

# Depressive Störungen bei Jugendlichen: Diagnostik und Therapie

## Depressive Disorders in Juveniles: Diagnosis and Therapy



S. Naab, M. Hauer, U. Voderholzer, M. Hautzinger

### Einleitung

Depressionen gehören bei Jugendlichen ebenso wie bei Erwachsenen zu den häufigsten und schwerwiegendsten psychischen Störungen und wurden dennoch erst in den letzten Jahren mehr und mehr zu einem relevanten Forschungsthema. Genau das stellt sowohl Theoretiker als auch Praktiker heute vor das große Problem, noch zu wenig über die Entstehung, den Verlauf und v. a. die wirksamsten Therapiemöglichkeiten für diese Altersgruppe zu wissen. Auswirkungen hat das eher geringe Wissen auch auf die aktuelle Versorgungslage depressiver Jugendlicher, die in Deutschland heute noch als nicht ausreichend anzusehen ist. So erhält derzeit nur etwa die Hälfte der Betroffenen eine nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) [1] empfohlene Psychotherapie und eine noch geringere Zahl wird mit Psychopharmaka oder einer Kombination aus beiden behandelt.

Die therapeutische Versorgungslage depressiver Jugendlicher ist in Deutschland nicht ausreichend.

Wenn Kinder oder Jugendliche an Depressionen erkranken, hat das häufig gravierende Auswirkungen sowohl auf die psychische als auch auf die physische und soziale Entwicklung der Heranwachsenden. Betroffene zeigen häufiger Schwierigkeiten in sozialen Interaktionen mit Gleichaltrigen, haben mehr Schulprobleme und neigen eher zu Schulabbrüchen. Zusätzlich steigt die Gefahr, Drogen oder Alkohol zu konsumieren und auf die schiefe Bahn zu geraten. Auch die Entwicklung komorbider psychischer Störungen ist im Vergleich zu den Altersgenossen deutlich häufiger und es ist eine höhere Vulnerabilität für somatische Krankheiten zu er-

kennen. Zudem steigt mit der bei vielen Jugendlichen zu beobachtenden Isolation und Hoffungslosigkeit das Risiko einer suizidalen Handlung, sodass Depressionen zu den häufigsten Todesursachen im jungen Erwachsenenalter zählen.

Suizide infolge von Depressionen zählen zu den häufigsten Todesursachen Jugendlicher.

Diese Erkenntnisse zeigen auf, wie wichtig eine Weiterentwicklung der Therapiemöglichkeiten von Depressionen bei Jugendlichen ist.

### Epidemiologie und Verlauf

Depressive Störungen bei Jugendlichen in Europa scheinen immer mehr an Bedeutung zu gewinnen: So stieg die Vergabe der Diagnose Depression zwischen 1995 und 2009 laut dem „The Health Improvement Network (THIN)“ stetig an und auch die Behandlung mit Antidepressiva nahm deutlich zu. Trotzdem gibt es Hinweise darauf, dass die Häufigkeit depressiver Störungen in den letzten Jahren eher stabil geblieben ist [2]. Mögliche Erklärungen für diese kontroversen Befunde sind einerseits eine verbesserte Diagnostik, andererseits ein Überdiagnostizieren in den letzten Jahren. **Tab. 1** stellt die aktuellen epidemiologischen Daten für den deutschsprachigen Raum vor.

### Die Diagnose „Depression“ bei Jugendlichen

Wie auch bei Erwachsenen wird eine depressive Störung bei Jugendlichen nach den Kriterien der ICD-10 der WHO [5] diagnostiziert und beinhaltet die folgenden 3 Kernsymptome:

### VNR

2760512015147124206

### Bibliografie

**DOI** <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1385776>  
Fortschr Neurol Psychiatr 2015; 83: 49–62 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York · ISSN 0720-4299

### Erstpublikation

**DOI** <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1359935>  
PSYCH up2date 2014; 8: 49–66

### Korrespondenzadresse

#### Dr. Silke Naab

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Schön Klinik Roseneck Am Roseneck 6 83209 Prien am Chiemsee SNaab@schoen-kliniken.de

**Tab. 1** Übersicht zu Epidemiologie und Verlauf depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen.

<b>Punktprävalenz</b>	– bei Jugendlichen: 4–8 % – bei Kindern: ca. 2 % [3]
<b>Geschlechterverhältnis</b>	– bei Jugendlichen: m:w = 1:2 – bei Kindern: m:w = 1:1 [4]
<b>Risikofaktoren</b>	– weibliches Geschlecht – familiäre Häufung – Vorliegen von emotional instabilen Persönlichkeitszügen – familiäre Konflikte – negative Lebensereignisse
<b>wichtige Komorbiditäten</b>	– ca. 2/3 der depressiven Jugendlichen haben mindestens eine komorbide Störung: – Angststörungen/emotionale Störungen (23,7 %) – somatoforme Störungen (16,8 %) – hyperkinetische Störung (16,2 %) – posttraumatische Belastungsstörung (10,0 %) – Verhaltensstörungen (9,8 %) – Lese-Rechtschreib-Störung (8,5 %) [3]
<b>Verlauf</b>	– Dauer einer depressiven Episode: durchschnittlich 8 Monate – bei 50 %: Remission nach einem Jahr – 20–40 %: Rückfall innerhalb der ersten 2 Jahre, bis zu 70 %: Rückfall innerhalb von 5 Jahren

**Tab. 2** Depressive Symptome in den verschiedenen Altersstufen [6].

<b>Säuglingsalter (0–3 Jahre)</b>	Neben Spielunlust und gestörtem Spielverhalten treten häufig Ess- und Schlafprobleme auf. Der Säugling wirkt irritiert und traurig und zeigt eine eingeschränkte Mimik und Gestik.
<b>frühes Kindesalter (3–6 Jahre)</b>	Es treten gehäuft Ess- und Schlafprobleme sowie somatische Beschwerden (z. B. Kopf- und Bauchschmerzen) auf. Die Kinder wirken traurig, introvertiert und neigen zu aggressiven Ausbrüchen. Das Spielverhalten ist eingeschränkt und es besteht ein Mangel an Freude.
<b>spätes Kindesalter (6–12 Jahre)</b>	Verschiedene Sorgen und Ängste stehen im Vordergrund. Die Kinder berichten selbst über eine starke Traurigkeit. Es treten Schulleistungsstörungen und sozialer Rückzug auf. Zu beachten sind in diesem Alter mögliche suizidale Gedanken.
<b>Jugendalter (12–19 Jahre)</b>	Bei Jugendlichen zeigt sich gehäuft selbstverletzendes Verhalten. Sie wirken apathisch, interesselos und leiden unter einem geringen Selbstwertgefühl. In der Folge führt das zu sozialem Rückzug und Leistungsproblemen in der Schule oder im Beruf. Auch bei Jugendlichen besteht die Gefahr suizidaler Handlungen.

- ▶ Antriebslosigkeit
  - ▶ Verlust der Freude und des Interesses
  - ▶ traurige und niedergedrückte Stimmung
- Zusätzlich treten bei Jugendlichen aber auch vermehrt andere Symptome auf, die das Erkennen und Diagnostizieren der Störung in dieser Altersgruppe deutlich erschweren (▶ **Tab. 2**). So sollte z. B. beim Vorliegen von chronischen Schmerzen immer auch eine depressive Störung in Betracht gezogen werden. Erschwert wird die Diagnosestellung durch die bei Jugendlichen häufige Abwehrhaltung gegenüber therapeutischen oder medizinischen Diensten und dadurch, dass viele Jugendliche ihre Erkrankung nicht als solche erkennen [7]. Mit der Dauer der Erkrankung steigt aber die Gefahr einer Chronifizierung und damit auch von möglichen Folgeproblemen, u. a. einer erhöhten Vulnerabilität für psychische Störungen im Erwachsenenalter.

Zur Bewertung des Schweregrads einer Depression bei Jugendlichen ist im Gegensatz zu den Erwachsenen nicht die Anzahl der Symptome ausschlaggebend, sondern es wird das jeweilige Funktionsniveau der Betroffenen herangezogen [8]. Die Symptomatik wird v. a. durch die Exploration des Patienten und seiner Eltern erhoben. Hierbei sollten u. a. die Lebensgeschichte, das erstmalige Auftreten der Symptomatik, mögliche auslösende Faktoren und die Auswirkungen auf den Alltag erfasst werden. Zudem ist eine genaue Erhebung des psychopathologischen Befunds mit Abfrage der Suizidalität unerlässlich.

### Tipp für die Praxis

Bei der Erhebung von Informationen mit einem Kind oder einem Jugendlichen ist sehr auf die Wortwahl und die Art der Fragestellung zu achten: So verneinen viele Jugendliche die Frage nach „Traurigkeit“ und geben eher an, dass sie sich „down“ fühlen.

### Diagnostische Testverfahren

Zur Abklärung depressiver Symptome steht eine Reihe von diagnostischen Testverfahren auch für das Kindes- und Jugendalter zur Verfügung. Neben der Anwendung strukturierter und halbstrukturierter Interviews wie dem „Diagnostischen Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS)“ [9] oder auch projektiven Verfahren (u. a. Wiener Satzergänzungstest nach Rotter, Originalversion [10]) finden in der Praxis v. a. die folgenden störungsspezifischen Selbstbeurteilungsverfahren Anwendung:

- ▶ Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ) [11]
  - ▶ Depressionstest für Kinder (DTK) [12]
  - ▶ Beck-Depressions-Inventar (BDI) [13]
  - ▶ Children's Depression Rating Scale (CDRS) [14]
- Als Fremdbeurteilungsverfahren eignet sich v. a. die Hamilton-Skala (Originalversion [15]). Für eine Diagnosestellung sollten zusätzlich immer fremdanamnestiche Daten der Eltern, der Lehrer und anderer Bezugspersonen der Betroffenen eingeholt werden, um ein vollständiges Bild zu erhalten. Auch Verhaltensbeobachtungen haben sich als relevant in der Diagnostik depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen herausgestellt, wobei v. a. plötzliche Verhaltensänderungen beachtet werden sollten. Zu erwägen ist zudem die Durchführung einer Leistungsdiagnostik mittels üblicher Verfahren (z. B. Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder IV [HAWIK-IV] [16]), um eine möglicherweise symptomauslösende Über- oder Unterforderung in der Schule ausschließen zu können. Bei der Auswertung ist eine Beeinflussung der Testergebnisse durch die depressive Symptomatik zu bedenken. Wichtig ist hier auch die Information



über einen möglichen Leistungsknick des Patienten in der Vorgeschichte.

### Tipp für die Praxis

Es muss damit gerechnet werden, dass Jugendliche bezüglich der Beantwortung der Fragen zur Dissimulation neigen. Daher sind die Testergebnisse immer im Zusammenhang mit dem klinischen Bild zu interpretieren. Unauffällige Testergebnisse schließen das Vorliegen einer Depression nicht aus.

### Differenzialdiagnosen

Das bei der Depression typische Symptom der Konzentrationsschwäche sowie Appetit- und Schlafprobleme treten auch bei anderen psychischen und organischen Erkrankungen gehäuft auf und müssen daher differenzialdiagnostisch abgeklärt werden. Um organische Ursachen der Symptomatik ausschließen zu können, sollte eine Abklärung gemäß den Leitlinien der DGKJPPP [6] durch eine körperlich-neurologische Routineuntersuchung und eine Labordiagnostik erfolgen. Zum Ausschluss anderer psychischer Störungen wird die Durchführung eines diagnostischen Interviews empfohlen. Folgende psychische Störungen zeigen große Ähnlichkeiten zur depressiven Störung:

- ▶ Angststörungen
- ▶ bipolare Störung
- ▶ Störungen des Sozialverhaltens
- ▶ Prodromalstadium einer Schizophrenie
- ▶ Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung
- ▶ Substanzmissbrauch

### Überblick über die wichtigsten organischen Differenzialdiagnosen

- ▶ Hypothyreose
- ▶ Anämie
- ▶ Nebenwirkungen und/oder Erscheinungsbild verschiedener Medikamente (z. B. Stimulanzien, Kontrazeptiva, Kortisonpräparate)
- ▶ Stoffwechselerkrankungen
- ▶ Diabetes mellitus
- ▶ grippale Infekte

**Bipolare Störung.** Eine besondere differenzialdiagnostische Bedeutung kommt der bipolaren Störung zu, da diese bei bis zu 40% der Betroffenen mit einer depressiven Episode beginnt und häufig erstmals im jungen Erwachsenenalter auftritt [17]. Nach einer Studie von Birmaher und Brent [18] haben 20–40% der Jugendlichen nach der ersten depressiven Episode auch manische und/oder hypomanische Episoden. Dies hat Auswirkungen auf das therapeutische Vorgehen. So besteht beim Vorliegen oder dem Verdacht einer bipolaren Störung besondere Vorsicht bei einer pharmakologischen Behandlung, da die anti-

depressive Medikation eine manische Episode begünstigen oder sogar auslösen kann. Im Gegensatz dazu kann Lithium bei Jugendlichen wirksam zur Phasenprophylaxe bei bipolaren Störungen eingesetzt werden. Zur Abklärung einer bipolaren Störung sollten im Gespräch folgende Risikofaktoren beachtet werden:

- ▶ akuter Beginn der depressiven Episode
- ▶ Vorhandensein einer bipolaren Störung innerhalb der Familie

Zudem zeichnen sich depressive Episoden innerhalb einer bipolaren Störung häufig durch eine schwere Ausprägung, psychotische Symptome, eine psychomotorische Verlangsamung und intermittierende hypomanische Symptome aus.

### Tipp für die Praxis

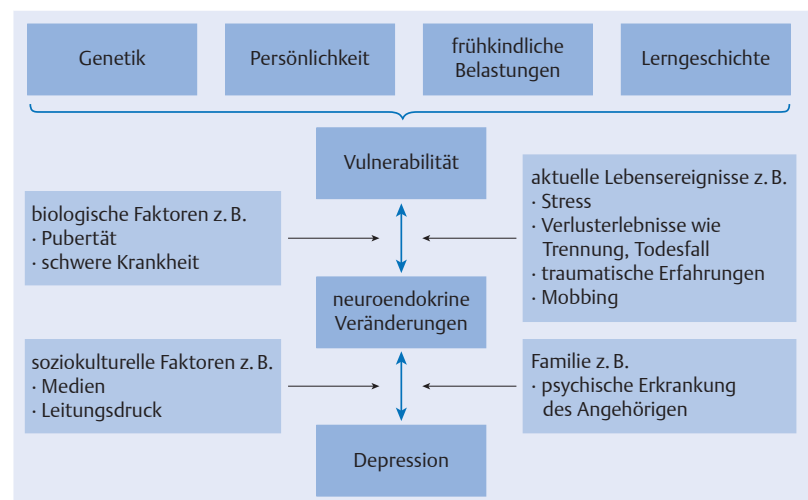
Bei Jugendlichen mit einer bipolaren Störung besteht ein erhöhtes Suizidrisiko!

### Ätiologie

Wie bei den meisten psychischen Störungen ist auch die Entstehung der Depression bei Jugendlichen auf ein Zusammenspiel aus biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren zurückzuführen (► **Abb. 1**). Bei Jugendlichen konnten v. a. folgende mögliche Risikofaktoren für eine bereits in der Pubertät beginnende Depression identifiziert werden:

- ▶ elterliche Vernachlässigung
- ▶ problematische soziale Beziehungen zu Gleichaltrigen
- ▶ familiäre Probleme

Neben psychosozialen Auslösern spielen aber auch genetische und neurobiologische Faktoren eine wichtige Rolle (u. a. [19]).



**Abb. 1** Multifaktorielles Entstehungsmodell depressiver Störungen bei Jugendlichen.

## Prävention



Zur Prävention depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter existiert bereits eine Vielzahl unterschiedlicher Programme, die sowohl universell als auch selektiv und indiziert eingesetzt werden. Besonders häufig finden solche Präventionsprogramme in Gruppen statt und beinhalten dabei v. a. Interventionen aus der kognitiven Verhaltenstherapie. Schulte-Körne und Schiller kommen in ihrer Übersichtsarbeit, in die insgesamt 121 Studien einbezogen wurden, zu dem abschließenden Ergebnis, dass der Einsatz von Präventionsprogrammen bei Jugendlichen im Gegensatz zu einer nicht behandelten Kontrollgruppe zu einer Reduktion der depressiven Symptome führt [20]. Diese Erfolge konnten für alle Programme sowohl kurzfristig als auch in einem Zeitraum von bis zu 9 Monaten gezeigt werden. Nach 12 Monaten scheinen nur noch die selektiven Präventionsprogramme wirksam zu sein. Einschränkend ist jedoch zu sagen, dass die einbezogenen Studien sehr heterogen und auch die erreichten Effektstärken insgesamt als niedrig zu bewerten sind.

### Gruppentherapeutische Ansätze an Schulen

Gilham und Kollegen evaluierten ein gruppentherapeutisches Präventionsprogramm, das von Lehrern an einer Schule durchgeführt wurde [21]. Die Schüler in der Altersgruppe von 10–15 Jahren wurden randomisiert einer von 3 Bedingungen zugeordnet:

- ▶ Teilnahme am Gruppenprogramm
- ▶ Teilnahme am Gruppenprogramm und gleichzeitiges Gruppenprogramm für die Eltern
- ▶ Teilnahme am normalen Unterricht

Insgesamt zeigten die Schüler, die am Präventionsprogramm teilnahmen, sowohl direkt nach dem Programm als auch nach 6 Monaten reduzierte Angst- und Depressionswerte, einen verbesserten Coping-Stil und Veränderungen in den Kognitionen im Vergleich zu den Schülern mit normalem Unterricht. Das zusätzliche Gruppentraining der Eltern ergab keine darüber hinausgehenden Effekte.

Horowitz und Kollegen verglichen in ihrer Studie die Wirksamkeit eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen mit der eines interpersonell-fertigkeitsorientierten Präventionsprogrammes [22]. Dabei zeigten sich beide Programme einer unbe-

handelten Kontrollgruppe gegenüber als überlegen; Unterschiede zwischen den beiden konnten dagegen nicht gefunden werden.

Ein gruppentherapeutisches Präventionsprogramm in der Schule ist wirksam zur Reduktion von Angst- und Depressionswerten.

In einer groß angelegten Studie evaluierten Pössel, Adelson und Hautzinger das als Manual vorliegende, gruppentherapeutische Präventionsprogramm LARS & LISA, das 2004 in Deutschland erarbeitet wurde [23]. Das Programm umfasst 10 Sitzungen zu je 90 Minuten und wird an Schulen durch ausgebildete Therapeuten durchgeführt (▶ Tab. 3). Es zeigte sich, dass depressive Symptome bei Mädchen in den ersten 6 Monaten nach Ende des Trainings abnahmen und dann in den folgenden Monaten stabil blieben, während bei Jungen keine positiven Effekte nachgewiesen werden konnten. Eine schlüssige Erklärung dieser Geschlechterunterschiede konnte derzeit noch nicht gefunden werden; die Differenzen sind jedoch nicht alleine durch kognitive oder soziale Unterschiede zu erklären.

Im Gegensatz dazu fanden Stallard und Kollegen bei ihrer Evaluation eines präventiven Gruppenprogrammes an Schulen keine Unterschiede in den Depressionswerten von Kindern mit einem hohen Depressionsrisiko zwischen der Experimentalgruppe (Teilnahme am Gruppentraining) und den Kontrollgruppen (Training zur Aufmerksamkeitskontrolle oder Teilnahme am normalen Unterricht) [24].

**Kritische Zusammenfassung.** Trotz der hohen Relevanz von Präventionsarbeit zur Vermeidung depressiver Störungen bei Jugendlichen ist die Studienlage über die Wirksamkeit derzeit noch sehr heterogen und zu viele Studien weisen methodologische Mängel auf [26]. Trotzdem zeigen einige placebokontrollierte Studien gute Effekte in der Reduktion von depressiven Symptomen nach der Teilnahme an kognitiv-verhaltenstherapeutischen und interpersonellen Präventionsprogrammen, sodass weitere wissenschaftliche Untersuchungen auf diesem Gebiet wünschenswert sind. Auch die Persistenz der Ergebnisse spricht für einen über den Einsatz von Placebos hinausgehenden positiven Effekt [27]. Nach Merry sollte der Fokus in der nächsten Zeit v. a. darauf gelegt werden, dass nicht mehr depressive Symptome, sondern depressive Episoden als relevantes Outcome-Maß herangezogen werden und dass ein genaueres Augenmerk auf die eigentlich wirksamen Interventionen gelegt wird [26].

Tab. 3 Präventionsprogramm LARS & LISA [25].

Aufbau	Inhalte der Sitzungen
kognitive Sitzungen (5 Stunden)	Zusammenhang zwischen Kognitionen, Emotionen und Verhalten Identifizierung und Modifikation negativer Gedanken
soziale Sitzungen (4 Stunden)	Selbstbehauptungstraining Training sozialer Kompetenzen
motivationale Sitzung (1 Stunde)	individuelle Zielsetzung und Zielerreichung

### Fazit für die Praxis

Sowohl universelle und selektive als auch indizierte Präventionsprogramme zeigen in einigen Studien eine deutliche Reduktion depressiver Symptome. Je früher die Problematik erkannt wird, desto besser sind die Heilungschancen einzuschätzen.

### Psychotherapie

Psychotherapie gilt nach einer Studie von Caporino und Karver als die von Jugendlichen am besten akzeptierte Therapieform, wobei die Art der therapeutischen Intervention von der aktuellen sozialen Situation und den möglichen Auslösebedingungen abhängig ist [28]. Auch gemäß den Leitlinien der DGKJP [1] stellen psychotherapeutische Interventionen die Therapie der 1. Wahl dar und sollten nur dann mit einer pharmakologischen Behandlung kombiniert werden, wenn

- ▶ die Jugendlichen nicht oder zu wenig auf die durchgeführten Interventionen reagieren,
- ▶ schwere depressive Störungen und/oder komorbide Störungen vorliegen, die den Therapieverlauf negativ beeinflussen oder
- ▶ es aufgrund mangelnder Therapieplätze zu einer Wartezeit kommt.

Gute Erfolge der Psychotherapie werden v. a. bei Jugendlichen mit leichten bis mittelschweren Verläufen erzielt.

Die Behandlung erfolgt – wenn möglich – in einem ambulanten Setting, um die Auswirkungen auf das soziale Leben der Jugendlichen möglichst gering zu halten. Neben der Schwere der Depression und dem Vorliegen komorbider Störungen sollten weitere Faktoren bei einer Entscheidung für eine stationäre Therapie berücksichtigt werden.

### Kriterien für die Aufnahme einer stationären Therapie

- ▶ Vorliegen von Suizidideen oder suizidalen Tendenzen
- ▶ schwierige familiäre Verhältnisse (z. B. Missbrauch, Misshandlung, Konflikte)
- ▶ Schulschwierigkeiten oder schwerwiegende Probleme im sozialen Kontakt mit Gleichaltrigen
- ▶ erfolglose ambulante Psychotherapie

### Tipp für die Praxis

Notwendige teilstationäre oder stationäre Therapien sollten gemäß den Leitlinien [1] frühzeitig erfolgen und bedürfen immer eines Gesprächs mit den Betroffenen und den Eltern.

**Vorgehen.** Das Vorgehen in der Therapie muss immer vom jeweiligen Schweregrad der depressiven Episode und dem vorliegenden psychosozialen Funktionsniveau anhängig gemacht werden: Bei leichten Depressionen können in einem ersten Schritt kurze Beratungen und Psychoedukation eingesetzt werden, während bei einer mittelgradigen Depression immer der Beginn einer Psychotherapie empfohlen wird. Diese sollte bei schweren Depressionen durch eine pharmakologische Behandlung ergänzt werden (s. o.).

Die höchste Effektivität psychotherapeutischer Verfahren konnte bisher bei Studien mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen erreicht werden.

Im Gegensatz zu der nachgewiesenen Wirksamkeit von einzel- und gruppentherapeutischen Verfahren ist die Effektivität eines Einbezugs der Eltern in die Therapie noch immer nicht eindeutig geklärt. Gemäß den Leitlinien [6] sollten die Eltern zu Beginn der Therapie zur Vervollständigung der Anamnese herangezogen werden, v. a. um mögliche Dispositionen, familiäre Belastungen und die aktuelle Befindlichkeit des Jugendlichen abzuklären. Inwieweit Eltern auch den Verlauf der Therapie positiv beeinflussen können, ist unklar.

### Tipp für die Praxis

Neben dem Schweregrad der Störung findet in der Wahl der geeigneten Therapie auch immer das Alter und der jeweilige Entwicklungsstand der Betroffenen Berücksichtigung: Jugendliche profitieren neben einer Kognitiven Verhaltenstherapie auch von einer interpersonellen Einzeltherapie.

### Kognitive Verhaltenstherapie

Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) gilt gemäß den Leitlinien der DGKJP [1] als Therapie erster Wahl; ihre Wirksamkeit wird durch die Ergebnisse vieler Studien bewiesen (Übersicht [29]). Vor allem in der Akutphase zeigt sich diese Therapieform gegenüber Wartelistenkontrollgruppen und auch anderen Psychotherapien überlegen [30]. Für die Wirksamkeit im Langzeitverlauf liegen derzeit jedoch noch keine eindeutigen Beweise vor: Erford und Kollegen zeigten in ihrer Metaanalyse anhaltende Effekte bis



**Tab. 4** MICHI – Aufbau und Inhalte des gruppentherapeutischen Programmes.

Sitzungen	Inhalte
1. Mehr Wissen über meine Depression	– Kennenlernen der Gruppe – Psychoedukation
2. Die Sache mit den Gefühlen	– individuelle Ressourcen und Stärken – Ursachen von Depressionen
3. Ich kann meine Gefühle beeinflussen	– Selbstwert – Umgang mit Gefühlen
4. Ich kann Gedanken verändern	– Gedanken kontrollieren und verändern lernen – Umgang mit Krisen
5. Gesund bleiben mit Unterstützung anderer	– Einbezug von Vertrauenspersonen: Psychoedukation, Probleme lösen, Austausch fördern
6. Auffrischungssitzung (nach 5 Wochen)	– Unterstützung bei der praktischen Umsetzung der Inhalte aus den ersten 5 Sitzungen

**Tab. 5** Übersicht über Therapieverfahren bei Jugendlichen mit Depressionen und deren Evidenzgrad gemäß den Leitlinien der DGKJP [1].

Therapie <sup>1</sup>	Therapeutisches Vorgehen	Evidenz <sup>2</sup>
KVT	kognitive Techniken (Methoden der kognitiven Umstrukturierung, Selbstinstruktionstraining, Problemlösetraining, Selbstmanagement) familienbezogene Techniken (Kommunikationstraining, Elternt raining) verhaltensorientierte Techniken (Aktivitätsaufbau, Selbst- und Fremdverstärkung, soziales Kompetenztraining) emotionsbezogene Techniken (Training der Emotionserkennung, Ärgerkontrolltraining, Entspannungsverfahren) [6]	I
IPT	kurzes, pragmatisches und alltagsnahes Vorgehen als Kombination zwischen psychoanalytischen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzepten Bausteine: Umgang mit pathologischer Trauer Reduktion interpersoneller Konflikte und Defizite Umgang mit Rollenwechseln [37]	II
FAM	Bearbeitung von Defiziten und Dysfunktionen in der familiären Kommunikation und von Beziehungskonflikten Ziele: Wiederherstellung einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung innerhalb der Familie Stärkung der Eltern in ihrem Erziehungsverhalten Einsatz v. a. bei jüngeren Kindern und Familien, die das Auftreten der depressiven Störung des Jugendlichen als familiäres Problem definieren [38]	III – IV
TP	Bearbeitung der zugrunde liegenden Konflikte und problematischen Objektbeziehungen in einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung Einsatz von kunst- und spieltherapeutischen Elementen	III – IV

<sup>1</sup> KVT: Kognitive Verhaltenstherapie; IPT: Interpersonale Psychotherapie; FAM: Familientherapie; TP: tiefenpsychologisch orientierte Therapie

<sup>2</sup> Evidenzklassen:

I: Evidenz durch wenigstens eine Metaanalyse auf Basis methodisch hochwertiger, randomisierter kontrollierter Studien; II: Evidenz von mindestens einer gut angelegten (hochwertigen), jedoch nicht randomisierten und kontrollierten Studie; III: Evidenz aufgrund gut angelegter (methodisch hochwertiger), nichtexperimenteller deskriptiver Studien wie etwa Vergleichsstudien, Korrelationsstudien oder Fall-Kontroll-Studien; IV: Evidenz aufgrund der Berichte von Expertenausschüssen oder Expertenmeinungen bzw. klinischer Erfahrung (Meinungen und Überzeugungen) anerkannter Autoritäten; beschreibende Studien; V: Fallserie oder eine/mehrere Expertenmeinungen.



zu 24 Monate; nach einem längeren Zeitraum konnten dagegen kaum noch positive Effekte nachgewiesen werden [31].

Neben dem Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung sollte der Fokus in der Behandlung von Jugendlichen v. a. auf kognitiven Techniken liegen.

Neben einer einzeltherapeutischen Behandlung zeigen sich auch gruppentherapeutische Ansätze in der Therapie von Jugendlichen als effektive Methode. Ein von Abel evaluiertes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppentherapieprogramm zeigte bei den 12- bis 18-jährigen Teilnehmern eine deutliche Reduktion der depressiven Symptomatik sowohl in der Selbstbeurteilung der Betroffenen als auch in der Einschätzung der Eltern [32]. Ströber und Kollegen entwickelten ein spezielles kognitiv-behaviorales Gruppentherapieprogramm (MICHI – Manualized Intervention to Cope with depressive symptoms, Help to strengthen resources and Improve emotion regulation) zur Behandlung von depressiven Jugendlichen, dessen Wirksamkeit in einer randomisierten kontrollierten Studie nachgewiesen werden konnte [33][34]. Das Therapieprogramm kann sowohl stationär als auch ambulant eingesetzt werden und umfasst insgesamt 6 Sitzungen zu je 75 Minuten (► Tab. 4), wobei die Inhalte altersentsprechend vermittelt werden.

### Andere psychotherapeutische Verfahren

Eine Übersicht über die verschiedenen Therapieverfahren ist in ► Tab. 5 dargestellt.

**Interpersonale Psychotherapie.** Neben der KVT konnte in Studien auch eine Effektivität der Interpersonalen Psychotherapie (IPT) in der Akutbehandlung von Depressionen bei Jugendlichen gezeigt werden: Mufson und Kollegen wiesen nach einer 12-wöchigen interpersonellen Therapie eine Reduktion der depressiven Symptome und eine Steigerung der sozialen Leistungsfähigkeit sowie der Problemlösefertigkeiten nach [35]. Auch Curry fand in 2 Studien eine Überlegenheit der IPT gegenüber einer Wartelistenkontrollgruppe und einer 2-stündigen Beratung [30].

**Familientherapie.** Die Familientherapie konnte bisher noch keine überzeugenden Nachweise ihrer Wirksamkeit erbringen. Auch die Ergänzung familientherapeutischer Interventionen zu einer KVT scheint nicht zu einem besseren Ergebnis zu führen [1].

**Tiefenpsychologische Verfahren.** Zum Einsatz tiefenpsychologischer oder psychoanalytischer Interventionen liegen derzeit noch keine methodisch hochwertigen und kontrollierten Studien vor, sodass bislang keine Aussagen zur Wirksamkeit möglich sind.

**Lichttherapie.** Einzelne Studien zeigen positive Effekte in der Reduktion von saisonalen Depressionen durch die Behandlung mit Lichttherapie [36], wobei die Ergebnisse aufgrund der geringen Datenlage mit Vorsicht zu interpretieren sind.

## Computerisierte Selbsthilfeprogramme

Trotz der Schwere der Erkrankung und den belastenden psychosozialen Auswirkungen haben viele Jugendliche Probleme, sich auf eine konventionelle Psychotherapie einzulassen oder sich überhaupt Hilfe und Unterstützung zu suchen. Daher werden immer häufiger computerisierte Selbsthilfeprogramme auch für Jugendliche entwickelt. Diese haben sich schon in der Behandlung von depressiven Erwachsenen als wirksam erwiesen [39]. Vorteile der computerisierten Programme sind neben der guten Verfügbarkeit auch die zeitliche und räumliche Flexibilität in der Nutzung und die im Vergleich zur Psychotherapie niedrigeren Kosten. Die Wirksamkeitsnachweise von computerisierten Verfahren sind allerdings derzeit noch sehr heterogen und daher können diese Programme nicht als möglicher Ersatz einer herkömmlichen Psychotherapie angesehen werden.

• **Tab. 6** stellt 2 evaluierte Therapieprogramme vor:

- ▶ SPARX
- ▶ PST

## Kombinationstherapie

Gemäß den Leitlinien der DGKJP ist beim Vorliegen einer schweren depressiven Episode eine Kombination aus psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Therapie indiziert [1]. Trotz dieser Empfehlungen ist die Studienlage zur Wirksamkeit der Kombinationsbehandlung noch sehr heterogen: Die groß angelegte Treatment-of-Adolescent-with-Depression-Study kam zu dem Ergebnis, dass eine Kombination aus KVT und dem selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) Fluoxetin zwar zu einer schnelleren Abnahme der depressiven Symptome führte; am Ende der Behandlung bestanden aber keine Vorteile gegenüber einer pharmakologischen Monotherapie [41]. Cox und Kollegen zeigten in ihrer umfassenden Metaanalyse ein ähnliches Bild [42]: In den meisten Studien wurden keine Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen Psychotherapie, Psychopharmakotherapie und einer Kombinationsbehandlung gefunden. Nur 2 Studien mit 220 Teilnehmern wiesen auf eine Überlegenheit der pharmakologischen Monotherapie hin, die sich v. a. in den Remissionsraten nach Behandlungsende zeigte. Drei Studien zeigten eine höhere Effektivität einer Kombinationsbehandlung gegenüber einer Psychopharmakotherapie; gegenüber einer alleinigen Psychotherapie konnte keine Studie eine Überlegenheit nachweisen. Nach Curry und Kollegen wirkt die Kombinationsbehandlung v. a. bei leichten und mittelgradigen Depressionen, wohingegen bei schweren Depressionen eine medikamentöse Therapie überlegen ist [43].

**Tab. 6** Computerisierte Selbsthilfeprogramme.

Programm <sup>1</sup>	Inhalte	Wirksamkeit
SPARX [26]	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm mit 7 Modulen</li> <li>– Aufbau als interaktives Computerspiel, in dem die Betroffenen sowohl als eigene Person in Kontakt mit einem Experten treten als auch als Spielfigur Aufgaben lösen müssen</li> </ul>	Reduktion der Depressionswerte und höhere Remissionsrate im Vergleich zu „Treatment as usual“ bei schwereren Depressionen [1]
PST [40]	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kognitiv-verhaltenstherapeutisches Problemlösetraining über 5 Wochen</li> <li>– Ablauf: Teilnehmer erhalten per E-Mail eine Wochenaufgabe und bekommen im Anschluss Feedback eines Experten</li> </ul>	keine Überlegenheit der PST gegenüber einer Wartelistenkontrollgruppe

<sup>1</sup> SPARX: Smart, Positive, Active, Realistic, X-factor Thoughts; PST: Problem Solving Therapy.

### Tipp für die Praxis

Laut den Leitlinien der DGKJP ist die Psychotherapie in der Behandlung depressiver Störungen die Therapie der Wahl [1]. Bei schweren Verläufen empfiehlt sich eine begleitende pharmakologische Behandlung.

## Psychopharmakotherapie

Der Einsatz von Psychopharmaka stellt in der Behandlung v. a. von schweren Depressionen bei Kindern und Jugendlichen eine mögliche Therapieoption dar. Eine Metaanalyse von Hetrick und Kollegen zeigte eine Überlegenheit von Antidepressiva gegenüber Placebo, auch wenn die erreichten Effektstärken als niedrig einzuschätzen sind [44]. Sowohl die deutschen [28] als auch die amerikanischen [45] und britischen [46] Leitlinien der Fachgesellschaften empfehlen den Einsatz einer antidepressiven Medikation immer in Ergänzung zu einer Psychotherapie, bzw. wenn eine anfängliche Psychotherapie nicht zu einer Verbesserung der depressiven Symptomatik führte. Nach Plener, Fegert und Kölch [47] hat sich in Deutschland nach der Debatte um die Gefahren einer antidepressiven Medikation bei Jugendlichen die Versorgungslage auf diesem Gebiet deutlich verbessert, auch wenn immer noch nicht alle Kinder und Jugendliche die nach aktuellem Wissensstand bestmögliche Behandlung bekommen [2]. So erhalten nach einer Auswertung der Versichertenstände aus dem Jahr 2009 noch immer 17,9% der Jugendlichen eine Behandlung mit einem trizyklischen Antidepressivum und 8,5% werden mit Johanniskraut behandelt. Trotzdem ist die Zahl der eingesetzten SSRI in den Jahren zwischen 2000 und 2009 von 15% auf 55,6% gestiegen [48].



Fluoxetin ist das einzige in Europa zugelassene antidepressive Medikament für Kinder ab 8 Jahren und wird bei mittelgradigen und schweren depressiven Störungen empfohlen [6].

Die Mehrzahl der antidepressiven Medikation bei Kindern und Jugendlichen erfolgt im Rahmen der Off-Label-Verordnung, worüber sowohl die Betroffenen als auch die Eltern ausführlich aufgeklärt werden müssen.

#### Tipp für die Praxis

Vor dem Beginn einer pharmakologischen Behandlung sollten eine Labordiagnostik sowie ein Elektrokardiogramm erfolgen.

#### Tipp für die Praxis

Bei Kindern und Jugendlichen werden depressive Episoden häufig reaktiv ausgelöst, sodass unter diesen Bedingungen auch schwere Verläufe besser auf eine Psychotherapie ansprechen als bei Erwachsenen. So zeigten Goodyer und Kollegen in ihrer Studie, dass 21 % der Jugendlichen auch mit mittelgradigen und schweren Depressionen von einer alleinigen psychotherapeutischen Behandlung profitierten [49].

### Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

Nach aktuellem Stand der Forschung sind Fluoxetin [50], Citalopram [51] und Sertralin [52] derzeit die einzigen SSRI, die in verschiedenen, placebo-kontrollierten Studien bei Depression im Jugendalter ihre Überlegenheit beweisen konnten und auch das niedrigste relative Suizidrisiko aufweisen [53].

#### Tipp für die Praxis

Fluoxetin kann bei Jugendlichen in einer Dosis von 20 mg/d eingesetzt werden. Aufgrund der hohen Halbwertszeit von ca. 46 Stunden (aktiver Metabolit noch länger) ist eine Einmalgabe pro Tag zu empfehlen.

Weniger eindeutig ist die Datenlage in Bezug auf Paroxetin, zu dem bisher keine methodisch hochwertigen, kontrollierten Wirksamkeitsnachweise bei Jugendlichen vorliegen [54].

**Ansprechraten.** Insgesamt wird bei Kindern und Jugendlichen von einer Responserate auf Antidepressiva zwischen 40 und 70 % ausgegangen. Bei einem Nichtansprechen kann ein Wechsel auf ein anderes SSRI erwogen werden, da sich diese in ihrer Wirkungsweise und auch dem Nebenwirkungsprofil unterscheiden; diese Empfehlung stützt sich aber (wie auch bei Erwachsenen)

nicht auf Studien. Nach einer Remission der depressiven Symptomatik empfiehlt sich die Weitergabe über 6 Monate, sodass einem möglichen Rückfall vorgebeugt werden kann.

**Therapieresistenz.** Beim Vorliegen von therapieresistenten Depressionen wurden in der TORDIA-Studie (TORDIA: Treatment of resistant Depression in Adolescents) Versuche unternommen, eine pharmakologische Monotherapie entweder durch die Aufnahme einer KVT oder durch die zusätzliche Einnahme von Venlafaxin zu ergänzen [55]. Es zeigten sich daraufhin keine Verbesserungen gegenüber der Einnahme eines einzelnen Antidepressivums; im Gegensatz dazu nahmen unter einer gleichzeitigen Einnahme eines SSRI mit Venlafaxin die unerwünschten Nebenwirkungen und auch die Suizidideen zu. Im Unterschied zu Erwachsenen liegen sonst für das Kindes- und Jugendalter nur wenige Studien zu einer medikamentösen Augmentation vor: Erste Untersuchungen zeigen aber eine mögliche Verbesserung der Wirksamkeit von SSRI bei therapieresistenter Depression durch Bupropion [56] und dem atypischen Neuroleptikum Quetiapin [57].

### Andere Psychopharmaka

**Trizyklische Antidepressiva.** Trotz der nachgewiesenen Wirksamkeit der SSRI werden in der Praxis Kinder und Jugendliche auch heute immer wieder mit anderen Substanzklassen behandelt. Am häufigsten ist dabei die Verschreibung von trizyklischen Antidepressiva (TZA): Die Ergebnisse einer Metaanalyse von Hazell und Kollegen ergaben jedoch nur eine moderate Wirkung der TZA in der Behandlung von Jugendlichen [58]. Auch die Leitlinien der DGKJP weisen darauf hin, dass TZA in bisherigen Studien keine Überlegenheit gegenüber Placebo aufwiesen und daher in der Behandlung dieser Altersgruppe nicht zu empfehlen sind [1].

**SNRI.** Zur Wirksamkeit von selektiven Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern (SNRI) liegen derzeit noch wenige Studien vor: Zwei Studien untersuchten die Wirksamkeit von Venlafaxin und konnten keine Überlegenheit gegenüber Placebo nachweisen [59, 60]. Das SNRI Duloxetin zeigte in einer Studie von Prakash und Kollegen eine gute Toleranz bei Kindern und Jugendlichen, es traten aber verstärkt kardiale Nebenwirkungen auf und die Wirksamkeit gegenüber Placebo wurde nicht untersucht [61].

**Johanniskraut.** Das pflanzliche Arzneimittel Johanniskraut (Hypericum-Extrakt) wird in Deutschland neben SSRI und TZA bei Kindern und Jugendlichen am häufigsten zur Behandlung von Depressionen eingesetzt, auch wenn notwendige kontrollierte Wirksamkeitsnachweise bisher noch fehlen [54]. Trotzdem ist das Präparat bei Kindern ab 12 Jahren zugelassen.

Eine ergänzende Übersicht zu den psychopharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten gibt

• **Tab. 7.**





Substanzklasse	Nebenwirkungen	Empfehlung	Evidenzgrad <sup>1</sup>
SSRI	Müdigkeit, Schlafprobleme, Erbrechen, sexuelle Dysfunktion	– Substanz der 1. Wahl (v. a. Fluoxetin) – SSRI können in der Anfangsphase suizidale Gedanken verstärken!	I
TZA	kardiale Probleme, Mundtrockenheit, Tremor, Schwindel, Zittern	– keine Effekte bei Kindern; bei Jugendlichen moderate Effekte – Nachteil: geringe therapeutische Breite	keine Wirksamkeit: I
MAO-Hemmer (Monoaminoxidasehemmer)	Bewegungsstörungen, Schwindel, Unruhe, Blutdruckkrisen, Kopfschmerzen	– große Vorsicht wegen starken Nebenwirkungen und Erhöhung der Suizidalität	keine Wirksamkeit: III
Phasenprophylaxe (Lithium; Carbamazepin)	u. a. vermehrtes Durstgefühl/Wasserlassen, Müdigkeit, Zittern, Gewichtszunahme	– Einsatz bei schweren rezidivierenden Verläufen möglich – wirksam zur Phasenprophylaxe bei bipolaren Störungen	IV – V
Johanniskraut	Fotosensibilisierung, Induktion von Zytochrom CYP3A4	– bei leichten bis mittelgradigen Depressionen einsetzbar – gute Verträglichkeit	IV

<sup>1</sup> Evidenzklassen:

I: Evidenz durch wenigstens eine Metaanalyse auf Basis methodisch hochwertiger, randomisierter kontrollierter Studien; II: Evidenz von mindestens einer gut angelegten (hochwertigen), jedoch nicht randomisierten und kontrollierten Studie; III: Evidenz aufgrund gut angelegter (methodisch hochwertiger), nichtexperimenteller deskriptiver Studien wie etwa Vergleichsstudien, Korrelationsstudien oder Fall-Kontroll-Studien; IV: Evidenz aufgrund der Berichte von Expertenausschüssen oder Expertenmeinungen bzw. klinischer Erfahrung (Meinungen und Überzeugungen) anerkannter Autoritäten; beschreibende Studien; V: Fallserie oder eine/mehrere Expertenmeinungen.

## Nicht-pharmakologische somatische Verfahren bei therapieresistenten Depressionen



In der Behandlung von Depressionen bei Jugendlichen, v. a. bei schweren Formen oder bei einer Therapieresistenz, wird neben dem Einsatz von psychotherapeutischen und pharmakologischen Therapien auch der Einsatz und die Wirksamkeit anderer somatischer Verfahren diskutiert.

**Elektrokrampftherapie.** Die Elektrokrampftherapie (EKT) basiert auf durch Strom unter Kurznarkose ausgelöste Krampfanfälle. [62]. Während dieses invasive Verfahren bei Erwachsenen seit Langem als wirksam in der Behandlung therapieresistenter Depressionen etabliert ist [63], liegen aufgrund der Schwere des Eingriffs und der möglichen unerwünschten Nebenwirkungen (u. a. Kopf- und Muskelschmerzen, Ausfälle des Kurzzeitgedächtnisses) nur wenige Studien mit Jugendlichen vor. Strober und Kollegen zeigten jedoch auch bei Jugendlichen mit therapieresistenter Depression Verbesserungen in der depressiven Symptomatik [64]. Gemäß den Leitlinien der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) [65] kann eine Behandlung mit EKT nach 2 oder mehr fehlgeschlagenen pharmakologischen Versuchen auch bei Jugendlichen angedacht werden, wobei immer die Zustimmung sowohl der Betroffenen als auch der Eltern eingeholt werden muss.

**Repetitive transkranielle Magnetstimulation.** Als weiteres nichtpharmakologisches somatisches Verfahren wurde, ebenso wie bei Erwachsenen [66],

die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) eingesetzt. In der bisher größten Studie mit Jugendlichen zeigten Bloch und Kollegen bei 3 von 9 der jungen Patienten eine Verbesserung um mindestens 30% in der Schwere der depressiven Symptomatik, wobei auch hier unerwünschte Nebenwirkungen auftraten (u. a. Kopfschmerzen, manische Episoden) [67]. Da noch zu wenige Wirksamkeitsnachweise bei Jugendlichen vorliegen, kann das Verfahren nicht empfohlen werden.

## Suizidalität



Die schwerwiegendste Komplikation einer depressiven Störung bei Jugendlichen ist das Auftreten suizidaler Tendenzen. Nach Angaben der AACAP berichten bis zu 60% der depressiven Jugendlichen von suizidalen Gedanken und ca. 30% haben bereits einen oder mehrere Suizidversuche unternommen [44]. Die größte Gefährdung für Suizide weisen Betroffene im mittleren Jugendalter auf, was mit ihrer kognitiven und emotionalen Entwicklungsstufe zusammenhängt. Jugendliche in diesem Alter leiden sehr häufig unter starker Hoffnungslosigkeit, die einen bedeutenden Risikofaktor für suizidales Verhalten darstellt. Beim Vorliegen einer akuten Suizidgefahr ist in jedem Fall eine stationäre Therapie einzuleiten [1]. In der Praxis sollten mögliche suizidale Gedanken gleich im 1. Gespräch exploriert werden, wobei das Hauptaugenmerk des Untersuchers auf den subjektiven Leidensdruck, die Schwingungsfähigkeit und eine mögliche Agitiert-

Tab. 7 Übersicht zur psychopharmakologischen Behandlung von Depressionen bei Jugendlichen.



**Tab. 8** Erkennen suizidaler Tendenzen bei Jugendlichen (nach [69]).

Psychopathologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– starke Grübelneigung</li> <li>– Hoffnungslosigkeit</li> <li>– psychotische Symptome</li> <li>– psychomotorische Unruhe/Agitiertheit</li> <li>– plötzliche Stimmungsänderungen</li> <li>– schwere Depressionssymptome</li> </ul>
Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> <li>– starke Beschäftigung mit dem Thema Tod</li> <li>– Substanzmissbrauch</li> <li>– Verwahrlosungstendenzen</li> <li>– Vernachlässigung von Pflichten</li> <li>– Regeln von privaten Angelegenheiten</li> <li>– untypische Verhaltensveränderungen</li> </ul>
Interaktion	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Abschied nehmen von Angehörigen und Freunden</li> <li>– sozialer Rückzug</li> <li>– Verschenken wichtiger Gegenstände</li> </ul>

heit zu legen ist. Als protektive Faktoren sehen Grube, von Klitzing und Kroll [68]

- ▶ eine gute soziale Einbindung und tragfähige Beziehungen zu mindestens einer Bezugsperson,
- ▶ eine vorhandene Absprachefähigkeit,
- ▶ das Vorliegen von Zukunftsplänen und
- ▶ einen guten Zugang zu den eigenen Emotionen.

Neben einem Gespräch mit den Betroffenen und den Eltern können mögliche suizidale Tendenzen auch aus der Interaktion mit dem Jugendlichen oder seinem Verhalten geschlossen werden (◉ **Tab. 8**).

#### Risikofaktoren für suizidales Verhalten

- ▶ Suizidversuche in der Vorgeschichte
- ▶ aggressives und/oder impulsives Verhalten
- ▶ Traumatisierungen (sexueller Missbrauch, Gewalt)
- ▶ Auftreten akuter Stressoren (soziale Isolation, Konflikte)
- ▶ Zugang zu Waffen
- ▶ komorbide psychische Störungen (z. B. Störungen des Sozialverhaltens, emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, Substanzmissbrauch)
- ▶ Suizide oder Suizidversuche innerhalb der Familie
- ▶ konkrete Suizidplanung (z. B. Abschiedsbriefe)

**Erhöhen Psychopharmaka die Suizidalität bei Jugendlichen?** Neben den psychosozialen Risikofaktoren gibt es Hinweise, dass auch die Einnahme bestimmter antidepressiver Medikamente die Suizidalität von Jugendlichen erhöhen kann. In den letzten Jahren wurde v. a. nach einer psychopharmakologischen Therapie mit SSRI ein Anstieg der suizidalen Gedanken beobachtet, was die Gabe von Antidepressiva bei Jugendlichen immer wieder infrage stellte. 2004 sprach die amerikanische Zulassungsbehörde FDA sogar eine sog. Black-Box-Warnung aus, was in den Folgejahren zu einer Reduktion der Verschreibungen von

SSRI an Jugendliche führte. Hammad, Laughren und Racoosin zeigten in ihrer Übersichtsarbeit eine Steigerung des Suizidrisikos bei Jugendlichen nach der Einnahme von Antidepressiva um durchschnittlich 1,66; der geringste Anstieg wurde nach einer Behandlung mit Fluoxetin verzeichnet (1,53) [70]. Gegenüber Placebo stieg die Suizidgefahr um das Doppelte (2% nach Einnahme eines Placebos vs. 4% nach Einnahme von Antidepressiva). Gibbons und Kollegen fanden in ihrer aktuellen Metaanalyse dagegen keinen Anstieg der Suizidalität nach der Einnahme von Fluoxetin und Venlafaxin bei Jugendlichen; bei Erwachsenen führte die Einnahme sogar zu einer Reduktion der suizidalen Tendenzen [71]. Eine Erklärung für diese Ergebnisse ist in einer Altersabhängigkeit von Suizidalität zu suchen: Das Risiko für das Auftreten von suizidalen Gedanken und Verhaltensweisen ist bei jungen Erwachsenen bis 18 Jahren gegenüber Älteren deutlich erhöht [47], wobei v. a. die ersten 4 Wochen ab Behandlungsbeginn ein besonders hohes Risiko bergen.

Zusammenfassend weisen neuere Studien darauf hin, dass auch bei Jugendlichen ohne eine psychopharmakologische Behandlung ein vergleichbar hohes Suizidrisiko vorliegt, sodass gerade in der ersten Zeit eine engmaschige Begleitung der Jugendlichen unabhängig von der Art der Behandlung sinnvoll ist.

#### Tipp für die Praxis

Neben einer medikamentösen Therapie und einer Betreuung durch einen Kinder- und Jugendpsychiater sollte immer eine psychotherapeutische Behandlung erfolgen, die zu einer Senkung der suizidalen Tendenzen beitragen kann [72].

#### Tipp für die Praxis

Durch die Einnahme von SSRI wird bei Kindern und Jugendlichen, anders als bei Erwachsenen, häufiger eine vermehrte Aktivierung ausgelöst (Behavioral Toxicity), die Auswirkungen auf suizidale Gedanken und Verhalten haben kann. Daher sollte besonders in der Anfangsphase der Medikamentengabe (ca. 4 Wochen) eine engmaschige therapeutische Betreuung der Patienten mit Erfragen suizidaler Gedanken und Tendenzen erfolgen.

#### Neue Entwicklungen in der Therapie depressiver Störungen bei Jugendlichen

In der Therapie depressiver Störungen bei Erwachsenen nahm in den letzten 10–15 Jahren v. a. die Forschung innerhalb der sog. 3. Welle der Verhaltenstherapie zu und es zeigten sich damit gute Behandlungserfolge. Zu den effektiven neuen Therapieansätzen bei Erwachsenen zählen v. a. die



- ▶ achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT) [73]
- ▶ emotionsfokussierte Therapie [74]
- ▶ Mindfulness-Based-Stress-Reduction [75]
- ▶ Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) [76]
- ▶ dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) [77]

In Bezug auf die Effektivität der oben genannten Verfahren bei Jugendlichen steht die Forschung derzeit noch am Anfang; es gibt aber erste Hinweise auf eine Wirksamkeit auch in dieser Altersgruppe [78]. Neben den genannten Verfahren ist aktuell auch eine Übersichtsarbeit zum Einsatz der Schematherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen in Vorbereitung [79].

**ACT.** Hayes, Bach und Boyd untersuchten in einer Pilotstudie mit 30 depressiven Jugendlichen die Wirksamkeit der ACT in einem ambulanten Setting [80]. Es zeigte sich eine deutliche Überlegenheit dieses Verfahrens gegenüber der normalen Therapie, die auch bei einem Follow-up nach 3 Monaten noch nachgewiesen werden konnte. Ziel der ACT in der Behandlung von Jugendlichen ist es, diese in ihrer Gesamtheit wahrzunehmen und mit Einbezug biografischer und situativer Informationen ein Verständnis und eine Veränderung herbeizuführen. Ziel ist nicht die Veränderung der Inhalte von Kognitionen, sondern die Jugendlichen sollen lernen, ihre depressiven Gedanken als solche zu erkennen und diese anzunehmen, während sie im Hier und Jetzt an ihren Zielen arbeiten. Dazu nutzt die ACT neben verhaltenstherapeutischen Techniken v. a. achtsamkeitsbasierte Interventionen und Interventionen zur Werteklä rung.

#### Zentrale Prozesse der ACT [80]

- ▶ Akzeptanz der eigenen Gedanken und Gefühle
- ▶ bewusste Distanzierung von depressiven Gedanken
- ▶ Leben im Hier und Jetzt
- ▶ sich selbst als veränderlich wahrnehmen
- ▶ Klärung und Bewusstmachung eigener Ziele und Werte
- ▶ eigenes Verhalten bewusst steuern und Eigenverantwortung übernehmen

**Behavioral Activation.** Neben der ACT scheint auch das Vorgehen der Behavioral Activation (BA) bei Jugendlichen mit Depressionen wirksam zu sein [81]. Bei diesem Verfahren stehen weniger die Kognitionen, als vielmehr das Verhalten im Vordergrund: Die Jugendlichen lernen mithilfe angewandter Verhaltensanalysen ihr dysfunktionales Verhalten (Rückzug, Passivität, Vermeidung) kennen und sollen dieses durch die Therapie verändern, was in der Folge die soziale Einbindung und die Selbstwirksamkeitsgefühle der Jugendlichen positiv beeinflusst. Vorteile des Verfahrens

liegen in der verhaltensorientierten Herangehensweise. Diese kann auch bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden, die aufgrund des Alters und ihrer Entwicklungsstufe noch wenig Zugang zu ihren Kognitionen haben.

#### Kernaussagen

Aus den Leitlinien der DGKJP [1, 6] lassen sich folgende Hinweise für die Praxis ableiten:

- ▶ Für die Diagnosestellung einer depressiven Episode bei Jugendlichen können die bei Erwachsenen gültigen Kriterien der ICD-10 (F3) herangezogen werden, auch wenn besondere Symptome für jede Altersgruppe miteinbezogen werden sollen. Zur Einteilung des Schweregrads werden immer auch das jeweilige soziale und psychische Funktionsniveau herangezogen.
- ▶ Neben dem Einsatz von diagnostischen Verfahren geben auch fremdanamnestiche Daten von Eltern und anderen Bezugspersonen und auch Verhaltensbeobachtungen Hinweise auf die Symptomatik.
- ▶ Bei Kindern und Jugendlichen sollten vor einer Behandlung mögliche organische Ursachen der Symptome abgeklärt werden. Differenzialdiagnostisch ist v. a. der Ausschluss einer bipolaren Störung notwendig, da hier zum Teil eine andere Behandlung anzuwenden ist.
- ▶ Bei Kindern und Jugendlichen empfiehlt sich eine Behandlung im ambulanten Setting. Eine stationäre Therapie sollte v. a. bei akuter Suizidalität und psychotischen Symptomen eingeleitet werden.
- ▶ Psychotherapie stellt in der Behandlung depressiver Störungen bei Jugendlichen die Therapie der 1. Wahl dar. Vor allem die Kognitive Verhaltenstherapie zeigt in vielen Studien eine hohe Wirksamkeit.
- ▶ Bei schweren Verläufen oder einem Nichtansprechen auf eine Psychotherapie kann ergänzend eine psychopharmakologische Behandlung begonnen werden. Dabei haben sich v. a. selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer als wirksam erwiesen. Als Mittel der 1. Wahl sollte Fluoxetin gegeben werden, das als einziges Präparat für diese Altersgruppe zugelassen ist und das niedrigste Suizidrisiko in der Phase der Eindosierung aufweist.
- ▶ Bei vorliegender Indikation sollten auch Maßnahmen der Jugendhilfe oder andere rehabilitative Maßnahmen angedacht werden.

**Interessenkonflikte:** Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.



## Literatur

- 1 AWMF. Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. AWMF S3 Leitlinie. 2013
- 2 *Wijlaars LPMM, Nazareth I, Petersen I.* Trends in depression and antidepressants prescribing in children and adolescents: a cohort study in The Health Improvement Network (THIN). *PLoS ONE* 7: e33181. DOI: 10.1371/journal.pone.0033181
- 3 *Hoffmann F, Petermann F, Glaeske G et al.* Prevalence and comorbidities in adolescent depression in Germany: an analysis of health insurance data. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* 2012; 40: 399–404
- 4 *Boyd CP, Gullone E, Konstanski M et al.* Prevalence of anxiety and depression in Australian adolescents: comparisons with world-wide-data. *J Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development* 2000; 161: 479–492
- 5 *Dilling H, Mombour W, Schmidt MH.* Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Hans Huber Verlag; 2008
- 6 Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie psychischer Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 3. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte Verlag; 2007
- 7 *Koplewicz HS.* Adolescent Depression. *J Child and Adolescent Psychopharmacology* 2012; 22: 1
- 8 *Ihle W, Groen G, Walter D et al.* Depression. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychiatrie. Band 16. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2012
- 9 *Unnewehr S, Schneider S, Margraf J.* Kinder-DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2009
- 10 *Rotter JB, Lah MI, Rafferty JE.* Rotter Incomplete Sentences Blank Second Edition Manual. New York: Psychological Corporation; 1992
- 11 *Stiensmeier-Pelster J, Schürmann M, Duda K.* DIKJ: Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2000
- 12 *Rossmann P.* Depressionstest für Kinder (DTK). 2. Aufl. Bern: Hogrefe Verlag; 2005
- 13 *Hautzinger M, Keller F, Kühner C.* BDI-II: Becks Depressions-Inventar Revision. Harcourt Test Services; 2006
- 14 *Keller F, Grieb J, Kölch M, Spröber M.* Children's Depression Rating Scale: Revised by E. O. Poznanski & H. B. Mokros: Deutsche Version. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2012
- 15 *Hamilton MA.* A rating scale for depression. *J Neurology, Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56–62
- 16 *Petermann F, Petermann U.* HAWIK-IV. 3. Aufl. Bern: Huber; 2010
- 17 *Shashi K, Bhatia MD, Subhash D et al.* Childhood and Adolescent Depression. *Am Acad Family Physicians* 2007; 75: 73–80
- 18 *Birmaher B, Brent D.* Practice parameters for the treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 2007; 46: 1503–1526
- 19 *Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY.* The ABC of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of gender difference in depression. *Psychological Rev* 2008; 115: 291–313
- 20 *Schulte-Körne G, Schiller Y.* Wirksamkeit universeller und selektiver Prävention von Depression im Kindes- und Jugendalter. Ein systematischer Review. *Z Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2012; 40: 385–397
- 21 *Gilham JE, Reivich KJ, Brunwasser SM et al.* Evaluation of a group cognitive-behavioral depression prevention program for young adolescents: a randomized effectiveness trial. *J Clin Child & Adolescent Psychology* 2012; 41: 621–639
- 22 *Horowitz JL, Garber J, Ciesla JA et al.* Prevention of depressive symptoms in adolescents: a randomized trial of cognitive-behavioral and interpersonal prevention program. *J Consulting & Clinical Psychology* 2007; 75: 693–706
- 23 *Pössel P, Adelson JL, Hautzinger M.* A randomized trial to evaluate the course of effects of a program to prevent adolescent depressive symptoms over 12 months. *Behav Res Therapy* 2011; 49: 838–851
- 24 *Stallard P, Sayal K, Phillips R et al.* Classroom based cognitive behavioural therapy in reducing symptoms of depression in high risk adolescents: pragmatic cluster randomised controlled trial. *Br Med J* 2012; 345: e6058. DOI: 10.1136/bmj.e6058
- 25 *Pössel P, Martin NC, Garber J et al.* A randomized controlled trial comparing a cognitive-behavioral to a non-specific program for the prevention of depression in adolescents. *Assoc Child Adolescent Mental Health* 2012; 121: 838–851. DOI: 10.1037/a0028175
- 26 *Merry SN.* Preventing depression in adolescents. *Br Med J* 2012; 345: e6720. DOI: 10.1136/bmj.e6720
- 27 *Merry SN, Stasiak K, Shepherd M et al.* The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *Br Med J* 2012; 344: e2598. DOI: 10.1136/bmj.e2598
- 28 *Caporino NE, Karver MS.* The acceptability of treatments for depression to a community sample of adolescent girls. *J Adolescence* 2012; 35: 1237–1245
- 29 *Groen G, Petermann F.* Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Vorgehen, Wirksamkeit und Weiterentwicklungen. *Z Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2012; 40: 373–384
- 30 *Curry JF.* Specific psychotherapies for children and adolescent depression. *Soc Biological Psychiatry* 2001; 49: 1091–1100
- 31 *Erford BT, Erford BM, Lattanzi G et al.* Counseling outcomes from 1990 to 2008 for school-age youth with depression: a meta-analysis. *J Counseling & Development* 2011; 89: 439–457
- 32 *Abel UA.* Konzeption und Evaluation einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie für depressive Jugendliche. unveröffentlichte Dissertation. Tübingen: Eberhard Karls Universität; 2010
- 33 *Ströber N, Straub J, Fegert JM, Kölch M.* Depression im Jugendalter: MICHI – Manual für die Gruppentherapie. Weinheim: Beltz; 2012
- 34 *Straub J, Kölch M, Plener P et al.* MICHI: A brief cognitive-behavioural group therapy for adolescents with depression. A pilot study of feasibility in an inpatient setting. *Child Adolescent Mental Health* 2012, [accepted]
- 35 *Mufson L, Pollack KD, Wickramaratne P et al.* A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch General Psychiatry* 2004; 61: 577–584
- 36 *Krysta K, Kryzstaneck M, Janas-Kozik M et al.* Bright light therapy in the treatment of child and adolescent depression, antepartum depression, and eating disorders. *J Neural Transmission* 2012; 119: 1167–1172
- 37 *Bachmann M, Bachmann C, Rief C et al.* Wirksamkeit psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. Eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews. Teil II: Angststörungen und depressive Störungen. *Z Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2008; 36: 309–320
- 38 *Mehler-Wex C, Kölch M.* Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Dt Ärzteblatt* 2008; 105: 149–155
- 39 *Merry SN, Hetrick SE, Cox GR et al.* Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, (12): Art. No.: CD003380. DOI: 10.1002/14651858.CD003380.pub3
- 40 *Hoek W, Schuurmans J, Koot HM et al.* Effects of internet-based guided self-help problem-solving therapy for adolescents with depression and anxiety: a randomized controlled trial. *PLoS ONE* 7: e43485. DOI: 10.1371/journal.pone.e0043485
- 41 *Kratochvil C, Emslie G, Silva S et al.* Acute time to respond in the Treatment of Adolescent with Depression Study. *J Am Acad Child and Adolescent Psychiatry* 2006; 45: 1412–1418
- 42 *Cox GR, Callahan P, Churchill R et al.* Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, (11): Art. No.: CD008324. DOI: 10.1002/14651858.CD008324.pub2
- 43 *Curry JF, Rhode P, Simons A et al.* Predictors and moderators of acute outcome in the Treatment of Adolescents with Depression Study. *J Am Acad Child and Adolescent Psychiatry* 2006; 45: 1472–1493
- 44 *Hetrick SE, McKenzie JE, Cox GR et al.* Newer generation of antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, (11): Art. No.: CD004851. DOI: 10.1002/14651858.CD004851.pub3
- 45 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Child and Adolescents Depressive Disorder. *J Am Acad Child and Adolescent Psychiatry* 2007; 46: 1503–1526
- 46 NICE 28-2005. National Institute of Clinical Health and Excellence. Depression in children and young people. Identification and management in primary, community, and secondary care. NICE; 2005: 28
- 47 *Plener PL, Fegert JM, Kölch M.* Psychopharmakologische Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter. *Entwicklungen und*

- Standards seit der „Black Box“-Warnung. *Z Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2012; 40: 365–371
- 48 Hofmann F, Glaeske G, Petermann F *et al.* Outpatient treatment with in German adolescents with depression: An analysis of nationwide health insurance data. *Pharmacoepidemiology Drug Safety* 2012; 21: 972–979
  - 49 Goodyer I, Dubicka B, Wilkinson P *et al.* Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) and routine specialist care with and without cognitive behavior therapy in adolescents with major depression: randomised controlled trial. *Br Med J* 2007; 335: 142–150
  - 50 The Treatment of Adolescents Depression Study Team. Fluoxetine, cognitive behavioral therapy and their combination for adolescents with depression. *J Am Med Assoc* 2004; 292: 807–820
  - 51 Wagner KD, Robb AS, Findling RL *et al.* A randomized-placebo-controlled trial with citalopram for the treatment of major depression in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1079–1083
  - 52 Wagner KD, Ambrosini P, Rynn M *et al.* Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder – two randomized controlled trials. *J Am Med Assoc* 2003; 290: 1033–1041
  - 53 FDA: Review and evaluation of clinical data. [www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/04/briefing/2004-4065b110-TAB08-Hammads-Review.pdf](http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/04/briefing/2004-4065b110-TAB08-Hammads-Review.pdf)
  - 54 Holtmann M, Bölte S, Wöckel L *et al.* Antidepressive Therapie bei Kindern und Jugendlichen. Anwendung und Stellenwert der Selektiven-Serotonin-Wiederaufnahmehemmer. *Dt Ärzteblatt* 2005; 102: 976–978
  - 55 Brent D, Emslie G, Clark G. Switching to another SSRI or venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: the TORDIA randomized controlled trial. *J Am Med Assoc* 2008; 299: 901–913
  - 56 Daviss WB, Bentivoglio P, Racusin R *et al.* Bupropion sustained release in adolescents with comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and depression. *J Am Assoc Child Adolescent Psychiatry* 2004; 40: 307–314
  - 57 Pathak S, Johns ES, Kowatch RA. Adjunctive quetiapine for treatment-resistant adolescent major depressive disorders: a case series. *J Child Adolescent Psychopharmacology* 2005; 15: 696–702
  - 58 Hazell P, O'Connell D, Heathcote A *et al.* Tricyclic drugs for depression in children and adolescents. *Cochrane Database Systematic Review* 2002, (2): Art. No.: CD002317. DOI: 10.1002/14651858.CD002317
  - 59 Emslie GJ, Findling RL, Yeung PP *et al.* Efficacy and safety of venlafaxine ER in children and adolescents with major depression disorder. Poster presented at the 157th Annual Meeting of the American Psychiatric Association. New York: May 1–6 2004
  - 60 Mandoki MW, Tapia MR, Tapia MA *et al.* Venlafaxine in the treatment of children and adolescents with major depression. *Psychopharmacological Bull* 1997; 33: 149–154
  - 61 Prakash A, Lobo E, Kratochvil CJ *et al.* An Open-Label Safety and Pharmacokinetics Study of Duloxetine in Pediatric Patients with Major Depression. *J Child Adolescent Psychopharmacology* 2012; 22: 48–55
  - 62 Ishihara K, Sasa M. Mechanism underlying the therapeutic effects of electroconvulsive therapy (ECT) on depression. *Japanese J Pharmacology* 1999; 80: 185–189
  - 63 Ghaziuddin N, Kutcher SP, Knapp P *et al.* Practice parameter for use of electroconvulsive therapy with adolescents. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 2004; 43: 1521–1539
  - 64 Strober M, Rao U, DeAntonio M *et al.* Effects of electroconvulsive therapy in adolescents severe endogenous depression resistant to pharmacotherapy. *Biological Psychiatry* 1998; 43: 335–338
  - 65 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameter for Use of Electroconvulsive Therapy with Adolescents. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 2004; 43: 1521–1539
  - 66 Avery DH, Holtzheimer PE III, Fawaz W *et al.* A controlled study of transcranial magnetic stimulation in medication-resistant major depression. *Biol Psychiatry* 2006; 59: 187–194
  - 67 Bloch Y, Grisaru N, Harel EV *et al.* Repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression in adolescents: an open-label study. *J ECT* 2008; 24: 156–159
  - 68 Grube M, von Klitzing K, Kroll M. Depressionen im Kindes- und Jugendalter. *Pädiatrische Praxis* 2011; 77: 607–621
  - 69 Essau CA, Petermann U. Depression. In: Petermann F Hrsg. *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. 4. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2000: 291–322
  - 70 Hammad TA, Laughren T, Racoosin J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch General Psychiatry* 2006; 63: 332–339
  - 71 Gibbons RD, Brown H, Hur K *et al.* Suicidal thoughts and behaviour with antidepressant treatment. *Arch General Psychiatry*. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2048
  - 72 Dubicka B, Elvins R, Roberts C *et al.* Combined treatment with cognitive behavioural therapy in adolescent depression: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 433–440
  - 73 Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Die achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie der Depressionen*. Ein neuer Ansatz zur Rückfallprävention. Tübingen: dgvt; 2002
  - 74 Greenberg LS. *Emotionsfokussierte Therapie: Lernen mit den eigenen Gefühlen umzugehen*. Tübingen: dgvt-Verlag; 2002
  - 75 Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell; 1990
  - 76 Hayes SC, Luoma J, Walser RD. *ACT-Training: Handbuch der Acceptance & Commitment Therapie*. Paderborn: Junfermann; 2008
  - 77 Linehan M. *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien; 1996
  - 78 Greco L, Hayes SC. *Akzeptanz und Achtsamkeit in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Weinheim: Beltz; 2011
  - 79 Loose C, Graaf P, Zarbock G. *Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim: Beltz [in Vorbereitung]
  - 80 Hayes SC, Bach PA, Boyd CP. *Psychological treatment for adolescent depression: Perspectives on the past, present, and future*. *Behaviour Change* 2010; 27: 1–18
  - 81 McCauley E, Schloedt K, Gudmundsen G *et al.* Expanding behavioral activation to depressed adolescents: lessons learned in treatment development. *Cognitive Behavioral Practice* 2011; 18: 371–383

## CME-Fragen

# Depressive Störungen bei Jugendlichen: Diagnostik und Therapie

## 1 Welche der folgenden Symptome stehen bei depressiven Kindern im späten Kindesalter im Vordergrund?

- A Selbstverletzung
- B Spielunlust
- C geringes Selbstwertgefühl
- D Sorgen und Ängste
- E Ess- und Schlafprobleme

## 2 Welches der folgenden Symptome tritt v. a. bei depressiven Kindern im Vorschulalter auf?

- A starke Müdigkeit
- B Suizidgedanken
- C somatische Beschwerden
- D Langeweile
- E Selbstverletzung

## 3 Welches der folgenden Symptome kann auf das Vorliegen einer depressiven Episode im Rahmen einer bipolaren Störung hinweisen?

- A akuter Beginn
- B leichte Ausprägung der depressiven Symptomatik
- C vorwiegend starke Niedergeschlagenheit
- D somatische Beschwerden
- E schleichender Beginn

## 4 Welches der folgenden Merkmale gilt *nicht* als Risikofaktor einer depressiven Erkrankung im Kindes- und Jugendalter?

- A emotional-instabile Persönlichkeitstzüge
- B weibliches Geschlecht
- C hohe Selbstwirksamkeitserwartung
- D Vorliegen von Depressionen innerhalb der Familie
- E familiäre Konflikte

## 5 Welche der folgenden Aussagen zur Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit depressiver Störung trifft *nicht* zu?

- A Neben strukturierten und halbstrukturierten Interviews werden auch störungsspezifische Selbstbeurteilungsverfahren angewendet.
- B Fremdanamnestic Angaben durch Eltern, Lehrer und anderen Bezugspersonen sollten immer eingeholt werden.
- C Eine Leitungsdiagnostik dient dem Ausschluss von möglicher symptomauslösender Über- oder Unterforderung in der Schule.
- D Verhaltensbeobachtungen sind relevant zur Beurteilung der Ausprägung und des Verlaufs der Symptomatik.
- E Unauffällige Testergebnisse können das Vorliegen einer depressiven Störung ausschließen.

## 6 Welche Aussage zur Psychopharmakotherapie trifft *nicht* zu?

- A Bei mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden sollte eine ergänzende psychopharmakologische Behandlung angedacht werden.
- B In der Behandlung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen empfiehlt sich der Einsatz von SSRI.

- C Eine psychopharmakologische Behandlung sollte v. a. in den ersten 4 Wochen intensiv psychiatrisch und psychotherapeutisch begleitet werden.
- D Sowohl die Betroffenen als auch die Erziehungsberechtigten müssen über die Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente informiert werden.
- E In der Behandlung von Kindern haben sich auch trizyklische Antidepressiva als wirksam erwiesen.

## 7 Welches SSRI ist in Europa in der Behandlung von Kindern ab 8 Jahren zugelassen?

- A Sertralin
- B Fluoxetin
- C Paroxetin
- D Citalopram
- E alle genannten Medikamente

## 8 Welche Erkrankung gehört *nicht* zu den wichtigsten organischen Differentialdiagnosen der depressiven Störung bei Jugendlichen?

- A Diabetes mellitus
- B Magenulcus
- C Hypothyreose
- D Anämie
- E Grippale Infekte

## 9 Welche Aussage zur Psychotherapie trifft *nicht* zu?

- A Der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung ist bei depressiven Patienten zu Beginn der Behandlung nicht möglich.
- B Die Effektivität des Einbezugs von Eltern in die Therapie bei Jugendlichen ist nicht geklärt.
- C Die kognitive Verhaltenstherapie gilt als Therapie der 1. Wahl.
- D Neben der einzeltherapeutischen Behandlung sind auch gruppentherapeutische Angebote effektiv.
- E Auch für die Interpersonale Therapie (IPT) besteht eine Effektivität für die Behandlung von Depressionen bei Jugendlichen.

## 10 Welche der folgenden Aussagen hinsichtlich der Suizidalität bei depressiven Jugendlichen trifft *nicht* zu?

- A Als protektive Faktoren gelten u. a. eine gute soziale Einbindung und tragfähige Beziehungen zu mindestens einer Bezugsperson.
- B Interaktionen mit dem Jugendlichen oder Gespräche geben selten Hinweise auf suizidale Tendenzen.
- C Beim Vorliegen akuter Suizidalität ist eine stationäre Therapie einzuleiten.
- D Betroffene im mittleren Jugendalter weisen die höchste Gefährdung für Suizide auf.
- E Starke Hoffnungslosigkeit ist ein bedeutender Risikofaktor für suizidales Verhalten.