

LMU

KLINIKUM

DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

KLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE



Prof. Dr. Gerd Schulte-Körne

Depressive Störungen
im Kindes- und Jugendalter
Symptomatik, Ursachen, Therapie

Gedicht von Mona (14 Jahre)

aus Das Eismeer in mir (Hrsg. Andreas Jordan 2007)

Ein trauriges Gedicht
Es wäre schön,
Wenn da etwas wäre,
An das ich glauben könnte.
Ein Gott zum Beispiel,
Doch wo ist er.
An eine Zukunft,
Doch die ist ungewiss und nicht greifbar.
An dich, doch du bist gegangen.
Und mit dir die Hoffnung.
Geliebt ist nur die Gewissheit,
Dass wir alleine sind,
Und es auch bleiben.
Trostlos, jeder neue Tag, der mir noch bleibt.

Gesundheitspolitische und gesellschaftliche Bedeutung depressiver Störungen

- Global Burden of Disease Study (Murray und Lopez 1997): Häufigste lebensverkürzende Erkrankungen weltweit:
 1. Herzinfarkt
 2. **Depressive Störung (Unipolar)**
 3. Verkehrsunfälle
 4. Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 5. Chronisch-obstruktive pulmonale Erkrankungen
 6. Atemwegsinfektionen
 7. Tuberkulose

Symptomatik depressiver Störungen

- **Kognitive Störungen:**
 - Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung
 - Formale Denkstörungen (Denkhemmung, Verlangsamung)
 - Zukunftsangst
 - Vermindertem Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Gefühle von Wertlosigkeit
 - Negative und pessimistische Zukunftsperspektive
 - Grübeln, Todes- und Suizidgedanken

Symptomatik depressiver Störungen

- **Auf der körperlichen Ebene:**
 - Schlafstörungen (Ein-, Durchschlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen, mindestens 2 Stunden vor der gewohnten Zeit)
 - Morgentief
 - Appetitverlust (oder –steigerung) mit entsprechender Gewichtsveränderung (oder Ausbleiben der Gewichtszunahme)
 - Libidoverlust
 - Vegetative Beschwerden (Kopf-, Bauchschmerzen, Verdauungsstörungen)

Symptomatik depressiver Störungen

■ Affektstörung:

- Gedrückte Stimmung / Traurigkeit/ gereizte Stimmung
- Freudlosigkeit
- Angst, Gequältsein

Antriebsstörung:

- Verminderte Aktivität
- Interessensverlust
- Ermüdbarkeit
- Aktivitätseinschränkung
- Motorische Unruhe

Alterstypische Symptome bei depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter

- **Kleinkindalter (1-3 Jahre):**
 - Vermehrtes Weinen, erhöhte Irritabilität, Spielunlust, gestörtes Essverhalten, Ausdrucksarmut
- **Vorschulalter (4-6 Jahre):**
 - psychomotorische Hemmung, Ängstlichkeit, Appetitlosigkeit, introvertiertes, aber auch aggressives Verhalten
- **Schulkinder (7-12 Jahre):**
 - Verbale Berichte über Traurigkeit, Zukunftsangst, Ängstlichkeit, (Ein-) Schlafstörungen, suizidale Gedanken
- **Pubertäts-/Jugendalter (13-18 Jahre):**
 - Vermindertes Selbstvertrauen, Selbstzweifel, Lustlosigkeit, Konzentrationsmangel, Stimmungslabilität, psychosomatische Beschwerden, Gewichtsverlust, Ein- und Durchschlafstörungen, Suizidalität

Klassifikation affektiver Störungen

- F30 manische Episode
- F31 bipolare affektive Störung
- F32 depressive Episode
- F33 rezidivierende depressive Störungen (psychogene oder reaktive Depression)
- F34 anhaltende affektive Störungen (Zyklothymia, affektive Persönlichkeitsstörung)
- F34.1 Dysthymia (chronische depressive Verstimmung)
- F 91 Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung

Diagnose depressive Episode (nach dem ICD-10)

- Kategorien:
 - Leichte depressive Episode (F 32.0)
 - Mittelgradige depressive Episode
 - Schwere depressive Episode

- Dauer mindestens von 2 Wochen
- Symptome meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag

Depressive Episode (F 32.0)

- Mindestens zwei der folgende drei Symptome
 - 1. Depressive Stimmung
 - 2. Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren
 - 3. Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit

Depressive Episode (F 32.0)

- Ein oder mehrere zusätzliche der folgende Symptome bis zu einer Gesamtzahl von vier Symptomen:
 - Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls
 - 2. unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle
 - 3. wiederkehrende Gedanken an den Tod oder Suizid, suizidales Verhalten;
 - 4. Klagen über oder Nachweis eines verminderten denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit.
 - 5. psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv);
 - 6. Schlafstörung jeder Art;
 - 7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung

Charakteristika depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter (Prä-Adoleszenz)

(Jaffee et al. 2002)

- Höhere Komorbidität mit Störung des Sozialverhaltens und Hyperaktivität
- Familiären Belastungsfaktoren (z. B. Trennung der Eltern, psychische Erkrankung der Eltern, Gewalt in Familien, sexueller Missbrauch)
- erhöhter Anteil dissozialen Verhaltens in den Familien

Symptomatik der manischen Episode

- A. Die Stimmung ist in einem für die Betroffenen deutlich abnormen Ausmaß an mindestens vier aufeinander folgenden Tagen gehoben oder gereizt.

- B Mindestens drei der folgenden Merkmale müssen vorhanden sein und die persönliche Lebensführung beeinträchtigen:
 - 1. gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit,
 - 2. gesteigerte Gesprächigkeit,
 - 3. Konzentrationsschwierigkeiten oder Ablenkbarkeit,
 - 4. vermindertes Schlafbedürfnis,
 - 5. gesteigerte Libido
 - 6. übertriebenen Einkäufe oder andere Arten von leichtsinnigem oder verantwortungslosem Verhalten,
 - 7. gesteigerte Geselligkeit oder übermäßige Vertraulichkeit.

Diagnostik depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter

- **Eigen- und Fremdanamnese**
 - Emotionale, kognitive und psychosoziale Entwicklung
 - Psychosoziale Belastungen (z. B. in der Familie, in der Schule)
- **Körperliche Untersuchung** (Ausschluss organischer Ursachen)
 - Laboruntersuchungen (z. B. Ausschluss Substanzmissbrauch, Endokrine Störungen)
 - Neurologische US einschließlich EEG/ MRT
- **Psychologische Untersuchung**
 - Exploration
 - Leistungsdiagnostik (IQ, Teilleistungen)
 - Emotional- und Persönlichkeitsdiagnostik
 - Verhaltens- und Aufmerksamkeitsdiagnostik

Diagnostik depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter

- **Klinische Interviews:**
 - DISYPS-KJ – Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (Döpfner und Lehmkuhl)
 - Kinder-DIPS – Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Unnewehr, Schneider und Markgraf)
- **Selbstbeurteilungsverfahren:**
 - DIKJ - Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (Stiensmeier-Peltzer, Schürmann, Duda) für Kinder von 8 bis 16 Jahren
 - ADS - Allgemeine Depressionsskala (Hautzinger und Bailer) (ab 14 Jahren)
 - DTK – Depressionstest für Kinder (Rossmann) (9-14 Jahre)

Beispiel DTK

- | | | |
|---|----|------|
| 1. Bist du morgens meistens gut ausgeschlafen? | ja | nein |
| 2. Macht dir die Schule Spaß? | ja | nein |
| 3. Gibst du zu Hause manchmal freche Antworten? | ja | nein |
| 4. Ärgerst du dich oft über dich? | ja | nein |
| 5. Denkst du in der Schule gerne an andere Dinge? | ja | nein |
| 6. Schwätzt du oft? | ja | nein |
| 7. Schläfst du in der Nacht immer sehr gut? | ja | nein |
| 8. Hast du manchmal schreckliche Träume? | ja | nein |
| 9. Hast du oft Kopfschmerzen? | ja | nein |
| 10. Bist du oft den ganzen Tag müde? | ja | nein |
| 11. Würdest du gerne von der Schule zu Hause bleiben? | ja | nein |
| 12. Musst du dich zwingen, deine Hausaufgaben zu machen? | ja | nein |
| 13. Wirst du oft von anderen Kindern verspottet? | ja | nein |
| 14. Weinst du oft nur aus Zorn? | ja | nein |
| 15. Gibst du manchmal in der Schule freche Antworten? | ja | nein |
| 16. Sagst du deinen Eltern immer wohin du gehst? | ja | nein |
| 17. Bist du zu Hause oft unfreundlich? | ja | nein |
| 18. Denkst du oft, dass du ein schlechter Mensch bist? | ja | nein |
| 19. Findest du, dass du hässlich aussiehst? | ja | nein |
| 20. Denkst du oft, dass andere Kinder besser sind als du? | ja | nein |
| 21. Weinst du oft? | ja | nein |
| 22. Wachst du in der Nacht oft auf? | ja | nein |
| 23. Tun dir manchmal andere Kinder absichtlich weh? | ja | nein |
| 24. Bist du oft unglücklich wegen der Schule? | ja | nein |
| 25. Bist du oft ohne Grund müde? | ja | nein |
| 26. Hast du oft Bauchweh? | ja | nein |
| 27. Möchtest du manchmal jemandem sehr weh tun? | ja | nein |
-

Beispiel Kinder DIPS

Ehemerion

Schweres Depressives Syndrom

SCHWERES DEPRESSIVES SYNDROM

- 1.1 *Gab es schon einmal eine Zeit, in der Ihr Kind über eine längere Zeit hinweg ganz traurig oder aber auch ganz ärgerlich, gereizt und unzufrieden mit allem war?* JA ___ NEIN ___

Wie ist es zur Zeit?

Beschreiben: _____

- 1.2 *Gab es schon einmal eine Zeit, in der Ihr Kind das Interesse an den meisten Dingen, die es sonst gerne macht, verloren hat?* JA ___ NEIN ___

Wie ist es zur Zeit?

Beschreiben: _____

Falls NEIN, bei depressiver/gereizter Stimmung und Interesseverlust, weiter zu Dysthymes Syndrom (S. 14)

Falls JA bei depressiver Stimmung oder Interesseverlust:

- 2.1 *Wann war/seit wann ist das so? (Genauer beschreiben lassen, mindestens 2 Wochen!)*

Beschreiben: _____

- 2.2 *Gab es schon mehrere solcher Phasen, in denen Ihr Kind sich so gefühlt hat?* JA ___ NEIN ___

Erste Phase: von ___ bis ___

Schwerste Phase: von ___ bis ___

Weitere Phasen: von ___ bis ___

von ___ bis ___

Falls keine der angegebenen Phasen über mindestens 2 Wochen anhielt, weiter zu Dysthymes Syndrom (S. 14)

3. *Wenn Ihr Kind solch eine schlechte Stimmung hat oder an vielen Dingen kein Interesse mehr hat:*

Schätzen Sie den Schweregrad der Symptome während der gegenwärtigen oder letzten und der schwersten Episode (mindestens zwei Wochen) auf einer Skala von 0-4 ein:

0 1 2 3 4
gar nicht ein wenig mäßig schwer sehr schwer

gegenwärtige/
letzte Phase

schwerste
Phase

- 3.1 *Mag Ihr Kind dann auch gar nichts mehr essen, oder ißt es dann ganz viel? Hat Ihr Kind an Gewicht zu- oder abgenommen?* _____

- 3.2 *Wie ist dann sein Schlaf? Schläft es dann ganz wenig oder ganz viel?* _____

- 3.3 *Ist Ihr Kind dann sehr unruhig, oder umgekehrt, fällt es ihm dann schwer, sich überhaupt zu bewegen, so daß es nur noch dasitzt und nichts mehr tut?* _____

Multiaxiale Diagnostik

- Achse I: Klinisch-Psychiatrische Störung
- Achse II: Entwicklungsverzögerung
- Achse: Intelligenzniveau
- Achse IV: Somatische Störung
- Achse V: Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
- Achse VI: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

Differentialdiagnosen

- Aufmerksamkeits-
Hyperaktivitätsstörung
- Anpassungsstörung
- Entwicklungsstörungen
- Schizophrenie
- Zwangsstörung

Komorbidity

- **Störung des Sozialverhaltens** (ca. 40%), gemeinsame Grundstörung (?), Verhaltensstörung verursacht Depression?
- **Angststörungen** (ca. 36%), geht häufig der depressiven Phase voran (Kovacs et al. 1989).
- **Substanzmissbrauch** (ca. 19%) (Rao et al. 2000)

Prävalenz

- Vorschulkinder ca. 1% (Egger und Angold 2006)
- Schulkinder 2-3% (Fleming & Offord, 1990)
- Im jungen Erwachsenenalter zwischen 10-20% (Lewinsohn et al. 1998).
- Erkrankungsrisiko steigt mit dem Alter (Meltzer et al. 2000).
- Geschlechtseffekte: vor der Pubertät kaum (leichtes Überwiegen der Jungen), danach mehr Frauen erkrankt (ca. 2:1).
- Leichte Zunahme der depressiven Störungen (früheres Erreichen der Pubertät!)

Prävention depressiver Störungen

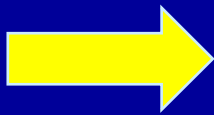
- Canabiskonsum (und Alkohol): hohe Prädiktion der Entwicklung depressiver Störung (ca. 5-mal größer als bei Nicht-Konsumenten, Paton et al. 2002)
- Je jünger die Konsumenten, desto höher das Risiko (Brook et al. 2002)



- Aufklärung über die Folgen von Cannabis und Alkoholkonsum - Prävention von depressiven Störungen

Prävention depressiver Störungen

- Suizid häufigste Todesursache bei Männer im Alter zwischen 25 und 34 Jahren (Smith and Blackwood 2004)
- Suizide im Jugendalter zweithäufigste Todesursache (Ihle et al. 2004)
- 50-60% der Suizidenten hatten eine depressive Störung, 90% eine psychische Störung



- Prävention von Suiziden durch Früherkennung von depressiven Symptomen/Störungen und Behandlung

Verlauf

Generell: höhere Wiedererkrankung bei jüngeren Menschen

Hohe Kontinuität zwischen später Adoleszenz (17 Jahre) und frühe Erwachsenenalter (24 Jahre), ca. 45% depressiver Jugendlicher entwickeln eine weitere Episode (Lewinsohn et al. 1999)

Hohe Prädiktion der Depression im Erwachsenenalter durch depressive Symptome im Alter von 13-15 (Os et al. 1997)

Prädiktion des Verlaufs (Goodyer et al. 1997)

Schlecht, wenn

- besondere Schwere der Erkrankung,
- Probleme in der Eltern-Kind-Interaktion,
- Komorbide Störungen vorliegen,
- Eltern selbst an Depression erkrankt sind.

Ursachen

Neurobiologischer Erklärungsansatz

- Genetische Prädisposition
- Gen X Umwelt Interaktion
- Neurochemische Korrelate (erniedrigte Spiegel von Neurotransmittern)

Psychosozialer Erklärungsansatz

Umweltbezogener Erklärungsansatz

Genetische Faktoren

Familienuntersuchung

Erkrankungsrisiko erhöht, wenn ein Elternteil ebenfalls erkrankt ist (Biederman et al. 1991; Weissman et al. 1984),
genetische Belastung höher, wenn mehrere Episoden auftreten (Zubenko et al. 2001).

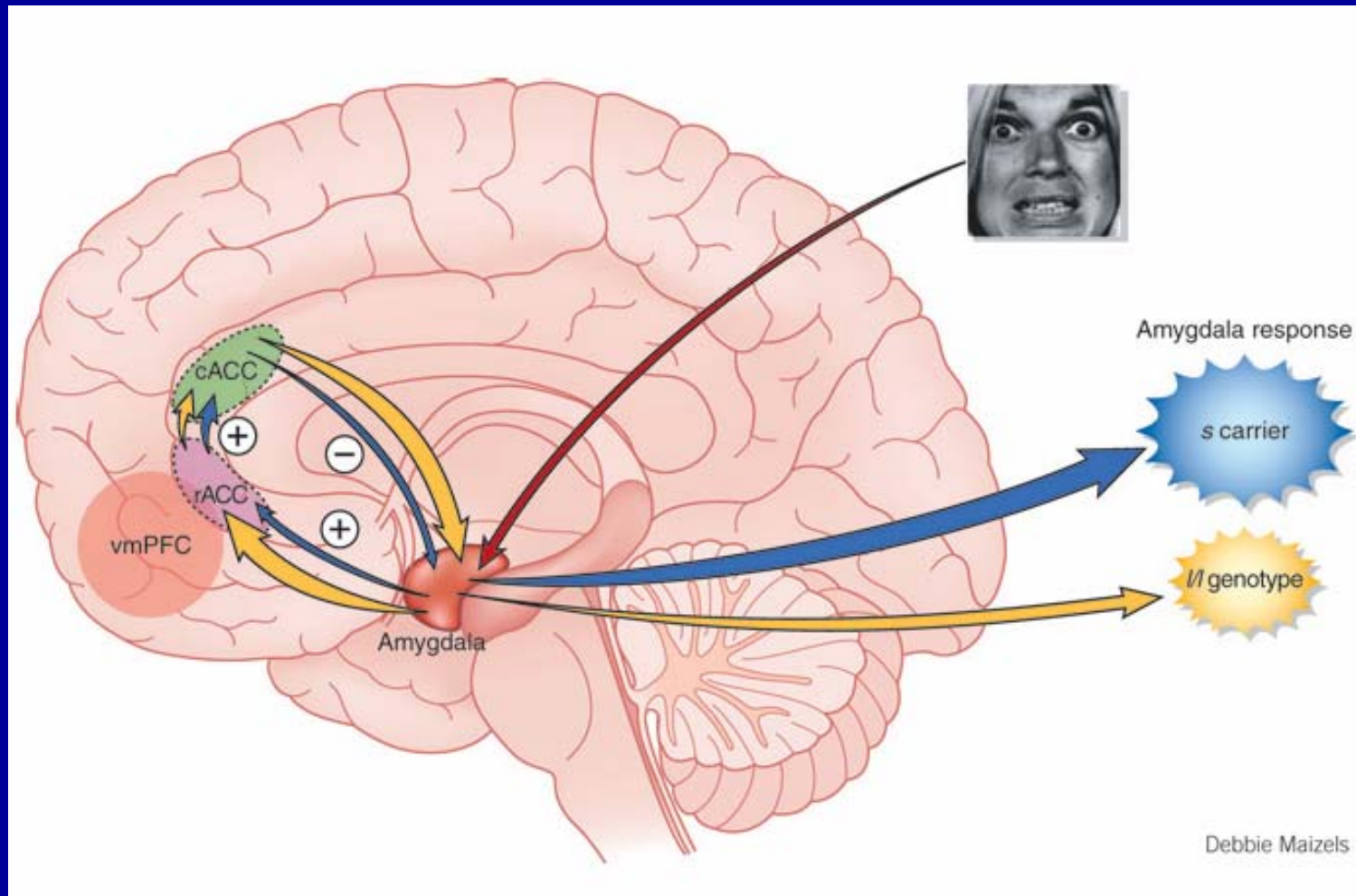
Zwillingsstudien

Heritabilität für depressive Störung zwischen 30% und 50% über gesamte Lebensspanne, über 70% bei early-onset und bipolaren Störungen

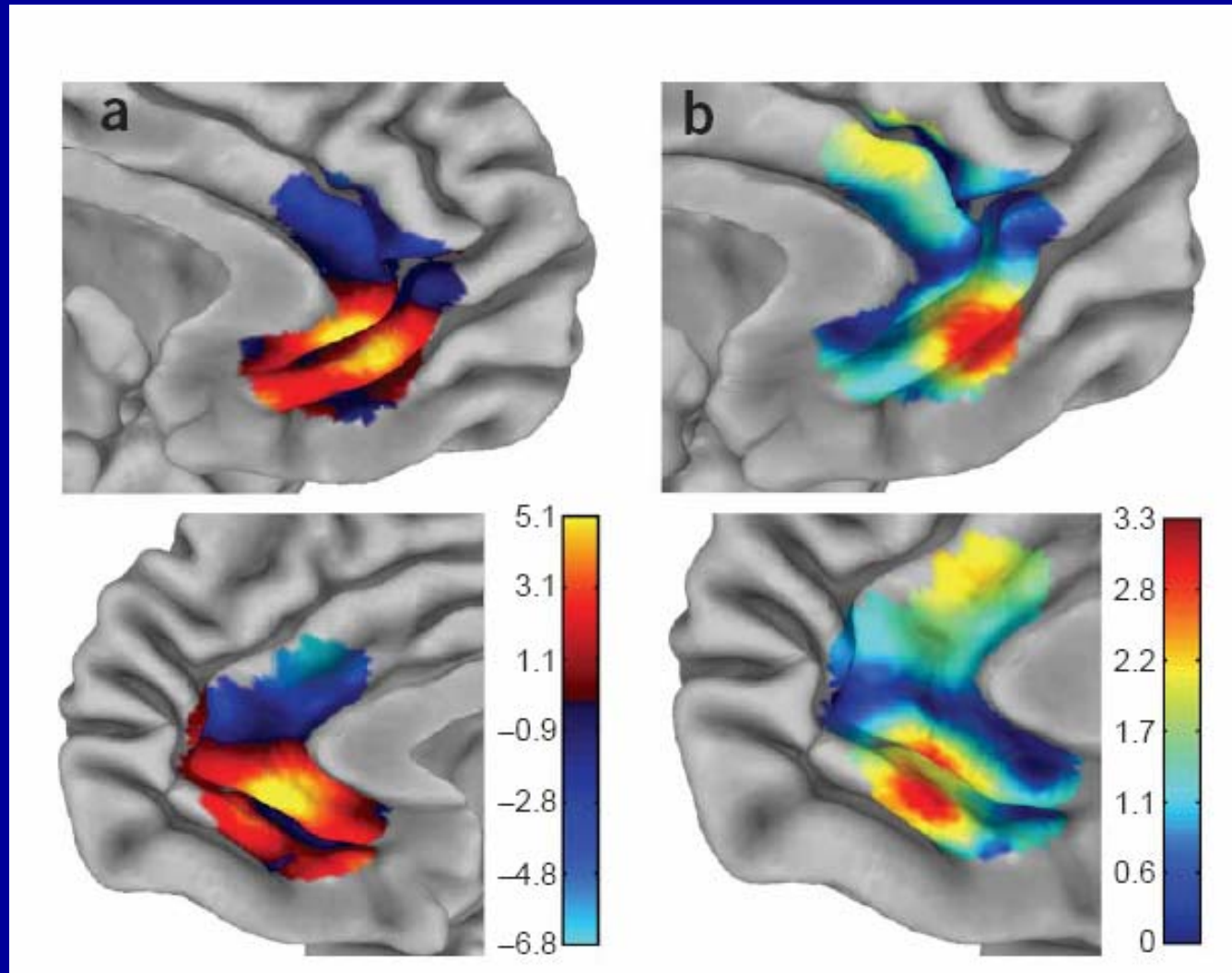
Neurochemische Korrelate

- Serotonin ist ein Neurotransmitter
- Bedeutung für die Modulation von Emotionen und Affekt
- Serotonin-Transporter (Gen) unterstützt die Aufnahme von Serotonin in die Synapsen.
 - Das STR-Gen hat ein kurzes (s) und ein langes Allel (l), d.h. Menschen haben (s/s), (s/l), oder (l/l).
 - Träger von (s/l) und (s/s) haben ein erhöhtes Risiko für Angststörung und Depressionen (Lesch et al. 1996).

Neurobiologie der Angstverarbeitung



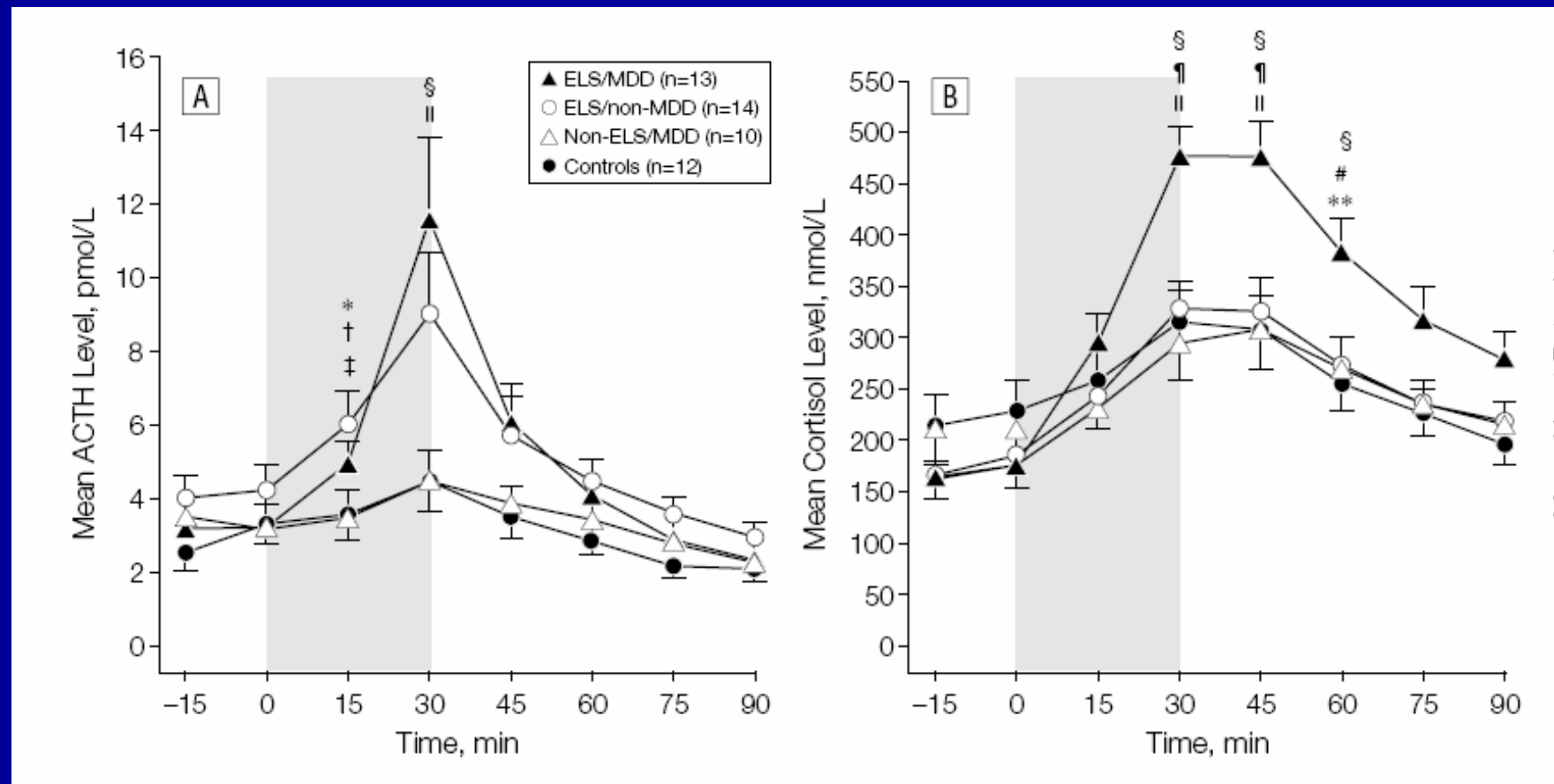
Interaktion Gen x Neurobiologie



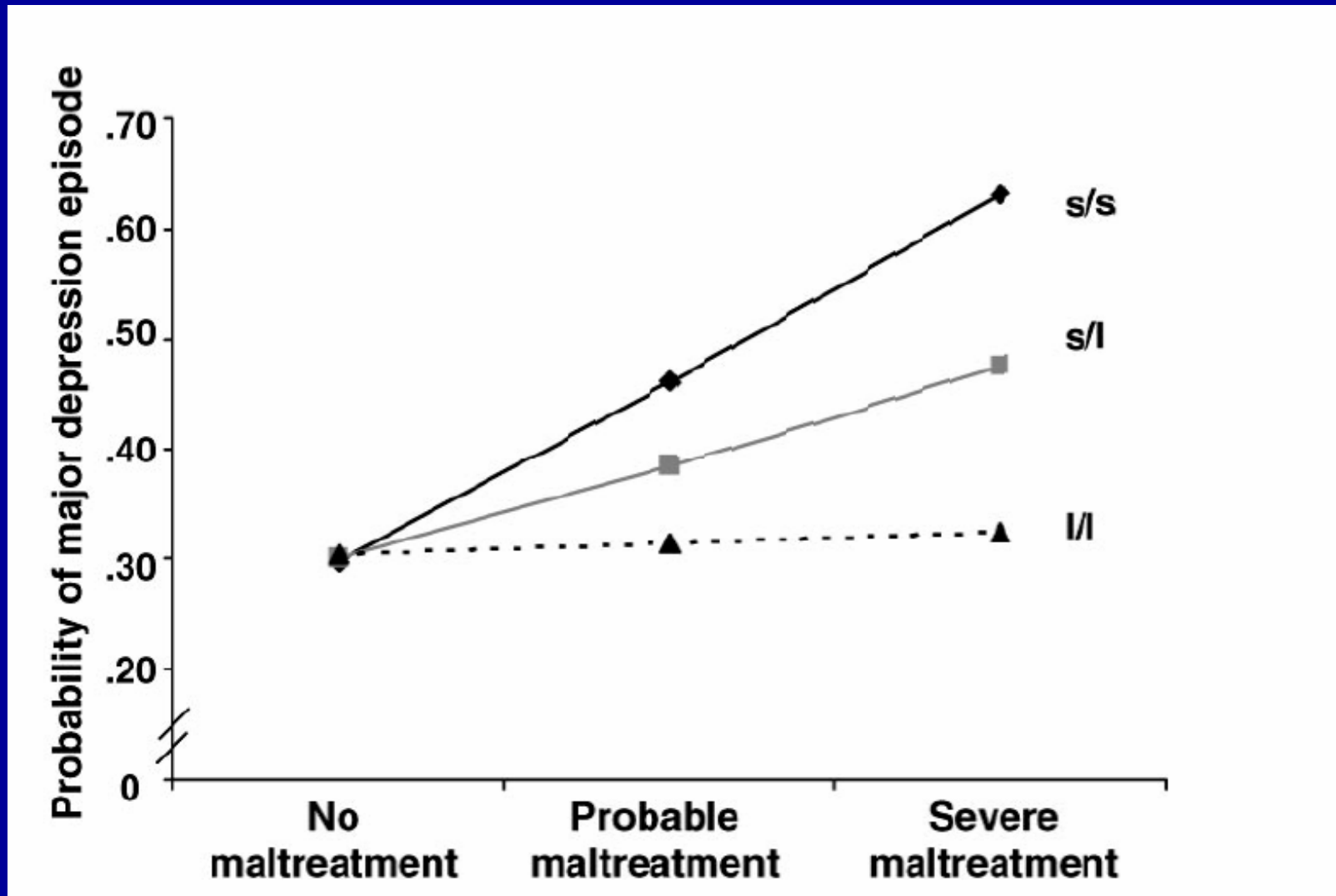
Pezawas et al. 2005

Neurochemie-Umwelt-Interaktion

Stress-Modell für die Depression (Heim et al. 2000)



Gen-Umwelt-Interaktion (Caspi et al. 2003)



Psychosoziale Erklärungsansätze

- Verhaltenstheoretische und kognitionspsychologische Modelle haben gegenüber psychodynamischen Modellen an Bedeutung gewonnen
- Modell von Beck (1967)
- Lewinsohn: Verstärker-Verlust-Modell
- Seligman: Erlernte Hilflosigkeit

Beispiel Schule

- Diskrepanz zwischen Leistungsanforderung und Unfähigkeit, diese zu erbringen



- Falsche Kognition und Attribution
- Verstärkt durch negative Rückmeldung „du willst nur nicht“ oder „mit dir kann man nichts anfangen“
- Negatives Selbstkonzept
- Konsequenz: langsamer Arbeitsstil, geringere Anstrengungsbereitschaft, geringere Effizienz

Umweltbezogene Erklärungsansatz

- Eltern-Kind-Interaktion gestört (z. B. Depression bei einem Elternteil, insbesondere der Mutter)
- Lebensereignisse (life events) als Symptomauslöser oder –verstärker, Insbesondere von Bedeutung ist die Bewertung des Ereignisses

Belastende Lebensereignisse (life events)

- Trennung der Eltern
- Tod eines Elternteils
- Sexueller Missbrauch
- Körperliche Misshandlung
- Emotionale Misshandlung

Belastende Lebensereignisse (life events)

- Chronische Belastung bedeutsamer als Einzelereignisse
- Wirkung hängt entscheidend davon ab, was nachher passiert
- Wechselwirkung mit genetischen Faktoren, bei hoher genetischer Belastung nur geringerer Stressor notwendig
- Bedeutung von early life events größer für die erste Episode

Behandlung

- Pharmakotherapie
- Psychotherapie

Indikatoren für eine Pharmakotherapie

- Mittelgarde, bzw. hoher Schweregrad
- Psychotische Symptome
- Starke Alltagsbeeinträchtigung
- Erhöhtes Suizidrisiko
- Non-Response auf Psychotherapie
- Bahnen der Compliance für Psychotherapie

Pharmakodynamischer Effekt	Beispiel
Nicht selektive Serotonin/Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer	Trizyklische Antidepressiva: Amitriptylin, Clomipramin, Doxepin, Desipramin, Imipramin, Trimipramin, Dibenzipin
Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer	Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin
Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer	Desipramin, Maprotilin
Selektive Serotonin/Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer	Venlafaxin, Maprotilin
Monoamin-Oxidase-Hemmer	Moclobemid
Sonstige	Johanniskraut, Sulpirid, Trazodon

Wirkenspektrum der Antidepressiva

■ Aktivierende Antidepressiva

■ Trizyklische AD:

- Clomipramin, Desipramin, Imipramin und Dibenzipin

■ 5-HT und/oder Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer:

- Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin und Venlafaxin

■ Monoamin-Oxidase-Hemmer:

- Moclobemid

■ Dämpfende und sedierende AD

■ Tri- und tetrazyklische AD:

- Maprotilin, Amitriptylin, Doxepin, Trimipramin

Unerwünschte Nebenwirkungen

Trizyklische AD

Tachykardie, Tremor, Unruhe, Schwitzen,
Blutdrucksteigerung, Kopfschmerzen, Schlafstörungen,
Übelkeit, Erbrechen, Appetitminderung, Hypotonie,
Sedierung

SSRI

Schlafstörung, Appetitminderung, Kopfschmerzen,
Erbrechen, Schwitzen

Einsatz der Antidepressiva im Kindes- und Jugendalter

- **Trizyklika**
 - Studienlage: nicht Placebo überlegen, klinische Erfahrung: wirksam bei major depression
 - Praxis: langsam aufdosierend, Gabe zur Nacht (Einmalgabe), stimmungsaufhellende Wirkung nach ein bis vier Wochen
 - Sedierende Wirkung tritt schnell ein
 - Geringe therapeutische Breite; daher Vorsicht bei Suizidalität

Einsatz der Antidepressiva im Kindes- und Jugendalter

- SSRI:
 - Studienlage: gute Wirksamkeit, leichte Handhabbarkeit, gute Verträglichkeit
 - Praxis: langsam aufdosierend, einmalige Gabe am Morgen (Ausnahme Fluvoxamin – Plasmahalbwertszeit zwischen 10-22 Stunden), stimmungsaufhellende Wirkung nach ein bis vier Wochen
 - Vorsicht Suizidalität! Antriebssteigernde Komponente vor der antriebssteigernden Komponente wirksam

Bedeutung von Antidepressiva (SSRI) in der klinischen Praxis

- Verordnungszahlen bei Kinder- und Jugendlichen, ca. 11 Millionen SSRI für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (FDA 2002)
- Warnung der FDA 2004, dass SSRI das Suizidrisiko erhöhen (neue RCT, die von Herstellern zurückgehalten wurden)

Suizidrisiko unter AD

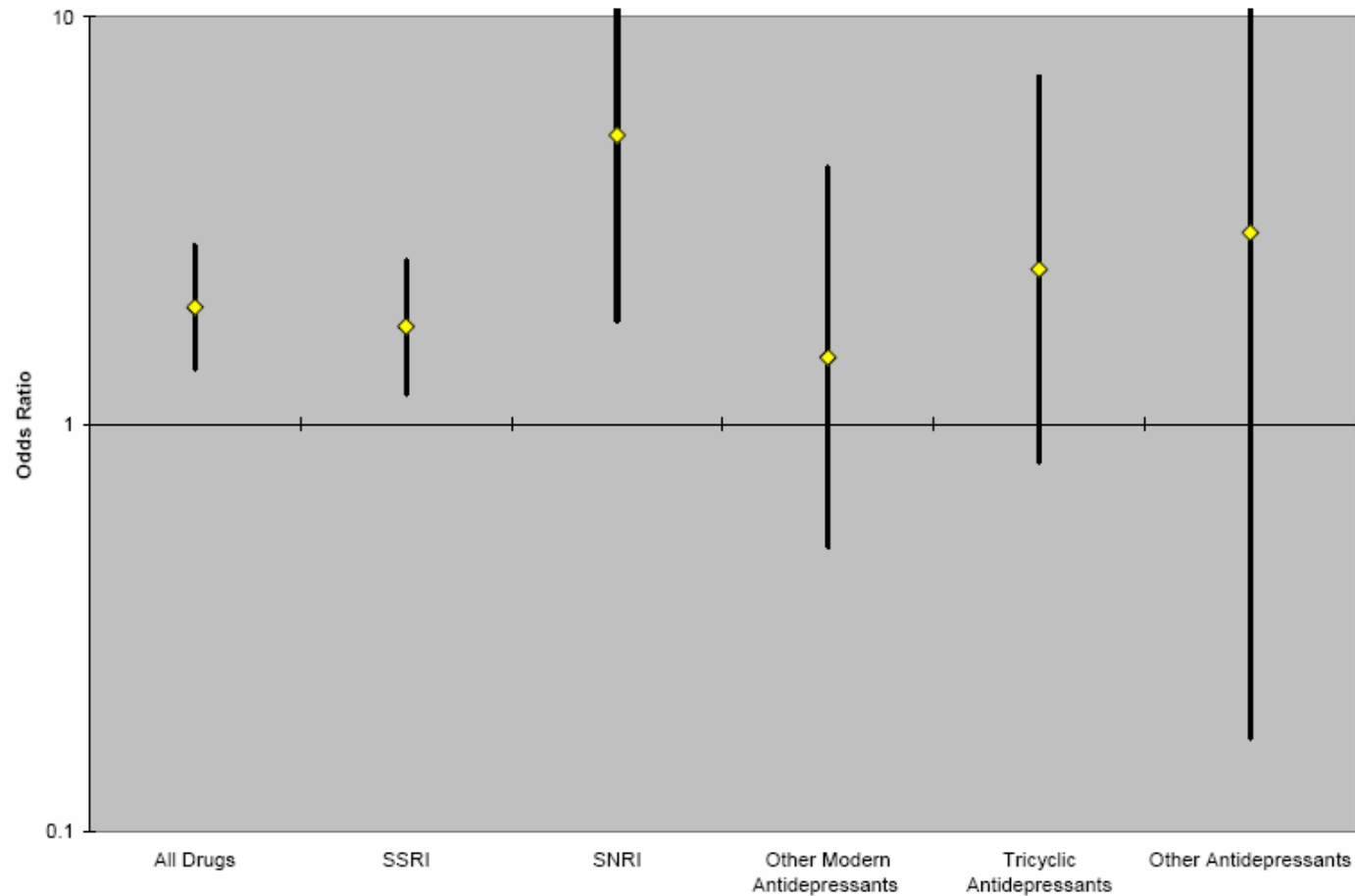


Figure 7: Suicidality Odds Ratios for Active Drug relative to Placebo – Ideation or Worse – Subjects under age 25 with Psychiatric Disorders – By Drug Class

Psychotherapie

- Kognitive Verhaltenstherapie
 - Einzel- und Gruppentherapie
 - Einbeziehung der Eltern
 - Psychoedukation
- Tiefenpsychologisch fundierte Therapie
- Familientherapie

Psychotherapeutische Behandlung

Bausteine der Verhaltenstherapie mit Jugendlichen (nach Ihle und Herrle 2003)

10 zweistündige Sitzungen mit den Themen:

1. Stimmungsprobleme und Depression/ Psychoedukation
2. Stimmung messen und verändern/Selbstbeobachtung
3. Entspannung und soziale Kompetenz
4. Sich verändern lernen und soziale Kompetenz
5. Stimmung und Denken
6. Konstruktives Denken
7. Anders denken lernen
8. Mit anderen Menschen besser klarkommen/Kommunikation
9. Konflikte bewältigen/Selbstinstruktion und problemlösen

Evaluation Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

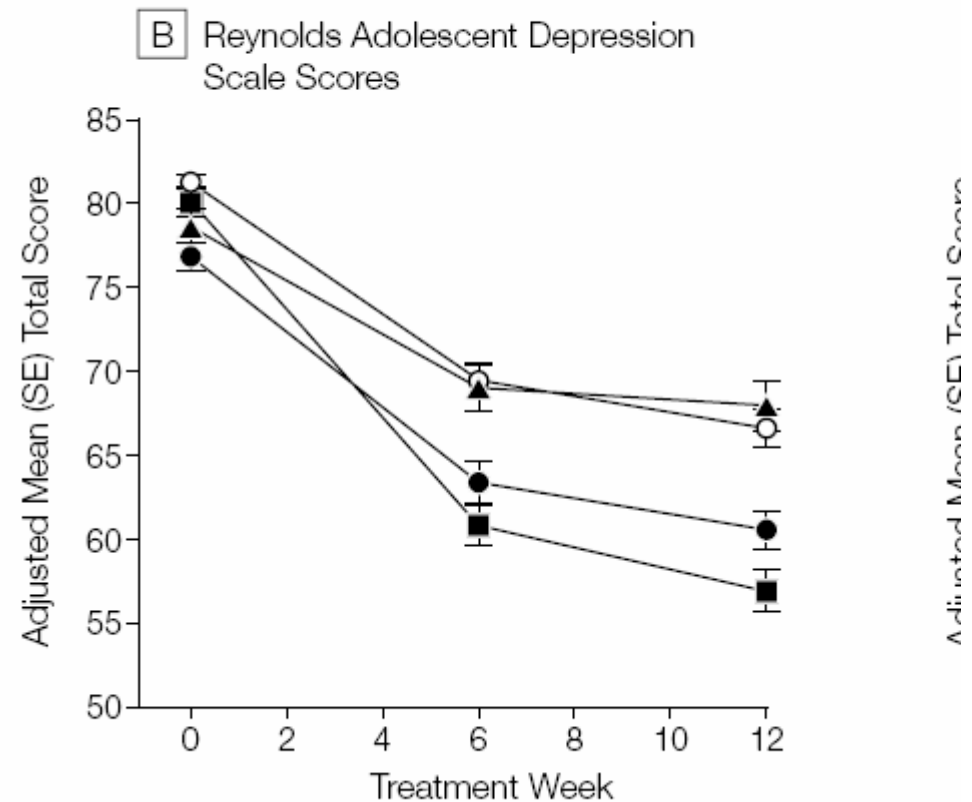
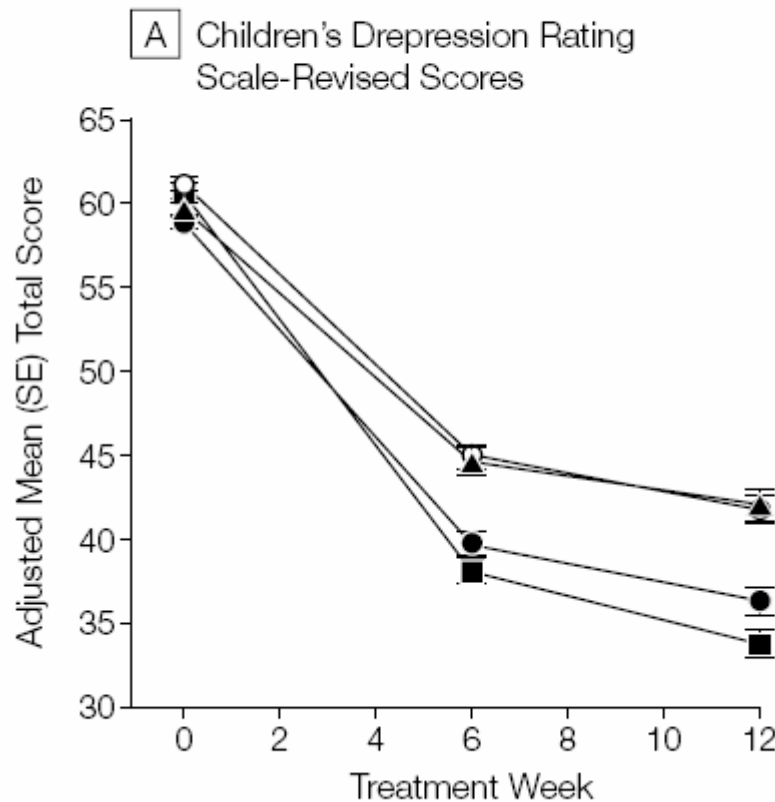
Metaanalyse von Lewinsohn und Clarke (1999):
63% der behandelten Kinder fand sich
bedeutsamer Rückgang der Symptomatik

NIMH-Treatment of Adolescents with Depression
Study (2003/2004):

Empfehlung Kombinationstherapie von KVT
und SSRI bei Jugendlichen mit einer MD,
bei leichten und mittelschweren depressiven
Störungen alleinig KVT

Evaluation Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und der SSRI (March et al. 2005)

○ Placebo ▲ CBT Alone ● Fluoxetine Alone ■ Fluoxetine With CBT



Metaanalyse von Michael und Crowley (2002)

- Einschluss von 24 Studien – 15 Studien mit Kontrollgruppenvergleich (1108 Kinder und Jugendlichen)
- Behandlungsdauer und -intensität: 8-27 Sitzungen in 2-12 Wochen
- Gruppen- und Einzel-Therapie
- Mittlere Effektstärke 0.72
- Geschlechtseffekt: bei Mädchen stärkerer Effekt
- Alterseffekt: höhere Effektstärker bei älteren Jugendlichen (bei < 13jährigen 0.65, bei >13jährigen 0.93)
- Follow-up: Median 6.5 Wochen Effektstärke um 0.64
- Vergleich mit Trizyclika: Effektstärke 0.19

Ziele der Elternarbeit

- Insbesondere bei jüngeren Kindern indiziert
- Erarbeitung eines gemeinsamen Störungskonzeptes
- Erhöhung der positiven Aktivität zwischen Eltern und Kind
- Verringerung der negativen verbalen Äußerungen gegenüber dem Kind
- Erarbeitung von Problemlösestrategien in der Familie
- Evaluation: (Beardslee et al. 1997, 2001) keine Verbesserung der depressiven Symptomatik, allerdings Clarke et al. (1990) Verbesserung der Symptomatik, wenn Eltern begleitend zur KVT-Gruppentherapie informiert

Fragen und Perspektiven der psychoth. Behandlung der Depression im Kindes- und Jugendalter

- Behandlungsansätze für die jüngeren Kinder
- Einbeziehung der Familien, der Eltern?
- Einzel- vs. Gruppentherapie
- Rückfallprophylaxe?
- Fehlen von Studien in klinischen Stichproben (ambulant und stationär)