



**Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie**
Universitätsklinikum Ulm

Symptome depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Wahrnehmung, Bewertung und Konsequenzen

Hamburg, 06.02.2010

Dr. Nina Spröder, Diplom-Psychologin





Gibt es Depressionen bei Kindern und Jugendlichen überhaupt?

1. Depression kann eigenständige Erkrankung sein

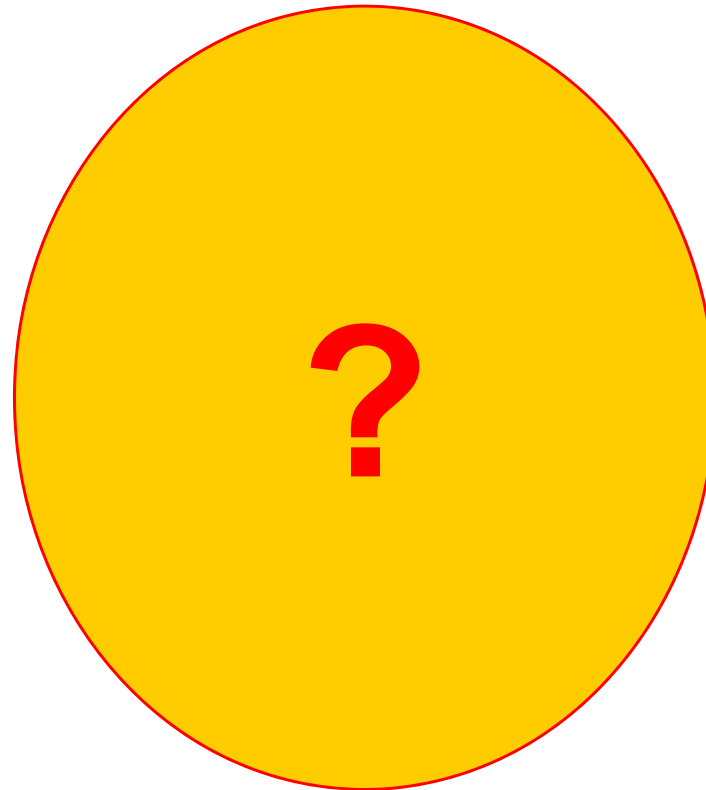
und

2. Depression können die „Endstrecke“ bei vielen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen sein:

- z.B. Störung des Sozialverhaltens
- Angststörungen
- Angststörungen
- Psychosen
- **ADHS**



Typischer Vorstellungsanlass in der Praxis... und dann?





Hören wir zu! Bericht einer Patientin (Name verändert)





Epidemiologie I

Prävalenz von MDD:

- Punktprävalenz von MDD in der Adoleszenz 5% (Essau & Dobson, 1999)
- 0.3% Vorschulkinder, 2% Grundschulkinder, 5-10% Jugendliche (Emslie et al, 2002)
- 10 – 20% aller Jugendlichen hatten mindestens eine depressive Episode im Verlauf der Entwicklung (z.B. Saluja et al., 2004)

Geschlechterunterschiede:

- Kindern (m :w 1:1); Jugendlichen (m : w 1 : 2) (Boyd et al, 2000)
- Im Alter zwischen 13 und 18 Jahren: 1-Jahres-Prävalenz 3% für Mädchen und 1% für Jungen (Angold & Costello, 2001)
- ▶ ab der Pubertät: Mädchen häufiger als Jungen betroffen





Epidemiologie II

- Mittlere Dauer depressive Episode Jugendliche: 8 Monate
- fast die Hälfte der Depressionen bei Minderjährigen remittiert innerhalb eines Jahres (NICE 2005).
- Nach Remission: Wiederauftretensrate 20-60% nach 1 Jahr, 70% nach 5 Jahren (Birmaher et al., 2002, Costello et al., 2002)
- ungefähr 50 % der Erkrankungen zeigen einen bis in das Erwachsenenalter andauernden Verlauf (Weissman et al. 1999).

Fazit

- Depressive Episoden im Kindes- und Jugendalter bergen ein hohes Risiko des Wiederauftretens im Erwachsenenalter (Harrington & Dubicka, 2001);
- 45% der Teenager, die sich schon einmal von einer depressiven Episode erholt hatten, erkrankten erneut im Alter zwischen 19 und 24 Jahren (Lewinsohn et al, 1999)
- hohe Gefahr für Suizidalität (Harrington, 2001), v.a. während der Besserungsphase (Nelson et al., 2007)





Und wie wird behandelt? (Olfson et al., 2003)

- Jahr 1996 – 1999
- Jugendliche zwischen 6 – 18 Jahren: 1% Behandlung wegen Depression (versus Prävalenz 2-8%)

Davon:

- ca. 80% eine oder mehrere Psychotherapiesitzungen
- ca. 55% Medikation
- 47% Kombi

Aber kont

empörend?

- 33.5% nur ein...sitzungen,
- Diejenigen, die mehr erhielten: 7.7 Sitzungen in einem Jahr
- Abhängig von sozioökonomischen Faktoren



Schauen wir uns Depressionen genauer an...





Depressive Episoden - Kernsymptome

- Stimmungsprobleme (gedrückte Stimmung, Traurigkeit)
- Interessenverlust/Freudeverlust
- Veränderungen im Aktivitätsniveau (erhöhte Ermüdbarkeit),
Hemmung der Handlungsfunktionen



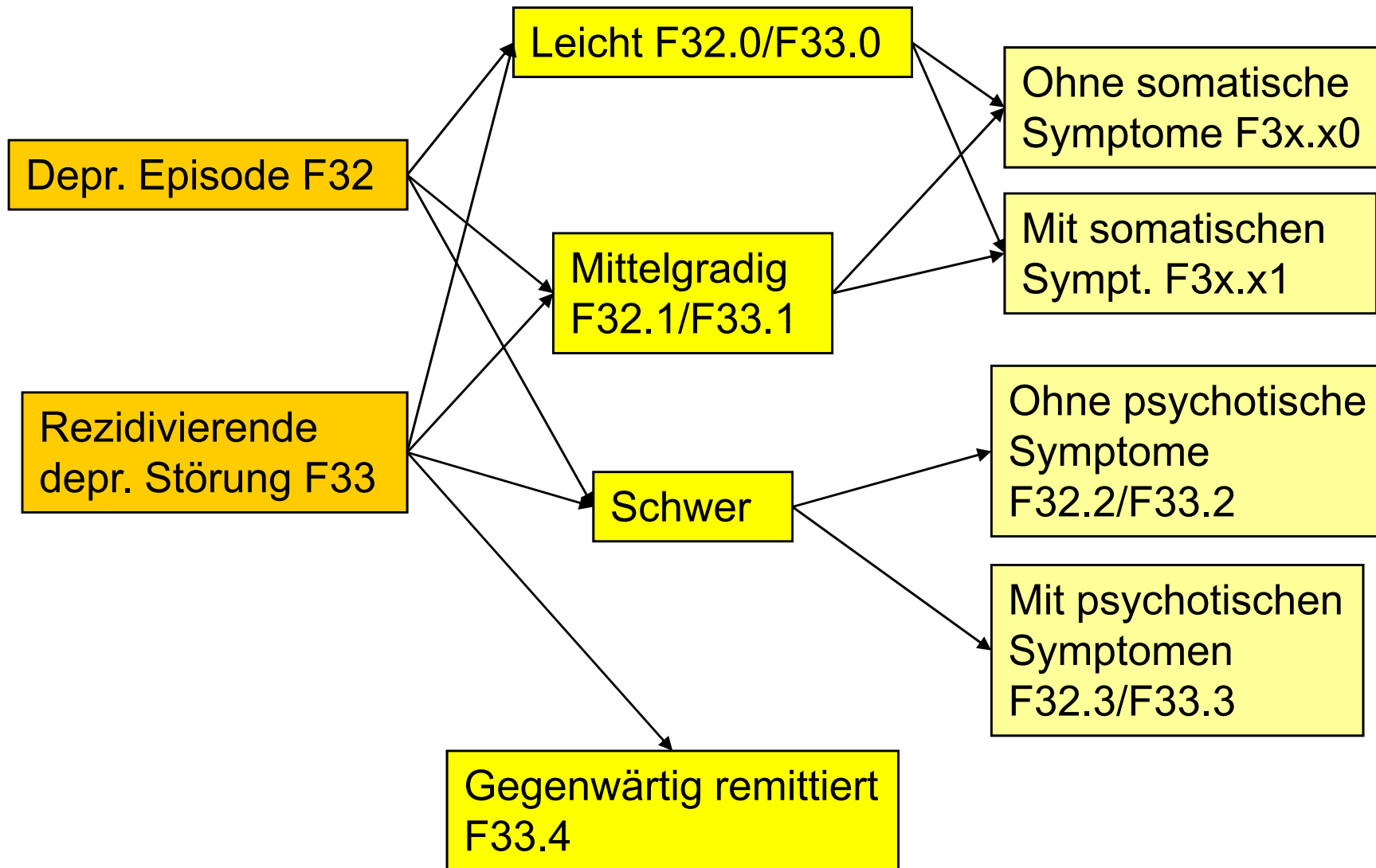


Depressive Episoden - Häufige weitere Symptome

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit
- Körperlich-vegetative Beschwerden, z.B. Kopf- oder Bauchschmerzen



Klassifikation (ICD-10)



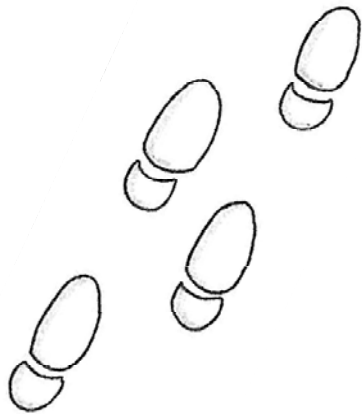


Frühwarnsymptome

- Weglaufen
- Langeweile
- Emotionale Krisen/ Ausbrüche
- Keine Lust mehr, mit anderen etwas zu unternehmen (Rückzug)
- Substanzmissbrauch/ hoher Medienkonsum
- Erhöhte Reizbarkeit
- Probleme in Beziehungen/ Interaktionen
- Niedriger Selbstwert
- Vernachlässigung äußere Erscheinung/ Hygiene
- Leistungsprobleme/ Motivationsprobleme



1. Normale Schritte?



2. Depression? Oder etwas anderes?



3. Jugendliche: Pubertät?





Symptome bei Kindern

Im Vorschulalter (3-6 Jahre)

- Trauriger Gesichtsausdruck
- Verminderte Gestik und Mimik
- Leicht irritierbar und äußerst stimmungslabil
- Mangelnde Fähigkeit, sich zu freuen
- Introvertiertes, aber auch aggressives Verhalten
- Vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten
- Essstörungen bis zu Gewichtsverlust/-zunahme
- Schlafstörungen (Alpträume, Ein- und Durchschlafstörungen)
- Ängste



Symptome bei Schulkindern und Jugendlichen

Schulkinder

- Verbale Berichte über Traurigkeit
- Suizidale Gedanken
- Befürchtung, dass Eltern nicht genügend Beachtung schenken
- Schulleistungsstörungen
- Ab hier auch dysfunktionale Kognitionen auffallend

Im Pubertäts- und Jugendalter

- Vermindertes Selbstvertrauen
- Apathie, Angst, Konzentrationsmangel
- Leistungsstörungen
- Zirkadiane Schwankungen des Befindens
- Psychosomatische Störungen





Mimischer Aspekt, nicht nur situativ sondern überdauernd





Von einer depressive Episode sprechen wir, wenn...

- Überdauernd, mehr als zwei Wochen
 - altersuntypisch
 - unerwartet
 - Leiden
 - Funktionseinschränkungen
 - Kardinalsymptome stehen im Vordergrund
-
- Differenzialdiagnostische Überlegungen: ADHS oder Depression? (Konzentrationsprobleme, Unruhe,...)



Und das war's? Komorbiditäten I

- Angststörungen bis zu 40%; Störungen des Sozialverhaltens
- ADHS (v.a. bei Jugendlichen, dann auch oft Vorstellungsgrund!)

- Psychosen: ein Großteil der Patienten zeigt im Verlauf eine manifest depressive Symptomatik
- Bei einer Vielzahl von Patienten findet man in der Vorgeschichte vor der ersten Phase die Diagnose Depression

- Risikopopulationen!
- Heimkinder!
- Kinder psychisch kranker Eltern!



Entwicklungspsychopathologisches Modell der ADHS über die Lebensspanne (Schmidt & Petermann, 2008)

Symptome ADHS nach ICD 10:

- Unaufmerksamkeit
- Hyperaktivität
- Impulsivität

Symptome ADHS nach (Wender-Utah):

- Unaufmerksamkeit
- Motor. Unruhe
- Impulsivität
- Desorganisation
- Affektlabilität
- Affektkontrolle
- Emotionale Überreagibilität

Komorbide Störungen

- Hyperkinet. St. d. SSV
- Soziale Defizite
- Ablehnung durch Peers/ Bezugspersonen
- neg. Interaktionen

Affektive Störungen

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prüfungsängste ▪ Schulprobleme ▪ Hausaufgabenpr. ▪ Vermeidung ▪ Schulunlust 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Substanzmissbr. ▪ Delinquenz ▪ Peer Probleme ▪ Lernresignation ▪ Verkehrsdelikte
---	--

- Borderline PLKst.
- Antisoziale Plk.st.
- Probleme im Job, Finanzen, Haushalt, Beziehungen
- Affektlabilität



Schwangerschaft:
Rauchen, Alk,
Stress, soziales
Genetik

Dysfunktionale fronto-stratiale Netzwerke; Neurotransmitter





Und das war´s? Komorbiditäten II

- Angststörungen bis zu 40%; Störungen des Sozialverhaltens
- ADHS (v.a. bei Jugendlichen, dann auch oft Vorstellungsgrund!)

- Psychosen: ein Großteil der Patienten zeigt im Verlauf eine manifest depressive Symptomatik
- Bei einer Vielzahl von Patienten findet man in der Vorgeschichte vor der ersten Phase die Diagnose Depression

- Risikopopulationen!
- Heimkinder!
- Kinder psychisch kranker Eltern!



Ursachen

- Genetische/biologische Faktoren
- Psychosoziale Faktoren



Neurobiologie

- Die meisten Befunde stammen aus Untersuchungen mit Erwachsenen
- Serotoninhypothese: verminderte Serotoninkonzentration
Katecholaminhypothese: Defizit von Norepinephrin
- Verminderte Noradrenalin- und Dopamin-Konzentration
(Nemeroff, 2002)
- Hippocampus: Zellaufbau- und –funktionsstörungen (Duman et al., 1999)
- Reduktion des frontalen Kortexvolumens & Erweiterung der lateralen Ventrikel bei depressiven Kindern (Steingard et al., 1996)
- Hypometabolismus frontal & temporal (Kimbrell et al., 2002)





Psychosozial

- Trennung von Eltern
- Mobbing
- Über- oder Unterforderung in der Schule
- Familiäre Kommunikations- und Bewältigungsmuster
- Deprivation





Was sollte berücksichtigt werden? (Carr, 1999)

	Personale Faktoren	Umweltfaktoren
Prädisponierende Faktoren	<u>Biologische Faktoren:</u> genet., prä- und postnatale Komplikationen, körperliche Krankheiten	<u>Eltern-Kind-Faktoren:</u> Bindungsprobleme, ungünstiger Erziehungsstil, geringe intellektuelle Stimulation
	<u>Psychologische Faktoren:</u> niedrige Intelligenz, schwieriges Temperament, geringer Selbstwert, externale Kontrollüberzeugungen	<u>Belastung durch familiäre Probleme in der Kindheit</u>
		<u>Stress in früher Kindheit:</u> z.B. Missbrauch, Verluste
Aufrechterhaltende Faktoren	<u>Biologische Faktoren:</u> z.B. Dysregulation des endokrinen Systems/ Immunsystems, Ansynchronie Schlaf-Wachrhythmus	<u>Familiäre Systemfaktoren:</u> kritische/ bestrafende IA, ungünstige Kommunikation, Konflikte
	<u>Psychologische Faktoren:</u> z.B. depressiver Attributionsstil, geringe soziale Kompetenzen, hohes Niveau an Selbstbestrafung	<u>Elterliche Faktoren:</u> elterliche Depression, psychische Probleme, kognitive Verzerrungen, dysfunktionale Kognitionen
Auslösende Faktoren	z.B. Verluste, Schulwechsel, Mobbing, Umzug, Schulversagen	



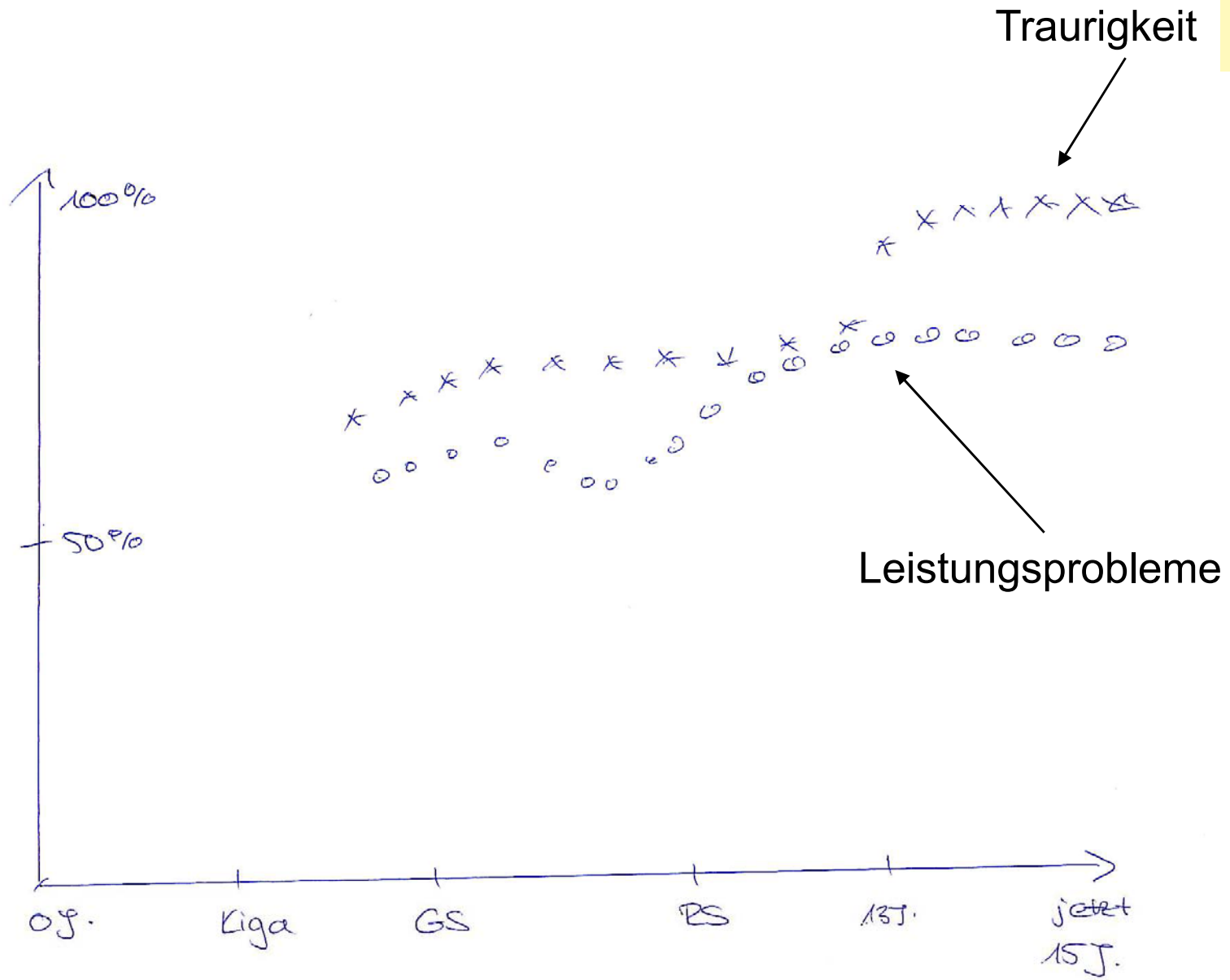
Diagnostik I: wie?

Besonders bei jüngeren Kindern Beobachtung von

- Spielverhalten
- Essverhalten
- Schlafverhalten

Bei älteren Kindern zusätzlich

- Beobachtung von Leistungsverhalten
- Stimmungstagebücher





Diagnostik II

Notwendig: Einbeziehung und ausführliche Befragung von

- Eltern
- Lehrern
- Kindergärtnern
- Sonst. Betreuungspersonal

Jede Diagnostik muss auch eine Erhebung selbst- und fremdschädigender Tendenzen beinhalten!

- Risikofaktoren, z.B. Stressoren, Komorbiditäten, Hoffnungslosigkeit
- Protektive Faktoren, z.B. familiärer Rückhalt, religiöse Glaubensüberzeugungen





Hilfreiche Fragen zur Diagnostik

- ▶ Bist Du eher ein trauriges oder ein fröhliches Kind?
- ▶ Wann bist Du richtig fröhlich? Was macht Dir richtig Spaß?
- ▶ Fühlst Du Dich oft niedergeschlagen? War das früher anders?
- ▶ Weinst Du oft? Weinst Du vor dem Einschlafen? Schläfst Du lange nicht ein?
- ▶ Kreisen Deine Gedanken oft um dasselbe? Grübelst Du viel? Worüber?
- ▶ Macht Dir vieles keinen Spaß mehr, was Du früher gerne gemacht hast? Tust Du weniger, triffst Du Dich z.B. weniger mit Freunden?
- ▶ Hast Du das Gefühl im Vergleich zu früher völlig ausgebrannt zu sein, keine Energie mehr zu haben, gar nichts mehr zu fühlen?
- ▶ Hast Du manchmal das Gefühl, alles habe keinen Sinn mehr?
- ▶ Hast Du schon einmal daran gedacht, nicht mehr leben zu wollen?





Weitere Diagnostik

Labordiagnostik zum Ausschluss einer organischen (Mit-) Ursache

Testdiagnostik

- Leistungsdiagnostik bei Hinweisen auf Schulschwächen/-stärken
- Depressionsfragebögen, -interviews und -tests zur Eingangsdagnostik und Verlaufskontrolle
 - BDI-II,
 - CDRS,
 - DIKJ
 - DAS
- (Persönlichkeitsdiagnostik mit Hilfe projektiver Verfahren (TGT, CAT, Schweinchen-Schwarzfuß-Test))





Phasen der Behandlung

Akutbehandlung (acute)

Stabilisierung

Symptomreduktion

Verlauf (continuation)

Festigung des gebesserten psychischen Zustands,
Vermeidung von Rückfällen

Beibehaltung (maintenance)

Vermeidung des Wiederauftretens depressiver Symptome

Pharmakotherapie: immer eingebettet in kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlung





Prävention von Depression

Präventionsprogramme, die sich an Risikopopulationen richten, sind effektiver als universelle Programme für große unspezifische Gruppen (Horowitz & Garber, 2006)

Mittlere Effektstärken nach Intervention:

– Selektive Programme .30

$P=.03$

– Universelle Programme .12

Mittlere Effektstärken nach Follow-up:

– Selektive Programme .34

$P<.001$

– Universelle Programme .02

Programme mit einem höheren Anteil weiblicher Teilnehmer und Jugendlicher hatten höhere Effektstärken (Horowitz & Garber, 2006)

Erfolgreiche Behandlung depressiver Mütter hing zusammen mit signifikant weniger psychiatrischen Diagnosen und höheren Remissionsraten bereits bestehender Störungen bei ihren Kindern (Weissman et al., 2006)

Wichtig: Information betreuender Personen über Warnzeichen depressiver Störungen und Erreichbarkeit von Hilfsangeboten!





Psychotherapie - Wirksamkeit

Metaanalyse 35 RCTs mit depres. Jugendl. (Weisz 2006)

- Generell nur moderate Effekte bei der Akutbehandlung, wenn auch große Effekte bei einzelnen Studien
- Signifikant bessere Ergebnisse, wenn das Kind die Infos gegeben hat (nicht die Eltern)
- Kein Zusammenhang zwischen Dauer der Behandlung und Ansprechen → Kurzinterventionen als effiziente und ökonomische Behandlungsmethode
- Follow-up: Positive Treatmenteffekte bleiben über einige Monate stabil, nicht aber 1 Jahr

Lewinsohn et al., 1990: Depressive Patienten, 14-18 Jahre

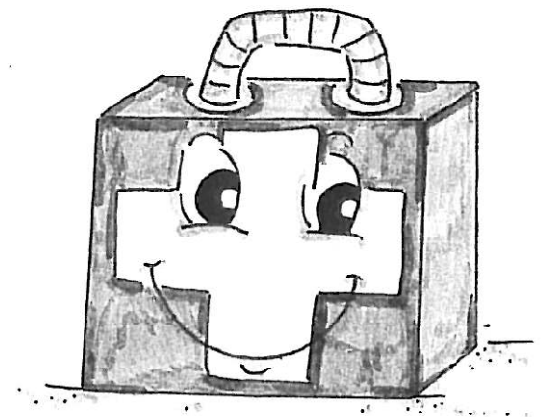
- Therapieprogramm 7 Wochen lang, 2 Treffen pro Woche
- 50% der behandelten Jugendlichen waren remittiert, verglichen mit nur 5% der unbehandelten Jugendlichen auf der Warteliste.





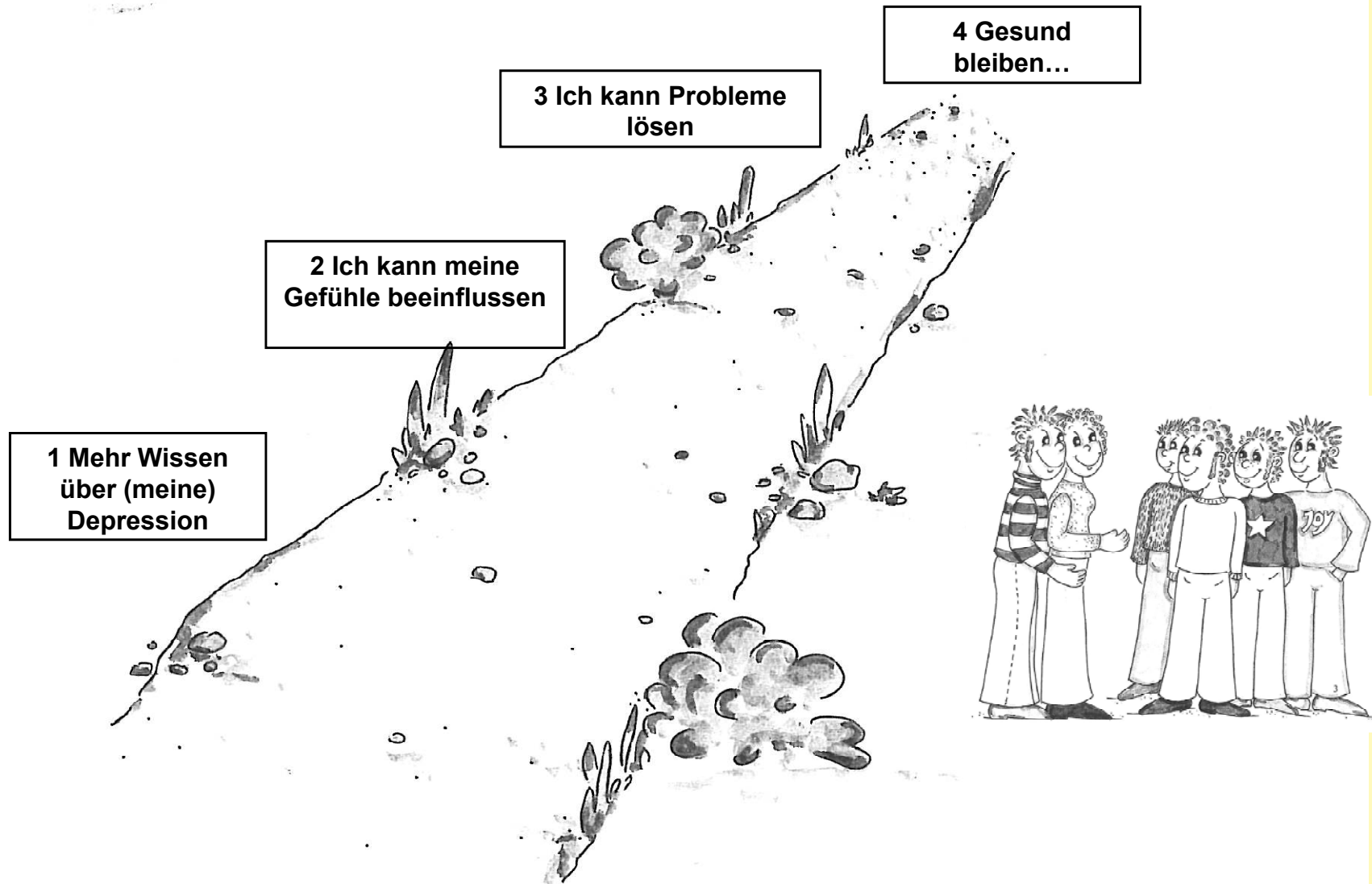
Was beinhalten die Therapieprogramme meist (CBT)?

- Psychoedukation
- Zusammenhang Fühlen – Denken- Handeln
- Aktivierung
- Stimmungsverbesserung/ Umgang mit Krisen
- Problemlösen
- Veränderung dysfunktionaler Kognitionen
- Rückfallprophylaxe





MICHl (Spröber, Kölch, Feaert)



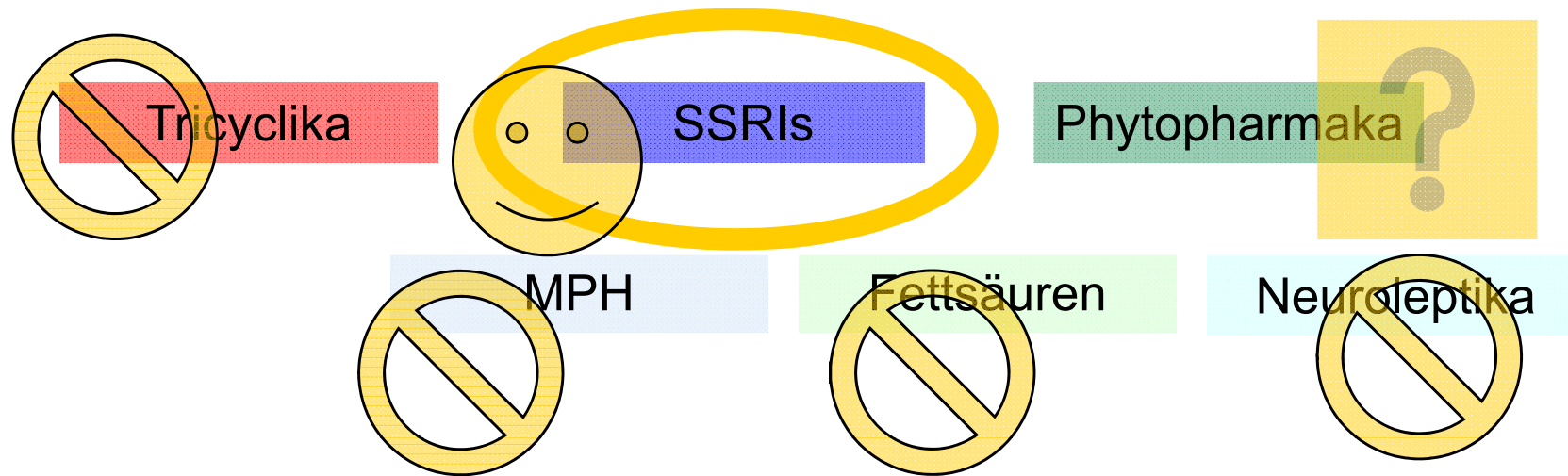


Beispiel: Tagebuch/ Beobachtung

Tag	Depressiver Moment (Situation)	Verhalten (motorisch, emotional, kognitiv/Gedanken, körperlich)	Guter Moment (Situation)	Verhalten (motorisch, emotional, kognitiv/Gedanken, körperlich)
z.B. Montag	Morgens im Bett liegen	traurige Gedanken, im Bett liegen, traurig	Zum Bus gehen	Mit einem Freund gesprochen, zufrieden, wach/aufgeregt



Pharmakotherapeutische Behandlung – Antidepressiva bei Minderjährigen



Die Daten zu SSRI-Studien wurden inzwischen reanalysiert und Metaanalysen durchgeführt,
▶ bisher außer für Fluoxetin kein überzeugender Wirknachweis für die SSRI

(Whittington et al. 2004, Hammad et al. 2006).



SSRI: Fluoxetin

- Zugelassen ab 8 Jahren für MDD seit Sommer 2006
- Beginn einschleichend mit 5mg ???
- Dosissteigerung bis 40-60mg; oftmals 20mg ausreichend
- Wirklatenz
- Besonders zu beachtende Nebenwirkung: Aktivierung
- Selten Serotonerges Syndrom bei Absetzen



Probleme der Pharmakotherapie bei MDD

➤ Altersspezifische Unterschiede bei Nebenwirkungen von SSRI

(Safer & Zito 2006):

Erbrechen: Kinder > Jugendliche

Aktivierung/“beh. toxicity“: Kinder > Jugendliche > Erwachsene

Risiko für „Suizidalität“: SSRI 4%, Placebo 2%

➤ Metaanalyse Daten Committee on Safety of Medicines (CSM) + Literatursuche 2004-2005: Self-harm/suicide related behaviour bei knapp 5% (71) Jugendlichen vs. 3% (38) Pbo (Hammad 2006 & Mosholder et al. 2006)

➤ Suizidale Gedanken/suizidale Impulse nicht statist. signifikant häufiger (Dubicka et al. 2006)





Diskussion in den USA

 **MSNBC.com**

Newsweek

Teens and Antidepressants: Did Warnings Go Too Far?

Did an effort to reduce teen suicides backfire?

By Tony Dokoupil

Newsweek

Are the two trends connected? Many experts say yes. "All the data point in one direction: antidepressants save lives and untreated depression kills people," says Dr. Kelly Posner, a Columbia University child psychiatrist. She and others cite an unwitting instigator: the Food and Drug Administration—which may have scared parents and doctors away from SSRIs in 2003 when it issued a health-advisory warning of a potential link between the popular drugs and teen suicide. The agency, assisted at the time by Posner, followed up in 2004 with a "black box" warning of an "increased risk of suicidal thinking and behavior among children and adolescents." Now, amid fears that it's done more harm than good, there are calls for the FDA to modify and even repeal its black box. "I think the FDA has made a very serious mistake. It should lift its black-box warning because all it's doing is killing kids," says Dr. Robert Gibbons, of the University of Illinois's Center for Health Statistics. (Gibbons was a dissenting member of the FDA advisory committee that voted for the black box.) Others agree, including Dr. John Mann, a suicide expert at Columbia University, who fought the warning on the ground that it would have a chilling effect on treatment. "Short of rescinding, the FDA should shift its balance to reflect new wisdom about the beneficial effects of antidepressants," he says. Drugmakers continue to support the FDA but also suspect its actions have had a dangerous impact.

URL: <http://www.msnbc.msn.com/id/19649893/site/newsweek/>





Psychotherapie/ Medikation: TADS und ADAPT

TADS Ergebnis nach 12 Wochen:

- Kombi am besten, keine signifikanten Unterschiede zwischen CBT & Plazebo
- Kombinationsbehandlung besser als Fluoxetin alleine hauptsächlich bei leichteren Formen der Depression, nicht aber bei schweren (Curry et al., 2006)

Effektstärken: Kombi 0.98, Fluoxetin 0.68, CBT 0.03

Remissionsraten: Kombi 71%, Fluoxetin 60.6%, CBT 43.2%, Plaz 34.8%

ADAPT (Goodyer et al., 2008)

CBT: 1x pro Woche in den ersten 12 Wochen (treatment)

Danach alle 14 Tage für weitere 12 Wochen (maintenance)

→ Insgesamt wurden pro Patient 19 Therapiesitzungen angeboten

Signifikante Verbesserung der depressiven Symptomatik in beiden Gruppen

-Kein Unterschied der beiden Gruppen → CBT brachte keine weitere Verbesserung

-20% aller Patienten waren non-responders

-BII (brief initial intervention) für 30% hilfreich!





Bedeutet für die Praxis...





1. Behandlung ist altersabhängig!

- Bei jüngeren Kindern vor allem Beratung Eltern



2. Behandlung ist abhängig vom Schweregrad der Symptomatik



Behandlung leichter und schwerer Depression

Leichte Depression

- Psychoedukation, unterstützende Gespräche und case management/Umgang mit Stressoren scheinen ausreichend
- Unterstützende Behandlung/Gespräche,
- CBT und IPT nur bei leichter Depression gleich wirksam, bei schwereren Formen ist die unterstützende Behandlung unterlegen (Barbe et al., 2004; March et al., 2004)
- Reduktion der leichten depressiven Symptome nach 4-6 Wochen unterstützender Behandlung



Behandlung mittelgradiger und schwerer Depression

- Normalerweise ist der Einsatz antidepressiver Medikation notwendig
- Medikation kann zuerst als alleinige Behandlung eingesetzt werden, oder schon von Beginn an in Kombination mit Psychotherapie
- Sprechen Patienten nicht auf Monotherapie (entweder Medis oder PT) an, so ist eine Kombi beider Methoden gefragt



- Kurzintervention sinnvoll
- SSRI wichtig
- CBT ?
- Wenn nach 12 Wochen keine Wirkung non-responder



Fazit

- Depression bei Minderjährigen: häufiger als früher gedacht
- Hohe Gefahr der Chronizität
- Erkennen der Symptomatik wichtig
- Nachfragen, Wiedervorstellungstermine!
 - Aktivitätenniveau gesteigert? „Nicht krank schreiben!“
 - Funktionsniveau verbessert?
- Psychiatrische/ psychologische Diagnostik
- Therapie: abhängig vom Alter und Schweregrad/ Komorbiditäten (s. ADHS)
 - Leicht: supportiv
 - Mittel: Psychotherapie
 - Mittel (lange) und schwer: Pharmakotherapie + Psychotherapie
- Fluoxetin als zugelassenes und wirksames Medikament
- Sicherheitshinweise und – untersuchungen beachten





**Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie**
Universitätsklinikum Ulm

- **Dr. Nina Spröber**

**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie /
Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm**

Steinhövelstraße 5
89075 Ulm

www.uniklinik-ulm.de/kjpp



Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert

