

Depressionen bei Kindern und Jugendlichen

Diagnostik, Verlauf und Therapie

M. von Aster¹, E. Schulz², H. Braun-Scharm¹, B. Woggon³

¹ Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität Zürich

² Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg/Br.

³ Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Einleitung

Behandlungsbedürftige Depressionen werden insbesondere im Kindes-, aber auch im Jugendalter noch immer zu selten erkannt und diagnostiziert. Erschwerend für die Diagnosestellung sind die entwicklungsabhängigen Variationen im klinischen Erscheinungsbild und die häufige Komorbidität z. B. mit Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen, Lernstörungen und später auch Essstörungen und Drogenkonsum. Häufig verdecken auffälligere Probleme wie Schulversagen, Schulverweigerung, soziale Isolation oder auch aggressives und delinquentes Verhalten eine dahinter liegende Depression.

Auslösend können belastende Lebensumstände wie Trennung der Eltern, längere Trennung von der Mutter, Umzug oder Verlust wichtiger Bezugspersonen, chronischer schulischer Leistungsstress, Überforderung und Ausgrenzung aus der Gruppe der Gleichaltrigen sein. Depressionen können aber auch ohne offensichtliche Auslöser oder erst längere Zeit nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Genetische Dispositionen, wie beispielsweise depressive Erkrankungen bei Elternteilen, erhöhen das Risiko, dass ein Kind depressiv erkrankt.

Die Auswirkungen depressiver Störungen auf die kognitiven und emotionalen Reifungs- und Entwicklungsvorgänge können schwerwiegend sein. Die Kinder fallen in der Schule zurück, können ihre Leistungsdefizite oftmals nicht wieder aufholen, verlieren Freunde und die Fähigkeiten, Kontakte zu Gleichaltrigen aufzubauen und zu gestalten. Sie bleiben auch hinsichtlich der Entwicklung sozialer und emotionaler Konflikt- und Bewältigungsstrategien zurück.

Korrespondenz:

PD Dr. med. Dipl.-Päd. Michael von Aster
Kinderstation Brüschalde
Universität Zürich
Bergstrasse 120
Postfach
CH-8708 Männedorf

Depressive Symptome in der Kindheit erhöhen auch das Risiko für eine depressive Erkrankung im Erwachsenenalter. Ein vorstellbarer pathogenetischer Mechanismus ist, dass depressionsbedingte Veränderungen psychologischer und neuroendokriner Regulationsprozesse im Kindesalter zu einer Art frühen Sensibilisierung führen, welche die Anfälligkeit (Vulnerabilität) für spätere depressive Erkrankungen erhöht.

Diagnostik

Die wichtigsten diagnostischen Kriterien für eine klinische Depression sind:

- depressive und reizbare Verstimmungen;
- deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten;
- Appetitverlust oder -zunahme mit Gewichtsveränderungen;
- Schlafstörungen (Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf);
- psychomotorische Unruhe oder Hemmung;
- Müdigkeit und Energieverlust;
- Gefühle von Wertlosigkeit;
- Verlust von Selbstvertrauen und unbegründete Selbstvorwürfe;
- verminderte Denk- und Konzentrationsfähigkeit;
- Wiederkehrende Gedanken an Tod sowie suizidales Verhalten.

In der ICD-10 (vgl. Tabelle 1) wird nicht grundsätzlich zwischen Depressionen bei Kindern und Erwachsenen unterschieden. Die häufigsten Formen in der Gruppe der affektiven Störungen sind die *Depressive Episode* und die *Dysthymie*. Nach der Anzahl vorhandener Symptome unterteilt man auch für das Kindes- und Jugendalter *leichte, mittelgradige und schwere depressive Episoden*. Für die Diagnosestellung wird gefordert, dass die Symptome mindestens zwei Wochen lang anhalten und den grössten Teil des Tages vorhanden sind. Unter einer *Dysthymie* wird eine weniger stark ausgeprägte, dafür aber chronisch bestehende Depression verstanden, die bei Kindern und Jugendlichen mindestens ein Jahr anhält.

Auch im Rahmen von *Anpassungsstörungen* können kurze von längeren depressiven Reaktionen und von gemischten Reaktionen mit Angstsymptomatik unterschieden werden. Als komorbides oder begleitendes Phänomen finden sich depressive Symptome darüber hinaus in den für das Kindes- und Jugendalter spezifischen Diagnoseklassen der *Störungen des Sozialverhaltens*, den *emotionalen Störungen des Kindesalters* sowie den *Bindungsstörungen*. Die mögliche diagnostische Zuordnung depressiver Symptome zu derart vielen diagnostischen Kategorien mag ein Grund dafür sein, dass die verfügbaren Angaben zur Häufigkeit insbesondere für das Kindesalter stark schwanken (1–10%).

Schwierigkeiten bei der diagnostischen Klärung entstehen auch dadurch, dass Kinder im allgemeinen noch weniger gut über eigene Gefühlszustände be-

Tabelle 1

Klassifikation depressiver Syndrome nach ICD-10.

Affektive Störungen (F 3)	Anpassungsstörungen (F 43.2)
Manische Episode (F 30)	Kurze depressive Reaktion (F 43.20)
Bipolare affektive Störung (F 31)	Längere depressive Reaktion (F 43.21)
Depressive Episode (F 32)	Angst und depressive Reaktion, gemischt (F 43.22)
Rezidivierende depressive Störung (F 33)	
Anhaltende affektive Störungen (F 34)	
Zyklothymia (F 34)	
Dysthymia (F 34.1)	
Andere (F 34.8)	
Andere affektive Störungen	

richten können und es nur selten von sich aus tun. Als erwiesen gilt zudem, dass erwachsene Bezugspersonen depressive Symptome bei Kindern häufig nicht wahrnehmen oder zumindest unterschätzen. Kinder im Vorschul- und Schulalter sind z.B. meist damit überfordert, exakte Angaben über die zeitliche Dauer eines Gemütszustandes zu machen, was dazu führen kann, dass die Kriterien, die sich auf die Dauer der Symptome beziehen, nicht oder falsch eingeschätzt werden und dadurch die Diagnosestellung verfehlt wird.

Eine Zusammenstellung altersspezifischer Charakteristika depressiver Symptome im Kindes- und Jugendalter bietet die Übersicht in Tabelle 2.

Im *Vorschulalter* fallen bei depressiven Kindern ein trauriger und ernster Gesichtsausdruck, verminderte Gestik und Mimik sowie leichte Irritierbarkeit, Stimmungslabilität, Reizbarkeit und aggressives Verhalten auf. Mangelndes Interesse an Spielen und motorischen Aktivitäten, Antriebslosigkeit, psychosomatische Symptome wie Bauchschmerzen, aber auch Einnässen und Einkoten können auftreten, und schliesslich werden auch Ess- und Schlafstörungen sowie Entwicklungsrückstände beobachtet. Suidizge-

danken und -vorsätze werden im Vorschulalter kaum je explizit geäussert, parasuizidale Phantasien und Handlungen können dagegen, wie das folgende Beispiel zeigt, vorhanden sein:

Markus, der im Alter von 4 Jahren nach dem Verlust der Schwester durch einen Unfall nach aussen hin kaum sichtbare Zeichen von Trauer, dafür aber Unruhe, Rastlosigkeit, Schlafprobleme, aggressives und ein höchst waghalsiges Verhalten zeigte, fragte im Alter von 5^{1/2} Jahren wie beiläufig, ob er denn zu seiner Schwester in den Himmel käme, wenn er auf der Strasse stehen bliebe oder wenn er das Geländer losliesse, das er im 2. Stock eines Treppenhauses überklettert hatte, und von dem er in die Tiefe herabzufallen drohte. Diese Äusserungen waren jeweils nicht begleitet von starken Affekten der Verzweiflung oder Trauer. Markus wirkte nach aussen zwar kaum je fröhlich oder heiter, aber auch nicht sonderlich bekümmert, sondern eher teilnahmslos, fahrig und unkonzentriert.

Schulkinder sind schon deutlich besser in der Lage, über ihre Befindlichkeit und somit auch über Gefühle von Traurigkeit und Niedergeschlagenheit zu berichten. In diesem Alter werden auch schon suizidale Gedanken oder Absichten geäussert. Betroffene Kinder fühlen sich oft einsam, ungeliebt, wertlos, ausgeschlossen, dumm, weinen bei scheinbar nichtigen Anlässen oder reagieren rasch wütend und aggressiv und zerstören auch fremde oder eigene Sachen. In diesem Altersabschnitt ist die Differentialdiagnose *schulischer Lern- und Leistungsstörungen* besonders bedeutsam. Schulischer Leistungsabfall insbesondere im Rechnen ist oft ein erstes Anzeichen einer depressiven Störung und umgekehrt gehen Rechenstörungen besonders häufig mit Symptomen von Angst und Depressivität einher. Aber auch Kinder mit Legasthenie, hyperkinetischen Störungen und anderen Entwicklungsstörungen leiden häufig unter depressiven Verstimmungen.

Im *Pubertäts- und Jugendalter* nähert sich die Symptomatologie derjenigen des Erwachsenenalters an. Vermindertes Selbstvertrauen, Gefühle von Wert-

Tabelle 2

Lebensalter und depressive Symptomatik.

Kleinkinder	Schulkinder	Adoleszenz
Reaktive Bindungsstörungen	Reaktive Bindungsstörungen	Grübeln
Spelschwäche	Kontaktstörungen	Suizidgedanken
Weinen und Schreien	Lern- und Leistungsstörungen	Suizidversuch
Schlafstörungen	Agitiertheit	Stimmungsschwankungen
Fütterstörungen	Störung des Sozialverhaltens	Sozialer Rückzug
Gedeihstörungen	Sozialer Rückzug	Hypochondrie
Traurigkeit	Traurigkeit	Schuleschwächen
Trennungängste	Trennungängste	Störung des Sozialverhaltens
Habituelle Verhaltensweisen	Schlafstörungen	Lern- und Leistungsstörungen
	Hilf- und Hoffnungslosigkeit	

losigkeit und Aussichtslosigkeit, Angst, Konzentrationsmängel und Teilnahmslosigkeit stehen im Vordergrund. Suizidgedanken und Suizidversuche sind häufig. Zu den Symptomen in diesem Altersabschnitt gehören auch ausgeprägte psychosomatische und hypochondrische Beschwerdebilder. Bei Adoleszenten steht oft das Gefühl im Vordergrund, den eigenen Erwartungen oder den Erwartungen der Eltern nicht zu genügen. Selbstvorwürfe und Grübeln, Gefühle von Leere, Kraftlosigkeit und fehlender Lebensinn werden berichtet und treten ebenso wie die zirkadianen Schwankungen mit dem typischen Morgentief deutlicher hervor.

Neben den depressiven Störungen im engeren Sinne treten wie bereits erwähnt depressive Verstimmungen im Jugendalter oft auch als Bestandteil anderer umschriebener psychiatrischer Störungen auf. Dazu gehören:

- Depressionen im Rahmen von posttraumatischen Belastungsstörungen, z.B. Kriegstraumata, Missbrauch usw.;
- Depressionen als passagere Symptomatik bei Affektlabilität, z.B. bei Borderline-Symptomen;
- Depressionen bei Patientinnen mit Essstörungen, insbesondere bei massivem Untergewicht (Anorexia und Bulimia nervosa) und zu Beginn der Behandlung;
- Depressionen als Begleitsymptomatik bei Ängsten, Phobien und Zwängen;
- abrupte depressive Verstimmungen können auch in akuten Phasen schizophrener oder schizoaffektiver Psychosen auftreten und zu unvorhersehbaren Suizidhandlungen führen.

Schliesslich aber sind Symptome einer Depression insbesondere im Pubertätsalter auch von vorübergehenden, weniger tiefen und weniger nachhaltigen Stimmungs- und Aktivitätsschwankungen zu unterscheiden, die in diesem Lebensabschnitt häufig vorkommen und keinen Krankheitswert haben.

Verlauf

Depressive Syndrome verlaufen im Jugendalter bei einer durchschnittlichen Dauer der Episode von etwa 7,5 Monaten wesentlich langwieriger als bisher vermutet. Ein frühes Manifestationsalter bedingt dabei einen deutlich längeren Verlauf der Erkrankung. Über einen Zeitraum von 5 Jahren zeigen 72% der Kinder einen Rückfall mit neuer depressiver Episode.

Darüber hinaus ist durch die Verlaufsforschung belegt, dass Jugendliche, die irgendwann in ihrem Leben an einer Depression litten, auch zu etwa 40% die Kriterien für eine andere psychische Erkrankung erfüllen. Tritt eine Depression zeitgleich mit einer anderen Störung auf, dann ist sie in etwa 80% der Fälle die Folge und seltener (20%) der Vorläufer der Erkrankung. Des weiteren zeigt die aktuelle Verlaufsforschung, dass die meisten depressiven Episoden bei Jugendlichen etwa 1–2 Jahre nach ihrem Beginn remittieren, aber immerhin noch 6–10% einen primär

chronischen Verlauf nehmen. Etwa 50% der Patienten zeigen einen Rückfall im Zeitraum von 1–2 Jahren nach der Behandlung und 70% einen Rückfall innerhalb von 5 Jahren nach Behandlungsende. Ein früher Erkrankungsbeginn, die Häufigkeit vorausgegangener depressiver Episoden und deren Schweregrad, das Auftreten komorbider psychiatrischer Auffälligkeiten, psychosoziale und familiäre Belastungen, aber auch das Vorhandensein von psychiatrischen Erkrankungen innerhalb der Familie gelten als empirisch gesicherte Prädiktoren für einen eher ungünstigen Verlauf und eine hohe Rückfallwahrscheinlichkeit. Schwere depressive Episoden sind im übrigen nicht selten Vorläufer einer sich im weiteren Verlauf entwickelnden bipolaren (manisch-depressiven) affektiven Störung oder einer sich entwickelnden schizophrenen Psychose.

Schwere depressive Syndrome und Affektive Psychosen sind insbesondere im Jugendalter mit einem deutlich erhöhten Suizidrisiko behaftet. Suizide stellen einen Anteil von etwa 12% der Gesamtmortalität in dieser Altersgruppe. Als empirisch gesicherte Risikofaktoren für suizidales Verhalten gelten:

- Verlust einer bedeutungsvollen Bezugsperson;
- Broken-home-Situation;
- Suizid in der Familie;
- soziale Isolation;
- Probleme im Sexualbereich;
- aggressives und/oder delinquentes Verhalten;
- Alkohol- und Drogenmissbrauch;
- hoher Leistungsdruck (Überforderung);
- Nachahmungssuizid.

Bei 70 bis 80% der Jugendlichen, die einen Suizid versucht haben, wurde dieser auch vorher angedroht. 10 bis 15% der Jugendlichen mit einem vorausgegangenen Suizidversuch werden sich später tatsächlich selbst töten.

Generell muss die Exploration bei Verdacht auf Suizidalität im Kindes- und Jugendalter klären, ob latente Suizidgedanken und genaue Vorstellungen über die suizidale Vorgehensweise gegeben sind. Weitere wichtige Anhaltspunkte für oder gegen eine sofortige stationäre Aufnahme sind das Ausmass vorhandener Verstimmungssymptome, Angst, Desorganisiertheit, sowie eine stark erhöhte Impulsivität und unkontrollierbare affektive Labilität.

Therapie

Die Komplexität und die multikausale Genese depressiver Syndrome im Kindes- und Jugendalter machen in der Regel eine multimodale und auf das Kind oder den Jugendlichen und seine Familie abgestimmte Therapieplanung erforderlich.

Die Therapie depressiver Störungen muss darüber hinaus die alters- und entwicklungstypischen Besonderheiten in der Kontakt- und Beziehungsgestaltung, in der Ausdrucks- und Mitteilungsfähigkeit sowie in der Art des Erlebens und der kognitiven Verarbeitungsreife berücksichtigen.

Zunächst kommt einer sorgfältigen Information, Aufklärung und Beratung von Eltern, Lehrern und Bezugspersonen eine hohe Priorität zu. Ein besseres Verständnis der Störung sowie der ihr zugrundeliegenden möglichen Ursachen verbessern nicht nur die intuitiven Möglichkeiten, dem Kind verständnisvoll und angemessen zu begegnen, sondern auch die Chancen, gezielte Hilfe und Unterstützung anzubringen. Ziel ist eine auf die Fähigkeiten und Bedürfnisse des Kindes abgestimmte Gestaltung des Lebens- und Lernumfeldes.

Verhaltenstherapeutische, psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungsmethoden haben empirische Belege für ihre Wirksamkeit erbracht. Therapiemotivation kann nicht vorausgesetzt werden und erwächst insbesondere bei jüngeren Kindern auch nicht aus einem bewusst empfundenen Leistungsdruck oder gar einer Krankheitseinsicht. Therapiemotivation muss vielmehr in einem vertrauensvollen Klima entwickelt werden, in dem sich das Kind vom Therapeuten verstanden, akzeptiert und unterstützt fühlt. Hier bieten die Methoden der *personen-zentrierten Kinderpsychotherapie* aber auch *tiefen-psychologisch* orientierte Vorgehensweisen eine wesentliche Grundlage. Dem Kind wird dabei geholfen, seine depressiven Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken sowie Gefühle von positiver Selbstakzeptanz auszubilden. Während diese Therapieansätze zunächst hauptsächlich darauf gerichtet sind, eigene Gefühle, Denkinhalte und innere Konflikte zu erkennen und im Rahmen der therapeutischen Beziehung spielerisch und sprachlich zu symbolisieren und zu bearbeiten, zielen die auf den psychologischen Lerntheorien basierenden *verhaltenstherapeutischen Ansätze* primär auf konkrete Veränderungen im Verhalten ab. Dabei geht es in erster Linie um einen Aufbau verstärkender Aktivitäten und um ein Neu- bzw. Wiedererlernen von Fähigkeiten, sich in Beziehungen und Kontakten zu anderen Menschen zu artikulieren und zu behaupten sowie alltägliche Probleme und Konflikte zu lösen und zu bewältigen. Dies geschieht mittels Übung und positiver Verstärkung.

Bei den *kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden*, die eher bei Jugendlichen eingesetzt werden, geht es darum, ungünstige und depressionsfördernde Erlebnis- und Verarbeitungsmuster durch gezieltes Einwirken auf Wahrnehmungs-, Denk-, und Bewertungsprozesse zu verändern.

Verhaltenstherapeutische Techniken sind im übrigen auch im Konzept der personenzentrierten Methode vorgesehen und dort im Sinne zielorientierter Vorgehensweisen gut integrierbar.

Von essentieller Bedeutung für jede Behandlung ist, dass sich Kinder und Jugendliche in ihrem Lebensumfeld wieder als erfolgreich erfahren können. Dies setzt oft voraus, dass zu hohe und unangemessene Erwartungen in Schule, Lehre und/oder Familie korrigiert werden und bei Teilleistungsschwächen entsprechende Fördermassnahmen eingeleitet werden. Kein Kind, das im Alltag eine überwiegend negative Fremdbewertung erfährt, wird mit Hilfe welcher Therapie auch immer eine positivere Selbst-

bewertung entwickeln können. Zu jeder Behandlung gehört daher, dass die Eltern und gegebenenfalls auch die Lehrer intensiv miteinbezogen werden. Dabei wird in erster Linie versucht, die Erwachsenen für die Gedanken und Gefühle des Kindes zu sensibilisieren, und ihre Erwartungen, insbesondere in Hinblick auf Leistung, realistisch zu gestalten. Oftmals finden sich Störungen in den Eltern-Kind-Beziehungen, die sich anamnestic bis in die früheste Kindheit zurückverfolgen lassen und die gemäss Ergebnissen aus der Bindungsforschung ihren Ursprung in einer nicht ausreichenden Entwicklung und Etablierung sogenannter «sicherer Bindungsmuster» haben. In solchen Fällen erscheint der Versuch lohnenswert, im Rahmen von Eltern-Kind-Therapien direkt auf die Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson einzuwirken, mit dem Ziel, das Ausmass positiver erlebter Gegenseitigkeit zu erhöhen.

Wie bei Erwachsenen ist auch bei depressiven Kindern und Jugendlichen der Einsatz von *Medikamenten* unbedingt zu erwägen. Dogmatische Polarisierungen, wie «Psychotherapie *oder* Pharmakotherapie» oder Überlegungen, dass grundsätzlich Pharmako- und Psychotherapie *in Kombination* das überlegene Therapiekonzept sei, sind bislang durch keine stichhaltigen Untersuchungen belegt und für die Behandlung nicht hilfreich.

Bei einem ausgeprägten depressiven Syndrom, bei bestehender Suizidalität und bei rezidivierendem, zur Chronifizierung neigendem Verlauf ergibt sich eine klare Indikation für eine antidepressive Pharmakotherapie. Hierbei hat sich auch bei Jugendlichen in den letzten Jahren der Einsatz von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) – entsprechend internationaler Empfehlungen – als Mittel der ersten Wahl gegenüber der herkömmlichen Verordnung von trizyklischen Antidepressiva (TCA) durchgesetzt. Beim Vorliegen komorbider Störungsbilder kann jedoch von diesem Vorgehen abgewichen werden.

Der Vorrang der SSRI stützt sich auf folgende Untersuchungsergebnisse:

- bessere Verträglichkeit;
- geringere Letalität;
- einfachere Dosierung (in der Regel einmalige Tagesdosis);
- kürzere Halbwertszeiten (mit Ausnahme von Fluoxetin);
- nachgewiesene Wirksamkeit bei Jugendlichen mit schwerem depressivem Syndrom.

Bezüglich der Behandlung komorbider Störungen liegt ein weiterer Vorteil darin, dass sich SSRI auch in der Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen sowie Essstörungen als wirkungsvoll erwiesen haben.

Eine wesentliche Nebenwirkung der SSRI-Medikation ergibt sich aus der häufig initial antriebssteigernden Wirkung, was im Hinblick auf selbstverletzendende und suizidale Tendenzen zu bedenken ist. Daher empfiehlt sich eine behutsame und einschleichende Dosierung. Seit jüngerer Zeit sind weitere Substanzen verfügbar, die zusätzlich auch auf das noradrenerge

Tabelle 3

Dosierungsempfehlungen für Antidepressiva.

	Tagesdosis bei Kindern/Jugendlichen	
	unter 14 Jahren	über 14 Jahren
<i>Trizyklische Antidepressiva (TCA)</i>		
Amitriptylin	50–75 mg	75–150 mg
Imipramin	50–75 mg	75–150 mg
Desipramin	50–75 mg	75–100 mg
Clomipramin	50–75 mg	75–100 mg
Maprotilin	50–100 mg	75–150 mg
<i>Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI)</i>		
Fluoxetin	*	5–20 mg
Fluvoxamin	*	50–150 mg
Paroxetin	*	20 mg
Sertralin	*	50 mg
Citalopram	*	10–20 mg
<i>Neuere Antidepressiva mit zusätzlichen Wirkmechanismen</i>		
Mirtazapin	*	20–45 mg
Nefazodon	*	400 mg

* Aufgrund der unzureichenden empirischen Grundlage können noch keine Dosierungsempfehlungen angegeben werden. In der klinischen Praxis werden SSRI jedoch auch in diesem Altersbereich mit Erfolg eingesetzt.

System einwirken und leicht sedierende und schlaf-fördernde Effekte erzielen. Tabelle 3 enthält Dosierungsempfehlungen für das Kindes- und Jugendalter.

Erste empirische Untersuchungen zeigen, dass die bei Erwachsenen seit langem bewährte Therapie des *Schlafentzugs* auch bei Jugendlichen zu nachhaltigen Symptomverbesserungen führt. Der Einsatz dieser Methode bietet sich insbesondere auch dann an, wenn

unüberwindliche Widerstände auf Seiten des Jugendlichen oder der Eltern gegen die Einnahme von Medikamenten bestehen.

Bipolare affektive Störungen und schwere psychotische Depressionen erfordern eine Kombinationstherapie, wobei zur Rückfallprophylaxe auch im Jugendalter Lithiumsalze als Mittel der ersten Wahl in Kombination mit SSRI zur Behandlung depressiver Episoden bzw. Neuroleptika für die Behandlung manischer Episoden angesehen werden.

Eine Variante depressiver Syndrome in Form von saisonalen Depressionen («seasonal affective disorders» SAD) konnte auch bei Kindern und Jugendlichen nachgewiesen werden. In diesen Fällen erscheint die in dieser Altersgruppe noch selten praktizierte Lichttherapie als durchaus erfolgversprechende nichtpharmakologische Behandlungsmassnahme.

Wegen der Multikausalität und Vielgestaltigkeit depressiver Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und wegen der langfristigen Risiken für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung sind psycho- und verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen (auch in Form von Gruppentherapien), Elternberatung und Elterntaining, Lehrerberatung und sonderpädagogische Massnahmen sowie medikamentöse Behandlungen im Interesse bestmöglicher und langfristig stabiler Effekte bedarfsgerecht zu kombinieren.

Ein für Eltern, Angehörige und Lehrer wie Fachpersonen gleichermaßen geeigneter und empfehlenswerter Ratgeber stammt vom amerikanischen Kinderpsychiater L. Kerns und ist unter dem Titel «Hilfen für depressive Kinder» im Huber Verlag erschienen (Herausgeber der deutschen Ausgabe S. und M. von Aster, 1997).