

Warum auf „leise Symptome“ achten?

Depressionen im Kindes- und Jugendalter werden oft zu spät erkannt

„Wenn ein Zwölfjähriger plötzlich keine Lust mehr auf einen Familienausflug hat, ist das normal“, sagt Dr. Karolina Leopold, klinische Leiterin des Früherkennungszentrums für psychische Störungen am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden. „Bedenklich wird es, wenn sich Pubertierende von ihren Freunden und Hobbys zurückziehen.“

Traurige Grundstimmung, gehemmte Gedanken oder Handlungsfunktionen, Schlafstörungen, Suizidneigung schränken nicht nur den Alltag, die Entwicklung und die Lebensqualität Heranwachsender ein. Essstörungen, Angststörungen, Hyperaktivität, Störungen des Sozialverhaltens, psychotische Symptome und diverse körperliche Erkrankungen können zusätzlich auftreten.

Bei zwei Prozent aller Kinder wird die Diagnose Depression

gestellt. Im Jugendalter steigt die Zahl auf neun von hundert. Mädchen erkranken häufiger als Jungen.

Die WHO hält depressive Störungen bei 15- bis 44jährigen Menschen für die Erkrankung, die die Lebenszeit und die Lebensqualität am meisten einschränkt. 25 Prozent beträgt das Risiko, dass eine depressive Episode nach einem Jahr erneut auftritt. Nach zwei Jahren liegt es bereits bei 40 Prozent, nach fünf Jahren bei 72 Prozent. Deshalb können depressive Episoden auch im Kindesalter nicht als vorübergehende Befindlichkeitsstörungen abgetan werden, betont die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP). Weil die leichteren Formen depressiver Störungen zu den „leisen psychiatrischen Erkrankungen“

gehören und daher oft übersehen werden, müssten ihre Bedeutung und die gravierenden Folgen unbedingt einer breiten Öffentlichkeit bekannt gemacht werden.

Typische Symptome

Je jünger ein Kind ist, desto schwieriger ist die Diagnose einer depressiven Störung zu stellen. Betroffene Klein- und Vorschulkinder weinen häufig, sind leichter irritierbar, haben keine Lust zum Spielen, essen „unnormale“, schlafen schlecht oder sind (über-)ängstlich.

Im Schulalter, zwischen sieben und zwölf Jahren, können Kinder ihre traurige Grundstimmung bereits verbal äußern. Sie sind appetitlos und es können bereits in diesem Alter suizidale Gedanken auftreten. Bis zum Erwachsenenalter wird häufig das Vollbild einer depressiven Störung erreicht.

Vollbild einer depressiven Störung im Erwachsenenalter

■ **Emotional:** traurige Grundstimmung, Antriebshemmung, Schuldgefühle, Interessensverlust, Erschöpfung, Gefühle der Gefühllosigkeit, Tagesschwankungen, Suizidalität

■ **Kognitiv:** Denkhemmung, Grübeln Konzentrationsstörungen, gesteigerte Selbstkritik, Insuffizienzgefühle, Todesgedanken, Versündigungs- und Verarmungsideen

■ **Körperlich:** ausgeprägte Schlafstörungen, Appetit- und Gewichtsverlust, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Libidoverlust, hypochondrische Beschwerden, vegetative Beschwerden

(Quelle: DGKJP)

www.jeder-fehler-zählt.de, Fehlerbericht Nr. 15: Große Aufregung

Eine Mitte-80-jährige Patientin regte sich über eine ca. 30-minütige Wartezeit so auf, dass sie einen Herzinfarkt erlitt.

WAS WAR DAS ERGEBNIS?

Einleitung erforderlicher Notfallmaßnahmen. Notfalltransport in die Klinik. Stationäre Krankenhausbehandlung.

MÖGLICHE GRÜNDE

Die Patientin ist seit vielen Jahren in unserer Praxis bekannt. Sie ist extrem schwerhörig, was die Kommunikation mit ihr sehr erschwert. Sie stellte sich in der Notfallprechstunde vor und klagte über Luftnot und Schmerzen im Brustkorb. Normalerweise

werden Patienten mit diesem Beschwerdebild umgehend in einen Behandlungsraum geführt und ein EKG wird von den Mitarbeiterinnen angefertigt. Bei dieser Patientin reagierte die diensthabende MFA nicht weiter beunruhigt über das geschilderte Beschwerdebild, da die Patientin sich mindestens 3-4mal im Quartal mit diesen oder ähnlichen Beschwerden in der Akutprechstunde vorstellt. Die Patientin fühlte sich oft sehr einsam, da ihre Angehörigen außerhalb wohnen und sich nur sporadisch um sie kümmern. Sie hält sich dann gern in unseren

Praxisräumen auf. Im Team löst die Patientin aufgrund der eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeit und ihrer manchmal recht hohen Anspruchshaltung Widerstände aus.

HÄTTE MAN DAS EREIGNIS VERHINDERN KÖNNEN?

Ja, sofort EKG, Patienten auch dann ernst nehmen, wenn sie anstrengend sind.

WELCHE FAKTOREN TRUGEN IHRER MEINUNG NACH ZU DEM FEHLER BEI?

Kommunikation, Patient, Team und soziale Faktoren.

WIE HÄUFIG TRITT DIESER FEHLER UNGEFÄHR AUF?

Erstmalig.

Kommentar des Frankfurter Instituts für Allgemeinmedizin

Schon häufiger wurden Fälle berichtet, bei denen Patienten, die wiederholt mit – eher banalen – Beschwerden kamen, sich dann doch mit einem sehr ernsthaften Krankheitsbild vorstellten, das verkannt wurde.

Zusatzinformationen vom Berichtenden: Die Patientin hatte seit Jahren einen hohen RR mit Werten um 190/100, auch mal 200/120. Blutfette sind ebenfalls recht hoch. Sie ist also Risikopatientin. An diesem Tag hat sie sich so aufgeregt, dass sie ihren ersten Infarkt bekam. Patienten

Noch immer ein Tabu

Genetische Veranlagung, bestimmte Persönlichkeitsfaktoren wie Introversio n und Angstneigung oder traumatische Erlebnisse, aktuelle psychosoziale Belastungen oder auch physikalische Einwirkungen wie Lichtentzug können das Neurotransmittersystem im Gehirn stören und Depressionen auslösen. Noch sind wissenschaftlich nicht alle Aspekte geklärt.

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft unterstützt beispielsweise eine demnächst startende Früherkennungsstudie, an der Zentren in Köln, Bochum, Hamburg, Dresden und die Berliner Charité beteiligt sein werden.

Je früher eine psychische Störung erkannt wird, desto besser. „Damit sinkt das Risiko, dass die Erkrankung chronisch wird und sie spricht auch besser auf Therapien und Medikamente an“, erklärt Dr. Karolina Leopold. Die Hemmschwelle, einen Psychiater aufzusuchen, ist aber immer noch sehr hoch.

Nicht nur aus Unwissenheit. „Psychische Störungen sind nach wie vor ein Tabuthema in der Gesellschaft und bedeuten für Betroffene oft ein Stigma“, so die Psychiaterin. Zudem sei die Versorgungslage in Deutschland, speziell in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, nicht so gut, die Wartezeiten auf einen Termin oft lang.

Das **Dresdner Früherkennungszentrum für psychische Störungen** versteht sich daher als eine Art Vorreiter. Das unterschwellige Versorgungsangebot richtet sich an alle Patienten zwischen zwölf und 65 Jahren. **Weil affektive Erkrankungen und Psychosen oft in der Adoleszenz beginnen, soll die häufige Betreuungslücke zwischen Kindern und Erwachsenen geschlossen werden.**

Das seit einem Jahr bestehende Angebot wird sehr gut angenommen. Für Dr. Karolina Leopold ist das logisch: „Die Jugendlichen können uns anonym, ohne Krankenversicherungskarte und unverbindlich, zum Beispiel mit Freunden,

aufsuchen.“ Die Klientel ist bunt. Die meisten jungen Leute sind zwischen 16 und 21 Jahre jung. „Wir sind keine Beratungsstelle für Eltern, hier stehen die Jugendlichen im Fokus und können mitentscheiden, was mit ihnen passiert“, sagt Dr. Karolina Leopold.

Depressionen sieht das interdisziplinäre Team bei Kindern über zwölf Jahre am häufigsten.

Jedoch auch manifeste Psychosen oder Zwangsstörungen. Oft können Betroffene und Angehörige aber von ihren Befürchtungen entlastet werden: „Manchmal nehmen wir auch Diagnosen weg.“

Drei Therapiesäulen

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) plädiert für drei Therapiesäulen, bestehend aus Information, medikamentöser Behandlung und Psychotherapie.

„Auch jüngere Patienten sollen in altersgemäßer Weise über ihre Störung **unterrichtet** werden, nicht zuletzt deshalb, damit sie frühe Symptome im Falle eines Rezidivs selbst erkennen können“, meint der Marburger Kinder- und Jugendpsychiater Professor Helmut Remschmidt. Durch Rückfragen sollte geprüft werden, ob das Wesentliche verstanden wurde.

Bei der **medikamentösen Behandlung** besteht die Schwierigkeit, dass viele Antidepressiva für Erwachsene nicht für das Kindes- und Jugendalter zugelassen sind. Die Entscheidung darüber gehört unbedingt in Expertenhande.

Psychotherapeutisch haben sich bei Kindern und Jugendlichen die kognitive Verhaltenstherapie und die interpersonelle

Psychotherapie bewährt. In Dresden werden zudem Angebote gemacht, bei denen man **anonym** bleiben kann. So gibt es unter anderem eine „Schlafgruppe“, bei der in zwölf Terminen unter fachkundiger Anleitung Schlafstörungen behandelt werden. „Unser Credo ist: bei uns geht niemand heraus, ohne etwas in der Hand zu haben“, fasst Dr. Leopold zusammen. Das kann heißen: nächster Termin, Vermittlung an eine Spezialsprechstunde oder zu einer Selbsthilfegruppe, auf jeden Fall aber Informationen über ein Krankheitsbild.

Besteht noch keine manifeste psychische Krankheit, aber erhärteten Symptome den Verdacht auf eine sich entwickelnde psychische Erkrankung, werden regelmäßige Kontakte vereinbart. Erst dann und bei medikamentöser Therapie ist eine anonyme Behandlung nicht mehr praktikabel.

Weitere Informationen

Die DGKJP hat bereits 2004 gemeinsam mit sieben weiteren psychiatrisch-psychotherapeutischen bzw. neurologischen Fachorganisationen das tagesaktuelle Internetangebot www.kinderpsychiater-im-netz.de ins Leben gerufen.

Dort können sich Interessierte über mögliche Probleme bei Kindern und Heranwachsenden von schwerwiegenden Verhaltensauffälligkeiten bis zu speziellen Lebenssituationen informieren.

Dagmar Möbius

Freie Journalistin, Dresden

Psychologische Fachberaterin für
Krisenintervention und Notfallnachsorge

www.dgkjp.de/de

www.ddfruehdra.n.de

www.kinderpsychiater-im-netz.de

tin lässt sich i.d.R. einen Termin geben, kommt aber auch in die Notfallsprechstunde.

Sie ist sehr ungeduldig und erwartet, dass sich umgehend jemand um sie kümmert. Hat sie z.B. um 10 Uhr einen Termin, so ist es schon vorgekommen, dass sie pünktlich die Tür des Behandlungszimmers aufmacht und die stattfindende Untersuchung stört. Wenn sie in die Notfallsprechstunde kommt, dann nicht unbedingt wegen akuter Beschwerden, sondern weil kein Termin frei war. Als sie sich nun vorstellte, gab sie Beschwerden wie Luftnot und Druckgefühl

in der Brust an. Das hat sie aber schon häufiger gemacht, wenn sie ihrer Meinung nach zu lange gewartet hat. Wir haben die Patientin dann oft vorgezogen und EKG usw. durchgeführt. Fast jeder bei uns im Team hatte bei ihr das Gefühl, dass man veräppelt wird.

Die Patientin war in der Teamsitzung noch nicht Thema gewesen, wir hatten uns nur untereinander ausgetauscht. Auch die Ärzte waren oft verärgert. Es hat sich aber auch keiner mit ihr auseinandergesetzt, weil man immer so schreien muss, denn sie trägt auch ihr Hörgerät nicht.