

Redaktion

F. Zepp, Mainz
 M. Huss, Mainz

M. Huss

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz

Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Depressionen (depressive Episoden und Dysthymien) werden im Kindes- und Jugendalter noch häufig als somatische Beschwerden unklarer Genese verkannt. Auch Begleitsymptome, insbesondere aus den Bereichen Angst und Suizidalität, werden mangels Zeit und Kenntnis oft nicht hinreichend berücksichtigt. Depressionen im Kindesalter können mittlerweile als Störungsbild mit hinreichender Evidenz für Diagnose, Differenzialdiagnose, Ätiologie, Behandlung und Prognose angesehen werden. Es wird ein praxisnaher Überblick über den aktuellen Stand des Wissens vermittelt.

Mit dem Suizid des Torwarts der deutschen Fußballnationalmannschaft, Robert Enke, im Jahr 2009 und dem in 2011 erfolgten Rückzug von Ralf Rangnick aus seiner Tätigkeit als Bundesligatrainer im Rahmen eines depressiven Erschöpfungssyndroms (Burn-out) entwickelte sich in Deutschland ein zunehmendes Bewusstsein für die Volkskrankheit Depression. Immer häufiger wird das Thema in Fernsehbeiträgen, Diskussionsrunden oder Printmedien aufgegriffen. Dabei wird in der Regel aber immer nur von einer Erkrankung des Erwachsenenalters ausgegangen, Kinder und Jugendliche sind noch selten Thema.

► **Teilweise findet man selbst unter Mitarbeitern des Gesundheitswesens noch die Meinung, dass Depressionen im Kindesalter nicht aufträten.**

Dies mag auch damit zusammenhängen, dass affektive Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zunächst häufig durch unspezifische und meist recht körpernahe

Symptome wie diffuse Schmerzen, Müdigkeit, Appetitänderung, Schlafprobleme und Antriebslosigkeit imponieren. Möglicherweise wird die damit in der Regel einhergehende psychische Symptomatik von den Eltern als Ausdruck eines allgemeinen Krankheitsgefühls interpretiert und nicht als eigenständiges Krankheitsbild verstanden. Erschwerend kommt hinzu, dass das klinische Bild einer Depression im Kindes- und Jugendalter keineswegs nur als traurige Verstimmung, Lebensüberdruß und Rückzug in Erscheinung tritt. Oft sind die betroffenen Kinder und Jugendlichen vorwiegend gereizt, missmutig, teils auch unruhig und haben Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren. Angesichts des hohen Anteils somatischer Symptome ist die primäre Anlaufstelle der ratsuchenden Eltern verständlicherweise der Kinder- und Jugendarzt, der seinerseits eine diagnostische Abklärung vornimmt und bei entsprechender psychiatrischer Fragestellung dann an den Kinder- und Jugendpsychiater verweist.

Prävalenz

Wie bei vielen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern finden sich auch bei den Depressionen deutliche Geschlechtseffekte. Während im Kindesalter Mädchen und Jungen etwa gleich häufig betroffen sind, steigt das Erkrankungsrisiko mit der Pubertät für die Mädchen deutlich an, sodass bereits im Übergang ins Erwachsenenalter das Geschlechterverhältnis auf 2:1 zuungunsten der jungen Frauen verschoben ist [3].

Die Prävalenz einer depressiven Episode – in Anlehnung an den englischen Sprachgebrauch oft auch als sog. Major-Depression bezeichnet – beträgt im Kindes- und Jugendalter, je nach zugrun-

de gelegter Definition (Punktprävalenz, 3-Monats-, 6-Monats- oder 1-Jahres-Prävalenz), zwischen 0,9% und 3,4% [6].

Die kumulative Prävalenz, definiert als Neuerkrankung bis zu einem definierten Entwicklungsalter, ist deutlich höher. So konnte in einer großen US-amerikanischen Langzeitstudie (Great Smoky Mountain Study, [4]) gezeigt werden, dass 12% der Mädchen und 7% der Jungen bei Erreichen des 16. Lebensjahres bereits mindestens einmal eine klassische depressive Episode durchlaufen haben.

Für Deutschland liegen weniger robuste epidemiologische Daten vor. In einer Telefonbefragung in einem Teilprojekt (BELLA-Studie, BELLA: Befragung Seelisches Wohlbefinden und Verhalten) des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys des Robert Koch-Instituts (KIGGS-Studie) wurden bei Jungen im Alter von 11 bis 17 Jahren in 12,3% der Fälle depressive Symptome oberhalb der klinischen Depressionsgrenze [Fragebogen-cut-off im CES-DC (CES: „Centre of Epidemiological Studies“, DC „depression scale for children“)] gefunden. Der entsprechende Wert für Mädchen lag sogar bei 21,2%. Wurden diese Daten mit Funktionseinschränkungen für die Alltagsgestaltung in Beziehung gesetzt, sanken die entsprechenden Werte auf 4,7% für die Jungen und 9,7% für die Mädchen [2].

Keinesfalls dürfen aus epidemiologischen Symptombereichen unkritisch klinische Diagnosen abgeleitet werden. Die veröffentlichten Zahlen sprechen allerdings dafür, dass es sich auch in der klinischen Praxis um ein häufiges Phänomen handelt, das den Arzt auch in der täglichen Routine vor diagnostische Herausforderungen stellt.

Tab. 1 Störungskonzept der Erwachsenenpsychiatrie

Diagnoseschlüssel	Störung
F32	Depressive Episode
F32.0	Leichte depressive Episode
F32.1	Mittelgradige depressive Episode
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F33	Rezidivierende depressive Störung
F33.0	Gegenwärtig leichte Symptome
F33.1	Gegenwärtig mittelgradige depressive Symptome
F33.2	Gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F33.3	Gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F34	Anhaltende affektive Störungen
F34.1	Dysthymia

Klinisches Erscheinungsbild und Diagnostik

Depression

In den vergangenen 10 Jahren gab es immer wieder Diskussionen, ob die Erwachsenenklassifikation der affektiven Erkrankungen, speziell der Depressionen, auf das Kindes- und Jugendalter übertragen werden kann oder ob ein eigenständiges klinisches Bild kindlicher Depressionen/emotionaler Störungen entworfen werden sollte [6]. Die bislang verfügbare Evidenz legt nahe, dass das Störungskonzept der Erwachsenenpsychiatrie, die zwischen einmaligen und rezidivierenden depressiven Episoden in leichter, mittelgradiger oder schwerer Ausprägung sowie der Dysthymie aus der Gruppe der anhaltenden affektiven Erkrankungen unterscheidet (■ Tab. 1), mit Modifikationen auch auf das Kindes- und Jugendalter anwendbar ist. Dabei sind gerade diese Modifikationen für eine valide Einschätzung des Störungsbildes von hoher Relevanz.

Grundsätzlich muss berücksichtigt werden, dass Depressionen im Kindesalter weniger gut mit dem *Alltagsverständnis* der Depression übereinstimmen, als dies bei Erkrankungen im Erwachsenenalter der Fall ist. Beide Kernsymptome – die gedrückte Stimmung und der verminderte Antrieb – können bei Kindern und Jugendlichen auf den ersten Blick nahezu ins Gegenteil verkehrt erscheinen: Viele Kinder sind gereizt bis aggressiv-dysphorisch, und erst eine nähere

Exploration zeigt, wie sehr die Stimmung beeinträchtigt ist und wie sehr die Kinder unter mangelndem Selbstwertgefühl und dem Erleben von Sinnlosigkeit in ihrem Alltag leiden. Auch der Antrieb muss bei Kindern nicht zwangsläufig verlangsamt sein. Ähnlich dem Konzept der agitierten Depression im Erwachsenenalter können sich Kinder und Jugendliche im Zustand der depressiven Episode auch unruhig und teilweise getrieben verhalten. Sehr häufig ist das klinische Bild von negativen Denkinhalten begleitet („Ich bin dumm!“ – „Ich bin nichts wert“ – „Ich habe zu Recht keine Freunde“ usw.). In deren Rahmen kommt es auch verstärkt zu einer Beschäftigung mit Krankheiten, Gebrechen oder dem Tod.

Für die ärztliche Praxis besonders relevant ist die bei Kindern und Jugendlichen sehr häufig zu beobachtende somatische Komponente der depressiven Erkrankung. Oft werden Kinder im Rahmen depressiver Episoden primär mit Bauchschmerzen unklarer Genese, Müdigkeitsgefühl, allgemeiner Kraftlosigkeit und diffusum Unwohlsein vorgestellt. Die organische Abklärung erbringt in der Regel keinen wegweisenden Befund.

Bei Kindern und Jugendlichen verläuft die depressive Erkrankung wie auch bei Erwachsenen phasisch:

■ **Zustände geringer Symptomausprägung wechseln sich mit Phasen depressiver Verstimmung und Problemen des Antriebs ab.**

Dabei zeigt sich bei Erwachsenen, vermutlich aufgrund deren stabileren Gewohnheiten und ihrer gefestigten Persönlichkeitsstruktur, ein klarerer Wechsel zwischen gesunden Lebensabschnitten und Erkrankungsphasen. Teilweise können Erwachsene sogar das Datum angeben, zu dem die depressive Episode begann. Bei Kindern sind die Episoden schlechter abgrenzbar und auch zwischenzeitlich oft durch Stimmungsaufhellungen und einen besseren Antrieb unterbrochen. Daher muss noch mehr als im Erwachsenenalter betont werden, dass solche *Unterbrechungen* der depressiven Stimmungslage keinesfalls gegen die Diagnose sprechen. Per definitionem ist immer von Merkmalen auszugehen, die überwiegend und zu den meisten Tageszeiten vorherrschen. Auch einzelne positivere Tage innerhalb einer Episode sprechen nicht grundsätzlich gegen die Diagnose. Vielmehr ist der Vergleich hinsichtlich Interessenlage, Motivation, Stimmung und Antrieb mit dem Zustand vor der Episode entscheidend. Wenn hier deutliche Unterschiede zu verzeichnen sind und das Kind und die Familie darunter erheblich leiden, ist von einem klinisch relevanten Krankheitsgeschehen auszugehen.

Bezüglich der Länge einer depressiven Episode sind die bisher verfügbaren Daten für das Kindes- und Jugendalter noch sehr heterogen [3]. Bei Jugendlichen, die in eine Klinik eingewiesen werden, dauern depressive Episoden im Durchschnitt 7 bis 9 Monate an [6], die Schwankungsbreite ist dabei jedoch erheblich. In epidemiologischen Studien betrug die Phasenlänge bei nicht in der Klinik vorgestellten Jugendlichen 1 bis 2 Monate [3]. Als Daumenregel kann gelten: Je jünger der Patient, desto variabler ist die Verlaufsdauer und desto schlechter lassen sich Beginn und Ende der Episode definieren.

Von hoher Relevanz für die Betroffenen und die behandelnden Ärzte ist eine Kenntnis über das Rückfallrisiko. Aktuell geht man innerhalb eines 2-Jahres-Zeitraums von einem Risiko für das erneute Auftreten einer depressiven Episode von 40% aus. Legt man ein Zeitfenster von 5 Verlaufs Jahren zugrunde, steigt dieses Risiko sogar auf 70%. Bei deutlich mehr als der Hälfte der betroffenen Kinder und Jugendlichen (60–70%) ist davon

auszugehen, dass sie auch im Erwachsenenalter erneut an einer depressiven Episode erkranken [6].

Dysthymia

Die Dysthymia (oft auch Dysthymie genannt) ist in der ICD-10 („International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision“) und dem DSM-IV („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th revision“) als eigenständiges Störungsbild innerhalb der Gruppe der anhaltenden affektiven Störungen benannt. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass die einzelnen Symptome der Depression weniger stark ausgeprägt sind und schleichender beginnen, dafür aber deutlich länger anhalten. Im Erwachsenenalter wird eine Erkrankungsdauer von mindestens 2 Jahren zugrunde gelegt. Im Kindes- und Jugendalter wird in der Regel eine Dauer von 1 Jahr angesetzt. Lassen sich zusätzlich zur dysthymen Verstimmung klare depressive Episoden abgrenzen, spricht man auch im Kindes- und Jugendalter von einer sog. „double depression“. Höherwertige Prävalenzzahlen oder kontrollierte Studien, die speziell an dieser Subgruppe von Patienten durchgeführt wurden, liegen für das Kindes- und Jugendalter unseres Wissens nicht vor [8].

» CDRS und MADRS sind hilfreiche Instrumente für die Diagnostik von Depression und Dysthymie

Die Diagnose wird in erster Linie klinisch in Ausrichtung auf die in der ICD-10 und dem DSM-IV festgelegten Diagnosekriterien gestellt. Häufig werden an die Eltern, die Kinder und Jugendlichen und günstigstenfalls auch die Lehrer im Vorfeld zusätzlich allgemeine Screeningfragebögen ausgeteilt [z. B. CBCL („child behavior checklist“)/YSR („youth self-report“)/TRF („teacher’s report form“) oder SDQ („strengths and difficulties questionnaires“)], in denen bei depressiv erkrankten Kindern und Jugendlichen im internalisierenden Bereich Auffälligkeiten zu erwarten sind. Diese Fragebögen bilden aber keine Diagnosen, sondern eher Sym-

ptomspektren ab. Diagnosespezifischer sind die CDRS („child depression rating scale“) oder die MADRS („Montgomery-Asberg-depression rating scale“). Orientiert man sich in der klinischen Einschätzung an den Algorithmen eines semi-strukturierten Interviews [z. B. K-SADS („kiddie-schedule for affective disorders and schizoprenia“)], lassen sich mit diesem Vorgehen die Validität der Diagnose – insbesondere aber auch die Berücksichtigung von Begleiterkrankungen – wesentlich besser abbilden.

Differenzialdiagnostische Abgrenzung und Komorbidität

Trauerreaktion

Bei der Abklärung von Begleiterkrankungen ist zunächst die Abgrenzung gegenüber natürlichen Trauerreaktionen oder emotionalen Belastungen erforderlich. Verliert ein Kind eine wichtige Bezugsperson, beispielsweise durch einen Todesfall oder durch die Trennung der Eltern, sind emotionale Reaktionen zu erwarten, die in manchen Bereichen den Zeichen einer Depression sehr ähneln. In einer solchen Situation wäre es eher klinisch auffällig, wenn keine emotionale Belastung sichtbar werden würde. Es kann aber auch zu Trauerreaktionen kommen, die weit über das zu erwartende Maß hinausgehen oder chronifizieren und dann durch indirekte Belastungen (z. B. eingeschränkte Kontakte zu Freunden, Isolation in der Schule) zu krankheitsfördernden Faktoren werden. In solchen Fällen muss differenzialdiagnostisch die Entwicklung einer depressiven Episode oder einer Dysthymie in Betracht gezogen werden.

Oppositionelle Verhaltensstörungen und Störung des Sozialverhaltens

Speziell im Kindesalter stellt die differenzialdiagnostische Abgrenzung zwischen Depression und Störung des Sozialverhaltens oft eine große Herausforderung dar. Kinder, bei denen sich eine Depression entwickelt, fallen sehr häufig durch gereizt-dysphorische Stimmung, Verweigerungshaltung, Wutausbrüche und sozial destruktives Verhalten auf. Sie ziehen sich aus dem Familienleben oder in der Schule zurück, reagieren gereizt auf Ansprache und fühlen sich missverstanden

Monatsschr Kinderheilkd 2012 · 160:40–46
DOI 10.1007/s00112-011-2513-4
© Springer-Verlag 2012

M. Huss

Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Zusammenfassung

Depressionen (depressive Episoden und Dysthymien) werden im Kindes- und Jugendalter noch häufig als somatische Beschwerden unklarer Genese verkannt. Die Prävalenzzahlen zeigen jedoch weltweit, dass es sich um ein sehr häufiges Störungsbild handelt, das mittlerweile auch hinreichend valide diagnostizierbar ist. Neben der differenzialdiagnostischen Abklärung stellt die oft begleitend auftretende Suizidalität den behandelnden Arzt vor diagnostische und therapeutische Herausforderungen. Im Rahmen eines gut ausgewogenen multimodalen Therapieansatzes lassen sich Depressionen auch im Kindes- und Jugendalter gut behandeln. Dafür ist eine besonders sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung der gewählten Interventionen (Psychoedukation, Psychotherapie, Pharmakotherapie) erforderlich.

Schlüsselwörter

Depression · Dysthymie · Psychotherapie · Pharmakotherapie · Nutzen-Risiko-Abwägung

Depression in children and adolescents

Abstract

Depression (depressive episode and dysthymia) in children and adolescents is often misinterpreted diagnostically as somatic complaints of unknown cause and aetiology. Worldwide prevalence rates, however, have indicated that this disorder occurs very often and has sufficient diagnostic validity. In addition to the differential diagnosis a major diagnostic and therapeutic challenge for practitioners is the assessment of suicidality. In the context of well-balanced multimodal treatment, depression in children and adolescents can be treated effectively. However, it is essential to consider the risks and benefits of the chosen interventions (psychoeducation, psychotherapy, pharmacotherapy).

Keywords

Depression · Dysthymia · Psychotherapy · Pharmacotherapy · Risk-benefit assessment

oder ungerecht behandelt. Von dem sozialen Umfeld wird dies häufig als Provokation im Sinne einer oppositionellen Verhaltensstörung oder gar als Störung des Sozialverhaltens interpretiert. Bei der Einschätzung hilft die Rückbesinnung auf den meist phasischen Verlauf der affektiven Erkrankung:

▶ **Bei Kindern mit Depressionen sind in der Regel sehr lange krankheitsfreie Phasen vor dem Auftreten der Probleme bekannt.**

Die Irritationen, die im sozialen Umfeld ausgelöst werden („So kenne ich Dich gar nicht.“ – „Was ist nur plötzlich los mit dir?“), drückt diesen phasenhaften Verlauf oft sehr treffend aus. Davon abzugrenzen sind klassische Phasen der kindlichen und jugendlichen Autonomieentwicklung wie *Trotzphase* oder *Pubertät*, auch wenn diese im Erziehungsalltag häufig verwendeten Begriffe in der Forschung insgesamt sehr schlecht definiert sind und auch weniger gesetzmäßig ablaufen, wie gemeinhin angenommen wird.

Kinder mit oppositioneller Verhaltensstörung (ICD-10 F91.3) oder Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F91.0 bis F91.2) verhalten sich wesentlich konstanter, und die Konfliktmuster sind in viel direkterer Weise mit der Persönlichkeit verbunden, was im sozialen Umfeld in der Regel dazu führt, dass die problematischen Verhal-

tensweisen direkt an die Person gekoppelt werden („Dennis ist ein schwieriger Junge, dem es schwer fällt, soziale Regeln zu akzeptieren ...“).

Die differenzialdiagnostische Abgrenzung der affektiven Erkrankungen von den Störungen des Sozialverhaltens ist auch deshalb von großer Bedeutung, da sich die therapeutischen Interventionen erheblich unterscheiden und eine Fehlbehandlung zu einer Verschlechterung der Zielsymptome führen kann (z. B. Enthemmung unter Gabe von Antidepressiva bei Störung des Sozialverhaltens; depressiogene Wirkung von Stimulanzien bei Fehlbehandlung im Rahmen einer affektiven Erkrankung).

Angsterkrankungen

Die Gruppe der Angsterkrankungen (Phobien, generalisierte Ängste, diverse emotionale Störungen z. B. mit Trennungsangst) ist die am häufigsten mit der Depression vergesellschaftete Krankheitsgruppe. Angststörungen und Depressionen treten oft assoziiert, jedoch zeitversetzt auf. Dabei erhöht das Vorliegen einer der beiden Erkrankungen jeweils das Risiko, auch die andere zu entwickeln, um ein Vielfaches („homotypic continuity“ mit bis zu 7-fach erhöhtem Risiko, [4]). Daher ist es bei der diagnostischen Exploration maßgeblich, neben der Stimmung und dem Antrieb immer auch die verschiedenen Komponenten der Angst sehr sys-

tematisch zu erfassen. Leider werden bis heute Angsterkrankungen – da es sich bei der Angst auch um einen *normalen Überlebensaffekt* handelt – sehr häufig übersehen oder man geht davon aus, dass die Kinder und Jugendlichen mit zunehmender Reife auch mutiger werden und ihre Ängste ohne größere therapeutische Interventionen überwinden. Einschränkungen der individuellen Entwicklung wie sozialer Rückzug und Vermeidungsverhalten werden dabei häufig übersehen. Doch gerade das durch Angst bedingte Vermeidungsverhalten trägt maßgeblich dazu bei, dass auch die parallel vorhandene Depression durch soziale Isolation oder das subjektive Gefühl der Bedrohung von außen noch verstärkt wird. Daher sind eine gute differenzialdiagnostische Abklärung einer evtl. komorbide vorliegenden Angsterkrankung und deren Behandlung auch für den Erfolg der Depressionstherapie unabdingbar.

» **Nicht die Schwere des Traumas, sondern der Leidensdruck ist entscheidend**

Sowohl in der eher neurobiologisch-behavioralen als auch der analytisch orientierten Literatur über die Ursachen von depressiven Erkrankungen finden sich Hinweise auf die Einflüsse früher Traumatisierungen. Sexueller Missbrauch, körperliche

Hier steht eine Anzeige.

Misshandlung, Deprivation, Mobbing oder der Verlust von wichtigen Bindungspersonen – alle interpersonellen traumatischen Einflüsse, die die Bewältigungsmöglichkeiten der Kinder und Jugendlichen deutlich übersteigen – sind als maßgebliche Risikofaktoren für die Entwicklung depressiver Erkrankungen anzusehen [1, 5]. Wenn auch angesichts der Evidenzlage der Zusammenhang zwischen belastenden Lebensereignissen und dem Risiko, an einer Depression zu erkranken, wissenschaftlich zweifelsfrei erwiesen ist, muss doch im Einzelfall immer auch auf Resilienzfaktoren geachtet werden. Kinder, die über sehr gute Bewältigungsmuster und gute biologische und psychosoziale Ressourcen verfügen, können teilweise auch sehr ausgeprägte Belastungen relativ gut kompensieren. Im Gegenzug ist in der Praxis aber immer auch der umgekehrte Fall im Auge zu behalten: Kinder, die vergleichsweise geringe Traumatisierungen erlebten (z. B. Hänseleien in der Schule), reagieren teilweise recht ausgeprägt mit depressiven Symptomen, wenn sie nur über geringe Kompensationsmöglichkeiten verfügen. Somit ist nicht das Trauma per se für die Therapie handlungsbestimmend, sondern der daraus resultierende Leidensdruck bzw. die Symptomatik des Kindes.

Suizidalität

Sie spielt in der Diagnostik und Behandlung von depressiven Erkrankungen im Kindesalter eine maßgebliche Rolle. Oft steht sie bei der Entscheidung, welche Therapieform zu wählen ist (z. B. stationär vs. ambulant; Pharmakotherapie ja/nein) an erster Stelle. Eine große Herausforderung stellt die valide und der Situation und dem Patienten angemessene Exploration der Suizidalität dar. Dies gilt sowohl für erwachsene Patienten als auch in besonderer Weise für Kinder und Jugendliche. Da die Endgültigkeit des Todes von Kindern teilweise nur begrenzt antizipiert wird, ergeben sich häufig parasuizidale Handlungen (Provokation von Unfällen usw.) beispielsweise aus einem Streit mit den Eltern heraus oder als Folge einer antizipierten Demütigung (z. B. im Rahmen der Vergabe von Schulnoten oder von Zeugnissen). Solche Suizidimpulse müssen nicht zwangsläufig an das Vorliegen einer depressiven

Erkrankung gekoppelt sein, auch wenn diese in der Mehrzahl der Fälle vorhanden ist. Sie können auch isoliert oder in Kombination mit anderen psychiatrischen Erkrankungen wie einer Störung des Sozialverhaltens auftreten.

Diagnostisch erwies sich der Einsatz der C-SSRS („Columbia suicide severity rating scale“) als Goldstandard, und es setzte sich eine Bewertung nach dem C-CASA („Columbia classification algorithm of suicide assessment“, [12]) durch. In dem semistrukturierten Verfahren werden im engeren Sinne suizidale Aspekte (Suizid, Suizidversuch, vorbereitende Handlungen für einen Suizidversuch, gedankliche Beschäftigung mit dem Suizid) von selbstverletzenden, jedoch nicht-suizidalen Handlungen (z. B. Ritzen ohne Suizidabsicht) abgegrenzt.

Die qualifizierte Einschätzung mittels C-SSRS erfordert ein entsprechendes Training und klinische Erfahrung.

Reine Fragebogenverfahren wurden in entsprechenden Konsensuskonferenzen [9] als nicht hinreichend valide bewertet und sollten daher allenfalls als Ergänzung, nicht jedoch als Ersatz für eine differenzierte klinische Exploration unter Einbeziehung verschiedener Informationsquellen verwendet werden.

Therapie

Die therapeutischen Maßnahmen zur Behandlung von depressiven Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen umfassen ein breites Spektrum von psychoedukativen, milieutherapeutischen, psychotherapeutischen sowie pharmakologischen Interventionen.

Psychoedukative und milieutherapeutische Maßnahmen

Unter Psychoedukation wird gemeinhin eine Beratung und Anleitung im Umgang mit psychischen Erkrankungen verstanden. Inhaltlich steht dieser stark präventiv ausgerichtete Ansatz dem um die Jahrhundertwende bereits etablierten Begriff der Psychohygiene sehr nahe. Bei depressiven Kindern und Jugendlichen stehen dabei lebenspraktische Maßnahmen, wie

- eine aktive Tagesgestaltung,
- die Verfügbarkeit von Ressourcen in der Familie,
- das richtige Maß an Anspannung und Erholung,
- der Umgang mit Terminen in der Schule,
- eine gesunde Ernährung und
- sportliche Betätigungen,

im Fokus.

Übergänge in milieutherapeutische Maßnahmen (z. B. Schulwechsel, aktive Einflussnahme auf den Umgang mit Peers, Auslandsaufenthalte, Urlaube, Erholungstage, *Auszeiten*) und in nichtpharmakologische Interventionen (z. B. Lichttherapie, Bewegungstherapie, Umstellung der Ernährung im Sinne einer ergänzenden bilanzierten Diät) sind fließend. Obwohl sehr häufig eingesetzt, liegt für die Wirksamkeit der einzelnen Komponenten bislang noch sehr wenig Evidenz vor [3].

Psychotherapie

Die am besten untersuchte und vermutlich wirksamste Intervention bei depressiven Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist die Psychotherapie. Aufgrund der Evidenzlage werden in vielen Leitlinien häufig an erster Stelle die kognitive Verhaltenstherapie und die interpersonelle Psychotherapie genannt [3]. Doch auch andere wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren wie die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die Gesprächspsychotherapie und die systemische Therapie verfügen über Interventionstechniken, die als wirksam angesehen werden können.

Je nach therapeutischer Ausrichtung und entsprechend der Einschätzung möglicher Ursachen oder Problemfelder des Patienten setzt der Psychotherapeut bei der psychotherapeutischen Behandlung

- an negativistischen Denkmustern (z. B. „Ich bin wertlos.“),
- an Vermeidungsstrategien (Kind geht beispielsweise dem Kontakt mit Gleichaltrigen aus dem Weg) oder
- an regressiven Bedürfnissen (basales Geborgenheitsgefühl)

an. Auch ein systemischer Ansatz unter Einbeziehung der Familie kann sich als

überaus wirksam erweisen, wenn das Kind beispielsweise innerhalb der Familie eine Sündenbockfunktion innehat oder sich für Vorgänge schuldig fühlt, die es fälschlicherweise auf seine eigenen Handlungen zurückführt. So attribuieren Kinder häufig belastende Ereignisse wie einen Streit oder die Trennung der Eltern irrtümlich auf ihr Fehlverhalten („Wenn ich nicht so frech gewesen wäre, hätte Mama sich nicht so sehr ärgern müssen. Dann hätte es weniger Streit gegeben und meine Eltern wären noch zusammen.“).

Pharmakotherapie

Da es sich bei den Depressionen um Erkrankungen mit spontaner Remission handelt, ist bei klinischen Studien auch in der mit Placebo behandelten Gruppe mit einer relativ hohen Rate an Therapieansprechern zu rechnen. Tatsächlich finden sich in Depressionsstudien klassischerweise immer sehr hohe Placeboeffekte, was häufig fälschlicherweise recht einseitig gegen die Wirksamkeit von Antidepressiva angeführt wird. So lange wir noch wenig Kenntnis über Spontanremissionen des natürlichen Krankheitsverlaufs haben, sind in allen randomisierten kontrollierten Depressionsstudien hohe Placeboraten zu erwarten [11].

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Antidepressiva wird auch aus anderen Gründen weiterhin kontrovers diskutiert. Insbesondere Veröffentlichungen über ein vermeintlich erhöhtes Suizidrisiko unter Pharmatherapie und entsprechend zurückhaltende Empfehlungen von Fachgesellschaften führten zu einer großen Verunsicherung bei den behandelnden Ärzten und den Eltern. In einer von der FDA („Food and Drug Administration“) einberufenen Konsensuskonferenz [9] wurden u. a. die gegensätzlichen Evidenzlagen zum Suizidrisiko einer Pharmakotherapie, beispielsweise mit selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI), diskutiert. In kontrollierten klinischen Studien mit randomisiertem Doppelblinddesign ergaben sich häufig geringfügig erhöhte Risiken insbesondere für die sog. „suicidal ideation“, die gedankliche Beschäftigung mit Suizidhandlungen. Dieses Risiko, das vermutlich in den ersten Wochen der Behandlung am höchsten

ist, muss in der Praxis unbedingt berücksichtigt werden. Es leitet sich allerdings aus Studien ab, bei denen Kinder und Jugendliche mit klinischen Hinweisen auf bisherige Suizidalität explizit ausgeschlossen wurden. Aufgrund dieser Selektion stellen die erhaltenen Resultate möglicherweise ein doch wenig valides Abbild des klinischen Alltags dar. Diesen Erkenntnissen stehen epidemiologische Befunde entgegen, die einen Zusammenhang zwischen der Verordnung von Antidepressiva und dem Rückgang suizidaler Handlungen nahe legen [10, 13]. Beobachtungsstudien, Praxiswissen und Erkenntnisse aus kontrollierten Studien stehen somit hinsichtlich der Nutzen-Risiko-Bewertung noch im Widerspruch, was es dem Praktiker zusätzlich erschwert, sich für oder gegen eine Pharmakotherapie zu entscheiden.

Darüber hinaus legen Übersichtsarbeiten (z. B. [3, 14]) den Schluss nahe, dass Antidepressiva im Kindes- und Jugendalter weniger wirksam sind oder der mögliche Nutzen so gering ist, dass die Verordnung nicht indiziert erscheint. Zweifelsfrei zeigte sich in den Metaanalysen aber, dass der potenzielle Nutzen linear mit dem Schweregrad der Erkrankung zusammen hängt:

» Je stärker die Symptome der Depression ausgeprägt sind, desto höher ist auch der zu erwartende Nutzen der Antidepressiva [7].

Für die Praxis leitet sich aus der bisherigen Evidenz die Empfehlung ab, die Indikation von Antidepressiva im Kindes- und Jugendalter gründlich abzuwägen und ein engmaschiges Monitoring des Nutzen-Risiko-Profiles zu etablieren. Derzeit ist in Deutschland nur Fluoxetin zur Behandlung bei Kindern ab 8 Jahren mit mittelgradiger bis schwerer depressiver Episode im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzepts zugelassen. Voraussetzung ist, dass die Depression nach 4 bis 6 Sitzungen einer psychologischen Behandlung nicht anspricht. Empfohlen wird eine Anfangsdosis von 10 mg, die dann nach 1 bis 2 Wochen auf 20 mg gesteigert werden kann. Laut Produktinformation soll die Behandlung einem Spezialisten vorbehalten sein.

Trizyklische Antidepressiva sind im Kindes- und Jugendalter aufgrund fehlen-

der Wirknachweise und des ungünstigeren Risikoprofils nicht zugelassen. Ein insbesondere im ambulanten Bereich hochrelevantes Risiko ist die gegenüber SSRI geringere therapeutische Breite mit früheren toxischen Effekten bei Einnahme größerer Mengen in suizidaler Absicht.

Johanniskraut

Aus grundsätzlichen Vorbehalten gegenüber Psychopharmaka und aus Verunsicherung durch die Diskussion über das Nutzen-Risiko-Profil der SSRI bemühen sich viele Eltern um eine pflanzliche Behandlung ihrer depressiven Kinder. An prominenter Stelle steht hier das Johanniskraut, das eine Vielfalt verschiedener potenzieller Wirkstoffe enthält (insbesondere Hyperforin und Hypericin).

» Empfehlungen zu Johanniskraut sind derzeit nicht möglich

Die bisherige Evidenzlage ist noch als heterogen einzuschätzen. Es gibt Studien mit positiven Wirknachweisen und solche, bei denen kein Nutzen gefunden werden konnte. Derzeit wird in Deutschland eine größere multizentrische Wirksamkeitsstudie im Auftrag des BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) durchgeführt (www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatrie-psychotherapie/home/forschung/demijojohanniskrautstudie.html). Empfehlungen können daraus noch nicht abgeleitet werden.

Prognose

Die Evidenzlage über die Langzeitprognose depressiver Episoden ist noch als zu gering einzuschätzen, um daraus direkte Handlungsempfehlungen für die Praxis abzuleiten. Grundsätzlich besteht nach jeder depressiven Episode das Risiko eines Rezidivs. Liegt eine entsprechende genetische Belastung vor, ist eine erhöhte klinische Aufmerksamkeit geboten.

Für pharmakologische Empfehlungen zur Rezidivprophylaxe, wie sie im Erwachsenenalter üblich sind, fehlen im

Kindes- und Jugendalter systematische Untersuchungen. Daher sollte hiervon auch nur in Ausnahmefällen Gebrauch gemacht werden.

In der bislang größten prospektiven Längsschnittstudie, der Great Smoky Mountain Study [4], zeigte sich insbesondere bei depressiven Mädchen eine erhöhte längerfristige Vulnerabilität für weitere psychiatrische Erkrankungen. Hier sollte für die Praxis in besonderem Maß darauf geachtet werden, dass Eltern, deren Kinder erstmalig an einer depressiven Episode gelitten haben, frühzeitig einen Arzt aufsuchen, wenn sich erneut Verhaltensauffälligkeiten jeglicher Art einstellen.

Fazit für die Praxis

- Auch im Kindes- und Jugendalter sind Depressionen (depressive Episoden und Dysthymien) nicht selten.
- Das Störungskonzept der Erwachsenenpsychiatrie lässt sich mit Modifikationen, die für eine valide Einschätzung des Störungsbildes hochrelevant sind, auch auf das Kindes- und Jugendalter anwenden.
- Bei der Diagnostik muss berücksichtigt werden, dass beide Kernsymptome der Depression bei Kindern und Jugendlichen auf den ersten Blick nahezu ins Gegenteil verkehrt erscheinen können.
- CDRS und MADRS sind bei Verdacht auf Depression und Dysthymia hilfreiche diagnostische Instrumente. Die Diagnosestellung erfolgt jedoch auf der Grundlage des klinischen Urteils.
- Die differenzialdiagnostische Abgrenzung der affektiven Erkrankungen von den Störungen des Sozialverhaltens ist auch therapeutisch wichtig.
- Die therapeutischen Maßnahmen zur Behandlung von depressiven Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen umfassen psychoedukative, milieutherapeutische, psychotherapeutische sowie pharmakologische Interventionen, wobei die Psychotherapie am besten untersucht ist.

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. M. Huss
 Klinik und Poliklinik für
 Kinder- und Jugendpsychiatrie
 und -psychotherapie,
 Universitätsmedizin Mainz
 Langenbeckstraße 1,
 55131 Mainz
 michael.huss@
 unimedizin-mainz.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor weist auf folgende Beziehungen hin: Beratungstätigkeit für die Firmen Shire und Lundbeck im Indikationsgebiet Depression, kein direkter Problembezug zum Artikel.

Literatur

1. Beardslee WR, Gladstone TR, O'Connor EE (2011) Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively ill parents: a review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 50(11):1098–1109
2. Bettge S, Wille N, Barkmann C et al (2008) Depressive symptoms of children and adolescents in a German representative sample: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry [Suppl 1]* 17:71–81
3. Birmaher B, Brent D, AACAP Work Group on Quality Issues (2007) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46:11 (<http://www.aacap.org/galleries/Practice-Parameters/Vol%2046%20Nov%202007.pdf>)
4. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A et al (2003) Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 60(8):837–844

5. Epkins CC, Heckler DR (2011) Integrating etiological models of social anxiety and depression in youth: evidence for a cumulative interpersonal risk model. *Clin Child Fam Psychol Rev* 14(4):329–376
6. Joseph MR, Philip LH (2009) Depression in children and adolescents. In: Joseph MR, Boris B (Hrsg) *Treating child and adolescent depression*. Wolters Kluwer, Köln, S 3–16
7. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB et al (2008) Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 5(2):e45
8. Klein DN, Shankman SA, Rose S (2008) Dysthymic disorder and double depression: prediction of 10-year course trajectories and outcomes. *J Psychiatr Res* 42(5):408–415
9. Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA (2010) Suicidality and risk of suicide – definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement. *J Clin Psychiatry* 71(8):e1–e21
10. Olfson M, Shaffer D, Marcus SC et al (2003) Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 60(10):978–982
11. Parellada M, Moreno C, Moreno M (2011) Placebo effect in child and adolescent psychiatric trials. *Eur Neuropsychopharmacol* Oct 24. [Epub ahead of print]
12. Posner K, Oquendo MA, Gould M (2007) Columbia classification algorithm of suicide assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry* 164(7):1035–1043
13. Sondergard L, Kvist K, Andersen PK et al (2006) Do antidepressants precipitate youth suicide? A nationwide pharmacoepidemiological study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 15(4):232–240
14. Wagner KD (2005) Pharmacotherapy for major depression in children and adolescents. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 29:819–826



Berlin, 22.–25. Februar 2012
 (Messe und ICC Berlin)

30. Deutscher Krebskongress
 Qualität sichern –
 Forschung fo(e)rderm

Plenarsitzungen zu
 den Haupttumorarten

Mittwoch, 22.2.2012
 Palliativmedizin
 Hauthumoren

Donnerstag, 23.2.2012
 Prostatakarzinom
 Kolorektales Karzinom

Freitag, 24.2.2012
 Lungentumoren
 Leukämien & Lymphome

Samstag, 25.2.2012
 Mammakarzinom

Kongresspräsident
 Prof. Dr. Peter Albers

Auskunft
 Kongress- und
 Kulturmanagement GmbH
 Postfach 3664
 99407 Weimar
 Fon: + 49 (03643) 2468-0
 Fax: + 49 (03643) 2468-31
 dkk2012@kukm.de
 www.dkk2012.de