

Geschichte des kindlichen Depressionsbegriff

- Depression bei Kindern nicht möglich, da Depression „Über-Ich-Phänomen“ (Rochlin, 1959; Rie, 1966)
- Depression bei Kindern existent, „depressive“ Hauptmerkmale nicht vorhanden, aber „depressive Äquivalente (lavierte Depression“ (Toolan, 1962)
- Depression bei Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen klinisch ähnlich (Kovacs/Beck, 1977)
 - depressive Störungen bei Verwandten depressiver Kinder
 - Vulnerabilität für Depression bei Kinder depressiver Eltern
 - Biochemische Vorgänge bei Kindern und Erwachsenen ähnlich (Dexamethasonsupression, Antidepressiva-Wirkung)
- Forschungsschwerpunkte:
 - Entwicklungspsychopathologie, Verlaufsformen, biologische Marker...

Häufigkeit und Geschlechtscharakteristika bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter

☐ Häufigkeit:

- Vorschulkinder < 1 % (Kashani, 1987)
- Grundschulkinder 1- 5 %
- Jugendliche bis zu 18 % (Essau, 2000)
- Tendenz: Zunahme von Depression nach WKII („Geburtskohorteneffekte“ 10-Jahres-Kohortenrisiko steigt um 1,7), früherer Beginn
- Ursachen der Zunahme: Genetische Faktoren, Pubertät früher, psychosoziale Faktoren (Leistungsdruck, broken home...)

☐ Geschlechtsaspekte:

- Keine Unterschiede bei Kindern, bei Jugendlichen männlich : weiblich = 1 : 2 – 3
- Umschlag in Pubertät, Symptomatik schwerer bei weiblichen Pt.
- Hypothesen für Überwiegen von weibl. Geschlecht ab Pubertät:
 - Biologisch-genetische Differenz
 - Probl. Der Geschlechtsrollenorientierung, dysfunktionales Coping (Grübeln), mehr Herausforderung

„Depressive Episode“ (ICD-10) oder „Major Depression“ (DSM-IV)

Über zwei Wochen eines der beiden Kernsymptome

- Depressive Verstimmung, bei Kindern und Jugendlichen, „reizbare Verstimmung“
 - Dtl. Vermindertes Interesse oder Freude an fast allen Aktivitäten
 - Verminderter Antrieb
- Dazu 4 zusätzliche Symptome:
- Dtl. Gewichtsverlust/-zunahme oder Appetitab-/zunahme
 - Dtl. Mehr oder weniger Schlaf
 - Müdigkeit oder Energieverlust
 - Gefühl von Wertlosigkeit/Schuldgefühle
 - Verm. Denk- und Konzentrationsfähigkeit
 - Suizidgedanken
- Leicht (2 der 3 Hauptsymptome in leichter Ausprägung)/mittel (2 der 3 Hauptsymptome in schwerer Ausprägung)/schwer (nur episodisch, bei massiver Verzweiflung und Agitation)
 - Mit/ohne psychotische Symptome
 - Mit/ohne somatischem Syndrom
 - Mit/ohne Zwängen (Zwangsgedanken, Zwangshandlungen)
 - Rezidivierend/nicht rezidivierend

„Dysthyme Störung“ (ICD-10/DSM-IV)

- Reizbare Stimmung über zwei Jahre (Erwachsene) bzw. ein Jahr (Kinder) min. 50 % der Tage
 - Zwei der folgenden Symptome müssen vorliegen
 - Appetitab-/zunahme
 - Dtl. Mehr oder weniger Schlaf
 - Müdigkeit oder Energieverlust
 - Geringes Selbstwertgefühl
 - Konzentrationsstörung
 - Gefühl der Hoffnungslosigkeit
- SONDERFORMEN:
- Saisonale depressive Störung
 - Prämenstruelles Syndrom
 - Angst und Depression gemischt
 - Störung des Sozialverhaltens mit Depression (nur Kinder)

Bipolare Störung (I/II)

- Manische Komponente:
 - Gesteigerte Aktivität, Logorrhoe, Ablenkbarkeit, Konzentrationsschwierigkeit, vermindertes Schlafbedürfnis, gesteigerte Libido, leichtsinniges, verantwortungsloses Verhalten, gesteigerte Geselligkeit, Ideenflucht, überhöhte Selbsteinschätzung, evtl. psychot. Symptome (Wahn, Halluzinationen – vorrangig akustisch, optisch bei additiver hirnorganischer Komponente)

Differentialdiagnose zur ADHD

- Regelmäßig-zyklischer Verlauf
- Familienanamnese
- Bei BPD keine Manie ohne Depression und vice versa

Komorbidity depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter

- Weniger als die Hälfte ausschließlich depressiv (Essau, 2000, Kashani, 1987)
- Depression Risikofaktor für andere Störungen
- Angststörungen (bis 75 %, Kovacs, 1984/86/88), Somatoforme Störung
- 45 % oppositionelle Störung, 33 % des Sozialverhaltens
Altersabhängigkeit von Komorbidity

Kinder: Depression mit oppositioneller Störung oder
Trennungsangst

Jugendliche: Sozialverhaltensstörung, Essstörung, Alkohol,
Drogen

- Angststörung (v.a. soziale und spezifische Phobie) i.d.R.
Depression vorausgehend
- Homotypische Komorbidity: 75 % aller dysthymen Kinder
entwickeln Depression („double depression“)

Alterstypische Symptome von Depressionen im Kindes- und Jugendalter (mod. nach Knölker et al., 2000)

Kleinkindalter (1-3 Jahre):

- mehr Weinen
- mehr Irritabilität, Spielunlust
- Gestörtes Essverhalten
- Ausdrucksarmut

Vorschulalter (4-6 Jahre):

- Traurig
- Psychomotorische Hemmung
- Angst, Phobien
- Appetitlosigkeit, Schlafstörungen
- Introvertiertes/aggressiv gereiztes Verhalten

Schulkinder (7 – 12 Jahre):

- Verbalisierung von Traurigkeit
- Psychomotorische Hemmung
- Zukunftsangst, wenig Appetit
- Schlafprobleme, suizidale Gedanken

Jugendalter (13 – 18 Jahre):

- Selbstzweifel, wenig Selbstvertrauen
- Lustlosigkeit, Apathie, Gewicht, Konzentrationsmangel
- Psychomotorische Beschwerden
- Suizidalität, Labilität
- Schlafprobleme

Aus aggressiven Kindern werden auch depressive Kinder (Schema nach Essau & Petermann, 2002)

Aggressives-Dissoziales Verhalten

Konflikte mit Gleichaltrigen

Schulprobleme

Soziale Ablehnung

Schulische Probleme

Soziale Isolation

Schulischer Misserfolg

Soziale Defizite

Schulische Defizite

Depressive Verstimmung

In der Hälfte der Fälle Sozialstörung der Depression vorangehend
Siehe ICD-10: Kombinierte Störung des Sozialverhaltens mit
Depression (F92.8).

Bei Depression und Sozialstörung vermehrt Suizidversuche und
Substanzmissbrauch

(Selbstmedikation) als bei reiner Sozialstörung, häufigere Rück-
fälle, wenig Ansprechen auf Therapie, Übergänge in Persönlich-
keitsstörungen (z.B. Borderline-PS) zu erwarten.

Rückfallraten und –prädiktoren depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter

Rückfallraten relativ hoch:

- Bei 25 % Kindern nach einem Jahr, bei 40 % innerhalb von zwei Jahren, 72 % nach 5 Jahren (Kovacs, 1984 o. Asarnow, 1988)

Was sagt Rückfall voraus?:

- Suizidversuche in der Vorgeschichte, schwere klinische Symptomatik, hohes Alter bei Störungsbeginn, Komorbidität, Dysthymie
- Elterliche Depression, sozioökonomische Probleme

Diagnostik

- Aussenanamnese
- Anamnese
- Klinische Beobachtung
- Entwicklungsdiagnostik
- Comorbiditätsdiagnostik
- Testdiagnostik
- Organische Diagnostik
 - EEG
 - CT
 - Schilddrüsendiagnostik
 - Labordiagnostik
 - Evtl. Dexamethasontest

Therapie

- Ambulant
- Teilstationär
- Stationär

Nicht – pharmakologische Therapie

- Verhaltenstherapie
- Familientherapie
- Analytisch orientierte
Psychotherapie

Pharmakolog. Therapie

(1)

- Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (Achtung: Suizidalität!)
- Tricyclische Antidepressiva (Achtung anticholinerge Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Harnverhalten, Glaukom, Müdigkeit, AV-Block)
- Monoaminoxxygenasehemmer (Heben Dopaminspiegel, Achtung: Nebenwirkungen (Cheese-Effekt), Interaktionen)
- Neuroleptika (bei psychot. Begleitsymptomatik, Risperidon und Aripirazol haben deutl. Antidepressive Komponente (5HT_{1/2} Rezeptor), Achtung: Nebenwirkungen wie Senkung der Krampfschwelle, EPMS, Gewichtszunahme, metabol. NW wie Diabetes)

Pharmakolog. Therapie (2)

- Antiepileptika (CBZ, Valproat), v.a. bei bipolarer Symptomatik
- Lithium (bei BPD II)
- Tranquilizer nur kurzzeitig!
(Abhängigkeitsrisiko!)