

Depressive Störungen

Bearbeitet von
Claudia Mehler-Wex

1. Auflage 2008. Taschenbuch. viii, 208 S. Paperback

ISBN 978 3 540 68324 7

Format (B x L): 17 x 24,2 cm

Gewicht: 374 g

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Sonstige Medizinische Fachgebiete > Psychiatrie, Sozialpsychiatrie, Suchttherapie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei



Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Worum es geht: Definition, Klassifikation und Epidemiologie

- 2.1 Definition und Klassifikation – 8**
- 2.2 Charakteristische Symptomatik
und Symptomentwicklung – 14**
- 2.3 Epidemiologie – 20**
- 2.4 Suizidalität – 23**
 - 2.4.1 Epidemiologie – 23
 - 2.4.2 Geschlechterunterschiede – 25
 - 2.4.3 Risikofaktoren – 26
 - 2.4.4 Prävention – 29
- Literatur – 30**

2.1 Definition und Klassifikation

Depressive Symptome sind weit verbreitet und auch innerhalb psychiatrischer Klassifikationssysteme vielerorts syndromal beteiligt. Insofern ist zu differenzieren zwischen der eigenständigen Diagnose einer Depression und depressiven Symptomen als Teil einer übergeordneten, anderen psychiatrischen Erkrankung. Um die Komplexität der Zuordnung zu verdeutlichen, muss Folgendes bedacht werden.

Depressive Symptome finden sich in den Klassifikationssystemen sowohl als eigenes Störungsbild als auch als Symptom anderer psychiatrischer Erkrankungen. Sie können Vorläufer bzw. Auslöser anderer psychischer Erkrankungen sein, z.B.

- Substanzmissbrauch als »Lösungsstrategie« für depressive Befindlichkeit,
- Verstärkung oder Manifestation von Ängsten oder zwanghaften Verhaltensweisen durch depressive Befürchtungen,
- Somatisierungsneigungen, das heißt Empfinden wechselnder körperlicher Beschwerden (Übelkeit, Schmerzen etc.) ohne organisches Korrelat, bis hin zu dysmorphophoben (Dysmorphophobie) oder hypochondrischen Befürchtungen (Hypochondrie) (nicht objektivierbare Annahme eines entstellenden äußereren Makels bzw. einer schweren Erkrankung),
- Essstörungen (übermäßiges Essen oder starker Appetit- und Gewichtsverlust),
- aggressive Verhaltensweisen im Sinne einer Störung des Sozialverhaltens als Ventil für das Unglücklichsein.

Depressive Symptome können im Sinne einer eigenständigen Komorbidität eine andere psychische Grunderkrankung begleiten, z.B.:

- Andere affektive Erkrankungen wie Angst- oder Zwangsstörungen: Hier ist zudem eine gemeinsame biologische Grundlage über

Dysfunktionen des serotonergen Systems vorhanden.

- Anorexia nervosa: Zunächst ist für die nahezu regelhaft auftretenden, initialen depressiven Symptome eine durch das Untergewicht bedingte biologische Grundlage gegeben, so dass die Realimentation (erneute Nahrungsaufnahme) per se trotz Gewichtsängsten oft zu einer affektiven Besserung führt.
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrome: Diese führen über Leistungseinschränkungen, impulsive Konflikte und soziale Ausgrenzung (»Klassenkasper«) teilweise zu einer ausgeprägt depressiven Stimmungslage.

Bei Anorexia nervosa kann erst dann von einer komorbidien Depression ausgegangen werden, wenn depressive Symptome auch nach Körpergewichtsstabilisierung persistieren. Erst zu diesem Zeitpunkt, nicht aber in der Kachexie, ist eine medikamentöse antidepressive Therapie zu erwägen.

Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-syndromen (ADHS) bestehen in 30% der Fälle depressive Symptome. Da diese jedoch oft aufgrund fehlender Problemlösestrategien expansiv-aggressiv ausgelebt werden, werden sie häufig als solche nicht erkannt. In der Diagnostik sollte deshalb auch dieser Aspekt geprüft werden. Bei fehlender Frustrationstoleranz und Impulsivität kann es nämlich, in Verbindung mit einer depressiven Stimmungslage, insbesondere im jungen Alter zu impulsiven Selbstverletzungen und Suizidversuchen kommen. Oft kann die Behandlung des ADHS mit Stimulanzen, gegebenenfalls kombiniert mit sozialem Kompetenztraining und Vermittlung von Selbst- und Konfliktmanagementtechniken, sekundär auch eine affektive Stabilisierung ermöglichen. Ansonsten ist eine Komedikation mit Antidepressiva zu überlegen.

2.1 Definition und Klassifikation

Depressive Symptome können auch ein anteiliges Symptom einer anderen psychiatrischen Diagnose sein, z.B.:

- Negativsymptome bei Schizophrenie, die sich durch Antriebslosigkeit, Interessenverlust, sozialen Rückzug, Passivität, Hypomimie und mangelnde affektive Schwingungsfähigkeit zeigen: Hier ist keine gesonderte Diagnose einer Depression zu stellen, jedoch ist eine unterstützende Behandlung mit Antidepressiva z.T. hilfreich.
- Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (ICD-10 F92.0): Hiermit sind oft depressive Symptome verbunden, die in gleicher Ausprägung wie die Störung des Sozialverhaltens auftreten (Kombinationsdiagnose).
- Anpassungsstörung mit kurzer oder längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.20 und F43.21) oder mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (F43.22): Hier löste ein konkretes Ereignis oder eine zuordenbare Gegebenheit (Schulwechsel, Todesfall in der Familie, Trennung der Eltern, familiäre Konflikte o.Ä.) eine Beeinträchtigung des allgemeinen Funktionsniveaus aus (Leistungsabfall, Verhaltensveränderungen und psychische – sehr häufig depressive – Symptome etc.).

Depressive Symptome können Folge einer anderen psychischen Störung sein, z.B.:

- Teilleistungsstörungen wie Legasthenie oder Dyskalkulie können vor allem bei fehlender Erkennung (und: schulischer Anerkennung!) über Misserfolgserebnisse zu depressiver Stimmungslage bis hin zu Suizidalität führen.
- Asperger-Syndrom: Mit vermehrter Introspektionsfähigkeit ab dem Jugendlichenalter nehmen Betroffene ihre Schwächen in der sozialen Interaktion und Kommunikation sowie ihre Besonderheiten (Auffälligkeiten des Sprechens und der Sprache, motorische

Defizite, ungewöhnliche Sonderinteressen) wahr und entwickeln mitunter einen massiven Leidensdruck.

- ! Ein autistisches Syndrom schließt eine depressive Erkrankung nicht aus!

Bezüglich des Schweregrades depressiver Symptome sind nach Seiffge-Krenke (2007) zu unterscheiden:

- depressive Stimmung mit Traurigkeit und Unlust, mit einer hohen Prävalenz im Jugendalter von bis zu 40%, jedoch vorübergehender Art und subklinischer Ausprägung,
- depressive Syndrome mit kognitiven und motivationalen Einschränkungen, somatischen Symptomen und Verhaltensänderungen (passiv, gehemmt oder agitiert, gereizt), mit einer Prävalenz im Jugendalter von bis zu 6%,
- depressive Störungen nach ICD-10 von psychiatrischem Krankheitswert.

Erschwerend kommt hinzu, dass verringerte affektive Auslenkbarkeit und Melancholie nicht immer als Depression gedeutet werden müssen, sondern vielmehr Teil einer Wesensart sein können. Die reduzierte Fähigkeit, Gefühle zu erkennen und wahrzunehmen, die bei Depressionen typisch ist (»Gefühl der Gefühllosigkeit«), tritt auch bei anderen Störungen wie Autismus, Borderline-Persönlichkeitsstörungen und dissozialen Persönlichkeitsstörungen sowie bei Schizophrenien auf, ist hier aber Teil des übergeordneten Krankheitsbildes, das heißt, es müssen mögliche Differenzialdiagnosen mit erwogen werden.

Eine Depression wird erst dann zu einer eigenen pathologischen Kategorie,

- wenn ein Symptomkomplex mit emotionalen, kognitiven und somatischen Zeichen vorliegt,
- wenn ein subjektiver Leidensdruck entsteht,
- wenn Alltags- und Sozialfunktionen nicht

mehr entwicklungsentsprechend erfüllt werden können oder eine inadäquate Außenfunktion ausüben.

Nach dem klassischen triadischen System der Psychiatrie sind drei Hauptgruppen depressiver Störungen zu differenzieren:

- Die **somatogene Depression** beruht auf organischen Ursachen (z.B. endokrinologische Störungen, Epilepsie) und wird dementsprechend körperorientiert behandelt.
- Die zweite Form ist die **psychogene Depression**, die auf bestimmten prädisponierenden Denkstilen und defizitären Verarbeitungsmechanismen bei gegebenenfalls äußeren Belastungsfaktoren beruht und demnach psychotherapeutischer Hilfe bedarf.
- Drittens ist die **endogene**, biologisch verankerte **Depression** zu nennen, die sich auch ohne äußeres Korrelat manifestieren kann, häufig erst im Erwachsenenalter auftritt und dann zumeist eine psychopharmakologische Behandlung neben anderen therapeutischen Maßnahmen erforderlich macht.

Die diagnostischen Kriterien der Depression nach ICD-10 fordern den Ausschluss folgender primärer Ursachen:

- vorausgegangene manische oder hypomanische Störungen,
- organisch-psychische Grunderkrankungen nach F00 bis F09,
- Missbrauch psychotroper Substanzen gemäß F10 bis F19.

Die Depression wird nach ICD-10 zusammen mit der Hypomanie (F30.0), der Manie mit und ohne psychotische Symptome (F30.1 bzw. F30.2) und den bipolar affektiven Störungen (F31) zu der unter F3 subsumierten Gruppe affektiver Störungen klassifiziert. Leitsymptome sind gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, rasche Ermüdbarkeit und Reduktion des Antriebs. Weitere Symptome sind in □ Tabelle 2.1 aufgezeigt.

Die depressiven Symptome müssen seit mindestens zwei Wochen vorliegen, bei Rezidiven sollten mindestens zwei Monate affektiver Beschwerdefreiheit zwischen den 3–12 Monaten währenden Episoden vorgelegen haben. Für Kinder und Jugendliche gibt es keine einheitlichen ICD-10-Kriterien bezüglich depressiver Syndrome. In dieser jungen Altersgruppe bestehen mitunter deutlich abweichende Symptompräsentationen; auch fehlt es bei besonders jungen Kindern an Introspektionsfähigkeit und Kenntnissen,

□ Tab. 2.1. Symptome der Depression nach ICD-10

Hauptsymptome der Depression	Weitere mögliche Symptome
<ul style="list-style-type: none"> — Herabgestimmtheit, die meiste Zeit, fast täglich, seit mindestens zwei Wochen — Interessenverlust, Freudlosigkeit, Aktivitätseinschränkung — Antriebslosigkeit, schnelle Ermüdbarkeit, Müdigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> — kognitive Einschränkungen (Konzentration, Aufmerksamkeit), Unentschlossenheit oder Unschlüssigkeit — reduziertes Selbstwertgefühl, geringes Selbstvertrauen, Gefühle der Wertlosigkeit — unangemessene Schuldgefühle, Selbstvorwürfe — psychomotorische Agitation oder Gehemmtheit — Suizidgeudenken, suizidales Verhalten — Schlafstörung — Appetitmangel oder -steigerung mit Gewichtsveränderung

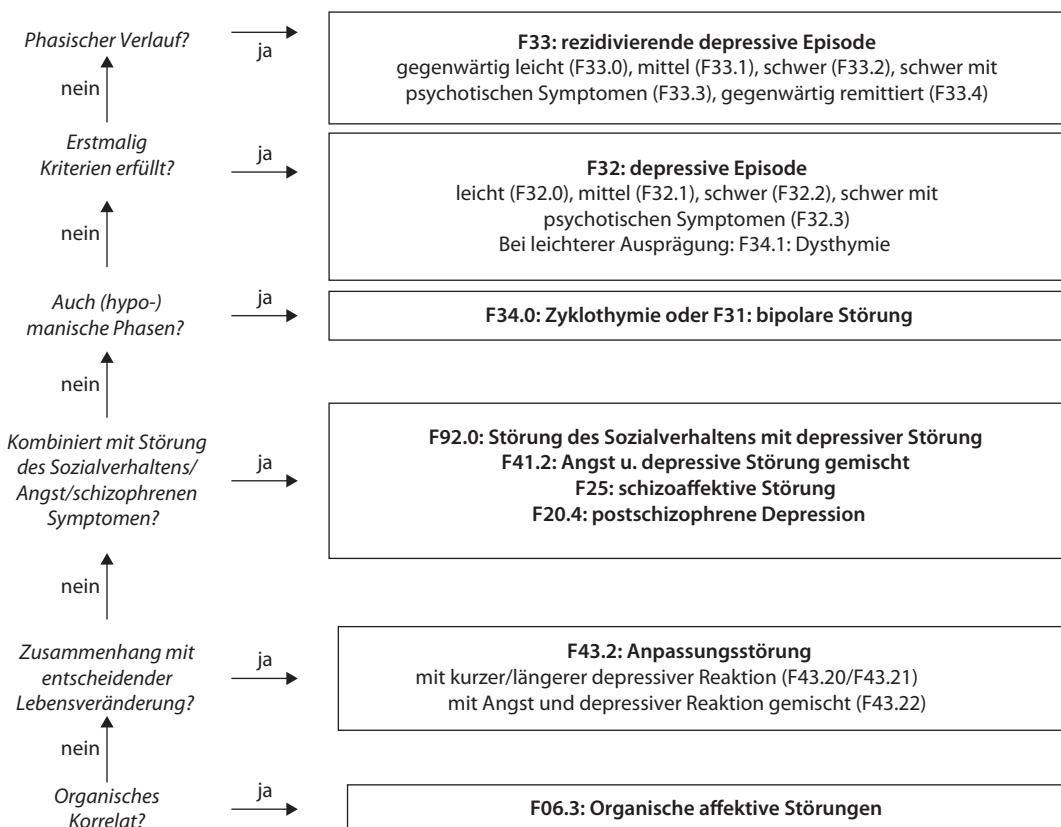
2.1 Definition und Klassifikation

die für eine bewertende Zuordnung des eigenen Befindens Voraussetzungen sind.

Mögliche depressive Symptome bei Jugendlichen nach ICD-10

- Angst
- Gequältsein
- motorische Unruhe
- Reizbarkeit, Stimmungslabilität
- Grübelneigung
- Verstärkung vorhandener phobischer oder zwanghafter Symptome
- histrionisches Verhalten
- Substanzmissbrauch

Bezüglich des Schweregrades wird in leichte, mittelgradige und schwere depressive Episoden sowie rezidivierende depressive Störungen unterschieden. Eine Übersicht gibt □ Abbildung 2.1. Bei schweren depressiven Episoden sind nach ICD-10 Todesgedanken und gegebenenfalls suizidale Handlungen, Verzweiflung und Unfähigkeit der Alltagsbewältigung zu erwarten – zusätzlich in der Regel ein somatisches Syndrom. Mitunter müssen psychotische Symptome wie wahnhafte Versündigungs-, Verarmungs- oder Schuldideen sowie Verfolgungswahn, nihilistischer Wahn oder Beziehungswahn verschlüsselt werden. Halluzinationen bestehen vor allem in anklagendem oder herabwürdigendem Stimmenhören,



□ Abb. 2.1. Klassifikation depressiver Symptome nach ICD-10

Tab. 2.2. Weitere Kategorien depressiver Symptome nach ICD-10

ICD-10	Bezeichnung	Hinweise
F32.8	sonstige depressive Episoden	Hierunter sollen somatisch-depressive Syndrome erfasst werden, die nicht die Kriterien für F32.0 bis F32.3 erfüllen (im Vordergrund stehen unspezifische Symptome wie Spannung, Verzweiflung, Besorgnis bzw. Schmerzsyndrome oder Müdigkeit ohne organische Korrelate).
F32.9	nicht näher bezeichnete depressive Episode	
F33.4	rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert	Die aktuelle depressive Symptomatik erfüllt nicht den Schweregrad einer erneuten Episode.
F33.8	sonstige rezidivierende depressive Störungen	
F34.8	sonstige anhaltende affektive Störungen	klinisch signifikante, früher als „neurotisch“ bezeichnete affektive Symptome, deren Schweregrad nicht die Kriterien einer Depression oder Dysthymie erfüllt
F34.9	nicht näher bezeichnete anhaltende affektive Störungen	
F38.10	rezidivierende kurze depressive Störung	kurze Episoden von unter 14-tägiger Dauer, einmal pro Monat im vergangenen Jahr
F38.8	sonstige näher bezeichnete affektive Störungen	keine Erfüllung der Kriterien F30 bis F38; z.B. saisonale affektive Störungen (diese fordern nach Rosenthal et al. [1984] depressive Episoden in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Herbst- oder Winterphasen, typisch sind Heißhunger mit Gewichtszunahme, Passivität und erhöhtes Schlafbedürfnis)
F39	nicht näher bezeichnete affektive Störung	Restkategorie

affektiv neutralen Phänomenen oder Geruchswahrnehmungen von Fäulnis und Verwesung; der bizarre Charakter der Wahrnehmungen bleibt in Abgrenzung zur Schizophrenie aus.

Weitere Kategorien nach ICD-10 sind in **Tab. 2.2** dargestellt.

Eine Gegenüberstellung von ICD-10 und DSM-IV zeigt **Tab. 2.3**. Während in der ICD-9 im Rahmen der Kategorie »spezifische emotionale Störungen des Kindes- und Jugend-

alters, mit Niedergeschlagenheit und Unglücklichsein« (ICD-9 313.1), »mit Empfindsamkeit, Scheu und Abkapselung« (313.2) bzw. »mit Beziehungsschwierigkeiten« (313.3) noch spezifischer auf die Depression bei Kindern und Jugendlichen eingegangen wurde, wurde in der ICD-10 darauf verzichtet. Die Kategorie »emotionale Störungen des Kindesalters« (ICD-10 F93) umfasst keine depressiven Symptome, vielmehr sind hier Trennungsangst, phobische Störung,

2.1 Definition und Klassifikation

Tab. 2.3. Gegenüberstellung von ICD-10- und DSM-IV-Kriterien der Depression

ICD-10	DSM-IV
F32 depressive Episode F32.0 leicht F32.1 mittelgradig mit/ohne somatische Symptome F32.2 schwer mit/ohne somatische Symptome F32.3 schwer mit psychotischen Symptomen	296.2 Major Depression, Einzelepisode leicht mittelschwer schwer ohne psychotische Symptome schwer mit psychotischen Symptomen teilremittiert vollremittiert unspezifisch
F33 rezidivierende depressive Störung mind. 2 Episoden, Episodendauer je \geq 2 Wochen, mehrmonatiges symptomfreies Intervall F33.0 bis F33.3	296.3 rezidivierende Major Depression mind. 2 Episoden, Episodendauer je \geq 2 Wochen, mind. 2-monatiges symptomfreies Intervall 296.31 bis 296.30
F34.1 Dysthymie Symptome meistens und monate-/Jahre-/lebenslang, symptomfreie Intervalle (Tage bis Wochen), erfüllt nicht die Kriterien für F32.0 usw., Beginn im jungen Erwachsenenalter	300.4 Dysthyme Störung > 50% aller Tage, meiste Zeit des Tages, < 2 Monate Symptomfreiheit; bei Kindern und Jugendlichen Dauer > 1 Jahr
F32.9, F33.9 nicht näher bezeichnete depressive Episode bzw. nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störung	311 nicht näher bezeichnete depressive Störung

emotionale Störung mit sozialer Überempfindlichkeit und Geschwisterrivalität subsumiert.

Die **Dysthymie** (ICD-10 F34.1) als leichtere Unterform der Depression ist streng genommen eine Kategorie des Erwachsenenalters, da sie sich nach ICD-10 über den Beginn im jungen Erwachsenenalter definiert. Das DSM-IV hingegen sieht diese Diagnose auch für Minderjährige vor, sofern die Symptomatik länger als ein Jahr anhält. Zu den mehr als 50% des Tages prägenden und die Alltagsfunktionen beeinträchtigenden Symptomen gehören neben depressiver bzw. reizbarer Verstimmung mindestens drei der folgenden (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie et al. 2007):

- Schlauflosigkeit oder gesteigerter Schlafbedarf,

- Energielosigkeit, reduzierte Aktivität bzw. Erschöpfungsgefühle,
- eingeschränkter Selbstwert,
- Konzentrationseinbußen und Entscheidungshemmung,
- Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung,
- häufiges Weinen,
- Interessen- und Freudverlust,
- Unvermögen, die täglichen Routineanforderungen zu bewältigen,
- sozialer Rückzug,
- verminderte Gesprächigkeit,
- Zukunftspessimismus, Grübeln über Vergangenes,
- Appetitverlust oder -steigerung (DSM-IV),
- gereizte Stimmung (DSM-IV).

Davon abzugrenzen sind nach DSM-IV die schwerergradige Major Depression und die teilremittierte Major Depression, die im Laufe des ersten Jahres der Dysthymie nicht aufgetreten sein dürfen; manische Phasen dürfen ebenfalls nicht eruierbar sein. Nach mindestens zweimaligem beschwerdefreien Intervall kann eine Dysthymie als neue Diagnose nach einer Major Depression gestellt werden, sofern im Vorfeld das 1-Jahres-Kriterium erfüllt wurde.

Zu berücksichtigen sind darüber hinaus **Mischformen mit manischen Symptomen**. Letztere definieren sich durch gehobene oder gereizte Stimmung (mindestens vier Tage in Folge), motorische Unruhe, mangelndes Schlafbedürfnis, gesteigerte Aktivität/Gesprächigkeit/Vertraulichkeit/Geselligkeit/Libido, leichtsinniges und verantwortungsloses Verhalten, Konzentrationsschwierigkeiten und erhöhte Ablenkbarkeit. Zu differenzieren sind:

- Bipolar-I-Störungen mit einer oder mehreren manischen Episoden mit mindestens einwöchiger gehobener oder reizbarer Stimmung und gesteigertem Aktivitätsniveau (bei der gemischten Episode treten im Wechsel von mindestens je einwöchiger Dauer manische Episoden und Major Depression auf),
- Bipolar-II-Störungen mit einer oder mehreren depressiven Episoden mit mindestens einer hypomanen Episode für die Dauer von mindestens vier Tagen,
- zyklothyme Störungen mit etlichen wechselnden Phasen hypomaner und subdepressiver Symptome, bei Kindern und Jugendlichen für die Dauer mindestens eines Jahres bei maximal zwei Monaten andauernder Symptomfreiheit.

Depressive Begleitsymptome können spezifisch mitverschlüsselt werden bei psychotischen Erkrankungen (schizodepressive Störung, F25.1; post-schizophrene Depression, F20.4) sowie im Rahmen organischer Störungen (organische affektive Störungen F06.3, vorwiegend depressiv: F06.32).

2.2 Charakteristische Symptomatik und Symptomentwicklung

Die typischen Symptome der Depression, wie in der ICD-10 gefordert, unterliegen in ihrer Präsentation einer starken Altersabhängigkeit (►Tab. 2.4). Während **Kleinkinder** zunächst auf Frustrationen mit aktivem Protest durch Schreien, Unruhe und Weinen reagieren, können im chronischen Verlauf Desinteresse und Passivität immer mehr das Verhalten bestimmen, begleitet von somatischen Auffälligkeiten bezüglich Schlafen, Appetit- und Essverhalten.

Eine pädiatrische Studie einer gastroenterologischen Ambulanz zeigte, dass bei 400 Patienten im Alter zwischen 8 und 17 Jahren länger als drei Monate andauernde Bauchschmerzen in 15% mit pathologisch auffälligen Werten in Depressionsinventaren (Children's Depression Inventory) assoziiert waren (Little et al. 2007).

Auch andere diffuse Beschwerden (»Kränkeln«) können Manifestationsformen depressiver Grundsymptome sein. Differenzierte Selbstwahrnehmung und verbale Mitteilungskompetenz sind zu diesem frühen Zeitpunkt noch zu unzulänglich, um das Umfeld konkret über Missstimmungen zu informieren. Deshalb stehen die diffusen körperlichen Beschwerden ohne pathologisches Korrelat, vermehrtes Weinen, Quengeligkeit und gegebenenfalls Gedeihstörungen (Minderwuchs, Untergewicht) im Vordergrund. Diffuse Entwicklungsverzögerungen sind ebenfalls häufig zu beobachten. Bisweilen neigen die Kinder zu Jaktationen.

Bei **Vorschulkindern** sind reduzierter non-verbaler Ausdruck (Hypomimie, eingeschränkte Gestik), Lustlosigkeit, Introvertiertheit, gereizte Stimmungslabilität mit plötzlicher Aggressivität und weiterhin bestehende bzw. jetzt manifest werdende Entwicklungsverzögerungen auffällig. Die Kinder wirken allgemein psychomotorisch verlangsamt, sind zurückgezogen und zeigen Schlaf- und Appetitstörungen, oft mit Gewichtsverlust.

■ Tab. 2.4. Altersabhängige Symptompräsentation der Depression. (Mod. nach Essau u. Petermann 2000; Knölker et al. 2000; Schulte-Markwort 2003)

Altersgruppe	Akute Frustration	Chronisch	Somatisch
Kleinkind	Schreien, Unruhe, Weinen	Desinteresse, Passivität, Apathie, Ausdrucksarmut; unvermittelte Weinattacken, Irritabilität und Agitation reduzierte Kreativität, Phantasie und Ausdauer Anhänglichkeit Albernheit selbststimulierendes Verhalten	Störungen des Ein- und Durchschlafens aufgrund unzulänglicher Selbstberuhigungsstrategien, Essstörungen und -verweigerungen mit Gewichtsverlust, erhöhte Infektanfälligkeit („Kränkeln“)
Schulkind	Weinen, Trotz, Abwehr, (auto-) aggressives Verhalten	Selbstbericht über Traurigkeit, Lust- und Antriebslosigkeit, Desinteresse, Rückzug; Konzentrationsprobleme, Schulversagen Sorgen, ggf. erste lebensmüde Gedanken; Suche nach Zuwendung	Schlaf- und Essstörungen, somatische Beschwerden, regressives Verhalten
Jugendlicher	Teilnahmslosigkeit, Verzweiflung, Wut, läppischer Affekt, Verweigerung	Lust- und Antriebslosigkeit, Desinteresse, Rückzug; Verlangsamung von Denken und Handeln; Leistungsprobleme, kognitive Einschränkungen; Apathie, Angst, Ekel, Selbstunsicherheit, Selbstvorwürfe, Grübeln, Zukunftsängste, Suizidalität	Schlaf- und Essstörungen, psychosomatische Beschwerden, Morgentief, Früherwachen, Unfähigkeit zur Entspannung und Erholung

! Aufgrund von Zurückgezogenheit, Passivität, reduziertem Imitations- und Explorationsverhalten können generalisierte Reifungsstörungen im sprachlichen, motorischen und sozialen Bereich auftreten.

Ab dem **Schulalter** erfolgen erste subjektive Berichte über die Empfindung von Traurigkeit. Auch können konkrete situations- oder umfeldbezogene Sorgen geäußert werden, z.T. treten in dieser Altersstufe bereits erste suizidale Gedanken auf (■ Abb. 2.2). Für jüngere Kinder ist es typisch, dass sie wenig Positives über sich berichten können und eher für ihre Stimmung

und Symptomatik sowie für etwaige Probleme in der Familie sich selbst die Schuld geben. Ansonsten treten psychopathologische Phänomene wie Hoffnungslosigkeit, Konzentrationsprobleme und Entscheidungsunfähigkeit (»Weiß-nicht«-Antworten) auf. Weiterhin typisch sind Appetit- und Gewichtsverlust sowie Schlafstörungen. Es kann auch passieren, dass Kinder sich besonders um ein erwünschtes Verhalten bemühen, um Selbstunsicherheiten und Angst vor Misserfolgen oder Ablehnung entgegenzuwirken. Verhaltensauffälligkeiten, die von Schule und Elternalsexpansivbeurteilt werden, empfindend die Kinder oft selbst als unglücklich und depressiv.

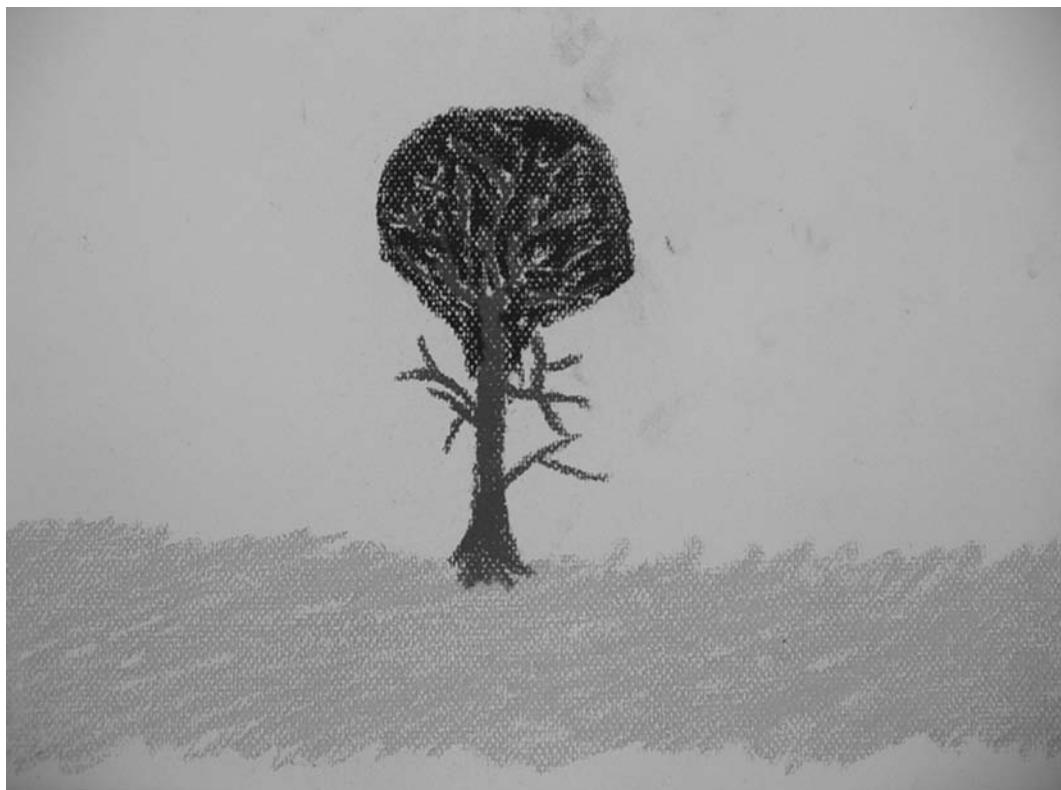


■ Abb. 2.2. Suizidideen eines Schulkindes (► Farbtafel am Buchende)

Hier sind also unterschiedliche Wahrnehmungen ins Kalkül zu ziehen, wobei die Eigenwahrnehmung eine zentrale Rolle einnimmt (Seiffge-Krenke 2007).

Im **Jugendalter** nähert sich die Symptomatik derjenigen des Erwachsenenalters an; Leistungsprobleme aufgrund von Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, soziale Isolation durch Rückzug, Antriebs- und Interessenverlust sowie Zukunftsängste, Pessimismus, Selbstwertprobleme und gegebenenfalls Suizidalität bestimmen das Bild (■ Abb. 2.3 und 2.4). Die Betroffenden fühlen sich niedergeschlagen und beklagen eine emotionale Leere sowie somatische Beschwerden, Appetit- und Schlaflosigkeit. Sie können agitiert oder verlang-

samt wirken, sind unkommunikativ und voller Selbstvorwürfe. Wichtige schulische und soziale Entwicklungsaufgaben des Jugendalters können nicht erfüllt werden. Pubertätsimmanente Schwierigkeiten (Identitätsfindung, Abgrenzungsprozesse, Selbstbewusstsein, Selbstsicherheit etc.) und depressive Erkrankung vermischen und potenzieren sich, bei Chronifizierung mit erheblichen Auswirkungen auf die gesamte weitere Zukunft: Eine unbehandelte Depression im Kindes- und Jugendalter kann durch eine dadurch bedingte schulische Beeinträchtigung die berufliche Perspektive beeinflussen, und zwar vollkommen abweichend vom tatsächlichen Begabungsniveau. Überdies prägen die mangelhaften Grundlagen für ein adäquates



■ Abb. 2.3. Baumzeichnung einer 16-Jährigen: Emotionale Leere, Ausdrucksarmut und Perspektivlosigkeit (► Farbtafel am Buchende)

Sozialisationsverhalten das weitere Selbstverständnis in negativer Weise.

Der emotionale Ausdruck muss in jungen Jahren nicht dem klassischen depressiven Bild entsprechen, vielmehr stehen infolge der Wahrnehmung eigener Grenzen und Schwächen oft Reizbarkeit, geringe Frustrationstoleranz, Jähzorn und externalisierendes Verhalten im Vordergrund. Auch histrion anmutendes Auftreten kann im Jugendalter, sofern es nicht ein primärer Wesenszug ist, Ventil für eine zugrunde liegende Depression sein. Ängste können sich in Form von Phobien oder Generalisierung akzentuieren, wobei vor

allem Ängste vor sozialen Interaktionen häufig sind, die wiederum Vermeidungsverhalten und somit eine Verstärkung der Randstellung bedingen. Des Weiteren können kompensatorisch, sozusagen um Kontrolle über die Situation zu erlangen, zwanghaft anmutende Handlungen auftreten. Die gewünschte, vermeintlich entlastende Passivität wird oft mit sehr aktiv imponierendem Bemühen durch Ausreden und Abwehrstrategien erreicht; die psychische Labilität zeigt sich nicht selten eher in unruhigem und sogar hyperaktivem Verhalten.



Beispiel

Trotz ausführlicher pädiatrischer Abklärung ohne organischen Befund musste die 3-jährige S. insgesamt fünfmal stationär in die Kinderklinik aufgenommen werden, da sie starke Bauchschmerzen signalisierte, Essen verweigerte, nachts kaum schlief und unaufhörlich schrie. Das Kleinkind wirkte völlig erschöpft, blass, apathisch und schwer krank. Zudem erschien es ungepflegt. Durch eine Sozialarbeiterin der Klinik, die nur zufällig einen kurzen Gesprächskontakt mit der ansonsten abwehrenden Mutter hatte, wurde ein Hausbesuch erwirkt, der verwahrloste Zustände offenbarte. Aufgrund des dringenden Verdachts auf Kindeswohlgefährdung wurde das zuständige Jugendamt eingeschaltet.

Beispiel

Der 6-jährige T. wurde von der Einschulung zurückgestellt, da er noch nicht reif sei. Die beteiligte Frühdiagnosestelle empfahl eine Vorstellung des sprachlich und motorisch leicht entwicklungsverzögerten Jungen beim Kinder- und Jugendpsychiater, da er still und passiv wirke, kein Interesse an Spielzeug und anderen Kindern zeige und wenig kreativ sei. Seine Bilder wirkten wie die eines 4-Jährigen. Bei der Vorstellung zeigte sich schnell, dass die Familie durch eine schwere unbehandelte Depression des Vaters belastet wurde, die nach dem plötzlichen Tod seiner Ehefrau und Mutter der drei gemeinsamen Kinder vor drei Jahren aufgetreten war. Der Vater hatte durch die Versorgungsnotwendigkeit der Kinder und seine eigene anspruchsvolle Berufstätigkeit für die Aufrechterhaltung der familiären »Funktionsfähigkeit« eigene Bedürfnisse völlig zurückgestellt; ein emotionaler Austausch mit den Kindern fiel ihm schwer. T. wurde daraufhin in kinder- und jugendpsychiatrische, stationäre Behandlung genommen, als Diagnose wurde eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F43.21) gestellt. Mit dem Vater konnte, in Ergänzung zu der multimodalen Therapie, die Einschaltung des Jugendamtes besprochen werden, um eine Hilfe zur Erziehung zu seiner Entlastung und Unterstützung aller Kinder zu etablieren. Zusätzlich wurde eine Haushaltshilfe organisiert, und der Vater begab sich selbst in psychiatrische Therapie.

Beispiel

Die 14-jährige L. fiel auf durch schlechend zunehmende zwanghafte Handlungen. So kontrollierte sie zuletzt bis zu 30 Minuten lang den Inhalt ihrer Schultasche auf Vollständigkeit, zog Hefte heraus und schob sie wieder unter vielfachem Glattstreichen zur Vermeidung von Knicken hinein. In der Schule mussten Stifte und Arbeitsmaterial sehr ordentlich und akkurat auf den Tisch sortiert werden. Sie äußerte abends und an Wochenenden mehrfach die Befürchtung, Hausaufgaben vergessen zu haben, und musste zur Kontrolle bisweilen auch nachts aufstehen. L. zog sich immer mehr zurück, wirkte oft gequält und erschöpft. In der kinder- und jugendpsychiatrischen, teilstationären Diagnostik zeigte sich, dass keine Zwangsstörung im Sinne des ICD-10 vorlag. Vielmehr standen massive Unsicherheiten im Sozialkontakt, Versagensängste, Weinerlichkeit, Freudlosigkeit, Appetit- und Schlafstörungen sowie große Konzentrationsschwierigkeiten in der schulischen Arbeit im Vordergrund. Im Depressionsfrägebogen erzielte sie einen hochpathologischen Wert. Die Familienanamnese ergab eine hohe Belastung für endogene Depressionen.

Eine Konsequenz der Nichtteilnahme am altersentsprechenden Alltag sind ein Ausbleiben entwicklungsförderlicher Stimulation und ein Mangel an Erfahrungszugewinn, Reifung und Training eigener Kompetenzen, so dass allgemeine Entwicklungsverzögerungen im sprachlichen, (psycho-)motorischen, kognitiven und sozialen Bereich mit einem weiteren Verlust an Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen resultieren. Prozesse wie Individuation, Erlangung von Autonomie, psychosexuelle Reifung und psychosoziale Integration verlaufen defizitär. Bei sehr frühem Beginn und chronischem Verlauf weisen die betroffenen Kinder dementsprechend ein geringes Vokabular und große Schwächen im sprachlichen Ausdruck bei monoton-leisem Sprechen auf. Sie wirken motorisch ungeschickt und zeigen kaum Mimik oder Gestik. Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnisleistungen

Wenn mich andere fragen, was ich habe, sage ich nicht, dass ich an einer Depression leide, sondern dass meine Stimmung schlecht ist und sich in kurzer Zeit sehr stark schwankt *.



Dann fühle ich mich unwohl, alles ist zu viel und ich will nur noch alleine in meinem Zimmer sein. Erst wird alles verdunkelt und dann lege ich mich in mein Bett und ziehe mir die Decke über den Kopf und häufig kommt es vor, dass ich weinen muss. Über mehrere Jahre hinweg habe ich es gelernt mich vor anderen Menschen zu verstellen - ich bin eine schrgute Schauspielerin - so dass mir kein anderer etwas anmerkt. Meine Eltern haben es aber gemerkt, weil ich früh am Morgen nicht mehr aus dem Bett gekommen bin, nicht mehr gerne zur Schule gegangen bin, mich nicht mehr mit meinen Freunden getroffen habe und ^{meinen} ~~keinen~~ Hobbies ^{nicht mehr} (Sport, Geige spielen...) nachgegangen bin. Ich habe in meiner eigenen Welt gelebt und lebe oft immer noch darin. Eine Welt die dunkel ist, voller Trauer und Verzweiflung, Angst und Antriebslosigkeit, dem Gefühl, dass man überflüssig ist und das Leben keinen Sinn mehr hat und dass es am besten wäre, wenn man nicht mehr leben würde. Doch jetzt bin ich in der Klinik und will dagegen ankämpfen und meinem Leben einen neuen „Sinn“ geben.
weiblich 15 Depression

Abb. 2.4. Bericht einer 15-Jährigen über ihre depressive Erkrankung

fallen ihnen schwer, mit entsprechenden Leistungsschwierigkeiten in der Schule, wobei Versagensgefühle und Leistungsängste bis zur Schulverweigerung führen können. Diese Besonderheiten, verknüpft mit Desinteresse und geringer Begeisterungsfähigkeit, führen oft per se zu einer Randstellung in der Gruppe der Gleichaltrigen; soziale Ängste und Scham bedingen zudem den aktiven Rückzug, wodurch ein Teufelskreis entsteht, da wichtige Entwicklungsaufgaben – vor allem jene der Pubertät – nicht geleistet werden und auch nach Remission der depressiven Erkrankung die Rückkehr in gesellschaftliche Bezüge mangels sozialer Kompetenz eine große Hürde darstellt. Nicht selten kann dann, ähnlich wie bei anderen chronischen psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters, die Erkrankung attraktiver erscheinen als die Konfrontation mit der Realität und der Vielzahl ihrer Aufgaben, so dass Selbstabwertung, Misserfolge und Zukunftsängste bei erhöhter Sensitivität dieser Patienten zurück in die Depression führen. Oft sind Substanzmissbrauch und Suizidalität die Folge.

2.3 Epidemiologie

In den letzten Jahren scheint die Lebenszeitprävalenz depressiver Störungen insgesamt angestiegen zu sein, wobei Costello et al. (2006) in ihrer 10-Jahres-Erhebung für Kinder und Jugendliche de facto keine erhöhten Prävalenzen detektierten. Subklinische depressive Symptome sind besonders häufig bei Kindern und Jugendlichen zu finden. So ergab eine Studie an 15000 niederländischen Schülern (Diekstra 1995) bei 13% Einsamkeitsgefühle, bei 20% ein negatives Selbstbild, bei 19% Selbstmordgedanken und – auch in dieser nichtklinischen Stichprobe – bei 5% bereits durchgeführte Selbstmordversuche. Frühe depressive Symptome können Risikofaktoren für die spätere Ausprägung einer mani-

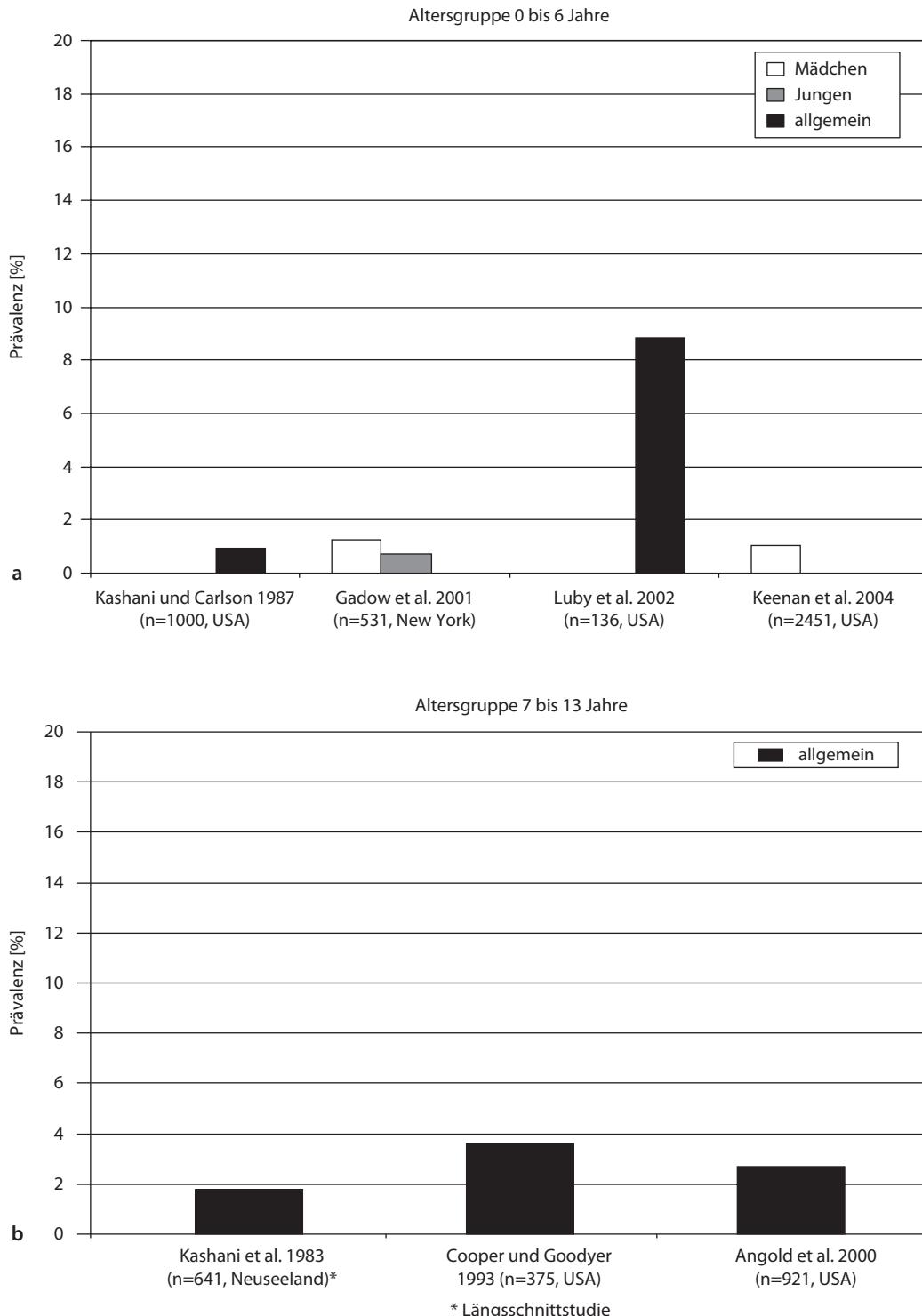
festen depressiven Störung im psychiatrischen Sinne darstellen, sofern sich ungenügende Coping-Strategien, mangelnder sozialer Rückhalt, Misserfolgserlebnisse oder weitere Belastungsfaktoren hinzugesellen. Es wird angenommen, dass 70–80% der depressiven Kinder und Jugendlichen unbehandelt bleiben (Cicchetti u. Toth 1998).

Die bislang größte epidemiologische Studie zur Prävalenz depressiver Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter stellte im Jahre 1971 in Deutschland eine Rate von 1,8% fest (Nissen 1971). Vergleichbare Ergebnisse erbrachte u.a. eine 30 Jahre später durchgeführte Studie in den USA (Angold u. Costello 2000). Neuere deutsche Studien beziffern die Lebenszeitprävalenz für depressive Erkrankungen – allerdings bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen – mit 16,2% bzw. 16,8% (Kessler et al. 2003; Wittchen et al. 1998).

Während in einer älteren Studie zu Vorschulkindern ein geringer Prozentsatz von 0,3% in den USA als depressiv detektiert wurde (Kashani u. Sherman 1988), schwanken die Prävalenzangaben für Grundschulkinder in den USA zwischen 1,9 und 3,4% (Kashani et al. 1987; Cohen et al. 1993), für Jugendliche in den USA zwischen 3,2 und – bei Mädchen – 8,9% (Angold et al. 1998; Cooper u. Goodyer 1993). Eine Querschnittserhebung an 231 Vorschulkindern in einer kinderpsychiatrischen Tagesklinik in New York ergab eine Prävalenzrate depressiver Störungen von 2% bei den Mädchen und 1,8% bei den Jungen (Gadow et al. 2001).

Nach aktuellen Erhebungen ist ein signifikanter Anstieg depressiver Episoden ab dem 13. Lebensjahr zu verzeichnen, mit einem Höhepunkt zwischen dem 14. und 16. Lebensjahr; insbesondere bei Mädchen ist innerhalb der Pubertätsjahre ein signifikanter Anstieg depressiver Erkrankungen auf fast das Doppelte zu verzeichnen, der nach der Pubertät wieder absinkt, wohingegen man bei Jungen einen kontinuierlichen

2.3 Epidemiologie



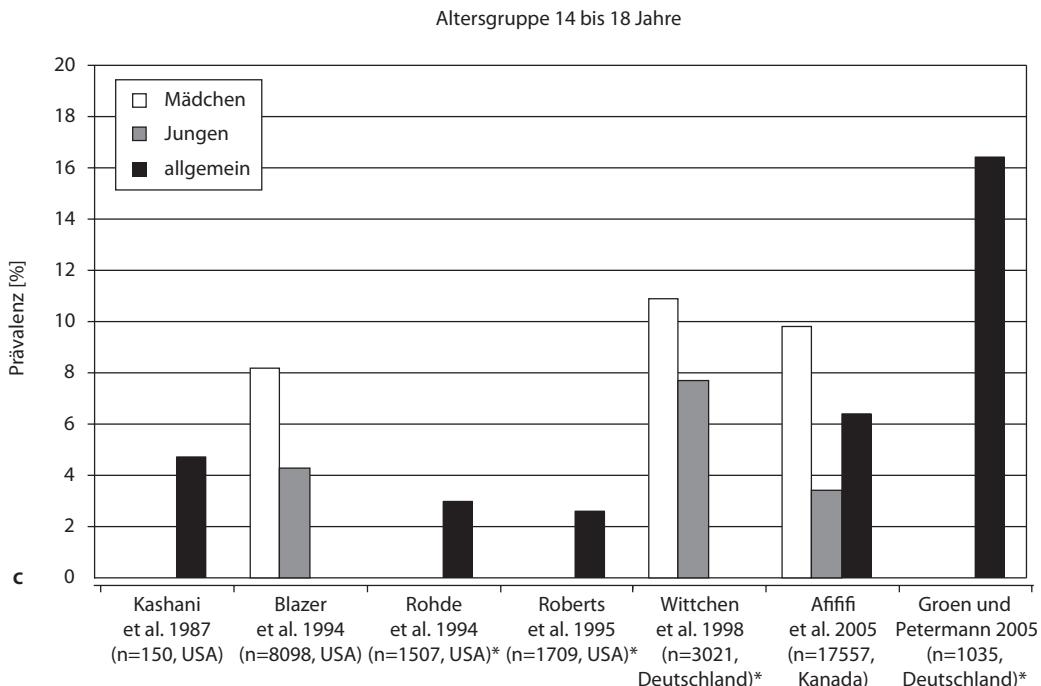


Abb. 2.5a–c. Epidemiologie nach Altersgruppen. a Altersgruppe 0–6 Jahre, b Altersgruppe 7–13 Jahre, c Altersgruppe 14–18 Jahre (*Längsschnittstudien)

Verlauf beobachten kann (vgl. Preiß u. Remschmidt 2007). Einen nach Altersgruppen gestaffelten Überblick geben die Abbildungen 2.5a–c.

In der Differenzierung des Schweregrades ergibt sich im Schul- und Jugendlichenalter eine Prävalenz von ca. 2% für mittelgradige bis schwere Depressionen, für leichte Depressionen von ca. 4%; in klinischen Stichproben werden weit höhere Raten (8–25%) angegeben (Blanz et al. 2006). In der epidemiologischen Studie von Wittchen et al. (1998) an 14- bis 24-Jährigen wurden Prävalenzraten von 2,5% (Mädchen: 3,6%, Jungen: 1,4%) für die rezidivierende Major Depression und 9,3% (Mädchen: 10,9%, Jungen: 7,7%) für die einmalige depressive Episode festgestellt.

Zu dysthymen Störungen gibt es nur wenige Daten für diese Altersgruppe, wobei bei Kindern von einem Vorkommen von bis zu 1,7% und bei Jugendlichen von bis zu 8% ausgegan-

gen wird (vgl. Essau u. Petermann 2000). In der epidemiologischen Längsschnitterhebung von Wittchen et al. (1998) wurde die Prävalenz der Dysthymie mit 4,5% für Mädchen und 1,5% für Jungen angegeben.

Im Geschlechtervergleich gibt es insbesondere bei Mädchen emotionale Risikofaktoren, die eine Prädisposition für depressive Entwicklungen bedingen können (Tab. 2.5). Es wurde auch gezeigt, dass frühreife Mädchen mehr zu Depressionen neigen als normal entwickelte (30% vs. 22%; Lewinsohn et al. 1998; Seiffge-Krenke u. Stemmler 2002). Bei diesen Mädchen spielten ein negatives Körperbild und Beziehungsstress eine große Rolle (Seiffge-Krenke u. Stemmler 2002). Die Autoren interpretierten das beobachtete Phänomen als einen möglichen Ausdruck dessen, dass Mädchen im Vergleich zu Jungen gesellschaftlich weniger unabhängig erzogen und später in ihrer Verselbstständigung

Tab. 2.5. Risikofaktoren der depressiven Entwicklung bei Mädchen. (Mod. nach Essau u. Petermann 2000; Essau 2002)

Risikobereiche	Aspekte
Emotional	<ul style="list-style-type: none"> – frühere und stärkere Selbstabwertungstendenzen als Jungen – ängstlich-gehemmtes Temperament (gleichzeitig Risikofaktor für unsichere Bindungen) – höhere Sensitivität – höhere Misserfolgsbewertung – grüblerisch-introvertiertes Coping-Verhalten (bei Jungen: Ablenkung, Aktivität, Durchsetzungsversuche) – stärkere Belastung durch negative Lebensereignisse – hohes Angstniveau bei Anforderungen und Lebensumstellungen
Sozial	<ul style="list-style-type: none"> – Selbsteinschätzung stärker von Fremdbeurteilung abhängig – geringere Selbstbehauptungsfähigkeit – durch weibliche Sozialisation fokussierte Nähe, Vertrauen und Bindung (bei Jungen: Autonomie, Durchsetzungsvermögen)
Körperlich	<ul style="list-style-type: none"> – deutlichere, für die Selbstakzeptanz wichtige körperliche Pubertätszeichen – hormonelle Veränderungen

gefördert werden, was zu größeren Abgrenzungsschwierigkeiten und Rollenkonflikten zu führen scheint, insbesondere bei fröhreifen Mädchen. Doch auch sexuell verzögert entwickelte Mädchen weisen eine höhere Neigung zur Entwicklung depressiver Störungen auf (34% vs. 22%; s. Lewinsohn et al. 1998).

Mädchen haben ein negativeres Körperfild als Jungen. Dies und die große Neigung, sich über die Sichtweisen anderer zu definieren und dadurch anfechtbarer zu sein, unterscheidet Mädchen von Jungen. Gleichzeitig kann die bessere Pflege eines sozialen Bezugssystems durch Mädchen andererseits eine umso größere Ressource zur Stressbewältigung sein (Seiffge-Krenke 2007). Der sozialen Ader der Mädchen kommt somit sowohl eine gefährdende, potenziell labilisierende, als auch eine mögliche protektive Bedeutung zu.

In der Regel verlaufen depressive Episoden im Jugendalter rascher als im Erwachsenenalter, was möglicherweise zur Unterschätzung der Häufigkeit führt. Die Angaben zur durchschnittlichen Dauer depressiver Episoden im

Kindes- und Jugendalter schwanken zwischen zwei Monaten und 17 Monaten – im Mittel sind es acht Monate (Lewinsohn et al. 1998; Birmaher et al. 2006, 2007). Gleichzeitig ist bei bis zu 80% von einer latenten Persistenz bzw. von relativ hohen Rezidivraten auch für diese früh beginnenden Depressionsformen auszugehen: 25% rezidivieren nach einem Jahr, 40% nach zwei Jahren, 72% nach fünf Jahren (Blanz et al. 2006). Depressive Erkrankungen bei Kindern weisen häufig einen protrahierten Verlauf auf mit 3- bis 4-jähriger Dauer (Birmaher et al. 2007).

2.4 Suizidalität

2.4.1 Epidemiologie

Suizidgeuden sind ein Phänomen, dessen Prävalenz bei Schülern in Industrieländern auf bis zu 10% geschätzt wird, die Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen bei Kindern und Jugendlichen wird bei ca. 3-4% vermutet (vgl.



■ Abb. 2.6. Suizidalität eines Kindes (► Farbtafel am Buchende)

van Engeland 2001). Es ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen; nur ein Teil der Betroffenen wird kinder- und jugendpsychiatrisch vorgestellt. Jede dritte Todesursache bei 10- bis 19-Jährigen ist der Suizid (Arias et al. 2003). Die Mehrzahl der jugendlichen Suizidenten litt an einer psychischen Störung, insbesondere mehr als 50% an Depression (Ryan 2005; ■ Abb. 2.6).

In bestimmten Altersstufen und bei entsprechender Peergroup üben Todesgedanken und Suizidversuche eine gewisse Faszination auf den Einzelnen aus – eine Faszination, die durch Medien und Internetforen verstärkt wird. Folge ist ein Experimentieren mit selbstverletzendem Verhalten, zunächst oft in leichter Ausprägung



wie z.B. oberflächliches Ritzen. Die mögliche Gewinnung von Aufmerksamkeit kann als aufrechterhaltender Faktor wirken. Werden keine anderen, konstruktiveren Mechanismen zur Erlangung positiver Verstärkung erworben, gewinnt die Autoaggressivität an Stellenwert. Um die gewünschte Wirkung der Zuwendung zu bewahren, müssen die Methoden im Verlauf stärker gewählt werden, so dass tatsächlich schwerere Verletzungen und lebensbedrohliche Maßnahmen ergriffen werden. Bei Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kommt dem selbstverletzenden Verhalten zudem die Bedeutung der Spannungsabfuhr bei innerer Anspannung zu; auch beschreiben die Patienten den selbst zugefügten Schmerz als einzige Möglichkeit, sich selbst noch zu spüren. Borderline-Patienten verfügen über ein geringes Schmerzempfinden und befinden sich während der Selbstverletzungsprozeduren in einem dissoziativen Zustand. Angst, Unsicherheit und Schreck als Reaktionen der Umwelt werden als verstarkendes Gefühl erlebt.

Bei Depressionen sind suizidale Gedanken sehr ernst zu nehmen und besonders gewissenhaft im Verlauf zu überprüfen und engmaschig zu verfolgen. Zurzeit wird in Deutschland von 18–20 Suiziden pro 100000 Todesfälle ausgingen (vgl. Harrington 2001). Die Suizidrate für Kinder und Jugendliche zeigt sich seit dem Jahr 1982 relativ stabil (525 Suizide Minderjähriger in Deutschland) bzw. entgegen der öffentlichen Wahrnehmung eher abnehmend (1996: 222; 2001: 243). Jungen überwiegen Mädchen bezüglich erfolgreicher Suizide im Verhältnis 3 zu 1, wohingegen Selbstmordversuche deutlich häufiger von Mädchen durchgeführt werden. Auch hegen mehr Mädchen Suizidgedanken als

Jungen, insgesamt schwanken die Prävalenzangaben hierzu zwischen 10 und 35% (Reicher 1998). In den USA suizidieren sich ca. 5000 Kinder und Jugendliche pro Jahr (Shugart u. Lopez 2002). Die Korrelation von depressiven Störungen und suizidalem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen liegt bei 0,30 (Seiffge-Krenke 2007).

Die ethnische Zugehörigkeit ist auch zu berücksichtigen: Während in Nordamerika und Europa erfolgreiche Suizide bei Jungen häufiger sind, besteht in Lateinamerika und Asien ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis. Ansonsten überwiegen Suizide bei Mädchen (van Engeland 2001). Während Selbstdötungen vor dem 10. Lebensjahr sehr selten vorkommen, sind es pro Jahr im Alter zwischen 10 und 14 Jahren bis zu 40 Kinder, die sich suizidieren. Zwischen 15 und 19 Jahren tun dies in Deutschland bis zu 200 Jugendliche (vgl. Warnke et al. 2001). Eine deutsche Erhebung zeigte, dass Erhängen und tödliche Aufprallverletzungen die am häufigsten gewählten Suizidvarianten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen darstellen (Schmidt et al. 2002).

2.4.2 Geschlechterunterschiede

Jungen

Aggressives Verhalten und Drogenkonsum sind psychopathologische Besonderheiten, die oft für männliche depressive Jugendliche zutreffen: Hier stehen eher extravertierte kompensatorische Mechanismen der affektiven Belastung im Vordergrund; Frustration und Enttäuschung führen zu Wut- und Ärgergefühlen, die sich dann entsprechend expansiv manifestieren. Zur Selbstberuhigung oder -entlastung werden Alkohol oder sonstige Drogen eingesetzt. Depressive Jungen streiten Traurigkeitsgefühle, Überlastung, Erschöpfung und Ratlosigkeit, das heißt Symptome, die für eine Depression sehr typisch sind, im direkten Gespräch

oft ab – selbst dann, wenn der Druck und ihre Not schon sehr groß sind. Jungen führen weniger parasuizidale Handlungen durch, sondern greifen bei Suizidversuchen dann zumeist zu »harten Methoden« wie Erhängen oder Erschießen, wodurch die Gefahr eines vollendeten Suizids deutlich erhöht ist. Es mag an dem gesellschaftlichen Rollenverständnis liegen, dass Jungen das Eingeständnis von Schwächen und von einem aktuellen Mangel an Lösungsstrategien zur Selbsthilfe besonders schwerfällt. Das Gleiche gilt für die Mitteilung von emotionaler Befindlichkeit.

Mädchen

Mädchen neigen in der Depression eher zum Rückzug und Grübeln, sie empfinden oft Schuld- und Versagensgefühle und sprechen sich ohne Differenzierung oft gänzlich die Verantwortung für Misserfolge und für Erlebnisse des Scheiterns zu. Mädchen führen häufiger parasuizidale Handlungen durch und greifen meist zu »weichen Methoden« wie Tabletteningestion. Bei Mädchen wird häufiger auch das Umfeld einbezogen, sie teilen ihre schlechte Befindlichkeit engen Vertrauten durchaus mit, bisweilen auch ihre Suizidversuche (► Abb. 2.7).

Mitunter weisen Suizidversuche einen offensichtlich appellativen Charakter auf und sind primär zur Aufmerksamkeitssuche

intendiert, was bei höherer Frequenz und histrion getönter Darstellung durch den Patienten selbst im Umfeld und eventuell auch beim Therapeuten zur negativen Gegenübertragung führt (Ärger, Ungeduld, Verharmlosung der Selbstschädigung). Je doch müssen auch diese Suizidversuche (und der Patient) stets ernst genommen und vorwürfliche oder subjektiv emotional bewertende Bemerkungen unbedingt vermieden werden, wobei in Abhängigkeit der ▼

zugrunde liegenden psychischen Störung verhaltenstherapeutische Strategien einfließen müssen (z.B. bei Borderline-Patienten und Patienten mit histrionischer Persönlichkeitsstörung: Verstärkung gesunden Verhaltens und nur minimale, neutrale, sachlich-notwendige Handhabung autoaggressiven Verhaltens, etwa durch Wundversorgung).

2.4.3 Risikofaktoren

Zumeist zeigt sich ein präsuizidales Syndrom mit direkten oder indirekten Vorankündigungen und charakteristischen Veränderungen auf emotionaler Ebene und Verhaltensebene. Nach Löchel (1983) umfasst das präsuizidale Syndrom:

- Gefühle der Ohnmacht und des Unverständenseins,
- mangelnden Selbstwert,
- soziale Isolation,
- Passivität,
- Autoaggressivität,
- konkrete Suizidpläne,
- Dysphorie,
- psychosomatische Beschwerden wie Müdigkeit, Appetit- und Schlaflosigkeit (vor allem bei Kindern).

Oft wird bei Kindern und Jugendlichen jedoch eher der Wunsch, eine unerträgliche Situation zu beenden bzw. eine Pause zu erlangen, als Trigger für Suizidversuche angegeben als ein tatsächlicher Todeswunsch (► Abb. 2.8). Hinweise auf das Vorliegen von Suizidalität sind in ► Tabelle 2.6 dargestellt. Besonders kritisch hinsichtlich weiterer Suizidgefährdung sind bereits vorausgegangene Suizidversuche (Apter u. King 2006), Suizide in der Familie (Brent et al. 2002) und zur Imitation verleitende Suizide in der näheren Umgebung (»Werther-Effekt«). Liegen solche Faktoren vor, ist



■ Abb. 2.7. Tonfigur einer 17-Jährigen mit selbstverletzendem Verhalten

von einem andauernden Risiko für die Dauer von zwei Jahren auszugehen. Dabei mag auch der Vereinigungswunsch mit einer verstorbenen geliebten Person eine wichtige Rolle spielen. Das höchste Risiko für wiederholte Suizidversuche liegt im ersten Halbjahr nach dem ersten Versuch (25%), die Wahrscheinlichkeit für Wiederholungen innerhalb eines Jahres bei 15% (Harrington 2001).

★ Suizidversuche, die mit längerem Vorsatz, vorgeplant und in Isolation, das heißt im Bewusstsein, mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht entdeckt zu werden, durchgeführt wurden, sind höchst alarmierend und erfordern aufgrund akuter Selbstgefährdung den Schutz einer intensivierten vollstationären Therapie.

Ich fühle mich leer, wertlos.
 Macht das Leben einen Sinn?
 Wieso laufen alle mit einem Lächeln
 auf den Lippen herum,
 während ich mich in eine Ecke
 zurückziehe und traurig bin.
 Mir ist zum Heulen zu Mute,
 wo ist die Freude von früher,
 wo mein Lebensgeist.
 Nichts macht mehr Spaß,
 alles ist total beschissen;
 das Leben zieht an mir vorbei.
 Werde ich wieder lachen
 und Spaß haben können?
 Und warum versteht mich
 NIEMAND?

■ Add 2.8. Schwere depressive Episode einer 14-Jährigen

Wenn suizidale Gedanken nach vorausgegangenen Suizidversuchen anhalten, ungünstige psychosoziale Umstände vorliegen (soziale Desintegration, psychische Erkrankungen in

der Familie, Belastungsfaktoren) und es an positiven Perspektiven mangelt (z.B. völliges schulisches oder berufliches Leistungsversagen), ist ebenfalls eine engmaschige Therapie

Tab. 2.6. Hinweise auf das Vorliegen von Suizidalität. (Mod. nach Essau u. Petermann 2000; Kerns 1997)

Umgang mit anderen	<ul style="list-style-type: none"> — sozialer Rückzug — Andeutungen von Todesgedanken — Verschenken wichtiger persönlicher Dinge, Klärung noch offener Angelegenheiten
Verhaltensebene	<ul style="list-style-type: none"> — Vernachlässigung des Äußeren — deutliche, für die Person untypische Verhaltensänderung — Pflicht- und Alltagsvernachlässigung — Substanzmissbrauch
Psychopathologie	<ul style="list-style-type: none"> — Depressionssymptome — starkes Grübeln — Leistungseinbruch — intensive Beschäftigung mit dem Thema Tod (Zeichnungen, Lektüre, Gedichte, Chatrooms etc.) — plötzlich gelöste Stimmung nach depressiver Phase (Suizid als anspannungslösende Idee)
Alarmzeichen	<ul style="list-style-type: none"> — Abschiedsbrief — konkrete Planungen zur Suiziddurchführung — vorausgegangene Suizidversuche

dringend anzuraten, vor allem zur akut kriseninterventionistischen Entlastung im stationären Rahmen. Denn die basalen Gegebenheiten sind durch den depressiven Patienten ohne therapeutische Unterstützung nicht änderbar und führen somit zur chronischen Überforderung, die »Lösungsversuche« durch Suizid wahrscheinlich machen. Auch sollte der Wunsch eines Kindes oder Jugendlichen nach vollstationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Therapie gehört und gewissenhaft differenziert abgewogen werden, da es sich meist um ein Warnsignal handelt.

2.4.4 Prävention

Viele Suizide finden nicht in der Phase der stärksten Depression statt, sondern in der Phase der »Besserung«, das heißt, wenn Energie und Antrieb gewonnen werden, die für die Umsetzung einer suizidalen Handlung vorher gefehlt hatten. Kindliche Suizide vor dem 12.

Lebensjahr, die sehr selten sind, fanden zumeist in Korrelation mit traumatischen Ereignissen (z.B. Verlust eines Elternteils, Missbrauch) oder Alkohol- und Drogenmissbrauch in der Familie statt (Orbach 1990). Mangelnde Stressbewältigungsmodelle in der Familie oder Imitations-suizide nach vorausgegangenem Suizid einer bekannten oder befreundeten Person sind vor allem bei Schulkindern und Jugendlichen risikante Ausgangsbedingungen, die präventiver Programme bedürfen (z.B. fachliche Betreuung von Schulen, in denen ein Suizid stattfand).

Zur Suizidprävention sind die Behebung oder Reduktion von Belastungsfaktoren und die Vermittlung von Problemlösestrategien zentrale Faktoren. Es gilt zu beachten, dass Kinder und Jugendliche auch nach Suizidversuchen zur Bagatellisierung ihrer Situation neigen und wenig offen sind. Umso wichtiger ist die Ausbildung eines Vertrauensverhältnisses zu einem festen Bezugstherapeuten, der kriseninterventionistisch zur Verfügung steht bzw. mit dem Patienten

einen Notfallplan ausarbeitet, welche Selbsthilfemethoden angewandt und welche Hilfsinstanzen konkret zu jeder Tages- oder Nachtzeit alarmiert werden können, um eine sofortige Unterstützung bei akuter Suizidalität zu erwirken.

Literatur

- Afifi TO, Enns MW, Cox BJ, Martens PJ (2005) Investigating health correlates of adolescent depression in Canada. *Can J Public Health* 96: 427–431
- Angold A, Costello EJ (2000) The child and adolescent psychiatric assessment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39: 39–48
- Angold A, Costello EJ, Worthman CM (1998) Puberty and depression. The roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol Med* 28: 51–61
- Apter A, King RA (2006) Management of the depressed, suicidal child or adolescent. *Child Adolesc Psych Clin* 15(4): 999–1013
- Arias E, MacDorman MF, Strobino DM, Guyer B (2003) Annual summary of vital statistics - 2002. *Pediatrics* 112: 1215–1230
- Birmaher B, Axelson A (2006) Course and outcome of bipolar spectrum disorder in children and adolescents: A review of the existing literature. *Development and Psychopathology* 18: 1023–1035
- Birmaher B, Brent D, American Association of Child and Adolescent Psychiatry Work Group on Quality Issues (2007) Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46(11): 1503–1526
- Blanz B, Remschmidt H, Schmidt MH, Warnke A (2006) Psychiatrische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Schattauer, Stuttgart
- Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS (1994) The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 151: 979–986
- Brent DA, Oquendo M, Birmaher B et al. (2002) Familial pathways to early-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Arch Gen Psychiatr* 59: 801–807
- Cicchetti D, Toth S (1998) Perspectives on research and practice in developmental psychopathology. In: Damon W (ed) *Handbook of Child Psychology. Child psychology in practice*, 5th edn., vol 4. Wiley, New York, pp 479–583
- Cohen P, Cohen J, Kasen S et al. (1993) An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence – I. Age and gender specific prevalence. *J Child Psychol Psychiatry and Allied Disciplines* 34: 851–867
- Cooper PJ, Goodyer I (1993) A community study of depression in adolescent girls. Estimates of symptom and syndrome prevalence. *Br J Psychol* 163: 369–374
- Costello EJ, Foley DL, Angold A (2006) 10-year-research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *J Am Acad Child Psychiatry* 45: 8–25
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie et al. (2007) Depressive Episoden und Rezidivierende depressive Störungen (F32, F33), Anhaltende affektive Störungen (F34). In: Warnke A, Lehmkuhl G (Hrsg) *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*, 3. Aufl. Deutscher Ärzte Verlag, Köln, S 57–72
- Diekstra RFW (1995) Depression and suicidal behaviors in adolescence. Sociocultural and time trends. In: Rutter M (eds) *Psychosocial disturbance in young people. Challenges for prevention*. Cambridge University Press, New York, pp 212–243
- Engeland H van (2001) Suizidales Verhalten in der Adoleszenz. In: Freisleder FJ, Schlamp D, Naber G (Hrsg) *Depression, Angst, Suizidalität. Affektive Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Zuckschwerdt, München, S 47–54
- Essau CA (2002) Depression bei Kindern und Jugendlichen. *Psychologisches Grundlagenwissen*. Ernst Reinhard, München
- Essau CA, Petermann U (2000) Depression. In: Petermann F (Hrsg) *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*, 4. Aufl. Hogrefe, Göttingen, S 291–322
- Gadow KD, Sprafkin JM, Nolan E (2001) DSM-IV symptoms in community and clinical preschool children. *J Am Acad Child Psychiatry* 40: 1383–1392
- Groen G, Petermann F (2005) Depressive Störungen im Jugendalter: Verlauf und klinische Prädiktoren. *Z Klin Psychol Psychother* 34: 10–18
- Harrington RC (2001) Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. Übersetzt und bearbeitet von Jans T, Warnke A, Remschmidt H. Hogrefe, Göttingen
- Kashani JH, Carlson GA (1987) Seriously depressed preschoolers. *Am J Psychiatry* 144(3): 348–350

Literatur

- Kashani JH, Sherman DD (1988) Childhood depression: epidemiology, etiological models, and treatment implications. *Integr Psychiatry* 6: 1–8
- Kashani JH, McGee RO, Clarkson SE et al. (1983) Depression in a sample of 9-year-old children, Prevalence and associated characteristics. *Arch Gen Psychiatry* 40(11): 1217–23
- Kashani JH, Carlson GA, Beck NC et al. (1987) Depression, depressive symptoms and depressed mood among a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry* 144: 931–934
- Keenan K, Hipwell A, Duax J, Stouthamer-Loeber M, Loeber R (2004) Phenomenology of depression in young girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43(9): 1098–1112
- Kerns LL (1997) Hilfen für depressive Kinder. Huber, Bern
- Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. (2003) The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *J Am Acad Assoc* 289: 3095–3105
- Knölker U, Mattejat F, Schulte-Markwort M (2000) Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie systematisch, 2. Aufl. Uni-Med Verlag, Bremen
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR (1998) Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 18:765–794
- Little CA, Williams SE, Puzanova M, Rudzinski ER, Walker LS (2007) Multiple somatic symptoms linked to positive screen for depression in pediatric patients with chronic abdominal pain. *J Pediatric Gastroenterol Nutrition* 44: 58–62
- Löchel M (1983) Die präsuizidale Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen – ein Beitrag zur Früherkennung der Selbstmordgefährdung. In: Jochmus I, Förster E (Hrsg) Suizid bei Kindern und Jugendlichen. Klinische Psychologie und Psychopathologie, Bd 24. Enke, Stuttgart
- Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakotsky C et al. (2002) Preschool major depressive disorder: validation for developmentally modified DSM-IV criteria. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41: 928–937
- Nissen G (1971) Depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Orbach I (1990) Kinder die nicht leben wollen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Preiß M, Remschmidt H (2007) Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter – eine Übersicht. *Z Kinder Jug Psych* 35(6): 385–397
- Reicher H (1998) Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. Waxmann, Münster
- Roberts RE, Lewinsohn PM, Seley JR (1995) Symptoms of DSM-III-R major depression in adolescence: evidence from an epidemiological survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34: 1608–1617
- Rohde P, Lewinsohn PM, Seley JR (1994) Are adolescents changed by an episode of major depression? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 1289–1298
- Rosenthal NE, Sack DA, Gillin JC et al. (1984) Seasonal affective disorder: a description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen Psychiatry* 41: 72–80
- Ryan ND (2005) Treatment of depression in children and adolescents. *Lancet* 366(9489): 933–940
- Schmidt P, Müller R, Dettmeyer R, Madea B (2002) Suicide in children, adolescents and young adults. *Forensic Sci Int* 127: 161–167
- Schulte-Markwort M, Forouher N (2003) Affektive Störungen. In: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A (Hrsg) Entwicklungspsychiatrie. Schattauer, Stuttgart, S 609–636
- Seiffge-Krenke I (2007) Depression bei Kindern und Jugendlichen: Prävalenz, Diagnostik, ätiologische Faktoren, Geschlechtsunterschiede, therapeutische Ansätze. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatrie* 56: 185–205
- Seiffge-Krenke I, Stemmler M (2002) Factors contributing to gender differences in depressive symptoms: a test of three developmental models. *J Youth Adolesc* 31: 405–417
- Shugart MA, Lopez EM (2002) Depression in children and adolescents: When «moodiness» merits special attention. *Postgrad Med* 112: 130–136
- Warnke A, Hemminger U, Wewetzer Ch (2001) Angststörungen und Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. In: Freisleder FJ, Schlamp D, Naber G (Hrsg) Depression, Angst, Suizidalität. Affektive Störungen im Kindes- und Jugendalter. Zuckschwerdt, München, S 33–46
- Wittchen H, Nelson CB, Lachner G (1998) Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 28: 109–126

