



Depression im frühen Kindesalter

PD Dr. med. habil. Mirko Döhnert

Universitätsklinikum Leipzig – AöR
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters



Gibt es Depressionen auch bei kleinen Kindern?

Gibt es eine Zunahme der Depression?

Sind Depressionen bei Kindern häufig?

Spezielle Symptomatik bei Kindern?

Suizidalität bei kleinen Kindern?

Warum werden Kinder depressiv?

Diagnostik – Was ist zu tun?

Ist die Depression heilbar?

take-home-message



Gibt es Depressionen auch bei Kindern?



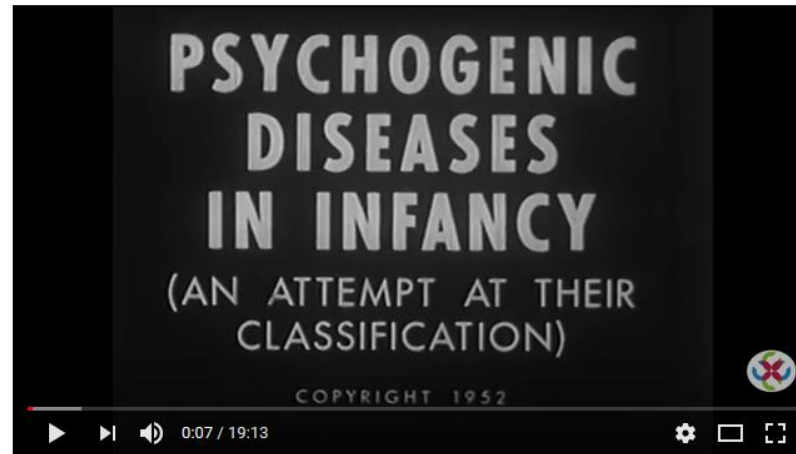
Rene Spitz* ... anaklitische Depression



* Psychoanalytiker (29.1.1887 Wien - 11.9.1974 Denver)



film Psychogenic Disease in Infancy (1952)



Psychogenic Disease in Infancy René Spitz 1952



Suchen

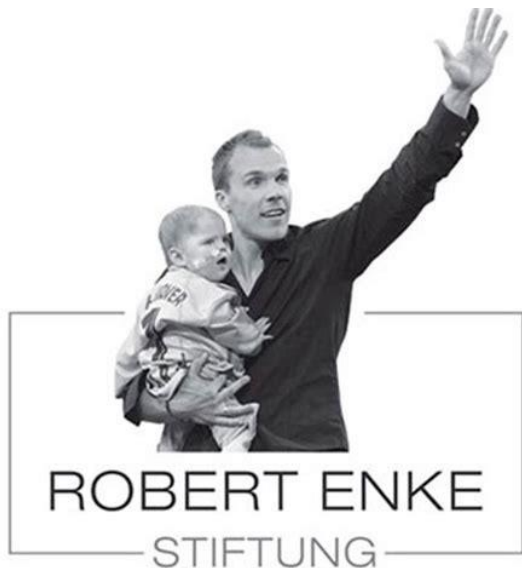


Emotional Deprivation in Infancy :: Study by Rene A. Spitz 1952

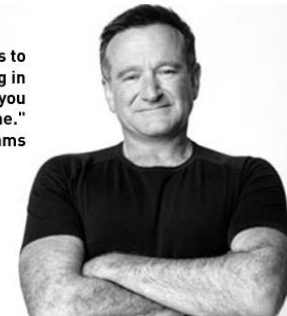
Gibt es eine Zunahme der Depression?



Entstigmatisierung?



"I used to think the worst thing in life was to end up all alone, it's not. The worst thing in life is to end up with people that make you feel alone."
- Robin Williams



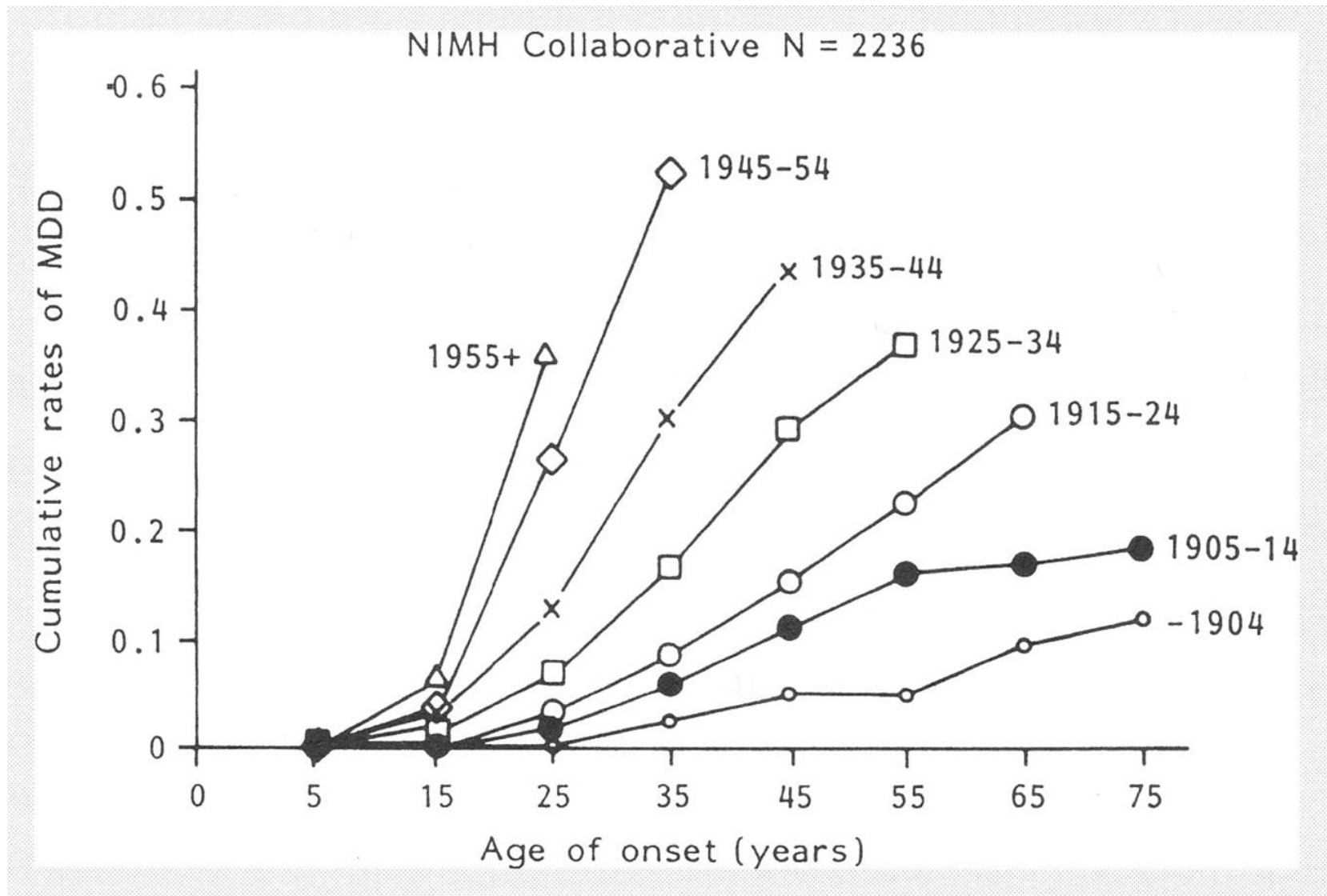
*Ewan Gillon*Chartered psychologist and
clinical director of First
Psychology Scotland

Tue 1 Sep 2015 12.04 BST

Childhood depression is on the rise, but we must be wary of misdiagnosis

Social pressures are fuelling the rise of mental health problems in children but we must ensure they are not wrongly diagnosed due to anxious parents

Today, however, it is a stark reality with the fastest rate of increase in depression among young people; research by the National Institute for Health and Care Excellence (Nice) shows that **80,000 children in the UK are estimated to suffer from severe depression**, including 8,000 below the age of 10.



Depression - Key facts

- Depression is a common mental disorder. Globally, an estimated 350 million people of all ages suffer from depression.
- Depression is the **leading cause of disability worldwide**, and is a major contributor to the overall global burden of disease.
- More women are affected by depression than men.
- At its worst, depression can lead to suicide.
- There are effective treatments for depression.



(WHO, Fact sheet No. 369, Oct 2015)

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

Sind Depressionen bei Kindern häufig?



Die Bella-Studie: Spezifische psychische Auffälligkeiten

- Von den Kindern und Jugendlichen mit Hinweisen auf allgemeine psychische Auffälligkeit weisen 65% Anzeichen für spezifische psychische Störungen auf. Für die Gesamtgruppe der Kinder und Jugendlichen bedeutet dies bei Berücksichtigung der Elternangaben folgende Auftretenshäufigkeiten:
 - **Depression 5,4%:** Bei jüngeren Kindern sind Jungen etwas häufiger betroffen, ab 11 Jahren gleicht sich die Geschlechtsverteilung an.
 - **Angst 10%:** Ängste sind bei älteren Kindern geringfügig häufiger, die Geschlechtsverteilung ist ausgewogen.
 - **ADHS 2,2%:** Hier sind jüngere Kinder deutlich häufiger betroffen als ältere und Jungen deutlich häufiger betroffen als Mädchen.
 - **Störungen des Sozialverhaltens 7,6%:** Hier sind (je nach Altersgruppe) 80% bis 90% aggressiv und 50% dissozial auffällig, bei den jüngeren Kindern sind Jungen häufiger betroffen.



LIFE Projekt - LIFE CHILD DEPRESSION

Risiko- und Schutzfaktoren depressiver Störungen in der Präadoleszenz

**Mirko Döhnert, Stephanie Stadelmann, Madlen Grunewald, Sonia Jaeger,
Tina Matuschek, Steffi Weis & Kai von Klitzing**

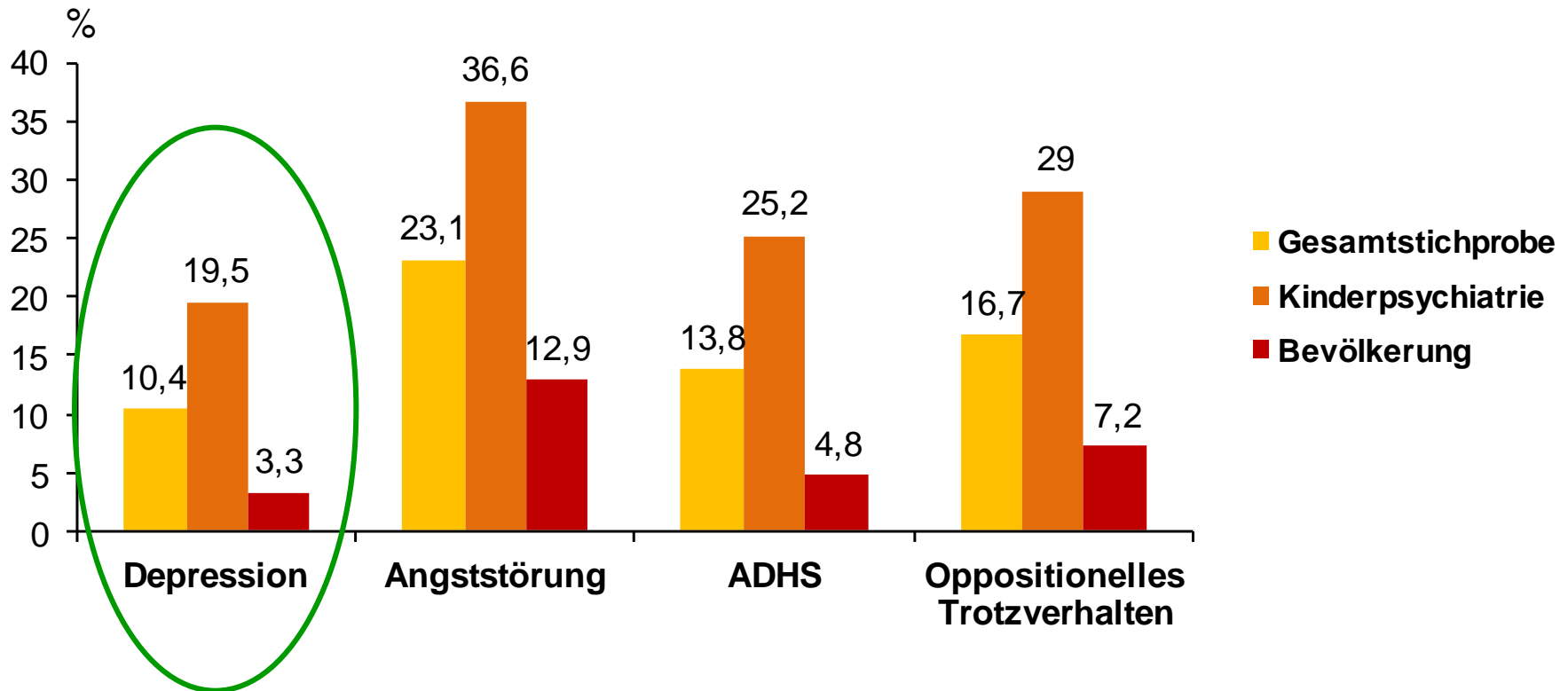
Stichprobe / T1 (2010-2014)

- **759** Kinder und Jugendliche - **8-14 Jahre**
- mit und ohne psychopathologische Auffälligkeiten
- Rekrutierung via
 - Leipziger KJP-Kliniken (N=297)
 - Bevölkerung (N=462)



LIFE-Ergebnisse

Häufigkeiten verschiedener psychischer Störungsbilder K-SADS-PL



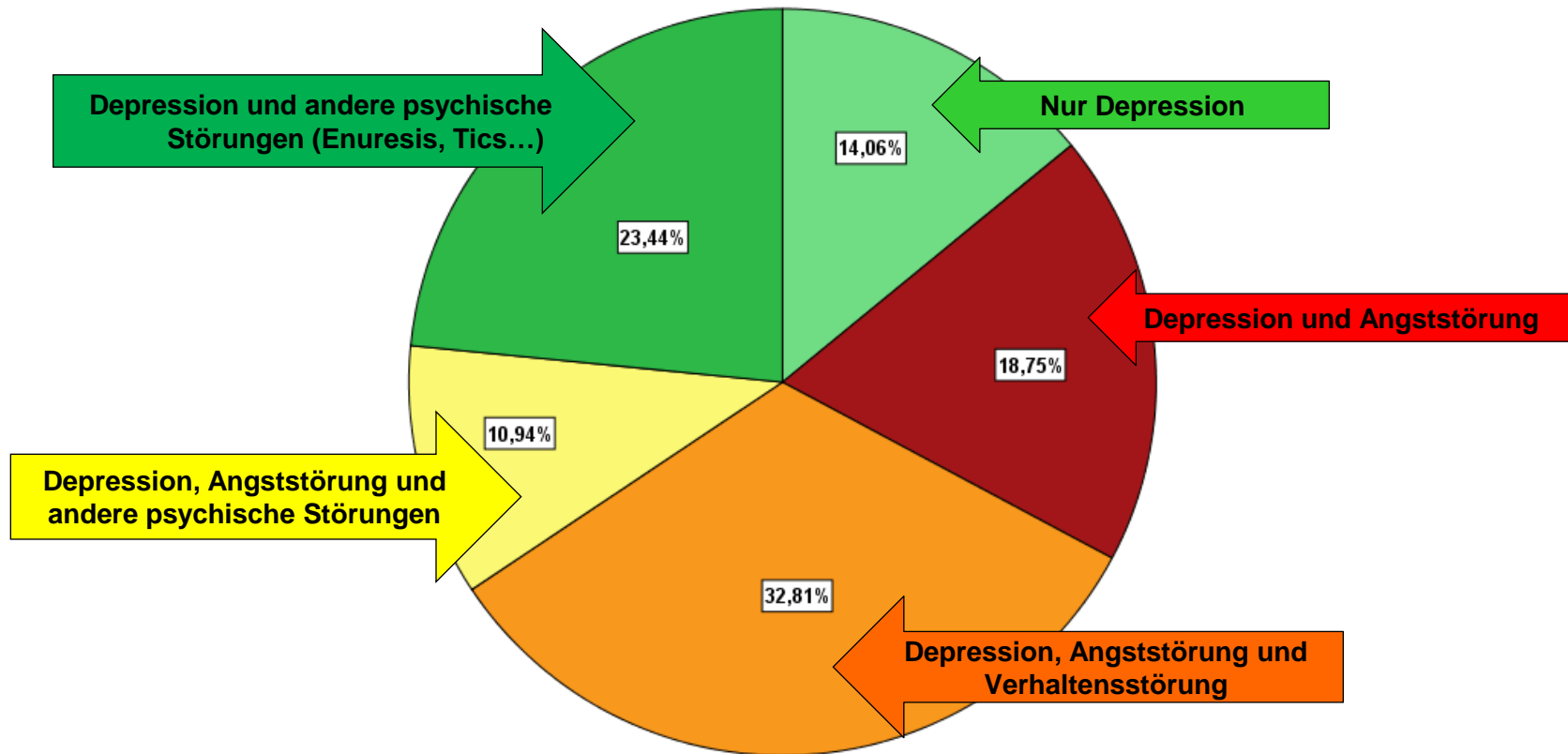
Prävalenz

- Vorschulalter ca. 1 %
 - Grundschulkinder: 1,9 - 3,4 %
 - Jugendliche: 3,2 - 8,9 %
 - klinische Stichproben: 8 - 25 %
-
- ab dem 13. Lebensjahr deutlich häufiger
 - ab der Pubertät bei Mädchen häufiger
 - bei bis zu 80 % latente Persistenz und hohe Rezidivrate
 - 25% rezidivieren nach 1 Jahr
 - 40% rezidivieren nach 2 Jahren
 - 72% rezidivieren nach 5 Jahren





Depression ist selten die einzige Störung bei Kindern (nur bei ca. 14 % aller depressiver Probanden)



Spezielle Symptomatik bei Kindern?



KASTEN 1**Symptome der Depression nach ICD-10****Hauptsymptome der Depression**

- Herabgestimmtheit, die meiste Zeit, fast täglich, seit mindestens 2 Wochen
- Interessenverlust, Freudlosigkeit, Aktivitätseinschränkung
- Antriebslosigkeit, schnelle Ermüdbarkeit, Müdigkeit

Weitere mögliche Symptome

- kognitive Einschränkungen (Konzentration, Aufmerksamkeit), Unentschlossenheit oder Unschlüssigkeit
- reduziertes Selbstwertgefühl, geringes Selbstvertrauen, Gefühle der Wertlosigkeit
- unangemessene Schuldgefühle, Selbstvorwürfe
- psychomotorische Agitation oder Gehemmtheit
- Suizidgedanken, suizidales Verhalten
- Schlafstörung
- Appetitmangel oder -steigerung mit Gewichtsveränderung

Die vier häufigsten Symptome bei Jugendlichen:

gedrückte Stimmung	97,7%
Schlafprobleme	88,6%
Denkschwierigkeiten	81,8%
Gewichts-/Appetitstörung	79,5%



Die vier häufigsten Symptome bei Jugendlichen:

gedrückte Stimmung	97,7%
Schlafprobleme	88,6%
Denkschwierigkeiten	81,8%
Gewichts-/Appetitstörung	79,5%



TABELLE 1

Altersabhängige Depressionszeichen (modifiziert nach 4, 14, 19)

Altersstufe	psychopathologisch	somatisch
Kleinkind	Schreien, Unruhe, Weinen; Desinteresse, Passivität, Apathie, Ausdrucksarmut; unvermittelte Weinattacken, Irritabilität und Agitation; reduzierte Kreativität, Fantasie und Ausdauer; Anhänglichkeit; Albernheit; selbststimulierendes Verhalten	Störungen des Ein- und Durchschlafens aufgrund unzulänglicher Selbstberuhigungsstrategien, Essstörungen und Verweigerung mit Gewichtsverlust, erhöhte Infektanfälligkeit („Kränkeln“)
Vorschulkind	Weinen, Reizbarkeit, aggressive Durchbrüche, Explosibilität; Hypomimie, gestische und generell motorische Passivität, Introversion, Interessenlosigkeit, Freudlosigkeit; Irritabilität, geringe Frustrationstoleranz, Aggressivität; soziale und kognitive Entwicklungsverzögerung, Aufmerksamkeitssuche; Autostimulation	sekundäre Enuresis/Enkopresis, regressiver Sprachgebrauch, motorische Entwicklungsrückstände, Schlaf- und Essstörungen
Schulkind	Weinen, Trotz, Abwehr, (auto-)aggressives Verhalten; Selbstbericht über Traurigkeit, Lust- und Antriebslosigkeit, Desinteresse, Rückzug; Konzentrationsprobleme, Schulversagen; Sorgen, ggf. erste lebensmüde Gedanken; Suche nach Zuwendung	Schlaf- und Essstörungen, somatische Beschwerden, regressives Verhalten
Jugendlicher	Teilnahmslosigkeit, Verzweiflung, Wut, läppischer Affekt, Verweigerung, Lust- und Antriebslosigkeit, Desinteresse, Rückzug; Verlangsamung von Denken und Handeln, Leistungsprobleme, kognitive Einschränkungen; Apathie, Angst, Ekel, Selbstunsicherheit, Selbstvorwürfe, Grübeln, Zukunftsängste, Suizidalität	Schlaf- und Essstörungen; psychosomatische Beschwerden, Morgentief, Früherwachen, Unfähigkeit zur Entspannung und Erholung

Schlafstörungen
Essstörungen

Reizbarkeit / Aggressivität

Symptome im Entwicklungsverlauf

Kleinkindalter (1-3 Jahre)

- wirkt traurig
- ausdrucksarmes Gesicht
- erhöhte Irritabilität
- gestörtes Essverhalten
- Schlafstörungen
- **Körperbeschwerden, Infektanfälligkeit - „Kränkeln“**
- **selbststimulierendes Verhalten: Jaktationen, exzessives Daumenlutschen**
- **auffälliges Spielverhalten: reduzierte Kreativität und Ausdauer**
- **Spielunlust**
- mangelnde Phantasie



DGKJP (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007

Vorschulalter (3-6 Jahre)

- trauriger Gesichtsausdruck
- verminderte Gestik und Mimik
- leicht **irritierbar** und äußerst **stimmungslabil**
- mangelnde Fähigkeit, sich zu freuen
- **introvertiertes Verhalten, aber auch aggressives Verhalten**
- vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten
- Essstörungen bis zu Gewichtsverlust/-zunahme
- Schlafstörungen: Alpträume, Ein- und Durchschlafstörungen



DGKJP (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007

Schulkinder

- verbale Berichte über Traurigkeit
- suizidale Gedanken
- Befürchtungen, dass Eltern nicht genügend Beachtung schenken
- Schulleistungsstörungen
- Schulabsentismus



Pubertäts- und Jugendalter

- Apathie, Angst, Konzentrationsmangel
- Leistungsstörungen
- zirkadiane Schwankungen des Befindens
- psychosomatische Störungen
- **Kriterien der depressiven Episode** (nach ICD-10)
- **Suizidalität**
- **vermindertes Selbstvertrauen, Selbstunsicherheit, Selbstwertstörung**
- psychische und somatische Symptome zu früherem Zeitpunkt vorhanden



DGKJP (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007

Suizidalität bei kleinen Kindern?



Suizid bei Kindern

Der rätselhafte Tod der Samantha K.

Ein sechs Jahre altes Mädchen hat sich stranguliert - nachdem es zuvor bei einem Streit mit der Mutter angekündigt hatte, es werde sich umbringen. Als offizielle Todesursache wurde "Selbstmord" angegeben. Aber wusste Samantha wirklich, was sie tat?

Erst mit acht Jahren entwickeln Kinder ein Todesverständnis

Von Aglaja Adam

Eine Sechsjährige, die Selbstmord begeht? Kann eine Sechsjährige bewusst ihren Tod planen - weiß sie überhaupt, was "Tod" bedeutet?

"Nein", sagt der emeritierte Tübinger Professor und Kinderpsychiater Gunther Klosinski. Die Endgültigkeit des Todes könne ein Kind mit sechs Jahren noch nicht begreifen, Sterben setze diese Altersgruppe meist mit "Weggehen" gleich. Wie zum Beispiel der fünfjährige Lukas*,

Über die Suizidrate bei Kindern gibt es laut Klosinski in Deutschland keine zuverlässige Statistik. "Selbstmorde bei unter Zehnjährigen sind äußerst selten", sagt der Kinderpsychiater.

"Eine Sechsjährige kann sich nicht bewusst umbringen", sagt auch Oliver Bilke, Direktor des Vivantes Klinikums Hellersdorf, einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. "Samantha K. müsste ein überdurchschnittlich intelligentes Kind gewesen sein, um mit sechs Jahren schon ein ausgereiftes Todesverständnis entwickelt zu haben." Für wahrscheinlicher halten es beide Kinderpsychiater, dass das Mädchen etwas nachgeahmt haben könnte, was es im familiären Umfeld oder im Fernsehen beobachtet hatte.

Warum werden Kinder depressiv?



- Genetik (Serotonintransporter-Polymorphismus, BDNF etc.)
- HPA-Achse (Hypercortisolismus, patholog. Dexamethason-Test, etc.)
- Immunologisch (Zytokine, Interleukine, TNF- α etc.)
- MRT-Befunde: Reduktion des frontalen Kortexvolumens
- Schlaf: verkürzte zirkadiane Periodik und verkürzte REM-Latenz





LIFE-Ergebnisse

SES und umweltbezogene Risikofaktoren

N= 652

Alter: 11,4 J. (8-14 J.)

Geschlecht

Alter

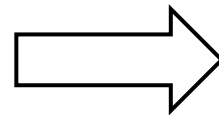
Niedriger SES

Wohnfläche

Arbeitslosigkeit (KM / KV)

Trennung / Alleinerziehend

Maternale Depression



Kindliche Depression

Besser, A., Döhnert, M., Stadelmann, S. (2018, in Druck). In Brähler et al. (Hrsg.):
Sozialpsychosomatik. Schattauer



LIFE-Ergebnisse

SES und umweltbezogene Risikofaktoren

N= 652

Alter: 11,4 J. (8-14 J.)

Geschlecht

Alter

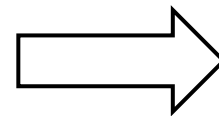
Niedriger SES

Wohnfläche

Arbeitslosigkeit (KM / KV)

Trennung / Alleinerziehend

Maternale Depression



Kindliche Depression

ANOVA / Chi2-Test

Alter	p=.003
SES	p<.05
Trennung	p=.004
Alleinerz.	p=.036
mat Depr	p<.05

Multinomiale Regressionsanalyse

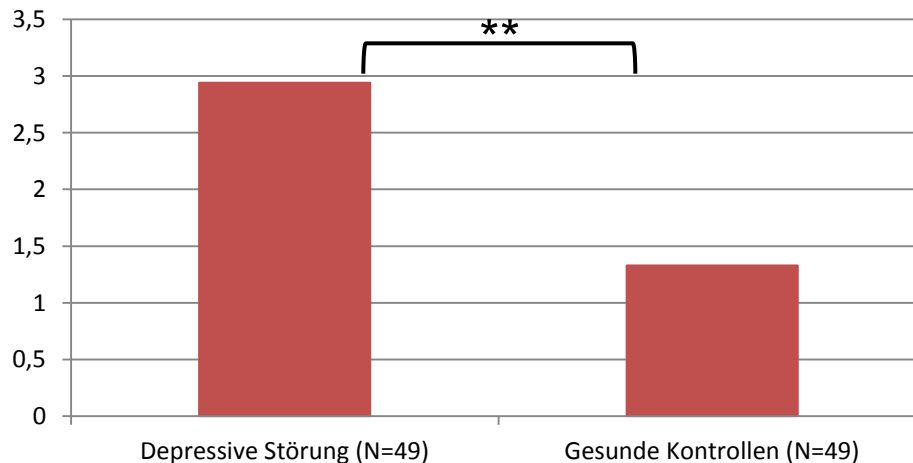
Alter	OR=1.38, p=.004
SES	OR=2.95, p=.036
mat Depr	OR=6.09, p=.002
R ² =0.30	

LIFE-Ergebnisse

Belastende Lebensereignisse (K-SADS-PL)

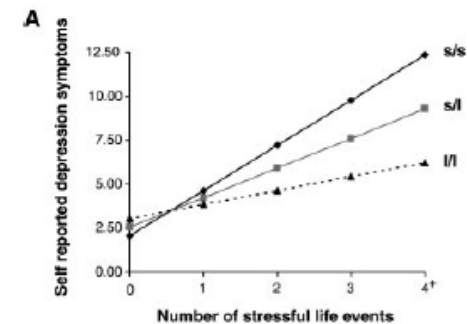
u.a. Autounfälle, Tod einer wichtigen Bezugsperson, Schwere Erkrankung einer wichtigen Bezugsperson, Trennung der Eltern, Gewalt in der Familie, Mobbing (erfasst via Elterninterview K-SADS-PL)

Anzahl kritische Lebensereignisse



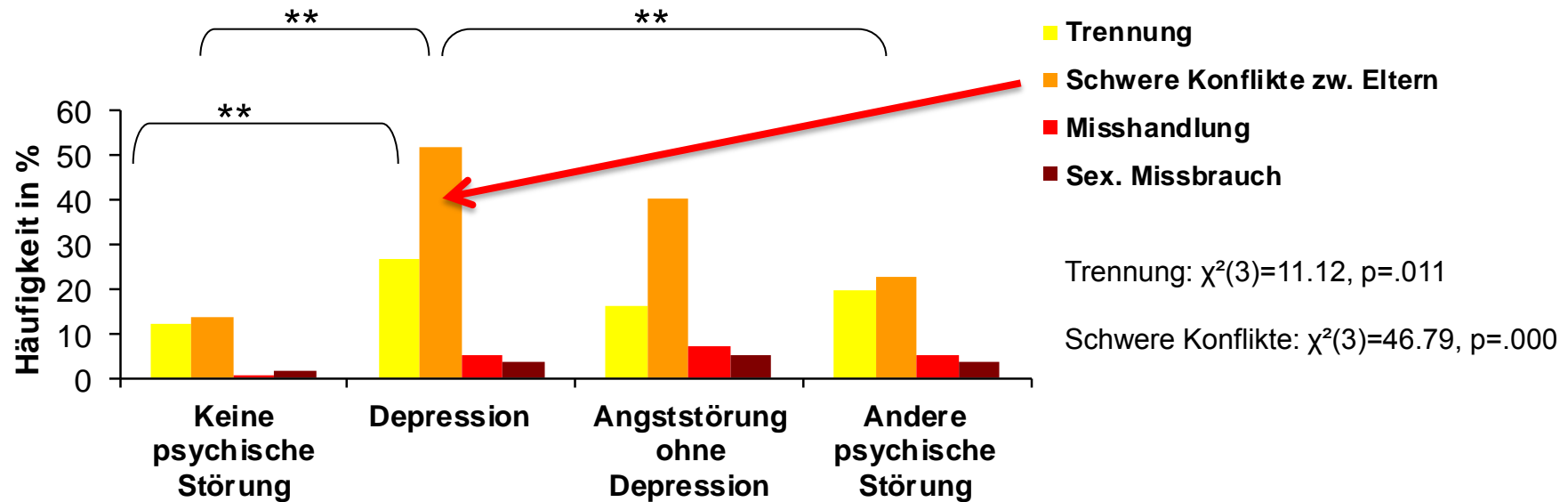
Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene

Avshalom Caspi,^{1,2} Karen Sugden,¹ Terrie E. Moffitt,^{1,2*}
Alan Taylor,¹ Ian W. Craig,¹ Honalee Harrington,²
Joseph McClay,¹ Jonathan Mill,¹ Judy Martin,³
Antony Braithwaite,⁴ Richie Poulton³



LIFE-Ergebnisse

Belastende Lebensereignisse (K-SADS-PL, ETI)

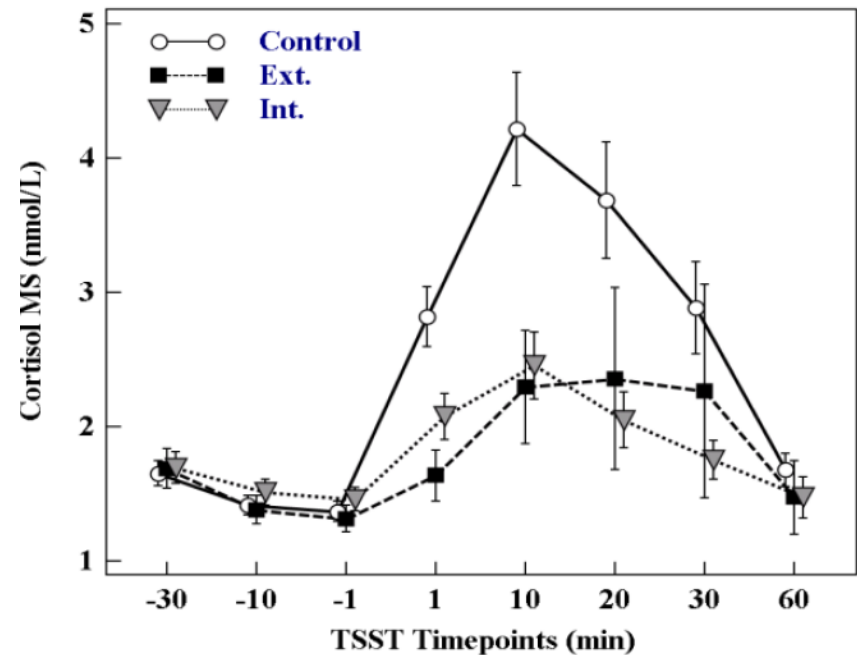


LIFE-Ergebnisse

Physiologische Stressreaktion – Speichelcortisol im Stresstest



**Eingeschränkter Anstieg des
Stresshormons Cortisol
bei Kindern und Jugendlichen mit
internalisierenden und externalisierenden
Störungsbildern**



Bae, Y. J., Jaeger, S.,, Döhnert, M. (2015) *Journal of Psychiatric Research*

Bae, Y. J., ... Döhnert, M., Kratzsch, J. (2015) *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*

Diagnostik – Was ist zu tun?



Diagnostik

- Anamnese / Exploration der Symptomatik

- Belastungszustände (**Trennung, Scheidung, Verlusterlebnisse, Vernachlässigung, Misshandlung/Missbrauch**)
- Lebensereignisse
- Psychische Erkrankungen der Eltern (**maternale Depression!**)
- Psychosoziale Situation (*Family Adversity*)
- Schulprobleme/Teilleistungsstörungen
- Peer Group / Integration („**Mobbing**“)

- Screening (*CBCL, SDQ etc.*)

- altersspezifische Depressionsfragebogen (*CES-DC, DIKJ etc.*)

- **Goldstandard:** klinisches Interview (*K-SADS-PL; PAPA etc.*)

- Verhaltensbeobachtung (*freies Spiel*)

- Leistungsdiagnostik z. A. Über- oder Unterforderung

Ist die Depression heilbar?



Therapie



- überwiegend ambulant
- bei schweren Fällen und Suizidalität stationär
- leichte Depression: psychotherapeutische Behandlung
- mittelgradige Episode: Medikation zu diskutieren
(abhängig vom psychosozialen Funktionsniveau und Ansprechen auf Psychotherapie)
- schwere Depression: früh begleitende Antidepressiva-Therapie empfehlen

Kölch M, Fegert JM: Medikamentöse Therapie der Depression bei Minderjährigen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 2007; 56: 224–33.

Psychotherapie

Kernziele der Depressionstherapie

- Abbau belastender Faktoren
- Aufbau positiver Aktivitäten
- Strukturierung des Alltags
- Förderung und Bewusstmachung vorhandener Ressourcen
- Training sozialer Kompetenzen
- Erlernen von Problemlösungsstrategien
- Modifikation negativer Perzeptions- und Interpretationsmuster
- Steigerung von Selbstsicherheit und Selbstwert



Pharmakotherapie



- Johanniskraut oft eingesetzt, aber geringer Evidenzgrad
- SSRI, SSNRI wegen fehlender Zulassung bei Minderjährigen meist „off label“ eingesetzt
 - Fluoxetin (Fluctin[®]): zugelassen ab 8 J., Wirksamkeit nachgewiesen*
 - Sertralin (Zoloft[®]): ab 6 J. zugelassen für Zwangserkr., nicht für Depress. im Kindesalter zugelassen, Wirksamkeit zu vermuten**
 - Fluvoxamin (Fevarin[®]): zugelassen ab 8 J. für Depressionen und Zwangserkrankungen

* The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team: Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: treatment for adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial. **JAMA** 2004; 292: 807–20.

Emslie GJ, Rush Aj, Weinberg WA: A double-blind randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. **Arch Gen Psychiatry** 1997; 54: 1031–7.

** McClure EB, Leibenluft E, Pine DS: Sertraline improves symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. **Evid Based Ment Health** 2004; 7: 10.
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. **JAMA** 2003; 290: 1033–41.

Problematik der SSRI

- Risiko von Suizidgedanken bei Jugendlichen unter SSRI-Therapie erhöht*
- bei Minderjährigen Aktivierungssyndrom zwei- bis dreimal häufiger - deshalb potenziell erhöhtes Suizidrisiko
- Stellungnahme der DGKJP von 2004
- Fluoxetin empfohlen

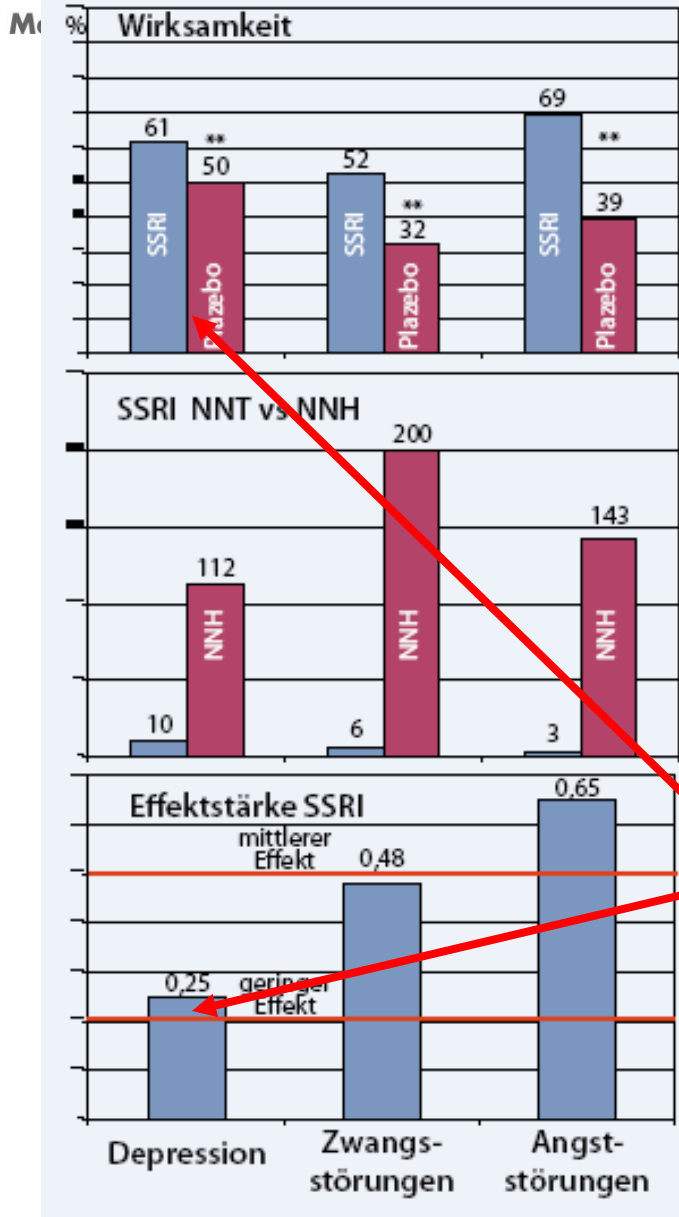
* Hammad TA, Laughren T, Racoosin J: Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. **Arch Gen Psychiatry** 2006; 63: 332–9.

K. Holtkamp¹ · B. Herpertz-Dahlmann²
¹ DRK Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
 Psychotherapie/Psychosomatik, Bad Neuenahr
² Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
 Universitätsklinikum, RWTH Aachen

SSRI- und SNRI- Behandlung im Kindes- und Jugendalter

Aktuelle Informationen zum Nutzen-Risiko-Verhältnis

Nervenarzt 2008 · 79:1237–1248
 DOI 10.1007/s00115-008-2555-6
 Online publiziert: 29. Oktober 2008
 © Springer Medizin Verlag 2008



Besonderheiten:

- bei Depressionen enorm hoher Placeboeffekt
- geringe Effektstärke

Bridge JA, Iyengar S, Salary CB et al. (2007) Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA 297: 1683–1696

Fachinformation

*Lilly***FLUCTIN® Tabletten**

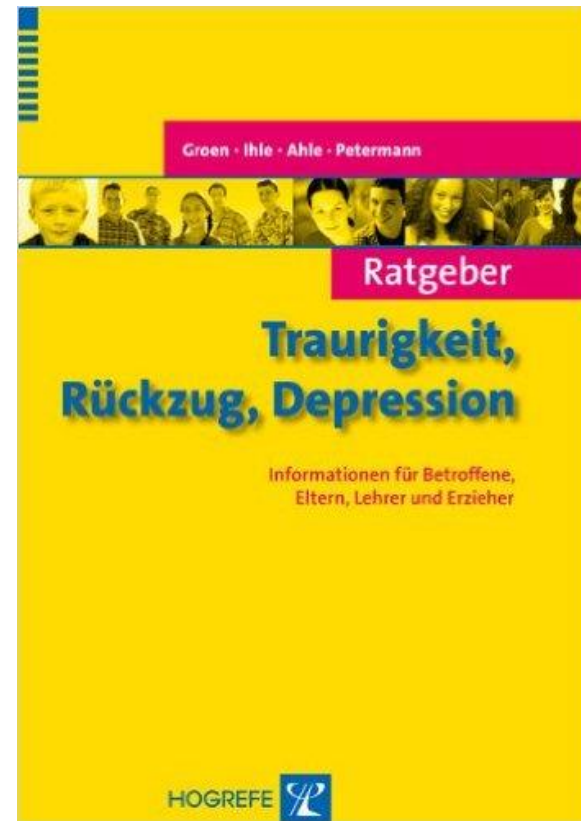
Kinder und Jugendliche, 8 Jahre alt und älter:

Mittelgradige bis schwere Episoden einer Major Depression, wenn die Depression nach 4–6 Sitzungen nicht auf eine psychologische Behandlung anspricht. Ein antidepressives Arzneimittel sollte einem Kind oder jungen Menschen mit mittelgradiger bis schwerer Depression nur in Verbindung mit einer gleichzeitigen psychologischen Behandlung gegeben werden.



take-home-message

- Depression im Kindesalter existent und gut behandelbar
- „leise“ psychiatrische Erkrankung, die häufig übersehen wird
- bedarf spezieller psychodiagnostischer Expertise insbesondere bei jüngeren Kindern - **KJP-Vorstellung!!!**
- Therapie mehrheitlich psychotherapeutisch
- häufig rezidivierender Verlauf und Persistenz bis ins Erwachsenenalter
- **Hochrisiko-Konstellation:** Alleinerziehende Mutter mit depressiver Erkrankung und niedrigem sozioökonomischen Status + sozial isoliertes Kind, in der Schule gemobbt, gestresst, mit LRS, Mädchen in die Pubertät eintretend



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



The End