

ergriffen werden mit dem Ziel, das Kind aus dem häuslichen Milieu zu entfernen und in eine kinderpsychiatrische Abteilung, ein heilpädagogisches Heim oder in eine Pflegestelle zu vermitteln. Bei Kindern mit *Schulangst* muss zunächst der Schwerpunkt auf eine umfassende Diagnostik (Feststellung von Leistungs- oder Begabungsmängeln, Teilleistungsstörungen, körperlichen Ursachen) gelegt werden und danach Fördermaßnahmen, eventuell Umschulung u. ä. veranlasst werden. Bei der *Schulphobie* ist wegen der erheblichen pathogenen Einflüsse aus der Familie und der Neigung zur Chronifizierung eine stationäre Aufnahme des Kindes oder Jugendlichen oft nicht zu umgehen. Diese Maßnahme ist oft unerlässlich, da sich anders die symbiotischen Beziehungen, die die Autonomie und notwendige Verselbständigung des Kindes verhindern, nicht beeinflussen lassen. Hier gilt es, zunächst die zugrundeliegenden Konflikte, d.h. besonders die Trennungsangst des Kindes offenzulegen und danach ein Arbeitsbündnis zwischen Kind und Eltern herzustellen. Die Zusammenarbeit mit den betroffenen Lehrern und deren Information über die zugrundeliegende Störung ist von großer Bedeutung. Alle Faktoren, die das Vermeidungsverhalten des Kindes unterstützen, müssen nach Möglichkeit vermieden werden, d.h. der Schulbesuch des Kindes muss sobald wie möglich wieder durchgesetzt werden, alle Ausweichmanöver des Kindes (Vorschieben von somatischen Beschwerden) müssen strikt unterbunden werden. In der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik profitieren diese Kinder besonders durch soziale Erfahrungen in der Kindergruppe, in der sie ihre soziale Kompetenz erweitern und in ihrem Realitätsbezug geschult werden können. Bei den *generalisierten Angststörungen* herrscht Uneinigkeit darüber, welchen Therapieverfahren der Vorzug gegeben werden soll. Viele Kinder profitieren davon, wenn sie das autogene Training erlernen, das ihnen Möglichkeiten der Selbstreflexion, Selbstkontrolle und der Autonomie vermittelt. Der unkritische Einsatz von Tranquilizern ist im allgemeinen nicht indiziert, es werden dagegen kurzfristige Besserungen unter z.B. Clobazam (Frisium®), Lorazepam (Tavor®) oder Betablockern (Dociton®, Beloc®) berichtet. Der Einsatz von trizyklischen Antidepressiva wird zwar oft propagiert, bedarf aber wegen der Nebenwirkungen einer ständigen ärztlichen Überwachung.

Der Verlauf der meisten Angstsyndrome im Kindesalter wird als eher günstig beurteilt, zumal spontane Remissionen nicht selten sind. Besonders wenn frühzeitige therapeutische Interventionen ausbleiben, neigen viele Angstsyndrome zur Chronifizierung. Eine ausgeprägte Schulphobie bedarf dagegen immer einer effizienten Einzel- und Familienpsychotherapie. Katamnestiche Untersuchungen belegen, dass diese Kinder häufig psychisch auffällig bleiben, wobei besonders emotionale Störungen und Phobien gehäuft auftreten. Generell ist anzumerken, dass sich die Prognose mit zunehmender Chronifizierung generell verschlechtert, was eine frühzeitige therapeutische Intervention notwendig macht.

#### ■ Hinweise für die Elternberatung

- Berücksichtigung physiologischer, alterstypischer und pathologischer Ängste
- Entlastung von Schuldgefühlen bei konstitutionell bedingten Ängsten
- bei Schulphobie Rat zu frühzeitiger stationärer Behandlung, um eine Chronifizierung zu vermeiden
- bei behandlungsbedürftigen Angststörungen von Mutter und/oder Vater Empfehlung, eine eigene Psychotherapie durchzuführen

#### ■ Fehlerquellen in Diagnostik und Therapie

- Überbewertung oder Bagatellisierung der bestehenden Ängste
- bei Schulphobie: Schulbefreiung, da diese die Trennungsangst verstärkt
- vorzeitige Entlassung ohne konkrete Vereinbarung über Weiterbehandlung oder Wiederaufnahmevereinbarung

## 11.2. Phobische Störungen

### ■ Definition und Klassifikation

Nach der ICD-10 wird unter der Ziffer F40 eine Gruppe von Störungen klassifiziert, bei der Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, im allgemeinen ungefährliche Situationen oder Objekte – außerhalb der betreffenden Person – hervorgerufen wird. Diese Situationen oder Objekte werden charakteristischerweise ge-

mieden oder voller Angst ertragen. Phobische Angst ist subjektiv, physiologisch und im Verhalten von anderen Angstformen nicht zu unterscheiden und reicht von leichtem Unbehagen bis hin zur panischen Angst. Befürchtungen des Betroffenen können sich auf Einzelsymptome, wie Herzklopfen oder Schwächegefühle beziehen und treten häufig zusammen auf mit sekundären Ängsten vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl, wahnsinnig zu werden. Die Angst wird nicht durch die Erkenntnis gemildert, dass andere Menschen die fragliche Situation nicht als gefährlich oder bedrohlich betrachten. Allein die Vorstellung, dass die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt gewöhnlich schon Erwartungsangst.

- **Agoraphobie**  
(ortsbezogene Phobien, z.B. vor offenen Plätzen, vor Menschenmengen, vor Zügen, Bussen oder Flugzeugen), es können Agoraphobien ohne Panikstörungen (F40.00) bzw. mit Panikstörung (F40.01) differenziert werden
- **soziale Phobien**  
(Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen in verhältnismäßig kleinen Gruppen, Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit, Zusammentreffen mit dem anderen Geschlecht oder Angst, in der Öffentlichkeit zu erbrechen)
- **spezifische (isolierte) Phobien (F40.2)**  
(z.B. Tiere, Höhe, geschlossene Räume u. a.)

**Tab. 11.2:** Spezifizierungen der Phobien nach ICD-10.

In der ICD-10 wird des weiteren unter F93.1 die phobische Störung des Kindesalters beschrieben. Diese Kategorie soll nur für entwicklungsphasenspezifische Befürchtungen verwendet werden, wobei

- der Beginn in der entwicklungsangemessenen Altersstufe liegen soll
- das Ausmaß der Angst klinisch abnorm ist
- die Angst nicht Teil einer generalisierten Störung ist

### ■ Epidemiologie

Wegen der Schwierigkeit bei der definitorischen Abgrenzung von Furcht und Phobie und bei der Klassifikation überhaupt (Abgrenzung von Angst,

Zwang und Depressionssymptomatik) sind Angaben über Häufigkeit sehr uneinheitlich. Es werden 13 % ausgeprägte Phobien bei 8jährigen und 7 % bei 13jährigen angegeben, unter Einschluss von Agoraphobie, sozialen und isolierten Phobien. Eine Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes soll zumindest im Kindesalter gelten. Bei 18jährigen werden 6 % ausgeprägte Phobien mit einer Relation von 1 : 3 männlichen zu weiblichen Patienten genannt. Panikstörungen werden bei 1,5 % der 18jährigen, bei jüngeren dagegen kaum angegeben.

### ■ Klinisches Bild

#### Typisches Fallbeispiel

Ein 13jähriger Junge erlebte alle Situationen, die mit dem Essen zusammenhingen, nach der Scheidung seiner Eltern in seinem 10. Lebensjahr als sehr angstbesetzt. Er vermied es möglichst, an gemeinsamen Mahlzeiten mit seiner Mutter und seinem Bruder teilzunehmen oder zögerte den Beginn immer wieder hinaus. Er befürchtete, dass sich bestimmte Nahrungsmittel (z.B. Fleisch, Gemüse, Salat, Getränke) nicht in seinem Magen miteinander "vertragen". Als Folge befürchtete er, erbrechen zu müssen. Diese Angst vor dem Erbrechen steigerte sich zu panischen Angstanfällen, wenn er in der Öffentlichkeit, z.B. in der Schule oder im Kaufhaus war. Er war dann ganz damit beschäftigt, nach einem Fluchtweg Ausschau zu halten, und wenn er den nicht sah, geriet er in Panik. Er konnte aus diesem Grund mehrfach die Schule nicht besuchen und schützte dann körperliche Krankheiten oder Unwohlsein vor. Es war ihm nicht möglich, ein Kino oder Theater zu besuchen, ein öffentliches Verkehrsmittel zu benutzen oder eine längere Reise anzutreten. Seine Mutter befand sich wegen einer generalisierten Angststörung, hypochondrischen Ängsten und Paniktacken in längerer psychotherapeutischer Behandlung. Zwischen Mutter und Sohn bestand eine uneingestandene Rivalität darum, wer in der Familie am meisten Angst hatte, bzw. wer am kränksten war. Der Junge konnte mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen (Expositionsversuche, Desensibilisierung und Konditionierung) unter Einbeziehung des autogenen Trainings nach einjähriger Therapie von seiner Symptomatik weitgehend befreit werden. Im Alter von 17 Jahren trat erneut die Angst vor Erbrechen in der Öffentlichkeit massiv wieder auf, nachdem er sich seiner eigenen Homosexualität bewusst worden war. Während dieser Behandlungsphase konnte durch aufdeckende und stützende Einzelgespräche unter Einbeziehung der Mutter nach einem halben Jahr Symptomfreiheit erzielt werden (Klassifikation unter Agoraphobie F40.0 in Kombination mit sozialen Phobien F40.1).

Der Begriff **Agoraphobie** beschreibt eine zusammenhängende und sich häufig überschneidende Gruppe von Phobien mit der Angst vor offenen Plätzen, vor Menschenmengen, der Schwierigkeit, sich sofort und leicht an einen sicheren Platz (z.B. nach Hause) zurückziehen zu können. Auch die Angst, das eigene Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten oder alleine in Zügen, Bussen oder Flugzeugen zu reisen, werden hierunter subsumiert. Wenngleich es auch vielen Agoraphobikern gelingt, phobische Situationen zu vermeiden, kann diese Störung sozial sehr beeinträchtigend sein. Es kann dazu führen, dass sich die Betroffenen weitgehend auf ihr vermeintlich sicheres Zuhause zurückziehen und ein Schulbesuch oder eine Berufstätigkeit zumindest zeitweise nicht mehr möglich ist, wie in unserem Fallbeispiel. Das Fehlen eines sofort nutzbaren "Fluchtweges" wird als eines der Schlüsselsymptome angesehen. Typischerweise liegt der Beginn dieser Störung meist im frühen Erwachsenenalter, wobei Frauen überwiegend betroffen sind. Eine Kombination mit depressiven und zwanghaften Symptomen (z.B. wie oben angeführt Zwangsbefürchtungen bezüglich des Essens) und soziale Phobien (Angst, in der Öffentlichkeit zu erbrechen) können zusätzlich vorhanden sein.

**Soziale Phobien** kommen besonders im Bereich der Schule zum Tragen, wo die Kinder aufgrund einer übermäßigen Angst, sich vor der Klasse zu äußern, Lehrern und Mitschülern zu antworten oder sie direkt anzusprechen, wegen mangelnder Mitarbeit, Kontaktstörungen und sozialem Rückzug auffällig werden. Es handelt sich häufig um schüchterne, selbstunsichere, kritikängstliche Kinder und Jugendliche. Auch Sensationen wie Erröten, Händezittern, Übelkeit, Drang zum Wasserlassen sowie auch Ängste, in der Öffentlichkeit zu erbrechen, kommen vor. Die Symptomatik kann sich bis hin zu Panikattacken verstärken und durch ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten zu völliger sozialer Isolation führen. Synonym werden auch die Begriffe *Anthropophobie* oder *soziale Neurose* verwandt.

**Spezifische (isolierte) Phobien** beziehen sich z.B. auf Tiere, geschlossene Räume wie Fahrstühle, Klassenzimmer o. a. (Klaustrophobie), Höhen (Akrophobie), Donner, Dunkelheit, Fliegen, Urinieren oder Defäkieren in öffentlichen Toiletten, Verzehr bestimmter Speisen, Zahnarzt- oder Arztbesuche allgemein, Anblick von Blut oder Verlet-

zungen oder die Angst vor verschiedenartigen Krankheiten. Zeitbedingt umfassen diese Befürchtungen heute auch umweltbedingte Krankheiten (vor Umweltgiften, radioaktiver Strahlung) oder Geschlechtskrankheiten wie AIDS. Obwohl die auslösenden Situationen eng begrenzt sind und es vielen Betroffenen gelingt, diese zu vermeiden, können sie Panikreaktionen auslösen. Tierphobien beziehen sich häufig auf Hunde (nicht nur große), Spinnen, Kröten oder Frösche.

Die sogenannte **Schulphobie** wird im Zusammenhang mit der Schulangst und dem Schulschwänzen in Kap. 11.1. (Emotionale Störung mit Trennungsangst) näher beschrieben.

### ■ Diagnose

#### Checkliste

Außer Routinediagnostik:

- ✓ besonders sorgfältige Exploration der Patienten (Dissimulations- und Bagatellisierungstendenzen!) und ihrer Angehörigen, die nicht selten die Symptomatik objektiver beschreiben können
- ✓ Die Verwendung von Zwangsinventaren, Kap. 11.4., kann hilfreich sein, da diese auch phobische Elemente beinhalten
- ✓ Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder Jugendlichen berücksichtigen

Nach der ICD-10 müssen für eine **Agoraphobie** drei Kriterien erfüllt sein:

- Die psychischen oder vegetativen Symptome müssen primär eine Manifestation der Angst sein und nicht auf anderen Symptomen wie Wahn oder Zwangsgedanken beruhen
- Die Angst muss in mindestens zwei der folgenden umschriebenen Situationen auftreten
  - in Menschenmengen
  - auf öffentlichen Plätzen
  - bei Reisen mit weiter Entfernung von zu Hause
  - bei Reisen alleine
- Vermeidung der phobischen Situation ist oder war ein entscheidendes Symptom

Ebenfalls drei Kriterien schreibt die ICD-10 für **soziale Phobien** vor:

- Die psychischen Verhaltens- oder vegetativen Symptome müssen primäre Manifestationen der Angst sein und nicht auf anderen Symptomen wie Wahn und Zwangsgedanken beruhen
- Die Angst muss auf bestimmte soziale Situationen beschränkt sein oder darin überwiegen
- Die phobischen Situationen werden, wann immer möglich, vermieden

Die diagnostischen Leitlinien der **spezifischen isolierten Phobien** umfassen die Kriterien 1 und 3, wie bei den sozialen Phobien. Ein weiteres Kriterium ist: die Angst muss auf die Anwesenheit eines bestimmten phobischen Objektes oder eine spezifische Situation begrenzt sein.

### ■ Differentialdiagnose

- **Agoraphobie**  
Symptome wie Depression, Depersonalisation, Zwangssymptome und soziale Phobien können vorkommen, beherrschen das klinische Bild aber nicht
- **soziale Phobien**
  - Agoraphobie
  - depressive Störungen
- **spezifische isolierte Phobien**
  - hypochondrische Störungen (F45.2)
  - wahnhafte Störungen (F22.0)
  - Bei isolierten Phobien fehlen meist ausgeprägte andere psychiatrische Symptome

### ■ Ätiopathogenese

Wir haben es bei den Phobien wiederum mit multifaktoriell bedingten Störungen zu tun. Aufgrund von Zwilling- und Familienstudien werden genetische Komponenten diskutiert. Der Einfluss von traumatischen Erlebnissen kann eine Rolle spielen, wobei jedoch immer individuelle Faktoren (Angstbereitschaft, Fähigkeit zur Angstbewältigung, Temperament) berücksichtigt werden müssen. Eine große Rolle spielt sicherlich das familiäre Umfeld, zumal besonders die Mütter phobischer Kinder ungewöhnlich häufig selbst unter Angststörungen leiden, auch überprotektive wie autoritäre und inkonsequente Erziehungshaltungen können symptomfördernd bzw. -erhaltend sein.

Nach tiefenpsychologischem Verständnis sind Phobien gekennzeichnet durch eine Verdrängung regressiver Triebansprüche und ihre Verschiebung auf Objekte und bestimmte Situationen, die für den Phobiker die Angsthalte der verdrängten Objekte übernehmen. Als kasuistisches Beispiel wird das von S. Freud beschriebene Beispiel einer Tierphobie des "kleinen Hans" genannt, der durch die Projektion ursprünglich gegen seinen Vater gerichteter Aggressionen auf ein Pferd dem Vater wieder angstfrei begegnen konnte. Weitere Erklärungsansätze gehen von der sozialen Lerntheorie (Phobien werden als gelernte Reaktionen verstanden, Lernen am Modell) oder entwicklungspsychologischen Theorien aus, wonach Phobien zu einem bestimmten Zeitpunkt der Entwicklung als sinnvolle Reaktionen verstanden werden, die ihren Sinn im weiteren Verlauf jedoch verlieren.

### ■ Therapie, Verlauf, Prognose

In der Literatur wird heute allgemein die Ansicht vertreten, dass ähnlich wie bei den Zwangsstörungen so auch bei den monosymptomatischen Phobien des Kindes- und Jugendalters *verhaltenstherapeutische Methoden Mittel der Wahl* sind. Zu bedenken hierbei ist jedoch, dass die Therapiemotivation der betroffenen Kinder und Jugendlichen – auch wieder in Analogie zu den Zwangsstörungen – häufig sehr ambivalent ist, so dass ein Arbeitsbündnis mit den Patienten und ihren Familien häufig schwierig herzustellen ist. So ist die Anwendung rein mechanistischer Therapieansätze (graduelle Konfrontation mit dem Angstreiz, Exposition und Desensibilisierung) nicht selten erst dann möglich, wenn vorher tiefenpsychologisch orientierte Therapieformen, die den zugrundeliegenden Konflikt aufdecken und bearbeiten sollen, eingesetzt werden. Auch Entspannungs- und autosuggestive Verfahren, wie das autogene Training sind oft hilfreich. Wichtig ist besonders die Beziehung zwischen Therapeut und Patient, wobei ersterer Modellfunktionen zu übernehmen hat und dem Patienten Sicherheit, Klarheit und Zuversicht vermitteln sollte. Unbestritten dürfte sein, dass jedes Verfahren oder jede Haltung, die weiterhin die Konfrontation mit der angstbesetzenden Situation vermeidet, einer effektiven Therapie nicht dienlich sind. Das heißt konkret, dass der Therapeut auch sein Therapiezimmer verlassen und sich mit dem Kind in eine für den Patienten angstinduzierende Situation oder Konstellation begeben muss. Falls

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 Sulpamid (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