Differentialdiagnostische Aspekte der Depression im Kindes- und Jugendalter

Nicht selten

Leichte depressive Verstimmungen bis hin zu schweren depressiven Störungen gehören zu den häufigsten affektiven Erkrankungen, unter denen Kinder und Jugendliche leiden. Das Risiko, an einer Depression zu erkranken, steigt bei Jugendlichen gegenüber Kindern an: Bei Kindern im Vorschulalter liegt die Häufigkeit bei ca. 1 %, im Grundschulalter bei knapp 2 % der Kinder betroffen. Bei Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren sind bereits – je nach Untersuchung – 3 – 10 % betroffen. Die Depression ist grundsätzlich ein interessantes psychologisches und psychiatrisches Modell, da viele unterschiedliche Ursachen zur symptomatischen Endstrecke einer Depression führen können.

Alles Pubertät?

Gerade der Zusammenhang zwischen dem Auftreten offensichtlicher depressionsnaher Symptome und dem zeitlichen Eintritt in die Pubertät führt häufig zu der Fehleinschätzung einer reinen entwicklungsbedingten Anpassungsproblematik auf Seiten der Jugendlichen.

Allgemeine affektive Labilität, Spannungszustände, Niedergeschlagenheit, Einsamkeitsgefühle und Ambivalenzen sowie Ambitendenzen in zahlreichen Erlebens- und Entscheidungsprozessen sind zwar durchaus für die Pubertät typisch, dennoch ist diese ausgeprägte Anforderungssituation nicht selten der Auslöser einer manifesten depressiven Erkrankung.
Bei der Nervenzellvernetzung im Hirn findet im Rahmen der Pubertät ein Umbruch statt, ca. 25 – 30 % der bisher stattgehabten Verknüpfungen lösen sich bei Erschöpfung von neuen Verknüpfungsmöglichkeiten auf. Somit entsteht die Gelegenheit für das Kind bzw. den werdenden Erwachsenen, neue Erfahrungen, die zu einer neuen neuronalen Vernetzung führen, für eine eigene Persönlichkeitsentwicklung zu nutzen.
Diese Phase ist begabungsabhängig. Je begabter ein Kind ist, umso intensiver findet dieser Umbauprozess statt. Hieraus ergeben sich auf der einen Seite Vorteile und Freiheitsgrade in der emotionalen und psychsozialen Entwicklung eines jeden Individuums. Auf der anderen Seite wird dieser Vorteil jedoch mit dem Preis einer erhöhten allgemeinen Irritabilität und Anfälligkeit für seelische Erkrankungen, sei es durch zusätzliche äußere Belastungsfaktoren oder durch primär genetisch angelegte psychiatrische Erkrankungen, bezahlt.

Die altersabhängige Symptomentwicklung

Auch gibt es im Kindes- und Jugendalter bedeutsame entwicklungspsychopathologische Aspekte, so dass die Symptomatik sich in Abhängigkeit vom Alter ständig verändert und gerade in ihrer „Nicht-Offensichtlichkeit“ oftmals falsch eingeschätzt wird. Deshalb ist zur differenzialdiagnostischen Abwägung eine Expertise im Bereich Depression im Kindes- und Jugendalter notwendig.

Eine ***phasenspezifische Symptomentwicklung*** zeigt sich schon bei ***Kleinkindern*** (1 – 3 Jahre). So manifestiert sich die Depression in diesem Alter vor allem durch vermehrtes Weinen, trauriges Ausdrucksverhalten, ausdrucksarmes Gesicht, erhöhte Reizbarkeit und Irritabilität, schlechtes Essverhalten, Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen, ggf. übergroßes Schlafbedürfnis), Überanhänglichkeit, schlecht allein sein können, selbststimulierendes Verhalten (Schaukeln des Körpers, exzessives Daumenlutschen, genitale Manipulation), Teilnahmslosigkeit, Spielunlust sowie mangelnde Phantasie. Depressive Kleinkinder zeigen zudem häufig eine Entwicklungsverzögerung. So lernen sie beispielsweise später Laufen und Sprechen.

All diese Symptome sind zunächst unspezifisch und können unterschiedliche Ursachen haben. Jedoch sollte differenzialdiagnostisch bereits im Kleinkindesalter eine Depression in Erwägung gezogen werden.

Im ***Vorschulalter*** (3 – 6 Jahre) zeigen sich dann häufig eine Enuresis und Enkopresis sowie eine psychomotorische Hemmung, Stimmungslabilität und eine auffällige Ängstlichkeit. Beobachtet werden auch die mangelnde Fähigkeit sich zu freuen, Antriebslosigkeit, introvertiertes Verhalten, vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten, aber eben auch innere Unruhe, Gereiztheit und aggressives Verhalten. Weiteres treten Ess- und Schlafstörungen sowie die ersten Vorformen typisch „erwachsener Symptome“ auf, wie die Äußerung der Annahme, dass keiner mit ihnen spielen wolle, keiner sie liebe und keiner Zeit für sie habe sowie vermehrt Schuld- und Schamgefühle.
Gerade in dieser Phase kommt es differenzialdiagnostisch häufig zu der Fehleinschätzung einer unspezifischen Störung des Sozialverhaltens oder gar einer ADHS-Problematik (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung).

Bei ***jüngeren Schulkindern*** (6 - ca. 12 Jahre) treten die im Allgemeinen bekannten Symptome der Depression in den Vordergrund. Die Kinder sind niedergeschlagen, resignieren häufig bei sozialen Anforderungen und sind ängstlich. Hier zeigen sich vor allem Zukunftsängste und Sorge um die Eltern und die eigene Gesundheit. Auch haben die Kinder das Gefühl, dass ihnen das soziale Umfeld nicht genügend Aufmerksamkeit schenkt. Die unangemessenen Schuldgefühle und unangebrachte Selbstkritik steigern sich. Es kommt weiterhin zu psychomotorischer Hemmung, Appetitlosigkeit, Ein- und Durchschlafstörungen sowie erstmalig auch zu „suizidalen“ Gedanken.

In gezielten Untersuchungen, die dringend durchzuführen sind, zeigen sich Denkhemmungen, Grübelneigungen, Gedankenarmut, Konzentrationsschwierigkeiten und Gedächtnisstörungen mit einhergehenden Schulleistungsstörungen.
Keine Angst: Das gezielte Fragen nach den o.g. Symptomen führt nicht, wie oft befürchtet, zu einer Ideenstiftung in Richtung Suizidalität, sondern vielmehr zu einer deutlichen Entlastung und offenen Mitteilung seitens der betroffenen Kinder.

In der ***Pubertät und im Jugendalter*** (13 – 18 Jahre) kommt es zunehmend auch zu psychosomatischen Beschwerden, zu Gewichtsverlust und unspezifischen Schmerzsyndromen.
Bei den Jugendlichen zeigen sich ein ausgeprägt vermindertes Selbstvertrauen mit starken Selbstzweifeln, Apathie, Lustlosigkeit, starken Stimmungsschwankungen und das Gefühl, den sozialen emotionalen Anforderung nicht gewachsen zu sein, gepaart mit Gefühlen von Isolation in der gleichaltrigen Gruppe. Dies führt oft zu einem sozialen Rückzug, dem Anstieg von Suizidgedanken und zu parasuizidalen Handlungen, z. B. von Selbstverletzungen.
Als ***Alarmzeichen*** für Angehörige gelten für den Rückzug von Hobbies und von alterstypischen Aktivitäten, ein starker nicht begabungsgemäßer Leistungsabfall in der Schule, eine extreme Veränderung in Verhalten und Aussehen sowie ein Weglaufen von zu Hause, des Weiteren Selbstmedikation mit Alkohol- und Drogenmissbrauch und Isolation von Familie und/oder Freunden.

Warum?

Die neurophysiologische Endstrecke der depressiven Entwicklung manifestiert sich im Serotoninstoffwechsel. Serotonin ist ein Botenstoff im Gehirn, der für zahlreiche Prozesse verantwortlich ist. So kann ein Mangel an Serotonin einerseits zu einer depressiven Symptomatik, andererseits aber auch zu einer ängstlichen oder zwanghaften Symptomatik führen.
Die Häufigkeit von Auffälligkeiten im Erbgut, die zu Veränderungen im Serotoninhaushalt führen, beträgt in der westlichen Welt bis zu 30 %. Es zeigen sich in Studien klare Zusammenhänge zwischen dem Vorhandensein von Genveränderungen in Verbindung mit belastenden Lebensereignissen bezogen auf die Entwicklung einer Depression und noch mehr auf die Entwicklung von Suizidalität. Jedoch führt das Vorhandensein der Risikogene nicht automatisch zu einer Erkrankung, sofern schwerwiegende lebensbelastende Ereignisse fehlen oder Schutzfaktoren vorhanden sind (z. B. gute Beziehungen, gute verbale Kompetenz, eher extrovertiertes Wesen etc.).
Andererseits kann sich eine depressive Entwicklung trotz des Fehlens von krankheitsbedeutsamen Genveränderungen zeigen, wenn intensive und zahlreiche Stressoren im Lebenslauf auftreten.
In neueren Untersuchungen zeigt sich, dass im Besonderen während der frühen Entwicklungszeit in unserer Kindheit die ständige Auslösung von Stress im Gehirn ein Stresshormonmilieu entstehen lässt, welches zu einer depressionsempfindlichen Hirnentwicklung führen kann, so dass die Bereitschaft eine Depression zu entwickeln, deutlich wahrscheinlicher wird. Dies ist vor allen Dingen vor dem Hintergrund der ***Traumafolgeerkrankungen*** zu beachten.
Die ***Früherkennung*** und richtige Einordnung der Symptome ist jedoch ein entscheidender Faktor für die Prognose der depressiven Entwicklung, da eine frühe Behandlung mit Serotoninstoffwechsel beinflussender Medikation oftmals indiziert ist, um die serotoninabhängigen neuronalen Neuvernetzungen sicherzustellen.
Stressoren können aber nicht nur intensive äußere Lebensereignisse sein, sondern auch ***innerpsychische Konflikte***. Hier entsteht oftmals im Rahmen dieser Konflikte z. B. vor dem Hintergrund der Integration von Sexualität und Aggressivität bei eher moralisch anspruchsvollen Familien oder z. B. in Konstellation mit traumatisierten Müttern ein offenes oder subtiles Aggressionsverbot auf Seiten des Kindes. Eine depressive Entwicklung im Rahmen einer ***Neurotisierung*** beginnt primär oftmals durch ein unerklärliches und unheimliches ***Angstgefühl***. Diese unfassbare und primär wesenlose (bild- und inhaltslose) Angst muss von den Realängsten im Rahmen der lebensgeschichtlichen Ereignisse oder der akuten Belastungssituation unterschieden werden. Die im Rahmen der Depression dann erlebten ***Zentralängste*** sind die Angst vor dem Alleinsein, Angst vor dem Herausfallen aus einer schützenden Geborgenheit, Angst vor Verlust oder Bedrohung der eigenen Sicherheit, Angst vor dem Verlust der Liebe und von Achtung, Wertschätzung, Anerkennung, Angst vor Ohnmacht, Hilflosigkeit, Trennung und Distanz. Diese Ängste als Vorläufer der depressiven Reaktionsweisen können ***berechtigte Ängste*** sein vor dem Hintergrund von lebensgeschichtlichen Ereignissen. Sie können aber auch ***unberechtigte Ängste*** darstellen, da z. B. betroffene Kinder die Sorge haben, dass sie übermäßig aggressiv sind, und damit ihre, aus ihrer Sicht fragile soziale Umwelt ängstigen und diese damit zum Rückzug bringen könnten. In der Folge wären sie dann alleine und emotional nicht versorgt. Symptomatisch zeigt sich hier hinter der Depression eine Aggressionshemmung. Somit können neurotische Depressionen als ***übermäßige konfliktbedingte Vitalitätshemmung*** verstanden werden. Hier zeigt sich auch der Zusammenhang zu der für das Kindesalter typische gemeinsame Auftreten von sowohl ***aktivitätsreduzierten Symptomen*** als auch ***aktivitätsgesteigerten Symptomen*** wie Aggressivität, Reizbarkeit , Anspannung und Schlafstörungen.

Neben dem genetisch biologischen Aspekten, den Traumafolgeerkrankungen und den konfliktbedingten Entwicklungsaspekten zeigen sich auch bei anderen ***schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen affektive Auffälligkeiten***. So kommt es auch im Rahmen von Psychosen häufig zu depressiven Entwicklungen.

Ein Sonderfall stellt die ***Bipolare Störung*** dar (manisch-depressive Erkrankung), die ebenfalls im Kindes- und Jugendalter oft unerkannt auftritt, da ihre Symptomatik zunächst unspezifisch ist. Hier treffen depressive Symptome mit Vorläufern von hypomanischen und manischen Phasen aufeinander. Diese sind im Kindes- und Jugendalter nicht wie typischerweise im Erwachsenenalter mit einem für jeden wahrnehmbarem Hochgefühl und Selbstüberschätzung und „offensichtlich verrückten Verhaltensweisen“ erkennbar, sondern teilweise nur in gereizt dysphorischer Stimmungslage, Schlafstörungen, ungezielter Antriebssteigerung, vermehrter Aggressivität, teilweiser Selbstüberschätzung mit Gefahrensuche, vermehrtem Rededrang, Hypersexualität sowie unspezifischen Weglauftendenzen auftretend.
Dies gekoppelt mit depressiven Episoden teilweise in sehr schnellen, oft stundenweiser Wechsel wird leider häufig als Pubertäts- oder Adoleszentenkrise abgetan bzw. verkannt.

Therapie

So wie die unterschiedlichen Ursachen sich komplex darstellen, die frühe Symptomatik unspezifisch erscheint und die intensivsten differenzialdiagnostischen Abwägungen erforderlich sind, ist auch die Therapiegestaltung multimodal anzulegen.
Im Besonderen muss man den entsprechenden unterschiedlichen Ursachen gerecht werden, z. B. sollte im Rahmen von Traumafolgeerkrankungen eine spezifische Traumatherapie erfolgen. Bei konfliktbedingten depressiven Entwicklungen, wäre eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, vor dem Hintergrund von eher negativ verstärkenden Lernmodellen, eine kognitive Verhaltenstherapie indiziert. Bei fast allen depressiven Entwicklungen zeigt sich eine zusätzliche antidepressive Medikation als notwendig und nützlich.
Bei Psychosen ist jedoch Vorsicht im Umgang mit den Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern geboten, da durch die undifferenzierte Gabe eine Manie oder auch Suizidalität ausgelöst werden kann. Auch gibt es Hinweise darauf, dass Jugendliche generell unter diesen aktivierenden Antidepressiva eine Antriebssteigerung mit suizidaler Entwicklung erleben können. Dieses Risiko kann bei exakter Untersuchung von Risikopatienten mit agitiert unruhiger Depression sowie ausführlicher Medikamentenaufklärung jedoch deutlich reduziert werden.

Die Kombination aller oben genannten Verfahren in Verbindung mit einer umfassenden Aufklärung des betroffenen Patienten sowie der Angehörigen und Helfer kann gerade im Kindes- und Jugendalter zu einer deutlichen Verbesserung der Lebenszeitprognose führen.