

Definition

Hauptsymptome einer depressiven Erkrankung sind meist **episodenhaft** auftretende Stimmungsverschlechterungen (gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit), Antriebslosigkeit, Interessenverlust, erhöhte Ermüdbarkeit und diffuse Schmerzsymptome. Die Symptomatik muss mindestens 2 Wochen lang vorhanden sein, tritt fast immer durchgängig in allen Situationen des Alltags auf und kann **alters- und entwicklungsabhängig sehr verschieden** ausfallen (► Tab. 32.1).

Epidemiologie

Im Kindesalter sind ca. 1–4 %, im Jugendalter etwa 6 % von depressiven Erkrankungen betroffen. Die Häufigkeit nimmt vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter kontinuierlich zu. Mädchen leiden ab der Pubertät ungefähr doppelt so häufig an Depressionen.

Ätiologie

Wissenschaftliche Studien sprechen für eine genetische Grundlage der depressiven Störungen. Besonders schwere Verläufe und das Erstauftreten im Kindes- und Jugendalter scheinen mit stärkerer genetischer Belastung verbunden zu sein als bei Erst-erkrankung im Erwachsenenalter. Die genetische Vulnerabilität* wirkt sich bei den Betroffenen auf den Neurotransmitter-Stoffwechsel des ZNS aus: Ein Noradrenalinmangel, der v. a. die Funktion des Nucleus coeruleus beeinflusst, und ein Serotoninmangel, der insbesondere zu Fehlfunktionen im Stammhirn führt, erklären vermutlich den therapeutischen Effekt von trizyklischen Antidepressiva. Diese hemmen die Noradrenalin- und Serotonin-Wiederaufnahme aus dem synaptischen Spalt und von SSRIs, die selektiver die Serotonin-Wiederaufnahme inhibieren.

Psychosoziale Umwelteinflüsse begünstigen das Auftreten und die Persistenz der Symptomatik und die Wahrscheinlichkeit zum Rezidiv von Episoden bei Kindern und Jugendlichen, die dafür genetisch-biologisch anfällig sind. Akute traumatische Ereignisse, aber auch körperliche Erkrankungen können ebenso depressive Störungen auslösen.

Klinisches Bild

Die depressiven Symptome zeigen sich meist auf drei Ebenen:

- Fühlen (Emotionen)
- Denken (Kognitionen)
- Körperwahrnehmung.

Am deutlichsten erkennt man die **emotionale Belastung** (Verstimmung, Anhedonie*). Häufig beklagt werden zusätzlich die **kognitiven Einschränkungen** (z. B. reduziertes Konzentrations- und Denkvermögen). Jüngere Kinder können die kognitiven Defizite häufig noch nicht benennen und äußern meist Beschwerden auf der **körperlichen Ebene** (Schlafstörungen, Appetitverlust, Bauch- und Kopfschmerzen).

Die depressive Symptomatik ist i. d. R. im Kindes- und Jugendalter etwas geringer ausgeprägt. Die Episoden sind kürzer und die Symptome können sich wesentlich von der „klassischen“ Depression im Erwachsenenalter unterscheiden.

Psychotische Symptome mit Störungen des Realitätsbezugs können bei schweren Verläufen zusätzlich vorhanden sein. Treten bei schweren depressiven Episoden psychotische Symptome auf, so passen die Wahninhalte typischerweise zur Stimmungslage des Patienten (Versagenswahn, Versündigungswahn, Schuldwahn, Verarmungswahn, hypochondrischer Wahn, nihilistischer Wahn: „Ich bin nichts wert!“).

Eine **Dysthymie*** zeigt sich in einer chronisch-depressiven Verstimmung von mindestens 1 Jahr Dauer, währenddessen die Symptomatik („auf niederer Flamme“) dauerhaft anhält.

Kurzfristig erwecken depressive Kinder oder Jugendliche bei ihrer Umwelt Interesse und Mitleid, langfristig werden sie durch die depressive Symptomatik für ihre Mitmenschen oft belastend. Dies führt im Rückschluss wieder zur Verstärkung der Symptomatik und auch zu weiterem sozialem Rückzug. Daher ist frühe professionelle Hilfe wichtig!

Diagnostik

Die klinische Diagnose stellt sich aufgrund **Anamnese** (inkl. Frage nach familiärer Belastung für depressive Störungen) und **Verhaltensbeobachtungen** (möglichst in unterschiedlichen Situationen): Zur Abgrenzung von bipolaren Störungen (s. u.) sollte immer auch nach möglichen manischen Symptomen gefragt werden (z. B. übertrieben gehobene oder gereizte Stimmung, vermindertes Schlafbedürfnis, schneller Redefluss). Bei jüngeren Kindern ist die Beobachtung von Spiel-, Ess- und Schlafverhalten besonders wichtig. Bei älteren Kindern ist der Einsatz von störungsspezifischen Fragebögen oder **Stimmungstagebüchern** hilfreich, wobei bei depressiven Kindern und Jugendlichen auf eine Dissimulationstendenz geachtet werden muss.

Zum Ausschluss anderer Ursachen sind folgende Schritte notwendig:

- Medikamentenanamnese
- Laboruntersuchung (inkl. TSH-Wert!)
- Intelligenzdiagnostik (schulische Über-/Unterforderung?)
- Diagnostik auf Teilleistungsschwächen (z. B. Lese-Rechtschreib-Störung).
- evtl. Drogenscreening

Fragebogenverfahren (z. B. DIKJ: Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche) können bei der Diagnose helfen. Gerade Kinder neigen hier aber evtl. zur Untertreibung des eigentlichen Ausmaßes der Symptomatik. Diagnostisch wichtig ist die häufige **Komorbidität** mit Angststörung, Störung des Sozialverhaltens, ADHS, Essstörung und Zwangsstörung.

Bei depressiven Kindern und Jugendlichen ist unbedingt die Suizidalität zu erfragen und zu dokumentieren. Bei fehlender Distanzierung von akuter Suizidalität ist eine Einweisung in eine Klinik erforderlich.

Differenzialdiagnose

- organisch bedingte Depressionen: Mögliche Ursachen sind Epilepsie, Diabetes mellitus, Hypothyreose*, Anämie*, Lupus ery-

Tab. 32.1: Entwicklungsabhängige Symptomatik der Depression.

Kleinkinder (1–3 Jahre)	Vorschulkinder (3–6 Jahre)	Grundschul Kinder	Jugendliche
Spielunlust, vermehrtes Weinen, Schlaf-/Essstörungen, selbststimulierendes Verhalten (z. B. Kopf-Schaukeln), Entwicklungsverzögerungen	Zusätzlich: in sich gekehrtes oder auch aggressives Verhalten, sekundäre Enuresis (► Kap. 13), sekundäre Enkopresis (► Kap. 14), Reizbarkeit, Schlafstörungen, verminderte Mimik und Gestik	Beginnende verbale Berichte über Traurigkeit, Suizidgedanken möglich; Schwierigkeiten, mit unstrukturierter Freizeit umzugehen (Wochenenden, Ferien); Schulleistungsstörungen, chronische Bauch- oder Kopfschmerzen	Rückzug vom Freundeskreis und Vernachlässigung von Hobbys, tageszeitliche Stimmungsschwankungen mit Morgentief und Tagesmüdigkeit, Konzentrationsmangel, psychosomatische Störungen, selbstverletzendes Verhalten, Alkohol-/Substanzmissbrauch, Appetit- und Libidoverlust*

thematodes* oder schwere Infektionskrankheiten.

- pharmakologisch bedingte Depression durch Antiepileptika, Stimulanzien (z. B. Methylphenidat), Antipsychotika, Zytostatika*
- Substanzmissbrauch: v. a. bei Cannabis
- bipolare Störung (manisch-depressive Störung): im Kindesalter selten, findet sich aber gelegentlich im Jugendalter. Bis zu ein Drittel der bipolaren Erkrankungen beginnen vor dem 18. Lebensjahr. Die Störung ist in den meisten Fällen familiär gehäuft und zeigt sich in einem phasenhaften Abwechseln von depressiven und manischen Phasen (gehobene oder häufiger: gereizte Stimmung, Antriebssteigerung). Diagnostisch entscheidend sind zeitlich abgrenzbare Episoden von eindeutigen Stimmungsänderungen in beide Richtungen. Hier hat die Therapie mit Psychopharmaka (Stimmungsstabilisatoren) eine viel höhere Bedeutung als in der Depressionsbehandlung.
- schizoaffektive Störung und Schizophrenien (► Kap. 19)
- Angststörungen des Kindesalters (► Kap. 31)
- Anpassungsstörung (► Kap. 34).

Therapie

Psychoedukation

Oft wirkt es für Eltern, Kinder und Jugendliche entlastend, wenn dargestellt wird, dass die Symptomatik Teil eines Krankheitsbilds ist.

Psychotherapie

Hier existieren mehrere wissenschaftlich evaluierte Therapieprogramme für Kinder

und Jugendliche. Entscheidende Inhalte sind:

- Aufbau positiver Aktivitäten: Alltagsstrukturierung, Aktivierung vorhandener Ressourcen
- kognitive Therapie: kognitive Umstrukturierung, Selbstinstruktionstraining, Problemlösetraining, Selbstmanagementtraining etc. Der depressive Patient soll altersadäquat lernen, alternative Überlegungen zu seinen absolutistischen Gedanken („alles meine Schuld“, „passiert immer mir“, „wird sich niemals ändern“) zu entwickeln.
- emotionsbezogene Therapie: Ärgerkontrolle, Entspannungsverfahren, adäquates Äußern von positiven und negativen Gefühlen, soziales Kompetenztraining
- familienbezogene Interventionen: Kommunikationstraining, Elternt raining.

Medikamentöse Therapie

Bei mittelschweren oder schweren Depressionen mit deutlicher Alltagseinschränkung oder bei Versagen einer alleinigen Psychotherapie ist die **Gabe von SSRI im Kindes- und Jugendalter die Medikation der ersten Wahl** (z. B. Fluoxetin: in Deutschland bei depressiven Kindern ab dem 8. Lebensjahr zugelassen). Nach intensiver Aufklärung der Eltern und Patienten über Wirkung und Nebenwirkungen, einer laborchemischen Untersuchung, EKG und EEG wird die Medikation langsam einschleichend dosiert. Die Patienten bzw. deren Eltern müssen auf einen verzögerten Wirkungseintritt von ca. 2–6 Wochen hingewiesen werden. Nebenwirkungen, wie Antriebssteigerung, treten aber bereits oft früher auf, was in seltenen Fällen zu gesteigertem Auftreten von

Suizidgedanken führen kann. Daher ist beim Aufdosieren der Medikamente eine engmaschige Überwachung des Patienten unbedingt notwendig.

Im Zweifel ist an eine Eindosierung unter stationären Bedingungen zu denken, evtl. mit anfänglicher zusätzlicher medikamentöser Sedierung. Andere häufige **Nebenwirkungen** sind Übelkeit, Appetitreaktion, Kopfschmerzen, Schlafstörungen oder sexuelle Dysfunktionen.

Bei deutlich vorhandenen Einschlafschwierigkeiten ist der Einsatz von Mirtazapin (z. B. Remergil®) zu erwägen. Trizyklische Antidepressiva und MAO-Hemmer sollten bei der Depressionsbehandlung von Kindern und Jugendlichen keine Bedeutung mehr haben.

Prognose

Die einzelnen Episoden einer Depression bilden sich im Verlauf meist zurück. Durch therapeutische Maßnahmen verkürzt sich die Dauer einer Episode. Außerdem reduziert eine rasche akute Therapie die Suizidgefahr. Die depressive Symptomatik neigt aber zu weiteren Episoden und eine Chronifizierung bis ins Erwachsenenalter ist nicht selten. Als negative prognostische Faktoren gelten: weibliches Geschlecht, ausgeprägte Schuldgefühle, das Auftreten mehrerer depressiver Episoden und psychopathologisch auffällige Eltern. Diesen sollte, falls notwendig, eine eigene Behandlung empfohlen werden.

- Depressionen im Kindes- und Jugendalter sind nicht selten und werden wegen der teilweise untypischen und altersspezifischen Symptomatik leicht übersehen.
- Besonders im Kindesalter kann die Depression auch mit einer verbalen Gereiztheit oder körperlicher Aggressivität einhergehen.
- Im Jugendalter ist die Suizidalität eine gefürchtete Komplikation, die bei akutem Bestehen immer zu einer Einweisung in eine Klinik führen muss.
- Therapeutisch empfehlen sich in erster Linie fundierte Psychotherapieprogramme.
- Auch im Kindes- und v. a. im Jugendalter sollte eine begleitende antidepressive Medikation in ausreichend hoher Dosierung in Betracht gezogen werden.
- Die Depression des Kindes- und Jugendalters neigt zur Chronifizierung ins Erwachsenenalter.