

**Depression im Kindes- und
Jugendalter
Erscheinungsformen und
Besonderheiten**

Epidemiologie //

- Lebenslangzeitprävalenz 12-17%
- Prävalenz 12 -17- Jähriger 14%
- Frauen:Männer = 2:1

- Kindliche Depressionen wenig untersucht

Depressive Symptome Erwachsener //

- Gedrückte Stimmung
- Freudlosigkeit
- Interessenverlust
- Minderung von Aktivität und Antrieb
- Konzentrationsverlust
- Unruhe, Angstgefühle
- Selbstwertprobleme, Schuldgefühle

Depressive Symptome Erwachsener //

- Ermüdbarkeit (oft bei gleichzeitigen Schlafstörungen)
- Appetitverlust
- Libidoverlust
- Negatives, pessimistisches Denken, Hoffnungslosigkeit
- Suizidalität

Diagnostische Kriterien //

- leicht, mittel, schwer
- Ohne / Mit psychotischen Symptomen
- Dauer mind. 2 Wochen

Kindliche Depressionen //

- Noch nicht oder schlecht verbalisierbar
- Unklare Selbstwahrnehmung/-einschätzung
- Altersabhängige Erscheinungsformen
- Atypische Erscheinungsformen
- Verhaltensveränderungen

Altersabhängige Erscheinungsformen – Kleinkind //

- Wirkt traurig
- Spielunlust
- Ausdrucksarmes Gesicht
- Erhöhte Irritabilität (Schreien, Jammern)
- Gestörtes Essverhalten
- Schlafstörungen
- Selbststimulierendes Verhalten (Schaukeln, Daumenlutschen)
- Auffälliges Spielverhalten

Altersabhängige Erscheinungsformen – Vorschulalter //

- Traurige oder ausdruckslose Mimik
- Irritierbar, stimmungslabil
- Mangelnde Fähigkeit, sich zu freuen
- Introvertiertes oder aggressives Verhalten
- Vermindertes Interesse an motorischer Aktivität
- Essstörungen (Gewichtszunahme /-abnahme)
- Schlafstörungen
- Infektanfälligkeit

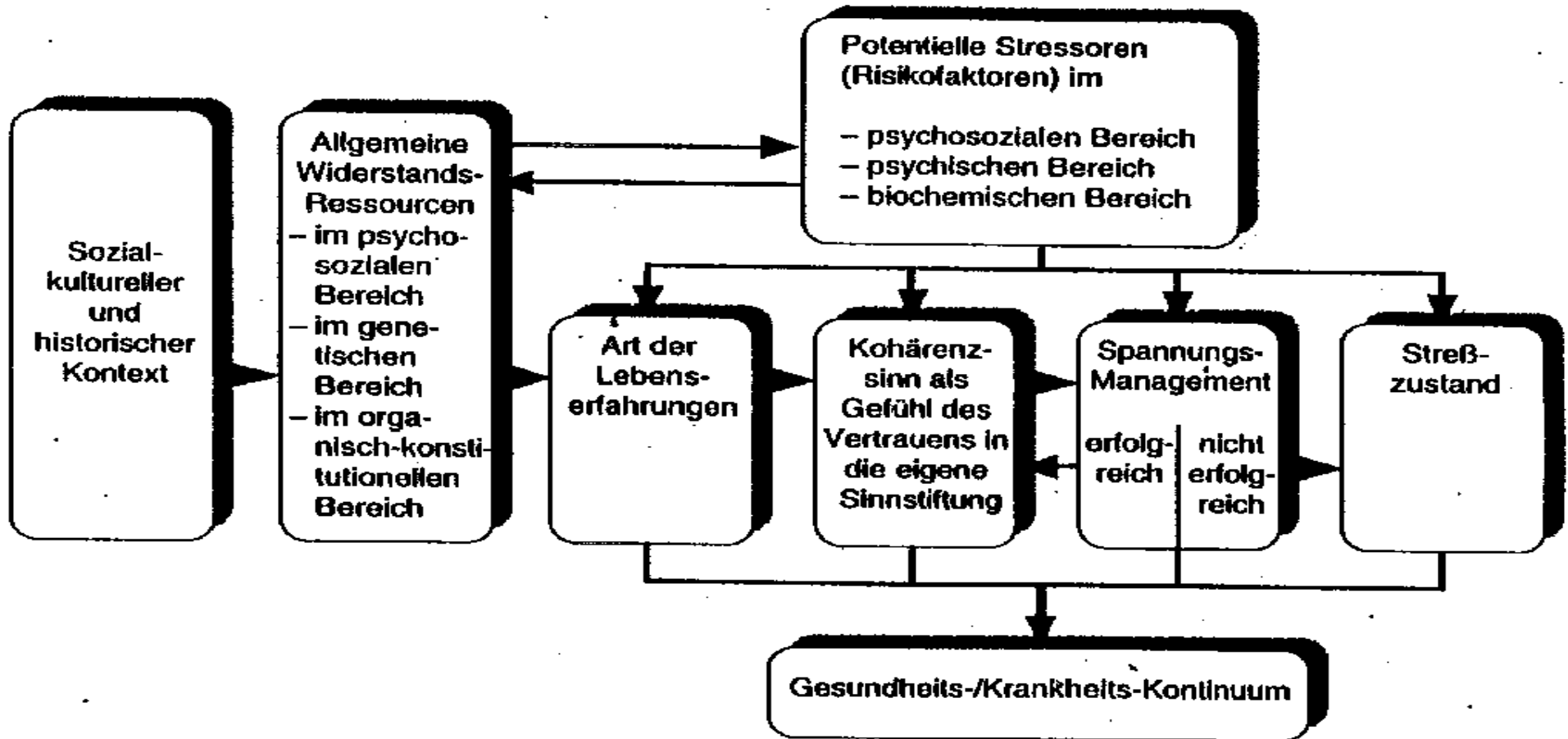
Altersabhängige Erscheinungsformen - Schulalter //

- Verbale Äußerungen über Traurigkeit /Belastung
- Suizidale Gedanken / Impulse
- Schulleistungsstörungen
- Sozialer Rückzug
- Interessenverlust
- Befürchtungen, dass Eltern nicht genügend Beachtung schenken
- Störung des Ernährungs-/Sexualverhaltens
- Schlafstörungen, nächtl. Angstzustände

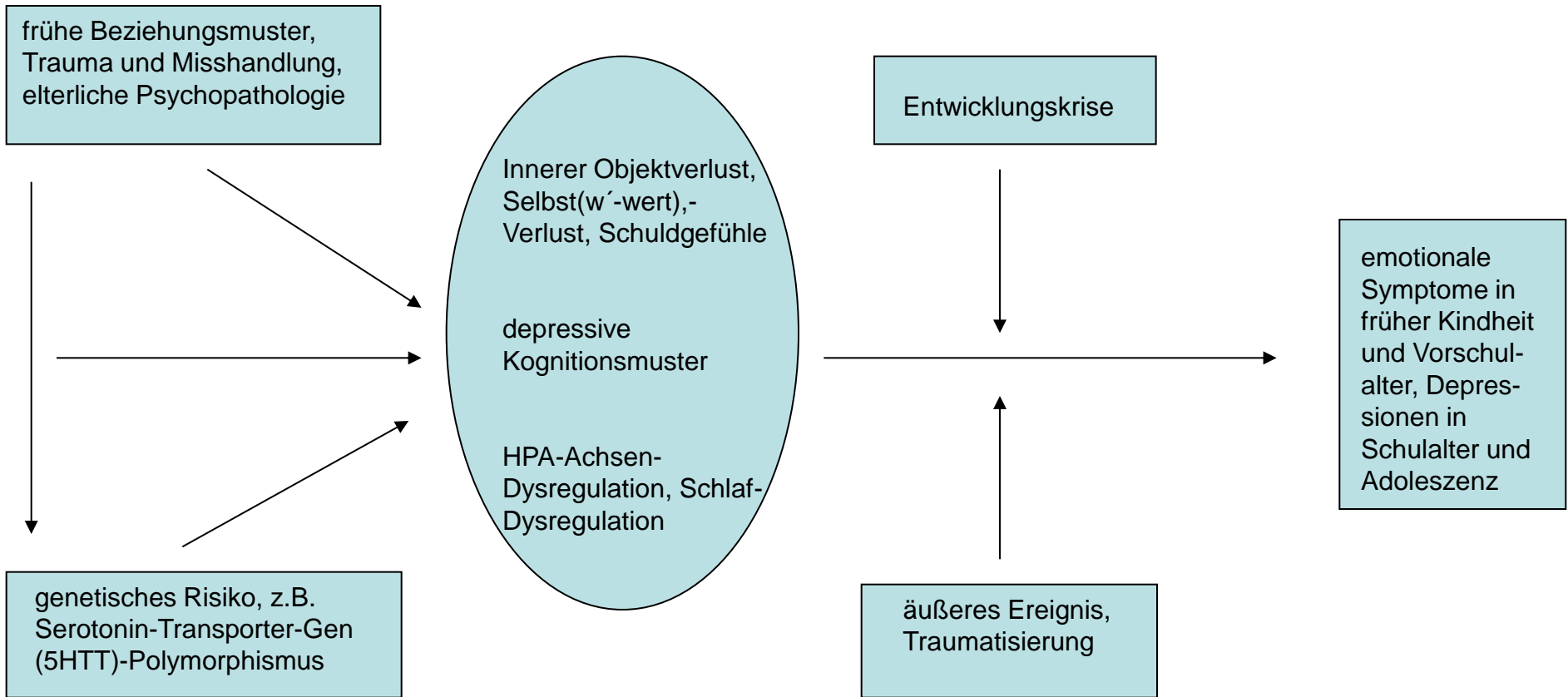
Altersabhängige Erscheinungsformen - Jugendalter //

- Gefühl innerer Leere, Freudlosigkeit
- Vermindertes Selbstvertrauen
- Apathie, Angst
- Konzentrationsmangel, Leistungsstörungen
- Zirkadiane Schwankungen des Befindens
- Suizidalität
- Psychosomatische Beschwerden
- Kriterien der depressiven Episode

Das Modell der Salutogenese nach Antonovsky



Ätiologisches Modell der Entstehung von affektiven Störungen in Kindheit und Adoleszenz



Komorbide Störungen / Differentialdiagnosen //

- Angst
- Aggressive Verhaltensstörungen
- Enuresis, Enkopresis
- Essstörungen
- Psychotische Symptome
- ADHS
- Anpassungsstörungen
- Affektive Symptome bei somatischen Erkrankungen

Suizidalität – Selbstverletzendes Verhalten //

Suizidalität

- Psychischer Zustand, in dem Gedanken, Phantasien, Impulse und Handlungen anhaltend, wiederholt oder in bestimmten krisenhaften Zuspitzungen darauf ausgerichtet sind, gezielt den eigenen Tod herbeizuführen

Suizidalität – Selbstverletzendes Verhalten //

Selbstverletzendes Verhalten

→ Funktionell motivierte, direkte und offene Verletzung des eigenen Körpers, die nicht sozial akzeptiert ist und ohne Suizidabsichten vorgenommen wird.

Parasuizidalität

→ Selbstschädigende Handlung mit nicht tödlichem Ausgang aus unterschiedlichen Beweggründen

Nicht Suizidales Selbstverletzendes Verhalten //

- Schäden an der Körperoberfläche, die zu Schmerzen oder Blutungen führen
- geringer körperlicher Schaden
- Ziel: emotionale Entlastung (Abfuhr von negativen Gefühlen, Spannungen Selbstbestrafung)
- Gefahr der Abhängigkeit und damit Chronifizierung, da kurzfristige Entlastung und gute Gefühle oft in Schuldgefühle umschlagend
- subjektives Leiden bei starke Schamgefühlen oft verdecktes Handeln

Suizidale Gedanken und Affekte //

= Verbale und nicht verbale Anzeichen, die direkt oder indirekt Beschäftigung mit Selbsttötungsideen anzeigen ohne Verknüpfung mit Handlungen

- In passagerer Form bei ca. 8% der Kinder
- Bei mindestens 20% der Jugendlichen
- Bei psychiatrisch behandelten Kindern und Jugendlichen häufiger

Suizidmethoden //

- Harte Methoden: Erhängen, Erschießen, Erstechen, Sprung aus der Höhe, Legen/Werfen auf Bahnschienen/ Autobahn, Ertrinken, Strom
- Weiche Methoden: Einnahme von Substanzen wie Medikamente oder Drogen, Schnittverletzungen, Einatmen von Gasen
- Nicht zur Suizidalität i.e.S. zählen: Selbstverletzung, autoaggressives Verhalten, Anorexia nervosa, chronischer Substanzmissbrauch, riskanter Lebensstil (z.B. Extremsportarten), politisch oder religiös motivierte Opfertode

Epidemiologie //

Suizidalität

- Zweithäufigste Todesursache der 15-20-jährigen nach tödlichen Unfällen
- Passagäre suizidale Gedanken ca. 8% Kinder, mind. 20% Jugendliche, Suizidversuch 0,8-18% der Kinder und Jugendl.
- Jungen 5-6 mal häufiger Suizid als Mädchen (harte Methoden, weniger sozial eingebunden)
- Mädchen häufiger Suizidversuch (Weiche Methoden, „second thoughts“, sozial mitteilbarer)
- Zunahme mit Beginn der Adoleszenz, dann wieder Abnahme
- Hohe Dunkelziffer
- Ca. 3 Bahnsuizide/d

Epidemiologie //

Selbstverletzendes Verhalten

- Gelegentliches SVV 10,9%, repetitiv 4% (Heidelberger Schulstudie, 2007)
- Lebenszeitprävalenzen: 3,7-23,2%

Risikofaktoren //

Besondere Gefährdung von Kindern und Jugendlichen

- Suizidales Verhalten etwa ab 8. Lj., Suizidrate nimmt ab 15 LJ. kontinuierlich zu
- Jugendliche neigen zu gewisser Fahrlässigkeit, Risikobereitschaft, Impulsivität und Selbstüberschätzung
- Gefährliche und ungefährliche Methoden können noch nicht sicher unterschieden werden

Risikofaktoren //

Depression und Suizidalität

- Ca. 25% der depressiven Patienten weisen einen Suizidversuch auf
- Ca. 70% haben Suizidgedanken
- Ca. 90% der Suizidenten litten unter psychiatrischen Erkrankungen, am häufigsten Depression (40-70%)
- unter Depression 7-20fach erhöhtes Suizidrisiko und 12-15faches Risiko eines Suizidversuches

Risikofaktoren //

Interpersonelle Risikofaktoren

- Vorangegangene Suizidhandlung (25%)
- Hohe Impulsivität
- Hoffnungslosigkeit, auf Eigenschaften bezogene Angst
- Geringe interpersonelle Problemlösefähigkeit
- Gestörte Beziehung zu Gleichaltrigen
- Chronische körperliche Erkrankung
- Aufnahme sexueller Aktivität, Homo-/Bisexualität

Risikofaktoren //

Familiäre Risikofaktoren //

- Psychische Störungen der Eltern (auch Suizid)
- Alkohol-/Drogenabusus der Eltern
- Gestörte innerfamiliäre Beziehungen
- Geringes Ausmaß an elterlicher Fürsorge und Monitoring
- Abweichende Struktur der Kernfamilie

Risikofaktoren //

Psychosoziale Risikofaktoren

- Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung, Traumatisierungen
- Viktimisierung durch Gleichaltrige
- Belastende Lebensereignisse insbes. realer oder phantasierter Verlust (cave Gedenktage)
- Suizide in der sozialen Umgebung
- Ungünstige sozioökonomische Bedingungen

Konzepte zur Entstehung //

- Psychiatrisch-phänomenologisch
- Psychologie (psychoanalytisch, bindungstheoretisch, lerntheoretisch)
- Neurobiologie
- Soziologie

Konzepte zur Entstehung //

Psychodynamik

- Wendung der Fremdaggression gegen das Selbst
- Suizid als narzistischer Triumph
- Identifikation mit dem verlorengegangenen Objekt

Konzepte zur Entstehung //

Auslösende Faktoren

- Familienkonflikte (31%)
- Partnerverlust, Liebeskonflikte (16%)
- Schul-/Ausbildungsschwierigkeiten (11,5%)
- Entwicklungskrisen (8,9%)

Konzepte zur Entstehung //

„Werther-Effekt“

- Suizidvorbild (Suggestieren, Beeindrucken)
- Suizidnachahmer (Imitieren, Sich Identifizieren)
- Nachahmungseffekte durch Berichterstattung über Suizidmethoden und –orte

Konzepte zur Entstehung //

Internet Suizidforen

- Herabsetzung der Hemmschwelle u.a. durch Gruppenwirkung
- Sog der virtuellen Welt mit der Folge des realen sozialen Rückzugs
- Abhängigkeit vom Online-Sein, Forenmaster werden als Idole idealisiert
- geschlossener Kreis:
 - die Außenwelt wird zum allgemeinen Feind, Verstärkung der Einengung, Irreführung durch sog. Faker, Anleitung zur Durchführung

Das Präsuizidale Syndrom bei Kindern und Jugendlichen (Löchel) //

- Konkrete Vorstellung über die Durchführung eines Suizidversuchs
- Suizidgedanken in der Anamnese
- Dysphorische Verstimmung
- Psychosomatische Äquivalente

Diagnostik //

Warnsignale der Suizidgefährdung bei Ki-und Jug.

- Subjektiver Eindruck, nicht genügend geliebt zu werden
- Gefühle der Einsamkeit, Isolation, Verzweiflung,
- Gefühle der Ausweg- bzw. Sinnlosigkeit
- Ängste, Grübelzwang
- Verschenkung von persönlichen Wertgegenständen und
Regelung persönlicher Angelegenheiten
- Leistungsabfall in der Schule

Diagnostik //

- Lustlosigkeit, Teilnahmslosigkeit, sozialer Rückzug
- Sehnsucht „weg zu sein“, „auszuschlafen“
- Weglauftendenzen/Ausreißversuche
- Phantasien um das „Danach“
- Vernachlässigung des eigenen Aussehens
- Starke Beschäftigung mit dem Thema „Tod“
- Übermäßiger Konsum von Alkohol und Drogen
- Häufige Unfälle oder körperliche Beschwerden ohne medizinische Erklärung

Diagnostik //

Besondere Aspekte bei Ki-und Jug.

- Suizid als Rettung des eigenen Selbstwertgefühls, durch Eigeninitiative erfolgt kein vollständiger Identitätsverlust
- Die Idee der Flucht aus der Welt zur Abwehr aller Kränkungen wird zum Zwangsgedanken (Zustand der Einengung, Tunnelvision)
- Die Jugendlichen schöpfen Befriedigung und Kraft durch die genaue Planung (cave: täuschende Ruhe und Ausgeglichenheit)

Diagnostik //

- Motive, Auslöser, Intention
- Risikofaktoren
- Zugrundeliegende Diagnose
- Umfeld, soziale Ressourcen

Therapie //

Suizidprävention //

- Gesprächs- und Beziehungsangebot
- Diagnostik von Suizidalität und psychischer Störung
- Krisenmanagement mit fürsorglicher Betreuung (auch stationär!)
- Psycho- und Pharmakotherapie der Suizidalität und der Grunderkrankung
- Einrichtungen der Suizidprävention sind mit einzubeziehen.

Therapie //

- Professionelle Hilfe suchen!!
- Diagnostische Einschätzung
- Ambulante Therapie
- Stationäre Krisenintervention
- Stationäre Kinder-/Jugendpsychiatrische Behandlung

Therapie //

- Anlaß und zugrundeliegender Konflikt
- Realitätsprinzip (Irreversibilität, Phantasien)
- Einengung aufheben (psychosoziales Umfeld, Relativieren des Konfliktes)
- Weiterführende Hilfen (Psychotherapie, Selbsthilfegruppen, Notrufnummern)

Therapie //

Umgang mit suizidalen Menschen

- Diagnostik von Suizidalität und psychischer Störung/Suizidankündigung ernstnehmen (Notsignal)
- Suizidalität offen und direkt ansprechen
- Bagatellisierung oder Dramatisierung vermeiden
- Vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre schaffen
- Bindungen im Leben ansprechen, Hoffnung vermitteln
- Diagnostik körperlicher und psychischer Erkrankungen und aktuelle Behandlungsnotwendigkeit (Drogen-/ Med.screening)

Therapie //

Umgang mit suizidalen Menschen

- Klären der sozialen Situation
- Feste Vereinbarungen treffen (Antisuiizidvertrag)
- Hohe Beziehungsdichte sichern (engmaschige Betreuung)
- Einweisungsnotwendigkeit klären (Stationär) -> medikamentöse Therapie bedenken, Ausgang und Besuchsdichte regeln
- Einbeziehung psychosozialer Dienste

Therapie //

Umgang mit selbstverletzendem Verhalten

- Wundversorgung
- Bagatellisierung oder Dramatisierung vermeiden
- Vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre schaffen
- Abklärung von Suizidalität
- Psychotherapie, Skills
- Schwerpunkt Emotionsregulation, z.B. DBT-A

Therapie //

Umgang mit selbstverletzendem Verhalten

- Einbezug des sozialen Systems
- Bearbeitung der Konflikte (familiär, Peergroup)
- Feste Vereinbarungen treffen (Ansprechpartner bei „Ritzdruck“)
- Hohe Beziehungsdichte sichern (engmaschige Betreuung)
- Einweisungsnotwendigkeit klären (Stationär) -> medikamentöse Therapie bedenken, Ausgang und Besuchsdichte regeln
- Einbeziehung psychosozialer Dienste

Therapie der Depression //

- Psychoedukation
- Erfassen des psychosozialen Funktionsniveaus (sozial, familiär, schulisch)
- Erfassen der Schwere, Suizidalität
- Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie
- Familientherapie
- Psychosoziale Unterstützung
- Rezidivprophylaxe

Prävention //

- Präventionsprogramme an Schulen
- Awarenessprogramme
- Paten- (gatekeeper) Programme
- Screeningprogramme

Literatur //

- Antonovsky, Aaron (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. (3-87159-136-X)
- Bühring, P. Suizidprävention-Gesellschaftliches Tabu brechen, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 99, Heft 25, S. B1457
- Brunner, J., Bronisch, T. Genetik und Neurobiologie suizidalen Verhaltens- Implikationen für Psychopharmakotherapie und Psychotherapie, Psychotherapie 7. Jahrg. 2002, Bd.7, Heft 2
- Eggers, Fegert, Resch, Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Springer, 2. Auflage 2012
- Henseler, H., Die Suizidhandlung unter dem Aspekt der psychoanalytischen Narzissmustheorie, 13 Psyche 3/75, S. 193-207

Literatur //

- Kaess, M., Selbstverletzendes Verhalten, Beltz, Weinheim, Basel, 2012
- Leitlinie „Suizidalität im Kindes- und Jugendalter“ (AWMF), Stand: 2010
- Lindner, R., Fiedler, G., Götze, P. Diagnostik der Suizidalität. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 100, Heft 15, S. B840-43
- Löchel, M., Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter, Verursachung, Beziehung zur Psychose, Früherkennung und Prävention, Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 4-2002, S. 46-61
- Petermann, Neuhäuser, Schmidt: Suizidalität in Kindheit und Jugend, Kindheit und Entwicklung 13., Heft 1, 2004

Literatur //

- Prass, S., Suizidforen im Internet eine neue Kultgefahr, Berliner Dialog22, 2-2000 Martini, S.16-19
- Reimer, C., Arentewicz, G., Kurzpsychotherapie nach Suizidversuch, Springer, Berlin 1993
- Ringel, E., Das präsuizidale Syndrom 1953
- Statistisches Bundesamt:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitszustand/UnfaelleGewaltKinder5230001127004.pdf?__blob=publicationFile
- Vorderholzer, U, Uniklinikum Freiburg, Hauptvorlesung Psychiatrie und Psychotherapie WS 2002/03: Management und Therapie akuter Suizidalität
- Vollmann, M., Uni Greifswald: Vorlesung Psychologie: Suizid im Jugendalter
- Ziegler, W., Hegerl, U., Der Werther-Effekt, Nervenarzt 2002.73:41-49

Literatur //

- <http://www.suicideinfo.ca/>
- www.buendniss-depression.de
- www.frnd.de
- <https://www.gbe-bund.de/>
- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention ; <http://suizidprophylaxe.de/>
- <http://www.who.int/topics/suicide/en/>
- <http://www.deutsche-depressionshilfe.de/>

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit