

Inhalt

Editorial:

Mit Kindern über das Coronavirus sprechen 2

Poststationäre psychodynamische Psychotherapien bei Kindern
und Jugendlichen – ein Praxisbericht

Ulrich Rüth & Astrid Holch 6

Verlauf und Prognose depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter

Ingo Spitzcok von Brisinski 21

Kolumne:

Absetz- und Rebound-Phänomene bei Psychopharmaka –
Neue Erkenntnisse oder viel Wind um Bekanntes?

Klaus-Ulrich Oehler 46

Kolumne:

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik 53

Hinweise für Autoren 56

Abonnement forum 58

Anzeigen 59

Media Daten 63

Impressum 64

Editorial:

Mit Kindern über das Coronavirus sprechen

Eltern und Lehrkräfte, aber auch wir Kinderpsychiater und unsere Mitarbeitenden stehen vor der Herausforderung, über das Coronavirus und seine Auswirkungen mit Kindern und Jugendlichen zu sprechen. Diese Gespräche sind wichtig, können sich jedoch schwierig gestalten, da das Virus in seiner jetzigen Form noch relativ neu ist und manche Erkenntnisse und Regelungen sich innerhalb kurzer Zeit ändern. Schon für die Erwachsenen ist dies teils mit erheblicher Unsicherheit verbunden und auch in den kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen und Kliniken sind Ängste und Sicherheitsbedarfe nicht immer nur rational geleitet. Auch hierauf müssen wir angemessen eingehen, d. h. mit einem anschlussfähigen Verständnis für die Sorgen der Kinder, Jugendlichen, Eltern, Mitarbeitenden und Kooperationspartner einerseits, unter Kenntnisnahme und Berücksichtigung tagesaktueller regionaler, nationaler und internationaler Erkenntnisse und Regelungen andererseits.

Bei allem Bemühen um Berücksichtigung aller aktuellen Regelungen seitens des Robert Koch-Instituts (RKI), des jeweils zuständigen Gesundheitsamts, des jeweiligen Trägers, der zuständigen Hygienebeauftragten bzw. Hygienekommission, Krisenteams und Berücksichtigung der Entscheidungen der jeweiligen Schulbehörden ergeben sich dennoch im Einzelfall Entscheidungsspielräume. Dies kann dazu führen, dass verschiedene Entscheider unterschiedlich entscheiden, ob ein Kind auf Coronavirusinfektion getestet werden soll, ob es in Quarantäne gehen soll oder nicht, usw., was wiederum zu Unverständnis oder zumindest Unsicherheit bei den Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld führt.

Die American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) hat Vorschläge zur Gestaltung der Gespräche mit Kindern über das Coronavirus publiziert (Internet-Zugriff am 8.3.2020, an deutsche Verhältnisse adaptierte Übersetzung des Verfassers):

1. Schaffen Sie eine offene und unterstützende Atmosphäre, in der Kinder wissen, dass sie Fragen stellen dürfen. Die Kinder sollten jedoch nicht gezwungen werden, darüber zu sprechen, solange sie nicht dazu bereit sind.
2. Beantworten Sie Fragen aufrichtig. Normalerweise erkennen Kinder oder finden es irgendwann heraus, wenn Sie „Dinge erfinden“. Dies kann ihre Fähigkeit beeinträchtigen, in der Zukunft Ihnen oder Ihren Zusicherungen noch zu vertrauen.
3. Verwenden Sie Wörter und Konzepte, die Kinder verstehen können. Stimmen Sie Ihre Erklärungen auf Alter, Sprache und Entwicklungsstand des Kindes ab.
4. Helfen Sie Kindern, genaue und aktuelle Informationen zu finden. Drucken Sie ggf. geeignete Texte und Abbildungen des RKI und der WHO aus.
5. Seien Sie bereit, Informationen und Erklärungen mehrmals zu wiederholen. Manche Information mag schwer zu akzeptieren oder zu verstehen sein. Wenn das Kind die gleiche Frage immer und immer wieder stellt, kann dies eine Möglichkeit für das Kind, um Bestätigung und/oder Beruhigung zu bitten.
6. Erkennen Sie die Gedanken, Gefühle und Reaktionen des Kindes an und bestätigen Sie sie. Vermitteln Sie dem Kind, dass seine Fragen und Bedenken wichtig und angemessen sind.
7. Denken Sie daran, dass Kinder dazu neigen, Situationen zu personalisieren. Zum Beispiel können sie sich Sorgen machen über ihre eigene Sicherheit und die Sicherheit der unmittelbaren Familienmitglieder oder um Freunde und Verwandte, die reisen oder weit weg wohnen.
8. Beruhigen Sie, aber machen Sie keine unrealistischen Versprechungen. Es ist in Ordnung, Kinder darüber zu informieren, dass sie sicher sind in ihrem Haus oder in ihrer Schule. Aber Sie sollten nicht versprechen, dass es keine Coronavirusinfektionen in Ihrer Region geben wird.
9. Lassen Sie die Kinder wissen, dass es viele Menschen gibt, die den vom Coronavirus-Ausbruch Betroffenen helfen. Dies ist eine gute Gelegenheit, Kindern zu zeigen, dass es Menschen gibt, die helfen, wenn etwas Beängstigendes oder Schlimmes passiert.
10. Kinder lernen vom Beobachten ihrer Eltern und Lehrer. Sie werden sehr interessiert daran sein, wie Sie auf Nachrichten zum Coronavirus reagieren. Sie lernen auch, wenn sie Ihren Gesprächen mit anderen Erwachsenen lauschen.

11. Lassen Sie Ihre Kinder nicht zu viel erschreckende Bilder im Fernsehen schauen. Die Wiederholung solcher Szenen kann beunruhigen und verwirrend sein.
12. Kinder, die in der Vergangenheit schwere Krankheiten oder Verluste erlitten haben, sind besonders verwundbar durch längere oder intensive Reaktionen auf Bilder von Krankheit oder Tod. Diese Kinder benötigen möglicherweise zusätzliche Unterstützung und Aufmerksamkeit.
13. Kinder, die übermäßig mit Fragen oder Sorgen bezüglich Coronavirus beschäftigen, sollten von einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten untersucht werden. Andere Anzeichen dafür, dass ein Kind fachliche Hilfe benötigt, sind: länger anhaltende Schlafstörungen, sich aufdrängende Gedanken oder Sorgen, wiederkehrende Ängste vor Krankheit oder Tod, oder Widerwillen, sich von den Eltern zu trennen oder zur Schule zu gehen.
14. Auch wenn Eltern und Lehrer die Nachrichten und die täglichen Aktualisierungen mit Interesse und Aufmerksamkeit verfolgen mögen, wollen die meisten Kinder einfach nur Kinder sein. Sie wollen vielleicht nicht darüber nachdenken, was im ganzen Land oder anderswo auf der Welt passiert. Sie würden lieber Ball spielen, rodeln, auf Bäume klettern oder Fahrrad fahren.

Notfälle im Gesundheitswesen sind für niemanden leicht zu verstehen oder zu akzeptieren. Verständlicherweise fühlen sich viele kleine Kinder verängstigt und irritiert. Als Eltern, Lehrer und fürsorgliche Erwachsene können wir am besten helfen, indem wir zuhören und auf ehrliche, folgerichtige und unterstützende Weise antworten. Glücklicherweise sind die meisten Kinder, auch diejenigen, die Verlust oder Krankheit ausgesetzt sind, ziemlich belastbar. Indem wir eine offene Atmosphäre schaffen, in der sie gerne Fragen stellen, können wir ihnen helfen, mit stressigen Ereignissen und Erfahrungen umzugehen und das Risiko anhaltender emotionaler Schwierigkeiten zu verringern.

Sehr anschaulich ist auch „Wie erkläre ich meinen Kindern, was das Coronavirus ist? Ein Leitfaden für Eltern und alle anderen, die den Kindern die Angst nehmen und sie aufklären wollen“ von Detlef Hacke auf [spiegel.de](https://www.spiegel.de) (Internet-Zugriff 8.3.2020).

Gibt es besondere Risiken für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen?

Für Erwachsene weist die Studie von Hamer et al. (2018) darauf hin, dass psychische Belastung mit einem höheren Risiko für virale Infektion und Pneumonie verbunden ist. Andererseits lag in der Studie von Guan et al. (2020)

bei 1099 Patienten mit bestätigtem Covid-19 aus 552 Krankenhäusern Chinas das Durchschnittsalter bei 47 Jahren (Interquartilbereich 35 bis 58) und nur 0,9% der Patienten waren jünger als 15 Jahre. 0,9% der 0- bis 9jährigen war gesichert infiziert, 1,2% der 10- bis 19jährigen. Von den 9 Patienten unter 15 Jahren hatten 8 keinen schweren Verlauf. Gemäß Sterblichkeit durch das Coronavirus nach Altersgruppen (Stand: 14.2.2020) war niemand von den Kindern unter 10 Jahren verstorben und 0,1% der 10- bis 19jährigen.

In Südkorea sind bisher 0,8% der 0- bis 9jährigen und 5% der 10- bis 19jährigen als mit dem Coronavirus infiziert gemeldet, in Italien bisher 0,5% der 0- bis 9jährigen und 1,1% der 10- bis 19jährigen. Bis zum 9.3.20 war in Italien kein Minderjähriger an Covid-19 gestorben trotz hoher Letalität in Italien.

Häufigkeiten von Corona-Infektionen in Deutschland nach Altersgruppe:

0,007% der 0- bis 5jährigen, 0,02% der 5- bis 14jährigen, darüber hinaus wird die Gruppe der 15- bis 59jährigen nicht altersmäßig differenziert. Gemeldete Covid-19-Fälle am 9.3.2020 für 0- bis 4jährige und 5- bis 14-jährige je ca. 2%, die Gruppe der 15- bis 34jährigen ist nicht altersmäßig differenziert. Zu Schweregraden altersbezogen wird bei den Minderjährigen nicht differenziert. Möglicherweise zählen Minderjährige zu den (teils unerkant) häufig Infizierten ohne schwere Symptomatik. Ob sie deshalb besonders zur Verbreitung des Coronavirus' beitragen, ist noch nicht gesichert. Bisher spielen offenbar eher die älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch ihre stark ausgeprägten sozialen Aktivitäten eine prominente Rolle.

Ingo Spitzok von Brisinski

Literatur

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (2020) Talking to Children About Coronavirus (COVID19). https://www.aacap.org/App_Themes/AACAP/Docs/latest_news/2020/Coronavirus_COVID19_Children.pdf
- Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al.* (2020) Clinical characteristics of the 2019 novel coronavirus infection in China. *NEJM*. 2020; (published online Feb 28.) DOI:10.1056/NEJMoa2002032
- Hacke D* (2020) Wie erkläre ich meinen Kindern, was das Coronavirus ist? Ein Leitfaden für Eltern und alle anderen, die den Kindern die Angst nehmen und sie aufklären wollen. <https://www.spiegel.de/familie/coronavirus-wie-erklare-ich-meinen-kindern-a-c7862bc3-8669-4ac1-b118-0fef746ed4af>
- Hamer M, Kivimaki M, Stamatakis E, Batty GD* (2018) Psychological distress and infectious disease mortality in the general population. *Brain Behav Immun*. 2019 Feb;76:280-283. doi: 10.1016/j.bbi.2018.12.011

Poststationäre psychodynamische Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen – ein Praxisbericht

Ulrich Rüth & Astrid Holch

Zusammenfassung

Ambulante psychodynamische Psychotherapien nach einer Klinikbehandlung sind mit unterschiedlichen Problemkonstellationen konfrontiert. Diese sind mit dem stationären Setting als solchem verwoben, können aber auch mit auf der OPD-KJ-2 verortbaren Aspekten der Behandlungsvoraussetzungen, der Beziehungsgestaltung, der Konflikt- und der Strukturebene beschrieben werden. Neben der vertieften Analyse dieser Aspekte wird ein mögliches Vorgehen bei poststationärer Therapie diskutiert, das insbesondere auch ein Psychotherapie-freies Intervall umfassen könnte, um die hinreichende Stabilität der Patienten zu sichern.

1. Einleitung

In der ambulanten kinder- und jugendpsychotherapeutischen Regelversorgung stellen Patienten mit Vorerfahrungen in der teil- oder vollstationären psychiatrisch-psychosomatischen Versorgung eher eine Randgruppe dar. Vor dem Hintergrund eigener etwa achtzehnjähriger stationär-oberärztlicher Tätigkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit dort psychodynamischem Schwerpunkt hat der Erstautor als niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeut eine erhöhte Affinität zum Klientel ehemals stationärer Patienten. Für das poststationäre Psychotherapie-Setting ist aber

die tatsächlich gegebene Psychotherapie“fähigkeit“ vorgestellter Patienten für ein Angebot der Regelleistungs-Psychotherapie der Krankenkassen entscheidend.

Während außerhalb des klinischen Settings die stationäre Jugendhilfe eine Entwicklung vorwiegend über den pädagogischen Rahmen erreichen will (Trempler 1998), zielt die psychodynamische Regelleistungs-Psychotherapie darauf ab, eine Entwicklung über innere Veränderungen zu erarbeiten. Sie will also Veränderungen auf der Ebene von inneren Konflikten und psychischen Strukturen und ggf. Beziehungsschemata erreichen.

Im Rahmen der hier vorgelegten Arbeit sollen auf der OPD-KJ-2 verortbare Aspekte der Behandlungsvoraussetzungen, der Beziehungsgestaltung, der Konflikt- und der Strukturebene in Zusammenhang gestellt werden mit jenen Schwierigkeiten, denen sich der niedergelassene Psychotherapeut für Kinder und Jugendliche bei poststationären Patienten gegenüber sieht.

1.1. Besonderheiten stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten?

Die Indikation für eine teil- oder vollstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung stellt stets eine Summation unterschiedlicher Entscheidungsfaktoren dar. Diese reichen eher peripher von einer „Schwere der Störung“ über die tatsächliche Verfügbarkeit von Behandlungsplätzen bis hin zur letztlich für eine Akutaufnahme entscheidenden Frage nach der Tragfähigkeit des außerstationären Settings und damit des „Rahmens“ außerhalb der Klinik. Für die Tragfähigkeit des außerklinischen Rahmens spielen zwar vordergründig akute Suizidalität, mehr aber Faktoren wie eine Beschulungsfähigkeit oder darüber hinaus die Leidenswilligkeit und -fähigkeit des jeweiligen familiären Systems eine Rolle. Parallel hierzu gehen in die Behandlungsindikation Begrenzungen in den Möglichkeiten der Jugendhilfe ein, aber auch die Frage, inwiefern sich Ärzte bei selbstgefährdenden Jugendlichen durch eine Akutaufnahme vor Haftungsrisiken schützen müssen und wollen.

Unter einer zusammenfassenden Blickweise stellt das stationär-klinische Setting eine Containerfunktion zur Verfügung, die für die Indikationsstellung zur Klinikaufnahme aus systemisch-psychodynamischer Sicht ausschlaggebend ist. Innerhalb des „Containers“ Klinik soll ein Transformationsprozess stattfinden, welcher dann den Container selbst überflüssig macht (vgl. Roberts 1994) und die poststationäre Weiterbehandlung ermöglicht.

Diese Container-Contained-Funktion der Klinik ist als haltender Rahmen gerade für frühgestörte Patienten betont worden (Heltzel 1995). Daneben gilt für die stationäre Adoleszententherapie als essentieller Faktor gerade auch die Strukturgebung (Stamm 1985).

Bei der Betrachtung stationärer Klinikbehandlungen ist auch zu bedenken, dass sich dort relativ häufig strukturell gestörte Patienten finden, deutlich mehr als im ambulanten Setting. Bernstein et al. (1993) fanden in einer epidemiologischen Studie schon außerhalb der Klinik 10% Jugendliche, welche die Kriterien einer BPS erfüllten – bei einer Häufigkeit von 2% in der Erwachsenen-Bevölkerung. Studien zufolge zeigen insbesondere jugendliche stationäre Patienten durchaus häufiger als in der Allgemeinbevölkerung zu erwarten ein Borderline-Funktionsniveau gemäß der für Erwachsene anzuwendenden Kriterien. Bei Mattanah et al. (1995) sind dies erstaunliche knapp 50% der mit strukturiertem Interview untersuchten Adoleszenten. Gleichzeitig ist die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im poststationären Verlauf eher nicht stabil (Mattenah et al. 1995; Mejer et al. 1998; Grilo et al. 2001;). Es bleibt insofern unklar, ob die unter Anwendung der Kriterien für Erwachsene diagnostizierbare strukturelle Störung als adoleszentes Übergangsphänomen anzusehen ist, oder im Falle der stationären Behandlung als Ausdruck einer krisenhaften Zuspitzung oder einer ablehnenden Haltung der Behandlung gegenüber.

1.2. Stationäre Behandlung und ambulante Psychotherapie

Ambulante tiefenpsychologische oder psychoanalytische Behandlungen von Kindern und Jugendlichen vor einer späteren stationären Aufnahme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie boten spezifische Muster (vgl. Rütth 2000). Nahezu durchgängig war hier die schwierige oder therapeutisch gar erfolglose Einbeziehung der Eltern von Bedeutung. Zum Teil kam keine Elternarbeit zustande aufgrund einer ablehnenden Haltung betroffener Jugendlicher gegenüber einer Einbindung der Eltern, zum Teil aber auch aufgrund der Verweigerung von Eltern oder eines Elternteils. Als weiterer, aber weniger hervorstechender Faktor imponierte eine nicht ausreichende Prüfung psychiatrischer Aspekte vor der Indikationsstellung zur Psychotherapie, wie z.B. schwerwiegendere Entwicklungsstörungen, ein schwaches Intelligenzniveau, oder aber die Unangemessenheit äußerer Lebensbedingungen. Für den Fall einer bereits abgeschlossenen PT erschien die Dekompensation des Patienten im weiteren Verlauf einherzugehen mit dem Wegfall der triangulierenden

Funktion der Elterngespräche durch den betreuenden Psychotherapeuten des Kindes oder Jugendlichen.

Die notwendige Dauer einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung sollte sich nicht an den Diagnosen messen, sondern am Schweregrad der psychischen und psychosozialen Beeinträchtigung gemäß Achse VI MAS (vgl. Schepker et al. 2003). Eine nachhaltig wirksame stationäre Behandlung muss den Ergebnissen von Schepker et al. nach zumindest einen Zeitrahmen von etwa 75 Tagen umfassen.

Die neuen Psychotherapierichtlinien sehen vor, dass bei erfolgter stationärer Behandlung eine sogenannte Psychotherapeutische Sprechstunde nicht zwingend ist. Lediglich zwei probatorische Sitzungen werden als zwingend vorgegeben für die Beantragung einer Regelleistungspsychotherapie. Für den Erwachsenenbereich ist bekannt, dass nur etwa 10% der stationären Patienten eine Psychotherapieempfehlung erhalten (Uhlmann et al. 2017a), von denen wiederum 20% innerhalb von 3 Monaten keine Behandlung finden (Uhlmann et al. 2017b).

2. OPD-KJ-2 und poststationäre Psychotherapie

Im psychotherapeutischen poststationären Setting zeigen sich regelhaft erschwerende Umstände, die sich anhand der OPD-KJ-2-Achsen (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2016) auf den Ebenen der Behandlungsvoraussetzungen, der Beziehungsmuster, des vorliegenden Strukturniveaus und der inneren Konflikte verorten lassen.

2.1. OPD-KJ-2 Achse IV: Behandlungsvoraussetzungen

Bis zum Zeitpunkt der Entlassung stellt die Klinik ihre Containerfunktion zur Verfügung – als Teil der ursprünglichen Indikation zur Klinikaufnahme. Nach Entlassung muss sich außerhalb der Klinik die Tragfähigkeit des poststationären Settings mit den dort vorhandenen Containment-Angeboten erweisen. Aufgrund zunehmender Verkürzung vollstationärer Behandlungen verstärken sich poststationär diesbezügliche Unsicherheiten.

So ist ein Übergang aus einer stationären Behandlung direkt in eine vorgeschlagene Wohnform in der Jugendhilfe oft nur bei bereits aus der Jugendhilfe kommenden Jugendlichen oder aber bei völligem Ausfall des familiären Kontexts möglich.

Werden Patienten mit der grundsätzlichen Empfehlung stationärer Jugendhilfe bei entgegenlaufendem Wunsch von Eltern bzw. Familie aus dem klinischen Setting entlassen mit dem gleichzeitigen Vorschlag zu überprüfen, ob unter den Rahmenbedingungen einer ambulanten Psychotherapie auf diese stationäre Maßnahme verzichtet werden könnte, stellt dies mehr als eine Herausforderung für den niedergelassenen Therapeuten dar.

Die Unsicherheit hinsichtlich des haltenden Rahmens würde ihn aus fachlicher Sicht eher dazu tendieren lassen, die Tragfähigkeit außerhalb der Klinik gerade ohne das Angebot einer Psychotherapie abzuwarten, um bei positivem Verlauf tatsächlich vertieft therapeutisch arbeiten zu können.

Die Vorstellung, mit Hilfe der PT auf stationäre Jugendhilfe verzichten zu können, stellt einen Widerspruch dar, da beide Angebote völlig unterschiedliche Entwicklungsangebote machen. Ist aber der elterlich-familiäre Rahmen an sich zu fragil bzw. fragwürdig, ist auch dessen Stabilisierung durch eine ambulante Psychotherapie des Minderjährigen fachlich bestenfalls bedingt nachvollziehbar.

Der Vorschlag einer parallel zur Therapie zu installierenden ambulanten Erziehungshilfe wird für gewöhnlich bestenfalls Wochen bis Monate nach der Klinikentlassung umgesetzt und stellt damit auch keinen frühzeitigen haltgebenden Faktor für das Angebot einer Psychotherapie dar.

Gleichzeitig ist aber zu bedenken, dass über den Wegfall der Containerfunktion der Klinik und über die Rückkehr in das frühere Lebenssetting ein Rückfall in die zur Aufnahme führenden Symptome wie Verhaltensmuster ohnehin gebahnt ist: Der Vorschlag für eine ambulante PT zur Vermeidung einer Fremdunterbringung ergeht damit vorrangig mit dem Ziel, eine eher oberflächliche Funktionsfähigkeit im Sinn einer Anpassung zu erreichen, nicht aber um eine (stationär noch nicht hinreichende) Bearbeitung und Reifung. Die angestrebte Symptomattenuierung soll so die stationäre Jugendhilfemaßnahme vermeiden – und möglicherweise die Eltern von notwendigen eigenen Entwicklungsschritten entlasten.

Unklarheiten bezüglich Schule, Ausbildungssituation und Wohnform im poststationären Setting verschieben den Fokus der zu bearbeitenden Themen auf äußere Aspekte des Alltags. Die Rückführung eines Schulverweigerers an seine ursprüngliche Schule gelingt aus dem stationären Setting möglicherweise genau deshalb, weil der junge Patient erkennt, dass er durch gute Mitarbeit seine Entlassung beschleunigen kann – ohne dass aber eine vertiefte Problembearbeitung erreicht wird.

Ein zwölfjähriger Schulverweigerer nimmt stationär den Besuch des Gymnasiums wieder auf, die Entlassung wird vereinbart. Am Entlassungstag erklärt er jedoch, er werde seine frühere Schule wegen der dortigen Lehrer sicher nicht weiter besuchen. Die ungeklärte Beschulungssituation landet bei dem bereits prästationär aufgesuchten Psychotherapeuten, und eine genuine weitere Bearbeitung der Selbstwertproblematik des Jungen ist zunächst nicht möglich – bis sich die Schulsituation durch Entscheidung für den Hauptschulbesuch (!) entspannt.

Eine noch nicht abschließend dosierte Psychopharmakotherapie kann zu Unsicherheiten hinsichtlich fortbestehender und die Alltagstauglichkeit einschränkender psychopathologischer Symptome führen. Hier ist zu beachten, dass der haltende Rahmen der Klinik – z.B. hinsichtlich des Ausmaßes von Hyperaktivität, Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung – die Notwendigkeit einer Medikation reduzieren kann, ebenso wie in ähnlicher Weise bei depressiven Störungen.

Eine 15jährige Jugendliche wird ab der letzten Woche des Klinikaufenthalts nun doch antidepressiv behandelt – ohne abschließende Einschätzung zu Wirkungen und Nebenwirkungen, geschweige denn zu Auswirkungen auf die Psychotherapie-Fähigkeit. Zielsymptomatik ist das negative Selbsterleben mit Stimmungseinbrüchen, letztlich um eine Wohngruppenunterbringung zu vermeiden.

Poststationär stellt sich im Besonderen auch die Frage nach der Motivation zur Psychotherapie. Jugendliche Patienten äußern im poststationären Therapievorgespräch immer wieder, dass sie „jetzt genug vom Reden“ hätten und es alleine schaffen wollen. Hier werden Aspekte der Beziehungsbachse, aber auch von Konflikten z.B. um Kontrolle versus Unterwerfung¹ kenntlich.

2.2. OPD-KJ-2 Achse I: Beziehungen

Peergruppenverhalten in der Klinik und Ablehnung der Einmischung von Erwachsenen verweisen bereits auf Probleme im Beziehungsverhalten. Dieses bildet sich allerdings in der OPD eher nicht ab, zumal die OPD das innerfamiliäre Beziehungsverhalten sowie das Beziehungsverhalten zum Untersucher/Therapeuten beschreiben will. Die Beziehungsbachse sieht auch nicht vor, dass

¹ Siehe hierzu unter 2.3. Innere Konfliktebenen; zu diskutieren wären hier auch Aspekte der Konflikte Nähe vs. Distanz oder Selbstversorgung vs. Versorgtwerden (im aktiven Modus).

eine Beziehung durch den jugendlichen Patienten nur vorgespielt wird oder sie manipulativ als eigentlich ganz anderes Beziehungsmuster gelebt wird.

Der 16jährige, ursprünglich wegen Suizidalität in die Akutklinik eingewiesene Jugendliche hat in der Klinik ein ausgeprägtes Peer-Gruppen-Verhalten, verweigert sich einer genuin therapeutischen Mitarbeit und agiert kontraproduktiv in Beschulung und angebotenen nonverbalen Therapien. Nach der von ihm und den Eltern gewünschten Entlassung aus der offenen Station macht er deutlich, dass er sich auf das Beziehungsangebot einer PT nicht einlassen wird, was dahingehend verstanden werden kann, dass er so weiterhin die Kontrolle über seine sozialen Beziehungen wie seine Psychopathologie behält.

Im angeführten Beispiel könnte von einer desinteressiert/abgewandten über aggressiv/feindseligen Beziehungsaufnahme bis hin zu Aspekten vorwurfsvoll/ablehnender Beziehung gesprochen werden. Da die Klinikaufnahme über die dargebotene Suizidalität initiiert wurde, und insofern kein Mitspracherecht bestand und kein modellierendes Vorgespräch (vgl. Rüth 2011) stattfand, setzt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit die Konflikt- wie Beziehungsdynamik des Jugendlichen nun auch poststationär – trotz gegebener „Entlassfähigkeit“ fort.

2.3. OPD Achse III: Innere Konfliktebenen

Aus dem stationären Setting werden neue subjektive Erfahrungen mitgebracht, die im Vergleich zum prästationären Setting auch eine Verschiebung psychodynamischer Aspekte mit verstärktem Wunsch nach Selbstwirksamkeit und weniger äußerer Kontrolle mit sich bringen können, z.B. auch im Sinn eines verbesserten narzisstischen Gleichgewichts.

Sind innere Konfliktebenen im Rahmen des stationären Settings jedoch nicht ausreichend bearbeitet, können diese im poststationären Setting wieder aufbrechen und zusätzlich zu einem unzureichenden Strukturniveau zu einer Gefährdung des ambulanten therapeutischen Settings führen. Gerade jugendliche Patienten äußern poststationär immer wieder, dass sie stationär dann „in Ruhe gelassen“ werden, wenn sie ihre Symptome im Sinne einer Anpassung reduzieren oder über ihre Probleme möglichst wenig sprechen. Das heißt, dass schon eine unzureichende Freiwilligkeit der Klinikbehandlung und das Fehlen einer gemeinsamen Problem- und Zieldefinition von Jugendlichen und Klinik den Erfolg der Intervention gefährden können, was wiederum die

Bedeutung von ggf. auch mehreren Vorgesprächen vor Beginn einer Klinikbehandlung (Rüth 2011) unterstreicht.

Im günstigen Fall werden während des Klinikverlaufs schwerwiegendere narzisstische und Selbstwertthemen deaktualisiert mit der Folge einer deutlichen Symptomreduktion, dies aber über die Funktion des stützenden und fördernden, haltenden Rahmens und günstiger Peer-Gruppen-Prozesse.

Eine 16jährige Jugendliche schwärmt von ihrem Klinikaufenthalt, hat über ein Jahr lang nach dem Klinikaufenthalt ihren Schulordner weiterhin geschmückt mit Fotos aus der Stationszeit. Sie habe sich damals so gut verstanden mit den anderen Jugendlichen, wobei sie von offensichtlich tief im Selbsterleben bewegenden Stunden während Ausgängen mit Mitpatienten berichtet, auf denen für sie wichtige Themen miteinander besprochen wurden.

Das poststationäre Therapiesetting war geprägt einerseits durch den Wunsch nach Rückkehr in die Klinik und andererseits einer trivialisierenden Haltung gegenüber eigenen Problemthemen.

Im etwas ungünstigeren Fall werden die prästationär in der Familie aktualisierten Themen adoleszenter Ablösung im Sinne von inneren Autarkiekonflikten, Versorgungswünschen wie auch Selbstwertthemen durch die Trennung von der Familie abgeschwächt, poststationär bei Rückkehr in die Familie aber wieder aktualisiert. Für den nachhaltigen Erfolg der stationären Behandlung wird es eine Rolle spielen, inwiefern die Klinikbehandler systemisch-psychodynamische Aspekte in ihr Gesamtkonzept integrieren und die jeweiligen intrapsychischen wie interpersonalen Konstellationen in Entwicklung bringen können. Andernfalls ist der ambulante Therapeut mit exakt jenen Themen rekonfrontiert, die in der Klinik unter Reduktion der Psychopathologie settingbedingt gebessert bis verschwunden schienen.

Themen hinsichtlich Kontrolle und Unterwerfung (sowohl im aktiven wie passiven Modus) erschweren poststationär den Einstieg in Psychotherapie erheblich, da hier eine Fähigkeit zur Reflexion und Selbstkonfrontation oft deutlich reduziert ist. In der – wenn auch nicht systematischen – Beobachtung des Erstautors erscheint bemerkenswert, dass explizit verhaltenstherapeutisch behandelte Jugendliche insbesondere mit narzisstischen Komponenten erhebliche Erschwernisse zeigen, sich auf innere Erlebnisse und die Ambivalenz von Gefühlen im Rahmen eines psychodynamischen Vorgehens einzulassen.

2.4. OPD Achse III: Strukturniveau

Neben unsicheren Behandlungsvoraussetzungen bedingt ein eher geringeres Strukturniveau poststationärer Patienten deren Krisenanfälligkeit. Eine bei Entlassung aus der Klinik aus Sicht der dortigen Behandler nicht mehr gegebene Suizidalität bedeutet keineswegs, dass der Jugendliche auch im poststationären Setting ungefährdet ist bzw. im auch kurzzeitigen weiteren Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung nicht wieder rückfällig wird.

Der 16jährige Jugendliche erklärt in der ersten poststationären Sitzung, dass er bei Entlassung natürlich noch suizidal gewesen sei, aber das dürfe man ja in der Klinik so nicht sagen, wenn man gehen wolle. – Eine 17jährige Jugendliche beklagt, dass ihre Suizidalität in der Klinik nicht ernst genommen wurde, deswegen sei sie jetzt entlassen. Man habe aus ihrer Sicht Platz gebraucht für Patienten von der Akutstation. Natürlich denke sie immer noch an Selbstmord.

Beide Jugendlichen distanzieren sich dann aber doch ausreichend von Suizidalität, so dass eine umgehende Klinikrückführung nicht zwingend erscheint. Das Erstgespräch ist damit eher ein diagnostischer Kontakt zur Überprüfung, ob zumindest aktuell ein ambulantes Setting überhaupt denkbar ist, und weniger ein Einstieg in eine fundierte psychotherapeutische Arbeit.

Aus poststationärer Sicht sollte folglich ein Erstgespräch zur PT² sinnvollerweise z.B. nicht kurz vor den Weihnachtsferien angeboten werden, sondern z.B. nach dem „erfolgreichen Überstehen“ der sich einer Entlassung direkt anschließenden Ferien. Ein Erstgespräch vor anstehenden Ferien mit Übernahme der Behandlungsverantwortung für den Patienten könnte zwar für den anstehenden Therapieprozess eine Vertiefung ermöglichen, weil das zeitliche Intervall die innere Festigung der Motivation zur Zusammenarbeit fördern könnte. Ein solches Vorgehen setzt aber eine hinreichende Sicherheit gegenüber suizidaler Gefährdung des Patienten voraus.

Auch im Verlauf können suizidale Inhalte und Krisen eine laufende PT gefährden. Das eher schwache Strukturniveau kann selbst bei Unterbringung in der Jugendhilfe den dortigen Rahmen gefährden, damit aber auch die Weiterführung des ambulanten therapeutischen Angebots.

Der bei Übernahme in das ambulante Therapiesetting knapp 18jährige Jugendliche mit Z. n. mehrfachen Suizidversuchen agiert in seiner neuen

2 Nach den Psychotherapierichtlinien

WG innerhalb des KZT-Zeitraums erneut suizidal, läuft weg, schreibt alle Freunde hinsichtlich seines geplanten Suizids an, nicht aber den Therapeuten. Er kehrt dann, distanziert von seinem Vorhaben in die WG zurück, die sich aber den Verbleib des Jugendlichen dort nicht vorstellen kann. „Er kann sich ja suizidieren, aber nicht bei uns!“ Es folgt eine erneute mehrmonatige stationäre Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie. Die angebotene ambulante PT kann so zunächst nicht fortgesetzt werden und wird durch die örtlich anderweitige Platzierung des Heranwachsenden schließlich beendet.

Zeigen Jugendliche ein sehr schwaches Strukturniveau mit aus Sicht des Psychotherapie-Gutachters nicht ausreichender Integration in Alltagsstrukturen, wird gelegentlich eine Regelleistungspsychotherapie sogar abgelehnt. Dies widerspricht der Forderung seitens des Bundesgesundheitsministeriums, gerade die besonders kranken Patienten einer PT zuzuführen. Die Haltung der Gutachter widerspricht damit auch der klinischen Realität, dass wirklich nachhaltige, langfristige Klinikbehandlungen mit direktem Übergang in ein ausreichend haltendes und strukturierendes Setting der Jugendhilfe vor dem Hintergrund verkürzter Verweildauern nicht mehr die Regel sein können³ und deshalb auch schwerer gestörte Jugendliche psychotherapeutisch übernommen werden müssten. Die lapidare Bemerkung, dass der Jugendliche sicher eine Behandlung benötige, aber bitte doch keine Regelleistungspsychotherapie, ist hier glücklicherweise eher eine Ausnahme.⁴

3 Vgl. hierzu Martinius et al. 1996: damals entsprach es offensichtlich der Erfahrung, dass eine angezeigte Fremdunterbringung eines Patienten unmittelbar aus dem klinischen Setting umgesetzt werde – und eine Entlassung aus der Klinik nach Hause nur bei Verweigerung der Eltern stattfand.

4 Ob für die genannten Jugendlichen die sozialpsychiatrisch organisierten KJP-Praxen hinreichend intensiv „einspringen“ können, wäre untersuchenswert; für die KJP-Praxis mit psychotherapeutischem Schwerpunkt bleibt hier unter Maßgabe des verfügbaren RLVs die Möglichkeit einer Regelleistung nach EBM 14220 – aber eher nicht für eine größere Zahl von Patienten.

3. Behandlungsabschnitte

3.1. Erster Behandlungsabschnitt poststationär

Im Falle einer zeitnah nach dem Klinikaufenthalt beginnenden Psychotherapie fungiert diese oftmals eher stützend denn genuin psychotherapeutisch. Bei noch unzureichender Alltagsauglichkeit besteht oft ein Klärungsbedarf betreffend Wohnort, Beschulung und Ausbildung oder ggf. Pharmakotherapie. Bei noch bestehender Instabilität, z.B. bei latenter Suizidalität, muss mit einer Sprengung des zeitlichen Rahmens der Psychotherapiestunde gerechnet werden, sodass die Wahl einer Randstunde, z.B. vor der Mittagspause oder am Abend als letzte Stunde, zur Sicherung des Praxisablaufs notwendig werden kann. Dies wiederum bedeutet, dass die Zahl relativ instabiler poststationärer Patienten für den einzelnen Therapeuten klein gehalten werden müsste.

3.2. Therapieverlauf bei deutlichen strukturellen Störungsanteilen

Deutliche strukturelle Störungsanteile können im weiteren Verlauf zur Suizidalität innerhalb der Therapiestunde führen und damit zu krisenhafter Zuspitzung. Stundenausfälle können durch störungsbedingtes Wegbleiben oder eine notwendige stationäre Wiederaufnahme auftreten mit dadurch bedingten Planungsunsicherheiten und wirtschaftlichen Nachteilen. Selten wird eine Klinik im Rahmen einer stationären Wiederaufnahme mitteilen können, ob der jugendliche Patient seine für ihn freigehaltene Stunde in z.B. 3 oder 8 Wochen gesichert wieder wahrnehmen werden kann.

In einer eigenen Jahrgangsübersicht konnte für die eigene Praxis (Regelleistungs-PT-Patienten $N_{ges}=37$, hiervon $N=17$ poststationäre Patienten) ein Ausfall von 8,8% der Therapiestunden bei nicht-poststationären Patienten versus 8,3% der Stunden bei poststationären Patienten errechnet werden – wenn bei Klinikwiederaufnahme lediglich die ersten beiden nachfolgenden Stunden als Terminausfall gerechnet werden.⁵ Bei Untersuchung „störungsbedingter“ Ausfälle versus anderer – wie z.B. wegen interkurrentem Infekt – zeigte sich eine Stundenausfallquote von 12% bei poststationären Patienten versus 6% der übrigen Patienten ($p^{**}0,007$ Chi-Quadrat-Test).

Insgesamt würden diese sehr vorläufigen und auf geringer Fallzahl beruhenden Daten dafür sprechen, dass eher das Ausmaß der strukturellen Störung

5 Bei längerfristiger Abwesenheit wird diese wieder planbar(er), und ein einzelner länger abwesender Patient würde das statistische Ergebnis verzerren.

und weniger die Tatsache, früher in einer Klinik behandelt worden zu sein, zu Stundenausfällen führt.

Therapieabbrüche sowohl störungs- wie settingbedingt müssen mitbedacht werden, z.B. im Rahmen eines längeren, erneuten stationären Klinikaufenthalts, eines Wechsels der Fremdunterbringung oder aber in eine Fremdunterbringung, mit dann zu großem räumlichen bzw. fahrtechnischen Abstand zum niedergelassenen Therapeuten, um die Behandlung zumindest regelmäßig fortzuführen.

4. Folgerungen

4.1. Für die Einzelpraxis

Die Zahl der poststationären Psychotherapiepatienten sollte in der Therapiepraxis auch aus Gründen der Wirtschaftlichkeit begrenzt werden. Ein ausreichend stabiles Intervall zwischen der Entlassung aus der Klinik und dem Beginn der genuinen Regelleistungspsychotherapie belegt eine ausreichende poststationäre Stabilität wie auch ggf. eine ausreichende Eigenmotivation, insbesondere bei Jugendlichen. Insofern sind Patienten, die sich erst nach einem Intervall zu einer Therapie entschließen, wahrscheinlich ambulant eher erfolgreich führbar.

Im Übrigen muss der Rat an Kollegen gehen, bei der Übernahme stationärer Patienten in eine genuine Psychotherapie aufmerksam zu sein und spezifische Aspekte ausreichend zu berücksichtigen. Dies, um die eigenen Praxisabläufe zu schützen, aber insbesondere auch, um die Wirksamkeit der Intervention bei den „angebotenen“ Patienten zu sichern. Nur bei ausreichender eigener Sicherheit im Umgang mit suizidalen Krisen und gutem „Standing“ im Zusammenhang mit borderlinetypischen Verhaltensweisen kann die Annahme strukturell schwerer gestörter Patienten „empfohlen“ werden.

4.2. Für die Versorgungsstruktur

Die ab April 2017 gültigen Psychotherapievereinbarungen – mit ihrem an sich zu befürwortenden Ziel einer schnelleren poststationären psychotherapeutischen Versorgung – gehen an der Realität der nachklinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus Sicht der Autoren grundsätzlich vorbei.

Insbesondere der Verzicht auf eine psychotherapeutische Sprechstunde nach einem Klinikaufenthalt bedeutet letztlich den Verzicht auf eine vorbereitende,

ambulante Behandlung und Klärung sowohl mit Eltern wie mit dem Kind oder Jugendlichen. Eine Klärung, die gerade aufgrund der Besonderheiten im Kinder- und Jugendlichenbereich durchaus sehr sinnvoll sein kann, um über einen informed consent eine hinreichend tragfähige Mitarbeit aller Beteiligten bei der Therapie zu erreichen.

Grundsätzlich wären Übergangsmodelle aus dem stationären Setting in eine genuine ambulante Psychotherapie überdenkenswert. Dies würde aber eher nicht bedeuten, dass bei laufender Klinikbehandlung möglichst bereits eine ambulante Therapie beim niedergelassenen Kollegen aufzunehmen wäre. Sinnvoller wäre demgegenüber, dass ein behandelnder Kollege aus der Klinik zumindest die nicht als Regelleistungspsychotherapie definierte Akutbehandlung im Sinne von 12 Stunden Psychotherapie poststationär übernehmen kann, gerade auch, um die Tragfähigkeit des poststationären Settings zu überprüfen – wenn nicht ohnehin über die kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz ohne Stundenbegrenzungen eine Weiterversorgung möglich ist.⁶ Im ländlichen Bereich könnte ein solches ambulante Angebot aber bereits auf fahrtechnische Probleme stoßen.

Aus Sicht der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater mit SPV-Praxis könnten Überlegungen zur Akutbehandlung durch Kliniken kontrovers diskutiert werden. Allerdings wäre bei poststationären Patienten mit Psychotherapie-Indikation ohnehin eine kinder- und jugendpsychiatrische ambulante Anbindung sinnvoll – allerdings könnte die Fortführung der Behandlung in der Institutsambulanz Übergänge gerade für Jugendliche ggf. besser modellieren. Nachgespräche in der Klinik mit eher therapeutischem und weniger diagnostischem Fokus könnten hilfreich sein, Therapieerfolge und noch notwendige Entwicklungsschritte unter Wahrung einer Beziehungskontinuität zu reflektieren. Dies könnte insbesondere hinsichtlich Autonomie und Eigenverantwortlichkeit wichtige Impulse geben. – Zu vermerken ist hier allerdings, dass Zahlen aus der Versorgungsforschung weitgehend fehlen und deshalb fachliche Diskussionen hier weitgehend auf Expertenmeinungen beruhen.

Überlegungen, im Rahmen weiterer Reformen der psychotherapeutischen Versorgung probatorische Sitzungen bereits in der Klinik durchzuführen, erscheinen diskussionswürdig (Lubisch 2019), um den Übergang in das ambulante Setting zu erleichtern. Aber auch hier bezieht die Diskussion die Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen zu wenig mit ein.

6 Einige vorrangig psychotherapeutisch arbeitende Abteilungen (Psychosomatik an Kinderkliniken) verfügen nicht über eine zugelassene kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz, sodass dort bestenfalls die Akutbehandlung angesiedelt werden könnte.

4.3. Für das stationäre Therapieangebot

Das stationäre Behandlungsziel einer „Entlassfähigkeit“ reicht für eine tragfähige ambulante Psychotherapie definitiv nicht aus. Es bedarf eines hinreichenden Rahmens für die Arbeit der Kliniken und damit der Bereitschaft der Krankenkassen, ausreichend lange und nachhaltige Behandlungen zu sichern, die in etwa mindestens 2½ Monate umfassen müssten (Schepker et al. 2003). Nur über eine ausreichend nachhaltige und damit teure stationäre Behandlung ließe sich eine dann ausreichend greifende weitere (psychotherapeutische) Versorgung unserer jungen Patienten sicherzustellen.

Der Artikel ist eine erweiterte Fassung des Beitrags „Poststationäre psychodynamische Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen“ auf dem 35. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Ulm, 22.-25.03.2017.

Literatur:

- Arbeitskreis OPD-KJ-2, Hg.* (2016): OPD-KJ-2. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual. 2. Überarbeitete Auflage, herausgegeben von Franz resch, Georg Romer, Klaus Schmeck. Bern: Hogrefe
- Bernstein, D. P.; Cohen, P.; Velez, C. N.; Schwab-Stone, M.; Siever, L. J.; Shinsato, L.* (1993). Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1237–1243.
- Grilo, C. M.; Becker, D. F.; Edell, W. S.; McGlashan, T. H.* (2001). Stability and change of DSM-III-R personality disorder dimensions in adolescents followed up 2 years after psychiatric hospitalization. *Comprehensive Psychiatry*, 42(5), 364–368.
- Heltzel, R.* (1995): Die haltende Beziehung im stationär-psychiatrischen Setting. *Sozialpsychiatrische Informationen* 25, 1: 30–39.
- Lubisch, B.* (2019): Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz endgültig verabschiedet, *Psychotherapie aktuell*, 11, 4: 6–13.
- Martinius, J.; Krick, G.; Reitingner, H.* (1996). Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe: Der Alltag des Umganges miteinander-Ergebnisse einer Untersuchung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 45, 5: 170–173.
- Mattanah, J. J. F., Becker, D. F., Levy, K. N., Edell, W. S., & McGlashan, T. H.* (1995). Diagnostic stability in adolescents followed up 2 years after hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 152, 889–894.
- Meijer, M., Goedhart, A. W., & Treffers, P. D. A.* (1998). The persistence of borderline personality disorder in adolescence. *Journal of Personality Disorders*, 12, 13–22.
- Roberts, V.Z.* (1994): The organization of work. Contributions from open systems theory. In: Obholzer, A.; Roberts, V.Z., Hg., 1994: *The unconscious at work. Individual and organizational stress in the human services*. Routledge: London and New York. S. 28–38

- Rüth, U. (2000): Ambulante tiefenpsychologisch fundierte oder psychoanalytische Behandlungen von Kindern und Jugendlichen vor einer stationären Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, AKJP* 31, 3: 355-373.
- Rüth, U. (2011): Das Vorgespräch für eine elektive kinder- und jugendpsychiatrische stationäre Klinikaufnahme. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 21, 2: 38-50.
- Schepker, R.; Grabbe, Y.; Jahn, K. (2003): Verlaufsprädiktoren mittelfristiger stationärer Behandlungen im Längsschnitt – Gibt es eine Untergrenze stationärer Verweildauern? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 52, 5: 338-353
- Stamm, I. (1985): The hospital as a “holding environment”. *International Journal of Therapeutic Communities* 6, 4: 219-29.
- Trempler, V. (1998): Zur Wechselwirkung von Rahmen und Inhalt bei der Behandlung dissozialer Kinder und Jugendlicher. Eine psychoanalytische Untersuchung gestörter Symbolbildungsprozesse. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 47, 6: 387-405.
- Uhlmann, C.; Flammer, E.; Pfiffner, C.; Grempler, J.; Längle, G.; Eschweiler, G.-W.; Spießl, H.; Steinert, T. (2017a): Psychotherapieempfehlungen in der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Ergebnisse der PAKT-Studie Teil I. *Nervenarzt* 88, 3: 268-274.
- Uhlmann, C.; Flammer, E.; Pfiffner, C.; Grempler, J.; Längle, G.; Eschweiler, G.-W.; Spießl, H.; Steinert, T. (2017b): Realisierung von Psychotherapieempfehlungen nach psychiatrischem Aufenthalt: Ergebnisse der PAKT-Studie Teil II. *Nervenarzt* 88, 3: 275-281.

Korrespondenzadresse:

Dr. Ulrich Rüth,
Praxis, Goethestraße 54, 80336 München.
email: ulrich.rueth@mnet-online.de

Astrid Holch
Oberärztin, Klinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik,
München Klinik, Kölner Platz 1, 80804 München.
email: astrid.holch@muenchen-klinik.de

Autorennotizen:

Ulrich Rüth, Kinder- und Jugendpsychiater, war knapp 18 Jahre als klinischer Oberarzt am Heckscher-Klinikum München tätig und ist seit 2011 mit psychotherapeutischem Schwerpunkt niedergelassen.

Astrid Holch hat nach ihrer Facharztausbildung 5 Jahre in einer KJP-SPV-Praxis gearbeitet und ist jetzt als Oberärztin tätig in der Kinder- und Jugendpsychosomatik, Klinikum Schwabing der Städt. Kliniken, München-Kliniken.

Verlauf und Prognose depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter

Ingo Spitzcok von Brisinski

Historische Entwicklung

Fallberichte von Jugendlichen mit ähnlichen Symptomen, wie sie bei depressiven Störungen Erwachsener auftreten, wurden bereits im 17. Jahrhundert beschrieben. Trotzdem ließen frühe Theorien zu Depression die Validität der Störung in der Jugend unberücksichtigt und gingen davon aus, dass die notwendigen psychologischen Mechanismen für das Erleben einer Depression noch nicht vorhanden sind, oder Depression ‚maskiert‘ auftritt in Form von andere Störungen. Insbesondere wurde davon ausgegangen, dass Kinder nicht über ein gut entwickeltes Über-Ich verfügen.

In den 1970ern lud das National Institute of Mental Health zu einem Treffen ein, bei dem über Inzidenz und Diagnose von Depressionen bei Kindern diskutiert wurde, und in der Folge wurde das Vorhandensein von Depressionen bei Kindern akzeptiert.

Diagnostische Kriterien wurden etabliert und Forschung über Depressionen in der Kindheit keimte auf, aus der sowohl theoretische Modelle als auch empirische Daten hervorgingen.

Die Gültigkeit des Konzepts der Depression als einer auch schon im Kindesalter relevanten Diagnose wurde in den 1980er und 1990er-Jahren durch Langzeitbeobachtungen zum Verlauf von frühen Manifestationen der Depression nosologisch unterstützt (Steinhausen 2013), so dass Depression nun nicht mehr nur als „eine Krankheit Erwachsener“ gilt (Rao & Chen 2009).

Symptomatik

Depressive Störungen können als einmalige Episode von wenigen Wochen bis mehreren Monaten, rezidivierend oder chronisch auftreten, ohne erkennbaren Anlass oder auch als Anpassungsstörung nach einem belastenden Ereignis. Die Erstmanifestation kann in jedem Lebensalter stattfinden.

Der Beginn kann akut oder schleichend sein. Eine angemessene Trauerreaktion wird nicht als depressive Störung klassifiziert. Einer depressiven Episode kann eine manische Episode vorausgehen oder folgen (Spitzcok von Brisinski 2019).

Fragebögen zu Depression bei Kindern und Jugendlichen

zur Selbstbeurteilung:

- DISYPS-III SBB-DES (Diagnostik-System für psychische Störungen für Kinder und Jugendliche – III Selbstbeurteilungsbogen für depressive Störungen, 11;0-17; 11 Jahre),
- DIKJ (Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche, 8 bis 16 Jahre, 3. überarbeitete und neu normierte Auflage 2014),
- DTK-II (Depressionstest für Kinder – II, 9 bis 14 Jahre),
- ADS (Allgemeine Depressionsskala, ab 12 Jahre, auch für Erwachsene, 2. überarbeitete und neu normierte Auflage 2012)
- BDI-II (Beck Depressions-Inventar Revision, ab 13 Jahre, auch für Erwachsene)

zur Fremdbeurteilung durch die Eltern:

- DISYPS-III FBB-DES (Fremdbeurteilungsbogen für depressive Störungen, 4;0-17; 11 Jahre).

(Spitzcok von Brisinski 2018)

Außer auf der Anamnese basiert bei kleineren Kindern die Diagnostik auf Spielinterview und Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion, im Jugendalter eher auf Gespräch und Selbsteinschätzungsfragebögen (Seiffge-Krenke 2007). Die Übereinstimmung von klinischer Diagnose, strukturierten Interviews und Selbstbeurteilungsfragebögen bei Depression im Kindes- und Ju-

gendalter ist jedoch nur gering bis mäßig (Dolle et al. 2012), die Übereinstimmung der Beurteilungen von betroffenen Jugendlichen im Selbstbeurteilungsfragebögen und ihren Müttern im Fremdbeurteilungsfragebögen niedrig (Andrews et al. 1993).

Auch die schwereren Formen von depressiven Störungen, die 2% aller präadoleszenten Kinder und 4% bis 8% aller Jugendlichen beeinträchtigen (Shurgart & Lopez 2002), bleiben häufig für lange Zeit unerkannt (Seiffge-Krenke 2007). Dies mag u. a. auch daran liegen, dass es außer altersunabhängigen Symptomen auch alters- bzw. entwicklungsabhängige Symptome unterschätzt oder fehlinterpretiert werden. Auch kommt es vor, dass eine Depression aufgrund im Vordergrund stehender starker expansiver Verhaltensweisen übersehen wird.

Altersunabhängige Symptomatik

DSM-5 (APA 2013):

- Vermindertes Interesse an Aktivitäten
- Gefühle von Wertlosigkeit
- Verminderte Fähigkeit sich zu konzentrieren oder sich zu entscheiden
- Wiederkehrende Gedanken über den Tod

ICD-11 (WHO 2019a):

Depressive Störungen sind gekennzeichnet durch

- depressive Verstimmungen (z. B. traurig, gereizt, leer)
- oder Lustverlust,

begleitet von anderen kognitiven, verhaltensbedingten oder neurovegetativen Symptomen, die die Funktionsfähigkeit des Patienten erheblich beeinträchtigen.

Altersabhängige Symptomatik

- *Kleinkindalter*: Schreien, Jammern, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen, aggressives und unruhiges Verhalten
- *Ältere Kinder*: eher anhaltende Traurigkeit, fehlendes Selbstbewusstsein, Sinnlosigkeit, fehlende Zukunftsperspektiven
- *Vorpubertär*: eher Reizbarkeit, körperliche Beschwerden, psychomotorische Unruhe, sozialer Rückzug, Trennungsängste; Selbstmordgedanken und -handlungen eher selten, psychotische Depressionen zeigen eher akustische Halluzinationen als Wahn
- *Jugendliche*: eher verminderte Freude und Lust, Hoffungslosigkeit, melancholische und psychotische Symptome, vermehrtes Schlafbedürfnis, Gewichtsveränderungen; Selbstmordgedanken und -handlungen, psychotische Depressionen mit Wahnsymptomen

(Groen & Petermann 2011, Rao & Chen 2009)

Altersabhängige Besonderheiten in ICD-11 und DSM-5

Bzgl.

- *Dysthyme Störung* in ICD-11 (WHO 2019a): Bei Kindern und Jugendlichen kann sich depressive Stimmung als tiefgreifende Gereiztheit manifestieren.
- *Major Depression* erlaubt DSM-5 (2013) bei Kindern und Jugendlichen „depressive Stimmung“ als Kriterium durch „reizbare Stimmung“ zu ersetzen sowie „Deutlicher Gewichtsverlust“ durch „Ausbleiben der zu erwartenden Gewichtszunahme“.
- *Persistierende depressive Störung* erlaubt DSM-5 (2013) bei Kindern und Jugendlichen „depressive Stimmung“ als Kriterium durch „reizbare Stimmung“ zu ersetzen, für die Dauer reicht 1 Jahr statt 2.

Bipolare Störungen im Kindes- und Jugendalter gehören zu den seltenen psychischen Störungen. Die Symptomatik im Kindes- und Jugendalter unterscheidet sich vom Erwachsenenalter durch das häufigere Auftreten gemischter Episoden, kürzerer Episoden, höherer Komorbiditätsraten sowie mehr erkrankter Jungen. (Weninger & Schulte-Körne 2015).

Disruptive Affektregulationsstörung (DSM-5)

- a) Schwere wiederkehrende Wutausbrüche verbal oder im Verhalten, hinsichtlich Intensität und Dauer in Bezug auf Situation und Anlass völlig unangemessen.
- b) Die Wutausbrüche sind dem jeweiligen Entwicklungsstand unangemessen.
- c) Die Ausbrüche ereignen sich durchschnittlich 3mal pro Woche oder öfter.
- d) Die Stimmung zwischen den Ausbrüchen ist beinahe an jedem Tag über die meiste Zeit des Tages anhaltend reizbar oder ärgerlich und kann von anderen wahrgenommen werden.
- e) Die Kriterien a bis d sind über 12 oder mehr Monate vorhanden. Während dieses Zeitraums gab es keine Episode von 3 oder mehr aufeinanderfolgenden Monaten, in der die Kriterien a bis d nicht voll erfüllt waren.
- f) Die Kriterien a bis d sind in mindestens 2 von 3 Lebensbereichen vorhanden.
- g) Die Diagnose sollte nicht erstmalig vor dem 6. Lebensjahr und nicht nach dem 18. Lebensjahr gestellt werden.
- h) Das Alter der Erstmanifestation der Kriterien a bis e liegt vor dem 10. Lebensjahr.
- i) Es gab nie eine abgegrenzte Zeitspanne von mehr als 1 Tag, in der – mit Ausnahme des Zeitkriteriums – alle Symptomkriterien einer manischen oder hypomanen Episode erfüllt waren.
- j) Die genannten Verhaltensweisen treten nicht ausschließlich während einer Episode einer Major Depression auf und können nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden.
- k) Die Symptome sind nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen oder neurologischen Krankheitsfaktors

Um Befürchtungen zu berücksichtigen, dass bipolare Störungen bei Kindern zu oft diagnostiziert werden, wurde in DSM-5 (2013) als neue Diagnose für Kinder bis zum 12. Lebensjahr die „Disruptive Affektregulationsstörung“ im Kapitel „Depressive Störungen“ aufgenommen mit im Vordergrund stehender chronischer, nichtepisodischer Reizbarkeit und häufigen Wutanfällen, da diese Symptomatik häufig später in eine Depression des Jugend- und Erwachsenenalters übergeht.

Zurzeit wird diese Diagnose noch kontrovers diskutiert (Birkle et al. 2017) und sie wurde nicht als eigene diagnostische Kategorie in ICD-11 aufgenommen. Stattdessen erhielt die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (ICD-10: F91.3) in ICD-11 (WHO 2019b) die Unterformen „mit chronischer Gereiztheit-Wut“ (6C90.0) und „ohne chronische Gereiztheit-Wut“ (6C90.1).

Geschlechterunterschiede

Vor der Pubertät sind Jungen und Mädchen etwa gleich oft von depressiven Störungen betroffen, je nach Studie Jungen auch häufiger (Kessler et al. 2001, Nolen-Hoeksema 1991). Im mittleren Jugendalter steigt die Häufigkeit depressiver Symptome und Störungen bei Mädchen auf das 2- bis 3fache der Häufigkeit bei Jungen (Weissman et al. 1997, Kessler et al. 2005, Wade et al. 2002). Hankin et al. (1998) fanden in ihrer neuseeländischen Geburtskohorten-10 Jahres-Längsschnittstudie erste leichte Geschlechterunterschiede im Alter von 13 bis 15 Jahren, bereits in diesem Alter waren die Mädchen etwas häufiger betroffen von Depression als die Jungen. Der größte Geschlechterunterschied zeigte sich jedoch im Alter von 15 bis 18 Jahren. Es fand sich jedoch kein Geschlechterunterschied bzgl. Rezidivrate oder Schweregrad der Symptomatik.

Laut Rao & Chen (2009) berichten depressive Mädchen jedoch über höhere Ausprägungen der Symptome, häufiger über somatische Symptome wie Veränderungen von Appetit und Gewicht, Schlafprobleme, psychomotorische Beeinträchtigung, vermehrtes Weinen, Versagensgefühle, Schuldgefühle, schwaches Selbstwertgefühl und weitere kognitive Symptome. Bennett et al. (2005) untersuchten 383 ambulante Patienten im Alter von 11,9 bis 20,0 Jahre mittels standardisierter Fragebögen. Depressive Mädchen und Jungen hatten ähnliche Symptomprävalenzen und Schweregradbeurteilungen für die meisten depressiven Symptome.

Depressive Mädchen berichteten jedoch häufiger über Schuldgefühle, Unzufriedenheit mit dem Körperbild, Enttäuscht Sein von sich selbst, Versagensgefühle, Konzentrationsprobleme, Schwierigkeiten beim Arbeiten, Traurigkeit/depressive Stimmung, Schlafstörungen, Müdigkeit und Gesundheitssorgen.

Im Gegensatz dazu hatten depressive Jungen höhere klinische Bewertungen von Anhedonie (Unfähigkeit, Freude und Lust zu empfinden), depressiver Morgenstimmung und morgendlicher Müdigkeit. Rao & Chen (2009) berichten, dass depressive Jungen häufiger über Anhedonie, Schwankungen von Stimmung und Energie tagsüber, sozialen Rückzug und Beeinträchtigung bei der Arbeit klagen.

Möglicherweise weisen Mädchen schon vor Beginn der Adoleszenz latent mehr Risikofaktoren auf (u. a. Erziehungsstilfolgen, Missbrauchserfahrungen), die dann anlässlich vielfältiger Veränderungen und Herausforderungen im Jugendalter das Entstehen einer Depression begünstigen (Kühner 2003, Nolen-Hoeksema & Girgus 1994). 15- bis 19-jährige Frauen weisen die höchste Suizidversuchsrate (im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen bei beiden Geschlechtern) auf, während in den vergangenen Jahren in mehreren Ländern eine Zunahme der Suizidrate bei männlichen Jugendlichen zu beobachten ist (Apter 2001).

Bipolare affektive Störungen sind dagegen bei beiden Geschlechtern gleich häufig (Wittchen et al. 2000, Jacobi et al. 2004).

Komorbide Störungen

Sowohl klinische als auch epidemiologische Studien zeigen, dass 40 bis 70% aller Kinder und Jugendlichen mit Depression zusätzlich unter einer weiteren psychiatrischen Erkrankung leiden, viele Jugendliche haben auch 2 oder mehr komorbide Diagnosen. Häufige komorbide Diagnosen umfassen Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens, somatoforme, hyperkinetische, posttraumatische Störungen sowie psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Rao & Chen 2009, Hoffmann et al. 2012, Jaffee et al. 2002).

Etwa 70% aller Kinder und Jugendlichen mit Dysthymie bekommen zusätzlich eine Major Depression-Episode (double depression).

Etwa die Hälfte aller suizidalen Kinder und Jugendlichen leidet unter einer Depression, etwa die Hälfte aller Jugendlichen mit bipolarer Störung hat Suizidideen (Hauser et al. 2013).

Mögliche Zusammenhänge zwischen komorbiden Störungen:

- *Kausale Beziehung:* Eine depressive Störung kann z. B. dazu prädisponieren, eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln.
- *Wechselseitige Kausalität:* Depressive Störungen scheinen z. B. gehäuft mit generalisierten Angststörungen verbunden zu sein, umgekehrt gehen generalisierte Angststörungen gehäuft mit einer sekundären Depression einher.
- *Komorbidität bei gemeinsamem ätiologischem Faktor:* Eine Verlusterfahrung kann sowohl eine depressive Störung als auch eine Angststörung auslösen.
- *Komorbidität bei zugrunde liegenden komplexen Faktoren:* Mehrere Faktoren spielen wechselseitig bei der Entstehung einer depressiven und einer anderen psychischen Störung zusammen.
- *Komorbidität bei überlappenden diagnostischen Kriterien:* Zwei Störungen überlappen sich hinsichtlich der diagnostischen Kriterien, z. B. hinsichtlich Schlafstörungen und Unruhe bei Depression und Demenz.

(Wittchen 1996, Frances et al. 1990)

Die Diagnosestellung kann für depressive Störungen durch komorbide Störungen erschwert sein. So können überlappende Symptome auftreten wie z. B. Konzentrationsstörungen und verminderter Antrieb sowohl bei Depression als auch ADS (Aufmerksamkeitsdefizitstörung ohne Hyperaktivität). Auch kann eine komorbide Störung depressive Symptome maskieren oder zu einer untypischen Manifestation der depressiven Symptomatik führen wie z. B. bei Autismus-Spektrumstörungen (Magnuson & Constantino 2011).

Häufigkeiten

Dolle & Schulte-Körne (2014) geben als Prävalenz für depressive Störungen vor der Pubertät 1-3 % an, danach ca. 6%. Hankin et al. (1998) fanden in ihrer Kohorten-Längsschnittstudie über 10 Jahre insbesondere im Alter zwischen 15 und 18 Jahren einen bedeutsamen Anstieg der Häufigkeit unipolarer Depressionen sowohl insgesamt als auch bei den Neuerkrankungen.

Studien, in denen schwere Depressionssymptome von Kindern per Selbstbeurteilungsfragebogen erfasst wurden, zeigen Prävalenzraten von beispielsweise 4% in Spanien, 6% in Finnland, 8% in Griechenland, 10% in Australien und 25% in Kolumbien (Bernaras et al. 2019).

Prävalenzen verschiedener Unterformen

- Nach Rao & Chen (2009) liegt die Punkt-Prävalenz (30-Tage oder 1-Jahr) der *Major Depression* zwischen 0,4 und 2,5% bei Kindern und zwischen 0,7 und 9,8% bei Jugendlichen. Die Häufigkeit nimmt ab dem frühen Teenager-Alter zu und steigt linear an auf eine Lebenszeit-Rate von 15% bis 25% in der späten Jugend.
- Die Lebenszeit-Prävalenz der *Minor Depression* bei 15- bis 18jährigen liegt bei 11%.
- Die *saisonale depressive Störung* tritt meist als Winter-Depression auf, die Prävalenz bei 10- bis 20-jährigen liegt bei etwa 8%, wobei Mädchen häufiger betroffen sind als Jungen und junge Erwachsene häufiger als Kinder (Borisenkov et al., 2015).
- Die *prämenstruelle dysphorische Störung* (PMDS) ist im DSM-5 ebenfalls den depressiven Störungen zugeordnet (DGPPN et al., 2017).

Ätiopathogenese und Risikofaktoren

Nach heutigem Wissenstand ist von einem multifaktoriellen Geschehen auszugehen mit Wechselwirkungen zwischen biologischen und psychosozialen Faktoren (Bernaras et al. 2019). Die Bedeutung der verschiedenen Faktoren kann erheblich variieren, so dass sich ein breites Spektrum psychischer Störungen ergibt, das von weitgehend biologisch determinierten Erkrankungen

über eine Kombination verschiedener Faktoren bis hin zu weitgehend psychosozial determinierten Erkrankungen reicht. Ein erhöhtes Risiko für das Auftreten affektiver Störungen bei genetisch vulnerablen Individuen ist empirisch gut belegt (Nurnberger & Gershon ES 1992).

Nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell tritt eine affektive Störung erst im Zusammenspiel mit Auslösefaktoren wie hormoneller Umstellung oder körperlichen Erkrankungen sowie psychosozialen Faktoren (z. B. Verluste, Trennungen, berufliche Enttäuschungen, Überforderungen, interpersonelle Konflikte, Beziehungskrisen, mangelnde soziale Unterstützung usw.) auf (Berger & van Calker 2004). Epidemiologische genetische Studien belegen, dass depressive Störungen familiär gehäuft auftreten. Angehörige ersten Grades haben ein etwa 50 % höheres Risiko gegenüber der Allgemeinbevölkerung, selbst an einer unipolaren depressiven Störung zu erkranken. In einer dänischen Zwillingsstudie betragen die Konkordanzraten für bipolare Verläufe bei eineiigen Zwillingen 80 %, bei zweieiigen Zwillingen 15-20 % (Bertelsen et al. 1977). Die Konkordanzraten für unipolare Verläufe betragen dagegen bei eineiigen Zwillingen nur 50 %, bei zweieiigen Zwillingen 15-20 %. Das Vorliegen einer depressiven Störung bei der Mutter gilt als Risikofaktor für die spätere Entwicklung einer depressiven Störung beim Kind, wobei nicht klar ist, welchen Anteil genetische und nichtgenetische Faktoren haben (Hammen 1991).

Jugendliche haben ein besonders hohes Risiko für rezidivierende Verläufe (auch im Erwachsenenalter), präpubertär auftretende depressive Störungen sind dagegen mit einem geringeren Risiko verbunden (Fombonne et al., 2001). Das Risiko für einen ungünstigen Verlauf steigt mit der Schwere der Erkrankung, Problemen in der Eltern-Kind-Interaktion, Vorliegen komorbider Störungen und wenn die Eltern selbst an Depression erkrankt sind (Spitzok von Brisinski 2019).

Studien zu in der Schule durchgeführten Depressionspräventionsprogrammen für Kinder und Jugendliche zeigten bisher kaum ermutigende Ergebnisse, da die Effekte (falls vorhanden) in vielen Fällen nicht über einen längeren Zeitraum anhielten oder sehr begrenzt waren (abhängig u. a. davon, wer das Programm durchführte und vom Geschlecht der Teilnehmer). Auch ist die Unterscheidung zwischen universellen und zielgerichteten Programmen hinsichtlich ihrer Effekte nicht ausreichend klar, da gezielte Programme zwar zunächst wirksamer erschienen, ihre Auswirkungen jedoch auf lange Sicht nicht nachhaltig waren (Bernaras et al. 2019).

Risikofaktoren

- *Geschlecht*: In der Kindheit gibt es keine Geschlechterunterschiede bzgl. der Häufigkeit des Auftretens depressiver Störungen, ab der Adoleszenz nimmt der Mädchenanteil auf das Zwei- bis Dreifache gegenüber Jungen zu.
- *Migration* (auch in der zweiten Generation)
- *Chronische körperliche Erkrankungen*
- *Familiäre Belastungsfaktoren* (u. a. Trennung der Eltern, psychische Erkrankung der Eltern, Gewalt in der Familie, sexueller Missbrauch)

(Ceri et al. 2017; Jaffee et al. 2002, Poole et al. 2016, Seiffge-Krenke 2007)

Psychosoziale Faktoren

- Konflikte mit den Eltern bzw. in der Familie werden in mehreren Langzeitstudien als Prädiktor für das Weiterbestehen der Depression beschrieben.
- Es ist unklar, ob die psychosozialen Störungen Vorläufer oder Folgen einer Depression sind.
- Faktoren, die häufig mit Depressionen verbunden sind, wie komorbide psychiatrische Störungen, beeinträchtigt familiäres Funktionsniveau, niedriger sozioökonomischer Status und stressige Lebensereignissen, wirken sich jedenfalls auf psychosoziale Funktionen aus.

(Jonsson et al. 2010, Rao & Chen 2009)

Bei Erwachsenen ist die Auswirkung des sozialen Status‘ auf Depressionen gut dokumentiert (Turner & Lloyd 1999). Studien an Kindern und Jugendlichen, bei denen sowohl Symptomniveaus als auch diagnostische Kriterien verwendet wurden, haben Depressionen mit einem niedrigeren Einkommen und einem niedrigeren sozioökonomischen Status in Verbindung gebracht (Bird et al. 1988, Costello et al. 1996, Gore et al. 1992). Hankin et al. (1998)

fanden in ihrer Geburtskohorten-10Jahres-Längsschnittstudie jedoch keinen Unterschied zwischen Studierenden und Nichtstudierenden. Ein niedrigerer sozioökonomischer Status kann ein Marker sein von spezifischen Risikofaktoren im Zusammenhang mit Depressionen, anstatt einen direkten Einfluss auszuüben. Zum Beispiel ist ein niedriger sozioökonomischer Status mit einem hohen Maß an chronischem Stress aufgrund wirtschaftlicher Schwierigkeiten, widriger Umweltbedingungen und familiärer Störungen verbunden.

Das Risiko für einen ungünstigen Verlauf steigt mit der Schwere der Erkrankung, Problemen in der Eltern-Kind-Interaktion, Vorliegen komorbider Störungen und wenn die Eltern selbst an Depression erkrankt sind.

Kurzzeitverlauf

Untersuchungen aus der Ära vor Einführung der Psychopharmaka belegen durchschnittliche Episodendauern einer unipolaren Depression bei *Erwachsenen* von 6 bis 8 Monaten. Die Entwicklung effektiver Therapien führte zu einer deutlichen Verkürzung und weniger starken Ausprägung der depressiven Phasenlänge. Die mittlere Episodendauer behandelter unipolarer depressiver Störungen wird auf 16 Wochen geschätzt, wobei bei ungefähr 90 % der Patienten die depressive Episode als mittel- bis schwergradig eingeschätzt wird (DGPPN et al. 2017, S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression).

Die Angaben zur durchschnittlichen Dauer depressiver Episoden *im Kindes- und Jugendalter* schwanken zwischen 2 und 17 Monaten – im Mittel 8 Monate (Mehler-Wex 2008). In einer großen Stichprobe von Schülern der 9. bis 12. Klasse lag die Dauer einer Major Depression-Episode zwischen 2 und 250 Wochen (Mittelwert 26 Wochen). Die Wahrscheinlichkeit einer Remission lag nach 3 Wochen bei 25%, nach 8 Wochen bei 50%, und nach 24 Wochen bei 75%. In klinischen Stichproben liegt die durchschnittliche Dauer der Major Depression-Episode bei 6 bis 9 Monaten. 30% bis 40% der Patienten erholen sich innerhalb von 6 Monaten, 70% bis 80% innerhalb von 12 Monaten, bei 5% bis 10% dauert die Major Depression-Episode länger als 2 Jahre. Dysthymie hat eine durchschnittliche Dauer von 2,5 bis 3,5 Jahren (Rao 2006).

Langzeitverlauf

Harrington et al. (1990) untersuchten 80 Patienten mit Depression und 80 gematchte ohne, die in den späten 1960er und frühen 1970er Jahren Patienten der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung am Maudsley Hospital in London gewesen waren. Bei der durchschnittlich 18 Jahre nach dem ersten Kontakt erfolgten Nachuntersuchung konnten 82% der Gesamtstichprobe berücksichtigt werden. Die Beurteilung der erwachsenen Patienten erfolgte verblindet bzgl. Zugehörigkeit zu Fall- oder Kontrollgruppe. Die depressive Gruppe hatte ein erhöhtes Risiko für affektive Störungen im Erwachsenenalter, psychiatrische Krankenhausaufenthalte und psychiatrische Behandlungen, jedoch nicht für andere psychische Störungen. Dieses Ergebnis legte damals nahe, dass die Kontinuität affektiver Störungen zwischen Kindheit und Erwachsenenleben eine erhebliche Spezifität aufweist.

Von dieser Forschungsgruppe wurden zudem 63 Kinder und Jugendliche mit Depressionen und 68 nichtdepressive Patienten im Erwachsenenalter nachuntersucht. 21 % der depressiven Gruppe hatten zusätzlich zur Depression eine Störung des Sozialverhaltens. Diese unterschieden sich nicht von depressiven Kindern ohne Störung des Sozialverhaltens hinsichtlich der depressiven Symptomatik oder demografischer Merkmale. Depressive mit Störung des Sozialverhaltens hatten jedoch ein schlechteres Kurzzeit-Outcome und ein höheres Risiko, als Erwachsene kriminell zu werden. Es fand sich ein starker Trend, dass Depressive mit Störung des Sozialverhaltens später im Erwachsenenalter ein geringeres Risiko für Depressionen haben als depressive Kinder ohne Störung des Sozialverhaltens. Die Ergebnisse von Depressiven mit Störung des Sozialverhaltens waren denen von nicht depressiven Kindern mit Störung des Sozialverhaltens sehr ähnlich (Harrington et al. 1991).

Dieselbe Arbeitsgruppe untersuchte Kinder- und Jugendliche, die 1970 bis 1983 Patienten der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung am Maudsley Hospital gewesen waren. Von 245 ehemaligen Patienten mit Major Depression mit oder ohne zusätzliche Störung des Sozialverhaltens konnten 20 Jahre später 149 (Durchschnittsalter ca. 14 Jahre bei der Erstuntersuchung, 16 % jünger als 12 Jahre) interviewt werden. 96 von ihnen hatten als Kind bzw. Jugendlicher eine Major Depression und 53 zusätzliche eine Störung des Sozialverhaltens. Im Interview gaben 62,4 % an, dass erneut eine Major Depression aufgetreten war, und 75,2 %, dass erneut irgendeine Form einer depressiven Störung aufgetreten war. In der Gruppe mit vormals zusätzlicher Störung des Sozialverhaltens waren 20 Jahre später Drogenmissbrauch und -abhängigkeit, Alkoholismus und dissoziale Persönlichkeitsstörung häufiger

und Angststörungen seltener, darüber hinaus fanden sich jedoch keine Unterschiede zu der Gruppe Depressiver ohne Störung des Sozialverhaltens. Während sich in der Kindheit bzw. Jugendzeit keine Geschlechterunterschiede fanden, waren in der Nachuntersuchung Frauen dreimal häufiger von depressiven Störungen sowie von Angststörungen betroffen als Männer (Fombonne et al. 2001).

In den USA untersuchten Weissman et al. (1999) 108 Kinder vor der Pubertät (Tanner-Stadium <III) mit Major Depression, 59 mit Angststörung und ohne Major Depression sowie 133 ohne Anzeichen früherer oder aktueller psychiatrischer Störungen. 10 bis 15 Jahre später erfolgte bei 73 % (n=83/44/91) die Untersuchung der nun erwachsenen Patienten durch ein unabhängiges Team ohne Kenntnis der Erstdiagnose. Bei der depressiven Gruppe war das Risiko für Suizidversuche (fast dreifach im Vergleich zur normalen Kontrollgruppe und zweifach im Vergleich zu den Kindern mit Angstzuständen) und bipolare Störungen erhöht. Im Vergleich zur normalen Kontrollgruppe hatten sowohl die Kinder mit Major Depression als auch die mit Angstzuständen ein erhöhtes Risiko für Alkohol- und Drogenmissbrauch/-abhängigkeit und ein 4faches Risiko für Störungen des Sozialverhaltens, des Weiteren eine erhöhte Inanspruchnahme langfristiger psychiatrischer und somatisch-medizinischer Behandlungen und ein insgesamt beeinträchtigtes Funktionsniveau. Kinder mit präpubertärer Major Depression und Rezidiv hatten häufiger Verwandte ersten Grades mit Major Depression.

Kinder mit Major Depression ohne zusätzliche Störung des Sozialverhaltens unterschieden sich nicht von Kindern mit Major Depression mit zusätzlicher Störung des Sozialverhaltens hinsichtlich einer später auftretenden Störung des Sozialverhaltens mit Ausnahme des späteren Auftretens einer Dissozialen Persönlichkeitsstörung, was fast nur bei Kindern aus der Gruppe mit Major Depression und zusätzlicher Störung des Sozialverhaltens vorkam (58.8% vs. 6.3%; $p < .001$, $df=1$).

Im Gegensatz zu den Ergebnissen der Arbeitsgruppe um Harrington finden sich hier also keine erhebliche Spezifität für die Kontinuität affektiver Störungen zwischen Kindheit und Erwachsenenleben, da sich die Häufigkeit depressiver Störungen im Erwachsenenalter bei präpubertär depressiv erkrankten Kindern nicht von der normalen Kontrollgruppe unterscheidet, wohl aber erhöhte Risiken für andere Störungen sich abbilden. Dieser Widerspruch zu den Ergebnissen der Forschungsgruppe um Harrington erklärt sich möglicherweise dadurch, dass hier ausschließlich erstmals präpubertär depressiv Erkrankte untersucht wurden, während es sich bei den Stichproben der Gruppe um Har-

rington überwiegend um erstmals pubertär und postpubertär Untersuchte handelt. Dies widerspricht zudem der Behauptung von Rao (2006), dass früh einsetzende Episoden häufig bestehen bleiben oder im Erwachsenenalter erneut auftreten, und entspricht der Einschätzung von Fombonne et al. (2001), dass *Jugendliche* ein besonders hohes Risiko für rezidivierende Verläufe (auch im Erwachsenenalter) haben, präpubertär auftretende depressive Störungen dagegen mit einem geringeren Risiko verbunden sind.

Jaffee et al. (2002) untersuchten eine repräsentative Geburtskohorte prospektiv von der Geburt bis zum Alter von 26 Jahren. Für frühkindliche Risikofaktoren wurde der Zeitraum von der Geburt bis zum Alter von 9 Jahren betrachtet. Die Diagnose einer Major Depression wurde nach DSM-Kriterien zu 3 Zeitpunkten vor dem Erwachsenenalter (Alter 11, 13 und 15 Jahre) und zu 3 Zeitpunkten im Erwachsenenalter (Alter 18, 21 und 26 Jahre) gestellt. Es wurden 4 unterschiedliche Gruppen definiert: (1) Personen, bei denen erstmals im Kindesalter eine Major Depression diagnostiziert wurde, jedoch nicht im Erwachsenenalter ($n = 21$); (2) Personen, bei denen erstmals im Erwachsenenalter eine Major Depression diagnostiziert wurde ($n = 314$); (3) Personen, die erstmals in der Kindheit diagnostiziert wurden und deren Depression im Erwachsenenalter im Alter von 26 Jahren wieder auftrat ($n = 34$); und (4) niemals depressive Personen ($n = 629$). Die beiden jugendlichen Gruppen hatten ähnliche Risikoprofile im Kindesalter. Verglichen mit der Gruppe der erstmalig im Erwachsenenalter depressiv Erkrankten traten bei den Gruppen mit Erstmanifestation im Jugendalter als frühkindliche Risikofaktoren häufiger perinatale Komplikationen, motorische Defizite, Instabilität bzgl. Bezugsperson, familiäre Kriminalität und Psychopathologie sowie Verhaltens- und sozioemotionale Probleme auf. Das Risikoprofil der Gruppe mit Erstmanifestation der Depression im Erwachsenenalter war hingegen ähnlich dem der Gruppe mit nie aufgetretenen depressiven Erkrankungen, mit Ausnahme des häufigeren sexuellen Missbrauchs im Kindesalter.

Steinhausen et al. (2006) verglichen in einer repräsentativen Community-Longitudinalstudie 4 Gruppen von Probanden, die in der Vor-Adoleszenz, in der späten Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter depressiv oder anhaltend depressiv waren, untereinander sowie mit einer Kontrollgruppe junger Erwachsener. Das Outcome wurde im Hinblick auf verschiedene psychosoziale Variablen untersucht, darunter Life Events, Coping, selbstbezogene Kognitionen, Größe und Tragfähigkeit des sozialen Netzwerks, wahrgenommenes elterliches Verhalten, familiäre Beziehungen und mentale Funktionen. Bezüglich der meisten psychosozialen Variablen zeigte die Gruppe der persi-

stierenden Depressionen die auffälligsten Werte. In einigen Variablen unterschied sich die Gruppe junger Erwachsener mit episodischer Depression nicht signifikant von der Gruppe der persistierenden Depressionen. Es zeigte sich, dass die persistente Depression im jungen Erwachsenenalter im Vergleich zur episodischen Depression des Jugendalters durch mehr ungünstige Lebensereignisse und daraus resultierende Belastungen, geringeren Selbstwert und erhöhte Selbstaufmerksamkeit, weniger wirksame soziale Netzwerke, stärker erlebte elterliche Kontrolle und mehr Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme gekennzeichnet war (Steinhausen 2013). Die Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, dass vor allem eine anhaltende und weniger eine episodische Depression bei Jugendlichen ein erhöhtes Risiko für eine ungünstige psychosoziale und mentale Entwicklung im jungen Erwachsenenalter birgt.

Kasen et al. (2001) untersuchten Risiken einer Major Depression im Kindesalter und anderer psychopathologischer Merkmale für eine spätere Persönlichkeitsstörung in einer Zufallsstichprobe von 551 Jugendlichen. Dazu wurden Selbstbeurteilungen und Einschätzungen der Mütter verwendet, um Störungen gemäß DSM-III-R (Achsen I und II) im Durchschnittsalter von 12,7, 15,2 und 21,1 Jahren zu evaluieren. Das Risiko stieg bei früh auftretender Major Depression für auf das 13fache für die Entwicklung einer Abhängigen Persönlichkeitsstörung, das 10fache für eine Dissoziale Persönlichkeitsstörung, das 7fache für eine Passiv-aggressive und das 3fache für eine Histrionische Persönlichkeitsstörung. Diese Effekte waren unabhängig von Alter, Geschlecht, benachteiligtem sozioökonomischem Status, Misshandlung von Kindern in der Vorgeschichte, nicht intaktem Familienstand, elterlichem Konflikt, bereits bestehender Parkinson-Krankheit im Jugendalter und anderen psychopathologischen Merkmalen der Achse I im Kindes- oder Jugendalter, einschließlich Störungen und Angststörungen.

Darüber hinaus erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit einer Schizoiden und Narzisstischen Persönlichkeitsstörung um fast das 6fache und die Wahrscheinlichkeit einer Dissozialen Persönlichkeitsstörung um das 5fache bei einer zuvor auftretenden Störung des Sozialverhaltens und die Wahrscheinlichkeit einer Paranoiden Persönlichkeitsstörung um das 4fache bei einer früheren Angststörung. Demnach können Persönlichkeitsstörungen alternative Entwicklungswege für Depression und andere Störungen der Achse I des DSM im Übergang vom Kind zum Erwachsenen darstellen. Die Ergebnisse dieser Studie sprechen daher dafür, dass eine Major Depression im Kindesalter das Risiko für eine spätere Persönlichkeitsstörung erhöht, unabhängig von

Alter, Geschlecht, benachteiligtem sozioökonomischem Status, Misshandlung von Kindern in der Vorgeschichte, nicht intaktem Familienstand, elterlichem Konflikt, bereits bestehender Parkinson-Krankheit im Jugendalter und anderen psychopathologischen Merkmalen der Achse I im Kindes- oder Jugendalter, einschließlich Störungen und Angststörungen.

Außerdem erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit einer Schizoiden oder Narzisstischen Persönlichkeitsstörung um fast das 6fache und die Wahrscheinlichkeit einer Dissozialen Persönlichkeitsstörung um das 5fache bei einer früheren Störung des Sozialverhaltens sowie die Wahrscheinlichkeit einer Paranoiden Persönlichkeitsstörung um das 4fache bei einer früheren Angststörung.

Dennoch betonen alle Studien auch die Variabilität des klinischen Verlaufs mit unterschiedlichen Outcomes, einschließlich vollständiger Genesung, rezidivierender depressiver Episoden und Entwicklung anderer psychiatrischer Störungen (Rao 2006). Die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auftretens nach der Rückbildung einer Major Depression beträgt 40% nach 2 Jahren und 70% nach 5 Jahren. Bei 50% tritt im Erwachsenenalter erneut mindestens eine depressive Episode auf (Groen & Petermann 2011, Rao 2006).

Eine Längsschnittstudie über 5 Jahre untersuchte Zusammenhänge zwischen kindlicher Erfahrung von depressiven Symptomen, negativen Lebensereignissen, Erklärungsstil und Hilflosigkeit in sozialen und Leistungssituationen. Es zeigte sich, dass negativen Lebensereignisse, aber nicht der Erklärungsstil depressive Symptome vorhersagten. In der späteren Kindheit zeigt sich jedoch ein pessimistischer Erklärungsstil als signifikanter Prädiktor depressiver Symptome, sowohl allein als auch in Verbindung mit negativen Lebensereignissen. Wenn Kinder unter depressiven Episoden litten, wurde ihr Erklärungsstil nicht nur pessimistischer, sondern blieb es auch nach Rückbildung der Depression, was vermutlich ein erhöhtes Risiko für ein Rezidiv darstellt (Nolen-Hoeksema et al. 1992).

Puig-Antich et al. (1985) untersuchten bei 115 präpubertären Kindern das psychosoziale Umfeld und die Beziehungen zu Eltern, Gleichaltrigen und Geschwistern durch Befragung der Eltern bzgl. des Zeitraums von 3 Monaten vor der Erstvorstellung. Die Kinder hatten als aktuelle Diagnose eine schwere Depression (52 Kinder), eine nichtdepressive neurotische Störung (23) oder wurden als normal eingestuft (40). Die meisten Aspekte psychosozialer Beziehungen waren in den psychiatrischen Gruppen signifikant beeinträchtigt. Diese Beeinträchtigung war bei Depressiven im Allgemeinen schlimmer und bei Aspekten der verbalen und affektiven Kommunikation mit Eltern und

Geschwistern signifikant schlimmer. Präpubertäre Kinder mit Major Depression wiesen regelhaft soziale Beziehungsdefizite auf. Die psychosozialen Beziehungen zu Eltern, Gleichaltrigen und Geschwistern sowie schulische Leistung wurden mittels Elterninterview bei 21 präpubertären Kindern 2x gemessen: während einer Major Depression-Episode und nach mindestens 4 Monate anhaltender Rückbildung. Die schulische Leistung hatte sich vollständig normalisiert. Die Defizite in den inner- und außerfamiliären Beziehungen des Kindes hatten sich nur teilweise verbessert: Moderate Defizite während der depressiven Episode erreichten nach affektiver Erholung das Niveau der normalen Kontrollgruppe. Schwere Defizite verbesserten sich dagegen nur mäßig.

Jonsson et al. (2010) luden alle im ersten Jahr die Sekundarstufe II besuchenden Schüler von Uppsala (16–17 Jahre alt) sowie Schulabbrecher desselben Alters ein, an der Befragung teilzunehmen. Von den 2465 eingeladenen Jugendlichen nahmen 2300 (93%) an einem Screening mittels Beck Depression Inventory (BDI) und The Centre for Epidemiological Studies-Depression Scale for Children (CES-DC) teil. Schüler mit hohen Werten ($BDI \geq 16$ oder $CESDC \geq 30 + BDI \geq 11$) oder Suizidversuch in der Anamnese wurden interviewt mittels The Diagnostic Interview for Children and Adolescents revidiert gemäß DSM-III-R für Adoleszents (DICA-R-A).

Für jeden Schüler mit hohen Werten wurde ein gleichgeschlechtlicher Mitschüler mit niedrigen Werten ($BDI < 16$ und $CES-DC < 30$) und ohne Suizidversuch als Kontrollgruppe interviewt. Insgesamt wurden 631 von 710 ausgewählten Jugendlichen interviewt.

Ungefähr 15 Jahre später wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie an der Folgeuntersuchung teilnehmen möchten. Von den 591 Verbleibenden nahmen 64,6% am Folgeinterview teil (Alter 30–33 Jahre). Die 382 Teilnehmer wurden in 5 Gruppen gemäß Symptomatik bei der Erstbefragung aufgeteilt: keine Depression ($n=155$); Langzeit-Major Depression ($n=91$); episodische Major Depression ($n=63$); Dysthymie ($n=33$); und unterschwellige Symptome ($n=40$). Outcomes beinhalteten affektive Störungen, andere psychische Störungen, Suizidalität, und Behandlung psychischer Störungen.

Die Gruppe mit Langzeit-Major Depression hatte ein schlechteres Outcome als die nicht-depressive Gruppe, die Gruppe mit depressiven Episoden nahm eine Zwischenposition ein.

Das Outcome der dysthymen Gruppe war dem der Gruppe mit Langzeit-Major Depression ähnlich, die Gruppe mit unterschwelligem Symptomen unterschied sich nicht deutlich von der nicht-depressiven Gruppe.

Langzeit-Major Depression war häufiger als episodische Depression im Erwachsenenalter mit Angststörungen, multiplen psychische Störungen, Suizidversuchen und Behandlung verbunden sowie anhaltender Depression im Erwachsenenalter mit höherer Anzahl rekurrierender Episoden und längerer Dauer antidepressiver Therapie.

Auch nach Adjustierung adoleszenter klinischer und ätiologischer Variablen hatte die Gruppe mit Langzeit-Major Depression ein deutlich schlechteres Outcome als die Gruppe mit episodischer Depression.

Stationäre Wiederaufnahmen depressiver Kinder und Jugendlicher

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie Innsbruck ist das einzige Krankenhaus im österreichischen Tirol, das stationäre Behandlung für Minderjährige mit psychischen Störungen anbietet. Die Stichprobe von Fuchs et al. (2016) umfasst alle Patienten, die zwischen 1989 und 2007 mindestens einmal stationär behandelt wurden, kann daher für dieses Gebiet als repräsentativ gelten. 987 Patienten wurden mittels Registerdaten aller psychiatrischen Kliniken Tirols daraufhin überprüft, ob sie als junge Erwachsene erneut stationär aufgenommen wurden. Das Durchschnittsalter der Erwachsenen lag bei 29,4 Jahren, die durchschnittliche Beobachtungszeit bei 11,4 Jahren (SD 5,0 Jahre). Die Anzahl der Wiederaufnahmen im Erwachsenenalter lag zwischen 0 und 52 (im Mittel bei 0,52). 256 Patienten (26 %) wurden mindestens einmal als Erwachsene stationär aufgenommen.

Schaut man sich die kinder- und jugendpsychiatrische Stichprobe näher an, waren 20,7 % jünger als 11 Jahre, 33,9 % 11 bis 14 Jahre und 45,4 % 15 bis 17 Jahre alt. 48,5 % waren Jungen und 51,5 % Mädchen. 43 % wurden einmal aufgenommen, 46,3 % 2- bis 9mal und 10,7 % 10mal oder häufiger. Die kumulative Verweildauer betrug bei 65,3 % weniger als 9 Wochen und bei 34,7 % 9 Wochen oder länger.

Stationäre Wiederaufnahmen im Erwachsenenalter erfolgten bei affektiven Störungen (F3) im Kindes- und Jugendalter bei rund einem Drittel (33,3 %). In absoluten Zahlen kam es ebenso häufig bei Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F1) zu stationären Wiederaufnahmen im Erwachsenenalter, relativ gesehen war dies jedoch etwas häufiger.

In absoluten Zahlen kam es deutlich häufiger bei F4 und F9 im Kindesalter zu Wiederaufnahmen im Erwachsenenalter, unter Berücksichtigung der relativen Verteilungshäufigkeit der Diagnosen liegen F1, F2 und F6 oberhalb von F3.

Unter Berücksichtigung der oben referierten Aspekte zu störungsspezifischer Transition versus Diagnosenshift erscheint interessant, dass 29,4 % aller Patienten, die vormalig in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wegen affektiver Störungen stationär behandelt wurden, aufgrund derselben Diagnosenkategorie als Erwachsene erneut stationär aufgenommen wurden. Bei 23,5 % der vormalig in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wegen affektiver Störungen stationär Behandelten wurde im Rahmen der stationären Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie jedoch eine Diagnose der ICD-10-Kategorie F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) gestellt, was dafür spricht, dass ca. ein Viertel aller Patienten mit im Kindes- und Jugendalter diagnostizierter affektiver Störung bei erneuter psychiatrischer stationärer Aufnahme im Erwachsenenalter eine Störung aus dem Formenkreis „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ aufweist.

Eine Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F6) fand sich bei 17,6 % aller Wiederaufnahmen, bei denen im Kindes- und Jugendalter eine affektive Störung diagnostiziert wurde. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10: F4) wurde bei 11,8 % aller Erwachsenen, bei denen zuvor im Kindes- und Jugendalter eine affektive Störung diagnostiziert wurde, festgestellt.

Das Risiko von Patienten, die wegen einer affektiven Störung im Kindes- und Jugendalter in stationärer Behandlung waren, als Erwachsene wieder stationäre psychiatrische Behandlung in Anspruch zu nehmen, lag bei unter 13jährigen im Bereich der Normalbevölkerung und darüber im Bereich von etwa 4fach, wobei Patienten mit 10 oder mehr stationären Aufnahmen im Jugendalter ein 2faches Risiko für eine stationäre Wiederaufnahme als Erwachsene haben. Personen, die im Kindesalter wegen einer externalisierenden Störung aufgenommen wurden, haben dieser Studie nach ein geringeres Risiko, als Erwachsene erneut stationäre Behandlung in Anspruch zu nehmen als Personen, die im Kindesalter wegen einer internalisierenden Störung aufgenommen wurden.

Schlusswort

Die bisherige empirische Studienlage spricht dafür, dass präpubertäre depressive Störungen ein erhöhtes Risiko für nichtdepressive Störungen im Jugend- und Erwachsenenalter darstellen, während pubertär und postpubertär erstmalig auftretende depressive Störungen ein erhöhtes Risiko für depressive Rezidive sowie das Auftreten nichtdepressiver Störungen aufweisen. Persistierende depressive Störungen erscheinen in der Prognose besonders ungünstig, so dass in jeder Lebensphase stets eine vollständige Remission der depressiven Symptomatik angestrebt werden sollte.

Autor:

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Chefarzt Abt. 1 und Fachbereichsarzt
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
LVR-Klinik Viersen
Horionstr. 14, D-41747 Viersen
Email: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
Website: <https://klinik-viersen.lvr.de>

Literatur

- American Psychiatric Association [APA]* (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). American Psychiatric Association Publication
- Andrews VC, Garrison CZ, Jackson KL, Addy CL* (1993) Mother-adolescent agreement on the symptoms and diagnoses of adolescent depression and conduct disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 32, 731–738
- Apter A* (2001) Adolescent suicide and attempted suicide. In: Wasserman D [ed.] *Suicide. An unnecessary death*. Cambridge: Dunitz, 181-94
- Bennett DS, Ambrosini PJ, Kudes D, et al.* (2005) Gender differences in adolescent depression: do symptoms differ for boys and girls? *J Affect Disord* 89(1-3):35-44
- Berger M, van Calker D* (2004) Affektive Störungen. In: Berger M, editor. *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. München: Urban & Fischer
- Bernaras E, Jaureguizar J, Garaigordobil M* (2019) Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. *Front. Psychol.* 10:543. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00543

- Bertelsen A, Harvald B, Hauge MA (1977) Danish twin study of manic-depressive disorders. *Br J Psychiatry* 130(4):330-351
- Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M, et al. (1988) Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. The use of combined measures. *Arch Gen Psychiatry* 45:1120-1126
- Birkle SM, Legenbauer T, Grasmann D, Holtmann M (2017) *Disruptive Affektregulationsstörung: eine umstrittene neue Diagnose im DSM-5. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (2017), 45, 98-103
- Borisenkov MF, Petrova NB, Timonin VD, Fradkova LI, Kolomeichuk SN, Kosova AL, Kasyanova ON (2015) Sleep characteristics, chronotype and winter depression in 10-20-year-olds in northern European Russia. *J Sleep Res* 24(3), 288-295
- Ceri V, Özlü-Erkilic Z, Özer Ü, Kadak T, Winkler D, Dogangün B, Akkaya-Kalayci T (2017) Mental health problems of second generation children and adolescents with migration background. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 21(2), 142-147
- Costello EJ, Angold A, Burns BJ, et al. (1996) The Great Smoky Mountains Study of Youth. Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Arch Gen Psychiatry* 53:1129-1136
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie [DGKJP], Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. [BKJPP], Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. [BAG], Bundespsychotherapeutenkammer [BPtK] (2013) Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen Langfassung, Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3). http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-0431_S3_Depressive_Störungen_bei_Kindern_Jugendlichen_2013-07.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde DGPPN, et al. (2017) S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression Langfassung 2. Auflage, Version 5. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-0051_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf
- Dolle K, Schulte-Körne G (2014) Komplementäre Ansätze zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 63(3), 237-263
- Dolle K, Schulte-Körne G, von Hofacker N, Izat Y, Allgaier A-K (2012) Übereinstimmung von klinischer Diagnose, strukturierten Interviews und Selbstbeurteilungsfragebögen bei Depression im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (2012), 40, pp. 405-414. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000200>
- Fombonne E, Wostear G, Cooper V, Harrington R, Rutter M (2001) The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: I. Psychiatric outcomes in adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 179(3), 210-217. doi:10.1192/bjp.179.3.210

- Frances A, Widiger T, Fyer MR* (1990) The influence of classification methods on comorbidity. In: Maser JD, Cloninger C [eds.] Comorbidity of mood and anxiety disorders. Washington: American Psychiatric Publishing, 41-59
- Fuchs M, Kemmler G, Steiner H, Marksteiner J, Haring C, Miller C, Hausmann A, Sevecke K* (2016) Child and adolescent psychiatry patients coming of age: A retrospective longitudinal study of inpatient treatment in Tyrol. *BMC psychiatry*. 16. 225. 10.1186/s12888-016-0910-x
- Gore S, Aseltine RH Jr, Colton ME* (1992) Social structure, life stress and depressive symptoms in a high school-aged population. *J Health Soc Behav* 33:97-113
- Groen G, Petermann F* (2011) *Depressive Kinder und Jugendliche* (2. erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe
- Hammen C* (1991) *Depression runs in families: the social context of risk and resilience in children of depressed mothers*. New York: Springer
- Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE, et al.* (1998) Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol* 1998;107(1):128-40
- Harrington R, Fudge H, Rutter M, Pickles A, Hill J* (1991) Adult Outcomes of Childhood and Adolescent Depression: II. Links with Antisocial Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 30(3), 434-439
- Harrington R, Fudge H, Rutter M, Pickles A, Hill J* (1990) Adult outcomes of childhood and adolescent depression. I. Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 47, 465-473
- Hauser M, Galling B, Correll CU* (2013) Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: a systematic review of prevalence and incidence rates, risk factors, and targeted interventions. *Bipolar Disord* 15(5), 507-523.
- Hoffmann F, Petermann F, Glaeske G, Bachmann CJ* (2012) Prävalenz depressiver und komorbider psychiatrischer Störungen bei Jugendlichen in Deutschland: Eine Analyse von Krankenkassendaten. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 40(6), 399-404
- Jacobi F, Kloese F, Wittchen H* (2004) Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 47(8):736-44
- Jaffee SR, Moffitt TE, Caspi A, Fombonne E, Poulton R, Martin J* (2002) Differences in early childhood risk factors for juvenile-onset and adult-onset depression. *Archives of general psychiatry* 59(3), 215-222
- Jonsson U, Bohman H, von Knorring L, Olsson G, Paaren A, von Knorring A-L* (2010) Mental health outcome of long-term and episodic adolescent depression: 15-year follow-up of a community sample. *Journal of affective disorders*. 130. 395-404. 10.1016/j.jad.2010.10.046.

- Kasen S, Cohen P, Skodol AE, Johnson JG, Smailes E, Brook JS* (2001) Childhood depression and adult personality disorder: alternative pathways of continuity. *Arch Gen Psychiatry* 58(3):231-236
- Kessler RC, Avenevoli S, Ries-Merikangas K* (2001) Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biol Psychiatry* 49:1002-1014
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE* (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62:593-602
- Kühner C* (2003) Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand* 108(3):163-74
- Magnuson KM, Constantino JN* (2011) Characterization of depression in children with autism spectrum disorders. *J Dev Behav Pediatr* 32(4):332-340
doi: 10.1097/DBP.0b013e318213f56c.
- Mehler-Wex C* (2008) *Depressive Störungen*. Heidelberg: Springer
- Nolen-Hoeksema S* (1991) Sex differences in depression and explanatory style in children. *J Youth Adolesc* 20:233-245
- Nolen-Hoeksema S, Girgus JS, Seligman ME* (1992) Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology* 101(3), 405–422
- Nolen-Hoeksema S, Girgus JS* (1994) The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychol Bull* 115:424-443
- Nurnberger JI, Gershon ES* (1992) Genetics. In: Paykel ES, editor. *Handbook of affective disorders*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 131-148
- Puig-Antich J, Lukens E, Davies M, Goetz D, Brennan-Quattrocks J, Todak G* (1985) Psychosocial Functioning in Prepubertal Major Depressive Disorders. II. Interpersonal Relationships After Sustained Recovery From affective Episode. *Arch Gen Psychiatry* 42(5):511-517
- Rao U* (2002) Gender differences in depression during the transition to adulthood. *Trends Evidence-Based Neuropsychiatry* 4:46-53
- Rao U* (2006) Development and natural history of pediatric depression: Treatment implications. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 3(3), 194-204
- Rao U, Chen L-A* (2009) Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 11, 45-62
- Seiffge-Krenke I* (2007) Depression bei Kindern und Jugendlichen: Prävalenz, Diagnostik, ätiologische Faktoren, Geschlechtsunterschiede, therapeutische Ansätze. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 56 (3), 185-205
- Shugart MA, Lopez EM* (2002) Depression in children and adolescents: When “moodiness” merits special attention. *Postgrad Med*, 112, 130-136

- Spitzcok von Brisinski I* (2019) Systemische Therapie bei Depression im Kindes- und Jugendalter. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 29(3), 25-43
- Spitzcok von Brisinski I* (2018) Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. In: von Sydow K & Borst U [Hrsg.] Systemische Therapie in der Praxis. Weinheim, Basel: Beltz Verlag, 575-584
- Steinhausen H-C* (2013) Was wird aus Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen? Ergebnisse der Langzeitforschung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 41, 419-431. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000258>
- Steinhausen H-C, Haslmeier C, Winkler Metzke C* (2006). The outcome of episodic versus persistent adolescent depression in young adulthood. Journal Affective Disorder, 96, 49–57
- Turner RJ, Lloyd DA* (1999) The stress process and the social distribution of depression. J Health Soc Behav 40:374-404
- Wade TJ, Cairney J, Pevalin DJ* (2002) Emergence of gender differences in depression during adolescence: national panel results from three countries. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 41:190-198
- Weissman MM, Warner V, Wickramaratne P, Moreau D, Olfson M* (1997) Offspring of depressed parents. 10 years later (1997) Arch Gen Psychiatry 54:932-940
- Weissman MM, Wolk S, Wickramaratne F, Goldstein RB, Adams P, Greenwald S, Ryan ND, Dahl RE, Steinberg D* (1999) Children with prepubertal-onset major depressive disorders and anxiety disorders grown up. Archives of General Psychiatry, 56, 784–801
- Weninger L, Schulte-Körne G* (2015) Bipolare Störungen und disruptive Affektregulationsstörung im Kindes- und Jugendalter. Die Psychiatrie 12, 101-109
- WHO* (2019a) ICD-11: Depressive Störungen. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fent%2f810797047>
- WHO* (2019b) ICD-11: Störungen des Sozialverhaltens. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fent%2f76398729%2fms%2fother>
- Winkler D, Pjrek E, Kasper S* (2005) Anger attacks in depression - evidence for a male depressive syndrome. Psychother Psychosom Med 74(5):303-307
- Wittchen HU* (1996) Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. Br J Psychiatry Suppl 168(Suppl 30):9-16
- Wittchen HU, Müller N, Schmidtke B, et al.* (2000) Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys „Psychische Störungen“. Fortschr Med Sonderheft I:4-9

Kolumne:

Absetz- und Rebound-Phänomene bei Psychopharmaka – Neue Erkenntnisse oder viel Wind um Bekanntes?

Klaus-Ulrich Oehler

Die Diskussion um Absetz- und Rebound-Phänomene bei Psychopharmaka ist hoch emotional besetzt. Man muss daher den psychoemotionalen Hintergrund kennen, der letztlich zu dieser Diskussion geführt hat. Die psychopharmakologische Behandlung insbesondere für Kinder und Jugendliche ist nach wie vor negativ besetzt im Gegensatz zu Psychotherapie, Ergotherapie oder sonstigen Behandlungsformen. Dabei spielen rationale Argumente wie z. B. Wirksamkeitsnachweise etc. eine untergeordnete Rolle. Nachdem Vitello et al. 2002 gezeigt hatten, dass es bei Jugendlichen unter SSRI häufiger Suizidgedanken gibt als unter Placebo und die FDA eine Blackbox-Warnung herausgab, ging die Verschreibung von SSRI in den USA um 50 % zurück. Daran änderte auch nichts die Tatsache, dass die FDA eine Untersuchung von 4.000 Kindern durchführte, die mit SSRI behandelt wurden und dabei keinen einzigen vollendeten Suizid belegen konnten (Brent et al. 2004). Wenig Interesse wurde international der Tatsache entgegengebracht, dass daraufhin die vollzogenen Suizide dramatisch anstiegen. Dieses Phänomen war auch in Europa zu sehen. In den Niederlanden stieg die Suizidrate um 49 % und auch in Deutschland deutlich. Zuvor war nach Einführung der SSRI die Suizidrate in Deutschland abgesunken. Dennoch ist das Internet voll von Warnhinweisen bezüglich des Suizidrisikos bei der Gabe von Antidepressiva. Psychotherapiekritische Artikel spielen in der öffentlichen Wahrnehmung dagegen keine Rolle. So konnten z. B. die Arbeiten von Melchinger (Deutsches Ärzteblatt 2008) nachweisen, dass 75 % aller Kosten im nervenärztlichen Bereich für Psychotherapie ausgegeben werden. Diese kommen nur 3 % der Inanspruchnahmepopulation zugute. In dieser waren Akademiker und

eher leicht Erkrankte überproportional häufig vertreten. Seit dem Wechsel von klassischer psychiatrischer Behandlung zu Psychotherapie seit den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts ist die Zahl der Krankschreibungen und Frühberentungen aufgrund von psychiatrischen Erkrankungen um das Sechsfache gestiegen. Diese Entwicklung wurde in den europäischen Nachbarländern (England, Holland, Schweiz, skandinavische Länder), in denen es keine flächendeckende Psychotherapie gibt, nicht beobachtet. Dazu findet man in den Medien keine oder wenige Reaktionen. Vor diesem Hintergrund ist jetzt auch die Diskussion um Absetz- und Rebound-Phänomene von Psychopharmaka zu verstehen.

Es gibt keinerlei neue wissenschaftliche Erkenntnisse, jedoch eine breite mediale Aufarbeitung dieses Phänomens. Damit soll nicht gesagt werden, dass es keine Absetz- und Rebound-Phänomene gibt. Auf diese habe ich in meinen Fortbildungen im Rahmen unserer Jahrestagung immer wieder hingewiesen. Insgesamt ist eine psychopharmakologische Behandlung ein komplizierter Vorgang, der fachärztliche Erfahrung und Kompetenz erfordert und die gesamte Behandlung der Patienten intensiv begleiten muss. Jede pharmakologische Behandlung muss bezüglich Wirkung und Nebenwirkungen gewissenhaft überprüft werden.

Psychopharmaka haben durchaus Nebenwirkungen, die beeinträchtigend sein können, z. B. Gewichtszunahme, Müdigkeit etc. Diese sind insbesondere langfristig von Bedeutung. Zu bedenken ist dabei insbesondere die Compliance des Patienten, da das Absetzen auch ohne Beratung durch den Arzt erfolgen kann und auch erfolgt.

Differenziert muss gesehen werden, zu welcher Stoffgruppe das Psychopharmakon gehört. Am problematischsten sind Neuroleptika. Dabei geht es in der Regel um einen Eingriff in den zentralen Dopamin-Haushalt. Der Dopamin-Exzess in das limbische System soll durch Antipsychotika reduziert werden. Dadurch kommt es jedoch zu einer Heraufregulierung der Empfindlichkeit der Dopamin-Rezeptoren um durchschnittlich 20 % (Science 96: 326-328). Werden Neuroleptika schlagartig abgesetzt, kommt es zu einer Hypersensitivität des Dopamin-Systems, so dass die Ausgangssymptomatik wieder auftreten kann und sich teilweise auch noch deutlicher abbildet. Auch die sogenannten Spätdyskinesien können sich durch das Absetzen der Neuroleptika verstärken.

Daraus zu schließen, dass eine neuroleptische Behandlung nicht indiziert ist, ist fachlich nicht haltbar. Unbehandelte Psychosen haben eine schlechte Prognose. Auch vor dem Hintergrund der erwähnten Hypersensitivität ist die Langzeitprognose für Psychosen ohne Medikation deutlich schlechter als mit. Die Number Needed to Treat liegt bei Neuroleptika bei 3. Das ist gegenüber den meisten pharmakologischen Behandlungen auch aus dem somatischen Bereich als sehr gut einzustufen. Demgegenüber stand bei der Nebenwirkung eine Number Needed to Harm von 20 (Leucht et al., Lancet 2012; 379(9831):2063-71. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60239-6). Dies bedeutet nicht, dass Dosisreduktionen oder Absetzen grundsätzlich vermieden werden sollen. Die Dosisreduktion muss nur in kleinen Schritten erfolgen. Dieses sollte bei Neuroleptika in Wochen und Monaten geschehen. Die o. g. Hypersensitivität bildet sich nach einem halben bis einem Jahr zurück.

Tabelle 1: Absetzen von Neuroleptika

- Heraufregulierung von Dopaminrezeptoren unter Neuroleptika-Therapie
- Supersensitivität des Dopamin-Systems
- Gute Effektivität: Number Needed to Treat (NNT) / Number Needed to Harm (NNH)
- Absetzen langsam über Wochen bis Monate in kleinen Schritten

Antidepressiva sind die am häufigsten verschriebenen Medikamente, die nicht nur gegen Depressionen, sondern auch gegen Angst und Zwangserkrankungen verordnet werden. Statistisch beendet ein Drittel der Patienten eine antidepressive Medikation innerhalb eines Monats und die Hälfte bis zum Ende des dritten Monats (Hotopf et al. 1997). Grundsätzlich muss zwischen einem Entzugssyndrom, einem Rebound-Phänomen und einer Rückkehr zur Grunderkrankung unterschieden werden (Henssler et al., Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 355-61; doi: 10.3238/arztebl.2019.0355). Absetz- und Entzugssyndrom wird als Antidepressant Discontinuation Syndrome (ADS) bezeichnet.

Tabelle 2: Entzugssyndrom

- Rasches Auftreten nach Absetzen
- Vorübergehend rasche Besserung nach erneuter Therapie durch das Antidepressivum
- Therapie: Abwarten und symptomatische Behandlung der vegetativen Faktoren

Tabelle 3: Rebound

- Stärkeres Auftreten der Symptomatik als vor der Medikation
- Höheres Rückfallrisiko als bei Patienten, die kein Antidepressivum genommen haben
- Überschießende Gegenreaktion
- Cave bei erneuter Medikation

Tabelle 4: Rückfall

- Wiederkehr derselben Krankheitsepisode durch Wegfall der pharmakologischen Wirkung
- Neue Episoden einer wiederkehrenden Grunderkrankung
- Therapie: Erneute Medikation mit dem Antidepressivum

Symptome bei akutem Absetzen bzw. ein Entzugssyndrom wird im anglo-amerikanischen Sprachraum als Antidepressant Discontinuation Syndrome (ADS) bezeichnet. Dabei können grippeähnliche Symptome auftreten sowie auch Schlafstörungen. Häufig wird Übelkeit und Erbrechen gesehen und es treten Gleichgewichtsstörungen und Schwindel auf, darüber hinaus auch Dysästhesien, die manchmal Stromschlägen ähneln, sowie auch Ängstlichkeit und Reizbarkeit. Diese Kombination von Symptomen wird in der Literatur oft „FINISH“ genannt.

Tabelle 5: Antidepressant Discontinuation Syndrome (ADS)

Ein ADS wird durch **FINISH** erkannt (Berber M. J. J. Clin: Psychiatry 1998; 59: 255):

- Flu-like-symtoms (grippeähnliche Symptome)
- Insomnia (Schlafstörungen)
- Nausea (Übelkeit, Schwindel und Gleichgewichtsstörungen)
- Imbalance (Schwindel, Benommenheit)
- Sensory disturbances (Parästhesien und Dysästhesien)
- Hyperarousal (Reizbarkeit und Agitiertheit)

Grundsätzlich hängt das Auftreten eines Antidepressant Discontinuation Syndrome (ADS) von der Pharmakokinetik eines Antidepressivums ab, d. h. je kürzer die Wirkdauer und damit je schneller das An- und Abfluten ist, desto höher ist das Risiko für ein ADS. Problematischer als die direkte Einwirkung auf den Serotonin- und Noradrenalin-Stoffwechsel ist der Einfluss auf Histamin- und Acetylcholinrezeptoren, insbesondere bei älteren, nicht selektiv wirkenden Antidepressiva.

Fluoxetin ist unproblematisch, da es eine sehr lange Halbwertszeit hat. Die Halbwertszeit der aktiven Metaboliten beträgt bis zu 17 Tagen. Es generiert insofern auch bei abruptem Absetzen ein eigenes Ausschleichen.

Citalopram, Escitalopram und Sertralin haben ein niedriges Risiko (Allgulander et al., Int J Neuropsychopharmacol 2006; 9(5): 495-505).

Höher ist das Risiko bei Paroxetin sowie bei den klassischen trizyklischen Antidepressiva aus den o. g. Gründen.

Bei den SNRI (Venlafaxin, Duloxetin, Milnacipran) ist Venlafaxin das problematischste. Dies ist durch die kurze Halbwertszeit bedingt. Duloxetin hat lediglich im Hochdosisbereich ein geringes ADS-Risiko (Hartford et al., Int. Clin. Psychopharmacol 2007, 22:167-7). Bei Milnacipran wurde bei abruptem Absetzen kein ADS gesehen (Henssler et al., Deutsches Ärzteblatt 2019, 116: 355-361). Bei trizyklischen Antidepressiva ist beim Absetzen insbesondere eine cholinerge Symptomatik zu beachten.

Es scheint ein besonderes Risiko für MAO-1-Inhibitoren zu bestehen (z. B. Tranylcypromin). Bei Agomelatin wurde bislang kein ADS beobachtet. Bei

Mirtazapin und Bupropion gibt es Fallberichte, die auf ein Risiko für ADS hinweisen. Besondere Vorsicht ist bei bipolaren Störungen gegeben, da durch das Absetzen von Antidepressiva eine depressive Phase oder auch eine Manie ausgelöst werden kann.

Eine Mindestbehandlungsdauer zur Entstehung von Absetzphänomenen ist nicht sicher dokumentiert. Es scheint jedoch wahrscheinlich zu sein, dass ein Risiko für ein ADS ab 8 Wochen besteht und dann aber nicht weiter zunimmt (Michelson et al., *Psychoneuroendocrinology* 2000, 25:169-77).

Zusammenfassend ist nach Absetzen von Antidepressiva bei einer Behandlung von über 8 Wochen ein Antidepressant Discontinuation Syndrome (ADS) nicht auszuschließen. Für eine dauerhafte Schädigung gibt es keine Hinweise. Durch umsichtiges und vorsichtiges Ausschleichen der Medikation kann in der Regel ein ADS vermieden werden. Jedoch sollte man wissen, dass es verschiedene Risikogruppen gibt: Ein sehr hohes Risiko besteht für MAO-I-Hemmer (Tranlycypromin), ein hohes Risiko für trizyklische Antidepressiva sowie Paroxetin und Venlafaxin, ein mittleres Risiko für Citalopram, Escitalopram, Sertralin, Duloxetin und Vortioxetin, ein niedriges Risiko für Fluoxetin und Milnacipran. Kein Risiko besteht bei Agomelatin. Die Datenlage zu Mirtazapin und Bupropion ist unklar, jedoch ist bei abruptem Absetzen ein ADS nicht auszuschließen. Dieses sollte beim Absetzen eines Antidepressivums bedacht werden. Wenn man die hier aufgezeigten Vorsichtsmaßnahmen einhält, ist ein ADS in der Regel zu vermeiden.

Tabelle 6: Risiko für einzelne Präparate

	Risiko für ADS	Antidepressiva
▼	sehr hohes Risiko	Tranlycypromin
	hohes Risiko	Paroxetin, trizyklische Antidepressiva Venlafaxin
	mittleres Risiko	Citalopram, Escitalopram, Sertralin, Duloxetin, Vortioxetin
	niedriges Risiko	Fluoxetin, Milnacipran
	kein Risiko	Agomelatin
	unklares Risiko	Mirtazapin und Bupropion

Deutsches Ärzteblatt 2019; 116: 355-61; doi: 10.3238/arztebl.2019.0355

Wie aus den o. a. Literaturquellen zu entnehmen ist, sind diese Erkenntnisse schon Ende der 90er und Anfang der 2000er Jahre dokumentiert worden, d. h. in der Regel über 10 bis 20 Jahre alt. Sie finden und fanden in unserer Therapie immer schon eine besondere Berücksichtigung. Es ist sicherlich nicht verkehrt, diese Aspekte einmal zusammenzufassen und auch speziell darzustellen. Wir sollten diese Erkenntnisse berücksichtigen und verantwortungsvoll in die Arbeit mit unseren Patienten einbinden. Eine neue, bisher nicht erkannte Gefahrenquelle liegt in jedem Fall nicht vor, auch wenn dies medial so erscheinen mag.

(Literatur beim Verfasser)

Autor:

Dr. med. Klaus-Ulrich Oehler
Arzt für Neurologie
Arzt für Psychiatrie
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Wirsbergstraße 10
97070 Würzburg
Telefon 0931-322966

Kolumne:

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Der „Mitgliederrundbrief“ / „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ – I/1995 stellte einleitend den Kampf um die Etablierung der Sozialpsychiatrievereinbarung auch im Bereich der RVO-Krankenkassen, der Privatkassen und der Beihilfe ins Zentrum der Berufspolitik. Zu dem Zeitpunkt gab es für die RVO-Kassen bereits eine entsprechende Vereinbarung in Bayern und für die AOK in Nordrhein, außerdem diesbezügliche Verhandlungen in Bremen und Baden-Württemberg.

Das war auch jeweils ein Schwerpunkt in den Berichten aus den Landesgruppen von Rheinland-Pfalz und Nordrhein.

Im Wissenschaftsteil stellten Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. Manfred Döpfner und Dr. med. Dipl.-Psych. Tilman Elliger „Genese und therapeutische Ansätze“ bei „Aggressivität und Dissozialität bei Kindern und Jugendlichen“ dar. Von erschreckender Aktualität sind nicht nur die einleitenden Sätze: „...Gewalttaten meist rechtsradikaler Jugendlicher gegen Ausländer, steigende Aggressivität in den Familien und in den Schulen sind als brennende Probleme der Gesellschaft erkannt worden. ... Die Zahl der 14- bis 20jährigen Tatverdächtigen ist seit 1989 um 37% gestiegen. ... Die Zahl der Sozialhilfeempfänger ist in Deutschland zwischen 1985 und 1993 um fast zwei Drittel gestiegen. ... Jedes elfte Kind und jeder elfte Jugendliche wächst in einer Familie auf, die auf Sozialhilfe angewiesen ist.“

Dr. med. Helmut Loch überprüfte „Kinderpsychotherapie als präventive Maßnahme gesellschaftlicher Störungen“. Einleitend stellt er die Frage, ob sich die Psychotherapie mit einem solchen Anspruch nicht überhebt. Im Folgenden zeigt er jedoch auf, welche Möglichkeiten die Psychotherapie beinhaltet, wenn sie sich wie ein einzelnes Instrument in einem Orchester in den gesellschaftlichen Gesamtkontext angemessen einbringt.

**Forum
der Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie**



**Mitgliederrundbrief I/1995
ISSN 0943-8831**

PD Dr. Matthias Martin präsentierte mit „Kinder- und jugendpsychiatrische Interventionen bei mißhandelten Kindern – Fremdunterbringung und rechtliche Problematik“ einen anderen, nicht weniger problematischen Bereich von Gewalt in unserer Gesellschaft. Er referierte u. a. über die Arbeit der von der Bundesregierung eingesetzten „Gewaltkommission“ und die damals noch sehr breite Ablehnung eines Züchtigungsverbots auch in Ärztekreisen.

In dem Beitrag finden sich viele nützliche Anregungen und Hinweise zur kinder- und jugendpsychiatrischen Intervention und für die gutachterliche Tätigkeit.

Monika Geretshauer berichtete über „Das Antiaggressivitäts-Training: Eine Behandlungsmaßnahme für jugendliche Gewalttäter in der Jugendanstalt Hameln“, einem lerntheoretisch-kognitiv begründeten Interventionsverfahren mit dem Ziel, jugendlichen Straftätern mit einem Minimum an eigener Veränderungsbereitschaft zu ermöglichen, ihr Aggressionspotential zu vermindern und besser zu kontrollieren. Prä-Post-Untersuchungen zeigten positive Effekte, auch wenn umfassende Rückfalluntersuchungen noch ausstanden.

Vieles aus dem Quartalsheft I-1995 ist auch heute noch wissens- und lesenswert!

Was berufspolitisch im Frühsommer 1995 wichtig war und was alles im Forum II/1995 stand, das erfahren Sie im „forum II/2020“.

Bleiben Sie neugierig!

Christian K. D. Moik

Anzeige

Praxisnachfolge (m/w/d) für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

In der Raumordnungsregion Rheinpfalz (ca. 1 Mio. Einwohner) /Stadt Landau kann zum nächstmöglichen Termin meine altbewährte Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit einem vollen/halben Versorgungsauftrag übernommen werden.

Im Falle einer Übernahme nur eines halben Versorgungsauftrags kann der zukünftige Praxissitz in der Raumordnungsregion Rheinpfalz (LU, FT, NW, SP, LD, SüW, DÜW, RP, GER) frei gewählt werden.

Kontakt: lelam@gmx.de

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.

Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, EMail: redaktion-forum@bkjpp.de

2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
- das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
- das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
- das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;

- das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopfzeile 1,4 cm und Fußzeile 0,6 cm vom Seitenrand.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rotthaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

Die Autoren erhalten ein Belegexemplar kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss vor Drucklegung des Heftes eingegangen sein.

Impressum

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles Mitteilungsorgan der Sektion
„Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

Herausgeber

Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Christian K. D. Moik,

Dr. med. Maik Herberhold, Dr. med. Dipl. Psych. Franz Wienand

Alle Beiträge bitte an: Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Tel.: 0 21 62 / 96 31

E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Anja Walczak

Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank

IBAN: DE24 3006 0601 0007 3373 88, BIC: DAAEDEDXXX

Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin, didier@metadruck.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Thomas Didier, Meta Druck, Eylauer Str. 10, 10965 Berlin

e-mail: didier@metadruck.de, Tel.: 030 / 61 70 21 47

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich

Preis des Einzelheftes: 13,50 € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 46,- € (einschließlich Postversand)

Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

Sonderkonditionen für Mitglieder der BAG, der DGKJP, Studenten und AIPs:

Preis des Einzelheftes: 11,50 € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 35,- € (einschließlich Postversand)

Kündigung Jahresabo bis 30. September zum 31. Dezember des aktuellen Jahres.

Das „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ und alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nur mit Zustimmung des Herausgebers und bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen zusätzlich der des Autors gestattet.