



Leseprobe aus: Groen, Petermann, Therapie-Tools Depression im Kindes- und Jugendalter, ISBN 978-3-621-28267-3
© 2015 Beltz Verlag, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28267-3>

Einführung

Beschreibung der Störung

Die vorliegenden Therapie-Tools bieten eine störungsspezifische Übersicht über Ansätze zur Behandlung depressiver und trauriger Kinder und Jugendlicher. Es handelt sich um junge Menschen, die besonders stark in ihrer Gefühls- und Stimmungslage beeinträchtigt sind. Die Depression ergreift dabei alle Lebensbereiche – auch bei Kindern und Jugendlichen. Es kommt zu einem Verlust von Antrieb und Interessen, das Denken ist verändert, sodass es gehäuft zu Selbstzweifeln, Selbstvorwürfen und Selbstbeschuldigungen bis hin zu Suizidgedanken kommen kann. Die Kinder und Jugendlichen ziehen sich oft zurück, sind passiv und apathisch, teilweise gereizt. Die Konzentration und Entscheidungsfindung ist beeinträchtigt, oftmals treten auch körperliche Beschwerden auf, wie z. B. Appetit- und Schlaflosigkeit oder Bauch- und Kopfschmerzen. Dabei kann sich gerade bei Kindern und Jugendlichen das Bild der Depression im Einzelfall ganz unterschiedlich äußern.

Zu den depressiven Störungen zählen nach der ICD-10 vor allem die depressive Episode (F32), die rezidivierende depressive Störung (F33) und die Dysthymia (F34.1). Weiterhin treten depressive Symptome oftmals bei Anpassungsstörungen auf (F43.2: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen). Diese häufig vergebene Diagnose beschreibt starke emotionale Reaktionen nach belastenden und einschneidenden Veränderungen im Leben (z. B. Scheidung der Eltern, massive Familienkonflikte). Ebenso kann eine Depressivität Bestandteil, Begleiterscheinung oder Folge vieler weiterer psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sein (z. B. bei sozialen Ängsten, Essstörungen, somatoformen Störungen oder auch bei ausgeprägt oppositionell-aggressivem Verhalten).

Generell kann man davon ausgehen, dass sich die Kernsymptome einer Depression bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen gleichen (vgl. AACAP, 2007). Einige Merkmale können jedoch in Abhängigkeit vom Alter variieren. So treten bei Kindern Symptome wie Reizbarkeit, körperliche Beschwerden und sozialer Rückzug besonders häufig auf (vgl. Ihle et al., 2012). Im Jugendalter treten weitere Merkmale häufiger in Erscheinung (Groen & Petermann, 2011a):

- ▶ vermindertes Selbstvertrauen, ausgeprägte Selbstzweifel und Hoffnungslosigkeit,
- ▶ Apathie, Konzentrationsmangel,
- ▶ Leistungsstörungen,
- ▶ zirkadiane Schwankungen des Befindens und
- ▶ psychosomatische Beschwerden.

Im Jugendalter nehmen außerdem suizidale Gedanken zu (Groen & Petermann, 2013). Eine depressive Störung muss von den alltäglichen Gefühlen von Traurigkeit und Unlust oder auch entwicklungsgemäßen Stimmungsschwankungen deutlich abgegrenzt werden; so müssen von den Symptomen, wie sie in der Kriterienliste der ICD-10 genannt sind, mehrere gleichzeitig vorliegen und diese eine bestimmte Intensität erreichen. Des Weiteren muss die Symptomatik über einen bestimmten Zeitraum andauern (mindestens einige Wochen) und zu merklichen Beeinträchtigungen im Alltag der Kinder und Jugendlichen (z. B. in der Schule) führen. Bei der rezidivierenden depressiven Störung (F33) muss neben der aktuellen Episode wenigstens eine weitere aufgetreten sein, die wenigstens zwei Wochen gedauert hat; zudem muss zwischen den Episoden mindestens ein zweimonatiges (weitgehend) symptomfreies Intervall bestanden haben. Depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen können nach ihrem Schweregrad (bzw. der Anzahl der Symptome) und dem Ausmaß der psychosozialen Beeinträchtigung in »leicht«, »mittelgradig« und »schwer« untergliedert werden.

Epidemiologie und Verlauf

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Krankheiten überhaupt, wobei diese Problematik im Kindesalter selten (1–2%) auftritt, aber im Jugendalter ein starker Anstieg der Auftretensrate zu beobachten ist (Luby et al., 2009; Merikangas et al., 2010). Costello et al. (2006) gehen davon aus, dass bis zu 8 Prozent aller Jugendlichen betroffen

sind. Ab dem 15. Lebensjahr ist die Rate für depressive Mädchen doppelt so hoch wie bei männlichen Jugendlichen (vgl. Groen & Petermann, 2011a; Naicker et al., 2013).

In Längsschnittstudien konnte belegt werden, dass depressive Kinder und Jugendliche ein großes Risiko aufweisen, im weiteren Verlauf andere psychische Störungen zu entwickeln. Schon in der Phase der Manifestation der depressiven Störung liegen verschiedene Angststörungen vor, die transdiagnostisch betrachtet eine identische oder ähnliche Ätiologie besitzen (vgl. Belhadj Kouider & Petermann, 2015; s. a. Abschn. *Erklärungskonzepte* und Tab. 1).

Als weitere komorbide Störungen treten folgende Probleme auf: Substanzmissbrauch, ADHS, Störungen des Sozialverhaltens, Persönlichkeits-, Ess- und somatoforme Störungen.

Auch für chronisch-körperlich kranke Kinder und Jugendliche ist das Risiko für eine Depression laut einer Übersicht von Pinquart und Shen (2011) deutlich erhöht. Neben Krankheiten, die differenzialdiagnostisch kaum von der Depression abgrenzbar sind (z. B. Chronische Fatigue oder Fibromyalgie), betrifft dies vor allem: Kopfschmerzen, Epilepsie, Gaumenspalte, Sehbehinderung und Asthma.

Erklärungskonzepte

Bei der Entstehung der Depression wird von einem Zusammenwirken mehrerer Ursachen ausgegangen. Es kommen dabei sowohl biologische Faktoren wie genetische Dispositionen, Persönlichkeitsmerkmale und die damit einhergehenden individuellen Verhaltens- und kognitiven Verarbeitungsmuster als auch belastende Ereignisse und Lebensumstände und deren ungünstige Verarbeitung in Betracht (Vulnerabilitäts-Stress-Modelle; Essau et al., 2002).

Biologische bzw. genetische Ursachen der Depressionsentstehung werden aus Studien abgeleitet, die ein erhöhtes familiäres Depressionsrisiko bei Kindern depressiver Eltern belegen, wobei die genauen Zusammenhänge noch unklar sind. Zwillingsstudien belegen eine moderate Vererbbarkeit (Schulte-Körne & Allgaier, 2008), die allerdings nur bei bipolar verlaufenden Depressionen ausgeprägt erscheint. Als möglicher Entstehungskorridor wird eine passive oder aktive Gen-Umwelt-Interaktion bei den Betroffenen vermutet, die eine erhöhte Verletzlichkeit gegenüber kritischen Lebensereignissen (z. B. Trennung, Tod in der Familie) bewirkt. Auch frühe traumatische Erlebnisse (etwa Vernachlässigung in der Kindheit, schwerwiegende Erkrankungen) können eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Depressionen begünstigen. Im Zuge neuerer neuro- und stressbiologischer Forschung wird in diesem Zusammenhang die Bedeutung früher Bindungsstörungen und damit verbundene dysfunktionale Stressregulation als Risikofaktor für Depression betont.

Die Bedeutung von besonderen Persönlichkeitsmerkmalen, wie gehemmtes Temperament, Verhaltenshemmung oder Affektlabilität, sind als wichtige Risikofaktoren beforscht worden, wobei die genaue Bedeutung dieser Persönlichkeitsmerkmale bei der Krankheitsentstehung unklar bleibt.

Neuere epidemiologische Studien weisen auf psychopathologische Symptome hin, die mit dem Beginn einer Depression zusammenhängen und damit als Risikofaktoren in Betracht kommen. So gehen Depressionen häufig andere psychische Erkrankungen voraus, insbesondere Angststörungen, die gemeinsame Ursachen aufweisen (vgl. Tab. 1).

Zu den am besten beforschten psychologischen Depressionstheorien zählen die Verstärker-Verlust-Theorie nach Lewinsohn (1974), das Modell der dysfunktionalen Kognitionen und Schemata nach Beck (1970) sowie das Modell der erlernten Hilflosigkeit nach Seligman (2000).

Verstärker-Verlust-Theorie. Unter dem Blickwinkel lernpsychologischer Ansätze wird in der Verstärker-Verlust-Theorie nach Lewinsohn (1974) angenommen, dass eine geringe Verstärkung aus der sozialen Umwelt zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression beiträgt. Aufgrund eingeschränkter sozialer Fertigkeiten, Antriebsmangels und depressiven Rückzugs steigt die Zahl negativer Erlebnisse im Sozialkontakt der Betroffenen und die Zahl positiver Erfahrungen sinkt. Zusätzlich zeigt sich, dass depressive Personen sensitiver auf belastende Ereignisse reagieren und positive Erfahrungen weniger als solche wahrnehmen bzw. diese weniger intensiv genießen können.

Kognitives Modell. Dem Modell der dysfunktionalen Kognitionen und Schemata nach Beck (1970) zufolge verwenden depressive Personen besondere dysfunktionale kognitive Schemata (stabile kognitive Muster und Denkstrukturen, die z. B. in der Grundannahme münden: »Ich muss perfekt sein!«), die ihre Wahrnehmung und Bewertung von Situationen negativ verzerren können. Die kognitive Triade zeigt sich insbesondere durch eine verzerrt-negative Sicht und Denkweise in Bezug auf sich selbst, die Umwelt und die Zukunft. Diese verzerrte Sicht der Realität bestätigt sich durch

Tabelle 1 Zusammenfassung der Risikofaktoren für soziale Ängstlichkeit und Depression modifiziert nach Epkins und Heckler (2011; nach Belhadj Kouider & Petermann, 2015)

	Soziale Ängstlichkeit	Depression
Biologisch	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Schüchternheit ▶ Verhaltenshemmung ▶ genetische Labilität ▶ ausgeprägte negative Affektivität 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ geringe positive Affektivität ▶ Verhaltenshemmung ▶ genetische Labilität ▶ ausgeprägte negative Affektivität
Familiär	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Eltern mit Angststörung ▶ Eltern mit Depressionen ▶ unsichere Bindungen ▶ elterliche Zurückweisung ▶ geringe elterliche Zuneigung ▶ elterliche Überbehütung 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Eltern mit Angststörung ▶ Eltern oder Großeltern mit Depressionen ▶ unsichere Bindungen ▶ Familienkonflikte wie Beziehungsprobleme der Eltern ▶ geringe elterliche Zuneigung
Sozial	<ul style="list-style-type: none"> ▶ soziale Isolation/Einsamkeit ▶ Ausschluss aus der Gleichaltrigengruppe ▶ Mobbingopfer ▶ geringe Intimität in Freundschaften ▶ keine positiven Freundschaftserfahrungen ▶ geringe soziale Kompetenzen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ soziale Ängstlichkeit ▶ Einsamkeit ▶ Mobbingopfer ▶ geringe soziale Akzeptanz ▶ keine positiven Freundschaftserfahrungen ▶ geringe soziale Kompetenzen

eine Reihe von typischen logischen Fehlern bei der Informationsverarbeitung und den Schlussfolgerungen depressiver Personen (willkürliches Schlussfolgern, selektives Verallgemeinern, Übergeneralisieren, Maximieren und Minimieren, Personalisieren, verabsolutiertes, dichotomes Denken). Weitere Merkmale depressiver Personen sind nach Beck sich aufdrängende automatische Gedanken (schnell ablaufende unfreiwillige Kognitionen), die zwischen einem Ereignis (externaler oder internaler Art) und einem emotionalen Erleben (Konsequenz) liegen. Diese automatischen Gedanken geben meist die Zugangsmöglichkeit zu den dahinterliegenden, grundlegenderen, situationsübergreifenden und unbewussten »depressogenen Grundannahmen«, etwa »Wenn ich Fehler mache, bedeutet das, dass ich unfähig bin!«.

Modell der erlernten Hilflosigkeit. Nach Seligmans Modell der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 2000) entsteht die Depression vor dem Hintergrund von Hilflosigkeit: Die Betroffenen erleben, wenn für sie bedeutsame Ereignisse unkontrollierbar erscheinen. Die Person nimmt das eigene Verhalten und dessen Konsequenzen in der Umwelt unabhängig voneinander wahr und generalisiert diese Erfahrungen auf neue Situationen. Nach Seligman (2000) fördert ein bestimmter Attributionsstil die Entstehung von Depressionen, insbesondere negative Erlebnisse als intern (die eigene Person ist das Problem), stabil (das Problem ist unveränderlich) und generell (das Problem ist allgegenwärtig) verursacht anzusehen.

Risikofaktoren. Eine Vielzahl von Risikofaktoren im Kontext der Depression im Jugendalter konnten wiederholt bestätigt werden (vgl. als Übersicht Groen & Petermann, 2011a, 2013), viele konnten im Kontext der drei bedeutsamen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzepte eingeordnet werden.

Als wichtiger Risikofaktor für die Entstehung einer Depression im Kindes- und Jugendalter können Stress und Belastungen angeführt werden (vgl. Essau et al., 2002). Sowohl einschneidende (kritische) Lebensereignisse, aber auch dauerhafte Alltagsbelastungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken. Als kritische Lebensereignisse können angeführt werden: Tod und Trennung von Bezugspersonen, chronische Krankheiten, Trennung und Scheidung der Eltern, Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen, Schulwechsel und Umzug. Alltagsbelastungen wären zum Beispiel: Streitigkeiten in der Familie, Probleme mit Eltern, Geschwistern, Gleichaltrigen und Lehrkräften, finanzielle Sorgen der Familie oder schulische Probleme. Belastungen und Anpassungsherausforderungen können zudem von anstehenden Entwicklungsaufgaben ausgehen, wie etwa dem Umgang mit körperlichen und psychosozialen Veränderungen in der Jugend, einer zunehmenden Rollendifferenzierung oder der Autonomieentwicklung.

Im Jugendalter weisen Mädchen ein doppelt so hohes Risiko auf, eine Depression zu entwickeln. Diese Tatsache scheint durch folgende vermutete Ursachen bedingt zu sein (modifiziert nach Groen & Petermann, 2011a, S. 86):

- ▶ kritischere Bewertung der körperlichen Veränderungen in der Pubertät
- ▶ spezifische Bewältigung und Verarbeitung negativer Gedanken und Erfahrungen (u. a. stärker emotionsorientiert, selbstbezogen, höhere Neigung zu Schuldgefühlen, weniger ablenkend)
- ▶ allgemein kritischere Selbstbewertung
- ▶ höhere soziale Sensitivität, Empathie und Verantwortung, stärkeres Bedürfnis nach sozialer Integration, Nähe und engen Beziehungen
- ▶ stärkere Belastung durch zwischenmenschliche Probleme, negative Ereignisse und Verlusterfahrung
- ▶ häufigere Opfererfahrung

Im Rahmen der Psychotherapie gilt es, für die Ziel- und Behandlungsplanung, individuelle, fallbezogene Erklärungskonzepte bzw. Störungsmodelle zu entwickeln. Hier können häufig viele der benannten Risiken und ätiologischen Faktoren unter den Kategorien *Entstehungsbedingungen* (z. B. Temperament, genetische Disposition, Frustration kindlicher Grundbedürfnisse), *auslösende* oder *Erstaufttrittsbedingungen* (häufig spezifische Belastungen, Stress und Entwicklungsanforderungen) und *aufrechterhaltende Faktoren* (häufig Rückzug und Verstärkerverlust, negative Denk- und Bewertungsmuster) eingeordnet werden.

Psychotherapie

Kognitive Verhaltenstherapie. Diese Ansätze gelten heute bei der Behandlung von Kindern und vor allem Jugendlichen als vergleichsweise gut untersucht und wirksam (vgl. Groen & Petermann, 2011a); zudem liegen Aufklärungsmaterialien, Ratgeber und Unterlagen zur Psychoedukation vor (vgl. u. a. Groen et al., 2012; Groen & Petermann, 2011a). Besonders wichtige verhaltenstherapeutische Methoden bilden die Selbstbeobachtung (Tagebuchmethode), Selbstkontrolle und Selbstverstärkung (vgl. Petermann, 2015). Im Rahmen der Förderung angenehmer Aktivitäten kommt der Einübung von sozialer Kompetenz eine besondere Bedeutung zu. Soziale Kompetenzen lassen sich in der Einzel- und Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen (z. B. durch Rollenspiele und Transferaufgaben für den Alltag) gut vermitteln (vgl. z. B. Petermann & Petermann, 2010, 2015b). In der Regel werden in der Kognitiven Verhaltenstherapie von Depressionen verschiedene therapeutische Inhalte und Techniken, entsprechend dem zugrundeliegenden, individuellen Störungs- und Behandlungsmodell, miteinander kombiniert. Die einzelnen Maßnahmen zielen dabei oft auf das Erkennen und die Modifikation ungünstiger Denk- und Verhaltensmuster sowie die Kontrolle negativer Emotionen und körperliche Empfindungen ab (z. B. durch Aktivierung oder die »Kognitive Umstrukturierung«). Selbstverständlich werden in der Kinderverhaltenstherapie auch elternzentrierte und familienbezogene Maßnahmen eingesetzt (vgl. u. a. Petermann, 2015).

Interpersonelle Psychotherapie. Bei dieser Methode, zu der auch Wirksamkeitsbelege existieren (vgl. Mufson, 2010), geht man davon aus, dass depressive Störungen vor allem im Kontext zwischenmenschlicher Probleme und fehlangepasster Beziehungen entstehen und aufrechterhalten werden. Vor allem werden die Bereiche interpersonelle Verluste und Defizite, Rollenkonflikte und Rollenwechsel bearbeitet. Es wird dabei von der Annahme ausgegangen, dass solche Probleme zu einer Depression beitragen können. Entsprechend werden im Laufe der Behandlung (neben Psychoedukation) vor allem soziale Konflikte bearbeitet, Problemlösestrategien entwickelt und soziale Kompetenz gefördert. Diese Kompetenzen sollen den Jugendlichen darin unterstützen, Konflikte mit den Eltern oder den Tod von Bezugspersonen besser zu bewältigen; vor allem die soziale Kompetenz soll den Umgang mit Gleichaltrigen und mit Gruppendruck erleichtern.

Hinweise zum Aufbau der Therapie-Tools

Das Tools-Konzept begreift sich als Sammlung von Interventionen und Materialien, die therapeutisches Arbeiten einerseits standardisieren und andererseits vielfältige, kreative Optionen in der Praxis eröffnen wollen. Vor allem bei einer komplexen, im Einzelfall doch auch sehr unterschiedlichen Problematik, wie sie die Depression darstellt, spricht

AB 77 /



Gedankenwirkung

1/2



 Welche Gedanken kennst du, die dich runterziehen?

.....
.....
.....

Welche Gedanken kennst du, die dich aufbauen?

.....
.....
.....

 Wie wir über bestimmte Dinge denken, hat Auswirkungen auf unsere Stimmung. Traurige Kinder/Jugendliche denken oft auf eine ganz bestimmte Art und Weise: Sie neigen dazu, sich nur die Schattenseite von allem anzuschauen. In dieser Übung wird es darum gehen, diese Gedanken einzufangen, zu erkennen und sie auf die Probe zu stellen.

AB 77 /



Gedankenwirkung

2/2



Was passiert ist	Wie ich mich gefühlt habe	Was ich dabei gedacht habe	Mögliche andere Gedanken
<i>Mutter hat vergessen, das Schulheft zu kaufen, das ich am nächsten Tag brauche.</i>	<i>Enttäuscht/traurig</i>	<i>Sie könnte doch einmal an mich denken.</i>	<i>Mama hat genug Stress. Ich könnte es auch mal selbst kaufen gehen.</i>