

Hinweise zum Aufbau des Buches

Ziel dieses Buches ist es, Menschen aus unterschiedlichen professionellen Bereichen einen theoretisch fundierten und aktuellen Überblick über relevantes Wissen zu Diagnostik, Entstehung und Behandlung depressiver Störungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu geben. Neben den theoretischen Darstellungen wird ein Praxisbezug hergestellt, indem in den einzelnen Kapiteln die theoretischen Inhalte anhand von drei Fallbeispielen – die sich durch das gesamte Buch ziehen – veranschaulicht werden. Die Fallbeispiele orientieren sich an »realen« Behandlungsfällen aus unserer psychotherapeutischen Praxis, sind jedoch so verändert, dass sie nicht zugeordnet werden können. Die Namen sind frei erfunden. Zu Beginn eines jeden Kapitels werden Lernziele benannt und am Ende des entsprechenden Abschnitts Fragen zur Überprüfung der Lernziele aufgeführt.

In diesem Buch beziehen wir in unsere Betrachtungen neben Kindern und Jugendlichen auch junge Erwachsene ein. In Anlehnung an die Entwicklungspsychologen Schneider & Lindenberger (2018) legen wir das Jugendalter im Altersbereich zwischen 11 und 18 Jahren fest. Das »junge Erwachsenenalter« definieren wir unter Verwendung des Begriffs »Emerging Adulthood« nach Arnett (2000) zwischen 18 und 25 Jahren. In diesem Entwicklungskonzept bildet die Phase des späten Teenageralters bis Mitte Zwanzig einen wichtigen Zeitraum tiefgreifender Veränderungen. Viele junge Menschen befinden sich in diesem Zeitraum innerhalb ihrer Aus- und Weiterbildung oder im Studium, um sich für konkrete Berufe zu qualifizieren. Darüber hinaus leben viele junge Erwachsene zum ersten Mal in einer eigenen Wohnung oder Wohngemeinschaft, müssen ihren Alltag und alle damit verbundenen Aufgaben und Pflichten selbstständig organisieren. Sie gestalten intime Beziehungen, erweitern häufig ihren Freundeskreis und sammeln Erfahrungen an verschiedenen Arbeitsplätzen, teilweise in Verbindung mit Auslandsaufenthalten. In diesem Entwicklungsabschnitt haben die jungen Erwachsenen oder »Emerging Adults« die Adoleszenz (mit all ihren Abhängigkeiten) bereits verlassen, haben jedoch noch nicht alle eine Verantwortungsrolle inne, die mit dem Verständnis eines Erwachsenenstatus eigentlich verknüpft ist (McGorry & Purcell, 2009). In dieser Lebensphase ist die Pubertät zum Großteil abgeschlossen. Die Persönlichkeits- und Gehirnentwicklung vom kindlichen Gehirn zum leistungsfähigen, effizienten Erwachsenengehirn sind jedoch noch voll im Gange. Und so erschließt sich auch, dass sich gerade in dieser Lebensphase voller Übergänge und mit der Übernahme vieler neuer Verantwortungsbereiche psychische Störungen erneut manifestieren, bei manchen jungen Erwachsenen treten psychische Probleme in dieser Phase auch zum ersten Mal auf. Wir hoffen, mit dem vorliegenden Buch einen Leitfaden zur Be-

handlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit depressiven Erkrankungen für die klinische Praxis zur Verfügung stellen zu können.

Stuttgart, Hamm und Rostock im März 2025

1 Erscheinungsbild, Entwicklungspsychopathologie und Klassifikation

Lernziele

- Sie können eine »schlechte Stimmung« und pubertäre Stimmungsschwankungen von einer depressiven Episode abgrenzen.
- Sie wissen, wie sich depressive Episoden je nach Alter und Entwicklungsstand spezifisch äußern.
- Sie können die diagnostischen Kriterien für die depressive Störung, für eine rezidivierende depressive Störung und eine Dysthymie nach der International Classification of Diseases (9. Ausgabe, ICD-10; Weltgesundheitsorganisation [WHO], 2014 und 10. Ausgabe, ICD-11, WHO, 2018) und dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5. Edition, DSM – 5, American Psychiatric Organization [APA], 2018) benennen und bei Patient*innen erkennen.
- Sie wissen, wie die diagnostischen Kriterien einer Disruptiven Stimmungs-dysregulationsstörung nach dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5. Edition, DSM – 5, American Psychiatric Organization [APA], 2018) lauten und können diese bei Patient*innen erkennen.

1.1 Einführung der Fallbeispiele

Wie eingangs beschrieben, werden die Inhalte dieses Buches praktisch anhand von drei Fallbeispielen aus unterschiedlichen Altersbereichen veranschaulicht. Diese Fallbeispiele werden nachfolgend eingeführt.

1.1.1 Fallbeispiel 1: Annika, 8 Jahre

Erster Eindruck

Zum Erstgespräch stellt sich ein ruhiges, freundlich lächelndes, sehr schlankes, etwas schlaksiges Mädchen mit langen dunklen Haaren vor. Das Mädchen blättert in einer Zeitschrift, während sich die neben ihr sitzende, jugendlich gekleidete

dete Mutter mit ihrem Smartphone beschäftigt. Zunächst wird die Mutter gebeten, verschiedene Fragebögen zu beantworten. Neben relevanten Kontaktdaten füllt die Mutter einen Fragebogen zum Screening von Verhaltensauffälligkeiten aus (z. B. Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen [CBCL/6–18R]; Döpfner et al., 2014). Während des Ausfüllens erfolgt immer wieder ein kurzer, freundlicher verbaler Austausch zwischen Mutter und Tochter. Da die Eltern geschieden sind, aber ein gemeinsames Sorgerecht besteht, wurde die Mutter im Vorfeld gebeten, zum Erstgespräch das schriftliche Einverständnis des Vaters zur Durchführung einer Psychotherapie vorzulegen. Entsprechend bringt die Mutter zum Termin einen Ausdruck einer E-Mail des Vaters mit, in dem er schriftlich seine Zustimmung zur Psychotherapie der Tochter gibt.

Erstgespräch

Im Erstgespräch berichtet Annika mit leiser Stimme, dass sie in der Schule von anderen Kindern geärgert würde: Sie werde gehänselt, manchmal auch körperlich angegriffen (z. B. schubsen, Konfetti über sie leeren), in einzelnen Situationen auch bedroht (z. B. »Wir bringen deine Vögel um«), außerdem käme es zu Sachbeschädigungen (z. B. habe Annika beim Krippenspiel ihre Puppe als Jesusfigur zur Verfügung gestellt; nach dem Krippenspiel hätten dann Jungs aus der Klasse Fußball mit der Puppe gespielt). Die Klassenlehrerin helfe ihr nicht, sie nehme sie meist nicht ernst oder sage, dass sie sich nicht vorstellen könne, dass die anderen Kinder so etwas tun. Das sei auch regelmäßig die Rückmeldung an die Mutter, wenn sie bei der Lehrerin vorstellig werde. Annika habe nur eine Freundin in der Nachbarschaft und spiele sonst in der Pause mit Erstklässlern. Ein bis zwei Mädchen in der Klasse würden manchmal mit ihr in der Pause spielen, das sei jedoch wenig verlässlich. Die Mutter habe zunächst gedacht, dass ihre Tochter die Situation aushalte, bis sie in die weiterführende Schule ginge (so sei es bei ihrer älteren Tochter auch gewesen), da sie eigentlich eine »starke Persönlichkeit« habe und fröhlich sei. Jetzt aber merke sie, dass Annika, die eigentlich immer mutig gewesen wäre, Ängste entwickle, wenn sie nicht da sei, aber auch im Umgang mit anderen. Außerdem werde sie zuhause häufig und schnell wütend, aufbrausend, wirke aber auch oft traurig. Annika habe des Öfteren gesagt, dass sie sich selbst »doof« finde, anders aussehen wolle. Immer häufiger wolle sie nicht mehr aus dem Haus zum Spielen. In letzter Zeit habe sie auch öfters über Bauchschmerzen geklagt, vor allem morgens vor der Schule. Ihre Schulleistungen hätten sich verschlechtert, sie melde sich kaum noch, könne sich auch nicht mehr gut konzentrieren. Das sei in der 1. und 2. Klasse kein Problem gewesen. Außerdem esse sie sehr wenig; das bereite der Mutter Sorgen, da Annika ohnehin sehr dünn wäre.

Relevante soziodemografische Informationen

Annika lebt gemeinsam mit der alleinerziehenden Mutter (39 J., arbeitet in der Qualitätssicherung in einer Pharmafirma, ganztägig berufstätig, häufige Überstunden) und einer älteren Schwester (+6 J., 9. Klasse Gymnasium) in einem Zwei-Familien-Haus mit den Großeltern (Großmutter, 75 J., Großvater 79 J.) in einem kleinen Dorf in ländlichem Gebiet. Das Haus wurde von den Großeltern gekauft. Nach der Scheidung vor sieben Jahren ist die Mutter mit ihren beiden Töchtern und den Großeltern aufgrund eines Jobangebotes dorthin gezogen. Zum Vater (38 J., Elektriker) – der 600 km entfernt wohnt – besteht nur unregelmäßig Kontakt in den Ferien. Das Sorgerecht liegt gemeinsam bei beiden Eltern. Zwischen den Eltern besteht ein rein organisatorischer Kontakt, die Ehe sei sehr konfliktreich verlaufen. In ihrer Freizeit spielt Annika Tischtennis im örtlichen Verein. Sie hat zwei Wellensittiche, um die sie sich selbst kümmert.

1.1.2 Fallbeispiel 2: Tom, 16 Jahre

Erster Eindruck

Tom erscheint gemeinsam mit dem Vater zum Erstgespräch. Beide sitzen ruhig im Wartezimmer, Tom wirkt nervös, er nimmt immer wieder eine Zeitschrift zur Hand, legt sie dann weg, wischt sich häufig die Handflächen an der Hose ab. Tom ist vom Erscheinungsbild her gepflegt, eher unauffällig gekleidet. Sowohl Tom als auch der Vater werden gebeten, verschiedene Fragebögen auszufüllen: Angabe der Kontaktdaten des Patienten und einen Fragebogen zum Screening von Verhaltensauffälligkeiten im Selbsturteil (Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach: Fragebogen für Jugendliche [YSR/11–18R]; Döpfner et al., 2014) und im Fremdurteil (CBCL/6–18R; Döpfner et al., 2014).

Erstgespräch

Der 16-jährige Patient berichtet beim Erstgespräch, dass er sich seit fast einem Jahr zunehmend »depressiv« fühle: Er wäre oft traurig, niedergeschlagen, verzweifelt, weine dann allein in seinem Zimmer, könne sich nur schwer beruhigen. Er schläfe schlecht, grüble viel, ziehe sich sozial immer mehr zurück. Besonders belastet wäre er dadurch, dass er an sich zweifle. Er sei davon überzeugt, dass Gleichaltrige ihn nicht mögen würden. In der Schule habe er zwar Kontakte zu Klassenkamerad*innen, aber in der Freizeit sei er für sich allein. Seine Freund*innen/Mitschüler*innen würden fast nie nachfragen, ob er etwas mit ihnen unternehmen wolle. Wenn er einmal – was selten vorkomme – zu einer Party eingeladen werde, dann fühle er sich nicht zugehörig. Er könne nicht so ausgelassen sein wie die anderen und denke viel über seine Wirkung auf Gleichaltrige nach. Im Kontakt mit anderen fürchte er meist, eher negativ bewertet zu werden: so fühle er sich ungeschickt und auch unattraktiv, er wisse nicht, was er in

Gesprächen sagen solle. Allgemein meide er soziale Situationen mit vielen Menschen, da sie ihm »immense Angst« verursachten. Manchmal sei er so unglücklich darüber, dass sein Leben ihm sinnlos und hoffnungslos erscheine, fast wöchentlich habe er Suizidgedanken, jedoch ohne konkrete -absichten. Begonnen hätten die Schwierigkeiten bei einer Schülerdisco. Er erinnere auf der Party gewesen zu sein und alles nur beobachtet zu haben, »als wäre es ein Film und er nicht wirklich dabei«. Damals sei er plötzlich davon überzeugt gewesen, »uncool« zu sein und hässlich auszusehen. Den Gedanken hätte er nicht mehr »aus dem Kopf bekommen«. Zum damaligen Zeitpunkt habe er auch starke Gedanken gehabt, dass das Leben keinen Sinn habe und er sich eigentlich umbringen solle. Nur der Gedanke an seine Familie habe ihn davon abgehalten, sich etwas anzutun. Zusätzlich belastend bezüglich der beschriebenen Symptomatik wäre, dass er oft erröte, Tom schäme sich dafür. Durch dieses Erröten käme er sich noch unattraktiver vor.

Relevante soziodemografische Informationen

Der 16-jährige Gymnasiast (aktuell 11. Klasse) lebt gemeinsam mit seinen beiden Brüdern (+2 J.; -5 J.) und seiner Schwester (-7 J.) bei seinen leiblichen Eltern (Mutter 48 J., Literaturwissenschaftlerin, nicht berufstätig, »managt« die Familie; Vater 54 J., ganzjährig berufstätig als Schulleiter einer Berufsschule) in einem eigenen Einfamilienhaus, städtisches Wohngebiet. Er ist musikalisch, spielt Fagott, ist Mitglied eines Orchesters.

1.1.3 Fallbeispiel 3: Jessica, 22 Jahre

Erster Eindruck

Die 22-jährige Jessica kommt gemeinsam mit ihrer Bezugsbetreuerin aus der Mutter-Kind-Einrichtung, in der sie lebt, und ihrem drei Monate alten Sohn Marlon zum Erstgespräch. Die Betreuerin hält Marlon auf dem Arm, Jessica kommt allein zum Gespräch in den Therapieraum. Zuvor hat sie konzentriert die an sie ausgeteilten Unterlagen und Fragbögen (Angabe der Kontaktdaten der Patientin, Symptom-Checkliste-90-Standard [SCL-90-S]; Franke, 2014) ausgefüllt.

Erstgespräch

Die Patientin berichtet im Erstgespräch, dass sie Mühe habe, morgens aufzustehen und ihr Kind zu versorgen. Sie weine ständig, grüble viel, sei traurig, niedergeschlagen, könne schlecht schlafen (Ein- und Durchschlafschwierigkeiten). Auslöser für diese Symptomatik sei die Trennung von ihrem Freund gewesen. Er habe sie zunächst in der Schwangerschaft begleitet, sich dann aber vor der Geburt getrennt, da sich herausgestellt habe, dass er nicht der Vater des Kindes sei. Sie hätte »alles versucht, um ihn zu halten«, aber es habe nichts gebracht. Unter der

Trennung leide sie sehr stark, obwohl sie inzwischen denke, dass der Freund »nichts wert gewesen sei«.

Sie habe sich schon immer benachteiligt gefühlt, ihr Leben sei bisher »einfach mies« verlaufen, schon seit der Kindheit. Deswegen, so äußert sie, fühle sie sich »depressiv, seit sie denken könne«, obwohl es immer wieder Zeiten gebe, in denen ihre Stimmung besser wäre. Ihre erste Psychotherapie habe sie mit 12 Jahren gemacht als sie in die Jugendhilfeeinrichtung kam. Sie komme mit der Vergangenheit nicht zurecht, habe Schuldgefühle (»ich hätte meine Mutter nicht im Stich lassen und in die Jugendhilfeeinrichtung gehen dürfen, sie ist krank, hätte mich gebraucht«), einen instabilen, geringen Selbstwert (»wenn man so eine Lebensgeschichte wie ich mitbringt, ist man doch für die Zukunft auch schon versaut«). Gleichaltrigen gegenüber habe sie sich immer »anders« und nicht zugehörig gefühlt, Freundschaften seien stets rasch in die Brüche gegangen, auch wenn sie zunächst die Freundschaften positiv gefunden habe. »Auf Andere kann ich mich nicht verlassen«, folgert Jessica. Im Jugendalter habe sie sich oft in emotional aufwühlenden Situationen geritzt, um sich zu spüren und dem Gefühl der inneren Leere entgegenzuwirken, manchmal aber auch, um sich zu bestrafen. In einer früheren ambulanten Psychotherapie habe sie aber gelernt, wie sie sich anders beruhigen könne (z.B. lutsche sie Eiswürfel, gehe spazieren); Selbstverletzungen kämen eigentlich nicht mehr vor. Momentan habe sie jedoch manchmal den Drang, dies wieder zu tun. Oft denke sie, dass sie gar nicht mehr leben wolle, aber wegen ihres Kindes würde sie sich nichts antun. Im Alter von 15 Jahren hätte sie allerdings einen Suizidversuch mit Tabletten unternommen. Damals sei sie von ihrem damaligen Freund verlassen worden. Nach Einnahme der Tabletten hätte sie aber selbst Angst bekommen und die ambulante Psychotherapeutin angerufen, diese habe die Einrichtung informiert und einen Krankenwagen geschickt. Durch die Geburt von ihrem Sohn Marlon hätte sich ihre Stimmung nicht noch weiter verschlechtert, aber sie fühle sich sehr unattraktiv. Seit ca. einem Monat esse sie möglichst wenig, manchmal erst abends, sie wolle abnehmen, fühle sich zu dick, denke sehr viel über ihren Körper nach. An manchen Tagen sei ihr schwindelig, weil sie kaum etwas gegessen habe. In der Einrichtung komme es deshalb auch zu Konflikten, da sie dort an den Mahlzeiten teilnehmen müsse, dies aber nicht wolle.

Relevante soziodemografische Informationen

Jessica lebt seit ca. fünf Monaten in einer Mutter-Kind-Einrichtung gemeinsam mit ihrem drei Monate alten Sohn Marlon, zum Vater des Sohnes besteht kein Kontakt, er war in einem Flüchtlingsheim untergebracht, Jessica hat ihn nicht über die Schwangerschaft informiert. Die Patientin hatte eine Beziehung zu einem anderen Partner als sie von der Schwangerschaft erfuhr. Sie befindet sich im 2. Ausbildungsjahr zur Erzieherin, pausiert gerade jedoch aufgrund der Geburt des Sohnes. Jessica hat zuvor seit ihrem 12. Lebensjahr in einer Jugendhilfeeinrichtung, dann in einer Wohngemeinschaft im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens eines sozialpsychiatrischen Dienstes gewohnt. Ihren leiblichen Vater kenne sie nicht, die Mutter sei psychisch schwer erkrankt (Depressionen,

emotional-instabile Persönlichkeitsstörung), hätte wiederholt stationär psychiatrisch behandelt werden müssen und sei mit der Erziehung und Betreuung der Tochter überfordert gewesen. Jessica erinnert ihre Mutter in »guten Zeiten« als humorvoll und liebevoll, sehr oft sei sie für Jessica jedoch unberechenbar gewesen. Häufig habe sie es kaum »aus dem Bett« geschafft. Jessica hätte schon früh begonnen, den Haushalt zu erledigen, sich um die Arztermine der Mutter zu kümmern, zu kochen. Wenn die Mutter stationär behandelt worden wäre, sei sie als Kind bei unterschiedlichen Bekannten der Mutter untergebracht gewesen. Ab und zu – wenn die Mutter stabil sei – treffe sich Jessica mit ihr. Sie hätte zwei Freundinnen, die mit ihr in der Jugendhilfeeinrichtung gelebt hätten; die Freundschaften seien jedoch durch häufige Konflikte und zeitweilige Unterbrechung des Kontaktes gekennzeichnet.

1.2 Erscheinungsbild

Nach den international verfügbaren Leitlinien aus den USA, Großbritannien und den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland (Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen [AWMF, 2013] und deren aktueller Überarbeitung [Schulte-Körne et al., 2023]), zeigt die Symptomatik einer depressiven Störung zwischen Minderjährigen und Erwachsenen alters- und entwicklungsabhängige Unterschiede. Während bei Klein- und Vorschulkindern vor allem somatische Beschwerden (z. B. Bauchschmerzen) und ein reduziertes Explorations- und Imitationsverhalten im Vordergrund stehen, imponieren bei Schulkindern mit einer depressiven Erkrankung ein sozialer Rückzug, Trennungsängste und Leistungsprobleme. Typisch für das Kindes- und Jugendalter ist z. B. auch, dass eine gereizte Stimmung vorherrschen kann (vgl. Major Depressive Disorder [MDD], DSM-5, APA, 2018) auch mit schnellem Stimmungswechsel innerhalb eines Tages. Im Jugendalter fällt es manchmal schwer, pubertäre Reaktionen von depressiven Entwicklungen zu unterscheiden. Manche Symptome, die typischerweise bei schweren depressiven Störungen im Erwachsenenalter auftreten, wie z. B. ein Schuldwahn, sind entwicklungspsychologisch bei Kindern und Jugendlichen noch nicht zu erwarten (Mayes et al. 2010). Andererseits treten typische Symptome wie Schuldgefühle im Rahmen familiärer Konflikte (»ich bin schuld, dass sich die Eltern streiten«) oder auch bezogen auf die eigene Person (»es ist meine Schuld, dass ich schlecht in der Schule bin«) und starke Selbstabwertungen auf.

In der weiteren Entwicklung bis hin zum jungen Erwachsenenalter gehen die Symptome immer mehr in die unten genannten Kriterien (► Kap. 2.2; und ► Tab. 1.1) über, die vor allem für den Erwachsenenbereich zutreffend sind. Es fehlen bislang Studien, die konkret die Unterschiede im Erscheinungsbild von Jugendlichen und jungen Erwachsenen untersuchen. Im Vergleich zu älteren Erwachsenen (älter als 50 Jahre) zeigt sich, dass jüngere Erwachsene einen stärkeren

Verlust des sexuellen Interesses beklagen und vermehrt Schuldgefühle haben, während ältere Erwachsene vor allem agitierter sind, unter allgemeinen somatischen und speziell gastrointestinalen Beschwerden leiden und hypochondrischer auftreten (Bendau, Petzold & Ströhle, 2022).

1.3 Kernsymptomatik depressiver Störungen

Folgende Kernsymptome depressiver Störungen werden in den Klassifikationssystemen (ICD-10, WHO, 2014; ICD-11, WHO, 2018; DSM-5, APA, 2018) benannt:

- Stimmungsprobleme (Taurigkeit, Reizbarkeit, Freudverlust, eingeschränktes affektives Erlebensmuster, Anhedonie),
- Probleme im Denken (»ineffective with self-critical focus«),
- Veränderungen im Aktivitätsniveau (Interessens- und/oder Freudeverlust).

Kinder sind grundsätzlich begeisterungsfähig, neugierig, aktiv, explorieren ihre Umgebung, suchen sich stets Beschäftigungen, initiieren – in Abhängigkeit vom Entwicklungsstand – unterschiedliches Spielverhalten. Kinder mit einer depressiven Erkrankung hingegen beklagen altersuntypische »Langeweile«, verhalten sich über weite Strecken des Tages inaktiv und lustlos. Im Jugendalter kann sich die Anhedonie durch Verlust an Freude bisheriger Aktivitäten und Freundschaften zeigen. Im Unterschied zur pubertären »Null-Bock-Stimmung«, die oft wie »weggeblasen« ist, wenn Jugendliche ihren Hobbies nachgehen oder soziale Kontakte pflegen, zieht sich bei Jugendlichen mit depressiven Erkrankungen der Freudeverlust stabil durch den Alltag. Ähnliches ist bei jungen Erwachsenen zu beobachten. Zudem können Störungen im Bereich des Antriebs hinzukommen (reduzierter Antrieb, eine erhöhte Ermüdbarkeit).

Patient*innen mit depressiven Störungen im Übergang von der Kindheit zum Jugendalter zeigen häufig ein vermindertes Selbstwertgefühl. Bereits im Kindesalter kann ein geringes Selbstvertrauen vorliegen. Darüber hinaus kann bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine erhöhte Grübelneigung beobachtet werden (Simons, 2016).

Konzentrations-/Aufmerksamkeitsprobleme können ebenfalls vorhanden sein, die differentialdiagnostische Abklärung bezüglich einer eventuell vorliegenden komorbidien Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS, vgl. Differentialdiagnostik) kann schwierig sein. Eine psychomotorische Hemmung oder auch Agitiertheit mit dem Gefühl der inneren Unruhe kann auftreten.

Besonders auffällig können wiederkehrende Todesgedanken sein. Im Kindesalter kommen diese sehr selten vor, für das Jugendalter und junge Erwachsenenalter sind diese per se nicht untypisch. Gleichwohl unterscheiden sich Todesgedanken in der Intensität und Persistenz bei depressiven Störungen von denen, die allgemein z. B. in der Pubertät (hier eher Beschäftigung mit der Möglichkeit des Todes/der Endlichkeit

des Lebens, keine drängenden Suizidgedanken) auftreten. Zusätzlich erhöht eine Depression das Risiko für einen Suizid. Insofern sind akute suizidale Gedanken oder gar Suizidpläne als psychopathologische Phänomene von besonderer Bedeutung bei depressiven Erkrankungen. Selbstverletzungen in nicht-suizidaler Absicht treten ab dem Jugendalter ebenfalls oft auf (z.B. sich ritzen).

Depressiv erkrankte Kinder klagen häufig über somatische Beschwerden wie Bauch- oder Kopfschmerzen oder Schlafstörungen. Sie können in Form von Ein- und Durchschlafstörungen und/oder frühmorgendlichem Erwachen auftreten. Schlafprobleme, insbesondere Insomnien sind häufig bei depressiven Jugendlichen – bis zu 73 % der Jugendlichen mit depressiven Störungen berichten von Schlafstörungen (Yang et al., 2023). Vor allem das Vorliegen von Schlafstörungen parallel zur depressiven Symptomatik scheint mit einem deutlich erhöhten Suizidrisiko und erhöhtem Substanzkonsum einherzugehen.

Die im Erwachsenenalter bekannten Phänomene wie Appetitsteigerung oder -verminderung treten auch bei Kindern und Jugendlichen auf. Bei Kindern ist zu beachten, dass auch eine mangelnde Gewichtszunahme Symptom einer depressiven Störung im Kindes- und Jugendalter sein kann. Insgesamt scheint insbesondere bei Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen mit depressiver Störung ein vegetatives Symptomuster vorzuherrschen. Dieses ist gekennzeichnet durch Appetit- und Gewichtsverlust, Antriebslosigkeit und Schlafstörungen (Rice et al., 2019).

Das Erscheinungsbild depressiver Störungen unterscheidet sich im jungen Erwachsenenalter nicht wesentlich von dem im Erwachsenenalter, auch die Suizidalität entspricht sich (vgl. Rohde et al., 2013). Ein wichtiges Entwicklungsziel im jungen Erwachsenenalter ist die berufliche Ausbildung, die Verselbständigung und Loslösung im Alltag vom Elternhaus (z.B. Auszug aus dem Elternhaus). Patient*innen mit depressiven Störungen in dieser Altersgruppe fühlen sich aufgrund des eingeschränkten Leistungsverhaltens und der Konzentration, des geringen Antriebs und der Erschöpfungsgefühle in der Erreichung dieser Ziele stark eingeschränkt, was sich wiederum negativ auf den Selbstwert auswirkt und Zukunftssorgen verstärken kann.

Generelle Symptome einer Depression

- depressive Stimmung
- Interessenverlust/Freudverlust
- kein Antrieb/Ermüdbarkeit
- vermindertes Selbstwertgefühl/-vertrauen
- Selbstvorwürfe/Schuldgefühle
- wiederkehrende Todesgedanken
- Konzentrations-/Aufmerksamkeitsprobleme
- psychomotorische Agitiertheit/Hemmung
- Schlafstörungen
- Appetit-/Gewichtsverlust (bei Kindern auch: mangelnde Gewichtszunahme)