

1 Symptomatik

Lisa Feldmann und Jana Kroboth

Zusammenfassung

Obwohl für die Depression des Kindes- und Jugendalters in den Diagnosesystemen kaum altersspezifische Symptome angegeben werden, gibt es Unterschiede in der Symptomatik zwischen Kindern, Jugendlichen sowie Erwachsenen. So zeigen Kinder und Jugendliche im Vergleich zu Erwachsenen beispielsweise häufiger eine gereizte oder schlechte Stimmung in der depressiven Episode. Neben altersspezifischen Unterschieden finden sich ab dem Jugendalter auch Geschlechtsunterschiede in der Symptomatik: Während Mädchen häufiger Selbstwertprobleme oder Schuldgefühle haben, zeigen Jungen häufiger externalisierendes Verhalten. In diesem Kapitel werden die Symptome der Depression dargestellt sowie die Symptomatik in den unterschiedlichen Settings (Schule, Familie, Peer-Group) beleuchtet. Dabei wird beschrieben, wie sich die Symptomatik in den verschiedenen Settings äußert, wie das Umfeld den Verlauf der Erkrankung mit beeinflussen kann sowie welche psychosozialen Schwierigkeiten mit einer depressiven Erkrankung einhergehen. Abschließend wird anhand von zwei Fallbeispielen die Symptomatik in den unterschiedlichen Altersstufen gezeigt.

1.1 Alters- und entwicklungsabhängige sowie geschlechtsspezifische Symptomatik

Sowohl in der ICD-10 (World Health Organization 1992), ICD-11 als auch im DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) werden die gleichen Kriterien für die Depressionsdiagnose in den Altersstufen der Kindheit, des Jugend- und Erwachsenenalters angesetzt. Lediglich im DSM-5 wird beschrieben, dass es bei Kindern und Jugendlichen zu einer reizbaren anstatt einer depressiven Verstimmung kommen kann; zudem wird ausgeführt, dass es bei Kindern zu einem Ausbleiben einer erwarteten Gewichtszunahme statt zu einem

Gewichtsverlust kommen kann (American Psychiatric Association 2013).

Dem steht gegenüber, dass neben überlappenden Symptomen der depressiven Symptomatik in den unterschiedlichen Altersstufen auch entwicklungsabhängige Unterschiede existieren. Je jünger die Kinder sind, desto weniger ähnelt die Symptomatik der des Erwachsenenalters. Dies liegt u. a. an den spezifischen Charakteristika der psychischen, sozialen sowie (neuro-)biologischen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen (Cicchetti

und Toth 1998; Weiss und Garber 2003). Dabei werden unterschiedliche Möglichkeiten der Betrachtung der Symptomunterschiede diskutiert: Zum einen könnten dieselben Symptome in den Altersstufen unterschiedlich zum Vorschein treten (beispielsweise das Symptom »Anhedonie« als Spielunlust im Kindesalter und als Gefühl der Langeweile im Jugendalter). Zum anderen könnte in Erwägung gezogen werden, dass depressive Symptome im Laufe der Entwicklung variieren. Letzteres ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Kinder entwicklungsbedingt noch nicht (bzw. noch nicht gleichermaßen) in der Lage sind, bestimmte Symptome zu entwickeln: So haben junge Kinder noch kein Konzept von der Zukunft und dem Selbst, sodass Selbstwertprobleme oder Hoffnungslosigkeit als Symptome der Depression in diesem Alter noch keine signifikante Rolle spielen können. Des Weiteren könnten unterschiedliche Symptome in den Altersstufen möglicherweise auf unterschiedliche biologische Ursachen der Depression in den Altersstufen rückführbar sein. So ist die Wahrscheinlichkeit bei älteren

Jugendlichen, dass sie schon mehrere depressive Episoden in ihrem Leben hatten, im Vergleich zu Kindern größer. Eine Theorie besagt, dass sich mit steigender Anzahl depressiver Episoden die biologische Vulnerabilität für eine Depression erhöht. Somit könnte diese veränderte biologische Vulnerabilität bei Jugendlichen mit mehreren depressiven Episoden andere Symptome auslösen als bei Kindern ohne diese veränderte biologische Vulnerabilität (für eine vertiefte Diskussion zu den unterschiedlichen Aspekten siehe Weiss und Garber 2003).

Im Folgenden wird die Symptomatik der Depression in unterschiedlichen Altersstufen vorgestellt sowie auf Geschlechtsunterschiede eingegangen. Im Rahmen der Darstellung der Symptome in den weiteren Unterkapiteln werden diese Aspekte ebenfalls kurz aufgegriffen. In ► Tab. 1.1 ist die Symptomatik der Depression in Kindheit und Jugend getrennt nach Altersstufen dargestellt. In ► Tab. 1.2 befindet sich ein Überblick über die Symptomatik der Depression im Kindes- und Jugendalter.

Tab. 1.1: Symptome der Depression getrennt nach Altersstufen

Vorschulalter, Kindheit	Pubertät und Adoleszenz
<ul style="list-style-type: none"> • Spielunlust, Anhedonie • Irritabilität, externalisierendes Verhalten, Wutausbrüche • Somatisierung, körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen, Bauchschmerzen • Spiele, in denen der Tod in spielerischen Szenen inszeniert wird • fehlende Gewichtszunahme trotz Wachstum, auffälliges Essverhalten • Weinen • Aufmerksamkeitsprobleme, Nachlassen von Schulleistungen • Schlafstörungen • Schuldgefühle • sozialer Rückzug 	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstwertprobleme • Aufmerksamkeitsprobleme, Nachlassen von Schulleistungen • sozialer Rückzug • Suizidalität • vegetative Symptome (Gewichtsveränderung, Appetitveränderung, Schlafstörungen) • Hoffnungslosigkeit, Pessimismus • Energielosigkeit, Antriebslosigkeit • erhöhte Reizbarkeit, schlechte Laune • externalisierende Verhaltensweisen (v. a. bei Jungen)

Tab. 1.2: Überblick über die Symptomatik der Depression im Kindes- und Jugendalter anhand von Beispielen

Symptomdomäne	Beispiele für Symptome
Affektstörung	<ul style="list-style-type: none"> • depressive, gedrückte Stimmung • gereizte Stimmung, Wutanfälle, Aggressivität • Impulsdurchbrüche • unglücklich sein, vermehrtes Weinen • Gefühlstaubheit • Gequältsein • Gefühle der Einsamkeit • Ängstlichkeit
Antriebsstörung	<ul style="list-style-type: none"> • Lethargie, Aktivitätseinschränkung • Energieverlust, leichte Ermüdbarkeit • Motivationslosigkeit • sozialer Rückzug • verminderte Aktivität • Interessenverlust • psychomotorische Hemmung oder Verlangsamung, starre Mimik • psychomotorische Agitiertheit
Kognitive Störung	<ul style="list-style-type: none"> • unbegründete Schuldgefühle und Selbstvorwürfe • Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung • geringes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen • negative Gedanken • Entscheidungsprobleme • pessimistische Sicht der Zukunft, Zukunftsangst • Sorgen, Rumination, hohe Grübelneigung • formale Denkstörungen (Denkhemmung, Verlangsamung)
Körperliche Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • gesteigerter Appetit oder Appetitverlust • Gewichtsveränderungen • ausbleibende Gewichtsveränderung trotz Wachstum • Kopf- und Bauchschmerzen, Verdauungsbeschwerden • Libidoverlust (bei Jugendlichen)
Schlafstörung	<ul style="list-style-type: none"> • Hypersomnie (erhöhtes Schlafbedürfnis) • Insomnie (Ein- und Durchschlafstörung) • Alpträume • morgendliches Früherwachen
Suizidalität	<ul style="list-style-type: none"> • Gedanken an den Tod und passive Todeswünsche • Suizidgedanken, Suizidpläne • suizidale Handlungen, Suizidversuche • suizidale Andeutungen, Sprechen über den eigenen Suizid, Suiziddrohungen • Spiele, in denen der Tod in spielerischen Szenen inszeniert wird (bei Kindern) • Beschäftigung mit dem Tod und Suizidalität (z. B. Konsum von Musik und Medien mit dem Inhalt; Aufsuchen von sozialen Netzwerken mit entsprechenden Inhalten)

1.1.1 Vorschulalter und Kindheit

Während es umfangreiche Forschung zur Symptomatik der Depression im Jugend- und Erwachsenenalter gibt, gründet die Studienlage zur Depression bei Kindern auf vergleichsweise wenigen Untersuchungen. Dies kann auch damit zusammenhängen, dass die Depression im Vorschul- und Grundschulalter noch relativ selten vorkommt. Studien zeigen für diese Altersgruppe eine Prävalenz von 0–2 % (Egger und Angold 2006; Whalen et al. 2017). Die Diagnose einer depressiven Störung sollte erst ab drei Jahren gestellt werden, wobei klinisch eine depressive Symptomatik auch bereits früher beobachtet werden kann (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) 2015; Luby und Belden 2012).

Vorschulkinder mit Depression zeigen typischerweise nicht durchgehend oder die meiste Zeit eine depressive Symptomatik, sondern vielmehr eine Fluktuation der Symptome. Dies äußert sich im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen v. a. in einer Anhedonie, z. B. in Form einer Spielunlust, also als Aufgabe oder Vermeidung von zuvor geliebten Aktivitäten und Spielen. Hierbei werden häufig Ausreden erfunden, um den Aktivitäten nicht mehr nachgehen zu müssen. Oft sind auch unangemessene Schuldgefühle sowie eine erhöhte Reizbarkeit/Irritabilität ein Kennzeichen der Depression in dieser Altersgruppe. Aber auch andere, für das Erwachsenenalter typische Symptome der Depression können schon in diesem Alter auftreten, wie beispielsweise Schlafprobleme, Erschöpfung und Konzentrationsdefizite (z. B. leichte Ablenkbarkeit). Auch Suizidgedanken oder Gedanken an den Tod können bereits bei Vorschulkindern auftreten, was sich durch spielerische Szenen, in denen das Thema Tod inszeniert wird, äußern kann (Luby et al. 2003; Luby et al. 2002; Luby et al. 2006; Whalen et al. 2015; Whalen et al. 2017). Hierbei sollte erwähnt werden, dass Vorschul-

kinder ein anderes Todeskonzept aufweisen als Erwachsene und in dem Alter noch nicht klar ist, dass der Tod endgültig ist (Senf und Eggert 2014). Suizidversuche treten im Kindesalter nur selten auf (Becker et al. 2017).

Kinder mit Depression zeigen häufiger gereizte Stimmung im Zusammenhang mit externen Faktoren (z. B. Stress in der Schule) als ältere Betroffene (Yorbik et al. 2004). Die Depression drückt sich bei Kindern im klinischen Alltag häufig indirekt, beispielsweise über Weinen, Wutausbrüche, Schlafstörungen, Nachlassen der Schulleistung infolge von Aufmerksamkeitsproblemen, auffälliges Essverhalten, Kopf- oder Bauchschmerzen aus. Zudem lässt sich in der Altersspanne eine fehlende Gewichtszunahme beobachten. Mit steigendem Alter verbessert sich die Introspektionsfähigkeit, und Gefühle können besser wahrgenommen und verbalisiert werden. Im Folgenden ist ein Fallbeispiel mit einer für das Kindesalter typischen Symptomatik aufgeführt.

Fallbeispiel 1

Der neunjährige Steffen zeigt seit der konfliktreichen Trennung seiner Eltern vor sechs Monaten vermehrt aggressives und oppositionelles Verhalten, er hat Mitschüler und eine Lehrkraft körperlich angegriffen und wurde daraufhin für mehrere Tage von der Schule ausgeschlossen. Im Unterricht kann er sich nicht mehr konzentrieren, er erledigt seine Hausaufgaben nicht, und die Noten haben sich verschlechtert. Er wirkt sehr abgeschlagen und müde, der Mutter fällt auf, dass er abends sehr lange wach ist, unruhig schläft und früh aufwacht. Steffen klagt häufig über Bauch- und Kopfschmerzen und isst viel weniger als zuvor, er hat in den letzten drei Monaten 4 kg abgenommen. Er weigert sich, zum Fußballtraining zu gehen oder mit seinen Freunden im Hof zu spielen. Wenn die Mutter ihn motivieren will, nach draußen zu gehen, reagiert er

aggressiv und beschimpft sie. Die Mutter traut sich nicht, ihren Sohn mit seiner kleinen Schwester (vier Jahre) alleine zu lassen, da er ihr schon mehrmals weh getan hat. Er zeigt kaum noch Mimik und sitzt die meiste Zeit alleine in seinem Zimmer, Beschäftigungsangebote nimmt er nicht an. Die Mutter ärgert sich sehr über seine Verweigerungshaltung, reagiert ungehalten und bestraft ihn für seine aggressiven Impulsdurchbrüche, was häufig zu Eskalationen führt. Die Mutter ist sehr irritiert, dass Steffen kaum Gefühlsregungen zeigt und weiß nicht, wie sie mit ihm umgehen soll. Sie macht einen Termin bei einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin für Steffen aus, zu dem er nur sehr widerwillig mitgeht. Im Gespräch zeigt er sich sehr oppositionell und weigert sich, mit der Therapeutin zu sprechen.

Merke: Im Kindesalter äußert sich depressive Symptomatik häufig durch externalisierende Verhaltensweisen, Somatisierung, körperliche Beschwerden und Anhedonie.

1.1.2 Pubertät und Adoleszenz

Mit dem Einsetzen der Pubertät kommt es zu einem Anstieg der Prävalenz der Depression. Etwa 6–14% erkranken im Jugendalter an einer Depression (Avenevoli et al. 2015; Essau et al. 1998; Merikangas et al. 2010; Sund et al. 2011).

Im Vergleich zu Kindern weisen Jugendliche mit einer Depression mehr Pessimismus, Depressivität, Anhedonie, Selbstwert- und Konzentrationsprobleme auf. Neben diesen Symptomen zeigen Jugendliche zudem mehr Hilf-, Hoffnungs- und Energielosigkeit sowie psychomotorische Hemmung, Hypersomnie, Gewichtsveränderung und Suizidalität (Baji et al. 2009; Birmaher et al.

2004; Fu-I und Wang 2008; Kovacs 1996; Sørensen et al. 2005; Weiss und Garber 2003; Yorbik et al. 2004). Das Bild der Depression im Jugendalter ähnelt dem im jungen Erwachsenenalter (Lewinsohn et al. 2003). Jugendliche mit einer Depression zeigen jedoch im Vergleich zu Erwachsenen häufiger vegetative Symptome (z. B. Gewichtsveränderungen, Appetitveränderung, Insomnie) und seltener Anhedonie und Konzentrationsprobleme im Vergleich zu Erwachsenen mit Depression (Rice et al. 2019). Typische Symptome der Depression können auch im Rahmen einer normalen pubertären Entwicklung auftreten, beispielsweise sozialer Rückzug, erhöhte Reizbarkeit und Lustlosigkeit. Hinweise für das Vorliegen einer Depression umfassen dabei die Persistenz der Symptomatik über einen Zeitraum von mehreren Wochen und Monaten, Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit und/oder Leidensdruck, besonders ausgeprägte Symptomatik und das Vorhandensein mehrerer für die Depression typischer Symptome.

Während Jungen und Mädchen vor der Pubertät in etwa gleich häufig von einer Depression betroffen sind und sich weitestgehend nicht symptomatisch voneinander unterscheiden (Luby et al. 2002; Yorbik et al. 2004), sind nach der Pubertät Mädchen in etwa doppelt bis dreimal so oft betroffen (Breslau et al. 2017; Lewinsohn et al. 1998). Geschlechtsunterschiede der Depressionssymptomatik sind im Jugendalter am größten und nehmen dann im Laufe der Zeit wieder ab (Salk et al. 2017). Dabei scheinen Mädchen mehr Selbstwertprobleme, Schuldgefühle, Selbstvorwürfe und Schlafprobleme aufzuweisen als gleichaltrige Jungen (Bennett et al. 2005; Fu-I und Wang 2008; Lewinsohn et al. 1998). Im klinischen Alltag äußert sich die Depression bei Jungen auch häufig in externalisierenden Verhaltensweisen.

Im Folgenden ist ein Fallbeispiel mit einer für das Jugendalter typischen Symptomatik aufgeführt.

Fallbeispiel 2

Die 14-jährige Sarah wirkt in letzter Zeit oft traurig und abwesend. Sie legt sich nach der Schule ins Bett, macht keine Hausaufgaben und trifft ihre Freundinnen nicht mehr. Sie weigert sich, an den gemeinsamen Mahlzeiten mit ihren Eltern und den zwei älteren Brüdern teilzunehmen, sie sagt, sie habe das Gefühl, nicht erwünscht zu sein. Sarah war bis zur siebten Klasse eine gute Schülerin, sie besucht das Gymnasium und hat zwei Freundinnen in der Klasse. Zu Beginn des Schuljahres gab es immer wieder kleinere Konflikte in ihrer Peer-Group. Seitdem sind die Noten schlechter geworden, sie klagt über Konzentrationsschwierigkeiten und hat das Gefühl, aus der Klassengemeinschaft ausgeschlossen zu werden. Ein- bis zweimal die Woche schafft sie es nicht, die Schule zu besuchen und liegt den ganzen Tag im Bett; an diesen Tagen weint sie viel und reagiert gereizt, wenn die Mutter wissen will, was los ist. Nach den Winterferien klagt sie über Bauchschmerzen, Schwindel und Übelkeit, woraufhin die Eltern sie beim Kinderarzt vorstellen. Dieser kann keine körperliche Ursache für die Symptomatik feststellen. Dennoch scheitern sämtliche Versuche, Sarah zu motivieren, wieder in die Schule zu gehen. Wenn die Mutter sie morgens aufweckt, reagiert Sarah nicht, zieht sich die Decke über den Kopf und schickt die Mutter weg. Sie verbringt den ganzen Vormittag im Bett und kann nicht dazu gebracht werden, aufzustehen. Sie verbringt viel Zeit am Handy und schaut Videos an. Auf Nachrichten und Anrufe ihrer Freundinnen reagiert sie jedoch nicht. Ab und zu schafft die Mutter es, sie zu motivieren, mit ihr und dem Hund einen Spaziergang zu machen. Sie tobt jedoch

nicht wie früher mit dem Hund herum; wenn er zu ihr kommt und mit ihr spielen will, reagiert sie genervt und angestrengt. Ihre Brüder finden es unfair, dass Sarah nicht in die Schule gehen muss und ihre Pflichten im Haushalt vernachlässigt, was häufig zu Konflikten führt. Sarahs Zimmer ist sehr unordentlich, sie hat seit Wochen nicht aufgeräumt, außerdem trägt sie tagelang dieselbe Kleidung und geht nur auf Drängen der Mutter duschen. Bis vor einem halben Jahr war Sarah ihr Äußeres sehr wichtig, sie und ihre Freundinnen haben sich oft getroffen, um sich gegenseitig zu schminken und Frisuren auszuprobieren. Sarahs Vater leidet seit seiner Jugend an rezidivierenden depressiven Episoden und macht sich große Sorgen um seine Tochter. Er vereinbart einen Termin bei einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin für sie, doch Sarah schafft es nicht, zu diesem Termin zu gehen. Sie hat das Gefühl, keine Hilfe verdient zu haben, außerdem ist es ihr zu anstrengend, das Haus zu verlassen. Sie hat zudem große Angst davor, mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren. Der Mutter fallen oberflächliche Schnittwunden an Sarahs Arm auf. Auf Nachfrage sagt Sarah, dass sie sich mit einer Schere selbst verletzt hat. Sie weint viel, ist sehr verzweifelt und äußert den Wunsch, nicht mehr da zu sein, da sie das Gefühl hat, für alle eine Last zu sein und nicht daran glaubt, dass dieses Gefühl jemals wieder weggehen wird. Die Eltern sind sehr erschrocken über diese Aussage und lassen Sarah ab diesem Zeitpunkt nicht mehr alleine.

Merke: Je älter die Jugendlichen werden, desto eher gleicht die Symptomatik der des Erwachsenenalters.

1.2 Affektstörung

Die Affektstörung ist das zentrale Symptom der Depression. So zeigen Kinder und Jugendliche, die unter einer Affektstörung leiden, primär eine depressive und gedrückte Stimmung; viele Patient*innen berichten zudem davon, dass sie sich unglücklich und einsam fühlen, unter innerer Leere leiden, sich gequält fühlen, keine Freude mehr empfinden können und vermehrt weinen müssen. Aber auch Gefühlstauheit, das Gefühl der Gefühllosigkeit und die Unfähigkeit zu weinen sind häufige Affektstörungen einer Depression. Gleichzeitig kann es auch zu gereizter Stimmung, Wutanfällen, Aggressivität und Impulsdurchbrüchen kommen. Diese externalisierenden Symptome werden im Alltag zunächst erstmal nicht primär einer depressiven Störung zugeordnet, da sie im Erwachsenenalter eher selten auftreten. Dies führt auch dazu, dass die depressive Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen, die hauptsächlich externalisierende Verhaltensweisen zeigen, häufiger übersehen wird.

Je nach Studie zeigen 60–98 % aller minderjährigen Patient*innen mit der Diagnose

einer Depression auch depressive Stimmung (Baji et al. 2009; Roberts et al. 1995; Yorbik et al. 2004). Je älter die Kinder werden, desto häufiger zeigen sie Symptome einer Affektstörung (Baji et al. 2009; Carlson und Kashani 1988; Yorbik et al. 2004). Kinder zeigen depressive oder gereizte Stimmung eher im Zusammenhang mit spezifischen Ereignissen oder Beschäftigungen als Jugendliche. Gereizte Stimmung und Ärger treten bei ca. 90 % der Kinder und Jugendlichen, bei denen eine depressive Episode diagnostiziert wurde, zusätzlich zu den anderen depressiven Symptomen auf (Yorbik et al. 2004). Mädchen im Alter von sieben bis 14 Jahren zeigen signifikant häufiger eine depressive Stimmung und Anhedonie als gleichaltrige Jungen (Baji et al. 2009).

Merke: Bei Kindern und Jugendlichen, die gereizte Stimmung, Wutanfälle, Aggressivität oder Impulsdurchbrüche zeigen, sollte auch eine depressive Symptomatik als Ursache in Erwägung gezogen werden.

1.3 Antriebsstörung

Die Antriebsstörung ist ein Symptom der Depression, das das psychosoziale Funktionsniveau der Betroffenen massiv beeinflussen kann. Aufgrund von Energieverlust, leichter Ermüdbarkeit, Motivationslosigkeit, Lethargie und Interessenverlust können die Kinder und Jugendlichen ihren Alltag nicht mehr suffizient bewältigen. So leidet der Schulbesuch darunter, und Hobbys sowie andere Freizeitaktivitäten werden nicht mehr ausgeführt. Oft stellt das morgendliche Aufstehen schon eine unüberwindbare Hürde dar, und

60 % der Patient*innen ziehen sich sozial zurück (Yorbik et al. 2004). Die Befunde zur psychomotorischen Agitiertheit sind uneindeutig: Yorbik et al. (2004) fanden, dass die Agitiertheit mit zunehmendem Alter konstant ist, Baji et al. (2009) konnten jedoch zeigen, dass die Agitiertheit mit dem Alter abnimmt. Dies könnte daran liegen, dass in der Studie von Yorbik auch Patient*innen, die komorbid an ADHS leiden, eingeschlossen wurden. Bei Patient*innen mit ADHS nimmt die hyperaktive Symptomatik meist mit dem

Alter ab. Mädchen im Alter von sieben bis 14 Jahren zeigen mehr psychomotorische Hemmung als gleichaltrige Jungen; je älter die Kinder werden, desto häufiger wird dieses Symptom jedoch auch bei Jungen. Mit zunehmendem Alter nimmt auch die Zahl der

Patient*innen zu, die über schnelle Ermüdbarkeit und Energieverlust klagen (Baji et al. 2009; Mitchell et al. 1988; Ryan et al. 1987; Yorbik et al. 2004) – so beschreiben 84 % der Jugendlichen einen Energieverlust, aber nur 69 % der Kinder (Yorbik et al. 2004).

1.4 Kognitive Störungen

Während der Großteil der depressiven Erwachsenen mit einer Depression kognitive Störungen wie beispielsweise Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen aufweist, sind die Befunde für das Kindes- und Jugendalter weniger konsistent (Baune et al. 2014; Vilgis et al. 2015; Wagner et al. 2015). Daher ist anzunehmen, dass bei Heranwachsenden mit Depression diese kognitiven Beeinträchtigungen zwar durchaus auftreten, jedoch offensichtlich nicht so gravierend sind wie im Erwachsenenalter. Die Störung der Kognition betrifft mehrere Bereiche. So konnte beispielsweise in einer Metaanalyse gezeigt werden, dass Kinder und Jugendliche mit einer Depression im Durchschnitt einen niedrigeren Intelligenzquotienten (IQ) aufweisen als Kinder und Jugendliche ohne eine Depression. Hierfür werden unterschiedliche Erklärungen diskutiert: Zum einen kann ein niedrigerer IQ ein Risikofaktor für die Depression sein. Zum anderen können auch weitere Symptome der Depression, wie beispielsweise ein niedrigeres Selbstwertgefühl, Motivations- und Antriebslosigkeit, Schlafprobleme, aber auch eine schlechtere Leistung des Arbeitsgedächtnisses die Ergebnisse beeinflussen (Wagner et al. 2015). Neben dem IQ sind noch weitere kognitive Bereiche betroffen: Kinder und Jugendliche mit Depression verfügen beispielsweise über eine reduzierte Fähigkeit, die Aufmerksamkeit lange auf eine bestimmte Sache zu richten (Daueraufmerksamkeit) und weisen Einschränkungen im verbalen und

visuellen Gedächtnis auf. Zudem haben sie Schwierigkeiten, etwas zu planen und es dann umzusetzen (planvolles Handeln) (Goodall et al. 2018; Wagner et al. 2015). Allerdings sind die Befunde zu den neurokognitiven und neuropsychologischen Defiziten bei depressiven Kindern und Jugendlichen teilweise widersprüchlich und insgesamt liegen zu wenige Studien zu bestimmten Domänen vor. Die selektive Aufmerksamkeit scheint bei Kindern und Jugendlichen mit einer Depression nicht beeinträchtigt zu sein (d. h. die Fähigkeit, sich nur auf die relevanten Reize zu konzentrieren, ohne sich ablenken zu lassen) (Baune et al. 2014; Goodall et al. 2018; Vilgis et al. 2015; Wagner et al. 2015).

Neben diesen kognitiven Aspekten (»cold cognition«) ist auch die emotionsgeladene Verarbeitung (»hot cognition«) bei der Depression beeinträchtigt. Im Gegensatz zu der »cold cognition«, unter der eine Informationsverarbeitung ohne emotionalen Einfluss verstanden wird, umfasst die »hot cognition« Informationsverarbeitung emotionaler Inhalte (Roiser und Sahakian 2013). So zeigen Kinder und Jugendliche mit einer Depression beispielsweise einen sogenannten negativen »Aufmerksamkeitsbias«, d. h. sie richten ihre Aufmerksamkeit schneller auf negative (v. a. traurige) Information, was auch einen Vulnerabilitätsfaktor für die Entstehung einer Depression darstellt. Außerdem gibt es Hinweise, dass sie einen negativen Interpretationsbias aufweisen, sodass uneindeutige Situationen

negativer interpretiert werden als bei Gesunden (Platt et al. 2017). So könnte beispielsweise ein Jugendlicher mit Depression, der keine Antwort auf eine Chat-Nachricht von einem Freund erhält, davon ausgehen, dass der Freund kein Interesse an ihm hat, anstatt anzunehmen, dass die Nachricht übersehen wurde oder zu einem späteren Zeitpunkt beantwortet wird.

Depressivität in der Kindheit und Jugend hängt zudem mit einem maladaptiven Attributionsstil (d.h. einer maladaptiven Ursachenzuschreibung) zusammen: So werden negative Situationen als internal, stabil und global (z.B. »Meine Prüfung ist schlecht gelaufen, weil ich dumm bin und es immer

schlecht bei mir läuft bei allen Prüfungen«) und positive Situationen als external, variabel und spezifisch attribuiert (»Die Prüfung ist nur gut gelaufen, weil sie diesmal leicht war. Das nächste Mal läuft es sicherlich nicht mehr so gut!«) (Gladstone und Kaslow 1995).

Des Weiteren ist die Depression verbunden mit dysfunktionalen Einstellungen und kognitiven Fehlern (z.B. »Entweder ich mache alles perfekt oder ich bin nichts wert.«), Ruminaton sowie Selbstwertproblemen und Selbstkritik, die zusammen mit negativen Ereignissen und Stress eine depressive Symptomatik begünstigen (Hankin 2006). Kognitive und neurokognitive Modelle der Depression sind in ► Kap. 6.8 dargestellt.

1.5 Körperliche Symptome

Körperliche Symptome sind über alle Altersstufen hinweg als Begleitsymptome von Depressionen im Kindes- und Jugendalter weit verbreitet. Zu den körperlichen Symptomen zählen ein gesteigerter Appetit oder auch Appetitverlust, Gewichtsveränderungen, ausbleibende Gewichtsveränderung trotz Wachstum, Kopf- und Bauchschmerzen, Verdauungsbeschwerden und – mit Beginn der Pubertät – auch Libidoverlust. Je nach Studie liegt die Rate der somatischen Beschwerden bei Vorliegen einer depressiven Störung zwischen 37% (Baji et al. 2009) und 70% (McCaughey et al. 1993; Mitchell et al. 1988). Gerade jüngere Kinder, die ihre emotionalen Befindlichkeiten noch nicht verbal ausdrücken können, werden oftmals zuerst aufgrund von somatischen Beschwerden bei der Kinderärztin bzw. dem Kinderarzt vorstellig. Da die körperlichen Symptome unspezifisch sind und vielfältige Gründe haben können, werden oft viele diagnostische Maßnahmen ergriffen, um die Ursache der Beschwerden zu finden. Eine sorgfältige medizinische Abklärung ist

wichtig, um somatische Ursachen ausschließen zu können. Es sollte jedoch gut abgewogen werden, welche körperlichen Untersuchungen tatsächlich notwendig sind. Umfassende körperliche Untersuchungen können zu sekundärem Krankheitsgewinn, einer Exazerbation der körperlichen Symptome und damit auch zu einer Verstärkung der depressiven Symptomatik führen. Körperliche Symptome sind nicht spezifisch für die Depression, sie kommen auch bei anderen psychischen Störungen, wie zum Beispiel Angststörungen und somatoformen Störungen, vor. Daher ist eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik essenziell.

Bezüglich des Auftretens von körperlichen Symptomen in den unterschiedlichen Altersstufen gibt es keine eindeutigen Befunde. Manche Studien demonstrierten, dass Jugendliche weniger somatische Beschwerden zeigen als Kinder (Yorbik et al. 2004), andere Studien konnten dies jedoch nicht bestätigen (Baji et al. 2009; Mitchell et al. 1988). Jugendliche zeigen allerdings häufiger Gewichtsverlust als

Kinder (Yorbik et al. 2004). In zwei Studien wurde gefunden, dass jugendliche Mädchen im Vergleich zu Jungen eher an Gewicht zunehmen und einen gesteigerten Appetit haben (Williamson et al. 2000; Yorbik et al. 2004), andere Studien konnten diesen Geschlechtsunterschied jedoch nicht bestätigen (Mitchell et al. 1988; Roberts et al. 1995; Ryan et al. 1987). Präpubertäre Jungen zeigen eher Erschöpfungssymptome als präpubertäre Mädchen, die Ursache hierfür ist jedoch ungeklärt (Ryan et al. 1987).

Viele Kinder und Jugendliche mit einer depressiven Erkrankung werden über längere Zeiträume aufgrund der somatischen Beschwerden von der Kinder- oder Hausärztin bzw. dem Kinder- oder Hausarzt krankgeschrieben. Dadurch können sie den Anschluss

an die Peer-Group verlieren, und aufgrund der schulischen Fehlzeiten können Wissenslücken entstehen. Dies kann weiterhin zu einer Verstärkung der Selbstwertdefizite und zu weiterem sozialen Rückzug führen. Um dies zu verhindern, sollte beim Ausbleiben einer somatischen Erklärung der Beschwerden frühzeitig an eine psychische Ätiologie der Symptome gedacht werden, damit die passende Behandlung eingeleitet werden kann.

Merke: Beim Auftreten länger bestehender unspezifischer körperlicher Symptome bei Kindern und Jugendlichen ohne somatisches Korrelat sollte eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik vorgenommen werden.

1.6 Schlafstörungen

Schlafstörungen sind ein sehr häufiges Symptom der Depression im Kindes- und Jugendalter: 70–90 % der Betroffenen klagen über Schlafstörungen, wobei Mädchen davon etwas häufiger betroffen sind (Ivanenko et al. 2005; Liu et al. 2007; Roberts et al. 1995). Das am häufigsten berichtete Schlafproblem ist die Insomnie, welche Ein- und Durchschlafstörungen sowie das morgendliche Früherwachen umfasst. Manche Patient*innen berichten auch von Hypersomnie, also einem exzessiven Schlafbedürfnis oder einer Kombination aus Insomnie und Hypersomnie. Die Erholbarkeit des Schlafs sowie die Schlafqualität sind während einer Depression häufig eingeschränkt, und das Schlafbedürfnis ist hoch (Ivanenko et al. 2005; Liu et al. 2007; Rao 2011; Roberts et al. 1995).

Im Gegensatz zur Studienlage zur subjektiven Schlafqualität der Depression im Kindes- und Jugendalter ist die Befundlage zur objektiven Schlafqualität, die in einem Schlaflabor erfasst werden kann, heterogen. Während ei-

nige Studien keine oder nur wenige Hinweise auf objektive Schlafprobleme im Kindes- und Jugendalter aufzeigen (Bertocci et al. 2005; Forbes et al. 2008), finden andere Studien beispielsweise eine längere Einschlaf latenz, häufigeres Erwachen, weniger Schlafeffizienz und eine höhere REM-Schlaf-Dichte (Lovato und Gradisar 2014; Rao 2011). Für die unterschiedlichen Befunde zur objektiven Schlafqualität werden unterschiedliche Stichprobensamensetzungen beispielsweise bezüglich des Alters und Geschlechts diskutiert, die die biologischen Korrelate beeinflussen (Rao 2011). Kinder und Jugendliche schätzen ihre subjektive Schlafqualität häufig als schlechter ein als sie tatsächlich ist. Daher sollte bei Kindern und Jugendlichen eine Psychoedukation über den Schlaf erfolgen, da eine negative Erwartungshaltung und katastrophisierende Gedanken in Bezug auf den Schlaf (»Ich werde bestimmt wieder die ganze Nacht wachliegen und morgen müde sein«) die Schlafqualität reduzieren.