

möglich, sollte immer die Familie mit einbezogen werden, wobei im Einzelfall bei einer behandlungsbedürftigen Störung bei der Mutter darauf gedrungen werden sollte, dass diese sich in eine eigene Therapie begibt. Nicht selten reicht das ambulante Setting nicht aus, so dass eine stationäre Behandlung erforderlich wird, schon um einen häufig bestehenden *circulus vitiosus* zu unterbrechen.

Eine zusätzliche *psychopharmakologische Behandlung* mit Beta-Blockern (z.B. Dociton<sup>®</sup>, Beloc<sup>®</sup>) oder auch Clozapin (Leponex<sup>®</sup>) ist besonders bei ausgeprägten Formen hilfreich und daher zu erwägen. Der Einsatz von Diazepam-Derivaten wie Clobazam (Frisium<sup>®</sup>) oder Lorazepam (Tavor<sup>®</sup>) sollte nur kurzfristig als Krisenintervention erfolgen wegen der bekannten Abhängigkeitsgefahr. Ferner können trizyklische Antidepressiva, wie z.B. Imipramin (Tofranil<sup>®</sup>), Maprotilin (Ludomil<sup>®</sup>), Clomipramin (Anafranil<sup>®</sup>) oder auch andere Stoffklassen wie Sulpirid (Dogmatil<sup>®</sup>, Meresa<sup>®</sup>) eingesetzt werden.

Während phobische Störungen des Kindesalters und auch manche isolierte Phobien einen günstigen Verlauf zeigen, bedürfen Agoraphobien und besonders soziale Phobien wegen ihrer Neigung zur Chronifizierung einer spezifischen psychotherapeutischen Behandlung (einfache Erziehungsberatung reicht hier in der Regel nicht aus).

Prognostisch ungünstiger sind komplexe Phobien und solche, die sich erst in der Adoleszenz entwickeln. Exakte empirische Angaben über Verlauf und Prognose der Phobien fehlen.

#### ■ Hinweise für die Elternberatung

- Alles, was die Konfrontation mit dem Angstauslöser vermeidet oder erleichtert, hilft dem Kind/Jugendlichen nicht
- Versuch einer ambulanten Therapie unter Einbeziehung der Eltern
- Falls die Familie aufgrund eigener Grenzen und das Kind/der Jugendliche die Therapieempfehlung nicht realisieren kann und bei Fortbestand der Symptomatik Rat, das Kind/den Jugendlichen in stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung zu geben

#### ■ Fehlerquellen in Diagnostik und Therapie

- Anwendung von Therapieformen, die Vermeidungstendenzen erleichtern oder diese unterhalten
- zu langes Warten bei der Einleitung einer effektiven Therapie, besonders bei Agoraphobien und sozialen Phobien

### 11.3. Depressive Störungen

Jeder Mensch hat schon depressive Reaktionen oder kurz oder länger dauernde traurige Verstimmungszustände erlebt. Sie gehören zu den normalen Lebensäußerungen und unterliegen starken individuellen Variationen. Die Spannbreite depressiver Zustände reicht von traurig-verstimmter Unlust über normale Trauerreaktionen, z.B. auf den Verlust einer Bezugsperson durch Trennung, Scheidung oder Tod bis hin zu ausgeprägten depressiven Verstimmungen, wobei die Übergänge fließend sein können. Zustände mit Traurigkeit und Unglücklichsein, Lustlosigkeit, Antriebschwäche, die als Reaktion auf eine belastende Lebenssituation entstanden sind, bedürfen in der Regel keiner psychotherapeutischen Behandlung. Sie werden meist durch Trost, Unterstützung oder Ablenkung von den Bezugspersonen nach einiger Zeit bewältigt.

#### ■ Definition und Klassifikation

Die Klassifikation depressiver Syndrome von Krankheitswert im Kindes- und Jugendalter ist in der ICD-10 nicht befriedigend vorgenommen worden. Obwohl heute keine Zweifel mehr darüber bestehen dürften, dass wir in der klinischen Praxis spezifischen depressiven Syndromen im Kindes- und Jugendalter begegnen, wurde keine eigene Kategorie hierfür in der ICD-10 vorgesehen. So muss auf die vorhandenen Kategorien zurückgegriffen werden, die sich jedoch an der Psychopathologie des Erwachsenenalter (Ausnahme: Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung F92.0) orientieren. Nicht gerade zur Vereinfachung jedes klassifikatorischen Bemühens trägt die Tatsache bei, dass depressive Störungsbilder in nicht weniger als 19 verschiedenen nosologischen Einheiten in der ICD-10 zu finden sind. So können sie unter den affektiven Störungen, den organischen Störungen, den durch Alkohol oder andere Substanzen induzierten Störungen, Angststörun-

gen, Anpassungsstörungen, psychotischen Störungen oder als kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen klassifiziert werden. Da zudem bei depressiven Syndromen eine hohe Komorbidität mit Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens bestehen, ergeben sich weitere Probleme bei der Klassifikation. Für den klinischen Alltag sind folgende ICD-10-Ziffern relevant:

|        |                                                              |
|--------|--------------------------------------------------------------|
| F31    | • bipolare affektive Störung                                 |
| F32    | • depressive Episode                                         |
| F33    | • rezidivierende depressive Störungen                        |
| F34.0  | • Zylothymia                                                 |
| F34.1  | • Dysthymia                                                  |
| F43.20 | • kurze depressive Reaktion (Anpassungsstörung)              |
| F43.21 | • längere depressive Reaktion (Anpassungsstörung)            |
| F43.22 | • Angst und depressive Reaktion gemischt (Anpassungsstörung) |
| F92.0  | • Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung       |

Eine depressive Episode ist nach der ICD-10 durch zehn Kriterien definiert:

1. depressive Stimmung
2. Verlust von Interesse oder Freude
3. verminderter Antrieb oder erhöhte Ermüdbarkeit
4. Verlust von Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl
5. unbegründete Selbstvorwürfe
6. wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten
7. vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen
8. Änderungen der psychomotorischen Aktivität mit Agitiertheit oder Hemmung
9. Schlafstörungen jeder Art
10. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung

**Tab. 11.3:** Depressive Episode F 32 – Kriterien der ICD-10.

In der ICD-10 wird die depressive Episode in drei Schweregrade (leicht, mittel, schwer, letztere mit oder ohne psychotische Symptome) eingeteilt. Für die Diagnose einer depressiven Episode müssen die Kriterien 1-3 obligat vorhanden sein, bei einer leichten Form 4, bei der mittleren 6 und bei der schweren Form 8 Kriterien nachweisbar sein. Die Dysthymia (F34.1) beschreibt das Bild einer chronischen depressiven Verstimmung und umschließt die Begriffe depressive Neurose, depressive Persönlichkeit und neurotische Depression. Die depressive Episode deckt sich im wesentlichen mit dem Konzept der *major depression* nach der DSM. Dementsprechend können leichte Formen der depressiven Episode, wie die depressiven Reaktionen (Anpassungsstörungen) und die Dysthymia zu den Minorformen der Depression gezählt werden (vgl. auch Kap. 9. Psychosen).

#### ■ Epidemiologie

Epidemiologische und klinische Daten sind aufgrund der oben beschriebenen Schwierigkeiten bei der Klassifikation uneinheitlich, sie schwanken zwischen 1,8 % in Normalstichproben und 22 % im klinischen Krankengut. Bei Kindern liegen Prävalenzraten für die *major depression* unter 3 %, bei Jugendlichen schwanken die Angaben zwischen 0,4 und 6,4 % und liegen damit erwartungsgemäß höher.

#### ■ Klinisches Bild

Es liegt auf der Hand, dass die Erscheinungsformen depressiver Syndrome im Kindes- und Jugendalter entwicklungs- und altersabhängig sind, obwohl einige Symptome auch denen bei Erwachsenen gleichen können und altersunabhängig sind. Tab. 11.4 zeigt die alterstypischen Symptome bei Depression im Kindes- und Jugendalter in der Übersicht.

BOWLBY schilderte 1951 ein depressives Zustandsbild bei Säuglingen, das durch psychosomatische Symptome gekennzeichnet ist. Er unterschied drei Phasen: Protest, Verzweiflung, Ablehnung. In der ersten Phase wehrt sich das Kind aktiv mit Schreien und Toben, mit Weinen und Unruhe. Die zweite Phase ist durch passives Verhalten und Ablehnung von neuen Bezugspersonen gekennzeichnet. In der dritten Phase ziehen sich die Kinder resignativ in sich selbst zurück. Der Psychoanalytiker R. A. SPITZ entwickelte den Begriff der *anaklitischen Depression*, die besonders im zweiten

| im Kleinkindalter<br>(1-3 Jahre)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | im Vorschulalter<br>(3-6 Jahre)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | bei Schulkindern                                                                                                                                                                           | im Pubertäts- und Ju-<br>gendalter                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• wirkt traurig</li> <li>• ausdrucksarmes Gesicht</li> <li>• erhöhte Irritabilität</li> <li>• Verzögerung der motorischen Entwicklung und Sprachentwicklung</li> <li>• gestörtes Essverhalten</li> <li>• Schlafstörungen</li> <li>• selbststimulierendes Verhalten: Jactatio capitis, exzessives Daumenlutschen, genitale Manipulationen</li> <li>• auffälliges Spielverhalten: reduzierte Kreativität und Ausdauer</li> <li>• Spielunlust</li> <li>• mangelnde Phantasie</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• trauriger Gesichtsausdruck</li> <li>• verminderte Gestik und Mimik</li> <li>• leicht irritierbar und äußerst stimmungslabil</li> <li>• mangelnde Fähigkeit, sich zu freuen</li> <li>• introvertiertes Verhalten, aber auch aggressives Verhalten</li> <li>• vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten</li> <li>• Enuresis, Enkopresis</li> <li>• Sprachentwicklungsrückstand</li> <li>• Essstörungen bis zu Gewichtsverlust/-zunahme</li> <li>• Schlafstörungen: Alpträume, Ein- und Durchschlafstörungen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• verbale Berichte über Traurigkeit</li> <li>• suizidale Gedanken</li> <li>• Befürchtungen, daß Eltern nicht genügend Beachtung schenken</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• vermindertes Selbstvertrauen</li> <li>• Apathie, Angst, Konzentrationsmangel</li> <li>• zirkadiane Schwankungen des Befindens</li> <li>• psychosomatische Störungen</li> <li>• Kriterien der depressiven Episode</li> </ul> |

Tab. 11.4: Alterstypische Symptome bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter.

Lebensjahr nach der Trennung von einer geliebten Bezugsperson entstehen kann. Es kommt zu Essstörungen mit Gewichtsverlusten und erhöhter Infektanfälligkeit. Die Kinder wirken passiv und desinteressiert, zeigen zum Teil auch Perioden mit heftigen Wein- und Schreikrämpfen und Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus. Bei Anhalten der emotional frustrierenden Konstellation entsteht ein Zustand, der durch Resignation, Entwicklungsverzögerung, bis hin zum körperlichen Verfall, sogar zum Tod führen kann (vgl. auch Kap. 13. Deprivation).

Im *Vorschulalter* fallen bei depressiven Kindern ein trauriger Gesichtsausdruck sowie eine verminderte Gestik und Mimik auf. Die Kinder sind leicht irritierbar und sehr stimmungslabil, sie können sich nicht richtig freuen, zeigen meist ein introvertiertes Verhalten, können sich aber auch plötzlich aggressiv ausagieren. Ein vermindertes Interesse an

motorischen Aktivitäten und an altersgemäßen Spielen wurde beobachtet. Regressive Phänomene wie Einnässen und Einkoten können auftreten, sowie Sprach- und andere Entwicklungsrückstände. Schließlich wurden Essstörungen mit Gewichtsveränderungen und Schlafstörungen beschrieben.

*Schulkinder* sind besser in der Lage, über ihre Befindlichkeit und somit auch über ihre Traurigkeit zu berichten. In diesem Alter werden auch schon suizidale Gedanken oder Absichten geäußert. Häufig befürchten diese Kinder auch, von den Eltern nicht genügend beachtet und geliebt zu werden.

Im *Pubertäts- und Jugendalter* nähert sich die Psychopathologie der des Erwachsenenalters an. Im Vordergrund ihrer Befindlichkeit steht ein vermindertes Selbstvertrauen, Apathie, Angst, Konzentrationsmängel sowie zirkadiane Schwankun-

gen des Befindens (Morgentief). Zu bedenken ist auch, dass zu fast jeder normalen Pubertät unmotivierte Stimmungsschwankungen gehören zwischen Bedrücktsein und Hochstimmung, die sich in Lust- und Teilnahmslosigkeit, dysphorisch-moroser Stimmung, Leistungsabwehr oder -abfall, trotzig-aufsässigem Verhalten oder auch in einem albern-läppischen, inadäquaten Gehabe äußern können. Diese stehen wahrscheinlich im Zusammenhang mit hormonellen Umstellungen und bedürfen in der Regel keiner Behandlung. Sie können jedoch den betroffenen Jugendlichen, der sich erstmals mit solchen Stimmungen konfrontiert sieht, sehr irritieren, verunsichern und hoffnungslos machen und gelegentlich zu suizidalen Handlungen verleiten (Kap. 16.2.).

In der *Adoleszenz* finden sich häufig übersteigerte Gefühle von Sinnlosigkeit, Versagen und Schuld, die sich in Selbstvorwürfen oder Grübeln äußern.

Depressive Kinder fühlen sich oft einsam und ungeliebt oder wertlos und den anderen unterlegen. Sie sind häufig furchtsam, ängstlich und trauen sich nicht, andere Menschen anzusprechen. Sie wehren sich nicht, wenn sie verbal oder tätlich angegriffen werden, und weinen oft schon bei geringen Anlässen. Sie wirken scheu, z. T. auch gleichgültig, sprechen wenig und leise. Bei Tadel oder Kritik reagieren sie sehr schuldbewusst und sind nachtragend. In der Schule sind sie häufig überangepasst und fallen durch perfektionistische Handlungsweisen auf. Von den Lehrern werden sie oft als stille, brave, ruhige Kinder beschrieben, die leicht zu führen sind und daher nicht selten als Vorbilder dargestellt werden. Sowohl vor Autoritätspersonen als auch in der Klasse ordnen sie sich stets unter und richten sich nach den anderen, sie äußern kaum eigene Wünsche (z.B. auch bei der Dreiwunschprobe). Bei Versagungen sind sie nachhaltig enttäuscht, verärgert und unzufrieden. In Konfliktsituationen laufen sie häufig trotzig weg, werden mutistisch und tauen erst sehr langsam wieder auf. Andere, besonders ältere Kinder und Jugendliche, haben sich eine Fassade aufgebaut, meist in der Schule oder vor Fremden. Sie können diesen gegenüber völlig unauffällig erscheinen, ja sogar fröhlich und unbeschwert. Erst im vertrauten häuslichen Rahmen beginnt dann die Fassade zu bröckeln, und sie zeigen ein ausgeprägtes depressives Bild. Dieses ist häufig an unstrukturierten Tagen, wie freier Nachmittag oder

am Wochenende oder in den Ferien, wenn die Zeit also nicht durch Schulbesuch und Schularbeiten vorstrukturiert ist, sondern sie Eigeninitiative entwickeln müssen, besonders ausgeprägt. Viele Kinder neigen dazu, sich zu isolieren, sich in ihr Zimmer zurückzuziehen, zu lesen oder Musik zu hören oder sich ganz auf Haustiere zu konzentrieren, die dann nicht selten ihre einzigen Gefährten sind. Manche depressive Kinder und Jugendliche wirken psychisch vorgereift, altklug oder gar arrogant und zynisch oder vertreten eine anhedonistische, melancholische Lebenseinstellung. Es gibt andere Kinder und Jugendliche, die wehren ihre depressiven Befindlichkeiten mit aggressivem Ausagieren ab. Wie der "bitterböse Friederich" im Struwwelpeter schlagen oder quälen sie andere Kinder oder auch Tiere oder verhalten sich Eltern und Lehrern gegenüber aufsässig, trotzig und verstockt. Erst eine sorgfältige Fallanalyse deckt dann die zugrundeliegende depressive Verstimmung oder depressive Reaktion auf, die diesen Verhaltensweisen zugrunde liegen. In diesen Fällen werden dann die Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (F92.0) mit anhaltenden eindeutigen depressiven Symptomen, wie ausgeprägte Traurigkeit, Interessenverlust und Freudlosigkeit bei üblichen Aktivitäten, Schuldgefühle und Hoffnungslosigkeit, Schlafstörungen, Appetitverlust, klassifiziert. Nicht selten werden depressive Kinder in Kindergarten und Schule auch als faul, passiv, bequemlich, leistungsschwach, gleichgültig oder verstockt bezeichnet. Sie werden dann leicht zu abgelehnten Außenseitern oder gelten als schwer erziehbar.

#### Typische Fallbeispiele

Ein 6jähriger Junge wird wegen einer primären Enuresis nocturna et diurna stationär aufgenommen. Die Eltern berichteten außerdem, dass er immer noch am Daumen lutscht, dass er häufig trotzig und verstimmt sei, sich in sein Zimmer zurückziehe und auf Ansprache mutistisch reagiere. Versagungen konnte er sehr schwer ertragen, er konnte dann sehr aggressiv werden. Schon seit dem Kindergartenalter war er häufig in tätliche Auseinandersetzungen mit anderen Kindern verwickelt. Bei Kritik oder Ermahnungen war er sehr schnell beleidigt. Wollten ihn die Eltern trösten oder einen Konflikt klären, lief er einfach weg und entzog sich ihnen. Da die Eltern bei seiner Geburt noch sehr jung und unreif waren, wurde er in den ersten Lebensjahren weitgehend von den Großeltern mütterlicherseits erzogen, in deren Haus die Kindeseltern damals wohnten. Er wird als ein freundliches, aufgeschlossenes, meist fröhliches Kind beschrieben, dem es

jedoch stets schwerfiel, sich selbst zu beschäftigen oder sich längere Zeit auf eine Sache zu konzentrieren. Im Kindergarten habe er die anderen Kinder häufig attackiert, weswegen er in einen Sonderkindergarten kam. Zu seinen beiden jüngeren Geschwistern bestand eine ausgeprägte Rivalität. Belastend für die Familiensituation war eine seit Jahren bestehende Zylothymie der Mutter. Besonders während ihrer depressiven Phasen verhielt sie sich mutistisch, abweisend, emotional wenig mitschwingungsfähig und passiv. Der Junge war dann immer besonders irritiert und zeigte verstärkt die geschilderten Verhaltensauffälligkeiten. Bisherige Versuche, die Enuresis zu behandeln, waren ambulant gescheitert und gelangen auch während der stationären Aufenthalte nicht, da er sich weigerte, an allen Therapieprogrammen teilzunehmen. Da er sich wegen seines Einnässens sehr schämte, versteckte er die nassen Laken oder feuchte Unterwäsche. In seinen freien Malereien fiel auf, dass er überwiegend düstere Farben verwandte (Abb. 11.3. u. 11.4). Der überdurchschnittlich intelligente Junge (IQ 122) zeigte in der Schule wegen seiner Verweigerungshaltung und Verhaltensauffälligkeiten nur sehr mäßige Leistungen. Er war bei Leistungsanforderungen leicht zu verunsichern und gab sehr schnell auf. Wegen der wenig beeinflussbaren, belastenden häuslichen Verhältnisse wurde der Junge in einer Tagesklinik aufgenommen, in der er mittelfristig eine günstige Entwicklung durchmachte.

Ein 12jähriger Junge wurde stationär in einer kinderpsychiatrischen Klinik aufgenommen, nachdem er bereits wegen verschiedener körperlicher Beschwerden (Kopf- und Bauchschmerzen, Schwächegefühl, Mattigkeit, morgendliche Übelkeit u. a.) in verschiedenen Kinderkliniken durchuntersucht worden war, ohne dass sich ein krankhafter Befund ergeben hätte. Er wurde als Nachkömmling (die Geschwister waren schon erwachsen) von relativ alten Eltern geboren. Als Säugling und Kleinkind sei er stets sehr ruhig, still und brav gewesen, habe dabei immer zufrieden gewirkt, obwohl er selten fröhlich sein konnte. Er sei von den Eltern zugegebenermaßen sehr verwöhnt worden. Wegen seiner Gutmütigkeit und seines angepassten Verhaltens habe er nie im eigentlichen Sinne "erzogen" werden müssen. Er tat immer alles, was man von ihm verlangte. Dieses Verhalten setzte sich auch in der Schule fort. Er zeigte gute Leistungen, die Lehrer hatten nie Probleme mit ihm. Auch bei den Klassenkameraden war er akzeptiert, allerdings ging er nie auf andere Kinder zu, sondern wollte immer angesprochen werden. Er wollte auch nicht, dass ihn Klassenkameraden zu Hause besuchten. Er zog es statt dessen vor, in seinem Zimmer zu lesen oder sich seinen Haustieren (Kaninchen, Meerschweinchen) ausgiebig zu widmen. In der Familie wurden seitens der Mutter und der Großmutter sehr häufig körperliche Beschwerden geäußert. Das Thema "Krankheit" nahm daher einen hohen Stellenwert in der Familie ein. Der mit im Hause lebende

Großvater väterlicherseits litt unter rezidivierenden depressiven Verstimmungen. Auch die Kindesmutter erschien depressiv und ängstlich verzagt. Der Vater war streng und autoritär, dabei wenig einfühlsam und wortkarg. In der Familie wurde generell kaum über psychische Befindlichkeiten gesprochen, die ganze Kommunikation ging allenfalls über Krankheiten der Familienmitglieder. Nach mehrmonatiger stationärer Psychotherapie unter Einbeziehung der Eltern und zeitweisem Einsatz von einem Antidepressivum (Sulpirid) konnte eine mäßige Besserung erreicht werden. Die starren Haltungen der Eltern, die in einer eigenen Psychotherapie keinen Sinn sahen, konnte jedoch wenig beeinflusst werden. Auch bei dem Jungen war nur eine geringe Therapiemotivation zu erkennen. Er vermittelte den Eindruck, als solle man ihn so lassen, wie er ist.

Ein 12jähriger Gymnasiast war seit Jahren in ambulanter und z. T. auch stationärer psychotherapeutischer Behandlung wegen einer Enuresis, die besonders nach belastenden Situationen auftrat, und wegen unmotiviert erscheinenden Verstimmungszuständen, die mit heftigem Weinen einhergingen. In der Schule war er dagegen völlig unauffällig. Er galt als sehr guter Schüler, war stets hilfsbereit und freundlich, dabei einfühlsam und rücksichtsvoll. Im Klassenverband war er sehr beliebt, er war sehr aktiv in seinem Fußballverein, dort ebenfalls akzeptiert und voll integriert. Im angeforderten Schulbericht schrieb die Lehrerin, dass sie sich überhaupt nicht vorstellen könnte, weswegen dieses Kind zu einem Kinderpsychiater gehen sollte, denn er erschien ihr als völlig gesund.

Die Mutter verließ den Vater und die beiden Kinder (eine ältere Schwester) als der Junge anderthalb Jahre alt war völlig unerwartet und zog zu einem anderen Mann. Der Vater versorgte die Kinder z. T. als Hausmann, z. T. mit Hilfe von Tagesmüttern. Während dieser Zeit hatten die Kinder vierzehntägigen Kontakt zur Kindesmutter, wobei es immer zu dramatischen Abschiedsszenen kam und zu heftigen Streitigkeiten zwischen den Eltern wegen unterschiedlicher Erziehungsvorstellungen. Die Ehe wurde im dritten Lebensjahr des Jungen geschieden, die Mutter ging eine zweite Ehe ein. Als der Junge sechs Jahre alt war, heiratete der Vater die jetzige Stiefmutter, die ihrerseits aus erster Ehe einen gleichaltrigen Jungen mitbrachte. Die Stiefmutter, selbst sehr extrovertiert und vital, hatte wenig Zugang zu dem stillen, wortkargen, häufig weinenden Jungen und begegnete ihm mit wenig Verständnis und Einfühlungsvermögen, wenngleich sie sich ihre ablehnenden Haltung nicht eingestehen konnte. Der noch sehr jugenhafte Vater hatte zwar einen besseren Zugang zu dem Jungen, doch fühlte er sich durch dessen Verschlossenheit, Traurigkeit und seine unmotiviert erscheinenden Weinanfälle hilflos. In der Exploration erschien der Junge durchgehend traurig verstimmt, er war blass, mimikarm, wortkarg, taute aber bei unverfänglichen Themen (Schule, Fußball) zusehends auf und

konnte ausführlich darüber berichten. Kam das Thema auf seine familiäre Situation, besonders die Stiefmutter, brach er stets in Tränen aus. Er konnte aber keine konkrete Konfliktsituation beschreiben, da er eigentlich keinen Grund hätte zum Traurigsein, er hätte sich mit der Situation der Scheidung längst abgefunden. Er habe alle Familienmitglieder gern und sei sicher, auch wiedergeliebt zu werden etc.. In einer langmonatigen tiefenpsychologisch orientierten Einzeltherapie unter Einbeziehung von Vater und Stiefmutter konnten massive verdrängte aggressive Impulse der Stiefmutter gegenüber, Identitäts- und Loyalitätskonflikte aufgedeckt werden. Vom Erlernen des autogenen Trainings konnte er profitieren und mehr eigene Autonomie gewinnen. Erst durch den Einsatz von Antidepressiva (Imipramin) konnte jedoch eine anhaltende Stimmungsaufhellung mit einem Rückgang der Weinanfälle erreicht werden (trotz des starken reaktiven Anteils war eine endogene Komponente bei ausgeprägter familiärer Belastung nicht zu vernachlässigen).

Ein 9jähriges Mädchen wird von ihren Eltern wegen Leistungsversagen in der Schule, besonders im Deutschen, und Verhaltensauffälligkeiten vorgestellt. Obwohl sie in der Schule anfangs sehr motiviert und fleißig gewesen sei, habe sie etwa ab der zweiten Klasse zunehmend Schwierigkeiten bei der Rechtschreibung gehabt, woraus eine zunehmende Schulunlust erwuchs, die sich auch auf die anderen Fächer ausbreitete. Des weiteren berichteten die Eltern, dass das Mädchen "seit der Wende" (die Familie wohnte in der ehemaligen DDR) häufig anfangs zu weinen, wenn sie von den Eltern auf Probleme angesprochen werde. Sie sei dann völlig unerreichbar, ziehe sich häufig trotzig in ihr Zimmer zurück, so dass ein Gespräch nie zustande käme. Sie zeigte eine ausgeprägte Schulangst, klagte schon morgens über Übelkeit und Appetitlosigkeit und wollte oft erst gar nicht in die Schule gehen. In der Schule war sie sozial überangepasst, fiel aber durch ihre mangelnde Leistungsmotivation und geringe Frustrationstoleranz den Lehrern auf. Die Mutter war ab dem sechsten Lebensmonat des Mädchens ganztags als Facharbeiterin berufstätig. Das Mädchen wurde zunächst in die Obhut einer Kinderkrippe und später in einen Kindergarten gegeben. Sie wurde primär als ein fröhliches und unbekümmertes Mädchen beschrieben, die keinerlei Erziehungsprobleme bereitete. Der sehr strenge, leistungsorientierte Vater forderte als Therapieziel klar und deutlich, dass er wolle, dass seine Tochter lerne, sich in der neuen "Ellbogengesellschaft" bewähre und ihren "Mann stehe", dass sie ihre "Weinerlichkeit abzustellen hätte" und vernünftige schulische Leistungen erbringe. Bei der testpsychologischen Untersuchung ergab sich eine ausgeprägte Legasthenie bei durchschnittlicher Intelligenz. In Depressionsfragebögen wurde depressives Erleben stark abgewehrt, im Angstfragebogen für Schüler zeigte sie überdurchschnittliche Werte bei Prüfungsangst, manifester Angst und Schulunlust bei

auffallend hoher sozialer Erwünschtheit. Projektive Verfahren (Sceno-Test, Familienbrett, CAT) waren wenig ergiebig, da dem Mädchen dazu nichts einfiel. Auch bei der Dreiwunschprobe konnte sie keinen Wunsch benennen. Nachdem sie in der Schule als Legasthenikerin anerkannt war und ein Legasthenikertraining mit begleitender Erziehungsberatung der Eltern durchgeführt wurde, trat eine deutliche Entlastung und ein Rückgang der depressiven Symptomatik ein.

Bilder eines 6jährigen Jungen mit depressiver Anpassungsreaktion:

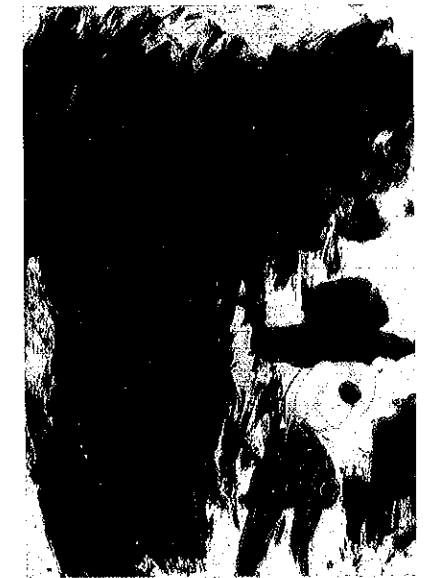


Abb. 11.3: "Das Kind schämt sich."



Abb. 11.4: "Mein Zuhause."

#### ■ Diagnose

Angeichts der uneinheitlichen Möglichkeiten mit der Klassifikation depressiver Syndrome im Kindes- und Jugendalter muss einer sorgfältigen Dia-

gnosenstellung besondere Beachtung geschenkt werden. Bei der Eigenanamnese sollten frühkindliche Belastungsfaktoren, die Berücksichtigung der Primärpersönlichkeit und mögliche lebensgeschichtliche Belastungsfaktoren genauer erfragt werden. Immer sollten hierzu Kindergarten- und Schulberichte angefordert werden, um das Bild auch fremdanamnistisch abzurunden. Die Exploration der Kinder und oft auch der Jugendlichen ist nicht selten wenig ergiebig, da diese wortkarg und einsilbig antworten, wenig zur eigenen Befindlichkeit aussagen können, die Familiensituation als normal darstellen und ihre innere Not nicht verbalisieren können. Hilfreich kann in diesen Fällen sein, wenn man freie oder vorgegebene Themen zeichnen oder malen lässt oder mit Hilfe von Puppen und Spielmaterial versucht, einen Zugang zu ihnen zu bekommen. Projektive Verfahren, wie z.B. der Sceno-Test, das Familienbrett, der CAT, Satzergänzungstest, DÜSS-Fabeln, Schweinchen-Schwarzfuß-Test) können wertvolle Hinweise über das innere Erleben der Kinder geben, sofern sie bereit sind, sich auf die Verfahren einzulassen. Wegen häufig beschriebener Lustlosigkeit, mangelndem Selbstbewusstsein oder auch Phantasieschwäche können diese Verfahren dann wenig weiterhelfen. Für den deutschen Sprachgebrauch gibt es derzeit drei *Depressionsinventare* für Kinder und Jugendliche:

- Childrens Depression Rating Scale (CDRS) (Poznanski et. al. 1984, Deutsche Bearbeitung von Steinhausen, 1993 [Steinhausen, H.C.: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, 1993])  
18 items, Altersbereich 6-12 Jahre
- Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche – DIKJ (Stiensmeyer et al., 1989)  
27 items, Altersbereich 8-17 Jahre
- Depressionstest für Kinder DTK (Rossmann, 1991)  
55 items, Altersbereich 9-13 Jahre

Diese Depressionsbeurteilungsskalen können bei Kindern und Jugendlichen, die bereit sind, über sich selbst ehrlich Auskunft zu geben, eine große Hilfe sein. Nicht selten ist das Ergebnis nicht sehr valide, da die Befragten dazu neigen, ihre Problematik zu bagatellisieren oder auch zu dissimulieren

ren bzw. die Fragen im Sinne einer sozialen Erwünschtheit zu beantworten. Das von ihnen so gezeichnete Bild steht dann in krassem Gegensatz zu der geschilderten Symptomatik und dürfte als innere Abwehr anzusehen sein.

Bei der *Familienanamnese* sollten Fragen nach der eigenen Biographie der Eltern, besonders im Hinblick auf ähnliche depressive Verhaltensweisen bei den Eltern oder Großeltern und Verwandten (familiäre Belastung mit Depressionen) einfühlsam aber klar gestellt werden. Ausdrücke wie *Depressionen* oder *psychische Krankheit* sollten vermieden werden, da diese von den Eltern als Makel angesehen und nicht gerne eingestanden werden. Statt dessen spricht man besser von häufig *bedrückten*, *schwerenheimerischen*, *passiven*, *antriebsgestörten Verhaltensweisen* von Familienmitgliedern.

#### Checkliste

Außer Routinediagnostik:

- ✓ Focus auf familiäre Belastung mit Depressionen
- ✓ Primärpersönlichkeit des Kindes  
Ersterkrankung, phasenhafte oder chronische Verläufe, Anpassungsreaktionen)
- ✓ Exploration nicht selten unergiebig, daher zusätzlich fremdanamnistische Angaben (Kindergarten, Schule)
- ✓ immer Suizidtendenzen erfragen
- ✓ projektive Verfahren
- ✓ Depressionsfragebögen wie o. a.

#### Differentialdiagnose

Zur Differentialdiagnose depressiver Syndrome im Kindes- und Jugendalter kann die im Abschnitt *Definition und Klassifikation* angegebene Diagnosenaufstellung nach der ICD-10 eine Hilfe bei der Unterscheidung sein. Auf die Komorbidität zwischen Depressions-, Angst- und Aufmerksamkeitsstörungen wurde bereits hingewiesen. Hier gilt es, die vorherrschende Symptomatik als erstes zu klassifizieren oder sich für eine gemischte Störung zu entscheiden. Ferner ist es gerade im Kindes- und Jugendalter differentialdiagnostisch bedeutsam, depressive Verstimmungszustände nach schweren Infektionskrankheiten (z.B. Masern), bei hirnnorganischen Schädigungen (vgl. Hirnorganisches Psychosyndrom Kap. 8.), bei cerebralen

Anfallsleiden u.U. auch als unerwünschte Wirkung bei Antiepileptika, zu Beginn erblicher degenerativer Erkrankungen (wie Chorea Huntington, Morbus Wilson) voneinander abzugrenzen.

#### Ätiopathogenese

Man kann heute davon ausgehen, dass die Entstehung von depressiven Syndromen im Kindes- und Jugendalter einerseits von konstitutionell genetischen ("endogenen") und andererseits von reaktiven psychosozialen ("exogenen") Konstellationen und Faktoren im Einzelfall mit unterschiedlicher, schwer abgrenzbarer Gewichtung gekennzeichnet ist. Es besteht heute kein Zweifel mehr darüber, dass genetische Faktoren, zumindest bei den affektiven Psychosen, eine bedeutsame Rolle spielen. Das haben zahlreiche Familienuntersuchungen, Zwillings- und Adoptionsstudien überzeugend nachgewiesen. Sie dürfen dennoch weder über- noch unterschätzt werden, wobei wir zugeben müssen, dass die Unterscheidung zwischen sogenannten *endogenen* und *exogenen* Anteilen oftmals nicht möglich ist. Einige Autoren unterstreichen, dass das kindliche Temperament und seine emotionale Grundbefindlichkeit weitgehend genetisch festgelegt und damit unkorrigierbar sind. Derzeit vorherrschende biologisch orientierte Forschungsansätze focussieren ihr Augenmerk auf neuroendokrine Neurotransmitterstörungen und den Stoffwechsel der biogenen Amine Serotonin und Dopamin. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt lassen sich jedoch noch keine validen Labortests für das Kindes- und Jugendalter anführen, die eine eindeutige klinische Relevanz für sich in Anspruch nehmen dürften. Dagegen wird den sogenannten somatogenen Depressionen, z.B. bei frühkindlich hirngeschädigten Kindern, bei schweren Infektionskrankheiten, bei Epilepsien und degenerativen Erkrankungen eine bedeutsame ätiopathogenetische Bedeutung zugewiesen. Psychosoziale Belastungsfaktoren, die die Entstehung depressiver Syndrome im Kindesalter begünstigen, dürften in der klinischen Praxis von besonderer Bedeutung sein. Eine Übersicht zeigt Tab. 11.5.

- frühkindliche oder längerdauernde emotionale Deprivation  
Halb- oder Vollwaisen, häufig wechselnde Bezugspersonen, "broken home", Disharmonie in der Familie, Erziehungsfehlhaltungen, Beziehungsstörungen, Vernachlässigung, Trennungstraumata
- inadäquate Beschulung  
Überforderung, übersteigerte Leistungserwartungen und -ansprüche, Unterforderung
- Teilleistungsschwächen  
Legasthenie, Dyskalkulie
- chronische Krankheiten
- Körper- und Sinnesbehinderungen
- Dismorphie
- körperliche, sexuelle, seelische Misshandlung
- psychische Erkrankungen in der Familie  
Psychosen, Alkoholismus, neurotische Störungen
- soziokulturelle Konflikte  
Ausländerkinder
- sozio-ökonomische Belastungen  
Arbeitslosigkeit u. a.
- genetisch-konstitutionelle Faktoren

Tab. 11.5: Depressive Syndrome begünstigende Konstellationen.

Hier sind Kinder zu nennen, die einer frühkindlichen oder länger dauernden emotionalen *Deprivation* ausgesetzt sind, z.B. Halb- oder Vollwaisen, Kinder, die häufig wechselnde Bezugspersonen zu verkraften haben; Familien, die dem sogenannten *broken home* zuzuordnen sind, also Scheidungsfamilien und Kinder, die fremdplaciert werden mussten; Familien, in denen durch eine chronische Disharmonie die Kinder fortlaufenden Belastungen ausgesetzt sind; Eltern, die erziehungsunsicher, -schwach oder -unfähig sind, die einen autoritär-restriktiven oder wechselnden, inkonsequenten, permissiven Erziehungsstil praktizieren; Beziehungsstörungen, die zwischen Eltern und Kind entstehen durch fortgesetzt ablehnende oder gar feindselige Haltungen eines Elternteils oder beider oder die durch einen Wechsel zwischen Überbehütung und schroffer Ablehnung gekennzeichnet sind. Andere pathogene Erziehungshaltungen sind körperliche und emotionale Vernach-

lässigung. Auch häufige Umzüge, die mit dem Verlust der gewohnten Umgebung, des Freundeskreises und außerfamiliärer Bezugspersonen einhergehen, können pathogenetisch bedeutsam sein.

Bei einer sogenannten *Schuldepression* kann ursächlich eine inadäquate Beschulung bei übersteigerten Leistungserwartungen und -ansprüchen der Eltern oder auch der Kinder zu einer ständigen Überforderung führen (z.B. unterdurchschnittlich begabte Kinder, die sich auf der Haupt- oder Realschule abmühen, oder knapp durchschnittliche Kinder, die den Anforderungen des Gymnasiums nicht gewachsen sind). In Einzelfällen kann auch eine Unterforderung hochbegabter Kinder in einer inadäquaten Schulform zu depressiven Reaktionen führen. Des weiteren sind unerkannte Teilleistungsschwächen wie Legasthenie und Dyskalkulie nicht selten Auslöser für reaktiv depressive Verstimmungszustände und andere psychiatrische/psychosomatische Auffälligkeiten (vgl. Kap. 5.2.). Auch Kinder mit einem hyperkinetischen Syndrom und/oder einer Entwicklungsdyspraxie (Syndrom des ungeschickten Kindes) können durch stetige Tadel und Zurückweisungen, Hänseleien, soziale Isolation an depressiven Syndromen erkranken (vgl. Kap. 5.3. und 10.).

Bei *chronischen Krankheiten* der Kinder und Jugendlichen wie z.B. Diabetes, Mukoviszidose, Asthma u. v. a. können Kinder depressiv reagieren, da sie ständig an ihre Leistungsgrenzen geführt werden, auf mangelndes Verständnis seitens der Umwelt treffen und mit den Klassenkameraden nicht mithalten können. Ähnliches gilt für Körper- und Sinnesbehinderungen (spastische Hemi-, Di- oder Tetraplegie, Hör- und Sinnesbehinderungen oder auch dysmorphe Syndrome), wobei Kinder je nach Akzeptanz und Toleranz seitens der Lehrer und Klassenkameraden depressiv reagieren können.

*Misshandlungssyndrome* (körperliche, seelische, sexuelle) gehen nahezu immer mit reaktiven depressiven Verstimmungszuständen einher und zeigen daneben noch vielfältige unspezifische psychopathologische Symptome. In Familien, in denen ein oder mehrere Angehörige unter *Psychosen*, *Alkoholismus* oder schweren *neurotischen Störungen* leiden, kommt es bei Kindern und Jugendlichen gehäuft zu Dekompensationen, die sich vornehmlich auch in depressiven Symptomen nieder-

schlagen können. Nicht zuletzt müssen *soziokulturelle Konflikte* angeführt werden, die in Ausländerfamilien zum Tragen kommen, die aus Konflikten zwischen den tradierten Wert- und Normvorstellungen der Herkunftsfamilie und den Gegebenheiten des Gastlandes resultieren. Besonders bei Jugendlichen finden sich hier nicht selten dramatische depressive Reaktionen, nicht selten mit Suizidversuchen und auch Suiziden. In der gegenwärtigen gesellschaftlichen Situation sollen auch *sozioökonomische Belastungen*, die durch längerfristige Arbeitslosigkeit eines Elternteils und der daraus resultierenden sozialen Not und depressiven Verhaltensweisen in der Familie resultieren, nicht unerwähnt bleiben.

Die klassische Psychoanalyse tat sich lange Zeit schwer, die Existenz einer kindlichen Depression überhaupt anzuerkennen (man sprach aufgrund ihrer angeblich undifferenzierten kognitiven und emotionalen Fähigkeiten von einer fehlenden Depressionsfähigkeit), da Kinder nicht über verdrängungsfähige Instanzen verfügen sollten. Wenn gleich diese Auffassung inzwischen als überholt gelten muss und jeder klinischen Erfahrung widerspricht, sind *tieferpsychologische Ansätze* in der klinischen Praxis durchaus geeignet, um die zugrundeliegenden Konflikte und die Abwehrmechanismen zu erhellen und zu bearbeiten. *Verhaltenstherapeutische Ansätze* gehen davon aus, dass Kinder und Jugendliche depressiv reagieren, wenn sie einen Mangel an positiver Verstärkung oder an sozialen Fertigkeiten erleben. Das depressive Kind/der depressive Jugendliche ist nicht in der Lage, seine aktuellen Lebensumstände wirksam zu verändern und soziale Verstärkungen in seiner Umwelt zu erkennen. Auch *lerntheoretische Modelle* gehen davon aus, dass bei Ausbleiben von positiven Verstärkungen noch vorhandene Aktivitäten reduziert werden, was in einen *circulus vitiosus* einmünden kann. Das von Seligman beschriebene *Konzept der gelernten Hilflosigkeit* geht davon aus, dass sich der depressive Mensch als jemand betrachtet, der sein Verhalten als unabhängig von Verstärkungen wahrnimmt. Er ist subjektiv davon überzeugt, dass er das Opfer unangenehmer Ereignisse wird, ganz gleich wie er sich verhält. Dieses vielfach propagierte Modell dürfte angesichts nur wenig vorhandener Studien an Kindern und Jugendlichen nur bedingt verwertbar sein.

Depressive Menschen weisen häufig *kognitive Verzerrungen* auf, sowohl in bezug auf ihr subjektives Selbsterleben und ihre Selbsteinschätzung als auch auf äußere Ereignisse und ihre Fähigkeiten, Verhaltensweisen anderer Menschen einzuordnen. Sie beziehen alles unter negativen Vorzeichen auf sich, fühlen sich oft in grotesker Weise schuldig, können sich auch über Erfolge wenig oder nur kurzfristig freuen, können mit Lob und gefühlsbetonter Zuwendung wenig anfangen oder weisen diese dysphorisch zurück. Reagieren darauf die Mitmenschen hilflos oder verärgert, erlebt der Depressive dies wiederum als schuldhaft oder sieht darin eine Bestätigung seiner eigenen Wert- und Nutzlosigkeit.

### ■ Therapie, Verlauf, Prognose

Allen therapeutischen Bemühungen müssen vorherige sorgfältige und differenzierte diagnostische Überlegungen vorangehen, wobei besonders die Klassifikation (☞ Diagnostik), die Beurteilung des Schweregrades, die reaktiven, konstitutionellen oder somatogenen Bedingungsfaktoren und die alterstypischen Ausformungen depressiver Zustandsbilder berücksichtigt werden müssen. Alle Formen von Depressionen im Kindes- und Jugendalter bedürfen einer fachgerechten Psychotherapie oder auch heilpädagogischen Behandlung, wobei im Einzelfall immer zu prüfen ist, welchen Stellenwert eine antidepressive Pharmakotherapie im Gesamttherapiekonzept einnehmen kann und soll. Unabdingbar für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung ist, dass der Arzt/Therapeut in empathischer, mitfühlender Weise dem Kind und seinen Angehörigen vermitteln kann, dass er das Kind/den Jugendlichen in seiner depressiven Stimmung und Erlebnisweise, seiner Ratlosigkeit und Hilflosigkeit, dem Gefühl des Ausgeliefertseins, der Trauer und Hoffnungslosigkeit, seiner Unfähigkeit, sich zu freuen, und in seiner subjektiven düsteren Weltsicht verstehen kann. Er sollte sowohl den Patienten als auch seine Eltern in seine diagnostischen Überlegungen mit einbeziehen, d.h. ihnen klar sagen, dass es sich um eine depressive Verstimmung von Krankheitswert handelt und nicht um eine pädagogisch beeinflussbare Faulheit, Lustlosigkeit oder eine schlechte Laune, die man mit etwas gutem Willen leicht beherrschen könnte. Der Arzt, der mit den in Laienkreisen üblichen Aufmunterungen ("Kopfhoch, es wird schon wieder werden; nimm dich doch mal zusammen;

sieh doch mal, wie schön die Sonne scheint und die Vögel singen; es ist doch alles gar nicht so schlimm" usw.), vielleicht sogar in guter Absicht, abspeisen will, erkennt, dass diese vermeintlichen Tröstungen von dem Kind oder Jugendlichen eher als zynisch erlebt werden. Auf jeden Fall wird es/er sich unverstanden fühlen und kein Vertrauen zum Therapeuten fassen können. Für eine tragende therapeutische Beziehung ist es dagegen sehr wohl wichtig, dass sich der Arzt darum bemüht, dem Kind/dem Jugendlichen seine engagierte Anteilnahme, Unterstützung und Zuversicht zu vermitteln, dass er dem Patienten sagt, dass es Wege gibt, um ihn aus seinem depressiven Gefängnis zu befreien (dies ist auch besonders wichtig bei phasischen Störungen). Den Eltern ist ferner zu raten, dass sie lernen, ihr Kind in seiner Krankheit zunächst zu akzeptieren und anzunehmen, es nicht zu bestrafen oder ständig zu kritisieren und zu ermahnen. Dies ist in der Praxis allerdings nicht immer einfach und gelingt oft in einem professionellen Rahmen, z.B. in der Klinik, besser als in der Familie, zumal wenn Mutter oder Vater selbst depressiv sind.

Neben patientenzentrierten therapeutischen Verfahren muss im Einzelfall immer überprüft werden, ob im sozialen Umfeld Veränderungen herbeigeführt werden können, die das depressive Kind oder den Jugendlichen entlasten können. Dies gilt z.B. für depressive Syndrome, die auf frühkindliche oder längerdauernde emotionale Deprivation zurückzuführen sind durch häufig wechselnde Bezugspersonen, bei unvollständigen Familien durch Trennung, Scheidung oder Tod, bei chronischen ungünstigen Erziehungsfehlhaltungen oder -insuffizienzen, bei belastenden Beziehungsstörungen zwischen Kind und Eltern, bei chronisch disharmonischen Familien oder bei schweren Vernachlässigungen. Hier muss der Schwerpunkt auf eine Erziehungsberatung gelegt werden, ggfs. müssen belastende äußere Verhältnisse verändert werden, z.B. durch Fremdplacierungen in heilpädagogische Heime oder Pflegefamilien.

Bei depressiven Reaktionen, die z.B. durch Schullängste und Leistungsversagen bedingt sind, muss durch eine gezielte Diagnostik ausgeschlossen werden, ob das Kind an Teilleistungsschwächen z.B. Legasthenie und Dyskalkulie leidet, ob es inadäquat beschult wird. In diesem Fall ist ein Schul-

wechsel zu überlegen, der nicht selten zu einer deutlichen Entlastung führt. Somatogene Depressionen bei chronischen Krankheiten, wie z.B. hirnorganischen Psychosyndromen, Epilepsien, Endokrinopathien (Hypothyreose), Chromosomenaberrationen (wie TURNER- und KLINEFELTER-Syndrom), bei Infektionskrankheiten oder auch bei Körper- und Sinnesbehinderungen werden häufig übersehen, da die Grundkrankheit im Vordergrund steht. Hier ist es wichtig, auf die bestehende depressive Symptomatik hinzuweisen und diese gezielt psychotherapeutisch zu behandeln.

Kinder, die körperlich, seelisch oder sexuell misshandelt werden, weisen fast immer eine depressive Verstimmung auf oder zeigen psychosomatische Störungen im Sinne einer larvierten Depression. In diesen Fällen ist eine psychotherapeutische Einzel- und Familientherapie indiziert, ggfs. müssen auch vormundschaftsrichterliche Maßnahmen mit dem Ziel einer Herausnahme des Kindes aus dem schädigenden Milieu veranlasst werden. Stehen psychische Erkrankungen in der Familie, wie depressive oder schizophrene Psychosen, Alkoholismus und schwere neurotische Störungen im Vordergrund, können die kranken Kinder dadurch entlastet werden, wenn es gelingt, den erkrankten Elternteil einer eigenen Psychotherapie zuzuführen. Andere soziale Belastungsfaktoren wie Arbeitslosigkeit des Vaters oder der Mutter, finanzielle Notlagen, beengte Wohnverhältnisse bedürfen sozialtherapeutischer Maßnahmen, individueller Beratung und sozialpädagogischer Interventionen.

Über die Wertigkeit der einzelnen *Psychotherapieformen* in der Depressionsbehandlung herrscht noch Uneinigkeit. Während im Erwachsenenalter derzeit verhaltenstherapeutische und kognitive Verfahren favorisiert werden, gibt es im Kindes- und Jugendalter noch zu wenig systematische Studien über deren Anwendung und Wirksamkeit. Es wurden Erfolge berichtet bei der Verwendung von *Trainingsprogrammen* (z.B. Training von sozial unsicheren Kindern nach Petermann und Petermann). Es gibt jedoch begründete Zweifel, ob diese Verfahren auch bei schwerer erkrankten depressiven Kindern erfolgreich sind. *Verhaltenstherapeutische und kognitive Verfahren* zielen darauf ab, den häufig vorhandenen kognitiv verzerrten Wahrnehmungsstil der Patienten (s.o.) zu relativieren und einen verbesserten Realitätsbezug herzustellen.

Diese schließen Techniken der verbesserten Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle, Verstärkerprogramme und kognitive Veränderungen von Einstellungen ein. Wenn es gelingt, eine ausreichende Motivation herzustellen, können diese Verfahren, besonders bei Jugendlichen, hilfreich eingesetzt werden. Die klassische *psychoanalytische* Theorie nimmt an, dass depressive Patienten auf Liebesverlust oder Trennungserlebnisse mit Aggressionen gegen sich selbst reagieren. Die Anwendung klassischer psychoanalytischer Verfahren stößt zumindest bei konstitutionellen "endogenen" depressiven Syndromen auf ihre Grenzen, zumal sie langfristig (über Jahre) angelegt sind und angesichts der oft fehlenden Introspektions- und Verbalisationsfähigkeit der Betroffenen letztlich wenig hilfreich sind. Dagegen sind *tieferpsychologisch orientierte Verfahren*, die konkret handelnde Elemente in Form von spielerischem Ausagieren, kreative Elemente (z.B. malen, modellieren, bildnerisches Gestalten) einbeziehen oder auch das autogene Training oder die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson oder körperzentrierte Verfahren wie die konzentrierte Bewegungstherapie einbeziehen, erfolgversprechend. Im klinischen Setting sollten psychotherapiebegleitende Verfahren wie z.B. die Ergotherapie (Vermittlung von Erfolgserlebnissen, Förderung der Selbstwahrnehmung, Beschäftigung mit konkreten Materialien, Förderung der eigenen Kreativität u. a.), der Musiktherapie (nonverbale Möglichkeiten zur Selbst- und Fremdwahrnehmung, Ausleben von Gefühlen wie Wut, Aggression, Trauer, Schmerz und Freude, Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit u. a.) oder auch der Mototherapie (Möglichkeiten der Körperwahrnehmung und -akzeptanz, Zutrauen zum eigenen Körper, emotionale Ausdrucksformen der Körperlichkeit, körperliches Ausagieren von Gefühlen u. a.) nicht unterschätzt werden. Sie sind oft ein unverzichtbarer Bestandteil im Gesamttherapiekonzept und tragen nicht selten zum Gelingen einer erfolgreichen Therapie wesentlich bei. Im klinischen Kontext dürfen auch Erfahrungen der Patienten, die sie innerhalb der Kinder- und Jugendlichengruppen sowie auch den Betreuern machen, z.B. im klinischen Alltag, in der Klinikschule, in Gruppengesprächen, bei gemeinsamen Unternehmungen, bei denen sie lernen, ihre eigenen Probleme zu relativieren oder neue Erfahrungen zu machen, nicht zu gering bewertet

werden. Vielfach ist gerade auch die Trennung vom oft belastenden häuslichen Milieu für depressive Kinder und Jugendliche sehr entlastend und lässt sie wieder neue Kraft und Zuversicht schöpfen. Im klinischen Setting ist es auch wichtig, dass Strukturvorgaben (Strukturierung im Alltag, Aktivierung, Vermeidung von Rückzug und Langschläferei, da diese depressionsfördernd sind) angeboten werden.

Der Einsatz von *Psychopharmaka* (vgl. Kap. 3.7.) richtet sich mehr nach der klinischen Symptomatik als nach der Ätiologie, d.h. er sollte nicht davon abhängig gemacht werden, ob es sich um somatogene, konstitutionell endogene oder reaktive und neurotische Bedingungsfaktoren handelt. Generell ist zu sagen, dass die Anwendung von trizyklischen Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen oft nicht die eindeutigen Erfolge wie im Erwachsenenalter zeigt. Dennoch sollte ihr Einsatz besonders bei schweren Depressionsformen mit oder ohne suizidaler Gefährdung durchaus erwogen werden. Es ist sicher unprofessionell, wenn man Kinder und Jugendliche grundsätzlich von einer antidepressiven Psychopharmakotherapie ausschließt unter Hinweis auf deren jugendliches Alter oder auf mögliche Nebenwirkungen. Dagegen sieht der Depressionsforscher G. Nissen es als einen Kunstfehler an, wenn der Arzt nach der Diagnose eines depressiven Syndroms unmittelbar mit einer psychopharmakologischen Therapie beginnt. Hat man sich aufgrund des Schweregrades, der mangelnden psychotherapeutischen Beeinflussbarkeit oder bei bestehender Suizidalität zu einer Psychopharmakotherapie entschlossen, hat sich die Auswahl des geeigneten Antidepressivums nach der Zielsymptomatik zu richten. Bei stark psychomotorisch gehemmten und antriebschwachen Patienten sollten depressionslösende und aktivierende Medikamente wie z.B. Imipramin (Tofranil®), Maprotilin (Ludimil®) oder Sulpamid (Dogmatil®) eingesetzt werden. Liegen mehr vital depressive Verstimmungen vor, sind stimmungsaufhellende und stärker aktivierende Medikamente wie Desipramin (Pertofran®), Nortriptylin (Nortrilen®) oder auch Sulpamid (Dogmatil®) zu erwägen. Bei ängstlich-psychomotorischen Erregungszuständen werden dämpfende und sedierende Medikamente wie Amitriptylin (Laroxyl®, Saroten®) oder Doxepin (Aponal®) erfolgversprechend eingesetzt.

In diesen Fällen können auch Neuroleptika mit leicht antidepressiver Wirkung, zumal wenn eine stärker sedierende Wirkung angestrebt wird, in Form von Thioridazin (Melleril®) oder Chlorprothixen (Truxal®) verordnet werden. Bisher galt, dass MAO-Hemmer im Kindes- und Jugendalter kontraindiziert sind. Durch die neue Substanz Moclobemid (Aurix®) scheint sich in der Depressionsbehandlung eine neue Perspektive eröffnet zu haben, da diese Medikamente gut vertragen werden und keine spezifische Diät erfordern. Erste empirische Befunde berichten über gute bis befriedigende Erfolge. Zunehmend werden auch bei Jugendlichen Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) erfolgreich eingesetzt, wenngleich diese für Patienten unter 18 Jahren offiziell noch nicht zugelassen sind. Es handelt sich um die Substanzen Fluoxetin (Fluctin®), Fluvoxamin (Fevarin®; Zulassung zur Behandlung von Zwangsstörungen steht bevor) u. a. → vgl. Tab. 3.20. Besonders wegen der geringeren Ausprägung unerwünschter Wirkungen ist die Compliance deutlich höher. Grundsätzlich ist es zweckmäßig, besonders bei ambulanter Behandlung, wenn man Antidepressiva einschleichend dosiert, damit die Verträglichkeit und mögliche Nebenwirkungen geprüft werden können. Bei bestehender Suizidalität ist zu beachten, dass die antriebssteigernde Wirkung oft vor der Stimmungsaufhellung in Erscheinung tritt, so dass eine latente Selbstmordtendenz aktiviert werden kann. In diesen Fällen sind Antidepressiva mit antriebssteigernder Komponente kontraindiziert. Im Einzelfall ist immer auch darauf zu achten, welche psychologische Bedeutung der Einsatz von Antidepressiva beim Kind und Jugendlichen oder auch bei seinen Eltern hat. Es muss deutlich gemacht werden, dass Medikamente nur ein Teil im Gesamttherapiekonzept darstellen. Es sollte der Eindruck vermieden werden, dass Probleme einfach durch Pillen gelöst werden können, um so einem etwaigen späteren Medikamenten- oder Drogenabusus vorzubeugen. Bei schweren Schlafstörungen ist manchmal eine zeitlich begrenzte Zusatzmedikation mit Chloralhydrat oder Benzodiazepinderivaten (z.B. Mogadan®) erforderlich. Da Barbiturate die Leberenzyme stimulieren und die Wirksamkeit der Antidepressiva beeinträchtigen, sind sie kontraindiziert.

Bei vitalen Depressionen ist ein Versuch mit einem *fraktionierten Schlafentzug*, namentlich bei jugendlichen Patienten, sinnvoll. Man weckt die Patienten um 01.00 Uhr nachts auf und hält sie die restliche Nacht und den folgenden Tag wach. Man wiederholt diese Prozedur dreimal mit eintägigen Pausen, in denen die Patienten wieder schlafen dürfen. Obwohl der Mechanismus nicht genau geklärt ist, zeigt diese Therapieform, besonders in Kombination mit Antidepressiva, befriedigende bis gute Erfolge. Inwieweit die in der Erwachsenenpsychiatrie neuerdings propagierte Lichttherapie auch auf Kinder und Jugendliche anzuwenden ist, ist angesichts fehlender empirischer Ergebnisse noch offen.

*Verlaufsuntersuchungen* über depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter sind rar und dementsprechend sind Aussagen über mittel- und langfristige Verläufe derzeit noch unbefriedigend. Soweit es gelingt, bei reaktiven und Anpassungsstörungen die belastenden Faktoren zu reduzieren oder zu eliminieren, ist ein eher günstiger Verlauf anzunehmen. Neuere Untersuchungen haben ergeben, dass in einem hohen Prozentsatz unabhängig von Geschlecht, Alter und Erstmanifestation eine hohe Persistenz bis in das Erwachsenenalter besteht. Dem Kinder- und Jugendpsychiater kommt somit eine besondere Bedeutung in der Prävention und Prophylaxe depressiver Störungen zu, so dass er gefordert ist, sein Augenmerk auf die frühzeitige Diagnostik und Therapie depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter in besonderem Maße zu richten.

### ■ Hinweise für die Elternberatung

- Den Eltern sollte vermittelt werden, dass es sich um eine behandlungsbedürftige, psychische Erkrankung handelt, und nicht um eine erzieherisch beeinflussbare Verhaltensanomalie
- Die Eltern sollten sich diffamierender Äußerungen und Kritik, Bestrafungen ebenso wie auch gutgemeinter Ermutigungen und Tröstungen enthalten
- Bei schweren depressiven Syndromen und vor allem bei Suizidalität müssen die Eltern von der Notwendigkeit einer stationären Behandlung überzeugt werden
- Die Notwendigkeit einer psychopharmakologischen Behandlung muss mit dem Patienten und seinen Eltern ausführlich erörtert werden

### ■ Fehlerquellen in Diagnostik und Therapie

- Verkennung der depressiven Symptomatik bei vorherrschenden Grunderkrankungen
- Bagatellisierungstendenzen bei larvierten Depressionen
- pädagogische Konsequenzen bei vermeintlich faulen, trägen, lustlosen und antriebsgestörten Kindern und Jugendlichen
- unkritischer Einsatz von Antidepressiva ebenso wie generelle Verneinung von deren Anwendung

## 11.4. Zwangsstörungen

### ■ Definition und Klassifikation

Zwangsstörungen sind charakterisiert durch ständig wiederkehrende Gedanken, Vorstellungen, Impulse oder Handlungen, die vom Betroffenen als quälend erlebt werden. Die Kranken sind sich zwar der Sinnlosigkeit dieser Phänomene bewusst, es gelingt ihnen aber nicht, sie abzuwehren, da sie Angst oder Unbehagen hervorrufen. Die Begriffe *Zwangsneurose* und *anankastische Neurose* werden synonym gebraucht. Die ICD-10 unterscheidet vorwiegend *Zwangsgedanken* oder *Grübelzwang* (F42.0), vorwiegend *Zwangshandlungen*, *Zwangsrituale* (F42.1) und *Zwangsgedanken und -handlungen* gemischt (F42.2). Zwangsgedanken können in Form von zwanghaften Ideen, bildhaften

Vorstellungen oder Zwangsimpulsen auftreten. Zwangshandlungen bzw. -rituale bilden sich häufig in Wasch-, Ordnungs- und Kontrollzwängen ab.

### ■ Epidemiologie

Zwangssyndrome galten in der älteren Literatur als sehr selten. Neuere epidemiologische und klinische Studien gehen jedoch von einer Prävalenz von etwa 1 % aus. Damit zählen die Zwangsstörungen zu den fünf häufigsten psychiatrischen Störungen überhaupt. Im Schulalter und der Adoleszenz werden ausgeprägte Zwangssyndrome bei 0,35 % angegeben, wobei ein Überwiegen des männlichen Geschlechtes besteht. Mehr als die Hälfte der Zwangsstörungen beginnen im Kindes- und Jugendalter, hier gehäuft um das 12. bis 14. Lebensjahr ohne Geschlechtspräferenz. Vorübergehendes anankastisches Verhalten in Form von An- und Auskleide- oder Zubettgehräuteln, übergenauen Einhalten von Regeln und Gewohnheiten o. ä. sind dagegen im Kleinkindalter relativ häufig und bedürfen keiner therapeutischen Intervention. Im Grundschulalter wird anankastisches Verhalten in Form von Übergenauigkeit bei 3 % in ausgeprägter Form, bei 5 % in leichter Form angegeben.

### ■ Klinisches Bild

#### Typische Fallbeispiele

Ein 12jähriges Mädchen entwickelte abrupt ausgeprägte Ordnungszwänge und äußerte Zwangsgedanken ("ich muss sterben, ich habe Krebs"), die von massiven Ängsten und einer durchgehend depressiven Verstimmung begleitet waren. Ferner bestanden Ein- und Durchschlafstörungen sowie Angst vor Erstickenanfällen. Prämorbid wird das Mädchen als sehr gehemmt, verschlossen, wortkarg, antriebs- und kontaktschwach beschrieben. Die Kindesmutter war eine ängstlich-depressive, hypochondrische Frau, die selbst in ihrer Kindheit unter Ordnungszwängen und Zwangsgedanken litt. Der Vater wurde als pedantisch, korrekt und unflexibel zwanghaft beschrieben.

Ein 15jähriger Junge litt seit drei Jahren unter einem massiven Wasch- und Duschzwang. Morgens stehe er schon um 5.00 Uhr auf und verbringe über zwei Stunden unter der Dusche. Er behaupte, er müsse dies tun, weil er sonst nicht sauber werde. Seit zwei Monaten konnte er nicht mehr in die Schule gehen, da er ständig damit beschäftigt war, über Bakterien und Schmutz nachzudenken, die er sich vom Leibe waschen musste. Die Wasserrechnung der Familie überstieg bereits seit langem ein Vielfaches der Norm. Der Junge reagierte auf Vorhaltungen extrem aggressiv, beschimpfte die Eltern und setzte sich tötlich zur Wehr, wenn er am Waschen oder Du-

schen gehindert wurde. Obwohl die Familie und auch der Junge sehr stark unter der Symptomatik litten, hatte er sich jahrelang standhaft geweigert, zu einem Psychiater zu gehen, und die jetzige Vorstellung konnte nur mit massivem Druck der Eltern zustandekommen.

Ein 8jähriges Mädchen entwickelte nach der Einschulung folgende Zwangssymptomatik: sie musste unzählige Male immer wieder "nein, nein, nein" rufen oder die Mutter beschimpfen ("du alte, dumme Nudel"). Abends vor dem Einschlafen rief sie der Mutter bis zu 50mal "Gute Nacht" zu. Diese musste dann auf ihr Verlangen antworten: "Denk an die Kinderschule". Beim Essen wurden alle Nahrungsmittel vorher nummeriert und streng nach der vorgegebenen Reihenfolge gegessen. Sie bekam heftigste Schreianfälle, wenn die Mutter auf ihre Zwangsrituale nicht einging. Sie sei immer ein sehr eigensinniges Kind gewesen, das zu Hause ein tyrannisches Verhalten gezeigt habe. Sie habe Eltern und Großeltern regelrecht herumkommandiert. Sie sei immer schon auffällig pedantisch und genau gewesen. In der Schule war sie eine vorbildliche Musterschülerin, sehr ehrgeizig und brachte sehr gute Leistungen.

Ein 11jähriger Junge begann plötzlich zwanghaft Unrat zu sammeln aus Angst, dass dieser "unwiderbringlich verlorengehe". Ferner bestanden Ordnungs-, Kontroll-, Wiederholungs- und Berührungszwänge sowie Zwangsbefürchtungen (schwer zu erkranken, zu sterben). Er entwickelte massive Trennungsängste, so dass er die Schule nicht mehr besuchen konnte und die Mutter deswegen ihre Halbtagsbeschäftigung aufgeben musste.

Bei einem 13jährigen Jungen traten z. B. beim An- und Ausziehen, beim Türen auf- und zumachen und beim Essen massive Wiederholungszwänge auf, nachdem er von zwei Schulkameraden verprügelt worden war. Besonders beim Essen machte sich eine ausgeprägte Entscheidungsunfähigkeit bemerkbar. So konnte er sich nicht entscheiden, welche Kartoffel, welches Brotstück oder welche Nudel er zuerst essen sollte. Er äußerte Angst, die Nahrungsmittel könnten nicht frisch sein. Wenn er z. B. von einem Stück Fleisch ein Stück abgeschnitten hatte, hatte er das Gefühl, der Rest sei schon alt, oder nach dem Öffnen einer Flasche Saft konnte er nur das erste "frische" Glas trinken. Der Junge war zunehmend mit diesen Zwängen beschäftigt und konnte die Schule nicht mehr besuchen. Besonders der Vater wurde damit regelrecht tyrannisiert. Wenn der Junge an seinen Zwängen gehindert wurde, bekam er Wutanfälle. Prämorbid sei er ein immer braves, stilles und fügsames Kind gewesen, das keine Trotzphase durchmachte. Die ängstlich-depressive Mutter praktizierte einen strengen, moralisierenden und unflexiblen Erziehungsstil. Der Vater war verschlossen und wortkarg, in seinem Erziehungsverhalten sehr inkonsequent und permissiv. Sexuelle Themen wurden in der Familie ungewöhnlich tabuisiert. Die Fallanalyse ergab, dass der Junge unter massiven sexuellen Ängsten und Onanieskrupeln litt.