

Depressive Störungen: Deutliche Zunahme in der Pubertät

Quelle: [pädiatrie hautnah](#)



Je früher ein Kind an einer depressiven Störung erkrankt, desto schlechter ist der Verlauf.

© Mikael Damkier / fotolia.com

Depressive Störungen haben wesentliche Bedeutung für die psychisch-psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Ihre Behandlung setzt eine differenzierte Diagnostik voraus.

Die Prävalenz [depressiver Störungen](#) wird abhängig von der Methode der Diagnosestellung, dem Alter und dem Geschlecht für Jugendliche mit 2 % für mittelgradige und schwere Formen der Depression, mit 4 % für leichte Formen angegeben [3]. Die Prävalenzangaben für depressive Symptome im Grundschulalter liegen zwischen 1,8 und 2 %.

Mädchen häufiger betroffen als Jungen

Mit Einsetzen der Pubertät nimmt die Prävalenz deutlich zu, insbesondere bei den Mädchen. Ein Grund hierfür könnten emotionale Risikofaktoren für Mädchen sein, die zu einem negativen Selbst- und Körperbild führen. Diskutiert werden ferner eine weniger unabhängige Erziehung der Mädchen, welche die Autonomieentwicklung verzögert und damit Rollenkonflikte und Abgrenzungsschwierigkeiten verstärkt.

Es ist davon auszugehen, dass eine [entwicklungsspezifische](#) Symptomatik der Depression vorliegt, allerdings ist dieses Konzept bisher kaum validiert. Im Wesentlichen wurden, zumindest für das Jugendalter, in den Klassifikationsschemata die Symptomatik des Erwachsenenalters übernommen. Hierzu gehören Interessenverlust, Freudlosigkeit, Aktivitätseinschränkung, Antriebslosigkeit, schnelle Ermüdbarkeit sowie eine länger anhaltende Niedergeschlagenheit. Hinzu kommen kognitive Einschränkungen (Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung), Zukunftsangst, formale Denkstörungen (Verlangsamung, Denkhemmung), reduziertes Selbstwertgefühl und auf der körperlichen Ebene Appetitverlust oder -zunahme verbunden mit entsprechender Gewichtsveränderung, vegetative Symptome mit Bauch- und [Kopfschmerzen](#) sowie Schlafstörungen. Es besteht eine

hohe Komorbidität mit Störungen des Sozialverhaltens (ca. 40 %), mit Angststörungen (ca. 36 %) und mit [Substanzmissbrauch](#) (ca. 19 %).

Ursächlich wird eine genetische Prädisposition [18], die sich funktional auf Stoffwechselprozesse des Gehirns auswirkt, im Zusammenspiel mit Umweltfaktoren diskutiert. Zu den Umweltfaktoren, die ein sehr belastendes Ereignis darstellen können, gehören Tod und schwere Erkrankung eines Elternteils, Trennung der Eltern und vor allem körperlicher und psychischer Missbrauch. Prädiktoren eines eher schlechten Verlaufes sind frühes Erkrankungsalter, Vorliegen komorbider Störungen, Erkrankung eines Elternteils an einer depressiven Störung und insbesondere bei jüngeren Kindern eine massiv gestörte Eltern-Kind-Interaktion.

Diagnostik mithilfe des multiaxialen Klassifikationsschemas

Für die Planung der Behandlung ist die genaue Diagnostik eine entscheidende Voraussetzung. Diese sollte, entsprechend den sechs Achsen des multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS), die psychiatrische Erkrankung und komorbide psychische Erkrankungen darstellen (Achse I), das Vorliegen von Entwicklungsstörungen überprüfen (Achse II), Ergebnisse der Untersuchung der Intelligenz darstellen (Achse III), das Vorliegen organischer Erkrankungen dokumentieren (Achse IV), Belastungen in der Familie und in der aktuellen Lebenssituation erfassen (Achse V) und das psychosoziale Funktionsniveau (Achse VI) enthalten.

Relevant für die Therapieplanung in Bezug auf die erste Achse sind der Schweregrad der depressiven Störung, das Vorliegen psychotischer Symptome und der bisherige Verlauf. Ferner bestimmen das Auftreten suizidaler Gedanken oder Handlungen, das Vorliegen komorbider psychiatrischer Erkrankungen und gegebenenfalls bereits durchgeführte Behandlungen das Setting.

Bei Lese-Rechtschreib- und Rechenstörungen Depressionen häufiger

Entwicklungsstörungen wie eine Lese-Rechtschreib-Störung oder die ebenfalls häufige, aber selten diagnostizierte Rechenstörung treten gehäuft bei depressiven Störungen auf. Die Behandlung dieser Störungen ist ein wesentlicher Bestandteil der Gesamttherapieplanung und wichtig für den Therapieerfolg. Die Berücksichtigung der Intelligenz ist insbesondere bei der Beratung hinsichtlich der Schullaufbahn von großer Bedeutung. Nicht selten treten auch im Rahmen einer schulischen Überforderungssituation, wenn sie über einen längeren Zeitraum besteht, depressive Symptome auf. Bei einer Vielzahl organischer Erkrankungen wie etwa Asthma bronchiale und Diabetes mellitus treten im Verlauf, meist häufiger bei Jugendlichen als bei jüngeren Kindern, depressive Symptome oder eine depressive Störung auf. Daher ist die Berücksichtigung und Integration der organischen Erkrankung in die Gesamtbehandlung wichtig.

Ambulant oder stationär?

Belastungsfaktoren in der Familie (z. B. durch sexuellen oder körperlichen Missbrauch) und im direkten Umfeld (Peergroup, Schule) sind wesentliche Aspekte in der Behandlungsplanung. So kann eine Herausnahme des Kindes aus der Familie notwendig sein, wenn gravierende familiäre Belastungsfaktoren nicht bzw. nicht in

einem angemessenen Zeitraum veränderbar sind. Auch ein Schulwechsel kann hilfreich sein, wenn trotz Intervention die belastenden schulischen Faktoren nicht verändert werden können.

Vor Beginn der Therapie steht neben der Auswahl der Verfahren die Frage nach dem Behandlungssetting im Vordergrund. Die Entscheidung, ob eine ambulante, teilstationäre oder stationäre Therapie durchgeführt wird, wird maßgeblich von der Schwere der Erkrankung und den zur Verfügung stehenden Ressourcen bestimmt. Bei Vorliegen von Suizidgedanken mit konkreter Absicht zur Selbsttötung, bei Vorliegen von psychotischen Symptomen, bei einer Schwere der Erkrankung, welche die Wahrnehmung von Alltagsaufgaben wie den Schulbesuch nicht möglich macht und bei familiären Belastungen (zum Beispiel schwere psychische Erkrankung eines Elternteils, sexueller Missbrauch durch ein Familienmitglied) ist eine stationäre Behandlung zu empfehlen.

Eine ambulante Behandlung wird überwiegend bei leichten Formen von depressiven Störungen empfohlen. Es ist unabdingbar, dass die individuellen und familiären Voraussetzungen hinsichtlich der persönlichen und zeitlichen Ressourcen dafür vorhanden sind, die Behandlung ambulant durchzuführen.

Tagesklinik bei komorbiden Störungen

Die Indikation für den teilstationären Rahmen ist gegeben, wenn zum Beispiel durch das Vorliegen komorbider Störungen auf der Achse II eine Behandlung von Entwicklungsstörungen notwendig ist. Dies gelingt im schulischen Setting einer Tagesklinik recht gut. Auch bei Vorliegen einer komorbiden [Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung](#) kann im tagesklinischen Setting durch Integration einer störungsspezifischen ADHS-Therapie den Kindern und Jugendlichen mit einer depressiven Störung gut geholfen werden. Durch die am Alltag orientierte Tagesstruktur mit einem gemeinsamen Frühstück, Schulbesuch, Mittagessen, Gruppen- und Einzeltherapie sowie gemeinsamen sozialen Aktivitäten bietet die Tagesklinik einen sinnvollen therapeutischen Rahmen, um sowohl die Verhaltensauffälligkeiten als auch die sozialen Interaktionsprobleme zu behandeln.

Letztendlich wird gemeinsam mit dem Patienten und seiner Familie entschieden, welcher Behandlungsrahmen möglich und sinnvoll ist. Eine Ausnahme besteht dann, wenn aufgrund einer Eigen- (akute Suizidalität) oder Fremdgefährdung eine geschlossene stationäre Behandlung unmittelbar notwendig ist und nicht durch eine andere Intervention behandelt werden kann oder wenn der Patient sich seiner Behandlung verweigert. Es muss dann eine geschlossene Unterbringung nach § 1631 BGB erfolgen, die durch den gesetzlichen Vertreter beim Familiengericht beantragt wird.

Psychotherapeutische Verfahren

Zur Behandlung depressiver Störungen werden als psychotherapeutische Verfahren die kognitive Verhaltenstherapie, Interpersonelle Therapie, Familientherapie, Spieltherapie, Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierte Verfahren eingesetzt. Die höchste Evidenz, basierend auf Metaanalysen, liegt für die kognitive Verhaltenstherapie vor. Ferner werden Entspannungsverfahren und vor allem Psychoedukation eingesetzt. Zum Gesamttherapiesetting gehören insbesondere bei

den Kindern und Jugendlichen die heilpädagogischen Hilfen, die Einbindung der Schule in die Behandlungsplanung, gegebenenfalls die Einbindung der Jugendhilfe. Ein weiterer wichtiger Bereich ist die Pharmakotherapie, die insbesondere bei schweren Formen und bei Vorliegen einer komorbiden Störung von Bedeutung ist.

Zu Beginn der Behandlung steht die Aufklärung über die Störung und die Entlastung von Schuldgefühlen im Vordergrund. Die Aufklärung bezieht alle Beteiligten ein (Patient, Eltern, Geschwister, Schule, Ausbildungsstelle), um dadurch die Basis für eine effektive Intervention zu schaffen. Themen der Aufklärung sind ein Erklärungsmodell depressiver Störungen, Zusammenhang depressiver Störung und kognitiver Fähigkeiten, Bedeutung der Erkrankung auf das Sozialverhalten, möglicher Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten. Ein wichtiger Bereich ist die Darstellung der Behandlungsmöglichkeiten mit konkreter Schilderung von möglichen Inhalten, aber auch von dem Ablauf einer psychotherapeutischen Behandlung. Die Aufklärung des betroffenen Kindes über die Symptome, die möglichen Hintergründe und die möglichen Folgen im Alltag sind wichtig, um eine Therapiemotivation zu erreichen.

Betreuung der Familien: Meist entwickeln sich depressive Störungen langsam, sodass professionelle Hilfe durch die Eltern erst dann gesucht wird, wenn ein Kind schon ausgeprägte Symptome entwickelt hat. Mit der Diagnose konfrontiert machen sich die Eltern nicht selten Selbstvorwürfe, in der Erziehung versagt zu haben, insbesondere dem Kind gegenüber unangemessene Anforderungen (zum Beispiel hinsichtlich schulischer Leistungsfähigkeit) gestellt zu haben. Sie sind durch die Diagnose verunsichert, fragen sich, welche Anforderungen noch angemessen sind. Insbesondere der Umgang mit den negativen, teilweise aggressiven Stimmungen des Kindes löst massive Verunsicherungen aus.

In Familien, in denen bereits ein Elternteil oder ein Verwandter depressiv erkrankt ist, besteht hingegen eine erhöhte Aufmerksamkeit für mögliche Symptome einer Depression beim Kind. Die Angst vor einem Suizid, vor allem in Familien, in denen ein Suizid bereits stattgefunden hat, ist überaus häufig. Dies führt nicht selten dazu, dass Kinder, die phasenweise eine gedrückte Stimmung zeigen, jedoch ohne depressiv erkrankt zu sein, ambulant in einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie vorgestellt werden.

Für die Elternarbeit stehen, abhängig vom Entwicklungsalter des Kindes und dem damit verbundenen entwicklungstypischen Störungsbild, die Interaktion zwischen Eltern und Kind, die Identifikation von familiären Resilienzfaktoren und von Faktoren, die die Familie belasten, im Vordergrund. Eine emotional stabile und sichere Bindung an die Eltern, eine stützende und positive Rückmeldung gegenüber dem Kind, die Schaffung einer positiven Familienatmosphäre sind zentrale Bestandteile der familiären Unterstützung.

Positive Selbstwahrnehmung stärken: Die pragmatische Umsetzung dieser Empfehlung beinhaltet sowohl die Bereitstellung zeitlicher Ressourcen für gemeinsame Unternehmungen als auch die Zeit und Ruhe für Aktivitäten, welche die positive Selbstwahrnehmung des Kindes stärken. Einerseits durch die Entlastung von zu großer Verantwortung (wenn beispielsweise nach einer Trennung der Eltern Rollenaufgaben des getrennten Elternteils übernommen werden) und Vermeidung von Überforderung (z. B. emotionale Stützung eines psychisch erkrankten Elternteils), andererseits durch die Achtung der Autonomie und der Privatsphäre des

Kindes kann es zu einer deutlichen Förderung der psychischen Entwicklung des Kindes kommen. Ferner gilt es, negatives Denken in Form von Überbewertung von Fehlern, Nicht-Anerkennen von Erfolgen und Leistungen, Verallgemeinerungen von negativen Erlebnissen zu reduzieren und die Selbst- und Eigenverantwortung des Kindes mit einer depressiven Störung zu stärken.

Kognitive Verhaltenstherapie: Die kognitive Verhaltenstherapie gehört zu den häufig eingesetzten Psychotherapieformen bei der Behandlung depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ausgehend von den Depressionsmodellen, die durch die Erfahrungen mit erwachsenen Patienten entstanden sind [2, 13], wurden manualisierte Behandlungsprogramme auch für das Kindes- und Jugendalter entwickelt, die zum Teil auch in deutscher Sprache vorliegen [12]. Diese Programme sind wesentlich durch die zugrunde liegenden Störungsmodelle geprägt, sind sehr strukturiert und fordern eine meist sehr aktive Rolle des Patienten (zum Beispiel Hausaufgaben, Tagebuch führen) und des Therapeuten. Aufbauend auf einer sehr umfassenden Analyse des Denkens, Erlebens, Verhaltens und der Emotion sind die Problemdefinition und die Definition des zu erreichenden Ziels von großer Bedeutung.

Die Adaptation und Weiterentwicklung der verhaltenstherapeutischen Programme für das Kindes- und Jugendalter zeigt sich an der Integration der Eltern, Geschwister und Lehrkräfte in die Behandlung und der Verwendung von Materialien, die dem Entwicklungsniveau der Kinder und Jugendlichen angemessen sind. Die Problembereiche sind häufig Konflikte mit den Eltern, Gleichaltrigen und der Schule. Die Behandlungsprogramme zielen auf verschiedene Erlebnis-, Denk- und Verhaltensdimensionen (**Tabelle 1**).

Tabelle 1 Übersicht über die Behandlungskomponenten, Behandlungsziele und Methoden der Verhaltenstherapie

Behandlungskomponenten	Behandlungsziele	Methoden
Training von Problemlösungsfähigkeiten	Verbesserung der Problemlösefähigkeiten mit Auswirkungen auf das Selbstbewusstsein	Identifikation von Problembereichen, ihre Thematisierung, Entwicklung alternativer Lösungsstrategien, Üben der am besten geeigneten Strategien, Rollenspiel
Training sozialer Kompetenzen	Verbesserung und Aufbau von selbstsicherem Verhalten, der Interaktion mit Gleichaltrigen und Eltern	Identifikation von Problembereichen, ihre Thematisierung (Selbstbeobachtung), Modelllernen, Üben (z. B. Aufgaben mit Gleichaltrigen), Rollenspiel, Training selbstsichereren Verhaltens (z. B. Aufgaben mit Gleichaltrigen)
Selbstbeobachtung	Verbesserte Wahrnehmung und Beschreibung eigener	Protokoll positiver und negativer Ereignisse, Gefühle und Gedanken

	Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen	(Tagebuch)
Kognitive Umstrukturierung	Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Gedanken, Entwicklung positiver und realistischer Gedanken	Protokollierte Selbstbeobachtung, positive Selbstgespräche, Gedankenprotokoll, Gesprächsführung (z. B. Hinterfragen der negativen Bewertung oder Richtigkeit der Gedanken)
Aktivitätsaufbau	Steigerung positiver Aktivitäten	Beobachtung und Beschreibung der eigenen Aktivitäten, systematische Planung angenehmer Aktivitäten pro Tag
Entspannungstraining	Reduktion von Spannung und Angst	Verschiedene Entspannungstechniken (z. B. autogenes Training, progressive Muskelrelaxation)
Selbstkontrolle	Verbesserung positiver Selbstwahrnehmung und -beurteilung	Selbstbeobachtung und -belohnung, Verhaltens- und Verstärkerpläne, Training von Selbstkontrollprozessen

Tabelle 2 Übersicht über manualisierte verhaltenstherapeutische Programme

Verfahren	Inhalte	Evaluation	Quelle
Adolescent Coping with Depression Course (CWD-A-) Gruppentherapie	Deutsche Version als Kurzversion: zehn zweistündige Sitzungen, vier bis acht Teilnehmer	Verminderung depressiver Symptome, irrationalen Denkens, Steigerung erwünschten Verhaltens, Denkens und Erlebens [15]	[7]
Primary and Secondary Control Enhancement Training Program (PASCET), Einzeltherapie	14–45-minütige Einzelsitzungen (bereits für Kinder ab acht Jahren) und drei Elternsitzungen	Evaluationsstudie mit 48 Grundschulkindern: Reduktion depressiver Symptome [23]	[22]
Kognitive Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche nach Harrington (Deutsch von T. Jans, A. Warnke, H. Remschmidt)	8–40-minütige Einzelsitzungen mit dem Kind und den Eltern	Evaluiert mit 57 Kindern im Alter von acht bis 17 Jahren; deutliche Reduktion der Depressions- und Angstsymptomatik, Steigerung des Selbstwertgefühls und der Fähigkeit zur angemessenen Alltagsbewältigung. [20]	[21]

Bei jüngeren Kindern stehen eher die verhaltensorientierten Behandlungskomponenten (z. B. soziales Kompetenztraining durch Verstärkerpläne) und die Elternarbeit im Vordergrund, bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen die kognitiven Techniken. Ziel der Interventionen sind das Erkennen und die

Veränderung negativer Denk- und Verhaltensmuster sowie die Veränderung negativer Gefühle und Stimmungen. Die verschiedenen Komponenten werden abhängig von den gewählten Programmen kombiniert und eingesetzt [Übersicht in [14](#)]. Für das Kindes- und Jugendalter liegt eine Reihe von Manualen für die Einzel- und Gruppentherapie vor (**Tabelle 2**), von denen lediglich einige ins Deutsche übertragen und mit deutschsprachigen Patienten evaluiert wurden.

Insgesamt ist die Datenlage zur Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie befriedigend. Allerdings liegen vergleichsweise wenige Studien vor, die zu recht unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Die Effektstärke nach Cohen liegt im Durchschnitt im mittleren Bereich [\[1\]](#). Allerdings wurden viele Studien im ambulanten Setting mit Patienten durchgeführt, die an einer leichten oder mittelschweren Depression leiden, sodass eine Übertragung dieser Ergebnisse auf Kinder und Jugendliche mit schwerer Depression nicht möglich ist. Für Patienten mit schwerer Depression wird eine Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie empfohlen [\[14\]](#).

Für das Kindes- und Jugendalter kommt der Beteiligung der Eltern eine besondere Bedeutung zu. Nicht selten ist ein Elternteil selbst an einer depressiven Störung erkrankt, aber auch, wenn die Eltern nicht erkrankt sind, findet man nicht selten dysfunktionale kognitive Schemata in den Familien, die die depressiven Denk- und Erlebensweisen des Kindes beeinflussen. Lediglich in einzelnen Evaluationsstudien wurde die Wirksamkeit des Einbezugs der Eltern in die Verhaltenstherapie evaluiert.

Interpersonale Therapie: Die Interpersonale Therapie (IPT) wurde bisher nur an Jugendlichen und jungen Erwachsenen evaluiert [\[6, 16\]](#). Wiederum ausgehend von den Erfahrungen mit Erwachsenen wurde die IPT an das Jugendalter angepasst (IPT-A). Zentral für diese Therapieform ist die Überlegung, dass die depressive Störung im Rahmen fehlangepasster zwischenmenschlicher Beziehungen entstanden ist. Ziel der Therapie ist es daher, zunächst die Konflikte in der Familie und in sozialen Beziehungen zu erkennen und zu verändern. Die Themen der IPT sind an den Entwicklungsaufgaben der Jugendlichen orientiert wie z. B. Autonomie von den Eltern, Erfahrungen und Umgang mit Autorität, Initiieren von Zweierbeziehungen, der Umgang mit Trennung und Trauer. Zu den Methoden gehören Psychoedukation, Fragen und Interview, Modelllernen, Beratung, Rollenspiel und Hausaufgaben.

Für die Behandlung liegen englischsprachige Manuale vor, die Behandlungsdauer ist kurz. Die IPT liegt auch als Gruppentherapie (IPT-AG) und Familientherapie (Interpersonal Family Therapy, IFT) vor. Die Wirksamkeit ist bisher kaum untersucht, Effekte liegen sowohl für Einzel- als auch für die Gruppentherapie vor, Katamnesen zeigen einen anhaltenden Effekt ein Jahr nach Beendigung der Therapie [\[6\]](#).

Pharmakotherapie

Die pharmakotherapeutische Behandlung depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter ist insbesondere bei schweren Formen der Depression und bei Suizidalität indiziert und stellt einen Bestandteil eines multimodalen Behandlungskonzeptes dar. Die bisher vorliegenden Wirksamkeitsstudien zeigen eindeutig die Überlegenheit von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) [\[19\]](#) gegenüber den trizyklischen Antidepressiva in der Behandlung

depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen [10]. Die fehlende Wirksamkeit der trizyklischen Antidepressiva im Kindes- und Jugendalter ist bisher noch wenig verstanden, ein Grund hierfür könnten Reifungsprozesse im Noradrenalinsystem sein [11].

Alle SSRI haben einen aktivierenden und antriebssteigernden Effekt, der nicht nur bei Patienten mit suizidalen Symptomen eine aufmerksame und engmaschige Begleitung der Pharmakotherapie bedarf, da auch bei den SSRI mit einer Latenz des Wirkungseintritts von mindestens zwei Wochen zu rechnen ist. Um dieser Problematik zu begegnen, ist entweder ein stationärer Aufenthalt oder eine Begleitmedikation mit einem niedrig- oder mittelpotenten Neuroleptikum in Erwägung zu ziehen. Ziel dieser Medikation ist es, der aktivierenden Komponente der SSRI durch die sedierende Komponente der Neuroleptika entgegenzuwirken. Alternativ ist auch ein Antidepressivum mit einer sedierenden Komponente (Mirtazapin) zu überlegen. Zur Frage, ob SSRI das Suizidrisiko erhöhen, zeigen die letzten Metaanalysen, dass dies nicht der Fall ist [4].

Fluoxetin: Auf der Basis von Wirksamkeitsstudien liegt derzeit der höchste Evidenzgrad zur Behandlung depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter zu Fluoxetin vor [19]. Dies ist auch der bisher einzige Wirkstoff, der zur Behandlung der Depression bei Kindern ab dem achten Lebensjahr in Deutschland zugelassen ist. Alle anderen Wirkstoffe werden als Off-label-Gebrauch im Rahmen eines individuellen Heilversuchs eingesetzt, was hinsichtlich der Aufklärung und Information des Patienten und der Erziehungsberechtigten berücksichtigt werden muss (Aufklärung über den Zulassungsstatus, Alternativen, Nebenwirkungen).

Weitere SSRI: Die Wirksamkeitsdaten für Sertralin und Paroxetin sind widersprüchlich, für Citalopram wird der Einsatz bei Patienten empfohlen, die aufgrund einer körperlichen Erkrankung eine Verstoffwechslung des Antidepressivums über die Cytochrom-P450-Enzyme vermeiden müssen. Für eine Reihe von SSRI besteht, bedingt durch den Abbau über das Cytochrom-System, eine potenzielle Interaktion mit anderen Medikamenten. Durch eine Hemmung der Enzyme des Cytochromsystems erfolgt meist ein Spiegelanstieg der Komedikation bedingt durch eine geringere Metabolisierung dieser Substanzen. Johanniskraut hingegen, das als Selbstmedikation sehr verbreitet ist, induziert das Cytochromsystem (hier das CYP3A4) und führt zu einem schnellen Abbau der Komedikation.

Therapie mit Antidepressiva: Die Behandlung mit Antidepressiva setzt eine eingehende körperliche Untersuchung einschließlich EKG, Blutdruck, Blutbild, Leber- und Nierenparameter voraus. Die Dosierung sollte einschleichend beginnen und in wöchentlichen Schritten (4–7 Tagen) eine Aufdosierung erfolgen. In der Regel genügt eine Einmalgabe, abhängig von den Nebenwirkungen sollte bei sedierenden Medikamenten eine Abendgabe, bei antriebssteigernden Antidepressiva die Gabe am Morgen bevorzugt werden.

Bei mangelnder Wirksamkeit oder starken Nebenwirkungen sollte ein therapeutisches Drugmonitoring erfolgen. Neben der Möglichkeit, Probleme der Compliance zu entdecken, kann über das Monitoring die Dosisfindung und gegebenenfalls das Vermeiden von dosisbedingten Nebenwirkungen erzielt werden [8, 9]. Bei fehlender Wirksamkeit sollte, da das Erreichen eines ausreichenden

Wirkspiegels meist vier bis sechs Wochen dauert, eine Umstellung auf ein anderes Antidepressivum nicht vor dieser Zeit erfolgen. Die Pharmakotherapie sollte nach Stabilisierung mindestens sechs Monate fortgesetzt werden. Das Ausschleichen erfolgt schrittweise über mehrere Wochen, kann bei längerer Therapiedauer auch mehrere Monate andauern.

Fazit für die Praxis

- Mit Einsetzen der Pubertät nimmt die Prävalenz deutlich zu.
- Je früher ein Kind erkrankt, desto schlechter ist der Verlauf.
- Die Behandlung depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter setzt eine differenzierte Diagnostik voraus, die abhängig vom Schweregrad und von anderen Faktoren ambulant, teilstationär oder stationär durchgeführt wird.
- Die kognitive Verhaltenstherapie gehört zu den wirksamsten Therapieoptionen.
- Pharmakotherapie ist bei schweren Formen, bei Suizidalität und bei fehlendem Erfolg der Psychotherapie indiziert.
- Unter den Pharmakotherapeutika sind SSRI bei Kindern und Jugendlichen die wirksamste Medikamentengruppe. Nur Fluoxetin ist für Kinder zugelassen, alle anderen Präparate werden off-label verordnet.

Literatur

Bachmann, M., Bachmann C, Rief W & Mattejat F (2008) Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 36: 309–20.

Beck AT (1976) *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York, International Universities Press.

Blanz B, Remschmidt H, Schmidt MH & Warnke A (2006) *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Schattauer, Stuttgart.

Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, Ren L & Brent DA (2007) Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 297: 1683–96

Bachmann, M., Bachmann C, Rief W & Mattejat F (2008) Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 36: 309–20.

Brunstein-Klomek A, Zalsman G, & Mufson L. (2007) Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A). *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 44: 40–46

Clarke GN, Rohde P, Lewinsohn PM, Hops H, Seeley JR (1999) Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38: 272-

- Gerlach M, Rothenhöfer S, Mehler-Wex C, Fegert JM, Schulz E, Wewetzer C & Warnke A (2006) Therapeutisches Drugmonitoring in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - Grundlagen und praktische Empfehlungen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 34: 5–13
- Gerlach M, Mehler-Wex C, Walitza S & Warnke A (2009) *Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie.* Springer, Wien.
- Hazell P, O'Connell D, Heathcote D, Henry D. Tricyclic drugs for depression in children and adolescents *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(2):CD002317.
- Heiser P & Remschmidt H (2002) Die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer und die neueren Antidepressiva in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Z Kinder Jugendpsychiatrie Psychother* 3:173–183
- Harrington RC (2001) *Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen.* Hogrefe, Göttingen
- Lewinsohn PM (1974) A behavioural approach to depression. In RJ Friedman & MM Katz (Eds.) *The psychology of depression. Contemporary theory and research*, 175–185. New York, Wiley.
- Ihle, W, Ahle, ME, Jahnke D. & Esser G (2004) Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie von depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein evidenzbasierter Diskussionsvorschlag. *Kindheit und Entwicklung* 13: 64–79
- Ihle, W, Jahnke D, Spieß L & Herrle J (2002) Evaluation eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramms für depressive Jugendliche und junge Erwachsene. *Kindheit und Entwicklung* 11: 238–247.
- Moreau D, Mufson L, Weissman MM & Klerman GL (1991) Interpersonal psychotherapy for adolescent depression: description of modification and preliminary application. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30: 642–651
- Mehler-Wex C (2008) *Depressive Störungen.* Heidelberg, Springer.
- Schulte-Körne G, Allgaier A-K (2008) Genetik depressiver Störungen. *Z Kinder Jugendpsychiatrie Psychother* 36: 27–43
- Vasa RA, Carlino AR & Pine DS (2006) Pharmacotherapy of depressed children and adolescents: current issues and potential directions. *Biol Psychiatry* 59: 1021–1028
- Vostanis P, Feehan C, Grattan E & Bickerton WL (1996) A randomised controlled out-patient trial of cognitive-behavioural treatment for children and adolescents with depression: 9-month follow-up. *J Affect Disord* 40: 105–116
- Vostanis P & Harrington R (1994) Cognitive-behavioural treatment of depressive disorder in child psychiatric patients - rationale and description of a treatment package. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 3: 111–123.

Weisz JR, Thurber CA, Sweeney L, Proffitt VD, Le-Gagnoux GL (1997) Brief treatment of mild-to-moderate child depression using primary and secondary control enhancement training. J Consult Clin Psychol 65: 703–707

Weisz JR, Jensen PS. (1999) Efficacy and effectiveness of child and adolescent psychotherapy and pharmacotherapy. Ment Health Serv Res. 3:125–17.

Zeitschrift: [pädiatrie hautnah 2012/3](#)

publiziert am: 4.7.2012 15:00 **Autor:** Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne **Quelle:** pädiatrie hautnah 2012; 24 (13): 208-215

-