.

Erklärung zu nichtfinanziellen Interessen

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren**Susanne Mudra**

Dr. med. Oberärztin an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Dozentin am Peter-Riedesser-Institut für psychodynamische Kinder- und Jugendpsychotherapie. Absolventin des Fellowship Programms „Infant-Parent Mental Health“ an der Universität Massachusetts, Boston.

**Michael Schulte-Markwort**

Prof. Dr. med. Ärztlicher Leiter des Zentrums für Psychosoziale Medizin und Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Korrespondenzadresse**Dr. med. Susanne Mudra**

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik
Martinistr. 52, W 35
20246 Hamburg
s.mudra@uke.de

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Dr. med. Susanne Mudra, Hamburg.

Literatur

- [1] Ravens-Sieberer U, Wille N et al. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2007; 50: 871-878
- [2] Mehler-Wex C, Kölich M. Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. Dtsch Arztebl 2008; 105: 149-155
- [3] Schulte-Markwort M, Forouher N. Affektive Störungen. In: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M et al., Hrsg. Entwicklungspsychiatrie. Stuttgart, New York: Schattauer; 2003: 609-636
- [4] Knölker U, Mattejat F, Schulte-Markwort M. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie systematisch. 4. Aufl. Bremen: Unimed; 2007
- [5] Whalen DJ, Sylvester CM, Luby JL. Depression and anxiety in preschoolers: A review of the past 7 years. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2017; 26: 503-522
- [6] Groen G, Petermann F. Was wirkt in der Therapie der Depression bei Kindern und Jugendlichen wirklich? Kindheit und Entwicklung 2007; 17: 243-251
- [7] Wittchen H-U, Jacobi K, Klose M et al. Themenheft 51 „Depressive Erkrankungen“. Berlin: Robert-Koch-Institut; 2010
- [8] Schosser A, Kindler J, Mossaheb N et al. Genetische Aspekte affektiver Erkrankungen und der Schizophrenie. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 2006; 7: 19-24
- [9] Murray L, Arteche A, Fearon P et al. Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring Up to 16 years of age. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2011; 50: 460-470
- [10] ZERO TO THREE. DC:0-5™: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Washington, DC: Zero to Three; 2016

- [11] Hannigan LJ, Eilertsen EM, Gjerde LC et al. Maternal prenatal depressive symptoms and risk for early-life psychopathology in offspring: genetic analyses in the Norwegian Mother and Child Birth Cohort Study. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 808–815
- [12] Plant DT, Pariante CM, Sharp D et al. Maternal depression during pregnancy and offspring depression in adulthood: role of child maltreatment. *Br J Psychiatry* 2015; 207: 213–220
- [13] Klasen F, Otto C, Kriston L et al. Risk and protective factors for the development of depressive symptoms in children and adolescents: results of the longitudinal BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015; 24: 695–703
- [14] Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) et al. Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter. 26.09 2015: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-041.html> [zitiert am 21.07.2019]
- [15] Von Klitzing K, Döhnert M, Kroll M et al. Mental disorders in early childhood. *Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 375–386
- [16] Remschmidt H, Schmidt M, Poustka F, Hrsg. Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 6. korr. Aufl. Bern: Hans Huber-Verlag; 2012
- [17] Petermann F, Petermann U. Wechsler Intelligence Scale for Children. 4th ed. (WISC-IV). Frankfurt: Pearson; 2011
- [18] Unnewehr S, Schneider S, Margraf J. Kinder-DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2009
- [19] Egger HL, Angold A. The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): A Structured Parent Interview for Diagnosing Psychiatric Disorders in Preschool Children. In: DelCarmen-Wiggins R, Carter A, eds. *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment*. New York, NY, US: Oxford University Press; 2004: 223–243
- [20] Luby JL, Heffelfinger A, Koenig-McNaught AL et al. The preschool feelings checklist: A brief and sensitive screening instrument for depression in young children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 708–717
- [21] Stiensmeier-Pelster J, Schürmann M, Duda K. DIKJ: Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2000
- [22] Keller F, Grieb J, Kölich M et al. Children's Depression Rating Scale. Revised by E. O. Poznanski & H. B. Mokros: Deutsche Version. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2012
- [23] Hautzinger M, Keller F, Kühner C. BDI-II: Beck's Depression Inventory. 2. Auflage, Pearson; 2009
- [24] Rotter JB, Lah MI, Rafferty JE. *Rotter Incomplete Sentences Blank. Manual*. 2nd ed. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1992
- [25] Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) et al. S2k Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter. 4. überarb. Version, 31.05 2016: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-031.html> [zitiert am 21.07.2019]
- [26] Herpertz-Dahlmann B, Dempfle B, Neulen J. Pille und Depression: Fakt oder Fake? *Dtsch Arztebl* 2019; 116: A-1782/B-147 C-1442
- [27] Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) et al.. S3-Leitlinie: Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 01.07 2013: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-043.html> [zitiert am 21.07.2019]
- [28] Abbass AA, Rabung S, Leichsenring F et al. Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A meta-analysis of short-term psychodynamic models. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52: 863–875
- [29] Midgley N, O'Keefe S, French L et al. Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: an updated narrative review of the evidence base. *J Child Psychother* 2017; 43: 307–329
- [30] Gunlicks ML, Weissmann MM. Change in child psychopathology with improvement in parental depression: a systematic review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47: 379–389
- [31] Cox GR, Callahan P, Churchill R et al. Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Syst Rev* 2014; 11: CD008324
- [32] DGPPN. BÄK. KBV. AWMF, Hrsg. für die Leitliniengruppe Unipolare Depression S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung. 2015: 2. Aufl. Version 5. doi: 10.6101/AZQ/000364www.depression-versorgungsleitlinien.de [zitiert: 21.10.2019]
- [33] Johnson D, Duluis G, Piche J et al. Adult mental health outcomes of adolescent depression. A systematic review. *Depression Anxiety* 2018; 35: 700–716

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0888-7850>
 PSYCH up2date 2020; 14: 131–145
 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
 ISSN 2194-8895

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist in der Regel 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar.

Den genauen Einsendeschluss finden Sie unter <https://cme.thieme.de>.

Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <https://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung. Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

Unter <https://eref.thieme.de/CXCX6HG> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zur Startseite des Wissenstests.

VNR 2760512020158722823



Frage 1

Welche Aussage zur Klassifikation und Häufigkeit der Depression trifft zu?

- A Depressive Erkrankungen werden bei Kindern nicht nach ICD-10 kodiert.
- B Bis zur Pubertät sind mehr Jungen als Mädchen betroffen.
- C Depressive Störungen sind umso häufiger, je jünger das Kind ist.
- D Eine depressive Episode geht im Kindes- und Jugendalter niemals mit psychotischen Symptomen einher.
- E Etwa jeder 10. Jugendliche hat bereits eine depressive Episode erlebt.

Frage 2

Was zählt zu den Kernsymptomen einer depressiven Episode nach ICD-10?

- A Nachdenklichkeit
- B Ideenverlust
- C Arbeitslosigkeit
- D Niedergestimmtheit
- E Müdigkeit

Frage 3

Was zählt laut Leitlinien zur Behandlung der ersten Wahl bei depressiver Episode?

- A Coaching
- B Hypnose
- C Sertralin
- D Psychotherapie
- E progressive Muskelentspannung

Frage 4

Welche Aussage zur Diagnostik ist richtig?

- A Kinder und Jugendliche müssen nicht in die Diagnostik miteinbezogen werden.
- B Eine kognitive Leistungstestung ist Bestandteil des diagnostischen Prozesses.
- C Schule oder Kita zählen nicht zu den Quellen der Fremdanamnese.
- D Fragebögen zur Erhebung depressiver Symptome gibt es bislang nur für Erwachsene.
- E Kinder können noch keine suizidalen Gedanken haben.

Frage 5

Welches Antidepressivum ist für die Behandlung depressiver Erkrankungen bei Kindern ab 8 Jahren zugelassen?

- A Citalopram
- B Venlafaxin
- C Mirtazapin
- D Escitalopram
- E Fluoxetin

Frage 6

Welche Aussage zum therapeutischen Vorgehen ist richtig?

- A Bei leichten depressiven Episoden reicht Zuwarten stets aus.
- B Suizidalität ist immer Anlass für eine Aufnahme gegen Willen des Patienten.
- C Die stationäre Behandlungsindikation richtet sich u. a. nach Schwere der Erkrankung, psychosozialen Lebensbedingungen und Funktionsniveau des Kindes.
- D Der Beginn einer Medikation sollte anderen therapeutischen Maßnahmen vorausgehen.
- E Ein Einbezug der Eltern in die Behandlung ist selten erforderlich.

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

Frage 7

Wie lange sollten die Symptome für eine depressive Episode nach ICD-10 mindestens vorliegen?

- A 5 Tage
- B 1 Monat
- C 3 Monate
- D 2 Wochen
- E ein halbes Jahr

Frage 8

Welche Aussage zur Ätiologie depressiver Störungen ist richtig?

- A Die Genese der Depression ist multifaktoriell bedingt.
- B Verwandte haben kein nennenswert erhöhtes Risiko.
- C Es lässt sich immer ein psychosozialer Auslöser finden.
- D Psychische Erkrankungen der Eltern spielen dabei keine Rolle.
- E Substanzkonsum schließt eine depressive Erkrankung aus.

Frage 9

Welches Krankheitsbild zählt nicht zu den typischen Differenzialdiagnosen?

- A Somatoforme Störung
- B Bipolare Erkrankung
- C Emotionale Störung des Kindesalters
- D Tic-Störung
- E Anpassungsstörung

Frage 10

Welche Aussage zur Depression im Kindes- und Jugendalter trifft zu?

- A Depressive Erkrankungen weisen bei Kindern keine Komorbidität auf.
- B Als ursächlich für die Depression wird ein Überschuss an Serotonin vermutet.
- C Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter zeigen selten Rezidive.
- D Suizidale Gedanken oder vorherige Suizidversuche sind stets zu erheben.
- E Depressive Störungen lassen sich ab dem 12. Lebensjahr diagnostizieren.