



dgkjp

Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.

Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter: Inzwischen liegen wirksame Therapien vor

Experten diskutieren neueste Ergebnisse bei einer Tagung in Berlin

Lange Zeit war die Existenz depressiver Störungen im Kindesalter umstritten. Heute ist man sicher, dass diese bereits bei Kindern vorkommen und nicht selten bis in das Erwachsenenalter andauern, so dass sie die Entwicklung des Kindes entscheidend bestimmen können. Vor diesem Hintergrund findet erstmals an diesem **Freitag und Samstag, den 9. und 10. Oktober 2009**, in Berlin eine Statustagung mit international ausgewiesenen Experten aus England, den USA, aus Italien, Israel, der Schweiz, Kanada und Deutschland statt, um den aktuellen Kenntnisstand im Hinblick auf depressive Störungen und Suizidalität im Kindes- und Jugendalter zu diskutieren. Im Mittelpunkt stehen dabei auch neue Therapieansätze. Denn inzwischen liegen fundierte, wissenschaftlich geprüfte Behandlungsmethoden vor, die eine wirksame Therapie ermöglichen. Veranstaltet wird die Tagung vom Wissenschaftlichen Verein für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Zusammenarbeit mit der Deutschen Nationalakademie der Wissenschaften LEOPOLDINA und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP).

Depressive Störungen gehen darüber hinaus gehäuft mit suizidalem Verhalten einher. Deshalb kommt diese Problematik im Rahmen der Statustagung genau so eingehend zur Sprache wie die so genannten Amokläufe junger Menschen, die in aller Regel ebenfalls mit der Selbsttötung der Täter enden, nachdem diese andere Menschen oftmals zuvor getötet haben. All diese Störungsbilder gehören, zumindest in ihren leichteren Formen zu den „leisen psychiatrischen Erkrankungen“, die oft übersehen werden und deren Bedeutung und gravierende Folgen der breiten Öffentlichkeit zu wenig bekannt sind.

Die Häufigkeit der Diagnose Depression liegt im Kindesalter bei etwa zwei Prozent und steigt im Jugendalter auf Raten bis zu neun v.H. an. Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer depressiven Störung zu erkranken liegt bei rund 16 Prozent. Aus Veröffentlichungen der WHO geht hervor, dass keine andere Erkrankung die Lebenszeit und die Lebensqualität bei 15- bis 44-jährigen Menschen so einschränkt wie eine depressive Störung. Dies liegt daran, dass depressive Störungen nicht nur aufgrund ihrer *Symptomatik* (traurige Grundstimmung, Denkhemmung, Hemmung der Handlungsfunktionen, Schlafstörungen, Suizidneigung) den *Alltag*, die *Entwicklung* und die *Lebensqualität* junger Menschen einschränken, sondern auch daran, dass sie ein hohes Wiederholungsrisiko aufweisen und dass diese gemeinsam mit einer Vielzahl anderer psychischer Störungen, etwa Essstörungen, Angststörungen, Hyperaktivität, Störungen

Präsident

Prof. Dr. med. Johannes Hebebrand
Direktor der Klinik
für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie
Rheinische Kliniken Essen an der
Universität Duisburg-Essen
Virchowstraße 174
45147 Essen
☎ 0201/722 74 66, ☎ 0201/722 73 02
E-mail: johannes.hebebrand@uni-duisburg-essen.de

Stellvertretender Präsident u. Kongresssekretär

Prof. Dr. med. Michael Schulte-Markwort
Direktor der Klinik und Poliklinik
für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Stellvertretender Präsident u. Schatzmeister

Prof. Dr. med. Frank Häßler
Klinik für Psychiatrie, Neurologie,
Psychosomatik und Psychotherapie im
Kindes- und Jugendalter der
Universität Rostock

Schriftführer

Prof. Dr. med. Alexander von Gontard
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugend-
psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum des Saarlandes
Homburg/Saar

Beisitzer

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder-
und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie,
Klinikum der Universität München

Ehrenpräsidenten

Prof. em. Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt,
Marburg

Prof. em. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin H. Schmidt,
Mannheim

Kooptierte Mitglieder

Prof. Dr. Katja Becker
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie, Marburg

Prof. Dr. med. Renate Schepker

Vorsitzende der BAG
Chefärztin der Abteilung für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Zentrum für Psychiatrie Die Weissenau (ZfP)
Ravensburg-Weissenau

Dr. med. Maik Herberhold

Vorsitzender der BKJPP, Bochum

Geschäftsführer

Dr. phil. Thomas Nesseler

Geschäftsstelle

Nicole Schardien
Reinhardtstraße 14
10117 Berlin
☎ 030/240 477 220, ☎ 030/240 477 229
E-mail: geschaeftsstelle@dgkjp.de
Internet: <http://www.dgkjp.de>

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
BLZ 300 606 01
Kto-Nr.: 0006788564
IBAN Nr.: DE67 3006 0601 0006 7885 64
BIC (Swift Code): DAAEDED

VR 27791 B Amtsgericht Berlin

des Sozialverhaltens, Schizophrenie und verschiedenen körperlichen Erkrankungen, auftreten.

Das Risiko für die Wiederkehr einer depressiven Episode liegt nach einem Jahr bei rund 25, nach zwei Jahren bei rund 40, nach fünf Jahren bei rund 72 Prozent. Dies bedeutet, dass depressive Episoden auch im Kindesalter nicht als vorübergehende Befindlichkeitsstörungen abgetan werden können, sondern ernste Erkrankungen mit Chronifizierungstendenz darstellen. Depressive Episoden im Kindes- und Jugendalter weisen auch eine deutliche Tendenz auf im Erwachsenenalter zu persistieren (bis zu 80 Prozent).

Die **Diagnose** einer depressiven Störung ist umso schwieriger, je jünger ein Patient ist. Es existieren alterstypische Symptome, die jedoch über die verschiedenen Altersstufen starke Überlappungen aufweisen. So zeigen sich depressive Störungen im frühen Kindes- und Vorschulalter durch häufiges Weinen, erhöhte Irritierbarkeit, gestörtes Essverhalten, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Spielunlust und Angstzustände, im Schulalter (7-12 Jahre) durch eine traurige Grundstimmung, die bereits verbal beschrieben werden kann, durch Angstzustände, Appetitlosigkeit, Suizidgedanken und Einschlaf- bzw. Durchschlafstörungen und im Jugendalter (14-18 Jahre) wird allmählich das Vollbild einer depressiven Störung des Erwachsenenalters erreicht, mit Symptomen im *emotionalen Bereich* (traurige Grundstimmung, Antriebshemmung, Schuldgefühle, Interessensverlust, Erschöpfung, Gefühle der Gefühllosigkeit, Tagesschwankungen, Suizidalität), im *kognitiven Bereich* (Denkhemmung, Grübeln Konzentrationsstörungen, gesteigerte Selbstkritik, Insuffizienzgefühle, Todesgedanken, Versündigungs- und Verarmungsideen) und *körperliche Symptome* (ausgeprägte Schlafstörungen, Appetit- und Gewichtsverlust, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Libidoverlust, hypochondrische Beschwerden, vegetative Beschwerden).

Die **Ursachen** von depressiven Störungen liegen in einer Vielzahl von Faktoren unter denen eine genetische Prädisposition, bestimmte Persönlichkeitsfaktoren wie Introversion und Angstneigung oder traumatische Erlebnisse, aktuelle psychosoziale Belastungen und – wenngleich seltener - auch physikalische Einwirkungen, z. B. Lichtentzug, eine wichtige Rolle spielen. In Zusammenwirkung dieser Faktoren kommt es zu einer Auslenkung der Neurotransmittersysteme im Gehirn, die letztlich zur depressiven Symptomatik führen, die sich in den emotionalen kognitiven und somatischen Symptomen manifestiert.

Es existieren verschiedene **Formen** der Depression, die nach Art, Intensität, Zeitdauer und Ausmaß der Beeinträchtigung voneinander unterschieden werden. Dies führt zu der Unterscheidung einer *leichten*, von einer *mittelgradigen* und einer *schweren* depressiven Episode. Während bei einer leichten depressiven Episode die Betroffenen zwar allgemein beeinträchtigt sind, aber noch in der Lage sind die meisten alterstypischen Aktivitäten auszuführen, ist dies bei der *schweren* depressiven Episode aufgrund quälender Symptome, die mit dem Verlust des Selbstwertgefühls, Schuldgefühlen und Suizidgedanken bzw. -handlungen einhergehen nicht mehr möglich. Darüber hinaus existiert auch eine depressive Episode mit *psychotischen Symptomen*, bei der es zu Halluzinationen, Wahnideen, Nahrungsverweigerung, ausgeprägter

psychomotorischer Hemmung kommen kann und die oft mit einer hohen Suizidgefahr einhergeht.

Nicht zu vergessen sind zudem die *bipolaren affektiven Störungen*, bei denen depressive sowie manische oder hypomanische Phasen miteinander alternieren. Diese *Differenzierung* depressiver Störungen verdeutlicht, dass ihre *Diagnostik* und gegenseitige Abgrenzung (Differentialdiagnostik) schwierig ist und nur von geschulten Fachleuten (z. B. Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, entsprechend spezialisierten klinischen Psychologen) sachgerecht und zutreffend durchgeführt werden kann. Erschwerend ist hierbei die bereits erwähnte Komorbidität mit anderen Störungen.

Die **Therapie** depressiver Störungen stützt sich auf 3 Komponenten:

Information über die Störung und psychoedukativer Ansatz

Jeder Patient und seine Familie müssen über die Art der Störung, ihre Symptomatik und die Behandlung genauestens informiert werden. Auch jüngere Patienten sollen in altergemäßer Weise über ihre Störung unterrichtet werden, nicht zuletzt deshalb, damit sie frühe Symptome im Falle eines Rezidivs selbst erkennen können. Dabei ist auf eine *altersentsprechende* Vermittlung der Information zu achten. Stets ist durch Rückfragen zu prüfen, ob der Patient das Wesentliche verstanden hat. Gleiches gilt für die Eltern und Erziehungspersonen, die den jungen Patienten betreuen.

Medikamentöse Behandlung

Am häufigsten werden diesbezüglich, besonders im Jugendalter, *Serotonin-Wiederaufnahmehemmer* eingesetzt, von denen die meisten allerdings für das Kindes- und Jugendalter nicht zugelassen sind. Bei einigen dieser Präparate wurde über eine Häufung von Suizidgedanken bei ihrer Anwendung berichtet, so dass zur Vorsicht gewarnt wurde. Bei bipolaren Störungen haben sich eine Reihe von anderen Präparaten, u.a. Lithiumpräparate, Carbamazepin, bewährt.

Psychotherapeutische Maßnahmen

Diesbezüglich ist zunächst auch bei einer tragfähigen Beziehung zum Patienten, der Abbau belastender Kognitionen (Gedanken und Vorstellungen) sowie der Aufbau und die Förderung positiver Lebensbezüge und sozialer Kontakte anzustreben. Als spezielles Verfahren haben sich die *kognitive Verhaltenstherapie* und die *interpersonelle Psychotherapie* bewährt. Während erstere bereits im Kindesalter angewandt werden kann, ist letztere erst ab dem Jugendalter sinnvoll einzusetzen. Die bereits nachgewiesenen Erfolge der *kognitiven Verhaltenstherapie* werden auf folgende Wirkkomponenten zurückgeführt:

- Vermittlung einer plausiblen Erklärung über die Art der Erkrankung
- Planung und Strukturierung des Tagesablaufes gemeinsam mit dem Patienten
- Veränderung der kognitiven Erwartungshaltung des Patienten
- Positive Erfahrungen des Patienten mit den vorgeschlagenen Maßnahmen. Die *interpersonelle Psychotherapie* stellte den Beziehungsaspekt in den Vordergrund. Sie geht davon aus, dass sich

Depressionen sowohl im interpersonellen Beziehungsmuster als auch in den psychosozialen interpersonellen Erfahrungen des Patienten zeigen und das Krankheitsgeschehen mitbestimmen. Dabei werden zum einen biographische Ereignisse (z. B. Verlusterlebnisse, Trauerreaktionen) und zum anderen die interpersonellen Beziehungen (z. B. Eltern-Kind-Beziehung, Beziehung zu anderen Jugendlichen) thematisiert und einer Modifikation unterworfen. Beide Behandlungsverfahren sind evaluiert und haben sich als erfolgreich erwiesen.

Fazit

Depressive Störungen treten bereits im *Kindesalter* auf (etwa 2 v.H.) und nehmen an Häufigkeit in Richtung auf das Erwachsenenalter zu. In der Adoleszenz beträgt ihre Häufigkeit bis zu 9 Prozent. Sie werden häufig nicht rechtzeitig erkannt, weil ihre Symptomatik im Gegensatz zu expansiven Störungen (z.B. hyperkinetisches Syndrom, Störungen des Sozialverhaltens) nach außen nicht ohne weiteres sichtbar wird und werden daher im Gegensatz zu Störungen mit „lauter Symptomatik“ auch seltener diagnostiziert. Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter haben eine hohe *Wiederholungsrate* und eine deutliche Tendenz im Erwachsenenalter zu persistieren. Sie treten häufig mit anderen Erkrankungen auf (so genannte Komorbidität). Es existieren aber effektive Behandlungsmaßnahmen in Gestalt psychotherapeutischer und medikamentöser Interventionen.

Einzelheiten zum Tagungsprogramm finden Sie auch auf der Webseite www.kinderdepression.de.

Kontakt:

Prof. Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
Schützenstr. 49
35033 Marburg
Tel. 06421-58 65602
Email: remschm@med.uni-marburg.de