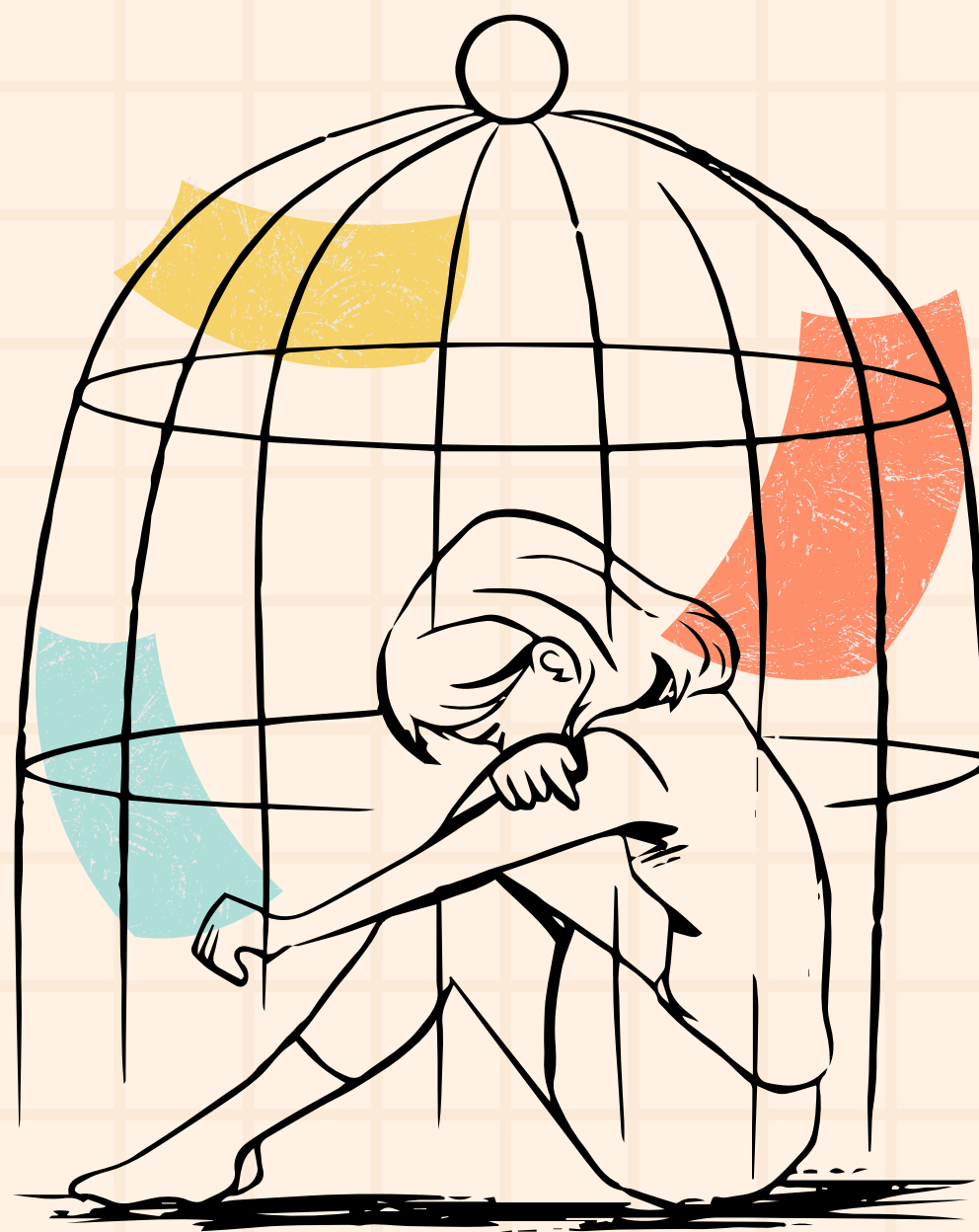
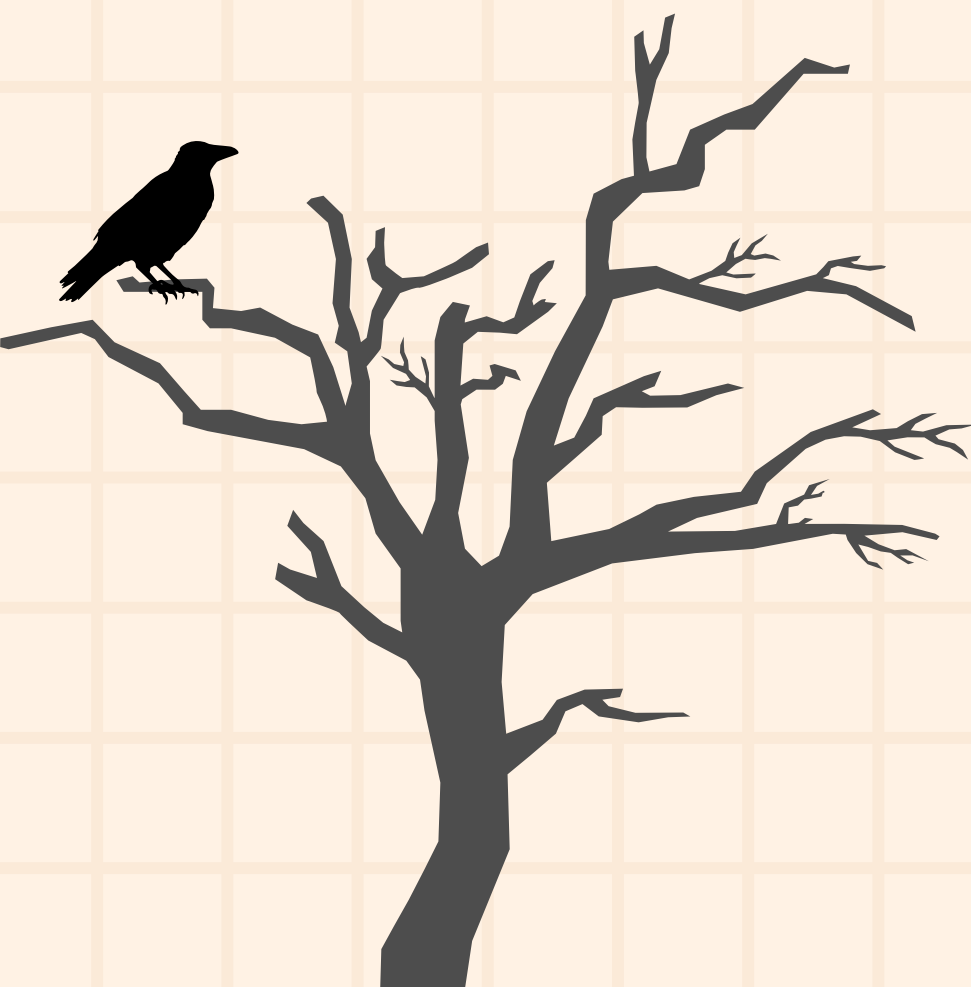




PODCAST ZUM THEMA DEPRESSIVE STÖRUNGEN IM KINDESALTER



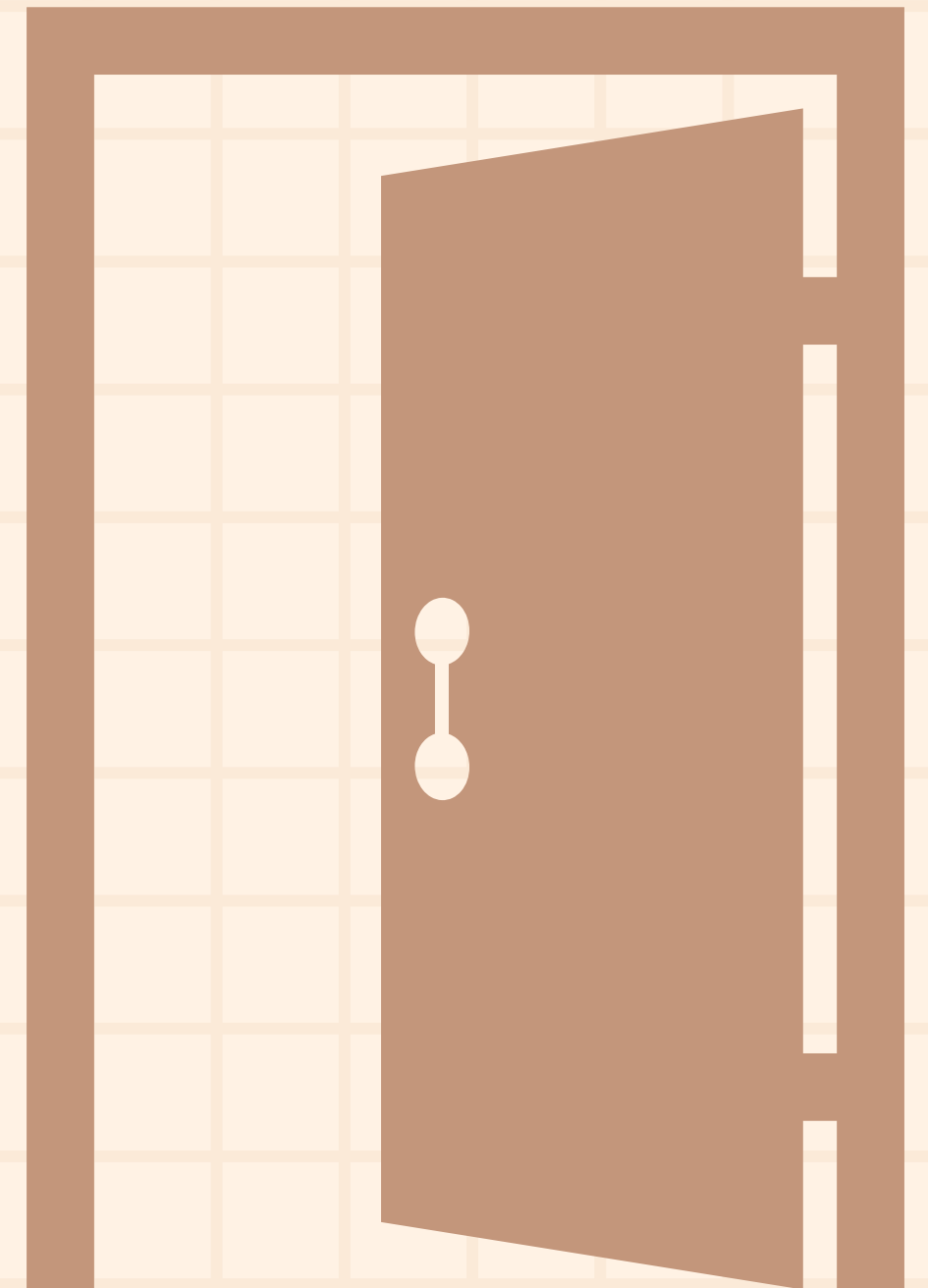
Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
 2. Methodik
 3. Was sind Depressionen?
 4. Ursachen und Modelle
 5. Symptome und Diagnostik
 6. Behandlungsmöglichkeiten
 7. Prävention und Soziale Arbeit
 8. Fazit
- Literaturverzeichnis
- Quellenverzeichnis



Einleitung

In meiner Präsentation geht es um depressive Störungen im Kindesalter. Ich beginne mit einer kurzen Einführung, erkläre dann Ursachen, Symptome und Diagnosemöglichkeiten und gehe anschließend auf die Behandlungsmöglichkeiten ein – insbesondere auf psychotherapeutische und pharmakologische Ansätze sowie Prävention und gesellschaftliche Aspekte. Am Ende fasse ich die wichtigsten Ergebnisse zusammen und ziehe ein kurzes Fazit. Diese Präsentation ist auch als Podcast erfasst und soll Wissen über Depressionen bei Kindern verständlich, niedrigschwellig und alltagsnah vermitteln.



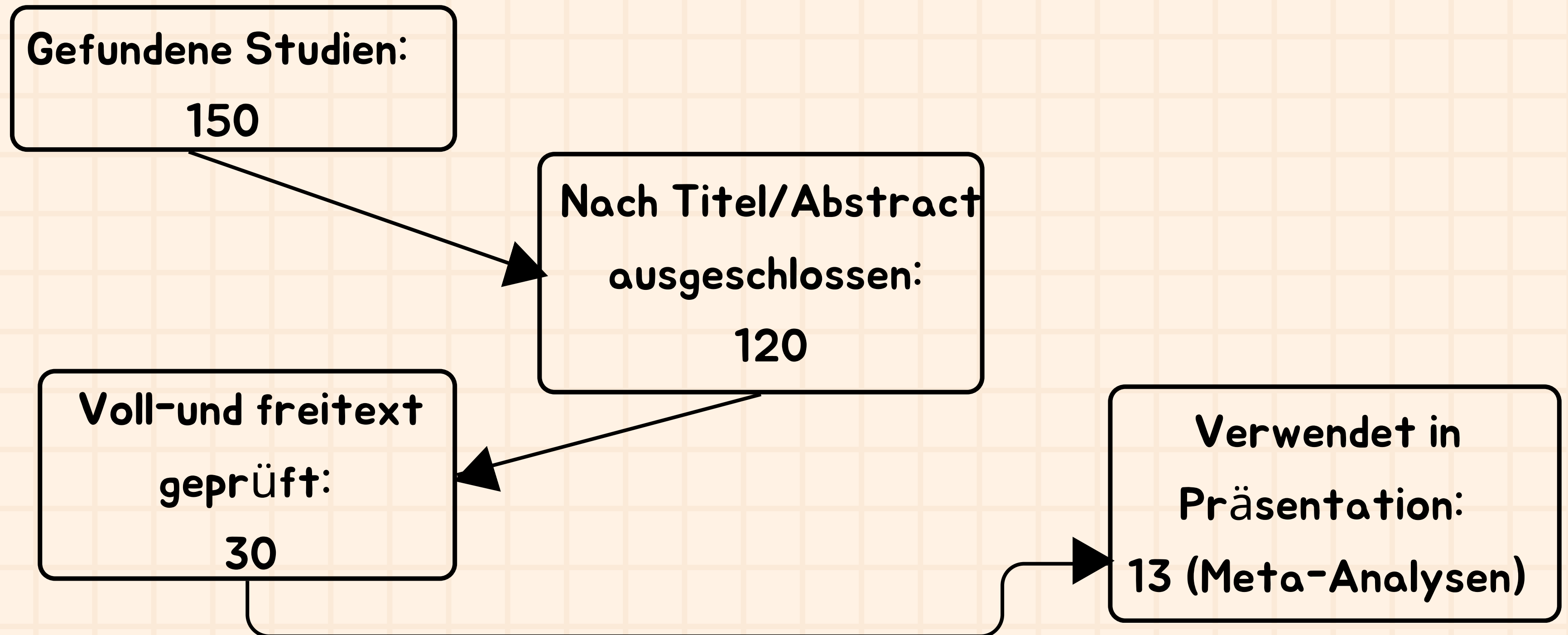
Methodik

Für die inhaltliche Vorbereitung habe ich mich auf systematische Übersichtsarbeiten konzentriert. Hierfür wurden wissenschaftliche Fachquellen wie Metaanalysen zwischen 2005 und 2025, peer-reviewed auf Englisch genutzt, die über PubMed recherchiert wurden, um aktuelle und evidenzbasierte Erkenntnisse zu berücksichtigen. Suchbegriffe wie „child depression“, „psychotherapy“ und „meta-analysis“ wurden benutzt, um passende Studien zu finden. Die wichtigsten Quellen stammen aus Cochrane Reviews, JAMA Psychiatry, The Lancet Psychiatry sowie StatPearls und WHO-Berichten. Die Literaturangaben sind am Ende der Präsentation aufgeführt. Anschließend habe ich die wichtigsten Ergebnisse in ein leicht verständliches Audioformat (Podcast) übertragen.



Prisma-ähnliche Mini-Grafik

Eine vereinfachte Darstellung der Literatursuchwahl:

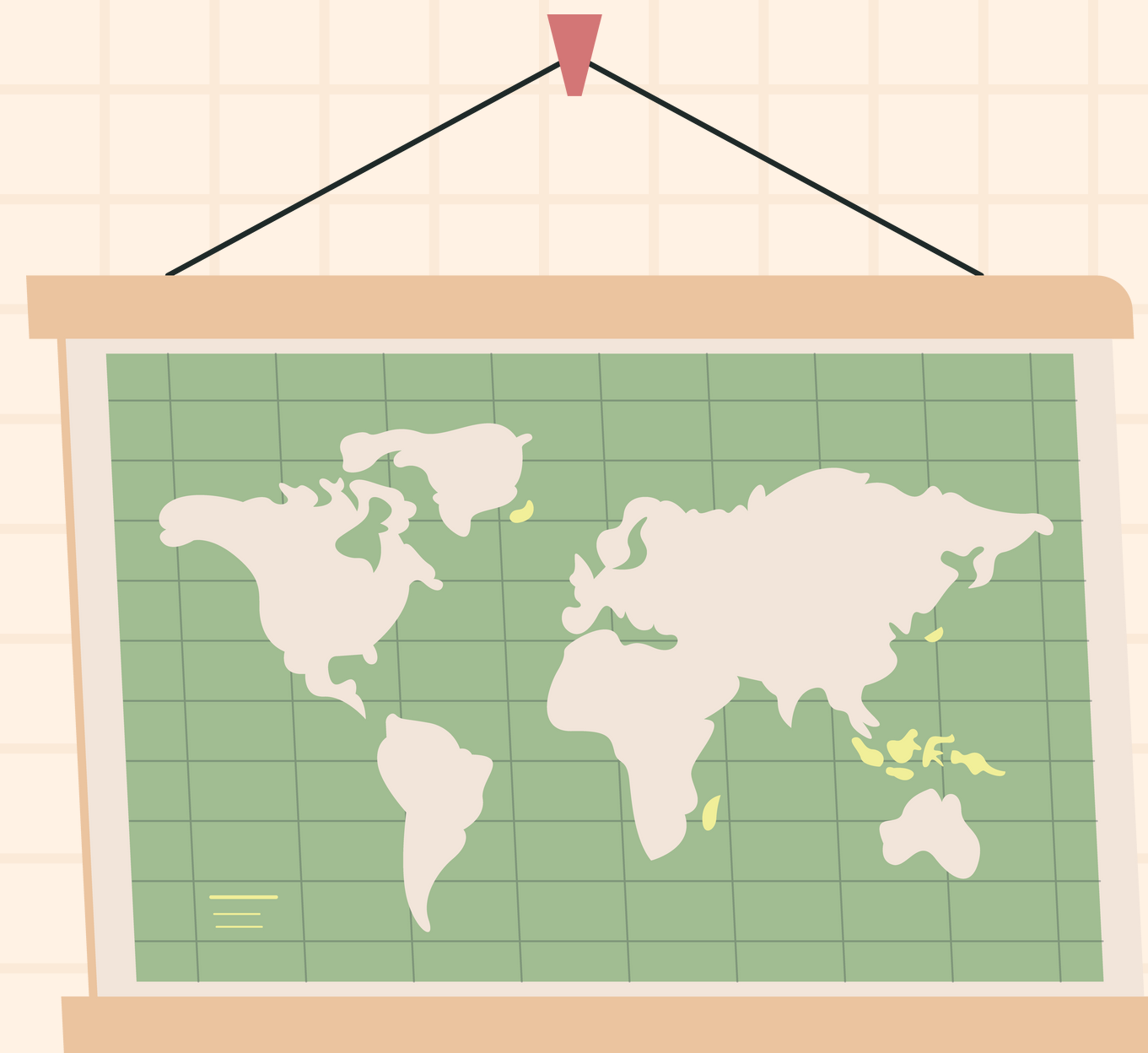




Was sind Depressionen?

(Podcast: 0:00 – 02:30 Min.)

- „Eine der häufigsten psychischen Erkrankungen weltweit“ (vgl. Chand u.a. 2023)
- Vom lat. „deprimere“ = „herunterdrücken“ (vgl. Hametner 2020, S. 70)
- Eine affektive Störung mit anhaltender Traurigkeit, gereizter oder leerer Stimmung, Interessenverlust, Antriebslosigkeit (vgl. Iyer u.a. 2025)
- Eine behandelbare, teils chronische, teils wiederkehrende Erkrankung (vgl. Iyer u.a. 2025)





Häufige Formen der Depression (nach DSM-5)

(Podcast: 02:30 – 03:20 Min.)

**Major Depressive Disorder
(MDD)**

Schwere Depression

**Persistierende Depressive
Störung
(Dysthymie)**

Langanhaltend, mild

**Disruptive Mood
Dysregulation
Disorder (DMDD)**

**Wutausbrüche,
Reizbarkeit (v. a. Kinder)**

**Depressive Störung
durch**

Medizinische Ursachen

Quelle: vgl. Iyer u.a. 2025

Wie äußern sich Depressionen bei Kindern?

(Podcast: 03:20 – 05:17 Min.)



Emotional: Traurigkeit, Reizbarkeit, Hoffnungslosigkeit



Kognitiv: Konzentrationsstörungen, Schuldgefühle, geringes Selbstwertgefühl

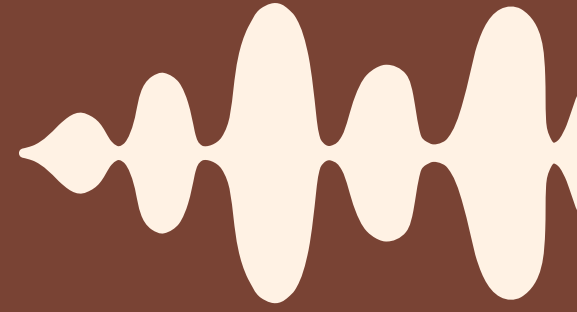
Körperlich: Müdigkeit, Schlafstörungen, Appetitveränderungen

Verhalten: Rückzug, Leistungsabfall, Selbstverletzung, Suizidgedanken

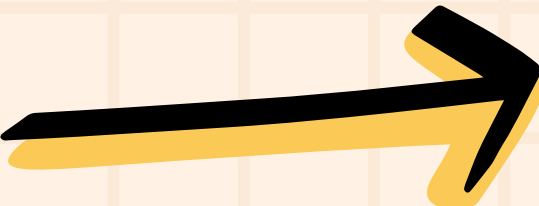


Quelle: vgl. Iyer u.a. 2025

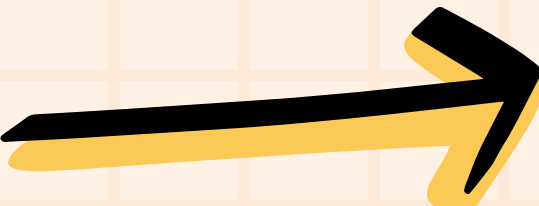
(Podcast: 03:20 – 05:17 Min.)



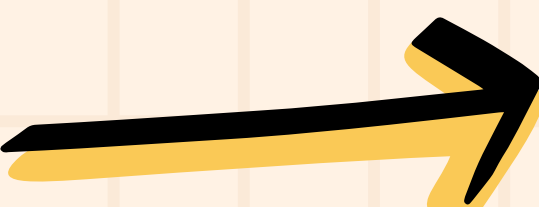
Wichtiger Hinweis



Symptome bei Kindern oft
nicht klar erkennbar



Häufig körperliche Beschwerden
oder Reizbarkeit

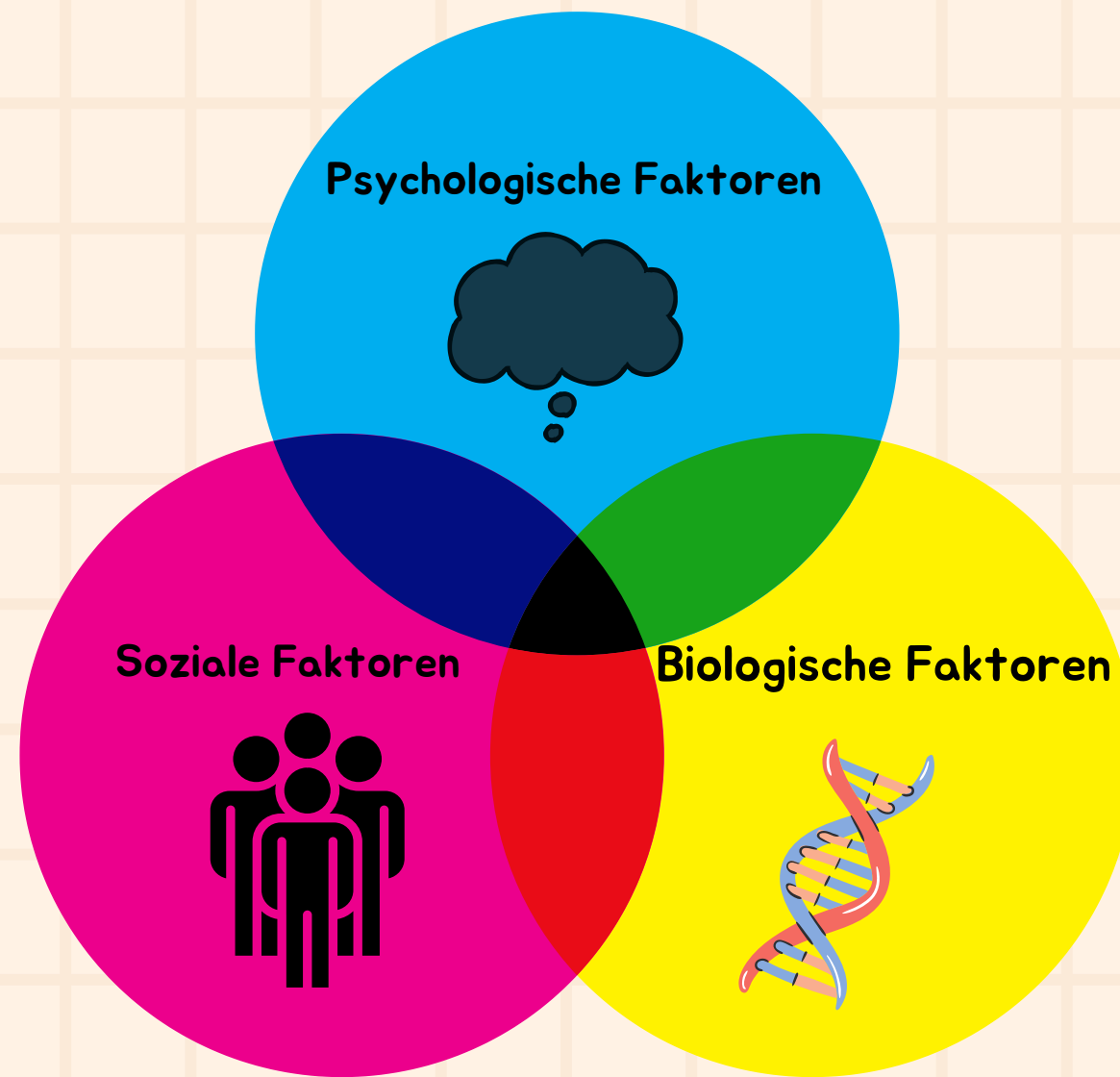


Daher: Frühe Diagnose durch
Fachkräfte entscheidend!

Quelle: vgl. Iyer u.a. 2025

Warum entstehen Depressionen im Kindesalter?

Bio-Psycho-Soziales Modell

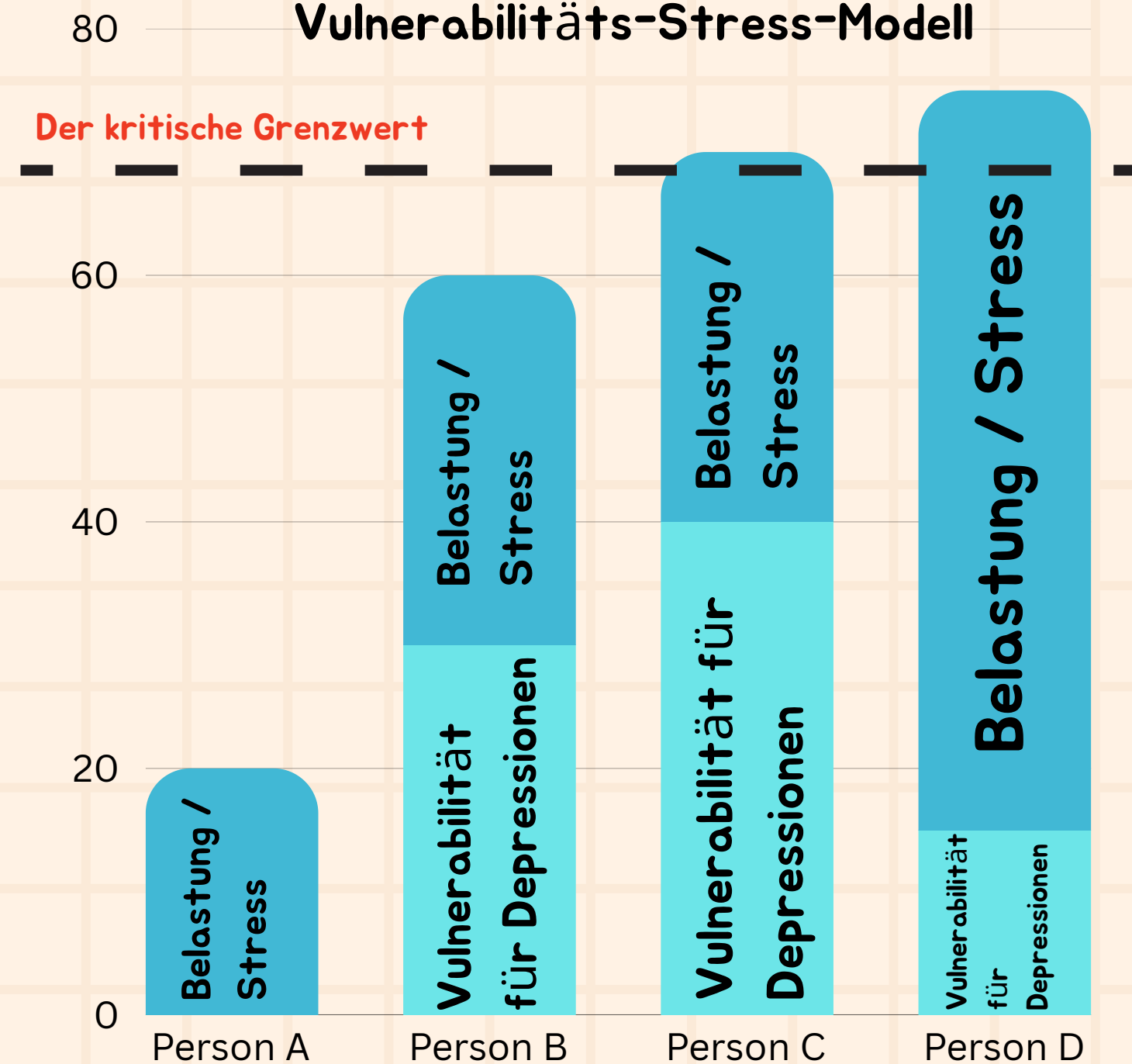


Depressionen entstehen nicht durch einzelne Auslöser, sondern durch ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren.

Kinder mit höherer Anfälligkeit entwickeln daher schneller depressive Symptome, wenn sie belastet werden — während andere Kinder mit niedrigerer Anfälligkeit stabil bleiben.

Quelle: vgl. Bolten u.a. 2019, S. 5-10.

Vulnerabilitäts-Stress-Modell



Quelle: vgl. Ingram u.a. 2005, S. 32-46

(Podcast: 05:20 – 08:00 Min.)

Biologische bzw. genetische Faktoren

(Podcast: 05:20 – 08:00 Min.)

Erblichkeit: ca. 40–50 %

Serotonin-Transporter-Gen (5-HTTLPR) führt zu erhöhtem
Risiko

Neurotransmitter-Ungleichgewicht: z.B. Serotonin,
Noradrenalin

Schlafstörungen als biologisches Anzeichen

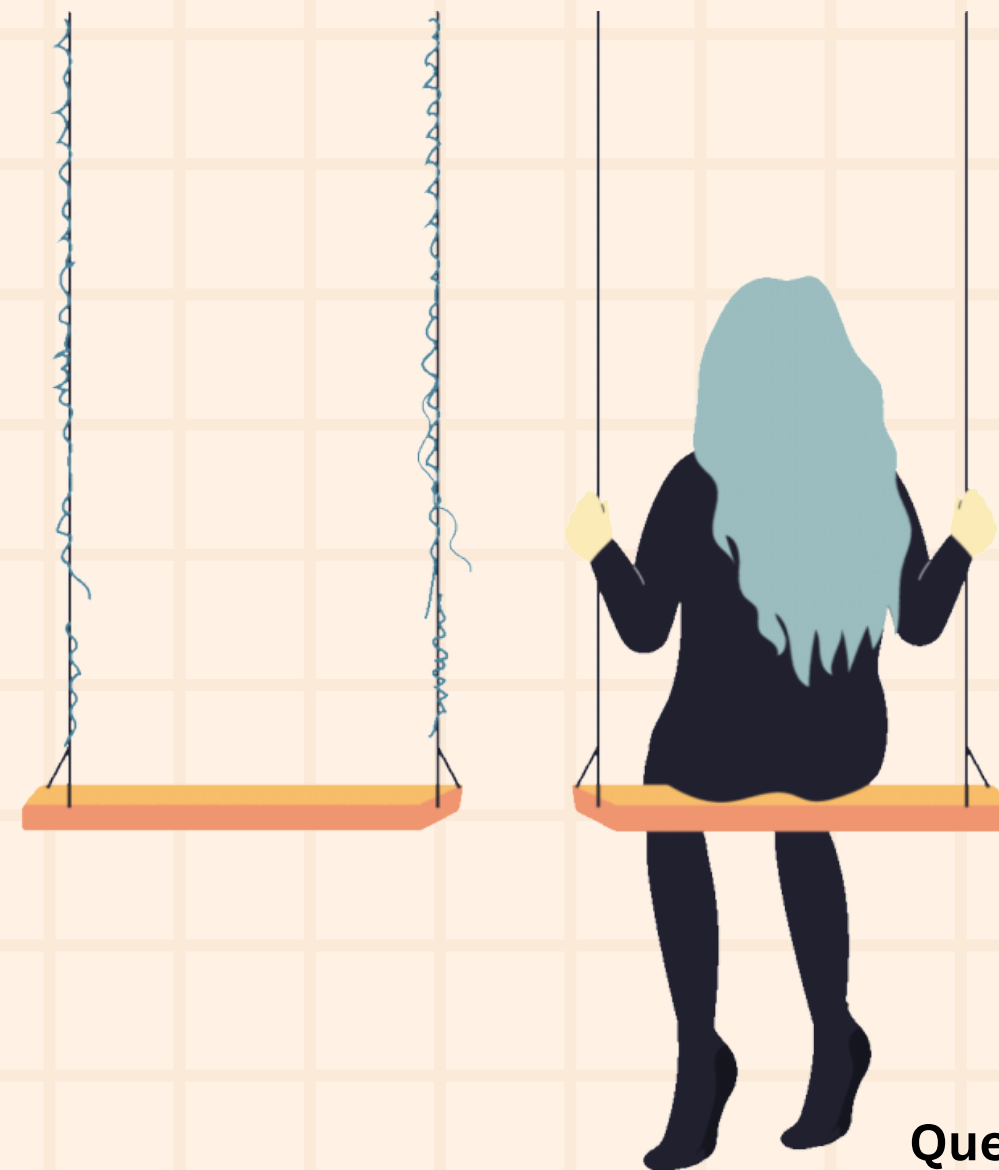


Psychosoziale und kognitive Faktoren

(Podcast: 05:20 – 08:00 Min.)

- Familiäre Konflikte, Mobbing, Scheidung, Armut
- Depressive Eltern → höheres Risiko

- Negative Gedankenmuster, Grübeln, geringes Selbstwertgefühl
- Fehlende soziale Unterstützung

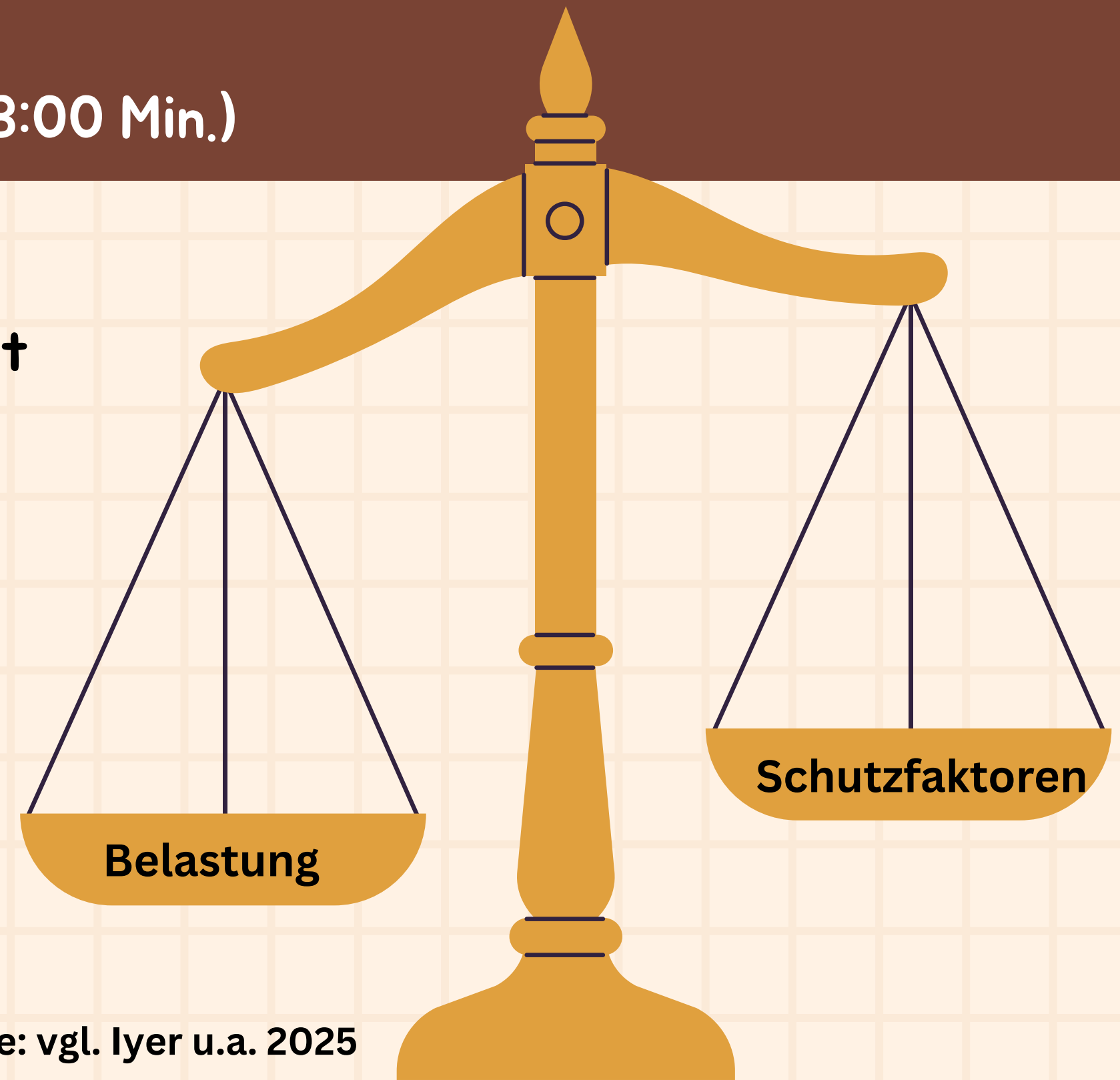


Quelle: vgl. Iyer u.a. 2025

Entwicklungs- und Soziokulturelle Theorien

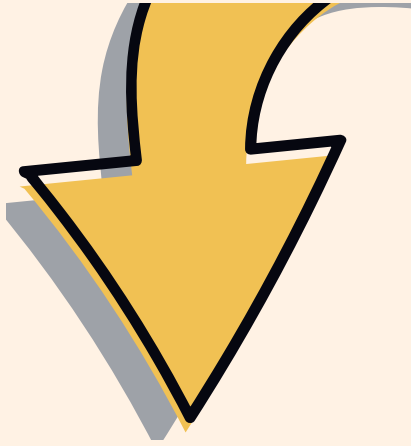
(Podcast: 05:20 – 08:00 Min.)

- Frühe Bindungsprobleme → höhere Vulnerabilität
- Emotionale Dysregulation in der Kindheit
- Digitaler Medienkonsum ↔ depressive Symptome
- Leistungsdruck, soziale Ungleichheit als Risikofaktoren

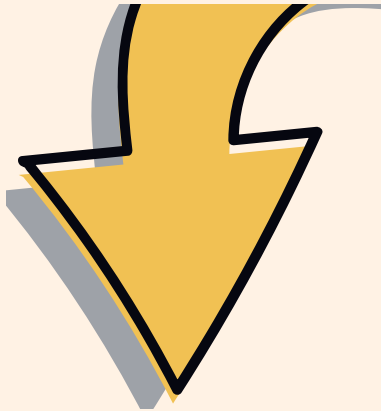


Quelle: vgl. Iyer u.a. 2025

Informationen aus Schule, Familie, Freizeit

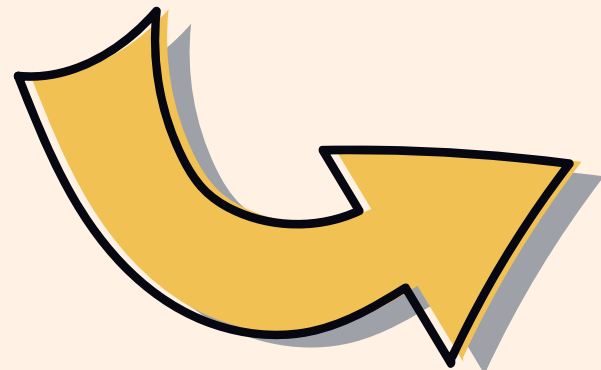


Klinische Beurteilung (mind. 5 Symptome nach DSM-5 für mind. 2 Wochen)



Einsatz standardisierter Testverfahren:

- Children's Depression Inventory (CDI)
- PHQ-A, MFQ, PSC-17



Differenzialdiagnose: Abgrenzung zu Angst, ADHS, Trauer

Wie werden Depressionen bei Kindern erkannt?

(Podcast: 08:00 – 09:30 Min.)



Quelle: vgl. Iyer u.a. 2025

Testverfahren

(Podcast: 08:00 – 09:30 Min.)

CDI	Children's Depression Inventory (7–17 J.)
PHQ-A	Patient Health Questionnaire for Adolescents
MFQ	Mood and Feelings Questionnaire
PSC-17	Screening in Schulen
Zusatz	Organische Ursachen ausschließen (z. B. Schilddrüse, Blutbild)



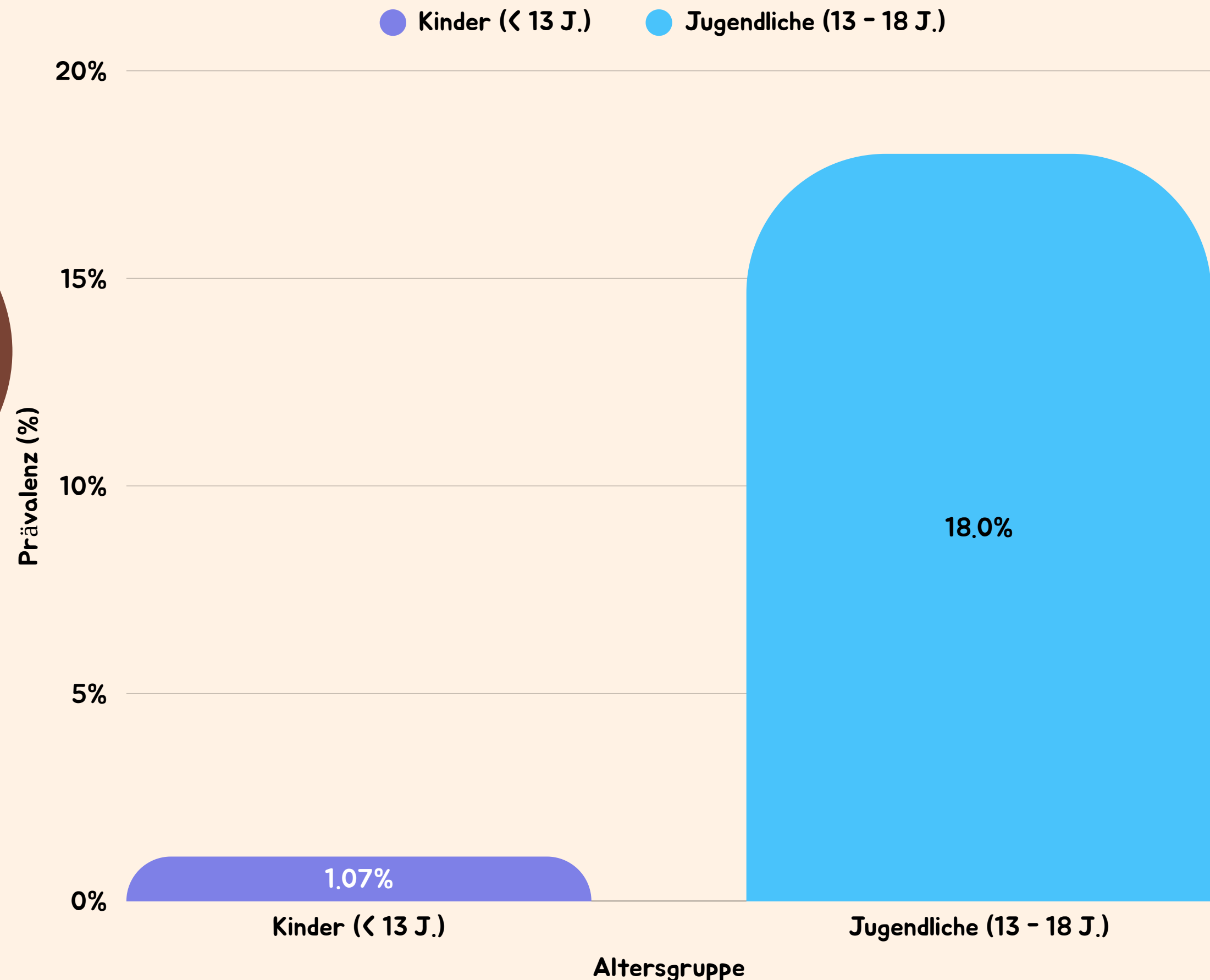
Quelle: vgl. Iyer u.a. 2025

Häufigkeit

(Podcast: 09:30 – 10:15 Min.)

- Nach Pubertät:
→ Mädchen doppelt so häufig wie Jungen
(vgl. Nelson u.a. 2025)

Häufigkeit von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen weltweit im Jahr 2025



Quelle: vgl. Iyer u.a. 2025; Nelson u.a. 2025, S. 96; Spoelma u.a. 2023, S. 1017ff.; Costello u.a. 2006, S. 1263ff.

Behandlungsmöglichkeiten

(Podcast: 10:15 – 13:00 Min.)



1. Psychotherapie (erste Wahl bei milden bis moderaten Fällen)

Darunter fallen:

- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) → Veränderung negativer Denkmuster
- Interpersonelle Therapie (IPT) → soziale Beziehungen stärken
- Familientherapie → Kommunikation & Unterstützung fördern



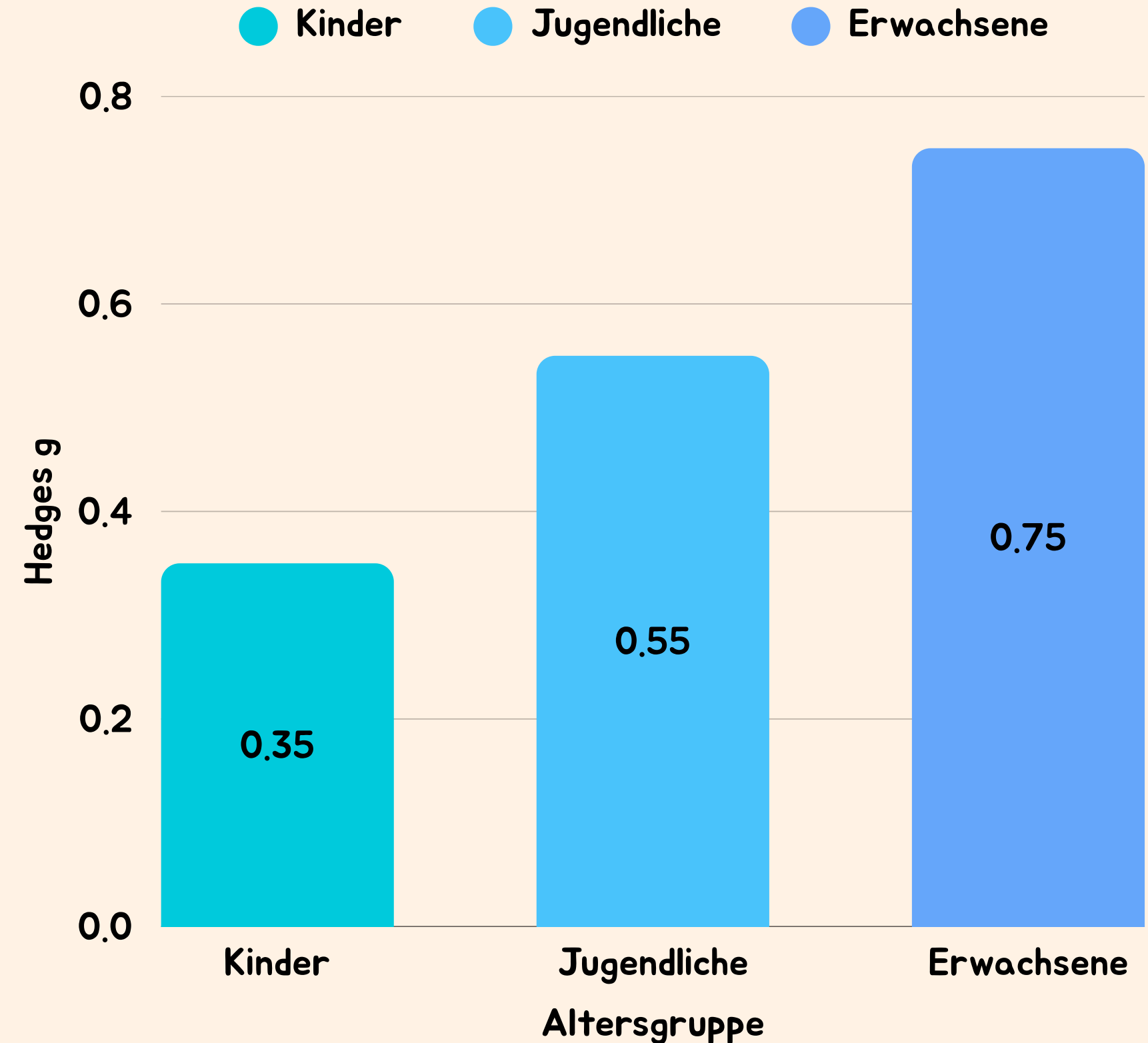
Quelle: vgl. Iyer u.a. 2025

Wie wirksam ist Psychotherapie bei Depressionen im Kindesalter?

(Podcast: 10:15 – 13:00 Min.)

- Mittlere Effektstärke: $g \approx 0.5$ (Kurzzeiteffekte, Kinder + Jugendliche) (vgl. Hetrick u.a. 2016, S. 5ff.; Zhou u.a. 2015, S. 210 ff.)
- Responserate: 39 % Therapie vs. 24 % Kontrolle → Therapie ist insgesamt sicher und gut akzeptiert (vgl. Cuijpers u.a. 2023, S. 185ff.)
- Langzeiteffekt: stabil bis 6–12 Monate, danach Booster-Sitzungen empfohlen (vgl. Weisz u.a. 2006, S. 140ff.)

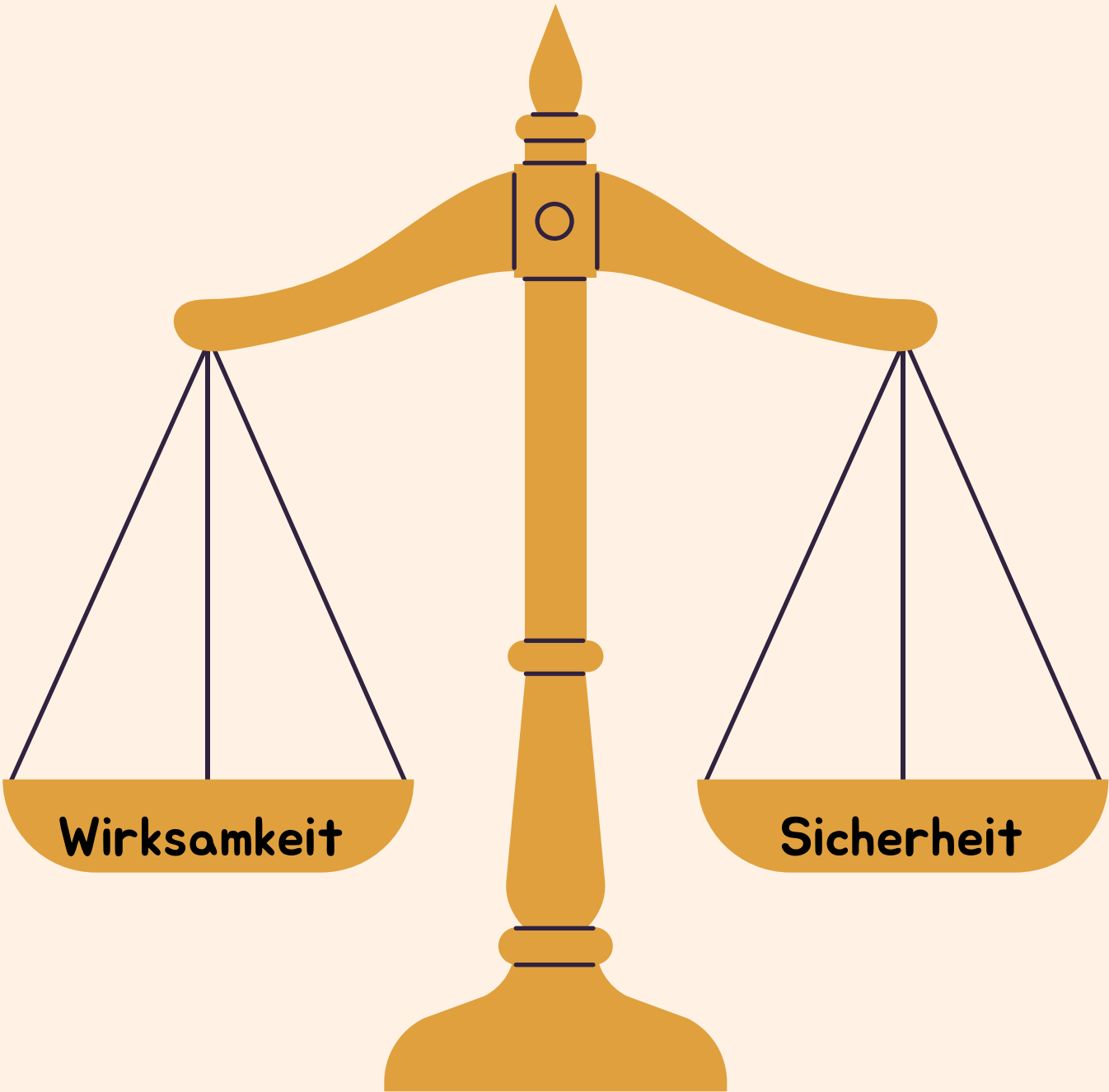
→ Die Effektstärke (Hedges' g) zeigt, wie stark Psychotherapie depressive Symptome im Vergleich zu einer Kontrollgruppe reduziert. Ein $g = 0.35$ steht für einen kleinen, $g = 0.55$ für einen mittleren und $g = 0.75$ für einen großen Effekt. Damit gilt: Je höher der g -Wert, desto stärker wirkt die Therapie.



Q: vgl. Cuijpers u.a. 2020, S. 694ff.; ergänzend Hetrick u.a. 2016, S. 5ff.; Zhou u.a. 2015, S. 210ff.; Weisz u.a. 2006, S. 140ff

Was zeigen Meta-Analysen zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlung?

(Podcast: 10:15 – 13:00 Min.)



Therapieform	Evidenzlage	Besonderheiten / Wirksamkeit
Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	$g \approx 0.50 - 0.55$	Veränderung negativer Denkmuster; gute Akzeptanz, kleine bis moderate Effekte bei Kindern (≤ 13 J.) (vgl. Hetrick u.a. 2016, S. 5ff.; Zhou u.a. 2015, S. 210ff.; Cuijpers u.a. 2020, S. 694ff.)
Interpersonelle Therapie (IPT)	$g \approx 0.48 - 0.50$	Besonders wirksam bei sozial-emotionalen Konflikten; stabile Langzeiteffekte bis 12 Monate (vgl. Zhou u.a. 2015, S. 210ff.; Cuijpers u.a. 2023, S. 180ff.)
Familientherapie / PST / BA	moderat	Wirksam in Kombination mit KVT; gute Akzeptanz bei Eltern und Jugendlichen (vgl. Cuijpers u.a. 2023, S. 185ff.; Weisz u.a. 2006, S. 139ff.)
Spiel- und Psychodynamische Therapie	gering bis nicht signifikant	Keine klaren Effekte im Vergleich zu Kontrollen (vgl. Hetrick u.a. 2016, S. 1-45; Cuijpers u.a. 2020, S. 698)

→ Nebenwirkungen: keine pharmakologischen Ereignisse; gelegentlich emotionale Belastung in Sitzungen (vgl. Hetrick u.a. 2016, S. 41ff.; Cuijpers u.a. 2020, S. 698)

- SSRIs (z. B. Fluoxetin, Escitalopram)
- SNRIs (z. B. Venlafaxin)

Quelle: vgl. Iyer u.a. 2025



(Podcast: 10:15 – 13:00 Min.)

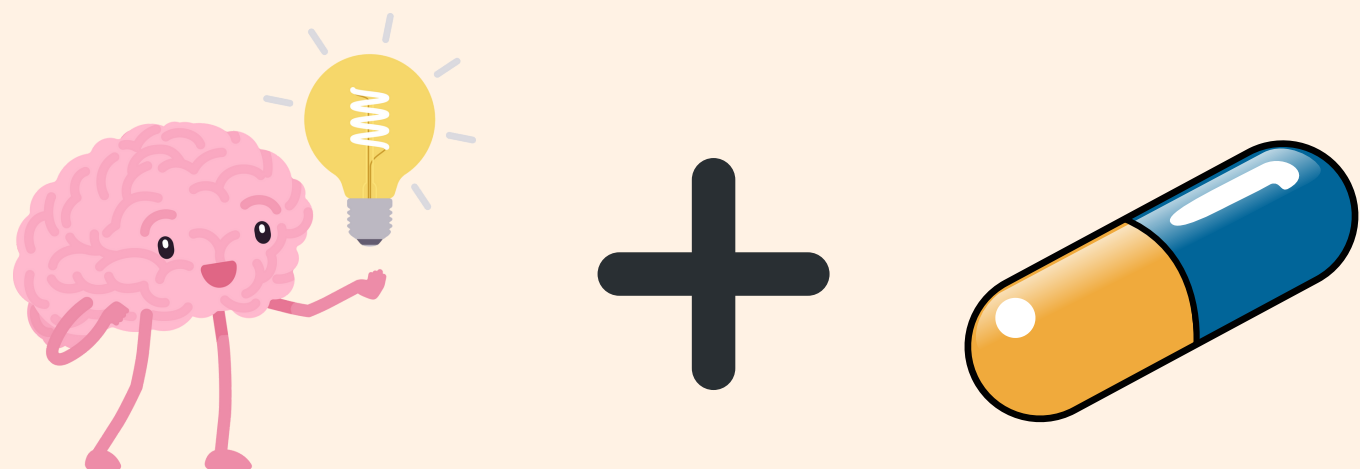
2. Pharmakologische Behandlung (Als zweite Wahl bei schweren Fällen)



Medikament	Klasse	Zulassung	Wirksamkeit	Nebenwirkungen
Fluoxetin	SSRI	Zugelassen (FDA/EMA)	Bester Effekt (MD $\approx$ -2,8 CDRS-R)	Meist mild (Übelkeit, Kopfschmerz, Schlafstörung)
Setralin	SSRI	Off-Label	Kleiner Effekt (MD $\approx$ -3,5)	Erhöhtes Suizidrisiko
Escitalopram	SSRI	Teilweise (USA)	Geringe Evidenz	Gute Verträglichkeit
Venlafaxin	SNRI	Nicht zugelassen	Unsicher	Höchstes Suizidrisiko (OR $\approx$ 13,8)
Paroxetin	SSRI	Nicht zugelassen	Kein Nutzen	Suizidgedanken $\uparrow$ $\rightarrow$ nicht empfohlen

Was zeigen
Meta-Analysen zur
Wirksamkeit
pharmakologischer
Behandlung?
(Podcast: 10:15 - 13:00 Min.)





Integriertes Modell

(Podcast: 10:15 - 13:00 Min.)

3. Kombination aus Psychotherapie + Medikamenten + Familienarbeit + Schulunterstützung

- → Kombination (CBT + SSRI) = höchste Wirksamkeit → Bessere Remissions- & Response-Raten als Einzeltherapie → Gute Akzeptanz, keine Zunahme suizidaler Gedanken (vgl. Zhou u.a. 2020, S. 586ff.)
- → CBT + Fluoxetin verbessert Symptome & Funktionsniveau → Weniger Rückfälle nach 6–12 Monaten → Gute Verträglichkeit und hohe Akzeptanz → Besonders wirksam bei Einbindung von Familie & Schule (vgl. Xiang u.a. 2022, S. 145ff.)
- WHO (2023) betont: empfiehlt niedrigschwellige, schul- & familienbasierte Programme zur Entstigmatisierung und Früherkennung



Ziele: Depression früh erkennen, Rückfälle verhindern, Belastung reduzieren

- **Primärprävention (Vorbeugen):** Maßnahmen: Schulprogramme (soziale & emotionale Kompetenzen), Stress- & Medienkompetenz, Anti-Stigma-Trainings und Familienarbeit (Kommunikation, Tagesstruktur) (vgl. Iyer u.a. 2025)
- **Sekundärprävention (Früherkennung):** Zielgruppe: Risikokinder / frühe Symptome Screenings: PSC-17 (Schwellenwert ≥ 5), MFQ / CDI / PHQ-A, Ärztliche Abklärung (z. B. Schilddrüse, Blutbild) (vgl. Iyer u.a. 2025)
- **Tertiärprävention (Rückfallprophylaxe):** Booster-Sitzungen (6–12 Mon.), Kombination: Psychotherapie + ggf. Medikation + Familien-/Schulunterstützung (vgl. Weisz u.a. 2006, S. 146ff.)
- **Rahmen & Politik:** Ausbau niedrigschwelliger, schul- & familienbasierter Programme; Fokus auf Entstigmatisierung (vgl. WHO 2023, S. 5ff.)



Auswirkungen und Stigmatisierung

(Podcast: 14:18 – 15:09 Min.)

Langzeitfolgen

- Rückfallrisiko: ca. 50–70 %
- Soziale Schwierigkeiten, Leistungsabfall, Risiko für Substanzenmissbrauch
- Konzentrationsprobleme, Rückzug, Schulvermeidung

Quelle: vgl. Iyer u.a. 2025; Hetrick u.a. 2016, S. 41ff.

Stigmatisierung

- „Charakterschwäche“-Mythos
→ Scham & Schuld
- Angst vor Ausgrenzung
→ weniger Hilfe
- Wichtig: Aufklärung & Entstigmatisierung

Quelle: vgl. Cuijpers u.a. 2023, S. 188

Fazit

(Podcast: 15:10 – 16:47 Min.)

- Depression im Kindesalter tritt selten auf ($\approx 1\%$), ist aber hoch belastend.
- Erstlinientherapie = Psychotherapie (CBT/IPT); Fluoxetin nur bei schwerer Symptomatik + in Kombination
- Eine Kombination aus Psychotherapie, Familienarbeit und Schulunterstützung zeigt die besten Ergebnisse.
- Ursachen: biologisch, psychologisch, sozial
- Früherkennung & evidenzbasierte Therapie entscheidend
- Langzeitbetreuung und Rückfallprävention wichtig
- Gesellschaftliche Aufgabe: Stigmata abbauen, Aufklärung fördern



Literaturverzeichnis

Bolton, D. / Gillett, G. (2019): *The biopsychosocial model of health and disease: New philosophical and scientific developments*. Cham, Switzerland: Springer Nature.

Chand SP / Arif H. (2023): Depression. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls

Cipriani, A. / Zhou, X. / Del Giovane, C. / Hetrick, S. E. / Qin, B. / Whittington, C. / Coghill, D. / Zhang, Y. / Hazell, P. / Leucht, S. / Cuijpers, P. / Pu, J. / Cohen, D. / Ravindran, A. V. / Liu, Y. / Michael, K. D. / Yang, L. / Liu, L. / Xie, P. (2016): Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. In: *Lancet (London, England)*, 388 Jg., Heft 10047, S. 881–890.

Costello, E. J. / Erkanli, A. / Angold, A. (2006): Is there an epidemic of child or adolescent depression? In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 Jg., Heft 12, S. 1263–1271.

Cuijpers, P. / Karyotaki, E. / Ciharova, M. / Miguel, C. / Noma, H. / Stikkelbroek, Y. / Weisz, J. R. / Furukawa, T. A. (2023): The effects of psychological treatments of depression in children and adolescents on response, reliable change, and deterioration: a systematic review and meta-analysis. In: *European child & adolescent psychiatry*, 32 Jg., Heft 1, S. 177–192.

Cuijpers, P. / Karyotaki, E. / Eckshtain, D. / Ng, M. Y. / Corteselli, K. A. / Noma, H. / Quero, S. / Weisz, J. R. (2020): Psychotherapy for Depression Across Different Age Groups: A Systematic Review and Meta-analysis. In: *JAMA Psychiatry*, 77 Jg., Heft 7, S. 694–702.

Hametner, Ingrid (2020): *Demenz, Delir, Depression: Symptome erkennen – schnell und individuell handeln*. Hannover: Schlütersche.

Hetrick, S. E. / McKenzie, J. E. / Bailey, A. P. / Sharma, V. / Moller, C. I. / Badcock, P. B. / Cox, G. R. / Merry, S. N. / Meader, N. (2021): New generation antidepressants for depression in children and adolescents: A network meta-analysis. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5 Jg., CD013674.

Hetrick, S. E., Bailey, A. P., Smith, K. E., Merry, S. N., Meader, N., & McKenzie, J. E. (2016): Psychological therapies for depressive disorders in children and adolescents. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12 Jg., CD008324.

Ingram, R. E. / Luxton, D. D. (2005): *Vulnerability–Stress Models*. In B. L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability–stress perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Iyer, A. / Azhar, Y. / Aslam, S. P. (2025): Depression in children. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

Nelson, K. M. / Wilson, S. (2025): Depressive disorders in children: Recent prevalence and future directions. In: *Evidence-Based Nursing*, 28 Jg., Heft 3, S. 96.

Reyad, A. A. / Plaha, K. / Girgis, E. / Mishriky, R. (2021): Fluoxetine in the management of major depressive disorder in children and adolescents: A meta-analysis of randomized controlled trials. In: *Hospital Pharmacy*, 56 Jg., Heft 5, S. 525–531.

Spoelma, M. J. / Sicouri, G. L. / Francis, D. A. / Songco, A. D. / Daniel, E. K. / Hudson, J. L. (2023): Estimated prevalence of depressive disorders in children from 2004 to 2019: A systematic review and meta-analysis. In: *JAMA Pediatrics*, 177 Jg., Heft 10, S. 1017–1027.

Weisz, J. R. / McCarty, C. A. / Valeri, S. M. (2006) : Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. In: *Psychological Bulletin*, 132 Jg., Heft 1, S. 132–149.

Xiang, Y., Cuijpers, P. u.a.(2022): Comparative short-term efficacy and acceptability of a combination of pharmacotherapy and psychotherapy for depressive disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. In: *BMC Psychiatry*, 22 Jg., Heft 139.

Zhou, X. / Hetrick, S. E. / Cuijpers, P. / Qin, B. / Barth, J. / Whittington, C. J. / Cohen, D. / Del Giovane, C. / Liu, Y. / Michael, K. D. / Zhang, Y. / Weisz, J. R. / Xie, P. (2015): Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. In: *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14 Jg., Heft 2, S. 207–222.

Zhou, X. / Teng, T. / Zhang, Y. / Del Giovane, C. / Furukawa, T. A. / Weisz, J. R. / Li, X. / Cuijpers, P. / Coghill, D. / Xiang, Y. / Hetrick, S. E. / Leucht, S. / Qin, M. / Barth, J. / Ravindran, A. V. / Yang, L. / Curry, J. / Fan, L. / Silva, S. G. / Cipriani, A. u.a. (2020): Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. In: *The Lancet Psychiatry*, 7 Jg., Heft 7, S. 581–601.

Quellenverzeichnis

World Health Organization (2023): *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva: WHO.