

utb.

Cecilia A. Essau

Depression bei Kindern und Jugendlichen

3. Auflage



utb 2294



Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage

Brill | Schöningh – Fink · Paderborn

Brill | Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen – Böhlau · Wien · Köln

Verlag Barbara Budrich · Opladen · Toronto

facultas · Wien

Haupt Verlag · Bern

Verlag Julius Klinkhardt · Bad Heilbrunn

Mohr Siebeck · Tübingen

Narr Francke Attempto Verlag – expert verlag · Tübingen

Psychiatrie Verlag · Köln

Ernst Reinhardt Verlag · München

transcript Verlag · Bielefeld

Verlag Eugen Ulmer · Stuttgart

UVK Verlag · München

Waxmann · Münster · New York

wbv Publikation · Bielefeld

Wochenschau Verlag · Frankfurt am Main

Cecilia A. Essau

Depression bei Kindern und Jugendlichen

Psychologisches Grundlagenwissen

Mit 21 Abbildungen, 41 Tabellen und 139 Übungsfragen

3. Auflage

Ernst Reinhardt Verlag München

Prof. Dr. *Cecilia A. Essau*, Professorin für Entwicklungspsychopathologie an der Roehampton University, London. Von der Autorin im Ernst Reinhardt Verlag außerdem lieferbar:

Essau: Angst bei Kindern und Jugendlichen. utb M
ISBN 978-3-8252-5953-2

Hinweis: Soweit in diesem Werk eine Dosierung, Applikation oder Behandlungsweise erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen oder sonstige Behandlungsempfehlungen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. – Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnungen nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

UTB-Band-Nr.: 2294
ISBN 978-3-8252-5965-5 (Print)
ISBN 978-3-8385-5965-0 (PDF-E-Book)
ISBN 978-3-8463-5965-5 (EPUB)
3. Auflage

© 2023 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Der Verlag Ernst Reinhardt GmbH & Co KG behält sich eine Nutzung seiner Inhalte für Text- und Data-Mining i.S.v. § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Printed in EU

Covermotiv: © [istock.com/ipolonina](https://www.istock.com/ipolonina)

Einbandgestaltung: siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München
Net: www.reinhardt-verlag.de E-Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

Vorwort und Danksagung zur 1. Auflage	9
Einleitung	11
I Merkmale der Depression	15
1 Beschreibung und Klassifikation depressiver Störungen	17
1.1 Depressive Störungen	20
1.1.1 Major Depression	20
1.1.2 Dysthyme Störung	23
1.2 Bipolare Störungen	24
1.3 Andere affektive Störungen im DSM-IV	28
1.4 Übungsfragen zum 1. Kapitel	29
2 Erhebungsmethoden und Diagnostik	30
2.1 Diagnostische Interviewschemas	30
2.2 Selbstbeurteilungs-Fragebögen	36
2.3 Ratings von Bezugspersonen	38
2.4 Verhaltensbeobachtung	38
2.5 Familienevaluation	40
2.6 Maße für mit Depression zusammenhängende Konstrukte	41
2.7 Psychosoziale Beeinträchtigung	42
2.8 Übungsfragen zum 2. Kapitel	45
3 Epidemiologie	46
3.1 Häufigkeiten von Depression	47
3.2 Depression und Geschlecht	55
3.3 Depression und Alter	59
3.4 Depression und Pubertät	61
3.5 Übungsfragen zum 3. Kapitel	64
4 Komorbidität	65
4.1 Komorbidität depressiver Störungen	65
4.2 Alter bei Störungsbeginn und zeitliche Abfolge der Störungen	68
4.2.1 Zeitliche Abfolge depressiver Störungen	69
4.2.2 Zeitliche Abfolge von Depression und Angst	69
4.3 Mögliche Erklärungen für Komorbidität	71
4.4 Klinische Auswirkungen von Komorbidität	73
4.5 Übungsfragen zum 4. Kapitel	78

5	Psychosoziale Beeinträchtigung und Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten der psychosozialen Versorgung	79
5.1	Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten bei Depression	82
5.2	Übungsfragen zum 5. Kapitel	87
6	Verlauf	88
6.1	Studien zur Untersuchung des Verlaufs depressiver Störungen . .	88
6.1.1	Klinische Studien	88
6.1.2	Hochrisiko-Studien	92
6.1.3	Epidemiologische Studien	92
6.2	Dauer der depressiven Episoden	94
6.3	Raten und Prädiktoren von Genesung	96
6.4	Rückfallraten und -prädiktoren	99
6.5	„Switch Rates“ von Depression zur Bipolaren Störung	100
6.6	Übungsfragen zum 6. Kapitel	101
II	Theorien und Risikofaktoren	103
7	Entstehungsmodelle von Depression	105
7.1	Kognitiv-behaviorale Modelle	105
7.1.1	Die Kognitive Theorie von Beck	105
7.1.2	Das Modell der gelernten Hilflosigkeit	106
7.1.3	Problemlösungsmodelle	108
7.1.4	Das zweidimensionale Kontrollmodell	109
7.1.5	Das assoziative Netzwerk-Modell von Bower	110
7.1.6	Die Differentielle-Aufmerksamkeits-Hypothese von Teasdale . . .	111
7.1.7	Rehms Selbstkontrollmodell der Depression	112
7.1.8	Das „Competency-Based-Model“	113
7.1.9	Verstärker-Verlust-Modell der Depression	113
7.2	Psychoanalytische bzw. psychodynamische Modelle	114
7.3	Multifaktorielle Modelle	116
7.3.1	Das Integrative Modell	116
7.3.2	Das multifaktorielle Modell	118
7.4	Übungsfragen zum 7. Kapitel	120
8	Familiäre Faktoren	121
8.1	Mechanismen zur Erklärung der familiären Häufung von Depression	122
8.2	Studien mit depressiven Eltern	124
8.3	Studien mit Kindern depressiver Eltern	127
8.4	Beobachtungsstudien und Depression	129
8.5	Familiäre Interaktion	133
8.6	Übungsfragen zum 8. Kapitel	136

9	Kognitive Faktoren	137
9.1	Kognitionen bei depressiven Jugendlichen	138
9.2	Kognitive Faktoren und der Verlauf von Depression	144
9.3	Übungsfragen zum 9. Kapitel	146
10	Lebensereignisse und Bewältigungsstrategien	147
10.1	Lebensereignisse und der Verlauf von Depression	152
10.2	Mechanismen und Prozesse	152
10.3	Übungsfragen zum 10. Kapitel	157
III	Prävention und Intervention	159
11	Psychologische Prävention und Intervention	161
11.1	Kognitive Verhaltenstherapie	161
11.1.1	Der „Adolescent Coping with Depression Course“ (CWD-A) ..	164
11.1.2	Das „Primary and Secondary Control Enhancement Training Program“ (PASCET)	169
11.1.3	Das „Problem Solving for Life Program“	174
11.2	Präventionsprogramme für Kinder mit hohem Risiko	178
11.2.1	„Lust An Realistischer Sicht & Leichtigkeit Im Sozialen Alltag“ (LARS & LISA)	178
11.2.2	Das „New Beginnings Program“	179
11.2.3	Das Präventionsprogramm für Kinder depressiver Eltern	182
11.3	Psychoanalytische bzw. psychodynamische Ansätze	184
11.3.1	Spieltherapie	184
11.4	Familientherapie	185
11.4.1	Die „Family Therapy for Depressed Adolescents“	185
11.4.2	Interpersonale Psychotherapie	186
11.4.3	Die „Interpersonal Family Therapy“	187
11.5	Effektivität der psychologischen Interventionen bei Jugendlichen	189
11.6	Übungsfragen zum 11. Kapitel	195
12	Psychopharmaka	197
	Glossar	199
	Literatur	205
	Sachverzeichnis	223

*In liebendem
Andenken an meine Eltern*

*Essau Indit († 9.5.1992)
Runyan Megat († 26.5.1992)*

Vorwort und Danksagung zur 1. Auflage

Die ersten systematischen Studien depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen wurden in den späten 70er und frühen 80er Jahren durchgeführt. Zuvor wurde Depression bei Kindern und Jugendlichen in der Literatur als nicht existent, larviert oder durch Symptome charakterisiert beschrieben, die sich deutlich von den Symptomen depressiver Erwachsener unterscheiden. Daneben gab es das Konzept depressiver Ausdrucksformen von Kindern wie beispielsweise aggressives Verhalten, Hyperaktivität und Delinquenz, ebenso wie psychosomatische und hypochondrische Störungen.

Trotz dieser frühen Annahmen wurde zunehmend anerkannt, dass Kinder und Jugendliche die grundlegenden Merkmale von Depression zeigen, die auch Erwachsene aufweisen. Dieser Standpunktwechsel spiegelt sich im Gebrauch derselben Kriterien für depressive Störungen sowohl für Erwachsene als auch für Kinder seit der Einführung des DSM-III wider. Seitdem stieg die Anzahl von Studien über depressive Störungen in dieser Altersgruppe sprunghaft an. Daher ist das Ziel dieses Buches, einen umfassenden Überblick über den derzeitigen Forschungsstand im Hinblick auf depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen zu geben, der sowohl wissenschaftlich (z. B. Prävalenz- und Komorbiditätsraten, Risiko- und Schutzfaktoren depressiver Störungen) als auch klinisch (z. B. Prävention und psychologische Intervention) relevant ist.

Das Buch ist in drei Teile gegliedert. Der erste Teil beinhaltet eine Einführung in das Gebiet depressiver Störungen, einschließlich Klassifikation, Erhebungsstrategien, Epidemiologie, psychosoziale Beeinträchtigung und Verlauf. Der zweite Teil besteht aus vier Kapiteln und gibt einen umfassenden Überblick über die neuesten empirischen Befunde im Zusammenhang mit verschiedenen Theorien und Risikofaktoren depressiver Störungen. Im dritten Teil werden zahlreiche Präventionsstrategien und psychologische Interventionen für Kinder und Jugendliche dargestellt.

Einige Teile dieses Buches stützen sich auf meine Habilitationsschrift, die ich während meiner Tätigkeit an der Universität Bremen vorlegte. Ich möchte Herrn Prof. Dr. Franz Petermann, Lehrstuhlinha-

ber für Klinische Psychologie der Universität Bremen, für seine Unterstützung danken. Ich danke auch meinen zahlreichen Kollegen in unterschiedlichen Einrichtungen auf der ganzen Welt für ihre anregenden Ideen, kritischen Kommentare und dafür, dass sie mir in den verschiedenen Stadien dieses Buchprojektes das notwendige Material zur Verfügung gestellt haben: Prof. Dr. Peter M. Lewinsohn (Oregon Research Institute, USA), Prof. John R. Weisz (University of California at Los Angeles, USA), Prof. Dr. Ian Gotlib (Stanford University, USA) und Prof. Dr. Susan H. Spence (University of Queensland, Australien). Ebenfalls gilt mein Dank Dipl.-Psych. Fumiyo Aihara und Dipl.-Psych. Friederike Schönhöfer, die dafür sorgten, dass uns immer die neueste Literatur über Depression zur Verfügung stand.

Meine Freundin und Assistentin, Dipl.-Psych. Judith Conradt, ermutigte mich in jeder Phase meines Vorhabens und trug durch ihre Geduld und Hilfe zum Entstehen dieser Arbeit entscheidend bei. Schließlich möchte ich meiner Familie in Malaysia und Kanada für ihre unaufhörliche emotionale Unterstützung danken. Meinem Mann und meiner Tochter danke ich dafür, dass sie meine Abwesenheit während vieler Tage und Nächte, die ich an meinem PC verbrachte, geduldig ertrugen.

Münster, im September 2001

Cecilia A. Essau

Einleitung

Bis vor ungefähr drei Jahrzehnten war man davon überzeugt, dass Depression bei Kindern und Jugendlichen nicht existiert oder nur sehr selten auftritt. Wenn sie überhaupt existiert, nahm man an, dass es sich dabei um vorübergehende Erfahrungen handelt, die mit dem normalen Entwicklungsprozess zusammenhängen. Die Annahme, dass Kinder keine Depression im klinischen Sinn entwickeln könnten, wurde von psychodynamischen Theoretikern wie Rochlin (1959) und Rie (1966) gestützt. Sie argumentierten, dass Depression ein „Überich-Phänomen“ sei, das Kindern fehle. So verneinten diese Theoretiker die Existenz von Depression in dieser Altersgruppe vollständig. Eine andere Gruppe von Autoren vertrat die Auffassung, dass es Depression bei Kindern zwar gäbe, jedoch die Hauptmerkmale, die bei depressiven Erwachsenen auftraten, bei Kindern nicht vorlägen (Cytryn/McKnew 1972). Im Rahmen dieser Position wurde argumentiert, dass sich Depression in einer Vielzahl von Verhaltensweisen ausdrücke, die ein „depressives Äquivalent“ oder eine „larvierte Depression“ darstellen (Toolan 1962). Daher hielt man Depression bei Kindern für ein Phänomen, das von verschiedenen Symptomen von Verhaltensstörungen wie Schulschwänzen und Wutausbrüchen verdeckt wird bzw. sich darin widerspiegelt. Durch Studien von Kovacs und Beck (1977) und Lefkowitz und Burton (1978) wurden der psychodynamische Ansatz und das Konzept der „larvierten Depression“ infrage gestellt.

In den 70er Jahren war eine kleine Anzahl bedeutender Klinik- und Forschungsberichte erschienen, die die Wichtigkeit betonten, Depression bei jungen Menschen zu untersuchen. Im Jahre 1970 publizierten Poznanski und Zrull einen herausragenden Artikel, in dem sie klinische Fälle darstellten, die ambulant behandelt wurden. Bei diesen Jugendlichen umfassten die primären Symptome von Depression: Traurigkeit, niedergeschlagene Erscheinung, Rückzug, Gefühle von Zurückweisung, negatives Selbstbild und geringes Selbstwertgefühl. Ebenfalls zu dieser Zeit erschienen die ersten Berichte über den Einsatz von Antidepressiva, die für die Therapie Erwachsener entwickelt wurden, in der Depressionstherapie bei Kindern. Überarbeitete Kriterien für Erwachsene wurden zuerst von Weinberg und Kollegen (1973) auf Kin-

der übertragen, kurz nachdem die Kriterien für Erwachsene von Feighner publiziert worden waren. Ihren Studien zufolge waren viele depressive Kinder in der Lage, Fragen hinsichtlich ihrer Stimmung und ihres Verhaltens zu beantworten; und sie wiesen eine ähnliche Psychopathologie wie Erwachsene auf, was eine Anwendung derselben Klassifikationssysteme auf Kinder, Jugendliche und Erwachsene erlaubte.

In den frühen 80er Jahren wurde damit begonnen, die Gangbarkeit einzelner Konzepte von Depression bei Kindern zu testen. Christ und seine Kollegen (1981) untersuchten das Konzept der larvierten Depression unter Auswertung der Klinikakten von über 10.000 psychiatrisch behandelten Kindern und Jugendlichen. Die Autoren fanden heraus, dass Kinder und Jugendliche mit der Diagnose einer depressiven Störung eine größere Anzahl gleichzeitiger Depressionssymptome aufwiesen, wohingegen larvierte Merkmale bei depressiven Kindern und Jugendlichen im Vergleich mit Altersgenossen mit anderen psychischen Störungen seltener auftraten. Diese und andere Autoren (Cytryn/McKnew 1972; Kandel/Davies 1982; Poznanski/Zrull 1970) vertraten nun die Position, dass Depression in der Kindheit sehr wohl auftritt, und zwar mit einem klinischen Bild, das dem von Erwachsenen in weiten Teilen entspricht.

Im Jahre 1980 veröffentlichte die American Psychiatric Association die dritte Fassung des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-III, American Psychiatric Association [APA] 1980). Obwohl noch immer darüber debattiert wird, ob dieselben Kriterien für Depression über die gesamte Altersspanne verwendet werden sollten, bestätigen die empirischen Ergebnisse die im DSM vertretene Position. In den letzten 20 Jahren verstärkte sich zunehmend der Trend, Depression bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen als ähnlich zu betrachten (Kovacs/Beck 1977; Puig-Antich 1982). Diese Haltung wurde durch verschiedene weitere Ergebnisse bekräftigt:

- ähnliche Symptomcluster bei Erwachsenen und bei Kindern (Carlson/Kashani 1988);
- hohe Raten depressiver Störungen bei Verwandten depressiver Kinder sowie erhöhte Vulnerabilität für depressive Störungen bei Kindern depressiver Eltern (Beardslee et al. 1996);
- biochemische Vorgänge, die bei Erwachsenen eine Depression kennzeichnen, wie beispielsweise Dexamethasonsuppression, wurden ebenfalls bei den meisten depressiven Kindern festgestellt (Puig-Antich et al. 1984).

Seit der Einführung des DSM-III wurde Untersuchungen von Depression bei Jugendlichen große Aufmerksamkeit zuteil. Dieses Interesse wurde durch neuere Erkenntnisse über Depression bei Erwachsenen verstärkt, in denen sich Folgendes zeigte (Essau et al. 1999):

- Depression beginnt meist im Jugendalter und tritt vermehrt in der jüngeren Generation auf. Zum Beispiel konnten Lewinsohn et al. (1993) in einem Vergleich von Jugendlichen, die zwischen 1968 und 1971 geboren waren, mit Jugendlichen, die zwischen 1972 und 1974 geboren waren, einen Kohorteneffekt feststellen. So hatten z. B. 7.2 % der Jugendlichen der jüngeren Geburtskohorte im Alter von 14 Jahren eine depressive Episode erlebt, während es in der älteren Geburtskohorte lediglich 4.5 % waren;
- Eine depressive Episode in frühen Jahren erhöht das Risiko zukünftiger Depressionen sowie anderer psychischer Störungen während des Jugendalters (Lewinsohn et al. 1999, 2000; Kovacs et al. 1984; Orvaschel et al. 1995) sowie zu späteren Lebenszeiten in beträchtlichem Ausmaß (Harrington et al. 1990; Lewinsohn et al. 1998a);
- Depressive Störungen mit frühem Beginn tendieren zu Chronizität und gehen mit langfristiger psychosozialer Beeinträchtigung im Erwachsenenalter einher (Regier et al. 1984; Wittchen et al. 1991; Wittchen/Essau 1993a, b). Versucht man, die Belastungen durch Depression in wirtschaftlichen Begriffen auszudrücken, so zeigt ein Bericht von Rice und Miller (1998), dass diese Störungen die kostenaufwändigsten aller psychischen Störungen in den Vereinigten Staaten sind. Im Jahre 1990 betrug die gesamten, durch Depression verursachten Kosten (d. h. Ausgaben für gesundheitliche Versorgung sowie Produktivitätseinbußen bzw. -verlust) 30.4 Milliarden US-Dollar.

I Merkmale der Depression

1 Beschreibung und Klassifikation depressiver Störungen

David, 14 Jahre, sagt „Manchmal wünsche ich mir, vom Dach zu springen oder mich irgendwie anders selbst zu verletzen.“ In den letzten drei Monaten hat er sich mehr und mehr zurückgezogen, und seine Gefühle von Traurigkeit, Wertlosigkeit und Selbsthass machen ihm Angst. Seine Lehrer beschreiben David als „einen Einzelgänger, sehr besorgt und unglücklich“. Er war immer ein guter Schüler, aber jetzt hat er Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren, schreibt schlechte Arbeiten und ist völlig unmotiviert. Es fällt ihm schwer zu schlafen, ihm fehlt der Appetit und häufig klagt er über Kopf- und Bauchschmerzen. An den meisten Tagen bleibt er in seinem Zimmer und tut nichts. Wenn seine Mutter ihn bittet, etwas zu tun, wird er extrem wütend. Sie sagt, er ist meist reizbar und „schlecht gelaunt“.

Fallbeschreibung

Vielleicht kennen Sie ein Kind, das die meiste Zeit über unglücklich wirkt, für nichts Begeisterung aufbringen kann, schlecht gelaunt ist oder schlimmstenfalls das Leben als nicht lebenswert empfindet. Dieses Kind könnte eine depressive Störung haben, bei der eine Stimmungsstörung das zentrale Merkmal ist. Kinder mit einer depressiven Störung leiden unter extremem, anhaltendem und exzessivem Unglücklichsein. Wie David sind diese Kinder dysphorisch oder erleben längere Phasen von Traurigkeit. Sie haben wenig Spaß an Dingen, die sie tun, und verlieren das Interesse an fast allen Aktivitäten. Viele depressive Kinder bringen diese Gefühle von Traurigkeit und Interessensverlust zum Ausdruck. Manche jedoch geben an, überhaupt nicht traurig zu sein. Bei ihnen drückt sich die Depression eher als reizbare Stimmung aus. Andere beschreiben sie als schlecht gelaunt, reizbar oder leicht aufgebracht. Es ist nicht einfach, mit diesen Kindern zusammen zu sein, denn jede Kleinigkeit kann sie zum Explodieren bringen.

Depression – verstanden als niedergedrückte Stimmung, die als Reaktion auf unangenehme Erfahrungen, Enttäuschungen oder Erschütterungen vorkommt – ist ein Bestandteil der allgemeinen Erfahrung jedes Menschen. Eine solche Stimmung dauert einige Augenblicke, Stunden oder auch Tage, führt jedoch im Normalfall nicht zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen. Die meisten Menschen würden sagen, dass solche Perioden schnell vorübergehen, und sie erwarten von sich

Tab. 1.1
Klassifikation von
Depression in
ICD-10 und DSM-IV

ICD-10	DSM-IV
<p>F32. Depressive Episode</p> <p>F32.0 leicht</p> <p>F32.1 mittel</p> <p>F32.2 schwer ohne psychotische Symptome</p> <p>F32.3 schwer mit psychotischen Symptomen</p> <p>F32.8 sonstige depressive Episoden</p> <p>F32.9 nicht näher bezeichnete depressive Episode</p>	<p>296.2x Major Depression, einzelne Episode</p> <ul style="list-style-type: none"> • leicht • mittel • schwer ohne psychotische Symptome • schwer mit psychotischen Symptomen • teilremittiert • vollremittiert • unspezifisch
<p>F33. Rezidivierende depressive Episode</p> <p>F33.0 gegenwärtig leicht</p> <p>F33.1 gegenwärtig mittel</p> <p>F33.2 gegenwärtig schwer ohne psychotische Symptome</p> <p>F33.3 gegenwärtig schwer mit psychotischen Symptomen</p> <p>F33.4 gegenwärtig remittiert</p> <p>F33.8 sonstige rezidivierende depressive Störungen</p> <p>F33.9 nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störung</p>	<p>296.3x Major Depression, rezidivierende Episoden</p> <ul style="list-style-type: none"> • leicht • mittel • schwer ohne psychotische Symptome • schwer mit psychotischen Symptomen • teilremittiert • vollremittiert • unspezifisch
<p>F34. Anhaltende affektive Störung</p> <p>F34.0 Zylothymia</p> <p>F34.1 Dysthymia</p> <p>F34.8 sonstige anhaltende affektive Störungen</p> <p>F34.9 nicht näher bezeichnete anhaltende affektive Störung</p>	<p>300.4 Dysthyme Störung</p>
<p>F38. Andere depressive Störungen</p> <p>F38.0 sonstige einzelne affektive Störungen</p> <p>F38.1 sonstige rezidivierende affektive Störungen</p> <p>F38.8 sonstige affektive Störungen</p> <p>F39. Nicht näher bezeichnete affektive Störung</p>	<p>311 Nicht näher bezeichnete depressive Störung</p>

selbst und anderen, dass sie mit Aktivität, Anstrengung und Willenskraft durchgestanden werden.

Im Gegensatz zum normalen Phänomen der niedergedrückten Stimmung ist die klinische Depression (depressive Störung) dadurch gekennzeichnet, dass sie weder mit Anstrengung noch mit Willenskraft kontrolliert werden kann, wobei eine Reihe von Symptomen über einen längeren Zeitraum stabil bleiben und die Funktionstüchtigkeit des Betroffenen beeinträchtigen bzw. völlig lahmlegen. Die klinischen Merkmale einer Depression lassen sich in vier breite Kategorien einteilen:

klinische Depression

Stimmung (Affekt): traurig, niedergedrückt, unglücklich, leer, besorgt, reizbar.

Kognition: Verlust von Interesse, Konzentrationsschwierigkeiten, geringes Selbstwertgefühl, negative Gedanken, Unentschlossenheit, Schuldgefühle, Suizidgedanken.

Verhalten: psychomotorische Verlangsamung oder Erregung, Weinen, sozialer Rückzug, Abhängigkeit, Suizid.

Somatisch (körperlich): Schlafstörungen (Schlaflosigkeit oder vermehrtes Schlafbedürfnis), Müdigkeit, verminderter oder gesteigerter Appetit, Gewichtsverlust oder -zunahme, Schmerzen, Störungen des Verdauungstraktes, Libidoabnahme.

Die Klassifikationssysteme, die am häufigsten zur Diagnose depressiver Störungen herangezogen werden, sind das DSM sowie die Internationale Klassifikation Psychischer Störungen (ICD; Dilling et al. 1995; World Health Organization, 1993; Tab. 1.1). Diese operationalisierten diagnostischen Kriterien markieren einen bedeutenden Fortschritt bei der Entwicklung des derzeitigen Konzeptes depressiver Störungen bei Kindern. Anders als die früheren Versionen stimmen das DSM-IV und die ICD-10 zu 90 % in der Kategorisierung der Störungen überein (Essau et al. 1997a). Wie Tab. 1.1 zeigt, weisen DSM-IV und ICD-10 viele Gemeinsamkeiten auf. Beide beschreiben eine niedergedrückte Stimmung, depressive Kognitionen und Suizidgedanken als zentrale Symptome einer depressiven Episode. In beiden Systemen wird zwischen primär affektiven Störungen und anderen Zustandsbildern unterschieden, bei denen affektive Symptome als Sekundärmerkmale auftreten. Innerhalb der primären affektiven Störungen wird eine Unterscheidung zwischen unipolaren und bipolaren sowie schwereren episodisch auftretenden und leichteren, aber chronisch verlaufenden Störungen getroffen (d.h. Dysthymie und Zylothymie). Jedoch bestehen weiterhin Unterschiede hinsichtlich der Definition der depressiven Störungen, ihrer psychosozialen Konsequenzen und des Gebrauchs multiaxialer Systeme.

DSM-IV und ICD-10

In diesem Kapitel sollen die diagnostischen Kriterien von depressiven Störungen auf der Grundlage des DSM-IV kurz dargestellt werden, da die meisten bisherigen Studien auf dem DSM-III, DSM-III-R und DSM-IV basieren.

1.1 Depressive Störungen

Im DSM-IV (APA 1994) sind depressive Störungen durch das Vorliegen einer depressiven Stimmung zusammen mit einer Reihe zusätzlicher Symptome charakterisiert, die zeitlich andauern und eine Beeinträchtigung in verschiedenen Funktionsbereichen darstellen. Unter depressive Störungen fallen Major Depression, die dysthyme Störung und die nicht näher bezeichnete depressive Störung.

Während prinzipiell alle depressiven Störungen bei Erwachsenen auch in der Kindheit und Jugend diagnostiziert werden können, wurden für Kinder und Jugendliche trotzdem die Kriterien geringfügig geändert. Dabei wurde bei der Diagnose der Major Depression „depressive Verstimmung“ gegen „Reizbarkeit“ ausgetauscht. Diese Anpassung trägt der Tatsache Rechnung, dass sich die Belastung depressiver Jugendlicher häufig als Reizbarkeit äußert, und dass diese Jugendlichen möglicherweise keine subjektiv negative Gefühlslage zum Ausdruck bringen. Eine weitere Modifikation besteht darin, dass „Gewichtsverlust“ gegen „Ausbleiben der erwarteten Gewichtszunahme“ ausgetauscht wurde. Die Diagnose der dysthymen Störung bei Jugendlichen ist dann erfüllt, wenn die Symptome über einen Zeitraum von einem Jahr anhalten (im Gegensatz zu zwei Jahren bei Erwachsenen).

1.1.1 Major Depression

depressive Episode Die Major Depression ist durch eine oder mehrere depressive Episoden gekennzeichnet. Bei der Episode einer Major Depression muss über mindestens zwei Wochen an fast allen Tagen eines der beiden folgenden Kernsymptome festzustellen sein: (a) depressive Verstimmung (bei Kindern und Jugendlichen auch „reizbare Verstimmung“); (b) deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten. Darüber hinaus müssen mindestens vier zusätzliche Symptome aus folgender Kriterienliste vorliegen: (c) deutlicher Gewichtsverlust oder deutliche Gewichtszunahme bzw. verminderter oder gesteigerter Appetit (bei Kindern ist das Ausbleiben der zu erwartenden Gewichtszunahme symptomatisch); (d) Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf; (e)

psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung; (f) Müdigkeit oder Energieverlust; (g) Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige bzw. unangemessene Schuldgefühle; (h) verminderte Denk- und Konzentrationsfähigkeit oder verringerte Entscheidungsfähigkeit und (i) wiederkehrende Gedanken an den Tod, wiederholte Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder die genaue Planung eines Suizids.

Die Episode muss mit klinischem Leiden oder psychosozialen oder beruflichen bzw. schulischen Beeinträchtigungen einhergehen. Die Diagnose einer Major Depression darf nicht gestellt werden, wenn die Symptome (a) die Kriterien einer gemischten Episode erfüllen; (b) auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurückgehen; (c) besser durch eine einfache Trauerreaktion erklärt werden können; und wenn (d) die Episoden durch eine schizoaffektive Störung besser zu erklären sind oder sie durch eine Schizophrenie, eine schizophreiforme Störung, eine wahnhaftige Störung oder eine nicht näher bezeichnete psychotische Störung überlagert sind.

Die Major Depression kann als Einzelepisode oder rezidivierend auftreten. Abhängig von der Anzahl der Symptome, der Symptomstärke und dem Grad der Beeinträchtigung und Belastung können Episoden einer Major Depression als leicht, mittel und schwer klassifiziert werden:

**Symptomanzahl
und Symptomstärke**

Leichte Episoden sind charakterisiert durch das Vorliegen von fünf oder sechs depressiven Symptomen, die leichte Beeinträchtigung in beruflichen Funktionsbereichen, bei gewöhnlichen sozialen Aktivitäten oder in zwischenmenschlichen Beziehungen verursachen;

Mittlere Episoden sind gekennzeichnet durch das Vorliegen von Symptomen, deren Schweregrad oder Funktionsbeeinträchtigung zwischen leicht und schwer liegen;

Eine schwere Episode ohne psychotische Züge liegt vor, wenn die Anzahl der Symptome die für die Diagnosestellung notwendige Symptomanzahl überschreitet und Arbeit, soziale Aktivitäten und zwischenmenschliche Beziehungen deutlich beeinträchtigt sind;

Eine schwere Episode mit psychotischen Zügen ist dann zu diagnostizieren, wenn Wahnvorstellungen oder Halluzinationen vorliegen, die mit depressiven Inhalten wie persönliche Schuld und Todeswahn übereinstimmen (d. h. stimmungskongruente psychotische Züge) oder die keine Verbindung zu depressiven Inhalten haben wie Verfolgungswahn oder Gedankeneingebung (d. h. stimmungsinkongruente psychotische Züge).

Wenn die depressive Episode diese Schweregrad-Kriterien nicht erfüllt, wird sie als in völliger oder teilweiser Remission beschrieben. Völlige Remission bedeutet die Abwesenheit signifikanter Symptome einer

Remission

Major Depression während der vorausgegangenen zwei Monate. Bei einer Teilremission sind die Kriterien nicht voll erfüllt, oder die Hauptsymptome einer Episode von Major Depression halten weniger als zwei Monate an. Eine Episode von Major Depression kann als chronisch, mit katatonen Merkmalen, mit melancholischen Merkmalen, mit atypischen Merkmalen und mit postpartalem Beginn spezifiziert werden:

Eine Episode von Major Depression ist als **chronisch** zu bezeichnen, wenn sie mindestens zwei Jahre andauert;

Katone Merkmale zeichnen sich aus durch ausgeprägte psychomotorische Störungen, die beinhalten: motorische Unbeweglichkeit (Katalepsie); übermäßige motorische Aktivität, die ziellos und nicht durch externe Reize beeinflusst zu sein scheint; extremer Negativismus (offensichtlich grundloser Widerstand gegen alle Aufforderungen oder Einnahme einer rigiden Körperhaltung mit Widerstand gegen äußere Bewegungsversuche) oder Mutismus; bizarre Willkürbewegungen, unangemessene oder sonderbare Haltung, stereotype Bewegungen oder auffälliges Grimassieren. Echolalie (d. h. sinnlose Wiederholung von Worten oder Sätzen, die jemand anderes gesprochen hat), Echopraxie (d. h. Imitation der Bewegungen einer anderen Person);

Melancholische Merkmale sind charakterisiert durch den Verlust von Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten oder das Fehlen von Reaktionen auf normalerweise als angenehm empfundene Reize. Die niedergedrückte Stimmung bleibt bestehen, selbst wenn sich etwas Erfreuliches ereignet. Zusätzlich müssen mindestens drei der folgenden Symptome vorliegen: besondere Qualität der depressiven Verstimmung (d. h. sie wird als deutlich verschieden von der Trauer über den Verlust einer geliebten Person empfunden), Morgentief, Früherwachen, psychomotorische Hemmung oder Erregung, deutliche Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust, übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle;

Atypische Merkmale zeichnen sich aus durch das Vorliegen von affektiver Reagibilität (d. h. Aufhellbarkeit der Stimmung durch tatsächliche oder erwartete positive Ereignisse) während der vorhergehenden Wochen zusammen mit mindestens zwei der folgenden Symptome: gesteigerter Appetit oder Gewichtszunahme, Hypersomnie (d. h. ausgedehnter Nachtschlaf oder Schlaf tagsüber), bleierne Schwere in Armen oder Beinen, pathologische Überempfindlichkeit gegenüber Zurückweisungen;

Depressionen mit postpartalem Beginn setzen innerhalb von vier Wochen nach der Geburt eines Kindes ein und können psychotische Merkmale miteinschließen, wie z. B. den Wahn, dass das Neugeborene vom Teufel besessen sei oder dass es ein schreckliches Schicksal erwartet. Es können Suizidideen auftreten, zwanghafte Gedanken hinsichtlich Gewaltanwendung gegenüber dem Kind, Schlaflosigkeit, spontane Weinkrämpfe (nach der als „Wochenbettempfindlichkeit“ bekannten Phase drei bis sieben Tage nach der Geburt), Panikattacken und Desinteresse am Neugeborenen.

Zahlreiche andere Spezifizierungen wurden im DSM-IV eingeführt: (a) Zusatzkodierungen des Langzeitverlaufs: mit bzw. ohne Vollremission im Intervall. „Mit Vollremission im Intervall“ bedeutet eine volle Remission zwischen den letzten beiden Phasen affektiver Störungen. Die Zusatzcodierung „ohne Vollremission im Intervall“ trifft zu, wenn keine vollständige Remission zwischen den letzten beiden Phasen affektiver Störung stattgefunden hat. (b) Die Zusatzcodierung mit saisonalem Muster bezieht sich auf Beginn und Remission einer depressiven Störung zu spezifischen Zeiten des Jahres. Die depressiven Episoden beginnen im Allgemeinen im Herbst oder Winter und remittieren im Frühling; dieses Muster muss in den vergangenen zwei Jahren aufgetreten sein.

1.1.2 Dysthyme Störung

Bei der Dysthymen Störung handelt es sich um eine chronische, aber weniger schwere Form der depressiven Störungen. Sie ist durch eine chronisch depressive Verstimmung (bei Kindern und Jugendlichen auch reizbare Verstimmung) über die meiste Zeit des Tages und an mehr als der Hälfte der Tage über mindestens zwei Jahre (bei Kindern und Jugendlichen ein Jahr) hinweg gekennzeichnet. Während der depressiven Verstimmung müssen mindestens zwei der folgenden Symptome vorliegen: Appetitlosigkeit oder gesteigertes Bedürfnis zu essen, Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis, Energiemangel oder Erschöpfung, geringes Selbstwertgefühl, Konzentrationsstörung oder Entscheidungserschwerwis und das Gefühl der Hoffnungslosigkeit.

**chronische Form
der depressiven
Störungen**

In der betreffenden Zeitperiode (ein bzw. zwei Jahre) darf es keinen Zeitraum von mehr als zwei Monaten ohne die beschriebenen Symptome geben. Auch bei dieser Störungsform müssen für die Vergabe der Diagnose Beeinträchtigungen in psychosozialen Funktionsbereichen oder ein klinisch bedeutsamer Leidensdruck vorliegen. Die Dysthyme Störung kann einen frühen Beginn haben (d.h. die Symptome einer Dysthymen Störung treten vor dem Alter von 21 Jahren erstmalig auf), einen späten Beginn (d.h. die Symptome treten nach dem Alter von 21 Jahren erstmalig auf), und sie kann atypische Merkmale haben.

Die Diagnose darf nicht gestellt werden, wenn (a) in dem Zeitraum eine Episode einer Major Depression bestanden hat, d.h. dass das Störungsbild besser durch eine chronische oder teilremittierte Major Depression erklärt werden kann; (b) zu einem Zeitpunkt eine manische, eine gemischte oder eine hypomane Episode vorhanden war, und die Kriterien für eine zylothyme Störung erfüllt waren; (c) die Störung