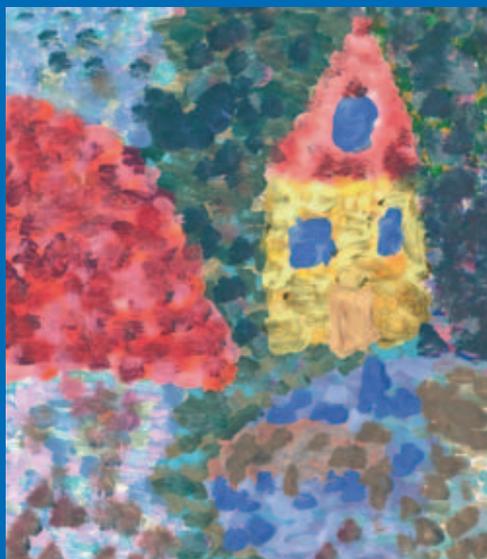


Wolfgang Ihle · Gunter Groen  
Daniel Walter · Günter Esser · Franz Petermann

# Depression



HOGREFE



# Depression

# **Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie**

**Band 16**

## **Depression**

von Dipl.-Psych. Wolfgang Ihle, Prof. Dr. Gunter Groen, Dr. Daniel Walter,  
Prof. Dr. Günter Esser und Prof. Dr. Franz Petermann

---

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Manfred Döpfner, Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl,  
Prof. Dr. Franz Petermann

# Depression

von

Wolfgang Ihle, Gunter Groen,  
Daniel Walter, Günter Esser und Franz Petermann

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO  
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

*Dipl.-Psych. Wolfgang Ihle*, geb. 1959. Seit 1996 stv. Leiter der Abteilung Klinische Psychologie/ Psychotherapie und Geschäftsführer der Akademie für Psychotherapie und Interventionsforscher an der Universität Potsdam.

*Prof. Dr. Gunter Groen*, geb. 1970. Seit 2010 Professor für Psychologie im Studiengang Soziale Arbeit an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg und Psychologischer Psychotherapeut.

*Dr. Daniel Walter*, geb. 1972. Seit 1998 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln.

*Prof. Dr. Günter Esser*, geb. 1950. Seit 1996 Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Potsdam und Direktor der Psychologisch-Psychotherapeutischen Ambulanz.

*Prof. Dr. Franz Petermann*, geb. 1953. Seit 1996 Direktor des Zentrums für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

© 2012 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto  
Cambridge, MA • Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm  
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

**Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

---

Satz: ARThür, Grafik-Design & Kunst, Weimar

Format: PDF

Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 978-3-8409-2381-4

## **Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

# Einleitung: Grundlagen und Aufbau des Buches

Depressionen gehören weltweit zu den häufigsten und am stärksten beeinträchtigenden Erkrankungen. Sie greifen stark in den Lebensvollzug ein und erhöhen in bedeutender Weise das Risiko für suizidale Handlungen. Im Jahr 2006 wurden daher die Verhinderung, die Früherkennung und die nachhaltige Behandlung depressiver Erkrankungen als 6. nationales Gesundheitsziel in Deutschland benannt. Der Anwendung evidenzbasierter Präventions- und Behandlungsmaßnahmen im Kindes- und Jugendalter kommt hierbei ein hoher Stellenwert zu.

Der vorliegende Leitfaden möchte einen Beitrag zur evidenzbasierten Praxis der Diagnostik und Therapie depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter leisten. Hierbei werden neben dem aktuellen Forschungsstand (vgl. Kapitel 1) insbesondere die national und international anerkannten Leitlinien für unipolare Depressionen (depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, anhaltende depressive Störungen) der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2007), der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Blanz et al., 2007) und des National Institute for Clinical Excellence in Großbritannien (NICE, 2005; in einem ausführlichen Reviewprozess 2011 ohne Änderung bestätigt) berücksichtigt. Weiterhin wurden auch die vorwiegend für das Erwachsenenalter konzipierten Leitlinien der American Psychiatric Association (APA, 2010), der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (de Jong-Meyer et al., 2007) sowie die S3-/Nationale Versorgungsleitlinie Depression (DGPPN, 2009) im Entstehungsprozess der vorliegenden Leitlinien herangezogen. Aufgrund des vergleichsweise hohen Grades der Entwicklung, wissenschaftlichen Erprobung und empirischen Absicherung der Kognitiven Verhaltenstherapie depressiver Störungen des Kindes- und Jugendalters richtet sich das in Kapitel 2 beschriebene therapeutische Vorgehen nahezu ausschließlich an dieser Therapieform aus. Viele der dargestellten Interventionen sind standardmäßige Elemente evaluierter Therapieprogramme, wie sie in Kapitel 3 vorgestellt werden.

Der Leitfaden unterteilt sich in insgesamt 5 Kapitel:

- 1** Im ersten Kapitel wird auf den aktuellen Wissensstand hinsichtlich Symptomatik und Klassifikation, Epidemiologie und Verlauf, Komorbidität, Pathogenese und Prävention sowie auf Ergebnisse der Therapieforschung eingegangen. Hierbei stehen Aspekte im Vordergrund, die für die Leitlinienformulierung von besonderer Relevanz sind.
- 2** Kapitel zwei stellt das Kernstück des Leitfadens dar. Hier werden ausführliche Leitlinien zur Diagnostik (Exploration, Diagnosestellung, Differenzialdiagnostik, Risiken und Ressourcen, Einstellungen zur Therapie) und zur Therapie (Beziehungsaufbau, Gesprächsführung und Förderung der Behandlungsmotivation, Psychoedukation und Entwicklung eines Störungsmodells, kognitive und verhaltensorientierte Interventionen, elternbezogene Interventionen, Pharmakotherapie, Rückfallprophylaxe) dargestellt. Ausführlich wird in gesonderten Leitlinien auf die Diagnostik von und den Umgang mit Suizidalität eingegangen.

Die Auswahl von Behandlungssetting (Indikation für ambulante vs. stationäre Behandlung) und -methode (Psycho-/Pharmakotherapie) wird umfänglich beschrieben.

- 3** Im dritten Kapitel werden empfehlenswerte deutschsprachige diagnostische Verfahren und Manuale zur Prävention und Therapie ausführlich vorgestellt.
- 4** Das vierte Kapitel enthält für den Praxisalltag hilfreiche diagnostische und therapeutische Materialien.
- 5** Das fünfte Kapitel zeigt die Umsetzung der Leitlinien in die Praxis ambulanter Richtlinien-therapie der Gesetzlichen Krankenversicherung anhand eines umfangreichen Fallbeispiels. Anhand der Darstellung der Therapie eines 11-jährigen Patienten wird die Anpassung des Vorgehens bei jüngeren Kindern illustriert.

Ergänzt wird der Leitfaden Depression durch den „Ratgeber Traurigkeit, Rückzug, Depression“ (Groen, Ihle, Ahle & Petermann, 2012). Dieser enthält hilfreiche Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher, stellt Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten allgemeinverständlich vor und gibt Tipps zur Selbsthilfe.

Potsdam, Hamburg,  
Köln und Bremen, Januar 2012

*Wolfgang Ihle, Gunter Groen, Daniel Walter,  
Günter Esser und Franz Petermann*

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Stand der Forschung</b> .....	1
1.1	Symptomatik .....	1
1.2	Klassifikation .....	3
1.3	Epidemiologie und Verlauf .....	7
1.4	Komorbide Störungen .....	11
1.5	Pathogenese .....	15
1.6	Präventionsansätze .....	21
1.7	Therapie .....	24
1.7.1	Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) .....	24
1.7.2	Interpersonelle Psychotherapie (IPT) .....	27
1.7.3	Familientherapie .....	28
1.7.4	Psychodynamische Psychotherapie .....	28
1.7.5	Pharmakotherapie .....	29
1.7.6	Wirksamkeit der Psycho- und Pharmakotherapie .....	31
<b>2</b>	<b>Leitlinien</b> .....	35
2.1	Leitlinien zur Diagnostik .....	35
2.1.1	Exploration des Patienten, seiner Eltern und Erzieher/Lehrer .....	36
2.1.2	Exploration der depressiven Symptomatik des Kindes/ Jugendlichen .....	39
2.1.3	Klärung der Diagnose, Erfassung von Komorbidität und differenzialdiagnostische Abklärung .....	42
2.1.4	Exploration der relativen Stärken, Kompetenzen, Interessen und positiven Eigenschaften des Kindes/Jugendlichen .....	50
2.1.5	Erfassung von auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren .....	52
2.1.6	Exploration der Einstellungen zur Therapie .....	54
2.2	Leitlinien zur Indikation und Behandlungsplanung .....	56
2.2.1	Indikation zu niederschweligen und kurzzeitigen Maßnahmen .....	57
2.2.2	Indikation zu psychotherapeutischer Behandlung .....	58
2.2.2.1	Auswahl des Behandlungssettings (ambulant, stationär/ teilstationär) .....	58
2.2.2.2	Auswahl der Behandlungsmethode .....	59
2.3	Leitlinien zur Therapie .....	60
2.3.1	Beziehungsaufbau, Gesprächsführung und Förderung der Behandlungsmotivation .....	61

2.3.2	Psychoedukation und Entwicklung eines individuellen Störungsmodells . . . . .	64
2.3.3	Patientenzentrierte Interventionen . . . . .	68
2.3.3.1	Kognitive Techniken . . . . .	68
2.3.3.1.1	Kognitive Umstrukturierung und Förderung realistischer und günstiger Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster . . . . .	71
2.3.3.1.2	Problemlösetraining . . . . .	74
2.3.3.2	Verhaltensorientierte Techniken . . . . .	76
2.3.3.2.1	Aufbau positiver Aktivitäten . . . . .	77
2.3.3.2.2	Training sozialer Fertigkeiten . . . . .	79
2.3.3.2.3	Selbstverstärkung und Fremdverstärkung . . . . .	81
2.3.3.2.4	Entspannungstechniken . . . . .	82
2.3.4	Elternzentrierte Interventionen . . . . .	82
2.3.4.1	Familien-Kommunikations- und Problemlösetraining . . . . .	84
2.3.4.2	Elternt raining . . . . .	86
2.3.5	Pharmakotherapie . . . . .	88
2.3.6	Rückfallprophylaxe und Erhaltungstherapie . . . . .	89
2.4	Leitlinien zur Diagnostik von und zum Umgang mit Suizidalität . . . . .	91
2.4.1	Leitsymptome und Prävalenzen von Suizidalität . . . . .	91
2.4.2	Diagnostik von Suizidalität . . . . .	92
2.4.2.1	Spezifischere Risikofaktoren . . . . .	95
2.4.2.1.1	Exploration der Umstände eines Suizidversuchs . . . . .	95
2.4.2.1.2	Exploration der individuellen Einstellung und Umgebungsfaktoren . . . . .	96
2.4.2.2	Unspezifischere Risikofaktoren . . . . .	97
2.4.2.2.1	Exploration der individuellen Symptomatik . . . . .	97
2.4.2.2.2	Exploration psychosozialer Belastungen . . . . .	98
2.4.3	Umgang mit Suizidalität . . . . .	99
2.4.3.1	Umgang mit und Beziehungsgestaltung bei suizidalen Kindern und Jugendlichen . . . . .	100
2.4.3.2	Stationäre Behandlung von Suizidalität . . . . .	102
2.4.3.3	Vermeiden von Fehlern im Umgang mit Suizidalität . . . . .	103
<b>3</b>	<b>Verfahren zur Diagnostik und Therapie . . . . .</b>	<b>105</b>
3.1	Deutschsprachige diagnostische Verfahren . . . . .	105
3.1.1	Diagnostische Interviews, Diagnosechecklisten und Fremdbeurteilungsskalen . . . . .	106
3.1.2	Selbstbeurteilungsskalen . . . . .	109

3.2	Deutschsprachige Manuale zur Prävention und Therapie von Depressionen . . . . .	111
3.2.1	Therapiemanuale . . . . .	112
3.2.2	Präventionsmanuale . . . . .	119
<b>4</b>	<b>Materialien</b> . . . . .	124
M01	Depressionsfragebogen für Kinder und Jugendliche. . . . .	125
M02	Mannheimer Assessment of Functioning Skalen für Kinder und Jugendliche (MAFS-KIJU): Peerbeziehungen und Interessen/ Freizeitbeschäftigungen. . . . .	126
M03	Skala irrationaler Grundüberzeugungen nach Ellis – Jugendlichenversion (SIGE-J). . . . .	127
M04	Tägliches Stimmungstagebuch (14-Tage-Version) . . . . .	128
M05	Angenehme Aktivitäten-Liste für 12- bis 18-Jährige . . . . .	129
M06	ABC-Methode . . . . .	131
M07	Erläuterung der Gedankenstopp-Methode. . . . .	132
M08	Notfallplanung und Umgang mit kritischen Lebensereignissen . . . . .	133
<b>5</b>	<b>Fallbeispiel</b> . . . . .	135
5.1	Ole, 11 Jahre alt: Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik. . . . .	135
5.2	Lebensgeschichtliche Entwicklung des Klienten und Krankheitsanamnese . . . . .	136
5.3	Psychischer Befund zum Zeitpunkt des Erstgespräches. . . . .	137
5.4	Somatischer Befund . . . . .	138
5.5	Verhaltensanalyse . . . . .	138
5.6	Diagnosen zum Zeitpunkt des Erstgespräches . . . . .	140
5.7	Therapieziele und Prognose . . . . .	142
5.8	Behandlungsplan . . . . .	142
5.9	Behandlungsverlauf. . . . .	143
5.10	Evaluation und Katamnese . . . . .	151
<b>6</b>	<b>Literatur</b> . . . . .	153



# 1 Stand der Forschung

Depressive Störungen gehören weltweit zu den häufigsten und am meisten beeinträchtigenden Erkrankungen (Murray & Lopez, 1996). Die Prävalenz von Depressionen hat seit dem 2. Weltkrieg zugenommen und man kann davon ausgehen, dass 20 % der Bevölkerung mindestens einmal im Leben von einer depressiven Episode betroffen sind. Die 6- bzw. 12-Monatsprävalenzen depressiver Störungen betragen im Kindesalter ca. 2 %, im Jugendalter 4 bis 8 % (Ihle & Esser, 2002). Depressive Störungen greifen stark in den Lebensvollzug ein, beeinträchtigen v. a. die Bereiche Schule/Beruf und Sozialkontakte und erhöhen zudem in bedeutender Weise das Risiko für suizidale Handlungen. So ist die Inzidenz von Suizidversuchen im mittleren Jugendalter am höchsten und Suizide stellen im Jugendalter die zweithäufigste Todesursache nach Verkehrsunfällen dar. Depressive Störungen sind daher in den Hauptfokus von nationalen und internationalen Gesundheitszielen gerückt. In den letzten Jahren wurden wirksame psychotherapeutische Verfahren entwickelt, von denen bisher die Kognitive Verhaltenstherapie und die Interpersonelle Psychotherapie am besten evaluiert sind. Beachtliche Fortschritte wurden auch im Bereich der selektiven und indizierten Prävention depressiver Störungen erzielt (Ihle, Jahnke & Ahle, 2006). Eine große Hilfe für die Umsetzung wissenschaftlich fundierter psychotherapeutischer Ansätze in die Regelversorgung stellen Leitlinien und Leitfäden für die evidenzbasierte Praxis dar.

**Depressionen gehören zu den beeinträchtigendsten Krankheiten**

## 1.1 Symptomatik

Depressionen lassen sich durch Beeinträchtigungen der Gefühls- und Stimmungslage und des inneren Erlebens kennzeichnen. Der Begriff „Depression“ umfasst das Spektrum von alltäglichen Gefühlen der Traurigkeit bis hin zu einer schwerwiegenden und umfassenden psychischen Störung. Die Beschreibung der Diagnostik und Klassifikation der Depression bzw. *depressiven Störung* bezieht sich auf eine klinische Diagnose, die auf den Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV-TR; Saß et al., 2003) und der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; WHO, 2010) beruht. Auf der Diagnoseebene erfolgt die Integration von Symptomen bzw. Syndromen sowie verschiedener zusätzlich zu berücksichtigender Merkmale (z. B. Kriterien der psychosozialen Beeinträchtigung, der Dauer und des Verlaufs).

Bei den wesentlichen Symptomen von Depression handelt es sich um eine deutliche emotionale Niedergeschlagenheit bzw. Traurigkeit (depressive Verstimmung), die reduzierte Fähigkeit, Freude und Interesse zu empfinden (Anhedonie) sowie einen verminderten Antrieb und eine schnellere

**Hauptsymptome der Depression**

Ermüdbarkeit. Bei einer depressiven Störung treten neben der zentralen affektiven Symptomatik weitere charakteristische Anzeichen auf, wie etwa ein vermindertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle oder Gedanken an den Tod, kognitive und motivationale Beeinträchtigungen, wie eine erschwerte Entscheidungsfindung oder ein eingeschränktes Konzentrationsvermögen, neurovegetative Symptome, wie Veränderungen des Appetits und des Schlafverhaltens, oder verhaltensbezogene Auffälligkeiten, wie eine verlangsamte Psychomotorik oder Agitiertheit.

**Kernsymptome bei allen Altersgruppen vergleichbar**

Bezogen auf die Kernsymptomatik zeigen sich depressive Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in einem vergleichbaren Bild (z. B. AACAP, 2007). Bestimmte Symptome können sich aber in Abhängigkeit vom Alter verändern oder unterschiedlich deutlich ausgeprägt sein. Demnach sind im vorpubertären Stadium Symptome wie Reizbarkeit, körperliche Beschwerden und sozialer Rückzug besonders häufig, wohingegen bei depressiven Jugendlichen psychomotorische Verlangsamung, Hypersomnia und Wahnphänomene deutlich häufiger als bei Kindern auftreten (Saß et al., 2003). In dieser Altersgruppe nehmen suizidale Gedanken deutlich zu (vgl. Becker & Meyer-Keitel, 2008). Im frühen Kindesalter hingegen sind die depressiven Symptome häufig eingebettet in ein stärker gemischtes, „dysphorisches“ Symptommuster, im Rahmen dessen typischerweise eine Reihe zusätzlicher Auffälligkeiten, wie zum Beispiel Symptome von Angst und Zurückgezogenheit auftreten. Tabelle 1 stellt die altersspezifischen Symptome depressiver Störungen gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (2007) dar.

**Suizidgedanken im Jugendalter zunehmend**

**Tabelle 1:** Veränderung depressiver Symptome im Entwicklungsverlauf nach der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (2007)

<b>Im Kleinkindalter (1–3 Jahre)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wirkt traurig</li> <li>– Ausdrucksarmes Gesicht</li> <li>– Erhöhte Irritabilität</li> <li>– Gestörtes Essverhalten</li> <li>– Schlafstörungen</li> <li>– Selbststimulierendes Verhalten: Jactatio Capitis, exzessives Daumenlutschen</li> <li>– Genitale Manipulationen</li> <li>– Auffälliges Spielverhalten: reduzierte Kreativität und Ausdauer</li> <li>– Spielunlust</li> <li>– Mangelnde Fantasie</li> </ul>
<b>Im Vorschulalter (3–6 Jahre)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Trauriger Gesichtsausdruck</li> <li>– Verminderte Gestik und Mimik</li> <li>– Leicht irritierbar und äußerst stimmungslabil</li> <li>– Mangelnde Fähigkeit, sich zu freuen</li> <li>– Introvertiertes Verhalten, aber auch aggressives Verhalten</li> <li>– Vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten</li> <li>– Essstörungen bis zu Gewichtsverlust/-zunahme</li> <li>– Schlafstörungen: Alpträume, Ein- und Durchschlafstörungen</li> </ul>

**Tabelle 1:** (Fortsetzung)

<b>Bei Schulkindern</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Verbale Berichte über Traurigkeit</li> <li>– Suizidale Gedanken</li> <li>– Befürchtungen, dass Eltern nicht genügend Beachtung schenken</li> <li>– Schulleistungsstörungen</li> </ul>
<b>Im Pubertäts- und Jugendalter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vermindertes Selbstvertrauen</li> <li>– Apathie, Angst, Konzentrationsmangel</li> <li>– Leistungsstörungen</li> <li>– Zirkadiane Schwankungen des Befindens</li> <li>– Psychosomatische Störungen</li> <li>– Kriterien der depressiven Episode</li> <li>– Psychische und somatische Symptome zu früherem Zeitpunkt vorhanden</li> </ul>

## 1.2 Klassifikation

In Abgrenzung zu eher alltäglichen Gefühlen von Traurigkeit und Unlust werden entsprechende Symptome erst dann zu einer depressiven Störung, wenn

- mehrere Symptome gleichzeitig vorliegen,
- diese Symptome eine bestimmte Intensität erreichen und
- über eine gewisse Zeit andauern (mindestens wenige Wochen) sowie
- im Leben der Betroffenen zu Beeinträchtigungen oder Leiden führen.

Die Klassifikation unipolarer depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen erfolgt auf Grundlage der vierten Version des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen der American Psychiatric Association (DSM-IV-TR; Saß et al., 2003) und der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10; WHO, 2010) (vgl. Tab. 2). In beiden Klassifikationssystemen werden für die Diagnose einer depressiven Störung bei Kindern und Jugendlichen großteils dieselben Kriterien zugrunde gelegt wie für eine entsprechende Diagnose im Erwachsenenalter. Im DSM-IV gibt es jedoch Spezifikationen für Kinder und Jugendliche. So kann die depressive Verstimmung bei Kindern und Jugendlichen auch in Form einer reizbaren Verstimmung auftreten und anstelle eines Gewichtsverlusts kann bei Kindern auch das Ausbleiben einer zu erwartenden Gewichtszunahme berücksichtigt werden.

**Reizbare Verstimmung und fehlende Gewichtszunahme als kinder- und jugendlichen-spezifische Symptome**

Zu den depressiven Störungen werden neben der Dysthymen Störung vor allem die Major Depression (DSM-IV) bzw. die depressive Episode oder die rezidivierende depressive Störung (ICD-10) gezählt. Die typische Depression stellt die Major Depression bzw. depressive Störung dar, die in einzelnen oder wiederkehrenden Episoden von mindestens zweiwöchiger Dauer auftritt. Kasten 1 stellt die Kriterien einer depressiven Episode nach ICD-10 zusammen. Dabei wird angemerkt, dass das klinische Bild beträchtliche individuelle Varianten zeigt und bei Jugendlichen häufig ein untypisches Erscheinungsbild anzutreffen ist.

**Atypische Erscheinungsbilder bei Jugendlichen häufiger**

**Tabelle 2:** Klassifikation unipolarer depressiver Störungsbilder nach DSM-IV-TR und ICD-10

DSM-IV-TR		ICD-10	
296.2x	Major Depression, einzelne Episode .x1 Leicht .x2 Mittelschwer .x3 Schwer ohne Psychotische Merkmale .x4 Schwer mit Psychotischen Merkmalen .x5 Teilremittiert .x6 Vollremittiert .x0 Unspezifisch	F32	Depressive Episode .0 Leicht .1 Mittelgradig .2 Schwer ohne psychotische Symptome .3 Schwer mit psychotischen Symptomen .8 Sonstige depressive Episode (atypische Depression)
296.3x	Major Depression, rezidivierend .x1 Leicht .x2 Mittelschwer .x3 Schwer ohne Psychotische Merkmale .x4 Schwer mit Psychotischen Merkmalen .x5 Teilremittiert .x6 Vollremittiert .x0 Unspezifisch	F33	Rezidivierende depressive Störung .0 Leicht .1 Mittelgradig .2 Schwer ohne psychotische Symptome .3 Schwer mit psychotischen Symptomen .4 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert .8 Sonstige rezidivierende depressive Störungen
300.4	Dysthyme Störung	F34.1	Dysthymia
311	Nicht näher bezeichnete depressive Störung	F32.9	Nicht näher bezeichnete depressive Episode
		F33.9	Nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störung
		F38.1	Rezidivierende kurze depressive Episoden

Für eine *rezidivierende depressive Störung* (F33) muss neben der aktuellen Episode mindestens eine weitere depressive Episode in der Vorgeschichte vorgelegen haben, die mindestens zwei Wochen andauert hat und von der gegenwärtigen Episode durch ein mindestens zweimonatiges, weitgehend symptomfreies Intervall abgegrenzt werden kann. In der Anamnese darf keine Phase aufgetreten sein, die die Kriterien für eine manische oder hypomane Episode erfüllt. Depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen können nach ihrem *Schweregrad* bzw. der Anzahl der Symptome und dem Ausmaß der psychosozialen Beeinträchtigung in *leicht, mittelgradig und schwer ohne/mit psychotische Symptome* (Wahnideen, Halluzinationen oder depressiver Stupor) unterteilt werden. Bei einer leichten Störung sollten vier oder fünf, bei einer mittelgradigen sechs oder sieben und bei einer schweren alle drei Kernsymptome und insgesamt mindestens acht Symptome vorliegen.

Kriterien für  
Schwere-  
grad-  
einteilung

**Kasten 1:** Symptome einer depressiven Episode nach ICD-10 (F32) und zusätzliche mögliche Symptome bei Kindern und Jugendlichen

*Mindestens zwei der drei Kersymptome über mindestens zwei Wochen Dauer:*

- Deutliche und anhaltende depressive Stimmung,
- Interessen- und Freudeverlust an normalerweise angenehmen Aktivitäten,
- Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit.

*Zusätzlich müssen weitere dieser Symptome vorliegen (bei Vorhandensein von zwei Kersymptomen mindestens zwei weitere):*

- Wenig Selbstvertrauen und geringes Selbstwertgefühl,
- Selbstvorwürfe und Schuldgefühle,
- Suizidgedanken und suizidales Verhalten,
- Konzentrationsschwierigkeiten und Unentschlossenheit,
- Psychomotorische Unruhe oder Hemmung,
- Schlafstörungen,
- Appetitverlust oder gesteigerter Appetit.

Depressive Episoden (F32) und rezidivierende depressive Störungen (F33) können in ihrem *Schweregrad* entsprechend der Anzahl der Symptome und dem Ausmaß psychosozialer Beeinträchtigungen weiter spezifiziert werden.

Zusätzliche mögliche Symptome einer Depression bei Kindern und Jugendlichen:

- Reizbarkeit und übellaulige Stimmung,
- Trennungsängste,
- häufige körperliche Beschwerden (z. B. Kopf- oder Bauchschmerzen),
- Rückzug, Isolation, wenig Kontakte zu Gleichaltrigen und Schwierigkeiten in bestehenden Beziehungen,
- Gelangweiltsein.

Leichte und mittelgradige depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen können weiterhin danach spezifiziert werden, ob ein somatisches Syndrom vorliegt (F32.01/F32.11 bzw. F33.01/F33.11) oder nicht (F32.00/F32.10 bzw. F33.00/F33.10). Für die Kodierung eines somatischen Syndroms sollten vier der folgenden Merkmale vorhanden sein:

- deutlicher Interessenverlust oder der Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten,
- mangelnde Fähigkeit, auf Ereignisse oder Aktivitäten emotional zu reagieren, die normalerweise eine Reaktion hervorrufen,
- Früherwachen, zwei Stunden oder mehr vor der gewohnten Zeit,
- Morgentief,
- objektivierter Befund einer ausgeprägten psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit (von anderen bemerkt oder berichtet),
- deutlicher Appetitverlust,
- Gewichtsverlust (5 % oder mehr des Körpergewichts im vergangenen Monat) und
- deutlicher Libidoverlust.

**Kriterien  
für soma-  
tisches  
Syndrom**

Die Dysthymia (F34.1) wird laut ICD-10 als eine chronische depressive Verstimmung beschrieben, die hinsichtlich der Schwere und Intensität einzelner Episoden nicht häufiger die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung erfüllen soll. Die konstante oder konstant wieder-