



# Depressionen im Kindes- und Jugendalter: Wie erkennen, was tun?

Alain Di Gallo, Matthias Weber

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)  
Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik (KJPK)

## Depressionen im Kindes- und Jugendalter: Wie erkennen, was tun?

### Quintessenz

- Die Symptomatik ist altersabhängig und entspricht nur teilweise den für Erwachsene gültigen Kriterien.
- Ursächlich liegt der Erkrankung oftmals eine Kombination von genetischer Disposition, ungünstigen Entwicklungsbedingungen und der Konfrontation mit belastenden Lebensereignissen zugrunde.
- Die Komorbidität mit anderen psychiatrischen Krankheitsbildern (Angst- und Zwangsstörungen, Hyperaktivität, Störungen des Sozialverhaltens, Missbrauch von Drogen, Medikamenten oder Alkohol) ist häufig.
- Die Diagnostik und die Behandlung erfordern eine enge Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen des Kindes.
- Je jünger das Kind ist, desto mehr steht die therapeutische Arbeit mit den Eltern im Vordergrund.
- Das Nutzen-Risiko-Verhältnis von Antidepressiva wird als kontrovers beurteilt.

## Dépression chez l'enfant et l'adolescent: comment la diagnostiquer, que faire?

### Quintessence

- *Le tableau symptomatologique dépend de l'âge et ne comporte que quelques critères valides chez l'adulte.*
- *Cette pathologie résulte souvent étiologiquement d'une association de prédisposition génétique, conditions développementales défavorables et confrontation à des événements perturbateurs.*
- *Une comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques (troubles anxieux, obsessionnels, hyperactivité, troubles comportementaux sociaux, abus de drogues, de médicaments ou d'alcool) est fréquente.*
- *Le diagnostic et le traitement imposent l'implication des personnes qui s'occupent de l'enfant.*
- *Plus l'enfant est jeune, plus le travail thérapeutique avec les parents est important.*
- *Le rapport bénéfice-risque des antidépresseurs est controversé.*

Traduction Dr G.-A. Berger

## Depression in childhood and adolescence: how to diagnose and treat it?

### Summary

- The symptoms are age-dependent and only partly meet the tests valid for adults.
- The causal substratum is frequently a combination of heredity, poor starting conditions in life and coping with traumatic life events.
- Comorbidity with other psychiatric disorders (anxiety disorders, compulsive disorders, hyperactivity, antisocial behaviour, substance or alcohol abuse) is frequent.
- Diagnosis and treatment require involvement of the child's entourage.
- The younger the child, the more important the therapeutic work with the parents.
- The risk-benefit ratio of antidepressant drugs is controverted.

Translation R. Turnill, MA

## Einführung

Der Begriff «depressiv» hat sich auch in unserer Umgangssprache etabliert und wird für Erwachsene nicht nur verwendet, um eine spezifische Krankheit zu bezeichnen, sondern ebenfalls und oftmals unreflektiert, um jegliche Form einer lustlosen oder allgemein emotional schwierigen Stimmung zu beschreiben. Für das Befinden von Kindern ist der Begriff hingegen weniger gebräuchlich, obwohl auch Kinder jeden Alters von depressiven Erkrankungen betroffen sein können. Manche – besonders die jüngeren – leiden jedoch unerkannt. Die Krankheit kann

sich hinter Spielunlust, Reizbarkeit oder körperlichen Beschwerden verbergen oder findet neben komorbiden Störungen wie Hyperaktivität und Angstsymptomen kaum Beachtung.

## Fallbeispiele

**Lisa**, ein vierjähriges Mädchen, wird aufgrund körperlicher Übergriffe und Vernachlässigung durch die Eltern von einer Vormundschaftsbehörde in einem Kinderheim untergebracht. Bei der drei Monate später stattfindenden kinderpsychiatrischen Abklärung nimmt sie nur wenig

\* CME zu diesem Artikel finden Sie auf S. 936 oder im Internet unter [www.smf-cme.ch](http://www.smf-cme.ch).

\* Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 937 ou sur internet sous [www.smf-cme.ch](http://www.smf-cme.ch).

Blickkontakt auf, ihre Mimik und Gestik sind deutlich reduziert. Lisas Blick wirkt traurig, leer und nach innen gerichtet. Sie verhält sich still, sitzt regungslos und apathisch auf ihrem Sessel und lutscht am Daumen. Lisa spricht mit leiser Stimme und zeigt keinerlei Interesse an Spielsachen. Mit vorsichtiger Zuwendung und Annäherung gelingt es dem Therapeuten, Lisa etwas aus ihrem lethargischen Zustand hervorzulocken. Von den Pädagoginnen wird berichtet, dass Lisa auch im Heim keine Freude zeige und sich von Gleichaltrigen kaum in ein Spiel einbeziehen lasse. Gegenüber ihren Bezugspersonen verhalte sie sich entweder äusserst anhänglich und bleibe regungslos auf deren Schoss sitzen oder aber sie sei sehr gereizt. Anamnestisch ist zu erfahren, dass das Kind in den Jahren zuvor von den zuständigen Sozialarbeitern und Heilpädagogen als apathisch und traurig beschrieben worden ist. Die Mutter gilt nach dieser Darstellung als chronisch depressiv und mit der Erziehung der Kinder überfordert, der Vater als an der Entwicklung der Kinder vollkommen desinteressiert.

**André**, ein 15jähriger Jugendlicher, wird notfallmässig von seinem Lehrer zugewiesen und kommt in Begleitung seiner Mutter zum Gespräch in die kinder- und jugendpsychiatrische Poliklinik. Der Jugendliche hatte am selben Tag in der Schule weinend geäussert, er wolle «Schluss machen».

André berichtet, er verspüre seit einigen Wochen ein zunehmendes Gefühl von Sinnlosigkeit. Er habe keine Ahnung, was er nach dem Schulabschluss im nächsten Sommer machen solle und auch keine Kraft und Lust, sich darum zu kümmern. Am liebsten sei er mit seinen Freunden zusammen, doch manchmal beschleiche ihn das Gefühl, auch sie würden ihn nicht mehr mögen. Dann laufe er einfach weg und wolle allein sein. Schon zweimal habe er sich zu Hause absichtlich in die Unterarme geschnitten. Dieser Impuls sei plötzlich, unerwartet und von innen heraus gekommen.

André konsumiert beinahe täglich Marihuana. Er glaubt, dies befreie ihn von seinen Gefühlen von Sinn- und Lustlosigkeit.

Die alleinerziehende Mutter zeigt sich sehr besorgt um ihren Sohn. Seit der Trennung von Andrés Vater vor zwei Jahren gestalte sich die Beziehung zu ihrem Sohn zunehmend schwieriger.

### Klassifikation

Bis in die siebziger Jahre wurden Depressionen im Kindes- und Jugendalter kaum diagnostiziert. Heute gelten die selben Kriterien wie für Erwachsene. Das Klassifikationssystem ICD-10 unterscheidet zwischen depressiven Episoden und dysthymen Störungen.


Bei einer **depressiven Episode** leidet der betroffene Patient während mindestens zwei Wochen an mehreren der folgenden Leitsymptome, wobei zwei der drei erstgenannten Kriterien in jedem Fall vorliegen müssen:

- bedrückte Stimmung ohne erkennbare direkte Abhängigkeit von bestimmten Lebensumständen;
- Verlust von Interesse oder Freude;
- deutlich erhöhte Ermüdbarkeit;
- Verlust von Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl;
- unbegründete Selbstvorwürfe;
- wiederkehrende Gedanken an Tod oder Suizid bzw. suizidales Verhalten;
- Änderung der psychomotorischen Aktivität (Agitiertheit oder Hemmung), verminderter Antrieb;
- Kopfschmerzen, gastrointestinale Beschwerden;
- Schlafstörungen (typischerweise Ein- und Durchschlafprobleme sowie Früherwachen);
- Störungen des Appetits und des Essverhaltens;
- vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen.

Bei den sogenannten **rezidivierenden depressiven Störungen** handelt sich um wiederholte, durch Intervalle getrennte depressive Episoden. Die **Dysthymie**, früher als depressive Neurose bezeichnet, entspricht einer chronischen, mehrere Jahre andauernden depressiven Verstimmung, deren Schweregrad jedoch nicht die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung erfüllt.

### Altersspezifische Aspekte

Während die Symptomatik in der Adoleszenz eine weitgehende Annäherung an die für Erwachsene entwickelten Kriterien der Depression zeigt, stellt bei Kindern ein atypisches Erscheinungsbild eher die Regel als die Ausnahme dar. Bereits bei Säuglingen und Kleinkindern kann es bei einschneidenden Verlusterlebnissen, vor allem bei einer längeren Trennung von den Eltern ohne entsprechenden Ersatz durch eine vertraute Bezugsperson, zu einer sogenannten anaklitischen Depression kommen. Bei fehlender emotionaler und körperlicher Zuwendung ziehen sich diese Kinder nach anfänglichen Protestreaktionen und anhaltendem Weinen in zunehmender Weise von ihrer Umwelt zurück, was meist mit Schlafstörungen und schliesslich mit apathischem Verhalten einhergeht. Die rechtzeitige Wiederherstellung der Beziehung führt in der Regel zu einer vollständigen Erholung; bleibt die Trennungssituation bestehen und fehlt die emotionale Unterstützung, drohen hingegen bleibende schwere Entwicklungs- und Beziehungsstörungen.

Tabelle 1  zeigt die für die verschiedenen Entwicklungsstufen typischen Symptome der Depression.

## Ätiologie und Pathogenese

Selten lässt sich eine einzige und eindeutige Ursache für die beobachtete Symptomatik finden. Depressiven Verstimmungen liegt meist eine Kombination von genetischer Prädisposition, ungünstigen Entwicklungsbedingungen und der Konfrontation mit belastenden Lebensereignissen zugrunde. Kinder mit einem hohen genetischen Risiko erkranken in einer ungünstigen psychosozialen Umgebung, die durch psychische Erkrankungen der Eltern, Kommunikationsprobleme, Vernachlässigung und Misshandlungen belastet ist, häufiger an einer Depression [1]. Frühkindliche Deprivationserlebnisse und Trennungserfahrungen erhöhen das Risiko, später eine Depression oder eine Angststörung zu entwickeln [2]. Die betroffenen Kinder leiden oftmals bereits vor Krankheitsausbruch an einer überstrengen Bewertung ihrer eigenen Impulse und Wünsche, einem geringen Selbstwertgefühl und einem ausgeprägten Schamempfinden.

**Tabelle 1. Alterstypische Symptome der Depression.**

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <i>Kleinkinder (1–3 Jahre)</i>     | trauriges und ausdrucksloses Gesicht                                    |
|                                    | erhöhte Irritabilität   |
|                                    | gestörtes Essverhalten, Fütterprobleme                                  |
|                                    | Schlafstörungen   |
|                                    | Spielhemmung  |
|                                    | Lethargie   |
|                                    | Bindungsprobleme, Trennungsangst  |
| <i>Vorschulkinder (3–6 Jahre)</i>  | trauriger Gesichtsausdruck  |
|                                    | Irritabilität und Stimmungslabilität                                    |
|                                    | mangelnde Fähigkeit, sich zu freuen                                     |
|                                    | Kontaktarmut und Abnahme von Interessen                                 |
|                                    | Selbstwert- und Konzentrationsverlust                                   |
|                                    | Trennungsangst  |
|                                    | Essstörungen bis zu Gewichtsverlust/-zunahme                            |
|                                    | Schlafstörungen   |
|                                    | Unfallgefährdung  |
| Bauchschmerzen                     |   |
| Enkopresis, Enuresis               |   |
| <i>Schulkinder</i>                 | verbale Berichte über Traurigkeit                                       |
|                                    | suizidale Gedanken  |
|                                    | Befürchtungen, von den Eltern nicht genügend be- und geachtet zu werden |
|                                    | Schulleistungsstörungen   |
| <i>Jugendliche und Adoleszente</i> | vermindertes Selbstvertrauen  |
|                                    | Apathie, Angst, Konzentrationsmangel                                    |
|                                    | Leistungsstörungen  |
|                                    | zirkadiane Schwankungen des Befindens                                   |
|                                    | alle Kriterien der depressiven Episode                                  |

Ebenso ist bekannt, dass die meisten Kinder mit depressiven Störungen im Jahr vor ihrer Erkrankung mehr negativen Lebensereignissen ausgesetzt waren als andere. So können depressive Erkrankungen Folge eines unverarbeiteten Verlustes bzw. Ausdruck nichtbewältigter Trauerarbeit sein. Die Bedeutung von Verlusterlebnissen bietet einen funktionellen Ansatz zur Erklärung der Psychodynamik mancher depressiver Phänomene. Dies gilt in besonderer Weise während der Adoleszenz, einer Lebensphase, in der die Jugendlichen viele – oft als einschneidende Trennungen und Verluste erlebte – Veränderungen zu verarbeiten haben.

## Prävalenz

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen zur Häufigkeit depressiver Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sind aufgrund der unterschiedlichen angewandten diagnostischen Kriterien nicht eindeutig. Die Angaben zur Prävalenz von schweren depressiven Episoden reichen bei Kindern von 1 bis 3%, bei Adoleszenten von 1 bis 6%. Aus einer in Australien durchgeführten epidemiologischen Studie resultierte mit 70% eine bemerkenswert hohe Rückfallquote für die ersten 5 Jahre [3].

Im Jahr 2003 erhielten in Grossbritannien über 50 000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren Antidepressiva [4], und in einer anonymen Fragebogenuntersuchung zum Gesundheitsverhalten in den USA klagten 18% von fast 10 000 erfassten 11–15jährigen Jugendlichen über depressive Symptome [5].

Depressionen treten bei Kindern und Jugendlichen häufig kombiniert mit anderen psychiatrischen Symptomen auf. Rund die Hälfte der Betroffenen leidet gleichzeitig an einer Angst- oder Zwangsstörung, einer Störung des Sozialverhaltens, an Hyperaktivität oder an einem Missbrauch von Drogen, Medikamenten oder Alkohol.

## Diagnostik

### Untersuchung des Kindes

Kindern fällt es oftmals schwer, sich mit Worten über ihre Befindlichkeit zu äussern, was durch den Umstand, dass depressive Störungen von einer Tendenz zur Verleugnung und von starken Schamgefühlen geprägt sein können, zusätzlich erschwert wird. Projektive Testmethoden (Zeichnungen, Geschichtenergänzungsverfahren usw.) sind in der Diagnostik deswegen unerlässlich. Desgleichen kommt der Evaluation des Spielverhaltens (Unlust, schnelle Entmutigung, dysphorische Abwehrreaktionen), der Einstellung zum Essen (Mäkeligkeit, verminderter oder gesteigerter Appetit) sowie der Schlafproblematik (Ein-

und Durchschlafstörungen, Früherwachen, Alpträume) besondere Bedeutung zu.

Bei älteren Kindern ist zusätzlich die Beurteilung des Leistungsverhaltens, eventuell mittels testpsychologischer Verfahren, wichtig. Eine sorgfältige körperlich-neurologische Untersuchung ist zum Ausschluss möglicher organischer Ursachen für die depressiven Symptome in jedem Fall durchzuführen.

Das Umfeld des Kindes muss in die Abklärungen einbezogen werden. Im Mittelpunkt stehen dabei die folgenden Bereiche:

#### **Anamnestische Angaben der Bezugspersonen**

- hereditäre Belastung mit depressiven und anderen psychischen Störungen;
- psychosoziale Einflussfaktoren: Migration, chronische Krankheiten, Arbeitslosigkeit, Armut;
- Interaktions- und Beziehungsstörungen in der Familie: frühkindliche oder länger andauernde emotionale Deprivation, inkonsistente oder abwertende Erziehung, Schuldzuweisungen, häufig wechselnde Bezugspersonen, Trennungstraumata, seelische, körperliche und sexuelle Misshandlung;
- familiäre Ressourcen; Störungskonzepte und bisher angewandte Lösungsstrategien;
- Therapieerwartungen.

#### **Fremdanamnestische Angaben aus Schule/Kindergarten**

- Veränderungen im Verhalten des Kindes: Leistungsabfall, Rückzug von Gruppenaktivitäten;
- belastende Ereignisse: Über- oder Unterforderung, Opfer von Übergriffen, Ausschluss aus der Gruppe der Gleichaltrigen innerhalb und ausserhalb des Unterrichtes.

#### **Differentialdiagnostische Überlegungen**

Folgende Erkrankungen müssen als mögliche Ursache einer depressiven Symptomatik bei Kindern für die Beurteilung mitberücksichtigt werden:

- Prodrome oder depressive Symptome einer schizophrenen oder schizoaffektiven Psychose;
- Anpassungsstörungen mit depressiven Symptomen (liegen anamnestische Hinweise auf akute oder länger zurückliegende Belastungen vor, ohne dass die Kriterien einer depressiven Episode/Dysthymie vollständig erfüllt sind?);
- bipolare affektive Störungen;
- emotional instabile und ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung;
- Angststörungen;
- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen;

- Schlafstörungen;
- chronisches Erschöpfungssyndrom;
- organische Erkrankungen: Infektionskrankheiten, hirnorganische Erkrankungen, Anämien, endokrine Störungen (z.B. Hypothyreose);
- Nebenwirkungen von Antikonvulsiva, Psychostimulantien, Neuroleptika oder Zytostatika.

#### **Verlauf und Prognose**

Der Verlauf depressiver Störungen hängt wesentlich von den begleitenden Umständen ab. Während reaktive Symptome als Ausdruck einer Anpassungsstörung infolge belastender Erlebnisse meistens eine günstige Prognose zeigen, besteht für Kinder, die an schweren depressiven Episoden bei familiärer Vorbelastung leiden, ein grösseres Risiko als für gesunde Kinder, auch im Erwachsenenalter an Depressionen zu erkranken [6]. Insbesondere ein ungünstiges soziales Umfeld trägt zur Kontinuität der Symptomatik bei [7], während die emotionale Verfügbarkeit bedeutender Bezugspersonen den Verlauf günstig beeinflussen kann. Depressive Erkrankungen sind der grösste Risikofaktor für Suizidversuche und Suizide bei Kindern und Jugendlichen.

#### **Therapie**

##### **Fallbeispiele**

Bei Lisa und André, den eingangs vorgestellten Patienten, wurden folgende Interventionen durchgeführt:

Bei **Lisa** wurde in der Abklärung eine depressive Episode mit anhaltender Freudlosigkeit, Herabgestimmtheit, mangelnder Vitalität, psychomotorischer Hemmung, Schlafstörungen und reduziertem Selbstwertempfinden festgestellt. Die traumatisierenden chronischen Belastungen im familiären Umfeld führten bei dem Mädchen zusätzlich zu einer reaktiven Bindungsstörung mit sehr widersprüchlichem Beziehungsverhalten, dem stellenweisen Verlust emotionaler Ansprechbarkeit und einer aktiven Beziehungsverweigerung. Angesichts der schwierigen familiären Situation war eine Rückkehr des Kindes zu den Eltern vorerst nicht möglich. Lisa begann mit einer zweimal wöchentlich stattfindenden Spieltherapie. Während die Eltern sich nicht für eine eigene Psychotherapie bzw. eine Eltern-Kind-Therapie entscheiden konnten, waren sie jedoch zu regelmässigen Gesprächen mit der Therapeutin bereit. In der Spieltherapie gelang es dem Mädchen, schrittweise eine Vertrauensbasis aufzubauen und im Spiel zunehmend Themen wie Alleingelassensein, Missachtung eigener Bedürfnisse und Misstrauen in Beziehungen einzubringen. Im Verlauf der weiteren Heimplatzierung verminderte sich die depressive Sympto-

matik deutlich, so dass das Mädchen schliesslich ein tragfähiges Verhältnis zu seinen Bezugspersonen aufzubauen vermochte.

Bei **André** erfolgte aufgrund seines selbstgefährdenden Verhaltens als erster Schritt eine vier-tägige stationäre Krisenintervention. Die weiterführende Diagnostik bestätigte die Diagnose einer depressiven Episode mit begleitendem Cannabisabusus. Eine Behandlung mit Citalopram (Seropram®) wurde begonnen.

Nach der Entlassung aus der Klinik folgte eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie, die während sechs Monaten 14 Gespräche mit André, drei Gespräche mit André und seiner Mutter und zwei Telefongespräche mit dem Klassenlehrer umfasste. Der Patient erkannte, dass seine Depressivität in Zusammenhang mit der unverarbeiteten Trauer über die Trennung seiner Eltern stand. Er sprach nun über seine Wut, vom Vater verlassen worden zu sein. André setzte Hoffnung auf einen bevorstehenden Sprachaufenthalt im Ausland, um mit dem Cannabiskonsum aufzuhören. Während der Behandlung gelang ihm dies nicht. Er setzte sich in den Gesprächen aber mit seiner Sucht auseinander und besuchte Informationsveranstaltungen und Diskussionen zum Thema. Nach der Rückkehr in die Schweiz nahm André wie vereinbart telefonisch mit dem Therapeuten Kontakt auf und berichtete, er fühle sich gut, rauche «nur noch» einen bis zwei Joints am Wochenende, arbeite zurzeit temporär und habe die Aufnahmeprüfung für eine Kunstschule bestanden. Eine weitere psychiatrische Therapie erachte er nicht als notwendig.

Bei der Behandlung depressiver Patienten gilt es, die klinische Symptomatik, die persönliche und die Familienanamnese zu berücksichtigen sowie die intrapsychische und interpersonale Dynamik zu beachten. Eine ausschliessliche Fokussierung auf die depressiven Symptome führt unter Umständen zu einseitigen Interventionen, welche einen der vielschichtigen Problematik entsprechenden multidimensionalen Zugang vernachlässigen. Die gleichzeitige Behandlung komorbider Störungen ist ebenfalls von grosser Wichtigkeit.

Am Anfang jeder Therapie sollte die Information des Patienten und seiner Bezugspersonen über die Krankheit, mögliche Verläufe und Behandlungsoptionen stehen. Die Erwartungen an Therapie und Verlauf müssen diskutiert und Suizidgedanken thematisiert werden. Schliesslich sollte – als Ausdruck der therapeutischen Allianz – eine mündliche Non-Suizid-Vereinbarung getroffen werden. In dieser willigt der Patient ein, bei suizidalen Gedanken und Impulsen mit dem Therapeuten oder einer die Verantwortung tragenden erwachsenen Person Kontakt aufzunehmen [8].

Die Behandlung depressiver Kinder und Jugendlicher versucht, auch deren soziales Milieu in die

Therapie zu integrieren. Für die Beratung von Familien depressiver Kinder gelten folgende Grundsätze:

- Informationen über das Krankheitsbild und die Behandlung müssen ausführlich und dem Alter des kranken Kindes angemessen sein.
- Ungünstige Interaktionsstile (z.B. Vorwürfe, falscher Trost oder unrealistische Ermutigungen) gilt es im Detail zu benennen und eingehend zu diskutieren.
- Die Notwendigkeit vorübergehender vermehrter emotionaler Zuwendung soll explizit thematisiert werden.
- Es ist wichtig abzuklären, ob bei akuter Suizidalität oder ungenügendem emotionalem oder sozialem Halt des kranken Kindes innerhalb der Familie die Indikation einer stationären Behandlung besteht.

Im frühen Kindesalter stehen die Beratung der Eltern oder Formen gemeinsamer Eltern-Kind-Therapien im Vordergrund. Bei älteren Kindern und bei Jugendlichen ist neben dem Einbezug der Familie besonders auch der Kontakt mit der Schule wichtig, da durch eine Depression sowohl die Beziehungen innerhalb der Peer-Gruppe als auch das Verhalten und die Leistungen in der Klasse in der Regel stark beeinträchtigt sind. In Krisensituationen oder bei schweren Verlaufsformen ist – zumindest initial – eine stationäre Aufnahme oft unumgänglich.

Die Herausforderung für den Therapeuten besteht darin, ein altersspezifisches Gesprächsklima zu schaffen, das dem Kind erlaubt, aus seinem inneren Rückzug herauszufinden und sein Gegenüber emotional positiv zu besetzen [9].

Es besteht wenig Evidenz bezüglich der Wirksamkeit verschiedener Behandlungsansätze bei depressiven Kindern und Jugendlichen [3]. In einer Studie über psychoanalytische Therapieverläufe korrelierten Behandlungsdauer und -intensität mit einer anschliessend besseren Alltagsbewältigung [10]. Die meisten systematischen Untersuchungen betreffen jedoch die kognitive Verhaltenstherapie (KVT). Eine jüngst publizierte Übersichtsarbeit [11] empfiehlt diese Behandlungsform aufgrund ihrer empirisch erwiesenen Wirksamkeit. Bei Jugendlichen soll insbesondere die Kombination einer KVT mit der Verabreichung von Fluoxetin gegenüber Kontrollgruppen günstigere Auswirkungen haben [12].

Die trizyklischen Antidepressiva konnten sich in der Behandlung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen nie durchsetzen. Ihre Wirkung blieb zweifelhaft, und wenn sie eingesetzt wurden, bestand bei der empfohlenen hohen Dosierung oftmals die Gefahr von unangenehmen anticholinergen oder – in seltenen Fällen – gar von gefährlichen kardialen Nebenwirkungen (Arrhythmien). Entsprechend hohe Erwartungen wurden in die selektiven serotoniner-gen

Wiederaufnahmehemmer (SSRI) gesetzt. Die ersten Ergebnisse waren vielversprechend. Die Wirkung von Fluoxetin (Fluoxetine®), Paroxetin (Deroxat®) und Sertralin (Zoloft®) konnte in mehreren plazebokontrollierten Studien nachgewiesen werden [13–15]. Die erste Ernüchterung folgte, als publik wurde, dass Ergebnisse, die keine Besserung in der Behandlung depressiver Adoleszenter bewirkt hatten, zurückgehalten worden waren [16]. Kritische Stimmen wiesen nun darauf hin, dass die signifikanten Differenzen zwischen der aktiven Behandlungs- und der Kontrollgruppe in den fraglichen Studien ausschliesslich auf den Beurteilungen der Ärzte beruhten. Die Angaben der Patienten und der Eltern der beiden Gruppen unterschieden sich hingegen nicht wesentlich voneinander [17]. Eine Metaanalyse verglich publizierte und unpublizierte Daten zur Wirksamkeit der SSRIs bei kindlichen Depressionen und stellte lediglich Fluoxetin ein günstiges Wirkungs-Risiko-Profil aus [18]. Doch auch dieses Medikament zeitigte nur bei einer eingeschränkten Zahl der Patienten einen positiven Effekt. Die NNTB (number needed to treat for benefit; Anzahl Patienten, die behandelt

werden müssen, um bei einem Patienten eine klinisch relevante Besserung zu erreichen) lag bei fünf.

Der Verdacht, dass SSRI für eine Zunahme von Suizidgedanken und -versuchen oder Selbstverletzungen bei jugendlichen depressiven Patienten verantwortlich sein könnten, wird kontrovers diskutiert. Während die einen Autoren dringend weitere diesbezügliche Untersuchungen fordern [18], warnen die anderen vor unreflektierten Übertreibungen und vor dem Unterschätzen der Wirksamkeit von SSRI in der Behandlung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. Neue Studien werden zur weiteren Klärung beitragen müssen und zu einer Fortführung der Diskussion Anlass geben.

## Danksagung

Wir danken Dr. med. Ramon Möller für die kritische Durchsicht des Manuskriptes und für seine wertvollen Anregungen aus der Sicht des praktizierenden Pädiaters.

## Literatur

- 1 Kendler KS. Genetic epidemiology in psychiatry. Taking both genes and environment seriously. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:895–99.
- 2 Birmaher B, Brent D. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(10 Suppl):63S–83S.
- 3 Hazell P. Depression in children. *BMJ* 2002;325:229–30.
- 4 Timini S. Rethinking childhood depression. *BMJ* 2004;329:1394–7.
- 5 Saluja G, Jachan R, Scheidt PC, Overpeck MD, Sun W, Giedd JN. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:760–5.
- 6 Lewinsohn PM, Rohde P, Klein DN, Seeley JR. Natural course of adolescent major depressive disorder. Continuity into young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:56–63.
- 7 Steinhausen HC. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. 4. Auflage. München: Urban & Fischer; 2000.
- 8 Brent DA, Birmaher B. Adolescent depression. *N Engl J Med* 2002;347:667–71.
- 9 Bürgin D. Zur psychoanalytischen Behandlung depressiver Störungen bei Kindern und ihrer Prävention. In: Nissen G, Hrsg. Depressionen. Ursachen. Erkennung. Behandlung. Stuttgart: Kohlhammer; 1999. p. 23–35.
- 10 Target M, Fonagy P. Efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:361–71.
- 11 Compton SN, March JS, Brent D, Albano AM, Weersing VR, Curry J. Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents. An evidence-based medicine review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:930–59.
- 12 March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression. Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) randomised controlled trial. *JAMA* 2004;292:807–20.
- 13 Emslie GJ, Heiligenstein JH, Wagner KD, Hoog SL, Ernest DE, Brown E, et al. Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents. A placebo-controlled, randomised clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:1205–15.
- 14 Keller MB, Ryan ND, Strober M, Klein RG, Kutcher SP, Birmaher B, et al. Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression. A randomised, controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:762–72.
- 15 Wagner KD, Ambrosini P, Rynn M, Wohlberg C, Yang R, Greenbaum MS, et al. Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder. Two randomised controlled trials. *JAMA* 2003;290:1033–41.
- 16 Spurgeon D. GlaxoSmithKline staff told not to publicise ineffectiveness of its drug. *BMJ* 2004;328:422.
- 17 Jureidini JN, Doেকে C, Mansfield PR, Haby MM, Menkes DB, Tonkin AL. Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents. *BMJ* 2004;328:879–83.
- 18 Whittington CJ, Kendall T, Fonagy P, Cottrell D, Cotgrove A, Boddington E. Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression. Systematic review of published versus unpublished data. *Lancet* 2004;363:1341–5.

Korrespondenz:  
PD Dr. med. Alain Di Gallo  
Universitäre Psychiatrische  
Kliniken (UPK)  
Kinder- und Jugendpsychiatrische  
Klinik (KJKP)  
Schaffhauserstrasse 55  
CH-4058 Basel  
Tel. 061 685 21 21  
[alain.di-gallo@unibas.ch](mailto:alain.di-gallo@unibas.ch)