

Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen

...aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht

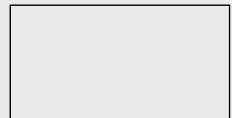
Dipl. Psych. Barbara Frühe
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie der LMU München
(jetzt: Sozialpädiatrisches Zentrum im Dr. von Haunerschen Kinderspital)

Fachtagung des Sozialdienst katholischer Frauen – Landesverband Bayern e.V., 21.03.2012



KLINIKUM
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie



Übersicht

- I. Symptomatik & Klassifikation
- II. Prävalenz & Verlauf
- III. Biopsychosoziales Erklärungsmodell
- IV. Versorgungssituation
- V. Forschung in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Fachtagung des Sozialdienst katholischer Frauen – Landesverband Bayern e.V., 21.03.2012

JENNIFER (15)

In der Kindheit

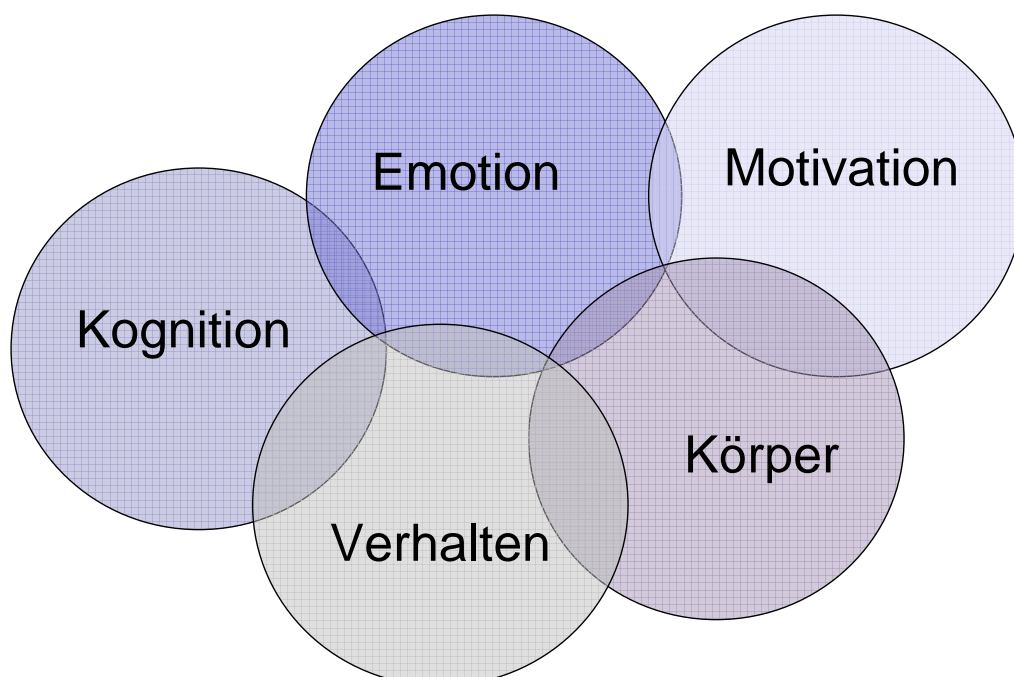
- eher zurückhaltend und schüchtern
- hatte jedoch immer Freundinnen
- in der Schule stets gewissenhaft und fleißig

Nach der Trennung ihrer Eltern und einem Umzug

- große Schwierigkeiten, in der neuen Schule Anschluss zu finden
- ihre beiden besten und einzigen Freundinnen begeistern sich mittlerweile für Mode, Disco und Jungen – Dinge, mit denen sie nicht viel anfangen kann
- Jennifer fühlt sich von den Freundinnen **gekränkt**, erlebt sich als **langweilig**
- sie ist **einsam**, **traurig**, **fühlt** sich auch von der Mutter **nicht verstanden**
- immer häufiger **zieht** sie **sich** in ihr Zimmer **zurück**
- in der Schule kann sie sich **nicht konzentrieren**, **fehlt** wegen **Bauch-** oder **Kopfschmerzen**, die **Noten** werden **schlechter**, obwohl sie sich weiter bemüht
- sie **isst** immer **weniger**, abends kann sie **nicht einschlafen**
- sie **grübelt** darüber nach, warum in ihrem Leben alles schief läuft und **denkt**, dass sie **nie wieder richtig glücklich** sein wird

(Psychotherapeutenkammer, NRW)

Symptomatologie depressiver Auffälligkeiten



Symptomatologie depressiver Auffälligkeiten

- Emotion:** gedrückte Stimmung, Traurigkeit, Gereiztheit, Einsamkeit, Angst, Gequältsein, Gefühlslosigkeit
- Kognition:** Denken: negative Gedanken, Schuldgefühle, Gefühle von Wertlosigkeit, geringes Selbstwertgefühl, pessimistische Zukunftsperspektive, Grübeln, Todes- und Suizidgedanken
Konzentrationsprobleme, Entscheidungsprobleme
- Motivation:** Interessenverlust, Antriebslosigkeit, verminderte Aktivität, Sozialer Rückzug, Vermeidungsverhalten
- Körper:** Weinen, innere Unruhe, Müdigkeit, Veränderungen von Schlaf, Appetit und Gewicht, somatische Beschwerden wie Kopf- oder Bauchschmerzen
- Verhalten:** Körperhaltung: kraftlos, gebeugt, spannungslos, verlangsamt
Gesichtsausdruck: traurig, weinerlich, besorgt, erstarrt, nervös
Sprache: leise, monoton, langsam
- Probleme bei der Bewältigung alltäglicher Anforderungen

Klassifikation einer depressiven Episode nach ICD-10

Mind. 2 Kernsymptome:

- Depressive Stimmung
- Interessen- und Freudverlust an Aktivitäten
- vermind. Antrieb / gesteig. Ermüdbarkeit

Dauer:

über mind. 2 Wochen
an der Mehrzahl der Tage

Mind. 2 weitere Symptome:

- Verlust Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl
- unbegründete Selbstvorwürfe / Schuldgefühle
- wiederkehrende Gedanken an den Tod / Suizidgedanken / suizidales Verhalten
- verminderte Denk- / Konzentrationsvermögen
Unschlüssigkeit / Unentschlossenheit
- psychomotorische Agitiertheit / Hemmung
- Schlafstörungen
- Appetit- und Gewichtsveränderungen

Psychosoziale Beeinträchtigung:

Veränderung in der Lebensführung mit klinisch bedeutsamen Beeinträchtigungen

Ausschluss:

nicht substanzindiziert
kein med. Krankheitsfaktor

Klassifikation depressiver Störungen nach ICD-10

F32.0 leichte depressive Episode (mind. 4 Symptome)

F32.1 mittelgradige depressive Episode (mind. 5 Symptome)

F32.2 schwere depressive Episode ohne psychotische
Symptome (mind. 8 Symptome)

F 33.x rezidivierende depressive Episode (x=Ausprägung)

F34.1 Dysthymia (konstante depressive Verstimmung über zwei Jahre,
3 Symptome ausreichend)

F43.21 Anpassungsstörungen mit längerer depressiver
Reaktion (Reaktion auf eine kontinuierliche Belastungssituation)

Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen

eine depressive Störung äußert sich bei Kindern in
einer ganz ähnlichen Kernsymptomatik wie bei Erwachsenen

→ keine altersspezifischen Symptome
in den Klassifikationssystemen

für die Praxis wichtig:

Wissen von altersabhängigen Variationen der Symptome
je jünger die Patienten, umso unterschiedlicher die Symptome

Veränderungen der Symptome im Entwicklungsverlauf

(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie)

| Vorschulalter | Schulalter | Jugendalter |
|---|--|---|
| trauriger Gesichtsausdruck verminderte Mimik & Gestik leicht irritierbar äußerst stimmungslabil teilweise aggressiv mangelnde Fähigkeit sich zu freuen introvertiertes Verhalten vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten Essstörungen Gewichtsverlust /-zunahme Schlafstörungen: Alpträume, Ein- & Durchschlafstörungen | verbale Berichte über Traurigkeit suizidale Gedanken Befürchtungen, dass Eltern nicht genügend Beachtung schenken Schulleistungsstörungen | vermindertes Selbstvertrauen Apathie, Angst & Konzentrationsmangel Leistungsstörungen Schwankungen des Befindens psychosomatische Störungen Kriterien der depressiven Episode |

Diagnosestellung

- jüngeren Kindern: Beobachtung von Spielverhalten, Essverhalten, Schlafverhalten besonders wichtig
- älteren Kindern: zusätzliche Beobachtung des Leistungsverhaltens

um eine sichere klinische Einschätzung vornehmen zu können, ist die Einbeziehung und Befragung von Eltern und Pädagogen (Lehrer, Erzieher und anderem Betreuungspersonal) notwendig

Diagnose durch:

- Kinder- und Jugendpsychiater
- Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie)

Übersicht

- I. Symptomatik & Klassifikation
- II. Prävalenz & Verlauf
- III. Biopsychosoziales Erklärungsmodell
- IV. Versorgungssituation
- V. Forschung in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Fachtagung des Sozialdienst katholischer Frauen – Landesverband Bayern e.V., 21.03.2012

Punktprävalenz

1-2% bei Vorschulkindern (Egger & Angold 2006, Luby et al., 2002)

2.8% bei Kindern bis zum 12. Lebensjahr (Costello et al., 2006)

5.7% bei Jugendlichen ab dem 13. Lebensjahr (Costello et al., 2006)
(Costello et al., 2006: Metaanalyse zu 26 internationalen epidemiologischen Studien)

15-17% im jungen Erwachsenenalter (Lewinsohn et al., 1998; Essau et al. 2000)

Lebenszeitprävalenz

Early Developmental Stages of Psychopathology (N=3021),
Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München, 1994-1999
(Schuster, 2001)

14-15 Jahre: 6.7%
16-17 Jahre: 10.9%
18-19 Jahre: 13.2%
20-21 Jahre: 14.1%
22-24 Jahre: 17.4%

Bremer Jugendstudie (N=1035) (Essau et al. 1998)
14% bei 12- bis 17-Jährigen

Vergleich von 15 Studien zur Häufigkeit psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

(Ihle & Esser, 2002)

Platz 1: Angststörungen (10.4%)

Platz 2: dissoziale Verhaltensstörungen (7.5%)

Platz 3: depressive / hyperkinetische Störungen (4.4%)

Erstmanifestation & Verlauf

- Mittlere Alter bei Störungsbeginn liegt häufig zwischen dem frühen und mittleren Jugendalter:
12.9 Jahre (Essau et al., 1998)
14.9 Jahre (Lewinsohn et al., 1993)
- Geschlechterverhältnis:
bei Kindern kein Geschlechtsunterschied
ab dem Jugendalter 2♀ : 1♂
BSP 14% Lebenszeitprävalenz bei 12- bis 17-Jährigen
(21.5% ♀, 12.6% ♂) (Essau et al. 1998, Bremer Jugendstudie N=1035)
- sehr kritisch: Mädchen in späten Teenagerjahren

Erstmanifestation & Verlauf

- Jugendliche mit einer depressiven Erkrankungen leiden zu 75% auch im Erwachsenenalter an einer depressiven Störung (Fombonne et al., 2001)
- mehr als 50% der Erwachsenen mit Depression geben an, bereits im Alter von 11-15 Jahren an einer depressiven Störung gelitten zu haben (Kim-Cohen et al., 2003)
- je früher das Auftreten und je mehr Episoden, desto höher das Risiko für weitere Episoden (Esser, 2002; Saß et al., 1998)

WHO (2008): keine andere Erkrankung schränkt die Lebensqualität Heranwachsender so sehr ein wie eine Depression

→ Vielzahl psychosozialer Beeinträchtigungen

(Groen & Petermann, 2002)

- Beeinträchtigte soziale Kompetenzen / zwischenmenschliche Probleme
- Rückzug, Passivität, weniger Freizeitbeschäftigungen
- reduzierte Leistungsfähigkeit mit verringertem Konzentrations- und Durchhaltevermögen führt zu schulische Problemen, häufigen Fehlzeiten, vorzeitigen Schulabbrüche
- negative Denkmuster (Selbstwertprobleme, Pessimismus)
- weitere psychische und körperliche Beschwerden
- Suizidgedanken und -versuche

Depression & Suizidalität

Early Developmental Stages of Psychopathology, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München (Oldehinkel et al., 1999): 1228 Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren

| | Selbstmordgedanken | Selbstmordversuche |
|--------------------|--------------------|--------------------|
| ohne depr. Störung | 3.6% | 0.7% |
| Maj. Depression | 10.4% | 4.4% |
| Dysthymie | 25.5% | 17.3% |

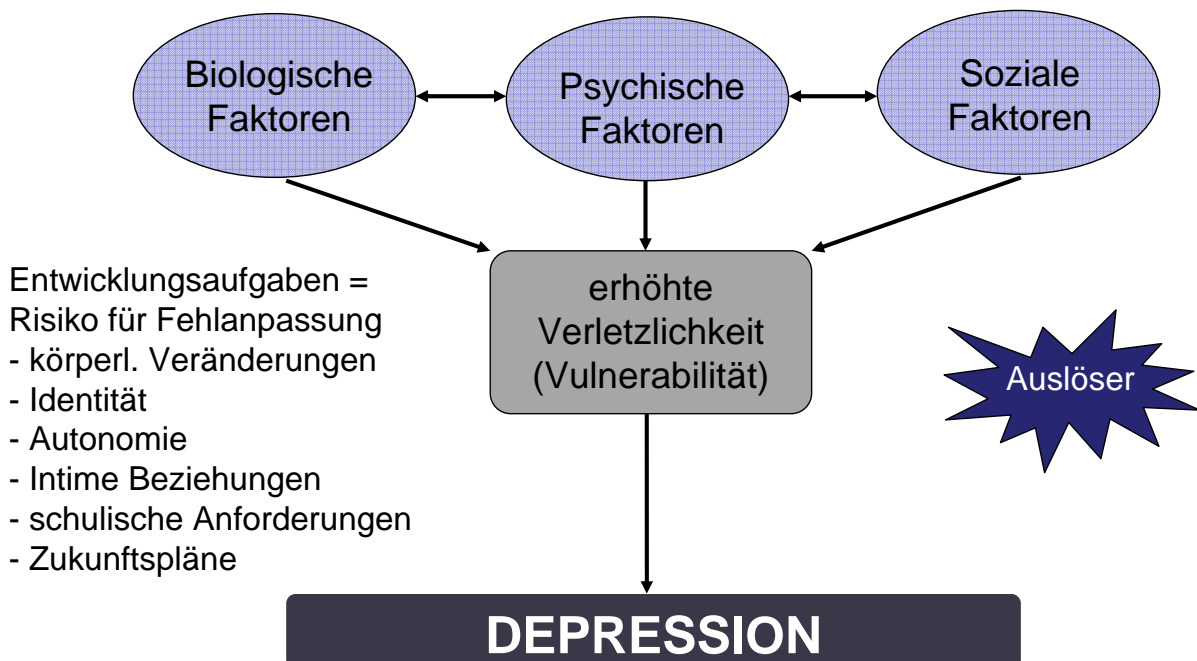
- bei über der Hälfte der jugendlichen Suizidenten liegt eine depressive Störung vor (Ryan, 2005)
- Suizid ist in DTL seit Jahren die zweithäufigste Todesursache bei Kindern und Jugendlichen (Statistisches Bundesamt, 2010):
2008: 17 Todesfälle durch Suizid bei 5- bis 14-Jährigen
210 Todesfälle durch Suizid bei 15- bis 19-Jährigen

Übersicht

- I. Symptomatik & Klassifikation
- II. Prävalenz & Verlauf
- III. Biopsychosoziales Erklärungsmodell
- IV. Versorgungssituation
- V. Forschung in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Fachtagung des Sozialdienst katholischer Frauen – Landesverband Bayern e.V., 21.03.2012

Besonderheit im Jugendalter:
erhöhte Verletzlichkeit durch Entwicklungsaufgaben



Übersicht

- I. Symptomatik & Klassifikation
- II. Prävalenz & Verlauf
- III. Biopsychosoziales Erklärungsmodell
- IV. Versorgungssituation
- V. Forschung in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Fachtagung des Sozialdienst katholischer Frauen – Landesverband Bayern e.V., 21.03.2012

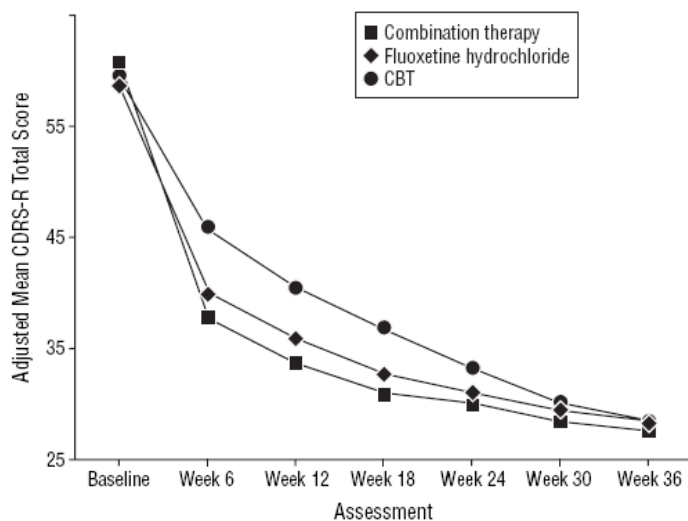
Medikation

- Indikation für medikamentöse Therapie:
bei schwerer und länger andauernder depressiver Störung
engmaschige Anbindung & in Kombination mit Psychotherapie
- SSRI: Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer
- Wirknachweis & Zulassung für Fluoxetin bei Kindern ab 8 Jahren
(einzige evidenzbasierte pharmakotherapeutische Option bei Minderjährigen)
- off-label-Medikation von modernen Antidepressiva SSRI/SSNRI
- Große Verunsicherung hinsichtlich Wirkungen und Nebenwirkungen:
Risiko für Suizidgedanken bei Jugendlichen erhöht, keine Suizide
(Fegert & Kölch, 2011)
- am häufigsten verordnete Wirkstoff bei Minderjährigen in DTL:
Johanniskraut (trotz geringen Evidenzgrades) (Mehler-Wex & Kölch, 2008)

Mittel der 1. Wahl: Psychotherapie (Fegert & Kölch, 2011)

Therapien im Vergleich:

Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS-Team, 2007)



327 Patienten (12-17 Jahre)
(mittelgradige und schwere Depression)

107 Combination

109 Fluoxetin

111 Cognitive Behavior Therapy

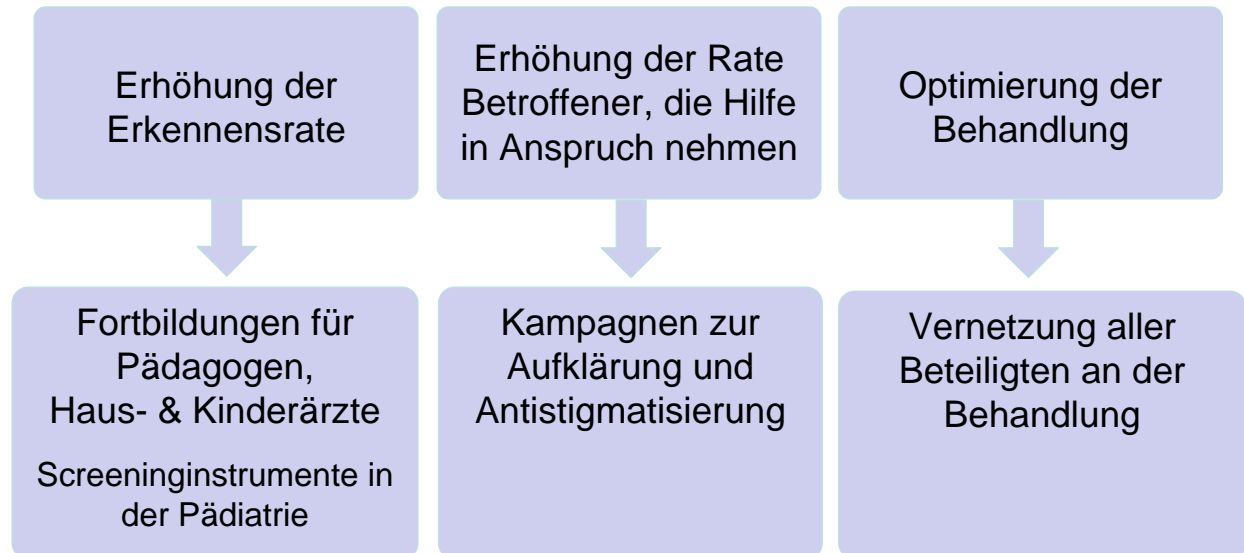
Versorgungssituation

- 68.7% der depressiven 14- bis 17-Jährigen unbehandelt
(Wittchen, 2000; Early Developmental Stages of Psychopathology,
Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München, 1994-1999)

Im Vergleich:

- 49.9% der 18- bis 64-Jährigen unbehandelt
(Bundesgesundheitsurvey, Robert-Koch-Institut, 1998-1999)

Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgung



Münchener Bündnis gegen Depression (Arbeitskreis Kinder und Jugendliche)
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Übersicht

- I. Symptomatik & Klassifikation
- II. Prävalenz & Verlauf
- III. Biopsychosoziales Erklärungsmodell
- IV. Versorgungssituation
- V. Forschung in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Entwicklung und Validierung von Screeninginstrumenten zur Früherkennung depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen in der Pädiatrie (Studienteam: Schulte-Körne, Allgaier, Pietsch, Frühe)

- Kinderärzten kommt eine Schlüsselrolle in der Versorgung zu
- Erkennen ist erschwert durch:
heterogenes Erscheinungsbild & mangelnde Zeit für den einzelnen Patienten

nur 22% der Ärzte in der amerikanischen Primärversorgung erkannten eine depressive Störung bzw. Angststörung bei 11- bis 17-jährigen Asthmapatienten (Richardson et al., 2010)
- Screeninginstrumente stellen für den Arzt ein wichtiges Hilfsmittel dar: Entscheidungshilfe, ob eine umfangreiche Diagnostik bei einem Kinder- und Jugendpsychiater bzw. Psychotherapeuten eingeleitet werden soll

Erkennensrate des neuen Children's Depression Screeners (Child-S; Frühe et al., 2012)

| | | Depression (Kinder-DIPS) | | |
|----------------|------|-----------------------------|------|-----|
| | | JA | NEIN | |
| Child-S ≥11 | JA | 11 | 20 | 31 |
| | NEIN | 1 | 196 | 197 |
| | | 12 | 216 | 228 |

Child-S: 8 Items
9-12 jährige Kinder aus der Pädiatrie

91.7% Sensitivität
90.7% Spezifität

Erkennensrate des neuen Depression Screeners for Teenagers (DesTeen; Pietsch et al., 2011)

| | | Depression (Kinder-DIPS) | | |
|----------------|------|-----------------------------|------|-----------|
| | | JA | NEIN | |
| DesTeen ≥12 | JA | 37 | 56 | 93 |
| | NEIN | 4 | 229 | 233 |
| | | 41 | 285 | 326 |

DesTeen: 14 Items
13-16 jährige Jugendliche
aus der Pädiatrie

90.2% Sensitivität
80.4% Spezifität

Erkennensrate der Ärzte in der Kinder- & Jugendstichprobe (Psychisch auffällig)

| | | Depression (Kinder-DIPS) | | |
|---------------------------------|------|-----------------------------|------|-----------|
| | | JA | NEIN | |
| Arzt: psychisch auffällig | JA | 27 | 8 | 35 |
| | NEIN | 12 | 330 | 342 |
| | | 39 | 338 | 377 |

69.2% Sensitivität
97.6% Spezifität

Erkennensrate der Ärzte in der Kinder- & Jugendstichprobe (Depression)

| | | Depression (Kinder-DIPS) | | |
|---------------------|------|-----------------------------|------|-----|
| | | JA | NEIN | |
| Arzt: Depression | JA | 5 | 8 | 13 |
| | NEIN | 34 | 330 | 364 |
| | | 39 | 338 | 377 |

12.8% Sensitivität
97.6% Spezifität

Entwicklung und Evaluation einer Aufklärungsbroschüre für Jugendliche

(Studienteam: Schulte-Körne, Allgaier, Schiller)



Folgen und Probleme

- weniger aktiv
- mehr Rückzug
- nicht mehr dazugehören
- sich abgelehnt fühlen
- Streit
- schlecht in Schule
- alles ist zu viel
- alles ist schlecht
- Angst
- körperliche Probleme
- Todesgedanken

Depression

Emille spricht Paul an, weil sie sich Sorgen um ihn macht. Sein Verhalten kommt ihr bekannt vor. Ihr ging es früher auch einmal so, wie ihm jetzt. Ihr Arzt nannte es **Depression**. Sie hatte früher keine Freunde, mit denen sie reden konnte. Ihre Eltern haben sich zu Hause immer nur gestritten. Niemand hatte Zeit für sie. Sie hat sich dann immer mehr zurückgezogen und hat oft geweint. Sie hatte sogar daran gedacht, sich etwas anzutun, weil sie nicht mehr leben wollte.

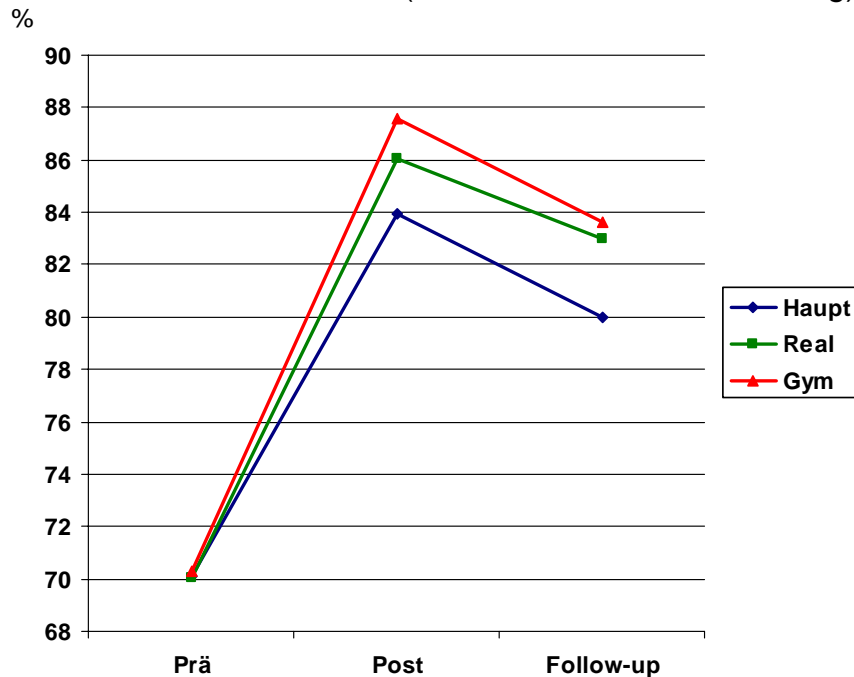
So wie Paul jetzt, geht es vielen Jugendlichen mit einer Depression!



Zukunft?

Paul hat Glück gehabt, dass Emille seine Probleme erkannt und ihn unterstützt hat. Nicht jeder bekommt so schnell Hilfe. Oft haben Jugendliche mit einer Depression auch Gedanken an den eigenen Tod. Sie sehen nichts Schönes mehr am Leben und glauben, dass das auch nie mehr anders wird. Der Tod wird als einzige Lösung gesehen.

Wissenszuwachs nach Lesen der Broschüre
und nach einem Monat (Schiller et al., in Vorbereitung)



Weitere Projekte (Auswahl)

Molekulargenetik affektiver Störungen
im Kindes- und Jugendalter

Neurophysiologische Korrelate depressiver Erkrankungen
im Kindes- und Jugendalter

Koordinierung der Leitlinienentwicklung zur Behandlung von
depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen für die
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Zusammenfassung

- depressive Störungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter
- ernstzunehmende Erkrankung mit weitreichenden Auswirkungen auf den weiteren Lebensweg
- effektive Therapien, weiterhin hoher Forschungsbedarf
- Ziel: Verbesserung der Versorgungssituation

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Ludwig-Maximilians-Universität
Pettenkofenstr. 8a
D-80336 München
Tel.: 089-5160 5901

Email: kjp@med.uni-muenchen.de

