

Gerd Schulte-Körne/Ellen Greimel (Hrsg.)

Depression im Kindes- und Jugendalter

Rechtzeitig erkennen,
wirksam behandeln und vorbeugen

Kohlhammer

Kohlhammer

Die Herausgebenden



Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne ist Direktor der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des LMU Klinikums Münchens. Er hat den Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an der LMU inne und forscht seit vielen Jahren zur Depression im Kindes- und Jugendalter. Er koordiniert die S3-Leitlinie zur Behandlung depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter.



PD Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Ellen Greimel ist Psychologin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in der Fachrichtung Verhaltenstherapie. Sie leitet seit vielen Jahren die Arbeitsgruppe zur Depression im Kindes- und Jugendalter an der Klinik und Poliklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des LMU Klinikums München. Schwerpunkt ihrer Forschung sind insbesondere die Affektverarbeitung und ätiologische Mechanismen bei Kindern und Jugendlichen mit Depression.

Gerd Schulte-Körne
Ellen Greimel (Hrsg.)

Depression im Kindes- und Jugendalter

Rechtzeitig erkennen, wirksam
behandeln und vorbeugen

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten, d. h. u. a. Angaben von Medikamenten, ihren Dosierungen und Applikationen, verändern sich fortlaufend durch klinische Erfahrung, pharmakologische Forschung und Änderung von Produktionsverfahren. Verlag und Autoren haben große Sorgfalt darauf gelegt, dass alle in diesem Buch gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Da jedoch die Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss ist, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, können Verlag und Autoren hierfür jedoch keine Gewähr und Haftung übernehmen. Jeder Benutzer ist daher dringend angehalten, die gemachten Angaben, insbesondere in Hinsicht auf Arzneimittelnamen, enthaltene Wirkstoffe, spezifische Anwendungsbereiche und Dosierungen anhand des Medikamentenbeipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen und in eigener Verantwortung im Bereich der Patientenversorgung zu handeln. Aufgrund der Auswahl häufig angewandeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2023

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-038736-2

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-038737-9

epub: ISBN 978-3-17-038738-6

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Adams, Lena Katharina, Dr. rer. biol. hum.
Dipl.-Psych.
Psychosomatische Privatklinik Bad Grönen-
bach
Am Schloßberg 6, 87730 Bad Grönenbach
mail@dr-lena-adams.de

Feldmann, Lisa, Dr. rer. biol. hum., M.Sc.
LMU Klinikum
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Ju-
gendpsychiatrie, Psychosomatik und Psycho-
therapie
Forschungsabteilung
Nußbaumstr. 5, 80336 München
lisa.feldmann@med.uni-muenchen.de

Frey, Michael, Prof. Dr. med. Dipl.-Soz.Päd.
(FH)
Technische Hochschule Deggendorf
Dieter-Görlitz-Platz 1, 94469 Deggendorf
michael.frey@th-deg.de

Greimel, Ellen, PD Dr. rer. medic.,
LMU Klinikum
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Ju-
gendpsychiatrie, Psychosomatik und Psycho-
therapie
Forschungsabteilung
Nußbaumstr. 5, 80336 München
ellen.greimel@med.uni-muenchen.de

Kloek, Maria, M.Sc.
LMU Klinikum
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Ju-
gendpsychiatrie, Psychosomatik und Psycho-
therapie

Forschungsabteilung
Nußbaumstr. 5, 80336 München
maria.kloek@med.uni-muenchen.de

Kölch, Michael, Prof. Dr. med.
Universitätsmedizin Rostock
Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychoso-
matik und Psychotherapie im Kindes- und
Jugendalter
Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock
michael.koelch@med.uni-rostock.de

Kroboth, Jana
LMU Klinikum
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Ju-
gendpsychiatrie, Psychosomatik und Psycho-
therapie
Nußbaumstr. 5a, 80336 München
jana.kroboth@med.uni-muenchen.de

Künstler, Constanze, M.A.
LMU Klinikum
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Ju-
gendpsychiatrie, Psychosomatik und Psycho-
therapie
Nußbaumstr. 5a, 80336 München
constanze.kuenstler@med.uni-muenchen.de

Löchner, Johanna, Prof. Dr. rer. biol. hum.
Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Universitätsklinikum der Eberhard Karls
Universität Tübingen
Osianderstr. 14, 72076 Tübingen
johanna.loechner@med.uni-tuebingen.de

von Lucadou, Anne, Dipl.-Psych.
Praxis für Psychotherapie
Erbprinzenstr. 22, 79098 Freiburg
Das Buchkapitel ist entstanden während ihrer
Tätigkeit am Universitätsklinikum Freiburg,
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik im Kindes- und Jugend-
alter.
info@psychotherapie-lucadou.de

Nagel, Miriam-Janine, Dr. phil.
LMU Klinikum
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Ju-
gendpsychiatrie, Psychosomatik und Psycho-
therapie
Nußbaumstr. 5a, 80336 München
miriamjanine.nagel@med.uni-muenchen.de

Platt, Belinda, Dr. DPhil.
LMU Klinikum
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Ju-
gendpsychiatrie, Psychosomatik und Psycho-
therapie
Forschungsabteilung
Nußbaumstr. 5, 80336 München
belinda.platt@med.uni-muenchen.de

Piechaczek, Charlotte Elisabeth, Dr. rer. biol.
hum., M.Sc.
eyelevel GmbH, München
Die Buchkapitel sind entstanden während
ihrer Tätigkeit am LMU Klinikum, Klinik
und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsych-
iatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.
c_p2@gmx.net

Primbs, Regine, M.Sc.
LMU Klinikum
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Ju-
gendpsychiatrie, Psychosomatik und Psycho-
therapie
Forschungsabteilung
Nußbaumstr. 5, 80336 München
regine.primbs@med.uni-muenchen.de

Salamander, Catharina
MAP/ACP
Theatinerstr. 44, 80333 München
catharinasalamander@gmail.com

Scherff, Aline D., PhD, M.A. (SocSci)
LMU Klinikum
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Ju-
gendpsychiatrie, Psychosomatik und Psycho-
therapie
Forschungsabteilung
Nußbaumstr. 5, 80336 München
aline.scherff@med.uni-muenchen.de

Schulte-Körne, Gerd, Prof. Dr. med.
LMU Klinikum
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Ju-
gendpsychiatrie, Psychosomatik und Psycho-
therapie
Nußbaumstr. 5a, 80336 München
gerd.schulte-koerne@med.uni-muenchen.de

Wermuth, Inga, Dr. med.
LMU Klinikum
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Ju-
gendpsychiatrie, Psychosomatik und Psycho-
therapie
Nußbaumstr. 5a, 80336 München
inga.wermuth@med.uni-muenchen.de

Zsigo, Carolin, M.Sc.
LMU Klinikum
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Ju-
gendpsychiatrie, Psychosomatik und Psycho-
therapie
Forschungsabteilung
Nußbaumstr. 5, 80336 München
carolin.zsigo@med.uni-muenchen.de

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	5
Vorwort	13
1 Symptomatik	15
<i>Lisa Feldmann und Jana Kroboth</i>	
1.1 Alters- und entwicklungsabhängige sowie geschlechtsspezifische Symptomatik.....	15
1.1.1 Vorschulalter und Kindheit.....	18
1.1.2 Pubertät und Adoleszenz.....	19
1.2 Affektstörung.....	21
1.3 Antriebsstörung.....	21
1.4 Kognitive Störungen.....	22
1.5 Körperliche Symptome.....	23
1.6 Schlafstörungen.....	24
1.7 Suizidalität.....	25
1.8 Symptomatik in verschiedenen Settings (Schule, Familie, Peer-Group)...	26
1.8.1 Schule.....	26
1.8.2 Familie.....	27
1.8.3 Peer-Group.....	28
Literatur.....	30
2 Diagnostik und Klassifikation	34
<i>Inga Wermuth, Miriam Nagel und Gerd Schulte-Körne</i>	
2.1 Klassifikationssysteme.....	34
2.1.1 Mehrdimensionale Diagnostik nach dem multiaxialen Klassifikationsschema.....	34
2.1.2 Diagnosen der Depression nach ICD-10 und DSM-5.....	36
2.1.3 Operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD).....	41
2.2 Diagnostik.....	42
2.2.1 Anamnese.....	43
2.2.2 Verhaltensbeobachtung.....	44
2.2.3 Psychischer Befund.....	44
2.2.4 Testpsychologische Diagnostik.....	45
2.2.5 Körperliche Diagnostik.....	61

2.3	Fazit.....	63
	Literatur	63
3	Differenzialdiagnostik.....	66
	<i>Michael Frey</i>	
3.1	Differenzialdiagnostik.....	66
3.1.1	Allgemeine Überlegungen zur differenzialdiagnostischen Einordnung.....	66
3.1.2	Theorie und Praxis.....	66
3.2	Berücksichtigung und Abgrenzung häufiger psychischer Störungen....	67
3.2.1	Nur eine Depression?.....	67
3.2.2	Depression, Adoleszentenkrise oder doch Persönlichkeitsstörung?	70
3.2.3	Depression, Psychose oder beides?.....	72
3.2.4	Uni- oder bipolare affektive Störung?.....	74
3.3	Organisch bedingte depressive Symptome.....	76
3.4	Depression als Nebenwirkung von Medikamenten.....	76
3.5	Fazit.....	77
	Literatur	77
4	Epidemiologie	79
	<i>Charlotte Piechaczek</i>	
4.1	Häufigkeit depressiver Episoden	79
4.2	Bedeutung von Alter und Geschlecht in Bezug auf die Prävalenz depressiver Episoden.....	86
4.3	Inzidenz und Rezidivraten.....	87
4.4	Inanspruchnahme medizinisch-psychologischer Versorgungsleistungen	88
	Literatur	89
5	Komorbidität	91
	<i>Michael Frey</i>	
5.1	Definition und exemplarische Darstellungen von Komorbidität	91
5.2	Depressionen und andere psychische Erkrankungen.....	92
5.2.1	Angststörungen und Depression	92
5.2.2	ADHS und Depressionen	95
5.2.3	Abhängigkeitserkrankungen und Depression.....	96
5.2.4	Depression und Anorexia nervosa	97
5.2.5	Depression und Zwangsstörungen.....	98
5.3	Depressionen und chronische körperliche Erkrankungen.....	99
5.4	Depressive Symptome als Folge von Medikamentennebenwirkungen...	101
	Literatur	102

6	Ursachen	104
	<i>Ellen Greimel, Charlotte Piechaczek und Aline Scherff</i>	
6.1	Psychosoziale Risikofaktoren	104
6.1.1	Belastende Lebensereignisse.....	104
6.1.2	Soziodemografische Faktoren	105
6.1.3	Belastung und damit einhergehende biologische Prozesse	105
6.1.4	Familienklima und elterliches Verhalten.....	107
6.2	Genetische Erklärungsansätze.....	107
6.3	Gen-Umwelt-Interaktionen	110
6.4	Intergenerationelle Weitergabe von Belastung und Psychopathologie ...	111
6.5	Depression und Pubertät.....	113
6.6	Neurobiologische Korrelate der Depression	114
6.6.1	Veränderungen in der Gehirnaktivität	114
6.6.2	Strukturelle Veränderungen des Gehirns.....	117
6.7	Chronobiologische Aspekte im Kontext der Depression	118
6.8	Kognitive und neurokognitive Theorien der Depression.....	119
6.8.1	Kognitive Theorie der Depression	119
6.8.2	Modell der gelernten Hilflosigkeit.....	121
6.8.3	Hoffnungslosigkeitstheorie der Depression	121
6.8.4	Response Styles Theorie.....	122
6.9	Temperament und Persönlichkeit.....	122
	Literatur	124
7	Verlauf	131
	<i>Lisa Feldmann und Charlotte Piechaczek</i>	
7.1	Entwicklungsrisiken und Resilienz.....	131
7.1.1	Entwicklungsrisiken.....	131
7.1.2	Resilienz	133
7.2	Kurz- und langfristige Folgen der Depression	135
7.3	Verlauf der Depression	137
7.3.1	Dauer depressiver Episoden und Zeit bis zur Remission und Erholung	137
7.3.2	Rezidive.....	138
7.3.3	Bipolare Entwicklung.....	140
7.3.4	Chronischer Verlauf.....	140
7.4	Einflussfaktoren auf den Verlauf depressiver Störungen.....	140
7.4.1	Demografische Faktoren.....	140
7.4.2	Familiäre Faktoren	141
7.4.3	Klinische Faktoren	142
7.4.4	Traumatische und belastende Erlebnisse	145
	Literatur	145
8	Behandlung	150
8.1	Evidenzbasierte und leitlinienorientierte Behandlung.....	150
	<i>Gerd Schulte-Körne</i>	
8.1.1	Entwicklung von Leitlinien.....	150

8.1.2	Evidenzlevel der Leitlinien.....	151
8.1.3	Erstellung der S3-Leitlinie	151
8.1.4	Evidenz der Leitlinie.....	152
8.1.5	Umsetzung der Leitlinieninhalte für Kinder und Jugendliche...	153
	Literatur	153
8.2	Psychotherapeutische Verfahren und Methoden zur Depressionsbehandlung.....	155
8.2.1	Kognitive Verhaltenstherapie	155
	<i>Ellen Greimel</i>	
8.2.2	Psychodynamische Aspekte in der Behandlung von depressiven Kindern und Jugendlichen.....	170
	<i>Catharina Salamander</i>	
8.2.3	Systemische Psychotherapie.....	179
	<i>Michael Frey</i>	
8.2.4	Interpersonelle Psychotherapie	191
	<i>Anne von Lucadou</i>	
8.3	Psychopharmakologische Methoden.....	204
	<i>Michael Kölb</i>	
8.3.1	Besonderheiten zum Einsatz bei Minderjährigen.....	204
8.3.2	Wirkweise und Effektivität.....	205
8.3.3	Aktivierung und SSRI.....	206
8.3.4	Zulassungsstatus	207
8.3.5	Ausblick auf experimentelle Ansätze	210
	Literatur	211
8.4	Kombinationsbehandlungen	213
	<i>Gerd Schulte-Körne</i>	
	Literatur	214
8.5	Behandlung in Krisen und bei Suizidalität.....	215
	<i>Michael Frey</i>	
8.5.1	Psychiatrische Krisenintervention	215
8.5.2	Suizidalität	219
	Literatur	224
8.6	Psychosoziale Behandlung bei der Depression.....	225
	<i>Gerd Schulte-Körne</i>	
8.6.1	Einsatz und Ziele der psychosozialen Behandlung.....	225
8.6.2	Methoden der psychosozialen Behandlung	226
8.6.3	Evaluation der psychosozialen Behandlungsmethoden.....	227
	Literatur	228
8.7	Elternarbeit und familienbezogene Behandlungsmethoden	229
	<i>Michael Frey</i>	
8.7.1	Aufträge	229
8.7.2	Ein gemeinsames Verständnis für die Erkrankung und Unterstützung der Behandlung.....	230
8.7.3	Innerfamiliäre Entstigmatisierung.....	231
8.7.4	Wechselwirkung zwischen Familiendynamik und depressiver Erkrankung.....	232
8.7.5	Exkurs: Umgang mit Medienkonsum	234

8.7.6	Exkurs: Kinder psychisch kranker Eltern	235
8.7.7	Fazit	236
	Literatur	236
8.8	Behandlungsmethoden für Kinder im Vorschulalter mit einer Depression.....	237
	<i>Ellen Greimel</i>	
8.8.1	Einleitung und Beschreibung der PCIT-ED	237
8.8.2	Studienlage zur PCIT-ED	239
8.8.3	Praktische Hinweise und Ausblick.....	239
	Literatur	240
8.9	Onlinegestützte Behandlung.....	240
	<i>Regine Primbs und Maria Kloek</i>	
8.9.1	Aktualität von onlinegestützten Behandlungsangeboten.....	241
8.9.2	Evidenzbasierte onlinegestützte Behandlungsangebote	241
8.9.3	Vorteile und Nachteile von onlinegestützter Behandlung.....	245
8.9.4	Fazit	245
	Literatur	246
8.10	Ergänzende Behandlungsmethoden: Lichttherapie, Sport- und Bewegungstherapie sowie kreative Therapie.....	247
8.10.1	Lichttherapie	247
	<i>Lena Katharina Adams</i>	
8.10.2	Sport- und Bewegungstherapie	249
	<i>Maria Kloek und Regine Primbs</i>	
8.10.3	Kreative Therapien	252
	<i>Constanze Künstler</i>	
	Literatur	254
8.11	Nicht-empfehlenswerte Behandlungsmethoden	255
	<i>Carolin Zsigo und Maria Kloek</i>	
8.11.1	Einführung und Definition	255
8.11.2	Tri- und tetrazyklische Antidepressiva	256
8.11.3	Selektive Serotonin- Wiederaufnahmehemmer	256
8.11.4	Selektive Serotonin- Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer.....	257
8.11.5	Monoaminoxidasehemmer	257
8.11.6	Elektrokonvulsionstherapie.....	257
8.11.7	Hinweise zur Studienlage	258
	Literatur	259
8.12	Behandlungsaufklärung, Behandlungseinwilligung und Schweigepflicht	259
	<i>Michael Frey</i>	
8.12.1	Informed consent	260
8.12.2	Schweigepflicht	263
	Literatur	264
8.13	Verschiedene Behandlungssettings	265
	<i>Gerd Schulte-Körne</i>	
8.13.1	Behandlungssettings.....	265
8.13.2	Indikationen für die verschiedenen Behandlungssettings.....	266
	Literatur	267

8.14	Behandlungsdauer, Überprüfung der Wirksamkeit und Rezidivprophylaxe	267
	<i>Gerd Schulte-Körne</i>	
8.14.1	Behandlungsdauer	268
8.14.2	Überprüfung der Wirksamkeit der Behandlung	269
8.14.3	Wechsel der Therapie und/oder des Behandlungssettings	269
8.14.4	Rezidivprophylaxe	270
	Literatur	271
9	Prävention	273
	<i>Johanna Löchner und Belinda Platt</i>	
9.1	Definition, Methoden und Notwendigkeit von Prävention bei der Depression.....	273
9.1.1	Definition Prävention.....	273
9.1.2	Der Bedarf an Präventionsansätzen für Depression	274
9.1.3	Risiko- und Schutzfaktoren.....	274
9.1.4	Kinder depressiver Eltern	275
9.1.5	Universelle, selektive und indizierte Prävention	276
9.1.6	Methoden zur Prävention der Depression.....	277
9.2	Prävention in verschiedenen Settings	278
9.2.1	Sozialrechtlicher Rahmen der Präventionsmaßnahmen.....	278
9.2.2	Schule als Präventionssetting	279
9.2.3	Angebote zur Depressionsprävention der Kinder- und Jugendhilfe und Beratungsstellen	283
9.2.4	Kliniken und psychotherapeutische Angebote	283
9.3	Prävention in verschiedenen Zielgruppen	284
9.3.1	Kleinkinder.....	284
9.3.2	Kinder	285
9.3.3	Jugendliche.....	285
9.3.4	Eltern	287
9.3.5	Familie.....	287
9.4	Evidenzbasierte Prävention in der Praxis	289
9.4.1	Evidenzbasis für präventive Ansätze gegen Depression	290
9.4.2	Die Lücke zwischen Forschung und Praxis	293
9.4.3	Finanzielle und strukturelle Hürden bei der Durchführung von Prävention in der Praxis	295
9.4.4	Das Präventionsdilemma	295
	Literatur	296
	Glossar	299
	Stichwortverzeichnis	311

Vorwort

Depressionen bei Kindern und Jugendlichen treten häufig auf, wurden aber in der Vergangenheit selten diagnostiziert. Oft bekamen die Kinder und Jugendlichen keine oder aber nicht ausreichende professionelle Unterstützung und Behandlung. Ein Grund dafür ist, dass es für viele Kinder und Jugendliche und ihre Familien ein Stigma ist, psychisch erkrankt zu sein. Aber auch im professionellen Versorgungssystem bestand viele Jahre eine ausgesprochene Zurückhaltung, die beobachteten Symptome einer Depression auch als solche zu klassifizieren. Diese Situation hat sich verändert, nach wie vor besteht aber ein großer Bedarf nach evidenzbasierter Information zur Depression im Kindes- und Jugendalter. Denn die Depression ist eine Erkrankung, die sich im Verlauf der Entwicklung unterschiedlich präsentiert. Daher können auch Forschungserkenntnisse und praktische Erfahrungen, die mit Erwachsenen gewonnen werden, nicht ohne Überprüfung und entsprechende Anpassung auf das Kindes- und Jugendalter übertragen werden. Es bedarf hier einer spezifischen Perspektive, die die Besonderheiten der frühen Entwicklungsphasen integriert. Ferner zeigt sich gerade bei Kindern und Jugendlichen, wie stark die Symptomatik von Umgebungs- und Umweltfaktoren, wie zum Beispiel der Schulumgebung und dem Kontakt zu Peers, beeinflusst wird. Außerdem spielt die Familie eine große Rolle für das Risiko, eine Depression zu entwickeln: Familie ist sowohl eine wichtige Ressource für Schutz und Entwicklung, kann aber auch mit Belastungen verbunden sein, beispielsweise, wenn Eltern schwer psychisch oder körperlich erkranken.

Vor dem Hintergrund der entwicklungspezifischen Perspektive und der dringenden Notwendigkeit haben die Herausgeber*innen ein Buch konzipiert, das die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu zentralen Themen und Fragen der Diagnostik, Behandlung sowie Prävention von depressiven Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen beantwortet. Leitend bei der Konzeption waren neben der Evidenzbasierung vor allem der Praxisbezug und die klinische Erfahrung der Autor*innen. Anhand von Fallbeispielen, konkreten Darstellungen von Therapiemethoden sowie der detaillierten Beschreibung und Bewertung von Diagnoseverfahren werden anschaulich und sehr gut nachvollziehbar Handlungsempfehlungen für das praktische Arbeiten gegeben.

Dieses Buch richtet sich daher insbesondere an Fachpersonen, die in verschiedenen Bereichen (z. B. Ambulanz, Praxis, Beratungsstelle, Klinik, Kindergarten, Schule) der Diagnostik, Behandlung und Prävention von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen tätig sind. Das Buch wendet sich an Studierende (z. B. der Psychologie und Humanmedizin), Wissenschaftler*innen und alle fachlich Interessierten, die sich über den aktuellen Wissenstand zur Depression im Kindes- und Jugendalter fundiert und auf gut verständliche Weise informieren möchten.

Unser Buch umfasst neun Kapitel, die sich den zentralen Themenbereichen rund um die Depression im Kindes- und Jugendalter widmen. Den Einstieg bildet eine anschauliche Darstellung der Symptomatik (► Kap. 1), wo-

bei ein besonderes Augenmerk auf Alters- und Geschlechtsunterschiede gelegt wird. Es folgt eine Einführung in die Klassifikationen gemäß der ICD-10 und des DSM-5 sowie eine detaillierte Vorstellung von wissenschaftlich untersuchten diagnostischen Verfahren (► Kap. 2), die sich in der Praxis bewährt haben. ► Kap. 3 schildert differentialdiagnostische Aspekte aus einer stark praxisbezogenen Perspektive und geht dabei anhand exemplarischer Falldarstellungen auf grundlegende Aspekte der differentialdiagnostischen Abwägung ein. Anschließend erfolgt eine kompakte Übersicht über die Epidemiologie (► Kap. 4), in der auch alters- und geschlechtsspezifische Aspekte Berücksichtigung finden. ► Kap. 5 geht basierend auf beispielhaften Beschreibungen und zahlreichen Fallbeispielen auf häufige psychische und chronische körperliche Begleiterkrankungen ein. Der Beitrag zu den Ursachen (► Kap. 6) stellt genetische, (neuro)biologische, psychosoziale und psychische Faktoren dar, die das Risiko für eine depressive Erkrankung erhöhen und skizziert darüber hinaus evidenzbasierte Modelle zur Ätiologie. In ► Kap. 7 werden Resilienz- und Risikofaktoren für den Verlauf depressiver Störungen geschildert. Zudem werden in diesem Kapitel die Folgen der Depression bis ins Erwachsenenalter aufgezeigt.

Das Buch legt besonderen Wert auf eine umfassende und praxisnahe Darstellung evidenzbasierter Behandlungsformen auf Basis der S3-Leitlinie sowie auf die Beschreibung von wichtigen Rahmenbedingungen der Behandlung. Zentrale Themen des Behandlungsteils (► Kap. 8) sind verhaltenstherapeu-

tische, psychodynamische, systemische, interpersonelle und pharmakologische Behandlungsmethoden sowie Hilfen in akuten Krisen und bei Suizidalität. Das abschließende Kapitel (► Kap. 9) beschreibt wirksame Ansätze der Prävention und geht dabei u. a. anhand von Fallbeispielen auf konkrete Fragen der Umsetzung in verschiedenen Settings (wie z. B. Schule) und Zielgruppen ein.

Bedanken möchten wir uns bei Frau Brutler vom Kohlhammer-Verlag für die konstruktive Zusammenarbeit bei der Vorbereitung des Werks und ihre umfangreiche und immer prompte Unterstützung bei fachlichen Fragen aller Art. Frau Dr. Fiedler danken wir für das engagierte Lektorat und die vielen hilfreichen Hinweise. Unser Dank gilt zudem Frau Klingele für die kompetente und äußerst sorgfältige Durchsicht der Texte.

Zudem bedanken wir uns herzlich bei unseren Patient*innen und deren Eltern, deren Erleben und Perspektive eine wichtige Quelle der Inspiration beim Verfassen der Texte waren. Die Arbeit und der Austausch mit ihnen hat uns ganz wesentlich darin bestärkt, dieses Buch gemeinsam mit den Autor*innen zusammenzustellen.

Nun wünschen wir allen Leser*innen viel Freude mit dem Buch und allen Fachkolleg*innen viel Erfolg bei der praktischen Umsetzung in ihrer Arbeit mit betroffenen Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien.

München, im September 2022

Gerd Schulte-Körne und Ellen Greimel

1 Symptomatik

Lisa Feldmann und Jana Kroboth

Zusammenfassung

Obwohl für die Depression des Kindes- und Jugendalters in den Diagnosesystemen kaum altersspezifische Symptome angegeben werden, gibt es Unterschiede in der Symptomatik zwischen Kindern, Jugendlichen sowie Erwachsenen. So zeigen Kinder und Jugendliche im Vergleich zu Erwachsenen beispielsweise häufiger eine gereizte oder schlechte Stimmung in der depressiven Episode. Neben altersspezifischen Unterschieden finden sich ab dem Jugendalter auch Geschlechtsunterschiede in der Symptomatik: Während Mädchen häufiger Selbstwertprobleme oder Schuldgefühle haben, zeigen Jungen häufiger externalisierendes Verhalten. In diesem Kapitel werden die Symptome der Depression dargestellt sowie die Symptomatik in den unterschiedlichen Settings (Schule, Familie, Peer-Group) beleuchtet. Dabei wird beschrieben, wie sich die Symptomatik in den verschiedenen Settings äußert, wie das Umfeld den Verlauf der Erkrankung mit beeinflussen kann sowie welche psychosozialen Schwierigkeiten mit einer depressiven Erkrankung einhergehen. Abschließend wird anhand von zwei Fallbeispielen die Symptomatik in den unterschiedlichen Altersstufen gezeigt.

1.1 Alters- und entwicklungsabhängige sowie geschlechtsspezifische Symptomatik

Sowohl in der ICD-10 (World Health Organization 1992), ICD-11 als auch im DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) werden die gleichen Kriterien für die Depressionsdiagnose in den Altersstufen der Kindheit, des Jugend- und Erwachsenenalters angesetzt. Lediglich im DSM-5 wird beschrieben, dass es bei Kindern und Jugendlichen zu einer reizbaren anstatt einer depressiven Verstimmung kommen kann; zudem wird ausgeführt, dass es bei Kindern zu einem Ausbleiben einer erwarteten Gewichtszunahme statt zu einem

Gewichtsverlust kommen kann (American Psychiatric Association 2013).

Dem steht gegenüber, dass neben überlappenden Symptomen der depressiven Symptomatik in den unterschiedlichen Altersstufen auch entwicklungsabhängige Unterschiede existieren. Je jünger die Kinder sind, desto weniger ähnelt die Symptomatik der des Erwachsenenalters. Dies liegt u. a. an den spezifischen Charakteristika der psychischen, sozialen sowie (neuro-)biologischen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen (Cicchetti

und Toth 1998; Weiss und Garber 2003). Dabei werden unterschiedliche Möglichkeiten der Betrachtung der Symptomunterschiede diskutiert: Zum einen könnten dieselben Symptome in den Altersstufen unterschiedlich zum Vorschein treten (beispielsweise das Symptom »Anhedonie« als Spielunlust im Kindesalter und als Gefühl der Langeweile im Jugendalter). Zum anderen könnte in Erwägung gezogen werden, dass depressive Symptome im Laufe der Entwicklung variieren. Letzteres ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Kinder entwicklungsbedingt noch nicht (bzw. noch nicht gleichermaßen) in der Lage sind, bestimmte Symptome zu entwickeln: So haben junge Kinder noch kein Konzept von der Zukunft und dem Selbst, sodass Selbstwertprobleme oder Hoffnungslosigkeit als Symptome der Depression in diesem Alter noch keine signifikante Rolle spielen können. Des Weiteren könnten unterschiedliche Symptome in den Altersstufen möglicherweise auf unterschiedliche biologische Ursachen der Depression in den Altersstufen rückführbar sein. So ist die Wahrscheinlichkeit bei älteren

Jugendlichen, dass sie schon mehrere depressive Episoden in ihrem Leben hatten, im Vergleich zu Kindern größer. Eine Theorie besagt, dass sich mit steigender Anzahl depressiver Episoden die biologische Vulnerabilität für eine Depression erhöht. Somit könnte diese veränderte biologische Vulnerabilität bei Jugendlichen mit mehreren depressiven Episoden andere Symptome auslösen als bei Kindern ohne diese veränderte biologische Vulnerabilität (für eine vertiefte Diskussion zu den unterschiedlichen Aspekten siehe Weiss und Garber 2003).

Im Folgenden wird die Symptomatik der Depression in unterschiedlichen Altersstufen vorgestellt sowie auf Geschlechtsunterschiede eingegangen. Im Rahmen der Darstellung der Symptome in den weiteren Unterkapiteln werden diese Aspekte ebenfalls kurz aufgegriffen. In ► Tab. 1.1 ist die Symptomatik der Depression in Kindheit und Jugend getrennt nach Altersstufen dargestellt. In ► Tab. 1.2 befindet sich ein Überblick über die Symptomatik der Depression im Kindes- und Jugendalter.

Tab. 1.1: Symptome der Depression getrennt nach Altersstufen

Vorschulalter, Kindheit	Pubertät und Adoleszenz
<ul style="list-style-type: none"> • Spielunlust, Anhedonie • Irritabilität, externalisierendes Verhalten, Wutausbrüche • Somatisierung, körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen, Bauchschmerzen • Spiele, in denen der Tod in spielerischen Szenen inszeniert wird • fehlende Gewichtszunahme trotz Wachstum, auffälliges Essverhalten • Weinen • Aufmerksamkeitsprobleme, Nachlassen von Schulleistungen • Schlafstörungen • Schuldgefühle • sozialer Rückzug 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstwertprobleme • Aufmerksamkeitsprobleme, Nachlassen von Schulleistungen • sozialer Rückzug • Suizidalität • vegetative Symptome (Gewichtsveränderung, Appetitveränderung, Schlafstörungen) • Hoffnungslosigkeit, Pessimismus • Energielosigkeit, Antriebslosigkeit • erhöhte Reizbarkeit, schlechte Laune • externalisierende Verhaltensweisen (v. a. bei Jungen)

Tab. 1.2: Überblick über die Symptomatik der Depression im Kindes- und Jugendalter anhand von Beispielen

Symptomdomäne	Beispiele für Symptome
Affektstörung	<ul style="list-style-type: none"> • depressive, gedrückte Stimmung • gereizte Stimmung, Wutanfälle, Aggressivität • Impulsdurchbrüche • unglücklich sein, vermehrtes Weinen • Gefühlstaubheit • Gequältsein • Gefühle der Einsamkeit • Ängstlichkeit
Antriebsstörung	<ul style="list-style-type: none"> • Lethargie, Aktivitätseinschränkung • Energieverlust, leichte Ermüdbarkeit • Motivationslosigkeit • sozialer Rückzug • verminderte Aktivität • Interessenverlust • psychomotorische Hemmung oder Verlangsamung, starre Mimik • psychomotorische Agitiertheit
Kognitive Störung	<ul style="list-style-type: none"> • unbegründete Schuldgefühle und Selbstvorwürfe • Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung • geringes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen • negative Gedanken • Entscheidungsprobleme • pessimistische Sicht der Zukunft, Zukunftsangst • Sorgen, Rumination, hohe Grübelneigung • formale Denkstörungen (Denkhemmung, Verlangsamung)
Körperliche Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • gesteigerter Appetit oder Appetitverlust • Gewichtsveränderungen • ausbleibende Gewichtsveränderung trotz Wachstum • Kopf- und Bauchschmerzen, Verdauungsbeschwerden • Libidoverlust (bei Jugendlichen)
Schlafstörung	<ul style="list-style-type: none"> • Hypersomnie (erhöhtes Schlafbedürfnis) • Insomnie (Ein- und Durchschlafstörung) • Alpträume • morgendliches Früherwachen
Suizidalität	<ul style="list-style-type: none"> • Gedanken an den Tod und passive Todeswünsche • Suizidgedanken, Suizidpläne • suizidale Handlungen, Suizidversuche • suizidale Andeutungen, Sprechen über den eigenen Suizid, Suiziddrohungen • Spiele, in denen der Tod in spielerischen Szenen inszeniert wird (bei Kindern) • Beschäftigung mit dem Tod und Suizidalität (z. B. Konsum von Musik und Medien mit dem Inhalt; Aufsuchen von sozialen Netzwerken mit entsprechenden Inhalten)

1.1.1 Vorschulalter und Kindheit

Während es umfangreiche Forschung zur Symptomatik der Depression im Jugend- und Erwachsenenalter gibt, gründet die Studienlage zur Depression bei Kindern auf vergleichsweise wenigen Untersuchungen. Dies kann auch damit zusammenhängen, dass die Depression im Vorschul- und Grundschulalter noch relativ selten vorkommt. Studien zeigen für diese Altersgruppe eine Prävalenz von 0–2 % (Egger und Angold 2006; Whalen et al. 2017). Die Diagnose einer depressiven Störung sollte erst ab drei Jahren gestellt werden, wobei klinisch eine depressive Symptomatik auch bereits früher beobachtet werden kann (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) 2015; Luby und Belden 2012).

Vorschulkinder mit Depression zeigen typischerweise nicht durchgehend oder die meiste Zeit eine depressive Symptomatik, sondern vielmehr eine Fluktuation der Symptome. Dies äußert sich im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen v. a. in einer Anhedonie, z. B. in Form einer Spielunlust, also als Aufgabe oder Vermeidung von zuvor geliebten Aktivitäten und Spielen. Hierbei werden häufig Ausreden erfunden, um den Aktivitäten nicht mehr nachgehen zu müssen. Oft sind auch unangemessene Schuldgefühle sowie eine erhöhte Reizbarkeit/Irritabilität ein Kennzeichen der Depression in dieser Altersgruppe. Aber auch andere, für das Erwachsenenalter typische Symptome der Depression können schon in diesem Alter auftreten, wie beispielsweise Schlafprobleme, Erschöpfung und Konzentrationsdefizite (z. B. leichte Ablenkbarkeit). Auch Suizidgedanken oder Gedanken an den Tod können bereits bei Vorschulkindern auftreten, was sich durch spielerische Szenen, in denen das Thema Tod inszeniert wird, äußern kann (Luby et al. 2003; Luby et al. 2002; Luby et al. 2006; Whalen et al. 2015; Whalen et al. 2017). Hierbei sollte erwähnt werden, dass Vorschul-

kinder ein anderes Todeskonzept aufweisen als Erwachsene und in dem Alter noch nicht klar ist, dass der Tod endgültig ist (Senf und Eggert 2014). Suizidversuche treten im Kindesalter nur selten auf (Becker et al. 2017).

Kinder mit Depression zeigen häufiger gereizte Stimmung im Zusammenhang mit externen Faktoren (z. B. Stress in der Schule) als ältere Betroffene (Yorbik et al. 2004). Die Depression drückt sich bei Kindern im klinischen Alltag häufig indirekt, beispielsweise über Weinen, Wutausbrüche, Schlafstörungen, Nachlassen der Schulleistung infolge von Aufmerksamkeitsproblemen, auffälliges Essverhalten, Kopf- oder Bauchschmerzen aus. Zudem lässt sich in der Altersspanne eine fehlende Gewichtszunahme beobachten. Mit steigendem Alter verbessert sich die Introspektionsfähigkeit, und Gefühle können besser wahrgenommen und verbalisiert werden. Im Folgenden ist ein Fallbeispiel mit einer für das Kindesalter typischen Symptomatik aufgeführt.

Fallbeispiel 1

Der neunjährige Steffen zeigt seit der konfliktreichen Trennung seiner Eltern vor sechs Monaten vermehrt aggressives und oppositionelles Verhalten, er hat Mitschüler und eine Lehrkraft körperlich angegriffen und wurde daraufhin für mehrere Tage von der Schule ausgeschlossen. Im Unterricht kann er sich nicht mehr konzentrieren, er erledigt seine Hausaufgaben nicht, und die Noten haben sich verschlechtert. Er wirkt sehr abgeschlagen und müde, der Mutter fällt auf, dass er abends sehr lange wach ist, unruhig schläft und früh aufwacht. Steffen klagt häufig über Bauch- und Kopfschmerzen und isst viel weniger als zuvor, er hat in den letzten drei Monaten 4 kg abgenommen. Er weigert sich, zum Fußballtraining zu gehen oder mit seinen Freunden im Hof zu spielen. Wenn die Mutter ihn motivieren will, nach draußen zu gehen, reagiert er

aggressiv und beschimpft sie. Die Mutter traut sich nicht, ihren Sohn mit seiner kleinen Schwester (vier Jahre) alleine zu lassen, da er ihr schon mehrmals weh getan hat. Er zeigt kaum noch Mimik und sitzt die meiste Zeit alleine in seinem Zimmer, Beschäftigungsangebote nimmt er nicht an. Die Mutter ärgert sich sehr über seine Verweigerungshaltung, reagiert ungehalten und bestraft ihn für seine aggressiven Impulsdurchbrüche, was häufig zu Eskalationen führt. Die Mutter ist sehr irritiert, dass Steffen kaum Gefühlsregungen zeigt und weiß nicht, wie sie mit ihm umgehen soll. Sie macht einen Termin bei einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin für Steffen aus, zu dem er nur sehr widerwillig mitgeht. Im Gespräch zeigt er sich sehr oppositionell und weigert sich, mit der Therapeutin zu sprechen.

Merke: Im Kindesalter äußert sich depressive Symptomatik häufig durch externalisierende Verhaltensweisen, Somatisierung, körperliche Beschwerden und Anhedonie.

1.1.2 Pubertät und Adoleszenz

Mit dem Einsetzen der Pubertät kommt es zu einem Anstieg der Prävalenz der Depression. Etwa 6–14% erkranken im Jugendalter an einer Depression (Avenevoli et al. 2015; Essau et al. 1998; Merikangas et al. 2010; Sund et al. 2011).

Im Vergleich zu Kindern weisen Jugendliche mit einer Depression mehr Pessimismus, Depressivität, Anhedonie, Selbstwert- und Konzentrationsprobleme auf. Neben diesen Symptomen zeigen Jugendliche zudem mehr Hilf-, Hoffnungs- und Energielosigkeit sowie psychomotorische Hemmung, Hypersomnie, Gewichtsveränderung und Suizidalität (Baji et al. 2009; Birmaher et al.

2004; Fu-I und Wang 2008; Kovacs 1996; Sørensen et al. 2005; Weiss und Garber 2003; Yorbik et al. 2004). Das Bild der Depression im Jugendalter ähnelt dem im jungen Erwachsenenalter (Lewinsohn et al. 2003). Jugendliche mit einer Depression zeigen jedoch im Vergleich zu Erwachsenen häufiger vegetative Symptome (z. B. Gewichtsveränderungen, Appetitveränderung, Insomnie) und seltener Anhedonie und Konzentrationsprobleme im Vergleich zu Erwachsenen mit Depression (Rice et al. 2019). Typische Symptome der Depression können auch im Rahmen einer normalen pubertären Entwicklung auftreten, beispielsweise sozialer Rückzug, erhöhte Reizbarkeit und Lustlosigkeit. Hinweise für das Vorliegen einer Depression umfassen dabei die Persistenz der Symptomatik über einen Zeitraum von mehreren Wochen und Monaten, Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit und/oder Leidensdruck, besonders ausgeprägte Symptomatik und das Vorhandensein mehrerer für die Depression typischer Symptome.

Während Jungen und Mädchen vor der Pubertät in etwa gleich häufig von einer Depression betroffen sind und sich weitestgehend nicht symptomatisch voneinander unterscheiden (Luby et al. 2002; Yorbik et al. 2004), sind nach der Pubertät Mädchen in etwa doppelt bis dreimal so oft betroffen (Breslau et al. 2017; Lewinsohn et al. 1998). Geschlechtsunterschiede der Depressionssymptomatik sind im Jugendalter am größten und nehmen dann im Laufe der Zeit wieder ab (Salk et al. 2017). Dabei scheinen Mädchen mehr Selbstwertprobleme, Schuldgefühle, Selbstvorwürfe und Schlafprobleme aufzuweisen als gleichaltrige Jungen (Bennett et al. 2005; Fu-I und Wang 2008; Lewinsohn et al. 1998). Im klinischen Alltag äußert sich die Depression bei Jungen auch häufig in externalisierenden Verhaltensweisen.

Im Folgenden ist ein Fallbeispiel mit einer für das Jugendalter typischen Symptomatik aufgeführt.

Fallbeispiel 2

Die 14-jährige Sarah wirkt in letzter Zeit oft traurig und abwesend. Sie legt sich nach der Schule ins Bett, macht keine Hausaufgaben und trifft ihre Freundinnen nicht mehr. Sie weigert sich, an den gemeinsamen Mahlzeiten mit ihren Eltern und den zwei älteren Brüdern teilzunehmen, sie sagt, sie habe das Gefühl, nicht erwünscht zu sein. Sarah war bis zur siebten Klasse eine gute Schülerin, sie besucht das Gymnasium und hat zwei Freundinnen in der Klasse. Zu Beginn des Schuljahres gab es immer wieder kleinere Konflikte in ihrer Peer-Group. Seitdem sind die Noten schlechter geworden, sie klagt über Konzentrationsschwierigkeiten und hat das Gefühl, aus der Klassengemeinschaft ausgeschlossen zu werden. Ein- bis zweimal die Woche schafft sie es nicht, die Schule zu besuchen und liegt den ganzen Tag im Bett; an diesen Tagen weint sie viel und reagiert gereizt, wenn die Mutter wissen will, was los ist. Nach den Winterferien klagt sie über Bauchschmerzen, Schwindel und Übelkeit, woraufhin die Eltern sie beim Kinderarzt vorstellen. Dieser kann keine körperliche Ursache für die Symptomatik feststellen. Dennoch scheitern sämtliche Versuche, Sarah zu motivieren, wieder in die Schule zu gehen. Wenn die Mutter sie morgens aufweckt, reagiert Sarah nicht, zieht sich die Decke über den Kopf und schickt die Mutter weg. Sie verbringt den ganzen Vormittag im Bett und kann nicht dazu gebracht werden, aufzustehen. Sie verbringt viel Zeit am Handy und schaut Videos an. Auf Nachrichten und Anrufe ihrer Freundinnen reagiert sie jedoch nicht. Ab und zu schafft die Mutter es, sie zu motivieren, mit ihr und dem Hund einen Spaziergang zu machen. Sie tobt jedoch

nicht wie früher mit dem Hund herum; wenn er zu ihr kommt und mit ihr spielen will, reagiert sie genervt und angestrengt. Ihre Brüder finden es unfair, dass Sarah nicht in die Schule gehen muss und ihre Pflichten im Haushalt vernachlässigt, was häufig zu Konflikten führt. Sarahs Zimmer ist sehr unordentlich, sie hat seit Wochen nicht aufgeräumt, außerdem trägt sie tagelang dieselbe Kleidung und geht nur auf Drängen der Mutter duschen. Bis vor einem halben Jahr war Sarah ihr Äußeres sehr wichtig, sie und ihre Freundinnen haben sich oft getroffen, um sich gegenseitig zu schminken und Frisuren auszuprobieren. Sarahs Vater leidet seit seiner Jugend an rezidivierenden depressiven Episoden und macht sich große Sorgen um seine Tochter. Er vereinbart einen Termin bei einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin für sie, doch Sarah schafft es nicht, zu diesem Termin zu gehen. Sie hat das Gefühl, keine Hilfe verdient zu haben, außerdem ist es ihr zu anstrengend, das Haus zu verlassen. Sie hat zudem große Angst davor, mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren. Der Mutter fallen oberflächliche Schnittwunden an Sarahs Arm auf. Auf Nachfrage sagt Sarah, dass sie sich mit einer Schere selbst verletzt hat. Sie weint viel, ist sehr verzweifelt und äußert den Wunsch, nicht mehr da zu sein, da sie das Gefühl hat, für alle eine Last zu sein und nicht daran glaubt, dass dieses Gefühl jemals wieder weggehen wird. Die Eltern sind sehr erschrocken über diese Aussage und lassen Sarah ab diesem Zeitpunkt nicht mehr alleine.

Merke: Je älter die Jugendlichen werden, desto eher gleicht die Symptomatik der des Erwachsenenalters.

1.2 Affektstörung

Die Affektstörung ist das zentrale Symptom der Depression. So zeigen Kinder und Jugendliche, die unter einer Affektstörung leiden, primär eine depressive und gedrückte Stimmung; viele Patient*innen berichten zudem davon, dass sie sich unglücklich und einsam fühlen, unter innerer Leere leiden, sich gequält fühlen, keine Freude mehr empfinden können und vermehrt weinen müssen. Aber auch Gefühlstauheit, das Gefühl der Gefühllosigkeit und die Unfähigkeit zu weinen sind häufige Affektstörungen einer Depression. Gleichzeitig kann es auch zu gereizter Stimmung, Wutanfällen, Aggressivität und Impulsdurchbrüchen kommen. Diese externalisierenden Symptome werden im Alltag zunächst erstmal nicht primär einer depressiven Störung zugeordnet, da sie im Erwachsenenalter eher selten auftreten. Dies führt auch dazu, dass die depressive Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen, die hauptsächlich externalisierende Verhaltensweisen zeigen, häufiger übersehen wird.

Je nach Studie zeigen 60–98 % aller minderjährigen Patient*innen mit der Diagnose

einer Depression auch depressive Stimmung (Baji et al. 2009; Roberts et al. 1995; Yorbik et al. 2004). Je älter die Kinder werden, desto häufiger zeigen sie Symptome einer Affektstörung (Baji et al. 2009; Carlson und Kashani 1988; Yorbik et al. 2004). Kinder zeigen depressive oder gereizte Stimmung eher im Zusammenhang mit spezifischen Ereignissen oder Beschäftigungen als Jugendliche. Gereizte Stimmung und Ärger treten bei ca. 90 % der Kinder und Jugendlichen, bei denen eine depressive Episode diagnostiziert wurde, zusätzlich zu den anderen depressiven Symptomen auf (Yorbik et al. 2004). Mädchen im Alter von sieben bis 14 Jahren zeigen signifikant häufiger eine depressive Stimmung und Anhedonie als gleichaltrige Jungen (Baji et al. 2009).

Merke: Bei Kindern und Jugendlichen, die gereizte Stimmung, Wutanfälle, Aggressivität oder Impulsdurchbrüche zeigen, sollte auch eine depressive Symptomatik als Ursache in Erwägung gezogen werden.

1.3 Antriebsstörung

Die Antriebsstörung ist ein Symptom der Depression, das das psychosoziale Funktionsniveau der Betroffenen massiv beeinflussen kann. Aufgrund von Energieverlust, leichter Ermüdbarkeit, Motivationslosigkeit, Lethargie und Interessenverlust können die Kinder und Jugendlichen ihren Alltag nicht mehr suffizient bewältigen. So leidet der Schulbesuch darunter, und Hobbys sowie andere Freizeitaktivitäten werden nicht mehr ausgeführt. Oft stellt das morgendliche Aufstehen schon eine unüberwindbare Hürde dar, und

60 % der Patient*innen ziehen sich sozial zurück (Yorbik et al. 2004). Die Befunde zur psychomotorischen Agitiertheit sind uneindeutig: Yorbik et al. (2004) fanden, dass die Agitiertheit mit zunehmendem Alter konstant ist, Baji et al. (2009) konnten jedoch zeigen, dass die Agitiertheit mit dem Alter abnimmt. Dies könnte daran liegen, dass in der Studie von Yorbik auch Patient*innen, die komorbid an ADHS leiden, eingeschlossen wurden. Bei Patient*innen mit ADHS nimmt die hyperaktive Symptomatik meist mit dem

Alter ab. Mädchen im Alter von sieben bis 14 Jahren zeigen mehr psychomotorische Hemmung als gleichaltrige Jungen; je älter die Kinder werden, desto häufiger wird dieses Symptom jedoch auch bei Jungen. Mit zunehmendem Alter nimmt auch die Zahl der

Patient*innen zu, die über schnelle Ermüdbarkeit und Energieverlust klagen (Baji et al. 2009; Mitchell et al. 1988; Ryan et al. 1987; Yorbik et al. 2004) – so beschreiben 84 % der Jugendlichen einen Energieverlust, aber nur 69 % der Kinder (Yorbik et al. 2004).

1.4 Kognitive Störungen

Während der Großteil der depressiven Erwachsenen mit einer Depression kognitive Störungen wie beispielsweise Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen aufweist, sind die Befunde für das Kindes- und Jugendalter weniger konsistent (Baune et al. 2014; Vilgis et al. 2015; Wagner et al. 2015). Daher ist anzunehmen, dass bei Heranwachsenden mit Depression diese kognitiven Beeinträchtigungen zwar durchaus auftreten, jedoch offensichtlich nicht so gravierend sind wie im Erwachsenenalter. Die Störung der Kognition betrifft mehrere Bereiche. So konnte beispielsweise in einer Metaanalyse gezeigt werden, dass Kinder und Jugendliche mit einer Depression im Durchschnitt einen niedrigeren Intelligenzquotienten (IQ) aufweisen als Kinder und Jugendliche ohne eine Depression. Hierfür werden unterschiedliche Erklärungen diskutiert: Zum einen kann ein niedrigerer IQ ein Risikofaktor für die Depression sein. Zum anderen können auch weitere Symptome der Depression, wie beispielsweise ein niedrigeres Selbstwertgefühl, Motivations- und Antriebslosigkeit, Schlafprobleme, aber auch eine schlechtere Leistung des Arbeitsgedächtnisses die Ergebnisse beeinflussen (Wagner et al. 2015). Neben dem IQ sind noch weitere kognitive Bereiche betroffen: Kinder und Jugendliche mit Depression verfügen beispielsweise über eine reduzierte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit lange auf eine bestimmte Sache zu richten (Daueraufmerksamkeit) und weisen Einschränkungen im verbalen und

visuellen Gedächtnis auf. Zudem haben sie Schwierigkeiten, etwas zu planen und es dann umzusetzen (planvolles Handeln) (Goodall et al. 2018; Wagner et al. 2015). Allerdings sind die Befunde zu den neurokognitiven und neuropsychologischen Defiziten bei depressiven Kindern und Jugendlichen teilweise widersprüchlich und insgesamt liegen zu wenige Studien zu bestimmten Domänen vor. Die selektive Aufmerksamkeit scheint bei Kindern und Jugendlichen mit einer Depression nicht beeinträchtigt zu sein (d. h. die Fähigkeit, sich nur auf die relevanten Reize zu konzentrieren, ohne sich ablenken zu lassen) (Baune et al. 2014; Goodall et al. 2018; Vilgis et al. 2015; Wagner et al. 2015).

Neben diesen kognitiven Aspekten (»cold cognition«) ist auch die emotionsgeladene Verarbeitung (»hot cognition«) bei der Depression beeinträchtigt. Im Gegensatz zu der »cold cognition«, unter der eine Informationsverarbeitung ohne emotionalen Einfluss verstanden wird, umfasst die »hot cognition« Informationsverarbeitung emotionaler Inhalte (Roiser und Sahakian 2013). So zeigen Kinder und Jugendliche mit einer Depression beispielsweise einen sogenannten negativen »Aufmerksamkeitsbias«, d. h. sie richten ihre Aufmerksamkeit schneller auf negative (v. a. traurige) Information, was auch einen Vulnerabilitätsfaktor für die Entstehung einer Depression darstellt. Außerdem gibt es Hinweise, dass sie einen negativen Interpretationsbias aufweisen, sodass uneindeutige Situationen

negativer interpretiert werden als bei Gesunden (Platt et al. 2017). So könnte beispielsweise ein Jugendlicher mit Depression, der keine Antwort auf eine Chat-Nachricht von einem Freund erhält, davon ausgehen, dass der Freund kein Interesse an ihm hat, anstatt anzunehmen, dass die Nachricht übersehen wurde oder zu einem späteren Zeitpunkt beantwortet wird.

Depressivität in der Kindheit und Jugend hängt zudem mit einem maladaptiven Attributionsstil (d.h. einer maladaptiven Ursachenzuschreibung) zusammen: So werden negative Situationen als internal, stabil und global (z.B. »Meine Prüfung ist schlecht gelaufen, weil ich dumm bin und es immer

schlecht bei mir läuft bei allen Prüfungen«) und positive Situationen als external, variabel und spezifisch attribuiert (»Die Prüfung ist nur gut gelaufen, weil sie diesmal leicht war. Das nächste Mal läuft es sicherlich nicht mehr so gut!«) (Gladstone und Kaslow 1995).

Des Weiteren ist die Depression verbunden mit dysfunktionalen Einstellungen und kognitiven Fehlern (z.B. »Entweder ich mache alles perfekt oder ich bin nichts wert.«), Rumination sowie Selbstwertproblemen und Selbstkritik, die zusammen mit negativen Ereignissen und Stress eine depressive Symptomatik begünstigen (Hankin 2006). Kognitive und neurokognitive Modelle der Depression sind in ► Kap. 6.8 dargestellt.

1.5 Körperliche Symptome

Körperliche Symptome sind über alle Altersstufen hinweg als Begleitsymptome von Depressionen im Kindes- und Jugendalter weit verbreitet. Zu den körperlichen Symptomen zählen ein gesteigerter Appetit oder auch Appetitverlust, Gewichtsveränderungen, ausbleibende Gewichtsveränderung trotz Wachstum, Kopf- und Bauchschmerzen, Verdauungsbeschwerden und – mit Beginn der Pubertät – auch Libidoverlust. Je nach Studie liegt die Rate der somatischen Beschwerden bei Vorliegen einer depressiven Störung zwischen 37% (Baji et al. 2009) und 70% (McCauley et al. 1993; Mitchell et al. 1988). Gerade jüngere Kinder, die ihre emotionalen Befindlichkeiten noch nicht verbal ausdrücken können, werden oftmals zuerst aufgrund von somatischen Beschwerden bei der Kinderärztin bzw. dem Kinderarzt vorstellig. Da die körperlichen Symptome unspezifisch sind und vielfältige Gründe haben können, werden oft viele diagnostische Maßnahmen ergriffen, um die Ursache der Beschwerden zu finden. Eine sorgfältige medizinische Abklärung ist

wichtig, um somatische Ursachen ausschließen zu können. Es sollte jedoch gut abgewogen werden, welche körperlichen Untersuchungen tatsächlich notwendig sind. Umfassende körperliche Untersuchungen können zu sekundärem Krankheitsgewinn, einer Exazerbation der körperlichen Symptome und damit auch zu einer Verstärkung der depressiven Symptomatik führen. Körperliche Symptome sind nicht spezifisch für die Depression, sie kommen auch bei anderen psychischen Störungen, wie zum Beispiel Angststörungen und somatoformen Störungen, vor. Daher ist eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik essenziell.

Bezüglich des Auftretens von körperlichen Symptomen in den unterschiedlichen Altersstufen gibt es keine eindeutigen Befunde. Manche Studien demonstrierten, dass Jugendliche weniger somatische Beschwerden zeigen als Kinder (Yorbik et al. 2004), andere Studien konnten dies jedoch nicht bestätigen (Baji et al. 2009; Mitchell et al. 1988). Jugendliche zeigen allerdings häufiger Gewichtsverlust als

Kinder (Yorbik et al. 2004). In zwei Studien wurde gefunden, dass jugendliche Mädchen im Vergleich zu Jungen eher an Gewicht zunehmen und einen gesteigerten Appetit haben (Williamson et al. 2000; Yorbik et al. 2004), andere Studien konnten diesen Geschlechtsunterschied jedoch nicht bestätigen (Mitchell et al. 1988; Roberts et al. 1995; Ryan et al. 1987). Präpubertäre Jungen zeigen eher Erschöpfungssymptome als präpubertäre Mädchen, die Ursache hierfür ist jedoch ungeklärt (Ryan et al. 1987).

Viele Kinder und Jugendliche mit einer depressiven Erkrankung werden über längere Zeiträume aufgrund der somatischen Beschwerden von der Kinder- oder Hausärztin bzw. dem Kinder- oder Hausarzt krankgeschrieben. Dadurch können sie den Anschluss

an die Peer-Group verlieren, und aufgrund der schulischen Fehlzeiten können Wissenslücken entstehen. Dies kann weiterhin zu einer Verstärkung der Selbstwertdefizite und zu weiterem sozialen Rückzug führen. Um dies zu verhindern, sollte beim Ausbleiben einer somatischen Erklärung der Beschwerden frühzeitig an eine psychische Ätiologie der Symptome gedacht werden, damit die passende Behandlung eingeleitet werden kann.

Merke: Beim Auftreten länger bestehender unspezifischer körperlicher Symptome bei Kindern und Jugendlichen ohne somatisches Korrelat sollte eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik vorgenommen werden.

1.6 Schlafstörungen

Schlafstörungen sind ein sehr häufiges Symptom der Depression im Kindes- und Jugendalter: 70–90 % der Betroffenen klagen über Schlafstörungen, wobei Mädchen davon etwas häufiger betroffen sind (Ivanenko et al. 2005; Liu et al. 2007; Roberts et al. 1995). Das am häufigsten berichtete Schlafproblem ist die Insomnie, welche Ein- und Durchschlafstörungen sowie das morgendliche Früherwachen umfasst. Manche Patient*innen berichten auch von Hypersomnie, also einem exzessiven Schlafbedürfnis oder einer Kombination aus Insomnie und Hypersomnie. Die Erholbarkeit des Schlafs sowie die Schlafqualität sind während einer Depression häufig eingeschränkt, und das Schlafbedürfnis ist hoch (Ivanenko et al. 2005; Liu et al. 2007; Rao 2011; Roberts et al. 1995).

Im Gegensatz zur Studienlage zur subjektiven Schlafqualität der Depression im Kindes- und Jugendalter ist die Befundlage zur objektiven Schlafqualität, die in einem Schlaflabor erfasst werden kann, heterogen. Während ei-

nige Studien keine oder nur wenige Hinweise auf objektive Schlafprobleme im Kindes- und Jugendalter aufzeigen (Bertocci et al. 2005; Forbes et al. 2008), finden andere Studien beispielsweise eine längere Einschlaf latenz, häufigeres Erwachen, weniger Schlafeffizienz und eine höhere REM-Schlaf-Dichte (Lovato und Gradisar 2014; Rao 2011). Für die unterschiedlichen Befunde zur objektiven Schlafqualität werden unterschiedliche Stichprobensamensetzungen beispielsweise bezüglich des Alters und Geschlechts diskutiert, die die biologischen Korrelate beeinflussen (Rao 2011). Kinder und Jugendliche schätzen ihre subjektive Schlafqualität häufig als schlechter ein als sie tatsächlich ist. Daher sollte bei Kindern und Jugendlichen eine Psychoedukation über den Schlaf erfolgen, da eine negative Erwartungshaltung und katastrophisierende Gedanken in Bezug auf den Schlaf (»Ich werde bestimmt wieder die ganze Nacht wachliegen und morgen müde sein«) die Schlafqualität reduzieren.

Es sollten Schlafhygieneregeln besprochen werden (für eine Zusammenstellung siehe z. B. JuSt Manual; Schlarb 2015), da Jugendliche insgesamt eine mangelhafte Schlafhygiene aufweisen (Gupta et al. 2019).

Langzeitstudien zeigen, dass Schlafprobleme häufig einen Vorläufer der Depression im Kindes- und Jugendalter darstellen. Hierfür werden unterschiedliche Erklärungen diskutiert. Beispielsweise könnte es durch das Einsetzen der Pubertät zu Veränderungen im zirkadianen System kommen, die zu einer längeren Einschlaf latenz führen. Diese Einschlaf latenz könnte verstärkt zu Ruminieren in der Einschlafphase führen, die langfristig die Entwicklung einer depressiven Symptomatik begünstigt (Lovato und Gradisar 2014).

Anhaltende Schlafprobleme wirken sich zudem auf den klinischen Verlauf aus: Die Wahrscheinlichkeit, auf eine Behandlung anzusprechen, ist geringer, wenn Jugendliche mit Depression unter einer Schlafstörung leiden (Manglick et al. 2013). Bei der Behandlung von depressiven Patient*innen mit Schlafstörungen sollte darauf geachtet werden, dass sie häufiger suizidal sind als Patient*innen ohne Schlafstörungen (Barbe et al. 2005).

Merke: Bei Schlafproblemen sollte eine Psychoedukation durchgeführt werden und eine Aufklärung über Schlafhygiene erfolgen.

1.7 Suizidalität

Suizidgedanken und Gedanken an den eigenen Tod kommen bei Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung häufig vor. Untersuchungen aus Deutschland zeigen, dass die Lebenszeitprävalenz von Suizidgedanken im Jugendalter zwischen 15–39 % liegt, wobei Mädchen häufiger Suizidgedanken haben (Brunner et al. 2007; Donath et al. 2014; Kaess et al. 2011; Plener et al. 2009). Diese hohen Prävalenzzahlen zeigen, dass solche Gedanken nicht zwangsläufig mit einer schweren Psychopathologie einhergehen müssen, sondern mit der Entwicklung eines Konzepts der eigenen Sterblichkeit in dieser Entwicklungsstufe zusammenhängen können (Evans et al. 2005). Umgekehrt lässt sich jedoch feststellen, dass 90 % der Jugendlichen, die einen Suizidversuch begehen, unter einer psychischen Erkrankung leiden (Ihle 2016). Dabei stellen Suchterkrankungen und affektive Erkrankungen wie die Depression das höchste Risiko für vollendete Suizide und suizidales Verhalten bei jungen Menschen dar (Fleischmann et al.

2005; Shaffer et al. 1996), weshalb eine regelmäßige Abklärung der Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen mit einer Depression von höchster Relevanz und zwingend erforderlich ist. Eine Abklärung sollte bereits beim Erstkontakt erfolgen. Suizidale Äußerungen sollten dabei immer ernst genommen und von einer Fachperson abgeklärt werden. Hinweise zum Umgang mit Suizidalität und Krisen sind in ► Kap. 8.5 dargestellt. Suizidgedanken oder Gedanken an den Tod während depressiver Episoden werden von einem großen Teil der Kinder und Jugendlichen berichtet, je nach Studie von 35–72 % (Baji et al. 2009; Lewinsohn et al. 1996; Liu et al. 2006; Mitchell et al. 1988; Roberts et al. 1995; Yorbik et al. 2004). Suizidversuche werden von 10–25 % der Kinder und Jugendlichen mit Depression begangen, wobei Suizidversuche, wie bereits erwähnt, v. a. bei Jugendlichen vorkommen (Liu et al. 2006; Roberts et al. 1995; Rohde et al. 2013; Yorbik et al. 2004). Während Mädchen häufiger als Jungen Suizidver-

suche begehen, begehen Jungen mehr vollendete Suizide (Bridge et al. 2006; Gould et al. 2003; Rohde et al. 2013). Suizide vor dem 13. Lebensjahr kommen nur selten vor (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie 2016), im Alter von zehn bis 14 Jahren steigt die Suizidrate an. Risikofaktoren, die suizidales

Verhalten begünstigen, sowie Warnzeichen für suizidales Verhalten können ▶ Tab. 1.3 entnommen werden.

Merke: Suizidgedanken oder -äußerungen sollten immer explizit erfragt und ernstgenommen werden.

Tab. 1.3: Risikofaktoren und Warnzeichen für Suizidalität im Kindes- und Jugendalter

Risikofaktoren für Suizidversuche und Suizide im Jugendalter (Bridge et al. 2006; Evans et al. 2005; Gould et al. 2003)	Warnzeichen für Suizidalität im Jugendalter nach der Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie 2016; ergänzt nach Kostenuik & Ratnapalan 2010; Kasper et al. 2011).
<ul style="list-style-type: none"> • vorangegangene Suizidversuche (bedeutungsvollster Prädiktor) • Suizidgedanken • eine hohe Intention, bei einem Suizidversuch zu sterben • komorbide Suchterkrankung • schlechter physischer Gesundheitszustand, physische Erkrankungen • komorbide Persönlichkeitsstörung • Impulsivität, Aggressivität • suizidales Verhalten in der Familie und im Freundeskreis • Verlusterfahrungen, psychosoziale Probleme • Misshandlung und Missbrauch • Hoffnungslosigkeit • Verlusterlebnisse • nicht-heterosexuelle sexuelle Orientierung 	<ul style="list-style-type: none"> • plötzliche Verhaltensänderung • Gleichgültigkeit, Teilnahmslosigkeit • sozialer Rückzug • verändertes Essverhalten • gesteigerte Beschäftigung mit Sterben und Tod • Verschenken persönlicher Gegenstände • Depressivität und Traurigkeit • Stimmungsschwankungen, erhöhte emotionale Labilität • ausgeprägte Hoffnungslosigkeit • starke Schuldgefühle • Insuffizienzgefühle, starke Selbstvorwürfe • »altruistische« Suizid- bzw. Opferideen • Agitiertheit, erhöhter Antriebe • starke Schlafprobleme • kürzliches Verlusterlebnis • verringerte Fähigkeit zum Problemlösen • »Schwarz-Weiß«-Denken • psychosoziale Krise

1.8 Symptomatik in verschiedenen Settings (Schule, Familie, Peer-Group)

1.8.1 Schule

Die Schule ist ein wichtiger Entwicklungsraum, und Schüler*innen verbringen einen Großteil ihres Tages in Bildungseinrichtun-

gen (Eccles und Roeser 2012; Løhre et al. 2014). Daher ist es naheliegend, dass die schulische Atmosphäre die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beeinflusst (Schulte-Körne 2016a). So weisen

mehrere Studien darauf hin, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen geringer Verbundenheit mit der Schule, wenig Bindung an die Lehrkräfte und stärker ausgeprägten depressiven Symptomen (Joyce und Early 2014; Kuperminc et al. 2001; Ross et al. 2010).

Hohe eigene und familiäre Erwartungen an die akademische Leistung und das Erleben schulischer Überforderung stehen im Zusammenhang mit psychischen Beschwerden einschließlich depressiver Symptome. Überhöhte Erwartungen können zu chronischen Insuffizienzgefühlen im Hinblick auf akademische Leistung führen und so zur Entstehung depressiver Symptome beitragen. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, dass dieser Zusammenhang bidirektional ist: So zeigte sich in einer Studie, dass das Vorliegen psychischer Probleme dazu führt, dass Situationen als anstrengender bewertet und wahrgenommen werden (Moksnes et al. 2016). In einer Metaanalyse wurde ein Zusammenhang gefunden zwischen depressiven Symptomen und Schulabsentismus/unentschuldigten Fehlzeiten; die Richtung des Zusammen-

hangs ist jedoch unklar (Finning et al. 2019). Im klinischen Alltag ist häufig zu beobachten, dass stationär behandlungsbedürftige depressive Kinder und Jugendliche lange Phasen des Schulabsentismus in der Vorgeschichte aufweisen, häufig einhergehend mit Bußgeldverfahren aufgrund der Schulpflichtverletzung.

Depressionen erhöhen zudem das Risiko, ein Schuljahr wiederholen zu müssen, die Schule abzubrechen oder auf eine Förderschule wechseln zu müssen (Quiroga et al. 2012; Robles-Pina et al. 2008). Die Gründe dafür könnten u. a. in neurokognitiven Beeinträchtigungen wie verminderter Konzentrationsfähigkeit, Beeinträchtigungen in der Strukturierung des Arbeitspensums und einer beeinträchtigten Merkfähigkeit liegen (Owens et al. 2012). Diese Misserfolgserebnisse bestätigen oft das negative Selbstbild der Betroffenen; diese führen ihre verminderte Leistungsfähigkeit auf persönliches Versagen zurück, was eine zusätzliche Belastung darstellt (Schulte-Körne 2016b). ► Tab. 1.4 stellt die Symptomatik der Depression in den verschiedenen Settings im Überblick dar.

Tab. 1.4: Symptomatik der Depression in verschiedenen Settings

Schule	Familie	Peer-Group
<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsknick aufgrund von verminderter Leistungsfähigkeit • verminderte Konzentrationsfähigkeit • beeinträchtigte Merkfähigkeit • Insuffizienzgefühle • viele Fehlzeiten bis hin zum Schulabsentismus 	<ul style="list-style-type: none"> • innerfamiliäre Konflikte • Macht- und Hilflosigkeit der Eltern • sekundärer Krankheitsgewinn • Geschwisterrivalität 	<ul style="list-style-type: none"> • weniger Freundschaften • Konflikte bis hin zu körperlichen Auseinandersetzungen • Rückzug • Verlust von bestehenden Freundschaften • Ausgrenzungs- und Mobbing-erfahrungen

1.8.2 Familie

Erkranken Kinder oder Jugendliche an einer Depression, kann dies gravierende Auswirkungen auf das Familienleben haben. Oft sind die Eltern und Geschwister vor den

Kopf gestoßen, wenn auf einmal Verhaltensveränderungen auftreten, die scheinbar we-sensfremd sind. Vor allem die Antriebs- und Energielosigkeit können zu Unverständnis und familiären Konflikten führen. Oftmals wird das durch die Depression ausgelöste

Verhalten als »faul«, »desinteressiert«, »unverschämte« oder »pubertär« gedeutet und entsprechend getadelt oder bestraft, was wiederum dazu führen kann, dass die Patient*innen sich selbst abwerten und die Selbstwertdefizite zunehmen. Auch die häufig auftretende gereizte Stimmung der Kinder und Jugendlichen kann zu Konflikten in der Familie führen. Geschwisterkinder fühlen sich ungerecht behandelt, wenn das erkrankte Kind geschont, bevorzugt oder umsorgt wird und beispielsweise vom Schulbesuch befreit wird, obwohl keine sichtbare Krankheit vorliegt. Dies führt zu ungünstigen Interaktionen unter den Geschwistern und zu einer zusätzlichen Belastung für die Betroffenen (Sheeber et al. 2001; Wartberg et al. 2018). Die Eltern, vor allem, wenn sie selbst an einer Depression oder einer anderen psychischen Störung leiden, können in eine Überforderungssituation geraten und daher nicht mehr gleichermaßen eine Ressource für ihr erkranktes Kind sein wie zuvor. Für viele Eltern ist es auch schwierig sich einzugestehen, dass das Kind eine psychische Störung hat. Zu den durch die Symptomatik ausgelösten Schwierigkeiten kommen dann Schuld- und Insuffizienzgefühle der Eltern. Stice et al. (2004) konnten zeigen, dass Defizite in der erlebten elterlichen Unterstützung die zukünftige Zunahme von depressiven Symptomen und das Auftreten von depressiven Störungen vorhersagen. Außerdem begünstigen innerfamiliäre Konflikte, Ehekonflikte der Eltern sowie Konflikte zwischen den Jugendlichen und ihren Eltern die Entstehung depressiver Störungen (Ackard et al. 2006; Lee et al. 2006; Lin et al. 2008).

1.8.3 Peer-Group

In der Adoleszenz gewinnen außerfamiliäre Beziehungen immer mehr an Bedeutung; sie bieten einen wichtigen Entwicklungsraum für die Jugendlichen und erreichen einen

ähnlich relevanten Stellenwert wie die Beziehung zur Familie (La Greca und Harrison 2005; Rueger et al. 2016). Diese freundschaftlichen oder romantischen Beziehungen zu Gleichaltrigen haben einen großen Einfluss auf die psychische Gesundheit der Jugendlichen. Depressive Jugendliche haben Probleme, mit Gleichaltrigen in Beziehung zu treten und geraten mit höherer Wahrscheinlichkeit in körperliche Auseinandersetzungen (Saluja et al. 2004).

Aufgrund der erkrankungsbedingten Insuffizienzgefühle, Selbstwertdefiziten und Problemen in der Emotionsregulation fällt es den betroffenen Kindern und Jugendlichen schwerer, Freundschaften zu schließen und aufrechtzuerhalten. Im klinischen Alltag fällt auf, dass die meisten erkrankten Jugendlichen kaum oder nur noch sehr wenige soziale Kontakte haben. Durch die Antriebsstörung und den damit verbundenen Rückzug von Schule und Freizeitaktivitäten sind alltägliche Begegnungen mit Gleichaltrigen eingeschränkt. Diese Entwicklung begünstigt selbstabwertende Kognitionen. Die Jugendlichen denken, dass sie eine Bürde für ihre Freund*innen seien und, dass sie es nicht verdient hätten, dass sich jemand für sie interessiert und sich um sie kümmert. Durch den Wegfall sozialer Interaktion und die dadurch ausbleibende positive Verstärkung verschlimmert sich die depressive Symptomatik wiederum (Verstärker-Verlust-Theorie nach Lewinsohn 1974). Aus Angst vor Zurückweisung oder der Erwartung, negative Rückmeldungen zu bekommen, ziehen die Jugendlichen sich häufig komplett zurück und reagieren auch nicht auf Kontaktversuche von Freund*innen oder Klassenkamerad*innen. Soziale Unterstützung durch die Peer-Group hat nachgewiesenermaßen einen positiveren Effekt auf die depressive Symptomatik als die Unterstützung durch eine einzelne Person, wie einen besten Freund oder eine beste Freundin. Für Kinder und jüngere Jugendliche ist dieser Zusammenhang noch stärker ausgeprägt als für ältere Jugendliche (Rueger et al. 2016). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass eine gute

Integration in die Gleichaltrigen-Gruppe als protektiver Faktor im Hinblick auf die Entwicklung depressiver Störungen gelten kann.

Zudem gibt es auch einen Zusammenhang zwischen Mobbing-Erfahrungen und depressiver Symptomatik: Jugendliche, die Opfer von Ausgrenzung und Gewalt durch Gleichaltrige werden, zeigen vermehrt depressive Symptome. Auch gute Freundschaften oder eine positive Liebesbeziehung wirken hier nicht protektiv (Chen und Wei 2011; Hawker und Boulton 2000; La Greca

und Harrison 2005; Lin et al. 2008; Stice et al. 2004).

Merke: In der Schule kommt es aufgrund einer depressiven Erkrankung häufig zu einem Leistungsknick und vielen Fehlzeiten. In der Familie nehmen die Konflikte meist zu und Angehörige geraten dann an die Belastungsgrenze. Aus der Peer-Group ziehen sich Betroffene zurück, fühlen sich ausgeschlossen und nicht erwünscht.



Abb. 1.1:
Gedicht einer 15-jährigen Patientin am Ende ihres stationären Aufenthalts