

Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Dr. med. Karin Trübel, Bern

Definition einer **Depression**



- › Eine Depression ist eine weit verbreitete psychische Störung, die durch Traurigkeit, Interesselosigkeit und Verlust an Genussfähigkeit, Schuldgefühle und geringes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit und Konzentrationsschwächen gekennzeichnet sein kann.

<https://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>

Depressionen

Ein Eindruck



Berner Bündnis gegen Depression – Portrait Valérie (4 min):
<https://www.youtube.com/watch?v=H52FRfZTUFA>

Häufigkeit von Depressionen in der Bevölkerung laut Schweizerischem Bundesamt für Statistik

(<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/psychische.html>)

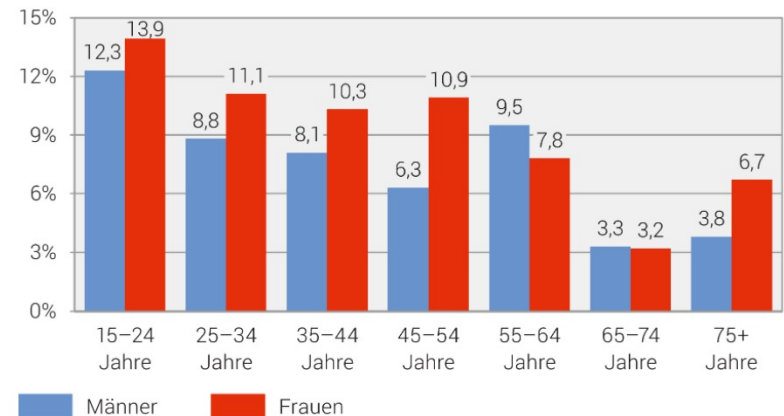
«Die Depression ist die am häufigsten auftretende psychische Erkrankung.

9% der Bevölkerung leiden an Depressionen.

Frauen (9%) und junge Menschen (13%) sind häufiger betroffen als Männer (8%) und Personen ab 65 Jahren (4%).»

Major Depression, 2017

Personen mit einer mittleren bis schweren Depression;
Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2019

Häufigkeit von Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Prävalenz in westlichen Industrienationen:

- › für Grundschul Kinder 1,9 - 3,4 %
- › für Jugendliche 3,2 - 8,9 %
- › für klinische Stichproben 8 - 25 %

Häufigkeit von Depressionen im Kindes- und Jugendalter

- › Ab dem 13. Lebensjahr Depressionen signifikant häufiger
- › Depressive Episoden im Jugendalter oft kürzer als im Erwachsenenalter, ein Drittel remittiert innerhalb von drei Monaten
- › Gleichzeitig ist **bei bis zu 80 % von einer latenten Persistenz und hohen Rezidivraten** auszugehen: 25, 40 bzw. 72% rezidivieren nach 1, 2 bzw. 5 Jahren!

Symptomatik

Unterschiede Kindes- / Jugendalter



<https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/depression-im-kindes-und-jugendalter> (1:44)

Symptomatik im Kleinkindalter (0-3 Jahre)

- › vermehrtes Weinen
- › ausdrucksarmes Gesicht
- › erhöhte Reizbarkeit
- › überanhänglich, Kind kann schlecht alleine sein
- › selbststimulierendes Verhalten: Schaukeln des Körpers, exzessives Daumenlutschen
- › Teilnahmslosigkeit
- › Spielunlust oder auffälliges Spielverhalten
- › gestörtes Essverhalten, Appetit-, Gedeihstörungen
- › Bauchschmerzen ohne organpathologisches Korrelat
- › Schlafstörungen

Symptomatik

im Vorschulalter (3-6 Jahre)

- › trauriger Gesichtsausdruck
- › verminderte Gestik, Mimik, Motorik
- › leicht irritierbar, stimmungslabil, auffällig ängstlich
- › mangelnde Fähigkeit, sich zu freuen, Lustlosigkeit z.B. beim Spielen
- › Teilnahmslosigkeit und Antriebslosigkeit, introvertiertes Verhalten
- › vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten
- › innere Unruhe und Gereiztheit, auch aggressives Verhalten
- › Ess-und Schlafstörungen

Symptomatik

im Schulalter (6-12 Jahre)

- › verbale Berichte über Traurigkeit
- › Denkhemmungen, Konzentrationsschwierigkeiten und Gedächtnisstörungen
- › Schulleistungsstörungen, Versagensängste
- › Zukunftsangst, Ängstlichkeit, sozialer Rückzug
- › unangemessene Schuldgefühle und unangebrachte Selbstkritik
- › psychomotorische Hemmung (z.B. langsame Bewegungen, in-sich-versunkene Haltung)
- › Appetitlosigkeit
- › (Ein-) Schlafstörungen
- › Suizidgedanken

Symptomatik

im Jugendalter (13-18 Jahre)

- › vermindertes Selbstvertrauen, Selbstzweifel
- › Ängste, Lustlosigkeit, Konzentrationsmangel
- › Stimmungsanfälligkeit
- › tageszeitabhängige Schwankungen des Befindens
- › Leistungsstörungen, Antriebs- und Interessenverlust
- › Gefühl, sozialen und emotionalen Anforderungen nicht gewachsen zu sein
- › sozialer Rückzug bis Isolation
- › psychosomatische Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen)
- › Gewichtsverlust
- › Schlafstörungen
- › Suizidalität, Substanzmissbrauch, selbstverletzendes Verhalten
- › **Auch häufig:** Reizbarkeit, geringe Frustrationstoleranz, Jähzorn, externalisierende Verhaltensweisen

Alterstypische Depressionssymptome

Altersstufe	psychopathologisch	somatisch
Kleinkind	Schreien, Unruhe, Weinen; Desinteresse, Passivität, Apathie, Ausdrucksarmut; unvermittelte Weinattacken, Irritabilität und Agitation; reduzierte Kreativität, Fantasie und Ausdauer; Anhänglichkeit; Albernheit; selbststimulierendes Verhalten	Störungen des Ein- und Durchschlafens aufgrund unzulänglicher Selbstberuhigungsstrategien, Essstörungen und -verweigerung mit Gewichtsverlust, erhöhte Infektanfälligkeit („Kränkeln“)
Vorschulkind	Weinen, Reizbarkeit, aggressive Durchbrüche, Explosibilität; Hypomimie, gestische und generell motorische Passivität, Introversion, Interessenlosigkeit, Freudlosigkeit; Irritabilität, geringe Frustrationstoleranz, Aggressivität; soziale und kognitive Entwicklungsverzögerung; Aufmerksamkeitssuche; Autostimulation	sekundäre Enuresis/Enkopresis, regressiver Sprachgebrauch, motorische Entwicklungsrückstände, Schlaf- und Essstörungen
Schulkind	Weinen, Trotz, Abwehr, (auto-)aggressives Verhalten; Selbstbericht über Traurigkeit, Lust- und Antriebslosigkeit, Desinteresse, Rückzug; Konzentrationsprobleme, Schulversagen; Sorgen, ggf. erste lebensmüde Gedanken; Suche nach Zuwendung	Schlaf- und Essstörungen, somatische Beschwerden, regressives Verhalten
Jugendlicher	Teilnahmslosigkeit, Verzweiflung, Wut, läppischer Affekt, Verweigerung, Lust- und Antriebslosigkeit, Desinteresse, Rückzug; Verlangsamung von Denken und Handeln, Leistungsprobleme, kognitive Einschränkungen; Apathie, Angst, Ekel, Selbstunsicherheit, Selbstvorwürfe, Grübeln, Zukunftsängste, Suizidalität	Schlaf- und Essstörungen; psychosomatische Beschwerden, Morgentief, Früherwachen, Unfähigkeit zur Entspannung und Erholung

Symptomatik

Unterschiede Kindes- / Jugendalter



Film Depressionen bei Kindern 2017:

<https://www.youtube.com/watch?v=Y-xmplIRDw8> (52:36; 10:15)

Depressive Erkrankungen **im ICD-10**

- › ...sind unter den **affektiven Erkrankungen (F3)** zu finden
- › Es gibt **KEINE eigene Kategorie** für das Kindes- und Jugendalter
- › Der ICD-10 empfiehlt die Kategorie
F34.8 Sonstige anhaltende affektive Störung

Depressive Erkrankungen im ICD-10

> F32.- Depressive Episode

- F32.0 Leichte
- F32.1 Mittelgradige
- F32.2 Schwere, ohne psychotische Symptome
- F32.3 Schwere, mit psychotische Symptome

> F33.- Rezidivierende depressive Störung

- F33.0 ...gegenwärtig leichte Episode
- F33.1 ...gegenwärtig mittelgradige Episode
- F33.2 ...gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
- F33.3 ...gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
- F33.4 ...gegenwärtig remittiert

> F34.- Anhaltende affektive Störungen

- F34.0 Zylothymie
- F34.1 Dysthymie

F34.8 Sonstige anhaltende affektive Störung

Depressive Erkrankungen – was erwartet uns im ICD-11?

- ▽ Affektive Störungen
 - ▷ Bipolare oder verwandte Störungen
 - ▽ Depressive Störungen
 - ▷ **6A70** Einzelne depressive Episode
 - ▷ **6A71** Rezidivierende depressive Störung
 - 6A72** Dysthyme Störung
 - 6A73** Gemischte depressive Störung und Angststörung
 - GA34.41** Prämenstruelle dysphorische Störung
 - 6A7Y** Sonstige näher bezeichnete depressive Störungen
-

Symptomatik der Depression

Symptome der Depression nach ICD-10

Hauptsymptome der Depression

- Herabgestimmtheit, die meiste Zeit, fast täglich, seit mindestens 2 Wochen
- Interessenverlust, Freudlosigkeit, Aktivitätseinschränkung
- Antriebslosigkeit, schnelle Ermüdbarkeit, Müdigkeit

Weitere mögliche Symptome

- kognitive Einschränkungen (Konzentration, Aufmerksamkeit), Unentschlossenheit oder Unschlüssigkeit
- reduziertes Selbstwertgefühl, geringes Selbstvertrauen, Gefühle der Wertlosigkeit
- unangemessene Schuldgefühle, Selbstvorwürfe
- psychomotorische Agitation oder Gehemmtheit
- Suizidgedanken, suizidales Verhalten
- Schlafstörung
- Appetitmangel oder -steigerung mit Gewichtsveränderung

Symptomatik

„Jugendliche unter Druck“



SRF Dok Jugendliche unter Druck – In der Kinder- und Jugendpsychiatrie 2019: <https://www.youtube.com/watch?v=Y-xmplIRDw8> (49:43)



Komorbidität bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Hoch, v.a. mit

- › Angststörungen (bis zu 75%!)
- › Störungen des Sozialverhaltens (bis zu 50%!) und Aggressivität und /oder Substanzmissbrauch
-> besonders in dieser Gruppe hohes Risiko verkannt zu werden, und hohes Risiko für ernste Suizidversuche wegen der ausgeprägten Impulsivität!

Suizidalität

- › Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen bei Kindern und Jugendlichen wird bei circa 3 bis 4 % vermutet
- › parasuizidale Handlungen und Suizidgedanken häufiger bei Mädchen
- › Jungen verüben dreimal häufiger erfolgreiche Suizide
- › Risikofaktoren: psychische Störungen, Suizide oder früher Tod eines nahen Familienangehörigen, Leistungsprobleme

Suizidalität

Anzeichen

Interaktion	sozialer Rückzug Andeutungen von Todesgedanken Verschenken wichtiger persönlicher Dinge Klärung noch offener Angelegenheiten
Verhalten	Verwahrlosungstendenzen deutliche, untypische Verhaltensänderung Pflicht- und Alltagsvernachlässigung Substanzmissbrauch
Psychopathologie	Depressionssymptome starkes Grübeln Leistungsknick intensive Beschäftigung mit dem Thema Tod (Zeichnungen, Lektüre, Gedichte, Chatrooms etc.) plötzlich gelöste Stimmung nach depressiver Phase (Suizid als anspannungslösende Idee)
Alarmzeichen	Abschiedsbrief konkrete Planungen zur Suiziddurchführung vorausgesehene ernste Suizidversuche

Ätiologie

depressiver Erkrankungen

Multifaktoriell,

soweit bekannt spielen folgende **Faktoren** eine Rolle:

- › genetisch-neurobiologische
- › Somatische
- › Persönlichkeitskomponenten
- › Psychosoziale

Ätiologie

depressiver Erkrankungen: genetische-neurobiologische Faktoren

Auf **genetische** Zusammenhänge hinweisend:

- › höhere Konkordanzraten eineiiger Zwillinge
- › bis zu 50 % steigendes Risiko bei Erkrankung der Eltern

Neurobiologische Zusammenhänge:

- › Beteiligung eines Serotonin-Mangelsyndroms
- › Reduzierte Konzentrationen von Noradrenalin-Metaboliten wurden ebenfalls mit depressiven Symptomen assoziiert
- › Beteiligung der dopaminergen Transmission
- › Störungen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse mit erhöhter Cortisolsekretion

Ätiologie

depressiver Erkrankungen: somatische Faktoren

- › MRT-Befunde bei depressiven Kindern zeigten eine Reduktion des frontalen Kortexvolumens sowie eine Erweiterung der lateralen Ventrikel, frontal und temporal scheint ein Hypometabolismus vorzuliegen
- › Schlaf bei erwachsenen depressiven Patienten zeichnet sich durch eine verkürzte zirkadiane Periodik und verkürzte REM-Latenz (REM, „rapid eye movement“) aus

Ätiologie

depressiver Erkrankungen: Persönlichkeits- und psychosoziale Faktoren

Risikofaktoren:

Kritische Lebensereignisse; zu den bedeutungsvollsten bei Kindern und Jugendlichen zählen:

- Verlust eines Elternteils
 - > konflikthafte Elternbeziehung und Scheidung
 - > alleinerziehender Elternteil
 - > psychische oder körperliche Erkrankung eines Elternteils
 - > Deprivation, längerfristige Trennungserlebnisse im 1. Lebensjahr
 - > niedriger Sozialstatus, Migration

Ätiologie

depressiver Erkrankungen: Persönlichkeits- und psychosoziale Faktoren

Weitere Risikofaktoren:

- › defizitäre Problemlösefertigkeiten
- › dependente Wesenszüge
- › primär aggressiv-impulsiver Handlungsstil, z.B. im Rahmen einer Störungen des Sozialverhaltens u/o eines ADHS, mündet in 30% der Fälle über zahlreiche Konflikte in einer sekundär depressiven Entwicklung
- › chronische Belastungen (z.B. Probleme in sozialen
- › Beziehungen, Mangel an Freundschaften und Zuwendung, subjektiv gering empfundene Attraktivität, schulische Über- oder Unterforderung, Teilleistungsschwächen, Schulwechsel etc.)

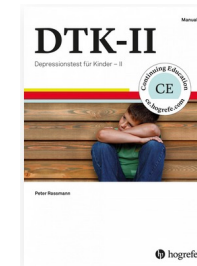
Diagnostik

bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter

- › ausführliche Symptomanamnese
- › ausführliche Entwicklungs- und Familienanamnese von Patient*in und Bezugspersonen incl. familiärer Belastungsfaktoren
- › Kinder: nonverbale Methoden wie z.B. Zeichnen, oder projektiven Verfahren (z.B. Satzergänzungstest)
- › Altersspezifische Depressionsfragebögen
- › Leistungsdiagnostik
- › Multiaxiales Klassifikationsschema

Diagnostik bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter: Fragebögen

- › CBCL (child behavior checklist) – 1,5-5 J. und 6-18 J.
- › DIKJ (Depressionsinventar KJ) – 8-16 J.
- › DTK (Depressionstest für Kinder) – 9-14 J.



- › Praxismaterialien (Fragebögen, Beurteilungsskalen) zum Herunterladen:
<https://www.pukzh.ch/zuweiser-fachpersonen/kinder-und-jugendliche/praxismaterialien/>

Diagnostik

bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter: MAS

Multiaxiales Klassifikationsschema (nach 17)

Achse	Inhalt
I	Klinisch-psychiatrisches Syndrom
II	Umschriebene Entwicklungsstörungen (Lese-/Rechtschreibstörungen, Dyskalkulie, motorische und sprachliche Entwicklungsdefizite etc.)
III	Intelligenzniveau (Ausschluss schulischer/beruflicher Überforderung)
IV	Körperliche Symptomatik (Ausschluss somatogener Depression)
V	Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (abnorme intrafamiliäre Beziehungen, psychische Störungen/abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie, inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation, abnorme Erziehungsbedingungen, abnorme unmittelbare Umgebung, akut belastende Lebensereignisse, gesellschaftliche Belastungsfaktoren, chronische zwischenmenschliche Belastung bezogen auf Schule oder Arbeit)
VI	Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (9 Stufen: „herausragende soziale Funktionen“ bis „tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung, die beständiger Betreuung bedarf“)

Diagnostik

bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter: somatisch

- › Somatisch:
 - körperlich-neurologische Untersuchung, Labordiagnostik und eine medizinische Anamnese
 - regelmässig eingenommene Medikamente?
- › - Substanzmissbrauch?
 - Ausschluss organischer Ursachen (hirnorganische Syndrome, postinfektiöse Depression, endokrinologische Störungen, z.B. Schilddrüse)
 - Einfluss komorbider somatischer (z.B. chronischer) Erkrankungen

Differentialdiagnosen bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter

- › Bipolare Störungen (F31)
- › Schizoaffektive Erkrankungen (F25.1)
- › Anpassungsstörungen (F43): eindeutige zeitliche Verknüpfung mit einem belastenden Ereignis muss vorliegen
- › Angststörungen
- › Emotionale Störungen des Kindesalters

Behandlungsoptionen bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Häufig **multimodale Therapie** erforderlich mit

- › psychotherapeutischen
- › sozialen
- › bei Bedarf pharmakotherapeutischen Interventionen

Behandlungsoptionen bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Generelle Kernziele der Depressionstherapie:

- › Abbau belastender Faktoren
- › Aufbau positiver Aktivitäten
- › Strukturierung des Alltags
- › Förderung und Bewusstmachung vorhandener Ressourcen
- › Training sozialer Kompetenzen
- › Erlernen von Problemlösungsstrategien
- › Modifikation negativer Perzeptions- und Interpretationsmuster
- › Steigerung von Selbstsicherheit und Selbstwert

Behandlungsoptionen

Wichtige psychologische Depressionsmodelle

- › **Kognitive Theorie nach Beck:** das Denken Depressiver ist durch eine negative Fixierung auf sich selbst, die Umwelt und die Zukunft gekennzeichnet.
- › **Theorie der erlernten Hilflosigkeit nach Seligmann:** Depressive aufgrund von Lernerfahrungen der Überzeugung, Geschehnissen unbeeinflussbar und hilflos ausgesetzt zu sein, verbunden mit Gefühlen der Ohnmacht und Selbstabwertung.
- › **Verstärker-Verlust-Hypothese nach Lewinsohn:** Mangel an positiver Verstärkung führt zur Reduktion positiver Handlungen mit zunehmendem Motivationsverlust

Indikationen für stationäre Behandlung bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter

- › schwere depressive oder psychotische Symptomatik
- › Akute Suizidalität
- › komplexe Komorbidität
- › Patient*innen, die keinen Schulbesuch mehr bewältigen können
- › Patient*innen, die in besonders ausgeprägt das Kindeswohl gefährdenden familiären Umständen leben
- › Non-responding in der ambulanten Therapie

Medikamentöse Optionen bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter

TABELLE 4

Wirkweise und Rezeptorprofil der modernen Antidepressiva mit erwünschten und unerwünschten Wirkungen (modifiziert nach 25)

	SSRI					SSNRI	SNRI	NaSSA	DSA	Wirkungen	
	CIT	FLX	FLV	PX	SER	VEN	REB	MIR	NEF	erwünscht	unerwünscht
NRI		+(+)	+	++	+(+)	+(+)	+++		+(+)	antidepressiv	Tachykardie, RR-Anstieg, Kopfschmerz, Schlafstörung, Tremor, Unruhe, Schwitzen, Erektions-, Ejakulationsstörung
SRI	+++	+++	+++	+++	+++	+++			+(+)	antidepressiv, anxiolytisch, gegen Zwang	GIT-Probleme, Kopfschmerz, Schlafstörung, Unruhe, Schwitzen, sexuelle Funktionsstörungen
H ₁	+							+++	(+)	–	Sedierung, Gewichtszunahme
M ₁		+		+(+)				+		–	Obstipation, Harnverhalt, Akkomodationsprobleme, Tachykardie, kognitive Probleme
α ₁								+	+(+)	–	Orthostasesstörung, Sedierung
α ₂								+++		antidepressiv?	sexuelle Störung, Priapismus
5-HT ₂		+						+++	+++	antidepressiv, anxiolytisch, analgetisch?	Hypotonie, Sedierung, Gewichtszunahme, Ejakulationsstörungen

NRI, Noradrenalin-Reuptake-Inhibition; SRI, Serotonin-Reuptake-Inhibition; H, Histamin-Rezeptor-Blockade; M, Blockade muskarinergere Rezeptoren; α, Blockade adrenerger Rezeptoren; 5-HT₂, Serotonin-Rezeptor-Blockade; SSRI, selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitoren; SSNRI, selektive Noradrenalin- und Serotonin-Reuptake-Inhibitoren; SNRI, selektive Noradrenalin-Reuptake-Inhibitoren; NaSSA, noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva; DSA, dual serotonerge Antidepressiva; CIT, Citalopram; FLX, Fluoxetin; FLV, Fluvoxamin; PX, Paroxetin; SER, Sertralin; VEN, Venlafaxin; REB, Reboxetin; MIR, Mirtazapin; NEF, Nefazodon; RR, Blutdruck; GIT, gastrointestinal

Medikamentöse Optionen bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter

- › Im Kindes- und Jugendalter **nur SSRI** sinnvoll
- › Fluoxetin stellt derzeit die einzige evidenzbasierte pharmakotherapeutische Option für Minderjährige ab dem 8. Lebensjahr dar.
- › Sertralin scheint eine ähnliche Wirksamkeit bei Jugendlichen zu haben, wobei Sertralin nur eine Zulassung zur Behandlungen von Zwängen ab dem 6. LJ hat (Fluvoxamin ab dem 8. LJ).
- › Trizyklische Antidepressiva sollen in der Behandlung depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter **nicht** eingesetzt werden, da sie der Behandlung mit Placebo nicht überlegen waren und aufgrund ihres Nebenwirkungsprofils v. a. kardial letaler Folgen.
- › Die medikamentöse Therapie sollte auf jeden Fall in eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung eingebettet werden.

Informationsmöglichkeiten bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter

- › Deutsche Depressionshilfe:
<https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/depression-im-kindes-und-jugendalter>
- › Berner Bündnis gegen Depression:
<https://www.berner-buendnis-depression.ch/>
- › Solothurner Bündnis gegen Depression:
<https://solothurner-buendnis.so.ch/depression-erkennen/depression-bei-kindern-jugendlichen/>
- › Bündnis gegen Depression Basel-Land:
<https://www.buendnis-gegen-depression-bl.ch/>
- › Bündnis gegen Depression – Ostschweizer Forum Psychische Gesundheit:
<https://ofpg.ch/projekte/buendnis-gegen-depression>
- › <https://www.kinderschutz.ch/>