Titel der Diplomarbeit

Depression im Kindes- und Jugendalter

Verfasserin

Helene Hofer

Angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, März 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaften

Betreuer: MMag. Dr. Ferdinand Holub

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unzulässiger Hilfe Dritter und ohne Verwendung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quellen gekennzeichnet.

Weiter erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

_____

Helene Hofer

Wien, am 18. März 2011

Danksagung

Ich möchte mich ganz besonders bei meinem Betreuer Dr. Ferdinand Holub bedanken, der mir immer mit Rat und Tat zur Seite gestanden hat.

Außerdem möchte ich mich bei meinen Eltern Lucia und Gerhard Hofer, die mir das Studium ermöglichten und mich stets unterstützten, bedanken. Auch meinem Großvater, Rudolf Weinzierl, möchte ich für die finanziellen Zuschüsse danken!

Weiteres möchte ich meinem Freund und meinen Freunden ganz herzlich dafür danken, dass sie mich beim Korrekturlesen unterstützten und generell immer ein offenes Ohr für mich hatten. Danke!

Last but not least möchte ich mich bei allen bedanken, die auf irgendeine Weise zum Gelingen meiner Diplomarbeit beigetragen haben.

In der folgenden Arbeit wurde bewusst auf geschlechterspezifische Bezeichnungen verzichtet. Es wurde die maskuline Form gewählt, welche für weibliche als auch für männliche Personen gleichermaßen gilt.

Zusammenfassung

Obwohl Depression sowohl im Erwachsenenalter, als auch im Kindesalter ein weit verbreitetes Krankheitsbild darstellt, besitzt die Gesellschaft noch viel zu wenig Wissen über Symptome, Ausprägungen, etc., um präventive Maßnahmen bzw. Therapieverfahren rechtzeitig einzuleiten.

Die folgende Arbeit soll einen umfassenden Einblick in das Krankheitsbild „Depression“ liefern. Die Geschichte der Depression, Definitionen, Symptomatik, Ursachen, Prävention und Therapie, sowie aktuellen Studien etc. sind in der Arbeit vertreten und sollen zu einem besseren Verständnis, der oftmals nur schwer von außen zu erkennenden Störung der Depression, verhelfen.

Die Theoriearbeit soll anhand verschiedener Fallbeispiele, sowie mit einem Interview mit einer betroffenen Person praxisbezogen untermauert werden, um somit für ein besseres Verständnis in Hinblick auf die Gefühlswelt depressiver Kinder und Jugendlicher zu sorgen.

Abstract

Even though depression is a widely spread clinical picture in both – in adulthood and in infancy and adolescence – we still know too little about the symptoms, characteristics, etc., to initiate preventive measures or therapy measures early enough.

This thesis should deliver a broad insight of the clinical picture of depression. The thesis includes the history of depression, definitions, symptoms, causes, prevention and therapy, as well as current studies. They should effect a better understanding of the dysfunction “depression”, which is – externally seen – difficult to identify.

With the help of case studies and an interview with an affected person, the theoretical paper should confirm praxis and furthermore lead to an insight in the emotional world of depressive children and adolescents.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung ... 1

2 Definitionen ... 3

3 Historischer Rückblick ... 6

4 Klassifikation ... 8

4.1 Klassifikation nach DSM-IV ... 10

4.2 Klassifikation nach ICD-10 ... 11

4.3 Arten depressiver Syndrome im Kindes und Jugendalter (nach Harrington, 2001) ... 13

4.3.1 Reaktive Depression (Anpassungsstörung mit Depressionssymptomatik) ... 13

4.3.2 Dysthyme Störung (Neurotische Depression) ... 14

4.3.3 Depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen ... 14

4.3.4 Symptomatische Depression ... 15

4.3.5 Depressive Verstimmungen im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen 15

4.4 Bipolare Störung (Essau) ... 15

5 Symptomatik ... 17

5.1 Depressionssymptomatik nach ICD-10 ... 23

5.2 Fallbeispiele ... 24

5.2.1 Fallbeispiel 1 ... 24

5.2.2 Fallbeispiel 2 ... 25

5.3 Komorbidität ... 26

5.4 Gender ... 29

5.4.1 Mädchen ... 29

5.4.2 Jungen ... 30

6 Epidemiologie ... 31

7 Erklärungsansätze/Ursachen ... 34

7.1 Unterschiedliche Erklärungsmodelle 34
7.2 Genetische Theorien/ Genetische Ursachen 38
7.3 Biologische Theorien/ Ursachen/Neuroendokrinologie 39
7.4 Somatogene Faktoren/Erkrankungen 40
7.5 Psychologische Theorien 41
7.6 Psychosoziale Faktoren 42
7.7 Andere Risikofaktoren 44
8 Verlauf der Depression 46
8.1 Fallbeispiele 48
9 Diagnostik 53
9.1 Anamnese 53
9.2 Erhebungsinstrumente 56
9.2.1 Diagnostische Interviews 56
9.2.2 Selbstbeurteilungsfragebögen 60
9.2.3 Fremdbeurteilungsskalen 62
9.2.4 Verhaltensbeobachtung 63
9.2.5 Andere Diagnoseinstrumente 64
9.3 Fallbeispiel: Florian, 17 Jahre alt 65
10 Suizid 68
10.1 Epidemiologie 69
10.2 Ursachen/Risikofaktoren 71
10.2.1 Risikogruppen 74
10.3 Hinweise auf Vorliegen von Suizidalität 74
10.4 Erlebnisse in der Psychiatrie nach einem Suizidversuch 75
11 Intervention/Prävention 78
11.1 Präventionsprogramme 79
12 Therapie/ Behandlung 84
12.1 Kognitive Verhaltenstherapie 84

12.2 Psychotherapie 87
12.2.1 Interpersonelle Psychotherapie 87
12.2.2 Analytische Psychotherapie 87
12.3 Pharmakotherapie 88
12.4 Familientherapie 90
12.5 Stationäre Behandlung 90
13 Forschungsstand 92
13.1 Studienergebnisse 93
13.2 Weitere Studien 94
13.2.1 „Therapiest Competence in Cognitive Therapy for Depression: Predicting Subsequent Symptom Change“ 94
13.2.2 „Screening for Depression Prevention: Identifying Adolescent Girls at High Risk for Future Depression“ 98
13.2.3 „ A Multimethode Examination oft he Stability of Depression Symptoms in Childhood and Adolescence“ 103
14 Interview 107
14.1 Rekrutierung der Interviewpartner und Interviewsituation 107
14.2 Interviewleitfaden 108
14.3 Inhalt des Interviews 109
15 Zusammenfassung/Diskussion 111
16 Ausblick 114
17 Literaturverzeichnis 116
17.1 Bücher 116
17.2 Zeitschriftenartikel 119
17.3 Internet 119
18 Tabellenverzeichnis 120
19 Abbildungsverzeichnis 122
20 Anhang 123

20.1 Transkript des Interviews 123

20.2 Curriculum Vitae..... 130

1 Einleitung

Laut epidemiologischen Studien leiden zwischen 10% und 20% der Menschen mindestens einmal im Leben an einer Depression, wobei das Depressionsrisiko nach der Pubertät für Frauen doppelt so hoch wie für Männer sein soll (vgl. Beblo, Lautenbacher, 2006, S. 3). Bei Kindern im Vorschulalter wird von einer Prävalenzrate von unter 1% ausgegangen, im Kindesalter liegt die Häufigkeit bei 2%, im Jugendalter hingegen kann bereits eine Prävalenz von 4%-5% angenommen werden. Bezüglich der Häufigkeit psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sind aufgrund zahlreicher neuer Herausforderungen der heutigen Zeit tendenziell zunehmende Prävalenzraten zu erwarten (vgl. Warnke, Jans & Remschmidt In: Harrington, 2001, S. 9f.).

Die Suizidprävalenz wird in Industrieländern bei Schülern auf bis zu 10% geschätzt. Die Lebenszeitprävalenz wird bei ca. 3%-4% vermutet. Jede dritte Todesursache bei den zehn- bis 19-Jährigen ist auf Suizid zurückzuführen, wobei mehr als 50% der Betroffenen an Depressionen litten (vgl. Mehler-Wex, 2008, S. 24). Die Zahl der Dunkelziffer wird als sehr hoch geschätzt, wobei Suizidversuche acht- bis zehnmal häufiger eintreten als Suizide (vgl. Schulz, Fleischhaker In: Remschmidt, 2008, S. 339f.).

All diese Zahlen haben mich unter anderem dazu veranlasst, meine Diplomarbeit über Depressionen, speziell im Kindes- und Jugendalter, zu schreiben. Da es sich bei der Arbeit um eine Literaturarbeit handelt, werden unterschiedliche Aspekte der Depression, wie die geschichtliche Perspektive, Symptomatik, Diagnostik, Ursachen, Suizid, Prävention und Therapie etc., theoretisch abgehandelt. Unterschiedliche Fallbeispiele, Gedichte von Betroffenen, sowie ein Interview sollen die Theorie auflockern und einen Praxisbezug zur Depression herstellen. Durch die praktischen Aspekte möchte ich versuchen, den Lesern der Diplomarbeit das Krankheitsbild der Depression näherzubringen. Durch diese Beispiele sollen sie Vorstellungen über die Gedanken- und Gefühlswelt depressiver Kinder und Jugendlicher bekommen.

Die pflegewissenschaftliche Relevanz bezieht sich sowohl auf die Vorbeugung depressiver Störungen, als auch auf die Intervention. Besonders wichtig für eine

Depressionsprävention ist die Aufklärung der Eltern und Pflegepersonen. Nur wenn diese über ausreichend Informationen in Hinblick auf Symptomatik, Erscheinungsformen etc. verfügen, können frühzeitig Maßnahmen zur Prävention bzw. Maßnahmen zur Therapie und Behandlung angeboten und eingeleitet werden. Eine Aufgabe der Pflegepersonen sollte darin bestehen, die Eltern und Angehörigen eines betroffenen Kindes oder Jugendlichen emotional zu unterstützen und Aufklärung in Hinblick auf das Krankheitsbild zu leisten. Zudem wäre es wichtig, dass Eltern Ratschläge und Handlungsanweisungen bezüglich dem Umgang mit dem depressiven Kind oder Jugendlichen erhalten. Sowohl die Eltern, als auch das depressive Kind oder der depressive Jugendliche sollten sich von Pflegekräften optimal unterstützt und verstanden fühlen. Um das zu erreichen, wären eventuell Schulungen bzw. Seminare für Pflegekräfte, welche sowohl Depressionen als auch andere psychiatrische Erkrankungen zum Inhalt haben, hilfreich.

Die Problematik depressiver Erkrankungen ist von der Pflegewissenschaft verstärkt zu thematisieren um eine größere Akzeptanz für psychische Krankheiten, von der jeder Mensch einmal in seinem Leben betroffen sein kann, zu schaffen. Wie bereits erwähnt, ist hierfür Aufklärungsarbeit notwendig, wie sie z.B. durch Artikel in pflegewissenschaftlichen Zeitschriften, erfolgen könnte. Zudem sollte die Pflegewissenschaft Studien durchführen, um das Krankheitsbild „Depression“ besser zu erforschen, um dann mit Hilfe neuer Erkenntnisse Präventionsprogramme einzuführen. Weitere Forschungsarbeit soll somit einen wesentlichen Aufgabenbereich der Pflegewissenschaft bilden.

2 Definitionen

Der Begriff „Depression“ kommt vom lateinischen „deprimere“ und bedeutet so viel wie „herunterdrücken“. So zählen Merkmale wie Verstimmtheit, Niedergeschlagenheit, Lustlosigkeit, Resignation, Missmut, Erschöpftheit etc. zur depressiven Symptomatik (vgl. Wolfersdorf, 2008, S. 21).

Laut der World Health Organisation wird „Depression“ folgendermaßen definiert:

„Depression is a common mental disorder that presents with depressed mood, loss of interest or pleasure, feelings of guilt or low self-worth, disturbed sleep or appetite, low energy, and poor concentration. These problems can become chronic or recurrent and lead to substantial impairments in an individual's ability to take care of his or her everyday responsibilities. At its worst, depression can lead to suicide, a tragic fatality associated with the loss of about 850 000 thousand lives every year (vgl. WHO 2010, Online: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/).“
Die Definition der WHO verdeutlicht die Mannigfaltigkeit der Ausprägungsformen des Krankheitsbildes der Depression.

Depression stellt außerdem einen Zustand dar, der durch Störungen im Fühlen, Denken, Verhalten und des körperlichen Befindens gekennzeichnet ist. Andere Charakteristika sind Traurigkeit, negative Gedanken, physische Beschwerden, sowie Schlafstörungen (vgl. Nevermann, Reicher, 2001, S. 19).

Eine depressive Störung drückt sich, wie bereits erwähnt, durch einen seelischen, sowie körperlichen Leidenszustand aus, wobei der betroffene Mensch nicht mehr aktiv am Leben teilnehmen kann. Er hat seinen Lebenswillen verloren, entfremdet sich immer mehr von seinen Mitmenschen, agiert antriebslos, seine Nächte sind oft schlaflos, das Essen schmeckt nicht mehr und der Tag ist geprägt von einer innere Unruhe. Dies sind nur einige Symptome, die das Leben eines depressiven Menschen kennzeichnen (vgl. Rabenschlag, 2000, S. 39f.).

Bei schweren Ausprägungen der Depression können die Betroffenen weder Freude, noch andere Gefühle wahrnehmen. Man bezeichnet dies als „Gefühl der Gefühllosigkeit“ (vgl. Hegerl, Althaus, Reiners, 2005, S. 17f.).

„Die Depression ist Resultat einer depressiven Überforderungs- und Lebensstrategie (Giger-Bütler, 2003, S. 36).“ Dieses Muster bildet sich bereits in der Kindheit, von wo aus es sich dann weiterentwickelt. Ein an Depressionen leidender Mensch ist unfrei und unfähig andere Verhaltensweisen, als auf diese Muster bezogene, anzuwenden (vgl. Giger-Bütler, 2003, S. 36).

Eine wichtige Unterscheidung besteht zwischen Depression und Trauer. Trauer tritt nach dem Verlust einer Bezugsperson ein, wobei man die trauernde Person verstehen und seine Gefühle nachvollziehen kann. Die Dauer der Trauerarbeit ist von Mensch zu Mensch verschieden, jedoch kann es vorkommen, dass der Trauerzustand in eine „abnorme“ Trauer wechselt und schließlich in einer reaktiven Depression endet (vgl. Maslowska, 1999, S. 32).

Depression stellt eine schwerwiegende Krankheit dar, welche den ganzen Menschen umfasst und sowohl das körperliche Befinden, wie auch das Denken, die Gestimmtheit und Gefühle beeinflusst bzw. betrifft. Bei einer schweren Ausprägung der depressiven Störung können Betroffene oftmals ihr Leid nicht mehr ertragen und verlieren den Glauben an sich, ihre Umgebung und an die Zukunft, sowie den Glauben an Behandlungsmöglichkeiten. Die Depression kann dann lebensbedrohliche Ausmaße annehmen und im schlimmsten Fall zum Suizid führen. Depression ist eine Erkrankung der Affektivität (also eine „Gemütskrankheit“) (vgl. Wolfersdorf, 2008, S. 19).

Eine zutreffende, allgemeingültige Definition der Depression speziell im Kindes- und Jugendalter wird jedoch durch den Umstand besonders erschwert, dass die Krankheitsanzeichen und Kombinationen von Symptomen bei Kindern und Jugendlichen von „entwicklungsspezifischen Metamorphosen“ abhängig sind (vgl. Nissen, 2002, S. 189).

All diese angeführten Definitionen und Erklärungen sollen einen ersten Einblick in das Krankheitsbild der Depression liefern und die weitreichende Relevanz dieser Störung in Hinblick auf die sowohl psychischen als auch physischen Beeinträchtigungen vor Augen führen. Man kann sich somit vorstellen, wie schwierig es für ein Kind sein muss, wenn es für einen Erwachsenen schon unerträgliche Formen annehmen kann, mit den Belastungen einer depressiven Störung

umzugehen bzw. zu leben. Sowohl die Lebensqualität, als auch die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wird durch eine depressive Erkrankung enorm beeinflusst.

„Ich kann den Wind nicht mehr spüren.
Ich rieche auch nicht mehr den Grund der Erde.
Der Regen in meinem Gesicht berührt mich nicht mehr.
Geblieben ist allein das Ticken der Uhr.
Alles verrinnt.
Wirbelnde schwarze Wasser
Zu meinen Füßen.
Bleicher Mond
In meinem Gesicht.
Kalt
(Gedicht eines Betroffenen, In: Tölle, 2000, S. 49).“

3 Historischer Rückblick

Die Depression stellt grundsätzlich ein uraltes Krankheitsbild dar. Hippokrates bezeichnete sie als Melancholie, was wörtlich Schwarzgalligkeit bedeutet. Heute geht man aber davon aus, dass die Depression eine „uncharmante Schwester“ (Dahlke, 2006, S. 101) der Melancholie ist (vgl. Dahlke, 2006, S. 101).

Bereits im Mittelalter und später im 19. Jahrhundert wurden depressive und melancholische Zustände bei Kindern beschrieben. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts haben Autoren wie Griesinger, Emminghaus und Maudsley emotionale Störungen in Klassifikationssysteme integriert. Nicht nur physische Ursachen sondern auch psychische Auslöser, wie zum Beispiel Verlusterfahrungen, wurden bereits erwähnt bzw. diskutiert (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 11).

In den 20er und 30er-Jahren des 20. Jahrhunderts etablierten sich eigene wissenschaftliche Teildisziplinen. Es kam zu einer umfassenderen Betrachtung von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Einige Forscher beschäftigten sich mit den psychischen Folgen von Trennungs- und Verlusterlebnissen im frühen Kindesalter. So beschrieb Spitz (1946) die Reaktionen eines sechs bis zwölf Monate alten Säuglings bei Trennung von der Mutter (Konzept der anaklitischen Depression). Das Verhalten solcher Säuglinge ist geprägt von Traurigkeit, Zurückgezogenheit und eingeschränktem Gefühls- und Kommunikationsausdruck. Parallelen zur anaklitischen Depression sind in Freuds Depressionskonzept zu finden. In diesem beschreibt er Melancholie als Folge des Verlustes einer geliebten Person. Eine frühe Verlusterfahrung wird nicht nur als Ursachen einer anaklitischen Depression, sondern auch als Risiko für eine Depression im Erwachsenenalter gesehen (vgl. ebenda, 2002, S. 11).

In den 60er-Jahren wurden erstmals auch Hilfs- und Versorgungseinrichtungen für psychisch auffällige Kinder und Jugendliche eingerichtet. Jedoch überwog noch die Meinung, dass Kinder an keiner klinisch relevanten Depression erkranken konnten. Die psychoanalytische Perspektive vertrat die Ansicht, wonach eine Depression, welche sich als Konflikt mit dem Über-Ich auszeichnet, im Kindesalter nicht auftritt. Lefkowitz und Burton waren der Meinung, dass depressive Ausdrucksweisen im Kindes- und Jugendalter keine Seltenheit darstellen und somit als Normalität gelten.

Diese Symptome seien in dieser Entwicklungsphase nur vorübergehend und bedürfen daher auch keiner Interventionen (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 12f.).

Aufgrund der Schwierigkeit der Feststellung von depressiven Symptomen bei Kindern war in den 60er Jahren das Konzept der maskierten Depression vorherrschend. Dieses Konzept besagt, dass zwar sehr wohl eine depressive Verstimmung bei Kindern eintreten kann, jedoch äußert sich die Symptomatik in depressionsäquivalenten Symptomen, wie zum Beispiel körperliche Beschwerden, Schulangst, Lernschwierigkeiten, etc. (vgl. ebenda, 2002, S. 12f.).

In den 70er-Jahren bestand generell ein größeres Interesse in der Klassifikation und Erklärung psychischer Störungen. Forscher, wie Weinberg, Rutmann, Sullivan, Penick, Deitz, Poznanski und Zrull konnten anhand von altersentsprechenden Bewertungsskalen Symptome, welche sich bei depressiven Erwachsenen zeigten, auch bei Kindern nachweisen. Mit Hilfe standardisierter Instrumente gelang es immer besser depressionsbedingte Symptome bei Kindern und Jugendlichen systematisch zu erfassen. In der klinischen Diagnostik gilt es seither, die ursprünglich für Erwachsene vorgesehene Störungskriterien um einige altersspezifische Blickpunkte zu verändern, um diese somit auf Kinder und Jugendliche anwendbar zu machen (vgl. ebenda, 2002, S. 13).

Seit Beginn der 80er-Jahre wird Depression bei Kindern und Jugendlichen als ernstzunehmende Erkrankung bewertet und als eigenständiges Krankheitsbild anerkannt. Auch aufgrund der Entwicklungspsychopathologie gewinnen in jüngster Zeit entwicklungsspezifische Aspekte wieder mehr an Bedeutung. Gefordert wird eine differenzierte Betrachtung von entwicklungs- bzw. altersabhängigen Ausdrucksweisen der Depression bei Kindern und Jugendlichen (vgl. ebenda, 2002, S. 11ff.).

4 Klassifikation

Die Hauptsymptome von Depression sind starke emotionale Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, die eingeschränkte Fähigkeit, Freude und Interesse zu empfinden, sowie Antriebslosigkeit und raschere Ermüdbarkeit. Es ist zu beachten, dass man erst von einer Depression sprechen kann, wenn mehrere Symptome zugleich vorliegen, wobei diese eine bestimmte Intensität aufweisen müssen, über eine gewisse Zeit andauern und zu einer Beeinträchtigung bzw. zu einem Leidensdruck des Betroffenen führen müssen. Um depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen bestimmen und einordnen zu können, gibt es verschiedene Klassifikationssysteme. Die am häufigsten verwendeten sind zum einen die Version des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen der American Psychiatric Association (DSM-IV; APA) und die Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10; WHO) (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 17f.).

DSM-IV und ICD-10 beschreiben die zentralen Symptome einer depressiven Episode: niedergeschlagenen Stimmung, depressive Kognitionen und Suizidgedanken. Außerdem wird in beiden Klassifikationsschemata zwischen primären und sekundären (affektive Symptome als Sekundärmerkmale) affektiven Störungen unterschieden. Die primären affektiven Störungen lassen sich weiters unterteilen in unipolare und bipolare, sowie in schwere episodisch auftretende und leichtere chronisch verlaufende Störungen (vgl. Essau, 2007, S. 19).

ICD-10	DSM-IV
F32. Depressive Episode F32.0 leicht F32.1 mittel F32.2 schwer ohne psychotische Symptome F32.3 schwer mit psychotischen Symptomen F32.8 sonstige depressive Episoden F32.9 nicht näher bezeichnete depressive Episode	296.2x Major Depression, einzelne Episode ● leicht ● mittel ● schwer ohne psychotische Symptome ● schwer mit psychotischen Symptomen ● teilremittiert ● vollremittiert ● unspezifisch
F33. Rezidivierende depressive Episode F33.0 gegenwärtig leicht F33.1 gegenwärtig mittel F33.2 gegenwärtig schwer ohne psychotische Symptomen F33.3 gegenwärtig schwer mit psychotischen Symptomen F33.4 gegenwärtig remittiert F33.8 sonstige rezidivierende depressive Störungen F33.9 nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störung	296.3x Major Depression, rezidivierende Episoden ● leicht ● mittel ● schwer ohne psychotische Symptome ● schwer mit psychotischen Symptomen ● teilremittiert ● vollremittiert ● unspezifisch
F34. Anhaltende affektive Störung F34.0 Zyklothymia F34.1 Dysthymia F34.8 sonstige anhaltende affektive Störung F34.9 nicht näher bezeichnete anhaltende affektive Störung	300.4 Dysthyme Störung
F38. Andere depressive Störungen F38.0 sonstige einzelne affektive Störungen F38.1 sonstige rezidivierende affektive Störungen F28.8 sonstige affektive Störungen F39. nicht näher bezeichnete affektive Störung	311 nicht näher bezeichnete depressive Störung

Tabelle 1: Klassifikation von Depression in ICD-10 und DSM-IV (Essau, 2007, S. 18)

4.1 Klassifikation nach DSM-IV

Die Major Depression ist durch eine oder mehrere depressive Episoden gekennzeichnet. Diese depressiven Phasen dauern mindestens zwei Wochen an, wobei laut DSM-IV dann diese Form vorliegt, wenn an beinahe allen Tagen mindestens eines der folgenden Kernsymptome auftritt: Depressive Verstimmung bzw. bei Kindern und Jugendlichen auch eine reizbare Verstimmung und ein merklich reduziertes Interesse bzw. Freude an nahezu allen Aktivitäten. Zudem müssen zumindest vier der nachfolgenden Symptome auftreten: deutlicher Gewichtsverlust bzw. Gewichtszunahme, Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf, psychosomatische Unruhe oder Verlangsamung, Müdigkeit bzw. „Energieverlust“, Gefühle der Wertlosigkeit oder übermäßige bzw. unangemessene Schuldgefühle, verminderte Denk- und Konzentrationsfähigkeit oder verringerte Entscheidungsfähigkeit, wiederholte Gedanken an den Tod oder mehrmalige Suizidvorstellungen ohne genauen Plan oder genauer Planung eines Suizids bzw. Suizidversuchs (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 21f.).

Es ist zu erwähnen, dass als Ursache für einzelne der genannten Symptome eine körperliche Krankheit und Drogen- oder Medikamentenmissbrauch ausgeschlossen werden muss. Zudem muss die depressive Episode von affektiven Episoden zu unterscheiden sein (vgl. ebenda, 2002, S. 22).

Die Dysthyme Störung stellt eine chronische, weniger schwerwiegende depressive Erkrankung dar. Diese ist ebenfalls durch eine chronisch depressive Verstimmung bzw. bei Kindern und Jugendlichen durch eine reizbare Stimmungslage charakterisiert. Eine solche Verstimmung dauert meistens den ganzen Tag lang an, tritt über mindestens ein Jahr (fast täglich) bei Kindern und Jugendlichen, und über mindestens zwei Jahre bei Erwachsenen auf. Neben diesen Charakteristika müssen zudem mindestens zwei der folgenden Symptome vorhanden sein: Appetitlosigkeit oder gesteigertes Essbedürfnis, Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis, Energiemangel oder Erschöpfung, geringes Selbstwertgefühl, Konzentrationsstörung oder Entscheidungserschwernis und Gefühle der Hoffnungslosigkeit. Bei einer Dysthymen Störung darf der symptomlose Zeitraum nicht größer als zwei Monate sein (vgl. ebenda, 2002, S. 23).

Eine nicht näher bezeichnete depressive Störung liegt dann vor, wenn die Symptomatik nicht der Major Depression bzw. der Dysthymen Störung zugeordnet werden kann. Beispiele hierfür sind das Auftreten depressiver Verstimmungen vor der Menstruation oder depressive Phasen, die nur wenige genannte Symptome beinhalten, aber regelmäßig wieder auftreten (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 24).

4.2 Klassifikation nach ICD-10

Im ICD-10 werden unter „Affektive Störungen“ unterschiedliche Störungsbilder aufgereiht. Die depressive Episode (F32) ist vergleichbar mit der Major Depression. Die depressive Episode, welche sich durch eine gedrückte Stimmung und einen reduzierten Antrieb auszeichnet, muss mindestens zwei Wochen andauern. Weitere depressive Kernsymptome werden im ICD-10 aufgelistet, wobei hiervon mindestens zwei obligat sind: Depressive Verstimmung, welche in einem hohen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast täglich und mindestens zwei Wochen anhaltend vorliegen muss; Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten und verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit. Außerdem können folgende Symptome auftreten: Verlust des Selbstvertrauens bzw. des Selbstwertgefühls, unbegründete Selbstvorwürfe bzw. unangemessene Schuldgefühle, wiederholte Suizidgedanken, vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen oder Unentschlossenheit, krankhafte Unruhe oder Hemmung, Schlafstörungen, Appetitverlust oder gesteigerter Appetit (vgl. ebenda, 2002, S. 24f.).

Bei einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) muss neben der aktuellen noch mindestens eine weitere depressive Episode in der Vorgeschichte bestanden haben, die auch mindestens zwei Wochen andauerte und von der aktuellen Episode durch eine mindestens zweimonatige symptomfreie Zeitspanne abgegrenzt werden kann (vgl. ebenda, 2002, S. 25).

Depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen lassen sich je nach Schweregrad und Symptomanzahl in „leicht“, „mittelgradig“, „schwer ohne psychotischen Symptomen“ und „schwer mit psychotischen Symptomen“ einteilen. Bei einer leichten Störung liegen zwischen vier und fünf Symptome, bei einer mittelgradigen zwischen sechs und sieben und bei einer schweren depressiven Störung liegen alle Kernsymptome und insgesamt acht der genannten Symptome

vor. Bei einer leichten Störung besteht im Großen und Ganzen keine extreme Einschränkung der schulischen und sozialen Aktivitäten. Bei einer mittelgradigen Episode kommt es zu erheblichen Beeinträchtigungen und bei einer schweren bzw. rezidivierenden Depression kann es bis zum Erliegen der allgemeinen Aktivitäten kommen (vgl. Groen, Petermann, 2002, S.25f.).

Eine weitere Klassifikationsmöglichkeit ergibt sich danach, ob ein somatisches Syndrom vorliegt oder nicht. Für die Einteilung eines somatischen Syndroms sollten vier der folgenden Merkmale vorliegen: Interessensverlust oder Verlust der Freude, mangelnde emotionale Reaktionsfähigkeit, Früherwachen (zwei oder mehr Stunden vor der gewohnter Zeit), „Morgentief“, psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Diese Symptome stellen eine Subgruppe der Depression mit intensiver Anhedonie und unterschiedlicher vegetativer Symptome dar. Treten zusätzlich psychotische Symptome auf, können diese weiter in synthym oder parathym unterteilt werden. Synthyme oder auch stimmungskongrunete Symptome stehen mit der eigentlichen Symptomatik in Zusammenhang. Beispiele hierfür sind pathologische Schuldgefühle oder Gefühle von Wertlosigkeit. Parathyme, stimmungsinkongruente Symptome, stehen in keiner Beziehung zur eigentlichen Symptomatik (z.B. Verfolgungs- und Beziehungswahn, affektiv-neutrale Halluzination) (vgl. ebenda, 2002, S. 26f.).

Dysthymia ist laut ICD-10 eine chronische depressive Verstimmung. Die konstant immer wieder eintretende Depression dauert mindestens zwei Jahre an, wobei Phasen normaler Stimmung nicht länger als wenige Wochen bestehen. Zumindest in einigen Phasen sollten mindestens drei der folgenden Symptome auftreten: Verminderter Antrieb bzw. verminderte Aktivität, Schlaflosigkeit, Verlust des Selbstvertrauens oder ein Gefühl von Unzugänglichkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Neigung zum Weinen, Interessensverlust oder Libidoverlust, Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung, Unvermögen mit Routineanforderungen des Lebens fertig zu werden, Pessimismus, sozialer Rückzug und verminderte Gesprächigkeit. Nach ICD-10 beginnt die Dysthymia in der Regel im frühen Erwachsenenalter und ist somit nicht ausdrücklich ein Störungsbild, welches auch Kinder betrifft (vgl. ebenda, 2002, S. 27).

4.3 Arten depressiver Syndrome im Kindes und Jugendalter (nach Harrington, 2001)

4.3.1 Reaktive Depression (Anpassungsstörung mit Depressionssymptomatik)

Diese Art der Anpassungsstörung wird in diagnostischen Untersuchungen berücksichtigt, wenn innerhalb eines Zeitraumes von ein bis drei Monaten nach einer Belastungssituation, die bis zu einem halben Jahr andauern kann, psychopathologische Krankheitsanzeichen in Erscheinung treten. Zu diesen Anpassungsstörungen zählt ebenso die reaktive Depression. Treten die Symptome jedoch über einen längeren Zeitraum auf, so spricht man auch von einer „längeren depressiven Reaktion“, welche aber in der Regel nicht länger als zwei Jahre anhält. Für die Diagnose ist von enormer Bedeutung, ob ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Entwicklung einer depressiven Reaktion und einer belastenden Erfahrung, z.B. Verlust oder Krise besteht. Depressive Reaktionen im Zuge von Anpassungsstörungen äußern sich durch Angst, anderen emotionalen Zustände, wie Anspannung, Sorgen, Ärger, sowie durch Störungen, welche soziale Verhaltensstrukturen betreffen. In diesem Kontext sei nochmals die von Spitz (1946) beschriebene „anaklitische Depression“ erwähnt. Diese bezeichnet die früheste Ausprägungsform depressiver Wirkungsweisen, welche sich nach Trennungserfahrungen zwischen Säuglingen und deren Bezugspersonen, meist von den Müttern, entwickeln. Bei einer langen Trennung zeigt sich beim Säugling nach anfänglichen Protesten ein apathisches Verhalten mit einem Rückzug. Das Kleinkind verweigert in dieser Zeit die Nahrungsaufnahme und lehnt jegliche Zuwendungen anderer Personen ab. Diese Form der anaklitischen Depression ist reversibel, sofern das Kind eine neue Bezugsperson akzeptiert. Aus differentialdiagnostischer Betrachtungsweise muss die Anpassungsstörung, aufgrund der ursächlichen Belastungssituation und ihrer begrenzten Dauer, von anderen Ausprägungen depressiver Zustände unterschieden werden. Diese darf weiters nur dann diagnostiziert werden, wenn sie nicht der Intensität und dem Schweregrad depressiver Episoden entspricht (vgl. Warnke, Jans & Remschmidt In: Harrington, 2001, S. 13f.).

4.3.2 Dysthyme Störung (Neurotische Depression)

Die Bezeichnung neurotischer Depressionen wurde in Klassifikationsschemata weitgehend durch den Begriff der „Dysthymie“ ersetzt. Trotzdem besteht die Annahme, dass auch in dieser Form die Entwicklung depressiver Verstimmungen auf traumatisierende Erfahrung zurückgeführt werden kann. Meistens zeichnet sich bei dieser Ausprägung der Depression die Symptomatik durch erdrückende Angstzustände aus, während Wahnvorstellungen und Tagesschwankungen ausbleiben. Bei dysthymen Depressionen liegt ein chronischer Krankheitszustand vor, der immer wieder durch symptomfreie Perioden unterbrochen wird. Über Monate hinweg werden betroffene Kinder und Jugendliche von anhaltender Müdigkeit geplagt. Weitere Beeinträchtigungen wie Schlafstörungen und Minderwertigkeitsgefühle treten in einer depressiven Phase gehäuft auf. Trotz des chronischen Krankheitsbildes wird der Schweregrad einer leichten oder mittelschweren rezidivierenden Depression nicht erreicht. Differenzialdiagnostisch ist die Dysthymie von depressiven Episoden, affektiven Psychosen und schizophrenen Krankheiten zu unterscheiden (vgl. Warnke, Jans & Remschmidt In: Harrington, 2001, S. 14).

4.3.3 Depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen

Das Hauptmerkmal depressiver Episoden ist, dass diese sich anhand der Summe aller bereits angeführten depressiven Krankheitszeichen identifizieren lassen. Im Gegensatz zu reaktiven Depressionen oder Dysthymen muss ihre Ursache nicht auf eine erkennbare Belastungssituation zurückgeführt werden. Als Begleiterscheinungen können Tagesschwankungen auftreten, im Jugendalter vor allem atypische Verhaltensweisen bezüglich potentiellen Substanzmissbrauchs und motorischer Rastlosigkeit. Bei der leichten Form einer depressiven Episode kann der betroffene Jugendliche seine schulischen und sozialen Anforderungen noch alleine meistern, während bereits bei einer mittelschweren Ausprägungsform diese nur teilweise mit erheblichen Schwierigkeiten oder nicht mehr zu bewältigen sind. Bezüglich der Symptomatik einer depressiven Episode können in diesem Zusammenhang neben den bereits erwähnten Erscheinungen ebenso somatische und psychische Begleitsymptome auftreten. Es ist von einer rezidivierenden Depression die Rede, wenn zwischen symptomfreien Intervallen immer wieder

rückkehrende, depressive Zustände eintreten (vgl. Warnke, Jans & Remschmidt In: Harrington, 2001, S. 14).

4.3.4 Symptomatische Depression

Diese Form einer depressiven Störung wird als „organische depressive Störung“ bezeichnet. Depressive Verstimmungen können mit somatischen Symptomerscheinungen einhergehen, wobei chronisch-entzündliche, heredo-degenerative Krankheiten, sowie Epilepsien oder chronifizierte Störungen des Essverhaltens anzuführen sind. Im Bezug auf die Klassifikation und Einordnung der unterschiedlichen Ausprägungen depressiver Anpassungsstörungen ist es jedoch äußerst schwierig diese voneinander abzugrenzen (vgl. ebenda In: Harrington, 2001, S. 15).

4.3.5 Depressive Verstimmungen im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen sind dadurch charakterisiert, dass sich die Wahrnehmung, das Denken und Verhalten in Beziehungen deutlich zur durchschnittlichen Bevölkerung unterscheidet. Eine tatsächliche Diagnose depressiver Verstimmungen in Bezug auf eine Persönlichkeitsstörung ist vor dem 16. Lebensjahr schwierig. Die Ursprünge dieser Erkrankung sind jedoch bereits im Kindes- oder Jugendalter vorzufinden (vgl. ebenda In: Harrington, 2001, S.15).

4.4 Bipolare Störung (Essau)

Bipolare Störungen werden unterteilt in Bipolar I, Bipolar II, Zyklothyme Störung und nicht näher bezeichnete Bipolare Störung. Bei der Bipolar I Störung tritt mindestens eine manische oder gemischte Episode auf. Eine manische Episode ist gekennzeichnet durch eine unnormale, gehobene, expansive oder reizbare Stimmung, die mindestens eine Woche andauert und erkennbar ist. Außerdem müssen drei von folgenden sieben Symptomen bestehen: Größenwahn, reduziertes Schlafbedürfnis, erhöhte Gesprächigkeit, Ideenflucht, Ablenkbarkeit, vermehrte zielgerichtete Aktivität, übermäßiges Engagement in angenehmen Aktivitäten (jedoch ein hohes Potential an negativen Konsequenzen). Eine gemischte Episode besteht

aus einer Periode, die mindestens eine Woche andauert und entspricht den Kriterien einer Episode der Major Depression (vgl. Essau, 2007, S. 24).

Die Bipolare II Störung zeichnet sich durch eine oder mehrere Episoden einer Major Depression aus, wobei diese von mindestens einer hypomanischen Episode umrahmt wird. Eine hypomanische Episode bezeichnet einen Zeitraum von mindestens vier Tagen, welcher durch eine expansive oder reizbare Verstimmung gekennzeichnet ist. Es liegen mindestens drei der folgenden Symptome vor: erhöhtes Selbstwertgefühl, reduziertes Schlafbedürfnis, Rededrang, Ideenflucht, Ablenkbarkeit, vermehrte zielgerichtete Aktivität und ein überhöhtes Engagement in angenehmen Aktivitäten. Die Bipolare II- Störung wird zwar vom Umfeld bemerkt, jedoch sind die Episoden nicht so stark wie die der Bipolar I Störung, sodass diese keine umfassenden sozialen und beruflichen Beeinträchtigungen mit sich bringen (vgl. ebenda, 2007, S. 24f.).

Die Zyklothyme Störung wird definiert als chronisch, fluktuierende affektive Störung, die Episoden mit depressiven oder hypomanischen Symptomen beinhaltet. Die Aspekte einer manischen Episode werden jedoch nicht vollkommen erfüllt, da Dauer, Intensität und Anzahl der hypomanischen Symptome nicht ausreichen (vgl. ebenda, 2007, S. 25).

5 Symptomatik

Eine depressive Störung kann in jedem Alter auftreten, wobei sich eine Depression im Kindesalter eher durch körperliche Beschwerden äußert. Um von einer Depression bei einem Kind sprechen zu können, muss ein bestimmtes Muster von Symptomen in einer bestimmten Stärke mindestens zwei Wochen andauern, wobei Symptome in eine A-, B- und C-Kategorie eingeteilt werden. Adjektive wie beispielsweise bedrückt, gereizt, freudlos, interessenlos, antriebslos oder rasch erschöpft beschreiben A-Symptome. B-Symptome sind durch folgende Verhaltensweisen gekennzeichnet: der Betroffene ist geistig abwesend, kann nicht spielen, traut sich nichts zu, fühlt sich schuldig und wertlos, sieht in Hinblick auf die Zukunft alles schwarz, lebt ständig in Angst, kann nicht genügend schlafen und hat Alpträume, ist appetitlos oder isst übermäßig viel, denkt oft an den Tod bzw. an Selbstmord. Liegen zwei A- und zwei B-Symptome vor, wird eine depressive Phase als „leicht“ bezeichnet, bei zwei A- und mindestens drei B-Symptomen als „mittelgradig“ und beim Vorliegen von drei A- und mindestens vier B-Symptomen handelt es sich um eine „schwere“ depressive Episode (vgl. Rabenschlag, 2000, S. 40f.).

Man spricht von einer „Dysthymia“, wenn ein Kind länger als ein Jahr unter immer wieder kehrenden depressiven Verstimmungen (mindestens drei C-Symptome in mehreren Perioden von bis zu einer Woche) leidet. Bei einer Dysthymia hat das betroffene Kind eine gestörte Beziehung zu sich selbst. Die C-Symptome können durch folgende Eigenschaften bzw. Handlungsweisen beschrieben werden: ein dysthymes Kind ist antriebsgemindert, leidet unter Schlafstörungen, geringem Selbstvertrauen, kann sich schlecht konzentrieren, weint oft, findet keinen Spaß am Spielen, ist verzweifelt, kann Routinetätigkeiten nicht mehr bewältigen, grübelt viel, denkt pessimistisch über die Zukunft, zieht sich von Freunden zurück und spricht wenig (vgl. ebenda, 2000, S. 41f.).

Selten treten „bipolare“ Störungen, welche von einer oder mehreren „manischen“ Phasen von Tagen oder Monaten geprägt sind, auf. In einer solchen Phase wirkt ein Kind völlig „aufgedreht“: es redet ständig, ist schlaflos, springt umher und entwickelt nicht selten einen Größenwahn im Sinne massiver Überschätzungen in Hinblick auf

die eigenen Fähigkeiten. Ein manisches Kind wirkt nicht mehr fröhlich in seinem Tun, sondern wie „innerlich getrieben“ (vgl. Rabenschlag, 2000, S. 42).

Manische Symptome bei Kindern und Jugendlichen
- Drastische Stimmungsschwankungen, unnatürliche Hochstimmung oder Albernheit, starke Reizbarkeit - Selbstüberschätzung bis hin zum Größenwahn; Überzeugung, aus eigener Kraft die Welt retten zu können - Plötzliche, unnatürliche Energieschübe; stark vermindertes Schlafbedürfnis, ohne Müdigkeit zu verspüren; unbezähmbarer Bewegungsdrang - Ungewöhnliche Redseligkeit; hektische Redeweise; zusammenhangloses Springen von einem Thema zum anderen - Mangelnde Konzentration; Fahrigkeit; starke Ablenkbarkeit Riskantes Verhalten wie rücksichtsloses Fahren; leichtsinnige Gefährdung der eigenen Sicherheit

Tabelle 2: Manische Symptome bei Kindern oder Jugendlichen (Kerns, 1997, S. 49)

Psychotische Symptome treten häufiger in Verbindung mit einer depressiven Störung auf. Zu solchen Symptomen zählen Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Solche Symptome werden als „synthym“ bezeichnet (vgl. ebenda, 2000, S. 42f.).

Die Symptome einer depressiven Störung sind stark altersabhängig und lassen sich nach Symptome im Kleinkindalter, im Schulalter und im Jugendalter unterscheiden. Bei Kleinkindern äußern sich depressive Anzeichen durch Schreien, Unruhe, Weinen, sowie im späteren Verlauf auch durch Passivität, Desinteresse und auch durch somatische Symptome. Bei depressiven Vorschulkindern sind häufig ein reduzierter nonverbaler Ausdruck, Introvertiertheit, Antriebslosigkeit, Stimmungslabilität und Entwicklungsverzögerungen zu beobachten. Außerdem leiden diese oftmals unter Schlaf- und Essstörungen. Im Schulalter kommt es zu ersten subjektiven Berichten über das Gefühl von Traurigkeit. In dieser Altersstufe treten auch erstmals Suizidgedanken und Symptome, wie Konzentrationsprobleme, Entscheidungsunfähigkeit, Hoffnungslosigkeit, als auch Appetit- und Schlafstörungen auf. Im Jugendalter nähert sich die Symptomatik immer mehr der der Erwachsenen an. Es kommt zu einem Leistungsrückgang aufgrund von Konzentrations- und Gedächtnisproblemen, zum sozialen Rückzug, zum Antriebs- und Interessensverlust

und auch zu Zukunftsängsten und Selbstwertproblemen (vgl. Mehler-Wex, 2008, S. 14ff.).

Altersgruppe	Akute Frustration	Chronisch	Somatisch
Kleinkind	Schreie, Unruhe, Weinen	Desinteresse, Passivität, Apathie, Ausdrucksarmut; unvermittelte Weinattacken, Irritabilität und Agitation reduzierter Kreativität, Phantasie und Ausdauer, Anhänglichkeit, Albernheit, selbststimulierendes Verhalten	Störungen des Ein- und Durchschlafens aufgrund unzulänglicher Selbstberuhigungs-strategien, Essstörungen und –verweigerungen mit Gewichtsverlust, erhöhte Infektanfälligkeit („Kränkeln“)
Schulkind	Weinen, Trotz, Abwehr, (auto-) aggressives Verhalten	Selbstbericht über Traurigkeit, Lust- und Antriebslosigkeit, Desinteresse, Rückzug; Konzentrationsprobleme, Schulversagen, Sorgen, ggf. erste lebensmüde Gedanken; Suche nach Zuwendung	Schlaf- und Essstörungen, somatische Beschwerden, regressives Verhalten
Jugendlicher	Teilnahms-losigkeit, Verzweiflung, Wut, läppischer Affekt, Verweigerung	Lust- und Antriebslosigkeit, Desinteresse, Rückzug; Verlangsamung von Denken und Handeln; Leistungsprobleme, kognitive Einschränkungen; Apathie, Angst, Ekel, Selbstunsicherheit, Selbstvorwürfe, Grübeln, Zukunftsängste, Suizidalität	Schlaf- und Essstörungen, psychosomatische Beschwerden, Morgentief, Früherwachen, Unfähigkeit zur Entspannung und Erholung

Tabelle 3: Altersabhängige Symptompräsentation der Depression (Mehler-Wex, 2008, S. 15)

Während sich die Symptome im sehr frühen Kindesalter eher auf den physischen Bereich beziehen, betreffen diese, je älter Kinder werden, eher das Denken und Bewerten. Die kognitive Ebene ist geprägt von negativen Gedanken und Pessimismus, während somatische Beschwerden beispielsweise Kopf- und Bauchschmerzen beinhalten (vgl. Nevermann, Reicher, 2001, S. 21).

Emotionen – Gefühle	Traurigkeit, Gefühle, nicht geliebt zu werden, Gefühle der Wertlosigkeit, Niedergeschlagenheit, ärgerlich-gereizte Stimmung, Wut, Lustlosigkeit (Anhedonie)
Kognitive Merkmale (Wahrnehmung und Denken)	Pessimismus, negatives Denken, negative Selbstbewertungen, geringes Selbstwertgefühl, Unentschlossenheit, Schuldgefühle, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Gedächtnisprobleme, Phantasien und Träume, Selbstmordgedanken
Verhaltensmerkmale	Weinen, Verlust an Interesse, Konzentrationsprobleme, Verlangsamung, Antriebslosigkeit, psychomotorische Unruhe, sozialer Rückzug, Rückgang schulischer Leistungen, Schulverweigerung, Rückgang der Aktivitäten, gestörte soziale Beziehungen, Dependenz (Abhängigkeit), suizidales Verhalten
Körperliche (somatische) Merkmale	Müdigkeit, Schlafstörungen, psychomotorische Verlangsamung, Appetitstörungen, Gewichtszu- oder –abnahme, Schmerzen, körperliche Beschwerden, z.B. Magen-Darm Beschwerden

Tabelle 4: Allgemeine Merkmale depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter (Nevermann, Reicher, 2001, S. 24)

Traurigkeit bzw. Niedergeschlagenheit äußert sich bei Kindern mit einer länger anhaltenden depressiven Stimmung nicht immer durch Weinen, sondern kann auch durch eine gereizte Stimmung zum Ausdruck gebracht werden. Traurigkeit gilt dann als Stressfaktor, da sich das Kind mit einer Situation überfordert fühlt. So kann bereits die kleinste Kritikäußerung zu einer Ärgerreaktion beim depressiven Kind

führen, welche dann oftmals zu Verständigungsschwierigkeiten zwischen dem betroffenen Kind und der Familie/Schule/Freunde etc. führt (vgl. Nevermann, Reicher, 2001, S. 25).

Pessimismus äußert sich bei Kindern vor allem durch weinerliches und mutloses Verhalten. Negative Gedanken stellen eine elementare Ursache für andere Depressionssymptome dar. Die negativen Gedanken betreffen sowohl die Vergangenheit, als auch die Gegenwart und die Zukunft und sind geprägt von niedrigem Selbstvertrauen (z.B. man ist nicht in der Lage, etwas zum Besseren zu verändern) (vgl. ebenda, 2001, S. 26).

Wut ist oftmals Ausdruck tiefer Trauer und stellt den Versuch dar, das Ereignis, das diese Traurigkeit ausgelöst hat, rückgängig zu machen. Die Wut soll gegen zusätzliche Belastungen ankämpfen und stellt ein Signal für die absolute Überforderung dar (vgl. ebenda, 2001, S. 26).

Kinder mit Depressionen haben häufig das Gefühl, nicht geliebt zu werden, was mit einem Mangel an emotionalen Beziehungen verbunden sein kann. Das Gefühl, geliebt zu werden, ist wichtig, um dem Kind Halt zu geben und um Optimismus in Hinblick auf die Lösung von Aufgaben zu entwickeln. Dieses Gefühl bildet den Nährboden für eine gesunde psychische Entwicklung (vgl. ebenda, 2001, S. 27).

Auch Gefühle der Wertlosigkeit lassen sich oftmals bei depressiven Kindern und Jugendlichen beobachten. Diese Gefühle führen dauerhaft zu einer Verschlechterung des Selbstwertgefühls. Intensive Wertlosigkeitsgefühle können dann die eigene Existenz in Frage stellen und suizidale Gedanken bzw. Handlungen begünstigen (vgl. ebenda, 2001, S. 27f.).

Zumeist stehen ein negatives Selbstwertgefühl und negative Selbsteinschätzungen in Verbindung mit depressiven Störungen, aber auch mit anderen psychischen Erkrankungen. Das Kind oder der Jugendliche schätzen die eigene Leistungsfähigkeit viel zu gering ein und trauen sich selbst nichts zu (vgl. ebenda, 2001, S. 28).

Ca. 70% depressiver Kinder und Jugendlicher erleben Gefühle der Hoffnungslosigkeit, vor allem da sie von keiner Verbesserung der Situation bzw. des Zustandes ausgehen (vgl. ebenda, 2001, S. 29).

Es kann auch zu Konzentrations- und Gedächtnisstörungen aufgrund emotionaler Belastungen kommen. In Folge dessen nimmt die schulische Leistung ab und Misserfolg führt wiederum zu niedrigerem Selbstwertgefühl, was die Entstehung einer depressiven Störung begünstigt (vgl. Nevermann, Reicher, 2001, S. 30).

Schuldgefühle depressiver Kinder und Jugendliche sind zumeist unangemessen und unrealistisch und stellen das Produkt negativer Selbstzuschreibungsprozesse dar. Wenn Schuldgefühle lange andauern, wenn sie völlig unangebracht bzw. unangemessen sind und wenn das Kind glaubt, es müsse dafür bestraft werden, können sie ein Signal für eine depressive Symptomatik darstellen (vgl. ebenda, 2001, S. 31).

Auch der soziale Rückzug (Häufigkeit und Intensität sozialer Kontakte nimmt ab) geht mit depressiven Störungen einher. Die Kinder und Jugendliche vermeiden z.B. die sonst gern gemochten Familienausflüge und bleiben lieber allein zu Hause. Ein Grund für den Rückzug stellt oftmals der Mangel an sozialen Kompetenzen dar und aus Angst vor Ablehnung werden Kontakte gemieden. Die soziale Isolation kann im schlimmsten Fall zur Einsamkeit führen, was weitere Depressionssymptome auslösen kann (vgl. ebenda, 2001, S. 32f.).

Weiters zählen somatische Beeinträchtigungen, wie Kopf-, Magen- und Rückenschmerzen oder Verdauungsprobleme zu den Symptomen einer Depression. Aber auch Schlafstörungen, die durch Stress und Angst ausgelöst werden, sind bei Kindern und Jugendlichen häufig vorzufinden. Eine Schlafstörung zeichnet sich entweder dadurch aus, das der Betroffene nur schwer Schlaf findet oder ein erhöhtes Schlafbedürfnis aufweist. Oftmals leiden Betroffene auch an dem sogenannten „Morgentief“, das durch starke frühmorgendliche Aufstehschwierigkeiten gekennzeichnet ist (vgl. ebenda, 2001, S. 34f.).

Die depressive „Herabgestimmtheit“ stellt ein bedeutendes Merkmal dar und ist vor allem bei einer schweren Depression nicht durch Aufmunterung, Ablenkung oder positive Verstärker auszugleichen (vgl. Wolfersdorf, 2008, S. 47).

Die Symptomatik depressiver Kinder steht nicht selten mit Verhaltensproblemen in Verbindung, wobei diese sich durch Verhaltensweisen wie lügen, stehlen, schlagen, Schule schwänzen etc. äußern. Depressionen bleiben meistens unerkannt, da dieses

Verhalten von den eigentlichen Gefühlen ablenkt und nicht selten eine verärgerte Reaktion vom Umfeld hervorruft (vgl. Kerns, 1997, S. 18).

5.1 Depressionssymptomatik nach ICD-10

Die Leitsymptome nach ICD-10 bestehen aus einer niedergeschlagenen Stimmung, Interessensverlust, Freudlosigkeit, schneller Ermüdbarkeit und einer Antriebsreduktion. Weitere Symptome sind in der Tabelle 5 angeführt. Die depressive Symptomatik muss mindestens zwei Wochen andauern, wobei bei den Rezidiven mindestens zwei Monate keine Beschwerden verzeichnet wurden. Zu erwähnen ist, dass bei Kindern und Jugendlichen unterschiedliche „Symptompräsentationen“ bestehen, da insbesondere bei jüngeren Kindern Kenntnisse zur Bewertung des eigenen Befindens zumeist unvollständig sind oder noch gänzlich fehlen (vgl. Mehler-Wex, 2008, S. 10f.).

Hauptsymptome der Depression	Weitere mögliche Symptome
- Herabgestimmtheit, die meiste Zeit, fast täglich, seit mindestens zwei Wochen - Interessensverlust, Freudlosigkeit, Aktivitätseinschränkung - Antriebslosigkeit, schnelle Ermüdbarkeit, Müdigkeit	- (Konzentration, Aufmerksamkeit), Unentschlossenheit oder Unschlüssigkeit - Reduziertes Selbstwertgefühl, geringes Selbstvertrauen, Gefühle der Wertlosigkeit - Unangemessene Schuldgefühle, Selbstvorwürfe - Psychomotorische Agitation oder Gehemmtheit - Suizidgedanken, suizidales Verhalten - Schlafstörung - Appetitmangel oder –steigerung mit Gewichtsveränderung

Tabelle 5: Symptome der Depression nach ICD-10 (Mehler-Wex, 2008, S. 10)

5.2 Fallbeispiele

5.2.1 Fallbeispiel 1

„Das 10jährige Mädchen war eine fröhliche, unbekümmerte Schülerin, bis sie in der 4. Klasse der Grund- bzw. Volksschule erleben mußte, daß sie aufgrund ihres Aussehens, vor allem ihrer Übergewichtigkeit, von den Mitschülerinnen und Mitschülern immer mehr abgelehnt wurde. Ausgangspunkt waren die Sportstunden, in denen sie wegen ihrer mangelnden Beweglichkeit nicht mithalten konnte und ausgelacht wurde. Bei Wettspielen im Freien wurden Schüler richtig wütend, wenn Anika mit in ihre Gruppe mußte. Sie meinten, sie solle lieber zu Hause bleiben. Sie sei ‚ein dickes Schwein'. Anika hatte die negativen Zuschreibungen in ihr eigenes Selbstbild übernommen, sie schätzte sich inzwischen selber als ‚dick, fett, häßlich' ein. Die Eltern fühlten sich hilflos gegenüber der Entwicklung der Tochter. Immer häufiger saß das Mädchen zu Hause und weinte. Mehr und mehr lehnte es den Besuch von Freundinnen ab. Sie ging nicht mehr zum Turnverein, wo die Eltern sie auf ihr Drängen hin bereits vor zwei Jahren hingeschickt hatten, und sie holte auch ihr Fahrrad nicht mehr aus dem Keller. Sie vermied die soziale Kontaktaufnahme, wo immer sie konnte. Ihr Selbstwertgefühl war schwer erschüttert. In der Schule hatte sie starke Angst vor Mißerfolg entwickelt und versuchte immer häufiger, unter Angabe von Bauchschmerzen zu Hause zu bleiben. Schon abends stand ihr der neue Tag in der Schule bevor. Über vermehrtes Essen versuchte sich das Mädchen selber über depressive Verstimmungszustände hinwegzuhelfen (Nevermann, Reicher, 2001, S. 33f.)."

Sozialer Rückzug von Kindern und Jugendlichen über eine längere Zeitperiode verhindert eine dem Alter entsprechende Entwicklung ihrer sozialen Fähigkeiten. Diese müssen lernen, Konfliktsituationen mit Gleichaltrigen, sei es durch Eigeninitiative oder mit Unterstützung anderer, angemessen zu lösen und auszutragen. Bezüglich der Untersuchung von Beschwerden, die das somatische System betreffen, sollte man nur qualifizierte Fachärzte konsultieren. Die richtige Einschätzung der Symptome, wie beispielsweise von Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Ess- oder Schlafstörungen, etc., ist dabei von großer Bedeutung. Ausschlaggebend ist das Ausmaß der Schmerzen, durch die das Kind oder der Jugendliche in seinen alltäglichen Aktivitäten und Aufgaben beeinträchtigt wird. Unter

den folgenden drei Umständen besteht die Möglichkeit, dass sehr stark ausgeprägte somatische Beschwerden psychische Beeinträchtigungen verursachen (vgl. Nevermann, Reicher, 2001, S. 34f.):

- *„Das betroffene Kind klagt mehrere Male in der Woche über Schmerzen oder Unwohlsein, und weder ein Medikament noch eine andere Behandlung des Arztes sind wirksam.*

- *Das beständige Unwohlsein wirkt sich negativ auf die Schulleistungen aus.*

- *Die Aktivitäten des Kindes oder Jugendlichen werden dadurch beeinträchtigt (Nevermann, Reicher, 2001, S. 34f.).“*

5.2.2 Fallbeispiel 2

„Der Sohn zeigte massive Eingewöhnungsschwierigkeiten. Die Mutter versuchte, dem Jungen zu helfen, indem sie am Wochenende viel mit ihm unternahm, sich ganz nach seinen Wünschen richtete. In der Woche war Julian allerdings alleine in der Wohnung, sobald er aus der Schule kam. Er hatte von seiner Mutter einen Plan, auf dem stand, was er täglich in welcher Reihenfolge bis zum Abend erledigen sollte. Immer häufiger passierte es, daß Julian bei der Rückkehr der Mutter auf dem Bett lag, weinte und über starke Kopfschmerzen klagte. Außerdem litt er unter Schlafstörungen, wachte nachts auf, klagte über Magenschmerzen und Übelkeit. Als der Hausarzt nichts feststellen konnte, schickte die Mutter ihren Sohn in die Kinderklinik. Julian war immer ein gesunder Junge gewesen. Julian blieb zwei Wochen auf der Kinderstation, dann wurde er entlassen. Man hatte nichts Besonderes gefunden, er war gesund. Julian ging wieder in die Schule, der Alltag kehrte wieder ein. In der Klasse hatte Julian Freundschaft mit einem Jungen geschlossen. Mit dem traf er sich auch am Nachmittag. Beide zusammen wurden zum Schrecken der Umgebung. …Die Mutter verbot die Freundschaft. Julian saß nachmittags wieder alleine zu Hause. Er fing an Briefe an seinen Vater zu schreiben, den er nun kaum noch sah. Und er nahm jede Gelegenheit wahr, mit ihm zu telefonieren. Die meiste Zeit aber setzte er sich am Nachmittag in die Straßenbahn und fuhr durch die ganze Stadt, bis zum Abend, wenn die Mutter zurückkam. Seinen Nachmittagsplan erfüllte er ebensowenig wie seine Hausaufgaben. Es schien ihm mehr und mehr egal zu sein. Die Lehrerin wurde auf Julian erst so richtig

aufmerksam, als er morgens ständig zu spät in den Unterricht kam und die Angewohnheit entwickelte, im Unterricht seine Hefte zu zerreißen und sich bei einer falschen Antwort ins Gesicht zu schlagen. Danach rannte der Junge regelmäßig aus der Klasse und saß dann in irgendeiner Ecke auf dem Flur und weinte bitterlich. Im Gespräch mit der Lehrerin gab Julian zu, daß ihm alles keinen Spaß machen würde. Und daß er zurück zu seinen Freunden nach Berlin wolle. Die Lehrerin machte sich Sorgen und informierte die Mutter (Nevermann, Reicher, 2001, S. 22f.).“

Anhand des Beispiels von Julian können die verschiedenen Krankheitsmerkmale einer Depression im frühen Alter aufgezeigt werden. Julian hat aufgrund der mit dem Umzug einhergehenden Schwierigkeiten und der Tatsache, sich in der Umgebung neu orientieren zu müssen, depressive Störungen entwickelt (vgl. Nevermann, Reicher, 2001, S. 22f.).

5.3 Komorbidität

Die Depression ist ein weit verbreitetes Krankheitsbild, wobei zwischen einer autonomen Depressions-Diagnose und einer depressiven Störung, als Teil einer anderen psychiatrischen Erkrankung, unterschieden werden muss. Das heißt, eine Depression kann sowohl das Ergebnis, als auch der Auslöser einer anderen psychischen Krankheit sein. Depression kann zum Beispiel der Auslöser für Substanzmissbrauch (zur Lösung depressiver Verstimmung), für Verstärkung von Ängsten, körperliche Beschwerden (Übelkeit, Schmerzen), Essstörungen oder für aggressive Verhaltensweisen sein. Zudem können depressive Störungen auch mit beispielsweise Angst- und Zwangsstörungen, Anorexia Nervosa oder mit dem Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) einhergehen (vgl. Mehler-Wex, 2008, S. 8).

Laut Rachmann (1991) bezeichnet die Komorbidität psychischer Störungen das gemeinsame und gleichzeitige Auftreten zweier Störungen (vgl. Hernstorfer, 2000, S. 82).

Es werden folgende Komorbiditäten unterschieden: Die „Querschnittskomorbidität“ bezeichnet das gleichzeitige Auftreten unterschiedlicher Störungen. Die „lebenszeitbezogene Komorbidität“ benennt das Vorkommen verschiedener

Diagnosen im Verlauf des Lebens einer Person. Aus dieser Längsschnittsperspektive lassen sich noch zwei weitere Begriffe ableiten: „Kausale Komorbidität“ und „entwicklungsbezogene Komorbidität“. Bei der „kausale Komorbidität“ bildet möglicherweise die erste Störung die Ursache bzw. das Risiko für die zweite komorbide Störung. Das chronologische Auftreten von unterschiedlichen Störungen im Entwicklungsprozess bezeichnet die „entwicklungsbezogene Komorbidität“ (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 43ff.).

Eine häufige Komorbidität besteht zwischen Depression und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bzw. zwischen Depression und Störung des Sozialverhaltens/Störung mit oppositionellem Trotzverhalten bzw. zwischen Depression und Angststörungen (vgl. ebenda, 2002, S. 43ff). Bei einer Störung mit sozialer Ängstlichkeit hat das Kind Angst vor sozialen Situationen, an denen fremde bzw. wenig vertraute Menschen beteiligt sind. Sie sind schüchtern, zurückgezogen, unsicher und vermeiden öffentliches Sprechen. Die Schulangst ist gekennzeichnet durch eine Angst davor die Schule zu besuchen, wobei hinter diesem Verhaltensmuster Leistungsangst oder soziale Angst stecken könnte. Die Schulphobie bezeichnet die panische Angst vor der Schule, wobei hierfür Trennungsängste die Ursache darstellen (vgl. Nevermann, Reicher, 2001, S. 65f.).

In der folgenden Tabelle wird die Leistungskomorbidität der Major Depression mit unterschiedlichen Angsterkrankungen dargestellt.

Gesamt	58,0
Generalisierte Angsterkrankung	17,2
Agoraphobie	16,3
Spezifische Phobie	24,3
Soziale Phobie	27,1
Panikstörung	9,9
Posttraumatische Belastungsstörung	19,5

Tabelle 6: Leistungskomorbidität der Major Depression mit Angsterkrankungen (Ergebnisse der US National Comorbidity Survey, mod. Nach Kessler et.al. 1996; Angaben in %) (Onken, Ströhle In: Berghöfer, Bauer, Adli, 2005, S. 106)

Somatische Beschwerden, wie zum Beispiel Kopf- oder Bauchschmerzen, können die depressive Symptomatik begleiten. Hierbei ist es wichtig, körperliche Grundkrankheiten von somatischen Begleiterscheinungen einer Depression

abzugrenzen (vgl. Mehler-Wex, 2008, S. 119). Auffälligkeiten wie eine extreme Naschsucht, Fett- oder Magersucht, Wiederauftreten von frühkindlichen Verhaltensweisen (Daumenlutschen, Nägel knabbern) oder Spielen mit gefährlichen Gegenständen zählen zu den häufigsten Formen physischer Symptome (vgl. Nissen, 2002, S. 197).

Eine depressive Störung kann aber auch in Folge von anderen psychischen (Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, etc.) oder physischen Krankheiten und Krankenhausaufenthalten (z.B. nach einem Herzinfarkt) auftreten (vgl. Wolfersdorf, 2008, S. 29). So auch in Folge einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), welche durch Anzeichen wie Hilflosigkeit, Furcht, Störungen des Sozialverhaltens oder Bindungsstörungen gekennzeichnet ist. Laut einer Studie kommt es bei ca. einem Drittel der Fälle zum Substanzmissbrauch und bei ca. 41% treten selbstständige depressive Störungen auf (vgl. Mehler-Wex, 2008, S. 87).

Bei Jugendlichen tritt eine depressive Störung vor allem in Verbindung mit aggressivem Verhalten auf. In diesem Fall kommt es häufig auch gleichzeitig zu Substanzmissbrauch, Dissozialität und Suizidalität (vgl. ebenda, 2008, S. 87).

Zudem stellt eine Depression oftmals eine Komplikation einer neurologischen Krankheit dar, wie die weiter unten angeführte Tabelle repräsentiert. So erleiden ca. ein Drittel aller neurologisch kranken Patienten während ihrer Krankheit eine Depression (vgl. Beblo, Lautenbacher, 2006, S. 68).

Neurologische Erkrankung	Prävalenz
Schlaganfall	18-61%1; 19-23%2
Parkinson-Erkrankung	4-75%1; 46%2
Multiple Sklerose	27-54%1; 40%2
Epilepsie	8-48%1; 29%2
Alzheimer-Erkrankung	1-90%1; 50%2
Schädel-Hirn-Trauma	6-77%1; 26-42%2

Tabelle 7: Prävalenz depressiver Störungen bei neurologischen Erkrankungen (Beblo, Lautenbacher, 2006, S. 68)

Anmerkungen:[1] = Spanne der Studienergebnisse;[2] = Errechnetes oder geschätztes Mittel

Depressionen können also das Risiko für eine Vielzahl von Erkrankungen erhöhen, sowie für Krankheiten des Zentralnervensystems (vgl. Beblo, Lautenbacher, 2006, S. 69).

5.4 Gender

In Hinblick auf die Geschlechter lassen sich einige Differenzen in der Symptomatik finden.

Geschlechtsunterschiede der Kinderdepression (nach Nissen, 1988)	
Mädchen Passiv- gehemmte Symptomatik	**Jungen** Aktiv- agierende Symptomatik
• Angst • Kontaktschwäche • Überangepasstheit • Mutismus (Sprachverweigerung) • Wein-/Schreikrämpfe • Enuresis (Einnässen) • Naschsucht	• Kontaktschwäche • Angst • Selbstisolierung • Gehemmtheit • Aggressivität • Enuresis • Unmotiviertes Weinen • Schlafstörungen

Tabelle 8: Geschlechterunterschiede der Kinderdepression (Rabenschlag, 2000, S. 53)

5.4.1 Mädchen

Mädchen bzw. Frauen (25% aller Frauen) leiden zweimal häufiger an einer depressiven Störung als Jungen bzw. Männer (10%-15% aller Männer). Eine Ursache dafür könnte sein, dass Mädchen (insbesondere frühreife Mädchen) die Pubertät als viel belastender wahrnehmen als Jungen. Sie grübeln mehr, neigen zu Selbstkritik und Schuldgefühlen. Hinzu kommt der Unterschied im Hormonsystem: Zyklische Schwankungen der Sexualhormone während des Menstruationszyklus können Depressionen, Reizbarkeit, Anspannung und Kopfschmerzen auslösen. Außerdem kommen noch Schwangerschaft, Geburt oder Fehlgeburt hinzu, welche mit einer erhöhten Depressionsanfälligkeit einher gehen können. Die

Rollenbelastung (Beruf, Kind, Haushalt), denen viele Frauen ausgesetzt sind, stellt einen zusätzlichen Risikofaktor dar. Auch Gewalt- oder Missbrauchserfahren, denen Frauen bzw. Mädchen viel häufiger ausgesetzt sind, haben bei der Depressionsentstehung eine wesentliche Bedeutung. Zudem können Armut oder Existenzsorgen (Frauen sind viel häufiger davon betroffen) eine Depressionsentwicklung zusätzlich fördern (vgl. Nevermann, Reicher, 2001, S. 186ff).

Depressive Mädchen leiden außerdem häufiger unter Angst- und Essstörungen. Die Symptome sind nach „innen“ gerichtet, d.h. Betroffene „fressen“ Probleme in sich hinein (vgl. ebenda, 2001, S. 63f).

5.4.2 Jungen

Depressive Jungen neigen zu Verhaltensstörungen, Aufmerksamkeits- und Überaktivitätsstörungen, sowie zu Alkohol- und Drogenmissbrauch. Sie zeigen nach außen gerichtete Symptome, z.B. aggressives Verhalten gegenüber anderen (vgl. ebenda, 2001, S. 63f).

Auch hinsichtlich der Auslösefaktoren einer depressiven Erkrankung bestehen genderspezifische Unterschiede. Bei Männern stellt oftmals die Arbeitswelt die Ursache für eine depressive Entwicklung dar. Überforderung, Rückstufung, Entlassung, längere Arbeitslosigkeit, Krankheit mit einhergehenden Rollenverlust, Verlust von Einfluss und Macht, etc. sind einige Faktoren, welche die Entstehung einer Depression begünstigen. Männer sehen sich selbst häufig als „starke Versorger“, kommt es dann zu einem Scheitern, erleben sie dies als individuelle Katastrophe (vgl. Wolfersdorf, 2008, S. 89).

6 Epidemiologie

Nach epidemiologischen Studien leiden zw. 10% und 20% der Menschen mindesten einmal im Leben an einer Depression, wobei das Depressionsrisiko nach der Pubertät für Frauen doppelt so hoch wie für Männer ist (vgl. Beblo, Lautenbacher, 2006, S. 3).

Depressionsform	Punkt- bzw. 6-Monatsprävalenz	Lebenszeitprävalenz
Affektive Störungen Frauen Männer	**4,6-6,5%** **2,7-4,6%**	- -
Majore Depression Frauen Männer	**4,6-7,4%** **6%** **3,8%**	9-17% 21,3% 12,7%
Bipolare Störungen	**0,4-0,8%**	-
Dysthymie	**-**	4%

Tabelle 9: Prävalenzangaben zu affektiven Störungen (Beblo, Lautenbacher, 2006, S. 4)

Derzeit leiden etwa 25 Millionen Europäer an Depressionen. Das Lebenszeitrisiko für Depressionen liegt bei ca. 18%, für Dysthymien bei ca. 4% und für Bipolare Störungen bei ca. 3% (vgl. Görlitz, 2010, S. 29).

Vorausgegangene Studien belegen, dass depressive Störungen auch bei Kindern ein weit verbreitetes Problem darstellen. Eine Depression lässt sich bei Kindern schwer diagnostizieren, wobei zu Beginn des Jugendalters die Auftretenshäufigkeit deutlich steigt (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 35).

Bei Kindern im Vorschulalter kann von einer Prävalenzrate von unter 1% ausgegangen werden, im Kindesalter liegt die Häufigkeit bei 2%, im Jugendalter hingegen ist bereits eine Prävalenz von 4%-5% anzunehmen. Bei Kindern und Jugendlichen entwickelt sich eine Depression vermehrt in der Altersgruppe der elf- bis 14-Jährigen, bei Kindern, welche eine familiäre Vorbelastung hinsichtlich psychischer Störungen aufweisen, bildet sich diese in der Regel bereits früher aus. In

den meisten Fällen entdecken betroffene Kinder oder Jugendliche ihre psychischen Verstimmungen schon zu einem früheren Zeitpunkt der Depression, wohingegen Eltern und Lehrer erst später auf den veränderten Zustand dieser aufmerksam werden. Bezüglich der Häufigkeit psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sind aufgrund zahlreicher neuer Herausforderungen der heutigen Zeit tendenziell zunehmende Prävalenzraten zu erwarten (vgl. Warnke, Jans & Remschmidt In: Harrington, 2001, S. 9f).

Die Pubertät spielt aufgrund biologischer, psychologischer und sozialer Veränderungen eine wesentliche Rolle, was das Risiko für eine Fehlanpassung des Jugendlichen betrifft. Somit kommt es in dieser Phase zu einer Zunahme depressiver Störungen. Vor allem bei Mädchen besteht ein signifikant höheres Risiko, an einer depressiven Erkrankung zu leiden, als bei Jungen in gleichem Alter. Faktoren wie die Zunahme von bedrückenden Lebensereignissen, psychosoziale Belastungen, Neugestaltung sozialer Beziehungen, sowie die kognitive und sozio-emotionale Entwicklung können zur Entstehung depressiver Störungen beitragen. Auch aufgrund der Konfrontation mit mehr Verantwortung, Autonomie und anderen Problemen in der Pubertät, kommt es zu einer Risikoerhöhung. Das erhöhte Depressionsrisiko bei Mädchen erklären sich einige Experten dadurch, dass diese die Ursachen von Problemen eher bei sich selbst suchen und dass sie ihre Bewältigungskompetenzen deutlich schlechter bewerten, als dies Jungen tun (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 87).

Die am Ende der Kindheit bzw. am Beginn der Jugendzeit erreichte kognitive Entwicklung ist ein wichtiger Indikator für ein erhöhtes Depressionsrisiko. Anzeichen, wie zum Beispiel ein negatives Selbstbild, negative Zukunftserwartungen oder Hoffnungslosigkeit sind grundlegend auf kognitive Konditionen zurückzuführen (vgl. ebenda, 2002, S. 95).

Bei der Dysthymie gibt es bisher nur wenige Daten in Hinblick auf Kinder und Jugendliche. Jedoch nimmt man an, dass 1,7% der Kinder und 8% der Jugendlichen von einer dysthymen Störung betroffen sind, wobei die Prävalenz für Mädchen 4,5% und für Jungen 1,5% beträgt (vgl. Mehler-Wex, 2008, S. 22).

Bipolare Störungen kommen bei Kindern nur äußerst selten vor und auch im Jugendalter leiden weniger als 0,1% an einer solchen Störung. Die

Lebenszeitprävalenz beträgt zwischen 0,4% und 1% (vgl. Remschmidt In: Remschmidt, 2008, S. 222).

Manische Episoden treten bei Kindern sehr selten auf und nehmen erst im Jugendalter zu, wobei genaue epidemiologische Daten fehlen (vgl. ebenda In: Remschmidt, 2008, S. 222).

Laut einer Studie zeigt sich ein siebenfach erhöhtes Depressionsrisiko bei Erwachsenen, die bereits als Kinder Depressionsschübe erfahren hatten, wobei 70% dieser Personen Depressionsrückfälle im Erwachsenenalter erleben (vgl. Dahlke, 2006, S. 332).

Erschreckend ist, dass 70%-80% der Kinder mit einer depressiven Störung nicht behandelt werden (vgl. Mehler-Wex, 2008, S. 20).

Diese epidemiologischen Zahlen sollen vor Augen führen, welches weitreichende Problem depressive Störungen sowohl im Erwachsenenalter, als auch im Kindes- und Jugendalter darstellen und welche Bedeutung eine gesellschaftliche Aufklärung über Prävention, Risikofaktoren, Symptomatik und Behandlung hat. Besonders präventive Programme im frühen Kindesalter sollen dazu beitragen, die Inzidenz und Prävalenz depressiver Störungen einzudämmen.

7 Erklärungsansätze/Ursachen

7.1 Unterschiedliche Erklärungsmodelle

Das Diathese-Stress-Modell geht davon aus, dass die Wechselwirkung zwischen der Vulnerabilität einer Person (Störungsbereitschaft bzw. Diathese) und bedrückenden Ereignissen bzw. umweltbezogenen Risikofaktoren die Entwicklung einer Störung verursacht. Die Vulnerabilität bildet die Labilität gegenüber Stressoren ab, welche zu einem erhöhten Risiko einer Störung führen. Ein Element für dieses Erklärungsmodell ist die Annahme, dass ein Verlusterlebnis (als Stressor) dann eine Depression auslöst, wenn der Betroffene ein niedriges Selbstbewusstsein oder fehlende Bewältigungskompetenzen (als Vulnerabilität) besitzt (vgl. Groen, Petermann, 2002, S.105).

Das Transaktionsmodell von Sameroff (1995) stellt die Wechselwirkung zwischen biologischen, psychologischen und verhaltensbezogenen Faktoren einer Person und den sozialen Faktoren in der Umwelt in Hinblick auf eine normale bzw. abweichende Entwicklung dar. Die Entwicklung zeichnet sich durch zirkuläre Prozesse aus. Verhalten bzw. Verhaltensabweichungen stellen ein Produkt der Transaktion von Phänotyp (Person mit äußeren und sonstigen Merkmalen), Genotyp (Ursprung der biologischen Organisation) und dem Umweltfaktor (Ursprung der sozialen Erfahrung) dar. Wenn die umweltbezogenen Ansprüche zu hoch sind bzw. der Betroffene zu wenig Bewältigungsstrategien aufweist, steigt das Risiko für eine Entwicklungsabweichung (vgl. ebenda, 2002, S. 106f).

Das kognitive Depressionsmodell nach Beck besagt, dass depressive Personen eigene Erfahrungen und ihre Umwelt falsch bewerten, sodass dies zu negativen Gedankenmustern und logischen Denkfehlern führt. Laut Beck setzt sich die psychische Manifestation einer Depression aus folgenden Komponenten zusammen: kognitive Triade, Schemata und kognitive Fehler. Die kognitive Triade bezieht sich auf negative Bewertungen der eigenen Person, der Ereignisse, der Umwelt und der Zukunft. Die Betroffenen leiden unter einem negativen Selbstbild und geben sich selbst die Schuld für schlechte Erfahrungen, wobei negative Aspekte überbewertet werden. Der Begriff „Schemata“ bezeichnet stabile kognitive Verhaltensmuster, mit dessen Hilfe Reize wahrgenommen und Erfahrungen strukturiert werden. Bei

depressiven Menschen kann es bereits im Kindesalter zur Entstehung von negativen Gedankenschemata aufgrund von negativen Erfahrungen gekommen sein. Diese Schemata können durch Belastungen bzw. Stresssituationen stimuliert werden und können somit eine kognitive Triade auslösen. Die kognitiven Fehler treten bei der Informationsverarbeitung depressiver Kinder und Jugendlicher auf. Laut dieser Theorie entstehen depressive Gefühle aufgrund von „falschem“ Denken. Dieses Denken setzt unter Stressbelastungen ein und beeinflusst die gesamte Wahrnehmung und somit auch das Verhalten. Es handelt sich dabei um negative Gedanken bezüglich der eigenen Person, sowie der Umwelt und der Zukunft. Es sind häufig Übertreibungen, Generalisierungen und Schwarz-Weiß- Malereien, welche solche depressiven Gedanken auslösen. Es ist daher wichtig, dass Betroffene generell von sich selbst eine realistischere Sichtweise bekommen (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 105ff.).

Das Modell der erlernten Hilflosigkeit nach Seligmann sagt aus, dass Menschen aufgrund von für sie unkontrollierbaren Erfahrungen bzw. Ereignissen, diese Hilflosigkeitserfahrung auch auf andere Lebensbereiche übertragen. Aufgaben, welche vorher kein Hindernis darstellten, werden dann zu enormen Belastungen. Das Depressionsrisiko steigt, wenn diese negativen Ereignisse internal (auf sich selbst bezogen), stabil (andauernd) und global (situationsunabhängig) auftreten (vgl. ebenda, 2002, S. 111f). Depressive Patienten sind zumeist antriebslos, ziehen sich zurück, sind müde und wirken bei Gesprächen häufig abwesend und motivationslos. Der Motivationsverlust stellt einen zentralen Aspekt der Theorie der gelernten Hilflosigkeit von Seligmann dar. Denn dann führt eine Situation, die als nicht bewältigbar erlebt wird, zu einem depressiven Verhalten, welches von Motivations- und Selbstwertverlust geprägt ist. Dieses Verhaltensmuster ist konstant und tritt auch dann ein, wenn die Situation eigentlich bewältigbar wäre (vgl. Beblo, Lautenbacher, 2006, S. 39).

Nach dem Problemlösungsmodell von Nezu et al. spielt eine fehlende bzw. unangepasste Problembewältigungsstrategie eine wichtige Rolle bei der Entstehung bzw. beim Verlauf einer depressiven Störung (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 112).

Beim transaktionalen Stressmodell nach Lazarus wird Stress als wechselseitige Konfrontation zwischen Person und deren Umwelt bezeichnet (vgl. ebenda, 2002, S. 114).

Das Modell nach Seiffge-Krenke beschreibt den Zusammenhang zwischen Stress, Coping und Outcome (gesundheitlichen Folgen aufgrund von Stress). Kommt es zu keiner angemessenen Bewältigung von Stress führt dies zu einer depressiven Symptomatik (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 114f.).

Das kognitiv-interpersonale Modell von Hammen et. al. setzt sich mit den Ursachen einer Depression auseinander. Diese ergibt sich laut dem Modell durch die Kombination von kognitiven Faktoren, belastenden Ereignissen und zwischenmenschlichen Problemen (vgl. ebenda, 2002, S. 117).

Das integrative Modell von McCauley et al. ist ein komplexes entwicklungsorientiertes Modell, welches verschiedene Faktoren für die Entstehung und Erhaltung einer Depression verantwortlich macht. Laut dem Modell gibt es verschiedenen Temperamentdimensionen (genetische Veranlagung, kognitive Voraussetzung, körperliche Attribute), welche zusammen mit Eigenschaften von Bezugspersonen im Kindesalter zu einer vulnerablen Bindung führen können. In Folge dessen kann es auch zur Bildung eines negativen Selbstschemas, zur nachteiligen Informationsverarbeitung und zu schlechten Erwartungen gegenüber Bezugspersonen kommen (vgl. ebenda, 2002, 118f.)

Das entwicklungspsychopathologische Modell von Cicchetti et al. sieht Depression als ein Störungsbild mit einer Bandbreite unterschiedlicher Zustände, welche von einer Verstimmung bis hin zu einer schwerwiegenden Störung reicht. Auch innerhalb der einzelnen Klassifikationen (Major Depression, Dysthyme Störung, etc.) können sich individuelle Ausprägungsformen ergeben. Depression ist hier also eine komplexe Störung, welche eine Vielfalt von Erscheinungsformen aufweisen kann (vgl. ebenda, 2002, S. 119).

Das integrative und entwicklungsorientierte Modell von Goodman und Gotlib setzt sich mit Zusammenhängen zwischen einer mütterlichen Depression und dem Entstehen einer depressiven Störung beim Kind auseinander. Solche Mediatoren sind unter anderem die genetische Übertragung von Depression, angeborene neurologische Dysfunktion, Konfrontation mit negativen Verhaltensweisen, Gefühle der depressiven Mutter und belastende Lebensumstände. Durch diese genannten Mediatoren kann die Depression der Mutter zu einer gesteigerten Vulnerabilität

beitragen, womit eine depressive oder andere psychische Erkrankung begünstigt werden würde (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 125f.).

Mit der Differentiellen-Aufmerksamkeits-Hypothese von Teasdale soll die Vulnerabilität mancher Personen für Depression und auch die Dauer depressiver Episoden erklärt werden. Laut Teasdale erfährt jeder Mensch einmal kritische Lebensereignisse, jedoch liegt der Unterschied zwischen vulnerablen und nicht-vulnerablen Personen im Entfalten von Selbstberuhigungsmechanismen. Bei vulnerablen Personen bestehen Probleme im Bereich der kognitiven Funktionsweisen, die zur schweren Form von Depression führen (vgl. Essau, 2007, S. 111).

Laut dem Selbstkontrollmodell der Depression von Rehms liegt im Zentrum einer Depression die Wechselwirkung zwischen mangelhaften Regulationsmechanismen und externalen Verstärkerverlusten. Hinzu begünstigen häufige negative Sanktionen (z.B. Selbstbestrafung) eine depressive Entwicklung. Laut Rehms lenken Depressive ihre Aufmerksamkeit vermehrt auf negative Erlebnisse und deren Folgen. Zudem führt eine starke negative Selbstbeurteilung zu extrem strengen, kaum erfüllbaren Standards, welche die betroffene Person an sich selbst richten. Kommt es zu Misserfolgen, werden diese der eigenen Person zugeschrieben, unabhängig davon, ob die eigene Person wirklich ein Verschulden trifft (vgl. ebenda, 2007, S. 112).

Das Competency-Based-Modell nach Cole rückt positive oder negative Rückmeldungen auf Verhaltensweisen bei der Entwicklung eines positiven Selbstschemas in den Mittelpunkt. Permanente negative Rückmeldungen führen danach zu einer Störung des kognitiven Entwicklungsprozesses beim Kind. Positives Feedback begünstigt den Entwicklungsprozess und dient der Depressions-Prävention (vgl. ebenda, 2007, S. 113).

Das Verstärker-Verlust-Modell nach Lewinsohn definiert Depression als Reaktion auf fehlende bzw. mangelnde positive Verstärkung. Eine mangelnde positive Verstärkung führt dazu, dass sich der Betroffene von Aktivitäten, die positive Verstärkung einbringen, distanziert, was wiederum eine Dysphorie und Depression begünstigen soll (vgl. ebenda, 2007, S. 113).

Das multifaktorielle Modell beschreibt das Wechselspiel zwischen genetischen Faktoren und frühen Lebenserfahrungen, kognitiven Faktoren, sowie zwischen familien-, umwelt- und entwicklungsspezifischen Stressoren. Die Basis dieses Modells bildet das Vorhandensein einer depressiven Störung bei den Eltern. Die Bindungsqualität zwischen dem Kind und der Eltern ist wesentlich für die Entwicklung des Kindes (vgl. Essau, 2007, S. 118).

7.2 Genetische Theorien/ Genetische Ursachen

Leidet zumindest ein Elternteil an einer Depression steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die depressive Störung auf das Kind übertragen wird. Hat beispielsweise bei einer Familie mit vier Kindern ein Elternteil eine Depression, liegt die Wahrscheinlichkeit vor, dass zumindest ein Kind eine depressive Störung erleben wird. Sind beide Elternteile depressiv, kommt es zu einer Verdoppelung des Risikos für die Kinder. Die Wahrscheinlichkeit an einer manisch-depressiven Störung zu erkranken ist deutlich höher als das Risiko für eine Dysthymie. Da lediglich die Disposition für eine depressive Erkrankung vererbt wird, kann ein „Ausbrechen“ der Depression durch positive Entwicklungsbedingungen des Kindes verhindert werden (vgl. Rabenschlag, 2000, S. 109f.).

Zwillings-, Adoptions- und Familienstudien besagen, dass ein erhöhtes Risiko, an einer depressiven Störung zu erkranken, bei Personen mit genetischer Vorbelastung vorliegt (vgl. Gube, 2007, S. 13). So leiden ca. 20% der Eltern und ca. 30% der Geschwister depressiver Patienten auch an einer depressiven Störung (vgl. Beblo, Lautenbacher, 2006, S. 13).

Bei eineiigen Zwillingen (identisches Erbgut) besteht demnach eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit, dass beide an einer depressiven Störung erkranken, bei Geschwistern (unterschiedliches Erbgut) ist diese Wahrscheinlichkeit deutlich reduziert. Dieser Sachverhalt spricht für eine genetische Verankerung der depressiven Erkrankung. (vgl. Mehler-Wex, 2008, S. 34).

7.3 Biologische Theorien/ Ursachen/Neuroendokrinologie

Biologische Theorien orientieren sich an Forschungsergebnissen bezüglich des Stoffwechsels, der Hormone, der Botenstoffe im Gehirn und des Gehirns. Da viele dieser Stoffe beim Kind noch nicht ausgereift sind, erscheint es schwierig die Befunde der Erwachsenenforschung auf Kinder umzulegen. Gehirnfunktionsprüfungen (PET) bei depressiven Personen zeigten, dass bei diesen das linke Vorderhirn weniger aktiv ist, dies kann einen Grund für den Verlust der Willensstärke darstellen. Eine weitere Ursache für eine Depression könnte die Fehlregulation der Neurotransmitter Serotonin, Noradrenalin und Dopamin darstellen. So liegt oftmals der Grund für das Auftreten einer depressiven Störung in der geringen Konzentration des Serotonins im Zwischenhirn, welches für die Regulation der Gefühle verantwortlich ist. Das Stresshormon Cortisol liegt im depressiven Zustand deutlich erhöht vor (vgl. Rabenschlag, 2000, S. 110ff). Der Botenstoff CRF löst zusätzlich Gefühle von Angst aus. Das Gehirn ist in einem Stress- und Daueralarmzustand, wobei offen bleibt, ob dies den Auslöser oder eine Begleiterscheinung der Depression darstellt (vgl. Dahlke, 2006, S. 217).

Außerdem wurde eine reduzierte Konzentration des Noradrenalin-Metaboliten 3-Methoxy-4-Hydroxyphenylglycol im Blut, Urin und in der Gehirn-Rückenmarks-Flüssigkeit bei depressiven Menschen nachgewiesen. Auch Dopamin nimmt eine wesentliche Rolle bei der Pathogenese der Depression ein, denn bei depressiven Personen sind die Dopamin-Metaboliten reduziert. Zudem wird bei einer Depression von einem Glutamat-Überschuss ausgegangen. Es konnte nachgewiesen werden, dass Substanzen, welche den Glutamat-Spiegel senken, eine antidepressive Wirkung zur Folge haben. Auch der Neurotransmitter Acetylcholin kann aufgrund einer Überaktivität eine depressive Symptomatik hervorrufen. So zeigte ein Rattenversuch den Zusammenhang zwischen einer gesteigerten cholinergen Neurotransmission und einer geminderten Lernfähigkeit, sowie Gewichtsverlust, passiven Verhaltensweisen, etc. Auch eine Dysfunktion der Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsenachse kann Ursache für eine depressive Störung sein. Bei depressiven Erwachsenen konnte eine reduzierte hyphophysäre Ausschüttung der Hormone TSH und TRH beobachtet werden. Bei Kindern und Jugendlichen konnte dies jedoch noch nicht explizit nachgewiesen werden. Zudem ist bei einer depressiven Erkrankung eine erhöhte Kortisol-Sekretion festzustellen. Eine

Depression wäre also durch eine Störung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse bedingt. Eine frühe chronische Belastung kann auch die Ursache für eine veränderte Stressvulnerabilität, die sich negativ auf das Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-System auswirkt, darstellen (vgl. Mehler-Wex, 2008, S. 40ff.).

Bei der Dysregulation von Neurotransmittern kann zwischen der Katecholamintheorie, der Indolamintheorie und der hormonellen Hypothese unterschieden werden. Die Katecholamintheorie basiert auf der Annahme, dass der Noradrenalinspiegel zu niedrig ist und dadurch eine depressive Störung auslöst. Noradrenalin gehört zu der Stoffgruppe der Katecholamine. Die Indolamintheorie geht von einem Serotoninmangel als Ursache einer depressiven Störung aus. Serotonin zählt zu den Indolaminen. Die hormonelle Theorie besagt, dass das endokrine System bei der Depressionsentstehung einen wesentlichen Anteil hat. So ist der Cortisolspiegel bei der unipolaren Depression stark erhöht. Die Nebennierenrinde gibt bei Belastungen das Hormon Cortisol ab (vgl. Gube, 2007, S. 14).

7.4 Somatogene Faktoren/Erkrankungen

Oftmals geben auch körperliche Erkrankungen den Anstoß für eine depressive Erkrankung. Dabei kann es sich um eine einfache Erkältung, aber auch um eine Diabeteserkrankung, eine Hirnhautentzündung, eine Anämie oder um eine Schilddrüsenunterfunktion handeln (vgl. Rabenschlag, 2000, S. 113).

„Leichtere“ Erkrankungen, die nur eine absehbare Zeit andauern, können ebenfalls Auslöser depressiver Verstimmungen sein, wobei hier noch nicht von einer Depression im psychiatrischen Sinn gesprochen werden kann. Krankheiten, wie zum Beispiel schwere Infekte (z.B. HIV, Influenza), kardiopulmonale Erkrankungen (z.B. Herzinsuffizienz), chronische Stoffwechsel- oder Systemerkrankungen (z.B. Lebersuffizienz oder Leukämie) oder auch Erkrankungen mit fortschreitendem Verlauf (z.B. Multiple Sklerose) können eine Depression begünstigen. Bei solchen Krankheiten wird die Alltags- und Leistungsfunktion eingeschränkt, wodurch das Risiko einer sekundär-reaktiven Ausprägung einer depressiven Störung erhöht ist. Außerdem leiden die Betroffenen an unterschiedlichen Ängsten, wie Angst vor

Schmerzen, vor Verschlechterung des Zustands, vor Stigmatisierung und Angst vor dem Tod (vgl. Mehler-Wex, 2008, S. 48).

7.5 Psychologische Theorien

Die Objektivverlust-Theorie ist die älteste psychoanalytische Depressionstheorie und beruht auf Karl Abraham und Sigmund Freud. Diese Theorie geht davon aus, dass eine Depression dann entsteht, wenn sich ein Mensch nicht durch Trauerarbeit von einem geliebten Menschen, einer Idee oder einem wichtigen Bedürfnis trennen kann, wobei die Bezeichnung „Objekt“ sich nicht unbedingt auf einen Menschen beziehen muss. Nach einer Verlust- oder Trennungserfahrung fühlt sich die betreffende Person niedergeschlagen und traurig. Bei einem depressiven Menschen jedoch kommt noch hinzu, dass er sich selbst innerlich abwertet, indem er sich selbst beschuldigt oder sich für hässlich, dumm, minderwertig, etc. ansieht. Eine „Beschädigung“ ist laut dieser Theorie bereits vor dem Verlusterlebnis eingetreten, denn für den depressiven Menschen war dieses „Objekt“ notwendig, um sein geringes Selbstwertgefühl zu stärken (vgl. Rabenschlag, 2000, S. 114f.).

Ein negatives Selbstbild, sowie ein niedriges Selbstbewusstsein stehen in Zusammenhang mit der Entstehung einer Depression. Je weniger Selbstbewusstsein vorhanden ist, desto mehr divergieren die Realität und das Ideal-Selbstbild. Ein Mangel an sozialer Kompetenz, Anerkennung und Freundschaften fördern die Entwicklung einer Depression zusätzlich. In der Pubertät kommen dann noch weitere Belastungen und Herausforderungen hinzu (vgl. Mehler-Wex, 2008, S. 63f.).

Ein Mangel an Bewältigungsmechanismen bzw. fehlende Problemlösefertigkeiten verursachen meist eine Handlungsunfähigkeit. Dabei sind emotional-kognitive Haltungen, erlernte Kompetenzen und Motivationsfaktoren von großer Bedeutung. Fehlende Bewältigungsstrategien führen zu einer Selbstabwertung und zu Hilflosigkeit, was wiederum in Rückzug und Passivität mündet (vgl. ebenda, 2008, S. 65).

7.6 Psychosoziale Faktoren

Bei 70% der depressiven Heranwachsenden sind kritische Lebensereignisse die Ursache der Krankheit. Zu solchen negativen Erlebnissen zählen zum Beispiel der Verlust eines Elternteils, Scheidung der Eltern, psychische oder physische Erkrankung eines Elternteils, langfristige Trennungserlebnisse im ersten Lebensjahr oder Misshandlungserfahrungen (vgl. Mehler-Wex, 2008, S. 49).

Ein Viertel aller Jugendlichen hat bis zum 16. Lebensjahr zumindest einmal eine traumatisierende Erfahrung gemacht. Risikofaktoren hierfür stellen neben der genetischen Veranlagung, psychiatrische oder physische Erkrankungen im Umfeld, Armut oder zu geringe soziale Unterstützung dar. Ob eine PTBS in eine depressive Erkrankung mündet (in 40% der Fälle), ist auch abhängig von der „Distanz“ gegenüber dem Erlebnis (direkt oder indirekt beteiligt bzw. betroffen) und von der Einbettung in das soziale Umfeld bzw. vom Vorhandensein einer Bezugsperson. Das Suizidrisiko bei einem Kind mit einer traumatisierenden Erfahrung erhöht sich um das Zwei- bis Fünffache (vgl. ebenda, 2008, S. 54ff.).

Zu den chronischen Belastungen, welche zu einer depressiven Störung beitragen können, gehören zum Beispiel ein niedriger Sozialstatus, schulische Über- oder Unterforderung, Mobbing oder ein Schulwechsel. Aber auch alltägliche Stressoren, wie zum Beispiel soziale Beziehungsprobleme, können Risikofaktoren darstellen. Es existiert eine große Anzahl unterschiedlicher Einflussgrößen (vgl. ebenda, 2008, S. 56f.).

Wie bereits erwähnt spielen andere psychosoziale Faktoren wie Migration, Arbeitslosigkeit oder Armut ebenfalls eine Rolle bei der Entstehung einer Depression. Bei Arbeitslosigkeit bzw. Armut haben Betroffene mit ständigen Existenzängsten zu kämpfen. Bei Migranten kommen neben sprachlichen Schwierigkeiten auch oftmals traumatisierende Erlebnisse hinzu (z.B. Krieg) (vgl. ebenda, 2008, S.57).

Soziale Interaktionsprobleme und die Entwicklung einer depressiven Störung stehen vor allem im Jugendalter in Zusammenhang. Besonders aggressives Verhalten führt nicht selten zu einer Depression. Durch die vielen Konflikte kommt es zur sozialen Ablehnung. Der Mangel an positiven Kontakterlebnissen, die fehlenden Kompensationsmöglichkeiten bezüglich der Kontaktgestaltung, sowie

Leistungsprobleme etc. können eine depressive Entwicklung begünstigen (vgl. Mehler-Wex, 2008, S. 58f.).

Somatische oder psychische Erkrankungen der Eltern können je nach Ausmaß der Einschränkung eine starke Belastung für das Kind darstellen. Auch erzieherische Unsicherheiten (z.B. Inkonsequenz, keine Grenzen setzen, etc.) sind mögliche Risikofaktoren. Als massiv erlebte Trennungserfahrungen und Deprivation führen beim Kind zu einer Trauerreaktion, welche einer „anaklitische Depression“ entspricht, die dann je nach Vulnerabilität in einer schweren Depression münden kann (vgl. ebenda, 2008, S. 60f.).

Laut Essau und Merikangas (1999) sind der Mangel an Kommunikation, Gleichgültigkeit, Unsicherheit in der Bindung, Zurückweisung, Feindseligkeit, Wut, Vernachlässigung und Bestrafung bzw. Misshandlung familiär-interaktive Risikofaktoren. Da eine alleinerziehende depressive Mutter eine schützende und entlastende Funktion für ihr Kind nicht zur Gänze übernehmen kann, steigt das Depressionsrisiko für das Kind, wobei die Schwere bzw. das Ausmaß der depressiven Erkrankung der Mutter eine entscheidende Rolle spielt. An Ängsten leidende Eltern übertragen ihre negativen Ansichten oft unabsichtlich auf das Kind und sind meistens in ihrer Erziehung überprotektiv, was sich negativ auf die Selbstständigkeit bzw. Entwicklung des Kindes auswirken kann. In Folge dessen fehlen dem Kind soziale Kompetenzen und Bewältigungsstrategien, was wiederum eine depressive Störung begünstigt (vgl. ebenda, 2008, S. 61ff.).

Weissmann et al. (1972) verweisen auf den Zusammenhang zwischen der Depression der Mutter und einer reduzierten emotionalen Zuwendung, schlechten Kommunikation, Feindseligkeit, Unzufriedenheit und Antipathie gegenüber dem Kind. Das Kind muss frühzeitig Verantwortung übernehmen, dabei fehlt es dem Kind aufgrund der depressiven Erkrankung des Elternteils an einem Vorbild, an dem es sich orientieren kann. Zudem können grundlegende kindliche Bedürfnisse nicht erfüllt werden. Aufgrund von fehlendem Verständnis und mangelnder Fürsorge ist die Beziehung zwischen Kind und dem depressiven Elternteil gestört und mit Angst und Misstrauen behaftet. Findet das Kind trotzdem Halt und Unterstützung durch eine andere Bezugsperson erfährt es Selbstsicherheit und kann Selbstbewusstsein aufbauen (vgl. Söldner 1994, S. 40ff.).

Ein depressiver Elternteil hat oft Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen, d.h. ihm fehlen soziale Fertigkeiten. Da Kinder von Imitations- und Modelllernen geprägt sind, übernehmen sie durch Nachahmung diesen depressiven Lebensstil. Außerdem erfahren Kinder depressiver Eltern allgemein mehr negative Gefühle im Familienleben, denn die negativen Emotionen können vom Kind übernommen werden (vgl. Nevermann, Reicher, 2001, S. 116).

Substanzmissbrauch, Psychosen und Persönlichkeitsstörungen eines Elternteils gehen mit einer Beeinträchtigung einer adäquaten und liebevollen Erziehung des Kindes einher, da es an Emotionalität und Reziprozität (Gegenseitigkeit) fehlt. In allen Fällen haben die Stressbewältigungsmechanismen des Kindes einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung einer Depression (vgl. Mehler-Wex, 2008, S. 54ff.).

7.7 Andere Risikofaktoren

Bestimmte Medikamente können einen Auslöser für depressive Störungen und Schlafstörungen darstellen. So können zum Beispiel Glukokortikoid-Behandlungen mit psychischen Nebenwirkungen einhergehen (vgl. ebenda, 2008, S. 47).

Außerdem spielen auch saisonale Einflüsse, wie die Jahreszeit, eine Rolle. So fand man heraus, dass bei Erwachsenen mit einer saisonalen Depression die Verarbeitung von Lichtreizen gestört ist (vgl. ebenda, 2008, S. 66).

Wie bereits erwähnt kann sowohl fehlende Zuneigung, als auch eine im übertriebenen Maße gezeigte Zuwendung (z.B. Überbehütung) in der Kindheit die Ursache für eine spätere depressive Störung bilden. Personen, die in ihrer Kindheit überbehütet wurden, haben aufgrund von Ablehnungsängsten oftmals Schwierigkeiten auf andere Menschen zuzugehen, häufig führt dies zu Problemen in lebenspraktischen Bereichen und in der Selbstständigkeit (vgl. Kleespies, 2001, S. 170f.).

Mütter, welche selbst zu wenig Liebe in ihrer Kindheit erfahren haben, können – trotz Bemühens – häufig keine tiefe Beziehung zum Kind aufbauen. Hierbei spürt das Kind sowohl das Bemühen der Mutter, als auch die Ablehnung, die sich dahinter versteckt. Das Kind entwickelt ein negatives Selbstbild und empfindet sich als Zumutung für die

Mutter. Gründe für ablehnendes Verhalten von Seiten der Mutter liegen manchmal in einer unerwünschten Schwangerschaft (Karrieregründe, alleinstehend, etc.) (vgl. Dahlke, 2006, S. 292).

Eine Depression im Erwachsenenalter kann auf bestimmte Umstände im Kindesalter zurückgeführt werden. Diese sind spezifische familiäre Konstellationen, wie z.B. extrem autoritäre Väter, ein depressives Elternteil, etc., welche eine Depressionsentstehung begünstigen können, jedoch nicht müssen. Es ist zu erwähnen, dass viele Menschen obwohl sie unter schwierigen Umständen aufwachsen, keine späteren depressiven Störungen entwickeln. Einige solcher familiär schwierigen Konstellationen möchte ich kurz anführen. Mütter, die sich nicht wirklich um kindliche Bedürfnisse kümmern, permanent etwas auszusetzen haben („du bist zu dick“, „das macht man nicht“, etc.) und sich mehr in Form materieller Dinge ihrem Kind zuwenden, tragen zu einer Entwicklung eines negativen Selbstbildes des Kindes bei („So wie ich bin ist es nicht gut“). Väter mit zu hohen Erwartungen (gut erzogen, begabt, sportlich, hübsch, etc.) können ein Kind enorm unter Druck setzen. Es hat Angst den Vater zu enttäuschen, sie sind quasi unfrei und voller Stress, aufgrund der enormen Angst den Erwartungen nicht gerecht zu werden. Der autoritäre Vater räumt den Kindern nur wenig Freizeit und wenig Platz für eigene Bedürfnisse ein, die Kinder sind kleine Erwachsene, die dem Vater zu gehorchen haben. Diese Heranwachsenden haben oft Angst vor dem Vater und versuchen jeden Konflikt zu vermeiden. So können sie keine eigene Meinung vertreten, keine Persönlichkeit entwickeln oder Bedürfnisse ausleben, wenn sie nicht in das väterliche Konzept passen. Abschließend sei hier angemerkt, dass dies nur Beispiele von möglichen Familienkonstellationen, die einen Einfluss auf die kindliche Entwicklung haben, darstellen. Fühlt sich ein Kind aber geborgen, geliebt und unterstützt, ist die Familienform nebensächlich (vgl. Giger-Bütler, 2003, S. 56ff.).

Ein Kind, das ein positives Selbstbild besitzt, Bedürfnisse artikuliert, Zuwendung fordert, Emotionen zeigt, zumindest über eine Bezugsperson verfügt und über eine gewisse Stabilität bezüglich Krisen/Belastungen sowie Copingstrategien zeigt, wird mit großer Wahrscheinlichkeit nicht so leicht in eine depressive Krise geraten, auch wenn es unter schwierigeren Bedingungen aufwächst, als vergleichbare Kinder (vgl. ebenda, 2003, S. 86).

8 Verlauf der Depression

In Anlehnung an die Richtlinien der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry zeigt der Verlauf einer Depression folgende Phasen: Remission, Teilremission, Genesung, Rückfall, Rezidiv/Wiedererkrankung und Besserung/Respons. Die Phase der Remission dauert zwischen zwei Wochen und zwei Monate und weist nicht mehr als ein klinisches Symptom auf. In dieser Phase lebt der Betroffene fast symptomfrei. Die Teilremission dauert zwischen zwei Wochen und drei Monate und zeigt mehr als ein bedeutsames Symptom, erfüllt jedoch die vollständigen Kriterien nicht. Von Genesung ist dann die Rede, wenn eine symptomfreie Phase von mindestens zwei Monaten vorliegt. Eine depressive Episode während der Remissionsphase wird als Rückfall bewertet. Eine Wiedererkrankung (Rezidiv) stellt eine neue depressive Episode während der Genesungsphase dar. Besserung/Respons ist gekennzeichnet durch eine wesentliche Besserung der Symptomatik während einer laufenden Behandlung (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 28).

Depressive Symptome treten häufig episodenweise auf, wobei bei unipolaren Formen ca. 50% der Betroffenen nur eine depressive Episode durchstehen, 20%-30% der Patienten bis zu drei und der Rest mehr als drei Episoden erleiden muss. Bei bipolaren Störungen ist die Häufigkeit depressiver Episoden zweimal so hoch. Die Dauer solcher Episoden beträgt im Durchschnitt fünf Monate bei unipolaren und vier Monate bei bipolaren Erkrankungen (vgl. Beblo und Lautenbacher, 2006, S. 3).

In klinischen Längsschnittstudien konnte folgendes zum Verlauf depressiver Störungen festgestellt werden: Die Major Depression entsteht meistens im frühen oder mittleren Jugendalter. Was die Dauer der depressiven Episoden betrifft, lassen sich große Unterschiede feststellen, denn diese können wenige Wochen, aber auch einige Jahre andauern. Nach ein bis zwei Jahren liegen die Remissionsraten der Major Depression bei Kindern und Jugendlichen häufig bei bis zu über 90%. Das Rückfallrisiko ist groß und beträgt zwischen 25% nach einem Jahr und 75% nach fünf Jahren. Kinder und Jugendliche mit einer depressiven Störung sind gefährdeter für andere psychische Erkrankungen, wie z.B. Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Störungen etc., als Kinder und Jugendliche ohne ein depressives Leiden. Zudem sind Selbsttötungsgedanken bzw.

–versuche und Suizide im Jugendalter keine Seltenheit. Außerdem liegt ein erhöhtes Risiko für anhaltende oder wiederkehrende depressive Störungen und andere psychische Erkrankungen oder Beeinträchtigungen bis ins Erwachsenenalter vor (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 64). Die nachfolgende Tabelle soll Faktoren, welche einen Einfluss auf den Verlauf einer Depression haben, aufzeigen.

Faktoren, die den kurz- bzw. langfristigen Verlauf einer Depression beeinflussen

- Bisheriger Verlauf
- Adäquate Erhaltungstherapie, Rezidiv- bzw. Verschlechterungsprophylaxe, (Psycho- und Pharmakotherapie)
- Adäquate Therapie körperlicher Erkrankungen
- Adäquate Therapie psychiatrischer Komorbidität
- Stabiles bzw. stabilisiertes Selbstwertgefühl
- Vorhandensein einer positiv erlebten Partnerschaft
- Vorhandensein einer unterstützenden Beziehung
- Unterstützung im sozialen Umfeld
- Bewältigung objektiv gegebener Belastungen im Arbeits- und Wohnbereich bzw. Hilfe dabei
- Entlastung im familiären Bereich (Mehrfachbelastungen durch Kinder, Haushalt, Beruf)
- Erwerb sozialer Kompetenz
- Reduktion (soweit vorhersehbar) von negativen Lebensereignissen
- Veränderung von depressiven/depressiogenen Denkschemata bzw. Neubewertung von Person, Leistung, Situation

Tabelle 10: Faktoren, die den kurz- bzw. langfristigen Verlauf einer Depression beeinflussen (Wolfersdorf, Heindl, Schuh et al. In: Berghöfer, Bauer, Adli, 2005, S. 447)

Bereiche	Beispiele
Symptome und Störungen	● Vorliegen depressiver Symptome, Diagnosen oder Störungen. ● Vorliegen komorbider Störungen.
Psychosoziale Beeinträchtigung	● Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen: in der Schule oder bei der Arbeit, zu Hause, im Sozialkontakt, bei sozialen Aktivitäten, in der Freizeit. ● Lebensqualität
Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten	● Anzahl der in Anspruch genommenen Gesundheitsdienste und Dauer der Inanspruchnahme. ● Art der Gesundheitsdienste: Sektor der psychosozialen Versorgung (d.h. Psychiater, Psychologe, Sozialarbeiter), medizinische Dienste eines (nicht-psychiatrischen) Arztes oder einer Krankenschwester, Dienste innerhalb der Schule, kirchliche Dienste, soziale Dienste, andere (z.B. Geistheiler, Glaubensheiler). ● Ort und Art der Inanspruchnahme: stationär, ambulant, telefonisch.

Tabelle 11: Indikatoren des Verlaufs von Depression (Essau, 2007, S. 89)

8.1 Fallbeispiele

„Lisa wurde im Alter von sechs Monaten wegen Essensunlust, Nahrungsverweigerung und 1-monatiger Gewichtsstagnation in der Sprechstunde für Schreibabys vorgestellt. Bereits seit Geburt habe sie nie Hunger signalisiert und sei beim Trinken von Anfang an extrem unruhig und ablenkbar gewesen. Seit drei Monaten wehre sie sich mit Schreien und Steifmachen gegen die Flasche, die sie nur noch im Halbschlaf, vor allem nachts, akzeptiere und nur so die vom Kinderarzt verordnete minimale tägliche Trinkmenge erreiche. Wiederholte Milchwechsel, Hospitalisation, zum Ausschluss einer Eiweißunverträglichkeit und anderer organischer Ursachen, Füttern unter Reizabschirmung mit Druck oder Zwang waren sämtlich erfolglos. Lisa war seit den ersten Lebenswochen durch motorische Unruhe, grundloses unstillbares Schreien in den Abendstunden, Ablehnung horizontaler Körperlagen und körperlicher Einschränkungen aufgefallen. Lisa war das erste Kind,

ein Wunschkind des noch jungen Elternpaares. Bereits die Schwangerschaft war durch körperliche Erkrankungen der Mutter mit wiederholter Hospitalisation und dadurch ausgelöste Ängste um Gesundheit und Gedeihen des Kindes belastet. Perinatal erlebte die Mutter einen Anfall von Erstickungs- und Todesangst. Kurz danach wurde Lisa beim ersten Anlegen an die Brust zyanotisch und wurde ohne weitere Erklärung abrupt von der Mutter getrennt und für eine Woche zur Beobachtung in die Kinderklinik verlegt. … (Papoušek In: Esser, 2008, S.103).“

Das angeführte Fallbeispiel von Lisa, einem sechs Monate alten Mädchen, das mit Nahrungsverweigerung und Schreianfällen vorgestellt wurde, zeigt, dass auch Säuglinge von psychischen Störungen betroffen sein können. Jedoch lassen sich psychische Verstimmungen in diesem Alter nur schwer diagnostizieren, wodurch die Abgrenzung einzelner Krankheitsbilder hinsichtlich ihrer Ätiologie und Symptomatik Probleme verursacht (vgl. *Papoušek In:* Esser, 2008, S. 103).

„Pia, 12 Jahre, besucht die fünfte Schulstufe eines Gymnasiums. Ihre Mutter, eine 45-jährige, ausgebildete Krankenschwester, wandte sich an eine Psychologin, weil Pias Schulleistungen im laufenden Schuljahr sehr schlecht waren und sie im Halbjahreszeugnis in fast allen Fächern negativ beurteilt worden war. Die Mutter berichtete außerdem, dass Pia, die ihr einziges Kind sei, meist einen gedrückten, traurigen Eindruck mache, schlechten Appetit zeige und oft wegen geringfügiger Anlässe zu weinen beginne. Die Familie lebt in einem eigenen Einfamilienhaus am Rande einer größeren Stadt. Der Vater ist Techniker, die Mutter konnte seit mehr als vier Jahren keiner außerhäuslichen Berufstätigkeit nachgehen, weil sie ihren bettlägerigen Vater im Haus der Familie pflegt. Diese Aufgabe, so sagt sie, nehme sie sehr in Anspruch und bestimme ihren ganzen Tagesablauf. Sie sei sehr erschöpft und habe für andere Aspekte ihres Lebens keine Kraft mehr. Besonders nachts, wo die Atmung des alten Herrn erschreckend unregelmäßig sei, bestehe nach ihrer Einschätzung im Falle möglicher Komplikationen hohe Erstickungsgefahr, weshalb sie seit Jahren im Zimmer des Großvaters schlafe. Pia teile seitdem mit ihrem Vater das Ehebett. Ihr Mann sei beruflich sehr erfolgreich und verdiene gut, arbeite aber auch hart, weshalb er wenig Zeit für sie und die Familie habe. Pia habe wenig außerfamiliäre Kontakte und beschäftige sich lieber mit Fernsehen und Handarbeiten. Besondere Sorge machte der Mutter neben den schlechten Schulleistungen Pias offensichtlicher Appetitmangel. Ihre Tochter esse, abgesehen

von einem morgendlichen Fläschchen mit Babynahrung, den ganzen Tag über praktisch nichts und sei erschreckend dünn. Im weiteren Verlauf der Gespräche berichtete sie von massiven ehelichen und familiären Beziehungsproblemen, die nie wirklich angesprochen oder gar ausgetragen worden waren, sowie von einer weitgehenden Infantilisierung Pias, die zuhause offensichtlich ihr Heil im möglichst langen Verbleib in der Kinderrolle suchte. Der Vater schließlich war von seinem Beruf viel zu sehr in Anspruch genommen, um sich mit Problemen dieser Art beschäftigen zu wollen. Er fand auch keine Zeit, je zur Beratung mitzukommen. Im Gespräch mit der noch sehr kindlich wirkenden Pia wurden die Berichte der Mutter weitgehend bestätigt. Pia war in der Schule, abgesehen von ihren Schulleistungsproblemen, recht unauffällig. In der Klasse verhielt sie sich angepasst, still und zurückgezogen, hatte wenig Kontakt mit ihren Mitschülern und auch keine ‚beste Freundin'. Sie sprach im Unterricht wenig, und wenn, dann nichts über sich selbst. Auffällig an ihrem Auftreten war ein etwas zu kindlicher Sprechstil, der sich aber recht gut in ihren kindlichen Gesamteindruck fügte. Ihr offensichtliches Bemühen, es möglichst allen recht zu machen, stand in einem merkwürdigen Gegensatz zu ihrer Unfähigkeit, die an sie gestellten schulischen Anforderungen zu bewältigen. Zuhause hatte sie weder einen fixen Arbeitsplatz noch geregelte Lernzeiten. Sie erzählte, dass sie zwar ein eigenes Zimmer habe, es aber praktisch nicht nütze, weil sie sich zu Hause ohnehin überall niederlassen könne. Durch die dauernden Misserfolge, so meinte sie, sei sie aber schon so entmutigt, dass sie sich beim Lernen gar nicht mehr richtig konzentrieren könne und sich selbst auch nichts mehr zutraue. Weder Mutter noch Vater kümmerten sich um ihre schulischen Belange. Wenn sie von der Schule nach Hause komme, fühle sie sich meist ausgesprochen müde und energielos. Freundinnen habe sie in der Gegend keine. Den Rest des Tages verbringe sie üblicherweise zu Hause, und zwar meist mit fernsehen. Dies sei in den letzten Jahren im Wesentlichen immer so gewesen, es habe jedenfalls im Laufe der letzten Zeit keine berichtenswerte Veränderungen ihres Befindens, Verhaltens oder sonstiger Aspekte ihres Lebens gegeben (Rossmann In: Esser, 2008, S. 291f.)."

In diesem Fallbeispiel deuten Symptome, wie Traurigkeit, Appetitlosigkeit, Zurückgezogenheit und Müdigkeit auf eine depressive Störung der zwölfjährigen Pia hin. Auch scheinen familiäre Schwierigkeiten zu bestehen, so wie die Erschöpfung der Mutter aufgrund der Pflege ihres Vaters und der viel beschäftigte Vater von Pia,

der ständig arbeitet, aufzeigen. Die schulischen Probleme und der fehlende soziale Kontakt zu Gleichaltrigen erschweren die Situation zusätzlich und begünstigen die Entwicklung einer Depression (vgl. Rossmann In: Esser, 2008, S. 291f.)

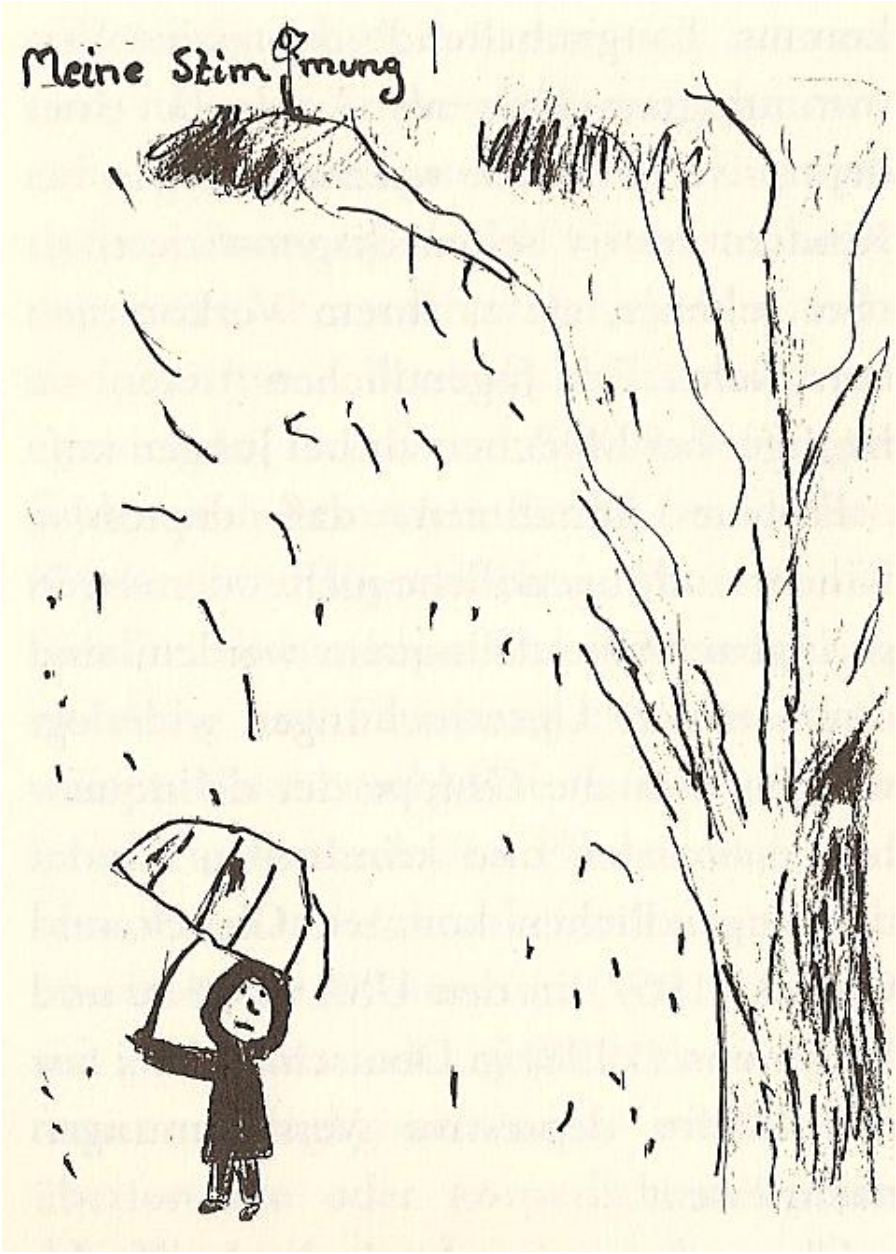

Abbildung 1: (Nissen, 2002, S. 197)

Bild: „Mädchen von 9 Jahren, 4 Monaten, das seit seiner Kleinkindzeit ‚immer nur mit schwarzen Filzstiften' gemalt habe. Bis zum 2. Lebensjahr habe sie nicht gelacht, ‚sie konnte einfach nicht lachen'. Lege ‚großen Wert auf Gerechtigkeit'. Leide unter Minderwertigkeitsgefühlen, könne sich nicht durchsetzen. Sei eine sehr gute Schülerin. ‚Sei immer ein problemloses Kind gewesen, das nicht erzogen werden musste'. Habe schon als Säugling wenig Schlaf benötigt, schlafe jetzt oft sehr schlecht ein. Ihre Stimmung sei ‚sehr wechselhaft', manchmal 3-4 Tage ausgelassen, dann wieder ‚echt depressiv'. Im Gespräch äußert das Mädchen Ängste, dass sie plötzlich sterben, ‚in ein Loch fallen, nach hinten runter fallen' könne. – Der Vater und zwei Brüder wurden wegen einer endogenen Depression mehrfach stationär behandelt, deren Vater beging Selbstmord (Nissen, 2002, S. 197)."

9 Diagnostik

Ling, Oftedal und Weinberg (1970) waren die Pioniere bei der Definition der Depression bei Kindern vor allem in Hinblick auf die Verwendung ähnlicher diagnostischer Kriterien, wie im Erwachsenenalter (vgl. Rossmann, 1991, S. 25).

Zur Untersuchung depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind altersentsprechende Erhebungsinstrumente zur Erfassung der Symptomatik, der Dauer, des Schweregrads und des erstmaligen Auftretens notwendig. Weitere Funktionen solcher Erhebungsinstrumente sind das Erkennen psychosozialer Probleme, die mit einer Depression verbunden sein können, die Evaluation des Behandlungserfolgs sowie das Screening (effiziente Auswahl einer Stichprobe einer Studie). Zu den Erhebungsinstrumenten gehören das diagnostische Interview, Selbstbeurteilungsfragebögen und Rating-Skalen (vgl. Essau, 2007, S. 30). Zur Diagnostik zählen auch eine körperliche Untersuchung u.a. zur Ausschließung körperlichen Krankheiten, eine neurologische Untersuchung, da psychische Krankheiten in einer primären zerebralen oder systematischen Erkrankung des Gehirns begründet sein können und eine Ermittlung des Entwicklungsstands des Kindes (vgl. Herpertz-Dahlmann In: Remschmidt, 2008, S. 45).

Ziel der Depressionsdiagnostik ist die Erfassung und Beurteilung von depressiven Symptomen, welche prinzipiell nach ICD-10 oder DSM-IV zu klassifizieren sind. Methoden der Diagnostik stellen die Exploration und Anamnese der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen, Verhaltensanamnese, Fragebögen, Interviews, etc. dar. Bei der Depressionsdiagnostik ist es wichtig, unterschiedliche Ausschlusskriterien zu beachten und auch komorbide Störungen zu berücksichtigen (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 139ff.).

9.1 Anamnese

Die Anamnese dient zur Erhebung der Vorgeschichte des Patienten. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie beinhaltet diese die Erfassung von Krankheiten, Belastungen und des Sozialverhaltens des Patienten (vgl. Remschmidt In: Remschmidt, 2008, S. 39).

Bei der Exploration und Anamnese werden Gespräche mit Betroffenen und/oder mit deren Vertrauenspersonen geführt. In diesen Gesprächen wird versucht, die Art und das Ausmaß der depressiven Störung zu eruieren. Das Feststellen einer depressiven Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen ist mit folgenden Problemen verbunden: Eine intrapsychische Symptomatik ist oft nur schwer diagnostisch erfassbar, die Symptomatik kontextabhängig. Symptome können nicht differenziert benannt werden und werden oftmals verdeckt. Scham, Angst, mangelnde Übereinstimmung der Aussagen von Kindern und deren Angehörigen und die Berichterstattung sind teilweise alters- bzw. geschlechtsabhängig (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 141ff.).

Es wird unterschieden zwischen Familienanamnese, Eigenanamnese, aktueller Anamnese und biographischer Anamnese. Eine subjektive Anamnese basiert auf den vom Patienten selbst getätigten Angaben, die objektive Anamnese erfolgt durch Angehörige des Patienten. Die aktuelle Anamnese befasst sich mit dem Grund für das Aufsuchen der entsprechenden stationären oder fachlichen Institutionen oder Einrichtungen, ermittelt den Beginn der Erkrankung und die Symptomatik (entweder durch eine subjektive oder objektive Anamnese). Die Eigenanamnese, welche generell von den Eltern erhoben wird, setzt sich mit Fragen betreffend den Geburtsverlauf, der weiteren Entwicklung des Kindes bis hin zum aktuellen Zustand auseinander. Bei der biographischen Anamnese wird versucht eine Verbindung zwischen den Symptomen und den Lebensereignissen herzustellen. Die Familienanamnese beschäftigt sich vor allem mit eventuell vorliegenden psychischen Auffälligkeiten, Suiziden, Alkoholmissbrauch, Kriminalität, Einweisungen oder Behandlungen aufgrund von psychiatrischen bzw. neurologischen Erkrankungen im Familienkreis. Durch die Familienanamnese werden oft wichtige Hinweise über den Verlauf der Krankheit gewonnen (vgl. Remschmidt In: Remschmidt, 2008, S. 39ff.).

I. Aufnahmemodus

Tag, Zeit, Begleitung, einweisender Arzt, Einweisungsgrund, Unterbringungsmodus (evtl. Hinweis auf Unterbringungsgesetz), evtl. Verhaltensbeobachtungen in der Aufnahmesituation

II. Anamnese

A. Familienanamnese

1. Standardangaben zu den Verwandten (Großeltern, Eltern, Geschwister des Patienten): Alter Krankheiten (Fehlbildungen, chronische Krankheiten, psychische Auffälligkeiten, psychiatrische Krankheiten, Klinikaufenthalte), aktueller Beruf
2. Persönlichkeit und Entwicklung der Eltern und Geschwister, Geschwisterkonstellation
3. Sozioökonomische Lage der Familie
4. Gesprächseindruck von den Eltern bzw. Begleitperson

B. Eigenanamnese

1. Frühe Entwicklung: Schwangerschaftsverlauf, Geburt, Neugeborenenperiode, Säuglings- und Kleinkindentwicklung, Entwicklung im Vorschulalter
2. Schule und Beruf: Einschulung, Schulstand, Leistungen, Schularbeitensituation, Berufspläne, Ausbildung in Lehre und Beruf
3. Sexualität: Sexueller Entwicklungsstand, Einstellung zur Sexualität, sexuelle Aktivitäten
4. Frühere Krankheiten: Beginn, Maßnahmen, Verlauf
5. Soziale Situation: Freundschaftsbeziehungen, soziale Stellung in der Gleichaltrigengruppe, Interaktionen und Aktivitäten außerhalb der Familie, soziale Auffälligkeiten, Freizeitunternehmungen
6. Primärpersönlichkeit, Hobbys und Interessen
7. Genussmittel, Drogen und Medikamente: Koffein, Nikotin, Alkohol, Rauschmittel und Arzneimittel; jeweils gekennzeichnet hinsichtlich Art, Dosis, Frequenz und Dauer der Einnahme
8. Familiendynamik: Beziehungen des Patienten zu den übrigen Familienmitgliedern, Interaktionen und Aktivitäten innerhalb der Familie

Aktuelle Symptomatik: Beginn, situativer Kontext, Intensität, Maßnahmen, Verlauf

C. Sicherungsfragen

1. Kardiale Dekompensation: Dyspnoe, Ödeme
2. Appetit: Widerwille gegen bestimmte Speisen, Unverträglichkeiten
3. Erbrechen, Brechreiz
4. Durst
5. Wasserlassen
6. Stuhlgang
7. Gewichtsverlauf
8. Schlaf
9. Regelmäßig eingenommene Medikamente: Verträglichkeit, Missbrauch

Tabelle 12: Beispiel für ein Anamneseschema (Remschmidt In: Remschmidt, 2008, S. 42)

9.2 Erhebungsinstrumente

9.2.1 Diagnostische Interviews

Mittels standardisierter diagnostischer Interviews lassen sich Symptome auf ihre klinische Relevanz überprüfen. Bei solchen Interviews sind die Fragen genau vorgegeben bzw. orientieren sich nach einem Leitfaden (hoch- oder semistrukturiert) (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 151).

Beispiele für diagnostische Interviews stellen das „Diagnostic Interview Schedule for Children“ (DISC; Costello, et al. 1985), das „Diagnostic Interview for Children and Adolescents“ (DICA; Herjanic/Reich 1982), das „Kiddie- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia“ (K-SADS; Puig-Antich/Chambers 1987), das „Interview Schedule for Children“ (ISC; Kovacs 1985), das „Child Assessment Schedule“ (CAS; Hodges 1994) und das “Child and Adolescent Psychiatric Assessment“ (CAPA; Angold et al. 1995) dar. Bei der Auswahl eines Interviewschemas ist es von Bedeutung sowohl die Ziele, als auch die zur Verfügung stehenden Ressourcen zu beachten (vgl. Essau, 2007, S. 31). Zum besseren Überblick und Vergleich stellt die nachfolgende Tabelle verschiedene Interviewverfahren dar.

Bezeichnung	Altersbereich	Informant	Erfasster Merkmalsbereich	Psychometrische Kennwerte	Strukturierungsgrad
Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D); (Döpfner et al., 1999)	Kinder und Jugendliche	Eltern u. Kind/ Jugendlicher	Ganzer psychopathologischer Bereich	Reliabilität 0,63-0,90; faktorielle Validität teilweise bestätigt	Halbstrukturiert (auch als klinisches Rating
Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ); (Döpfner u. Lehmkuhl, 2000)	Ab 11 Jahre	Eltern u. Kind/ Jugendlicher, Lehrer	Ganzer psychopathologischer Bereich	Reliabilität 0,70; faktorielle Validität gesichert	Halbstrukturiert (auch als klinisches Rating)
K-SADS-PL; (Kaufmann et al., 1997)	7-17 Jahre	Eltern u. Kind/ Jugendlicher	Ganzer psychopathologischer Bereich	Reliabilität: Retest 0,63-1,00 Validität: hoch	Halbstrukturiert
Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA); (Herjanic u. Reich, 1982)	Ab 6 Jahre	Eltern oder Kind bzw. Jugendlicher	Ganzer psychopathologischer Merkmalsbereich	Reliabilität: Inter-Rater-Übereinstimmung: 85%-89%; Validität: gute Trennung zwischen psychiatrischen und pädiatrischen Fällen	Hochstrukturiert
Interview Schedule for Children and Adolescents (ISCA); (Sherrill u. Kovacs, 2000)	8-17 Jahre	Eltern und Kind/ Jugendlicher	Schwerpunkt: Depression, Angstzustände	Reliabilität: r= 0,89 für Symptom-Übereinstimmung zweier Rater Validität: hoch für Depression	Halbstrukturiert
Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC); (Shaffer et al., 2000)	6-17 Jahre	Eltern oder Kind bzw. Jugendlicher	Breiter psychopathologischer Merkmalsbereich	Retest-Reliabilität: 0,43-0,76 Validität: gute Trennung zwischen psychiatrischen u. pädiatrische Fällen	Hochstrukturiert

Kinder-DIPS (Unnewehr et al. 1995)	6-18 Jahre	Eltern oder Kind bzw. Jugendlicher	Breiter psychopathologischer Merkmalsbereich	Retest-Reliabilität: Kappa-Werte 0,50-0,89 Validität: gut für mehrere Symptomkomplexe; weniger gut bei Störungen des Verhaltens	Hochstrukturiert
Mannheimer Elterninterview (MEI); (Esser et al., 1989)	6-16 Jahre	Eltern	Breiter psychopathologischer Merkmalsbereich, soziofamiliäre Bedingungen, belastende Lebensereignisse	Interrater-Reliabilität: Kappa-Werte 0,71-1,00 Validität: Übereinstimmung mit Expertenurteil 64%	Strukturiert
Marburger Symptomskalen (MSS); (Mattejat u. Remschmidt, 2004)	Kinder und Jugendliche	Eltern u.a. Fremdbeurteiler	Ganzer psychopathologischer Bereich	Interrater-Reliabilität: Kappa-Werte 0,79-0,83 Validität: gut	Strukturiert (auch als klinisches Rating)
Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (OPD-KJ); (Arbeitskreis OPD-KJ, 2003)	Kinder und Jugendliche	Eltern u.a. Fremdbeurteiler	Psychodynamisch orientiertes Verfahren zur Erfassung therapierelevanter Aspekte, ergänzend zum MAS	Keine Angaben	Halbstrukturiert (auch als klinisches Rating)
Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID)	Jugendliche ab 14 Jahren	Jugendliche	Ganzer psychopathologischer Bereich	Interrater-Reliabilität: 0,55-1,00 Übereinstimmungsvalidität: 0,40-0,60	Halbstrukturiert

Tabelle 13: Einige strukturierte Interviews für das Kindes- und Jugendalter (Remschmidt In: Remschmidt, 2008, S. 50f)

Die „Shedule for Affective Disorders and Schiziphrenia for School-Aged Children“ (Kiddie-SADS) von Puig-Antich und Chambers (1978) besteht aus einem semistrukturierten Interviewleitfaden mit vorformulierten Fragen und ist für Kinder zwischen sechs und 16 Jahren entwickelt worden. Die „Kiddie-SADS“ erlaubt die Ableitung der Diagnosekriterien von DSM-III. Zuerst wird ein ca. einstündiges Interview mit den Eltern durchgeführt, welches die psychopathologischen Auffälligkeiten des Kindes zum Inhalt hat. Dann folgt ein ca. einstündiges (bei Kindern unter acht Jahren noch längeres) Interview des Kindes, das unter anderem etwaige Differenzen zwischen Eltern und Kind klären soll. Außerdem soll dieses Interview die Symptomatik und vorangegangene Behandlungsversuche eruieren. Der Schweregrad eines Symptoms wird mittels einer Skala eingeschätzt (vgl. Rossmann, 1991, S. 62ff.).

Der „Interview Schedule for Children“ (ISC) von Kovacs (1978) ist ein semistrukturiertes Interview für Kinder und Jugendliche zwischen acht und 17 Jahren und deren Eltern. Zuerst werden die Eltern in einem zweistündigen Interview über ihr Kind befragt. Danach folgt ein einstündiges Interview mit dem Kind. Die ISC dient zur Gewinnung von Daten für die Erstellung von DSM-III- Diagnosen. Die ISC beinhaltet einen Hauptteil, bei dem ca. 100 psychopathologische Symptome eruiert werden, wobei dann der Schweregrad auf einer achtstufigen Skala eingeschätzt wird. Zudem werden Informationen über affektive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, schizophrene Störungen, Verhaltensstörungen, Drogenmissbrauch, Enuresis (Einnässen) und Enkopresis (Einkoten) eingeholt. Die zusätzlichen Fragen beinhalten andere DSM-III- Störungen (z.B. Persönlichkeitsstörung), wobei hier die Symptome lediglich mittels einer zweistufigen Skala (vorhanden/nicht vorhanden) eingeteilt werden (vgl. ebenda, 1991, S. 66).

Das „Diagnostic Interview Shedule for Children“ (DISC) von Costello, Edelbrock, Kalas, Kessler und Klaric (1982) hat zum Ziel, einen Überblick über den psychopathologischen Zustand des Kindes zu schaffen. Die Interviewdauer beträgt beim Kind etwa eine Stunde, bei den Eltern ist sie etwas länger. Die DISC stellt ein fast durchstrukturiertes diagnostisches Interview dar, wobei die erhaltenen Informationen durch ein Computerprogramm in psychiatrische Diagnosen übersetzt werden (vgl. ebenda, 1991, S. 67).

Das „Diagnostic Interview for Children and Adolescents“ (DICA) von Herjanic und Reich (1982) dient zur Erhebung psychopathologischer Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von sechs bis 17 Jahren. Das DICA eignet sich zur Erstellung von DSM-III-Diagnosen (auch Affektive Störungen). Die Interviews (Eltern und Kind) dauern jeweils ca. 90 Minuten (vgl. Rossmann, 1991, S. 68).

9.2.2 Selbstbeurteilungsfragebögen

Selbstbeurteilungsfragebögen sind besonders wichtig, da sie oftmals einen Einblick in die subjektive Gefühlswelt Betroffener geben. Zudem bringen sie den Vorteil mit, dass sie teilweise auch (je nach Fragen) von Laien eingesetzt werden können, um depressive Symptome und deren Intensität zu messen (vgl. Essau, 2007, S. 36f.).

Instrumente/Autoren	Altersgruppe	Anzahl Items	Spezielle Merkmale
„Depression Self-Rating Scale“ (Birleson 1981)	7-14 Jahre	18	Items umfassen affektive, kognitive und behaviorale Symptome von Depression
„Center for Epidemological Studies Depression Scale“ (Radloff 1991)	6-17 Jahre	20	Items beziehen sich auf Freunde und Eltern
„Reynolds Adolescent Depression Scale“ (Reynolds 1987)	12-18 Jahre	30	DSM-III Symptome für Major Depression und Dysthyme Störung
„Children´s Depression Inventory“ (Kovacs 1992)	7-17 Jahre	27	Items umfassen affektive, kognitive und behaviorale Symptome von Depression
„Mood and Feelings Questionnaire“ (Angold et al. 1987)	8-18 Jahre	32	Deckt die Symptombereiche im DSM-III-R und andere Items wie Einsamkeit und das Gefühl, ungeliebt zu sein, ab.
Depressionstest für Kinder (Rossmann 1993)	8-13 Jahre	55	3 Skalen: Dysphorie/Selbstwert, agitiertes Verhalten, Müdigkeit/autonome Reaktionen

Tabelle 14: Beispiele von Selbstbeurteilungs-Fragebögen zur Erfassung von Depression bei Jugendlichen (Essau, 2007, S. 36)

Die „Depression Self-Rating Scale“ (DSRS) von Birleson (1981) besteht aus einem Fragebogen für Kinder zwischen acht und 14 Jahren. Dieser enthält 18 Items, welche teils negativ („I feel like crying“), teils positiv („I sleep very well“) formulierte Fragestellungen umfassen. Die Kinder sollen dann anhand der Antwortmöglichkeiten

„never“, „sometimes“ und „most oft the time“ angeben, inwieweit die betreffende Aussage in den letzten Wochen auf sie gepasst hat. Dabei gibt es pro Item zwischen null und zwei Punkte, wobei sich der Gesamtscore aus der Summe aller Punkte der Items errechnet (vgl. Rossmann, 1991, S. 82).

Die „Children´s Depression Inventory“ (CDI) von Kovcas (1980/81, 1982) besteht aus 27 Items, welche jeweils drei Fragestellungen beinhalten. Diese Fragestellungen behandeln in abgestufter Form die zentralen Symptome oder Folgen einer Depression (z.B. „I am sad many times“, „I am sad all the time“). Der Proband soll aus jeder Dreiergruppe jene Behauptung auswählen, welche in den letzten Wochen am ehesten auf ihn zugetroffen hat. So kann dann eruiert werden, ob das betreffende Symptom überhaupt (nicht = 0 Punkte) oder in starker Ausprägung vorliegt (2 Punkte; mittelstark wäre 1 Punkt). Für die Auswertung bedarf es lediglich der Summierung aller ermittelten Punkte. Die CDI wurde für Kinder zwischen acht und 13 Jahren konzipiert (vgl. ebenda, 1991, S. 99).

Der „Depressionstest für Kinder“ (DRK) von Rossmann und Reicher (1990) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erhebung des aktuellen Befindens eines betroffenen Kindes im Alter zwischen neun und 13 Jahren. Der DTK umfasst drei Subskalen und dient zur dimensionalen Erfassung und quantitativen Beschreibung der Verfassung der Kinder. Der DKT beinhaltet 55 „ja oder nein“- Fragen, wobei die erste Subskala „Dysphorie/Selbstwert“ aus 25 Items besteht, die sich mit der Beeinträchtigung der Stimmung und der Selbstwertschätzung auseinandersetzen. Die zweite Subskala „Agitiertes Verhalten“ enthält 16 Items, welche sich auf aggressives Verhalten beziehen. Die dritte Subskala „Müdigkeit/autonome Reaktionen“ umfasst 14 Items, die am Energieverlust und an andere psychosomatische Bereiche der Depression anknüpfen. Für die Durchführung eines solchen Fragebogens benötigt ein Kind ca. zwischen zehn und 15 Minuten. Die zentralen Anwendungsgebiete betreffen die empirisch-kinderpsychologische und kinderpsychiatrische Forschung sowie auch die psychometrische kinderpsychologische Testdiagnostik (vgl. ebenda, 1991, S. 125ff.).

DIKJ (Stiensmeier-Pelster et al., 2000)
• „Ich habe an vielen Dingen Freude.“ • „Ich habe nur an einigen Dingen Freude.“ • „Ich kann mich über gar nichts richtig freuen.“ • „Ich könnte die ganze Zeit weinen.“ • „Ich könnte in der letzten Zeit oft weinen.“ • „Mir ist nur manchmal nach Weinen zumute.“
DTK (Rossmann, 1993)
• „Bist du oft unglücklich?“ • „Denkst du oft, dass andere Kinder besser sind als du?“ • „Macht dir die Schule Spaß?“ • „Weinst du oft?“ • „Schämst du dich oft?“

Tabelle 15: Beispielitems aus Selbstbeurteilungsfragebögen zur Depressionserfassung (Modifiziert nach Groen, Petermann, 2002, S. 149)

9.2.3 Fremdbeurteilungsskalen

Eine Fremdbeurteilung, z.B. durch Elternratings ist wesentlich zur Identifizierung von Symptomen, die von Kindern nicht erwähnt werden. Wichtige Fremdbeurteilungsskalen sind die „Child Behavior Checklist“ (Sines et al. 1969), das „Peer Nomination Inventory of Depression“ (Lefkowitz/Tesiny 1980) und das „Behavior Assessment System for Children“ (Reynolds/Kamphaus 1992) (vgl. Essau, 2007, S.38).

Die „Childrens´s Depression Rating Scale“ (CDRS) von Poznasski, Cook und Carroll (1979) ist eine Ableitung der Hamilton- Skala, die zur Fremdbeurteilung klinischer Depressionen bei Erwachsenen Anwendung findet. Die CDRS dient zur Feststellung des Schweregrades einer Depression und wurde für Kinder zwischen sechs und zwölf Jahren konzipiert. Die Interviewdauer beträgt ca. eine halbe Stunde (vgl. Rossmann, 1991, S. 60).

Die „Peer Nomination Inventory of Depression“ (PNID) von Lefkowitz und Tesinsy (1980) ist ein Fremdbeurteilungsfragebogen, welcher aus 19 Items besteht. Hierbei erfolgt die Beurteilung durch Gleichaltrige (meist Mitschüler). Die Items stellen in der dritten Person formulierte Fragen (z.B. „Who often looks lonly?“) dar und sind durch

die Namensnennung eines Mitschülers zu beantworten. Zur Auswertung wird für jedes Item der relative Anteil der Mitschüler bestimmt, welchen die Versuchsperson auf diese Frage hin nominiert hatte. Der Gesamtscore der Probanden lässt sich dann aus der Summe dieser Itemscores errechnen. Die Skala beinhaltet 13 Depressionsitems, die affektive, kognitive, motivationale und vegetative Symptome betreffen, weiters vier sogenannte „Happiness-Items“ und zwei Popularitätsitems (für die Validierung) (vgl. Rossmann, 1991, S. 87f).

9.2.4 Verhaltensbeobachtung

Auch die Verhaltensbeobachtung stellt ein wichtiges Instrument zur Erhebung depressiver Störungen dar, jedoch wird sie bei Kindern und Jugendlichen eher selten angewendet. Die Verhaltensbeobachtung findet in natürlicher Umgebung (Klassenzimmer, Spielplatz, etc.) oder im analogen Setting statt (vgl. Essau, 2007, S. 38f). Sie kann wichtige Informationen über die Verfassung des betroffenen Kindes oder Jugendlichen geben. Eine solche Beobachtung erfolgt schriftlich oder auch per Videoaufnahme. Die systematische Selbstbeobachtung stellt auch ein Instrument der Verhaltensbeobachtung dar und bietet den Betroffenen die Möglichkeit, ihr Verhalten selbst in Form von Protokollen, Tagebüchern, etc. einzuschätzen (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 143ff.).

Verhalten	**Komponenten**
Soziale Aktivitäten	Teilnahme an sozialer Interaktion oder Aktivitäten: ● reden oder verbale Interaktion mit einem anderen Kind ● ein Spiel spielen (d.h. zusammen mit anderen) ● an einer Gruppenaktivität teilnehmen ● mit dem Personal interagieren
Zurückgezogenes Verhalten	Aktivitäten, die die Teilnahme anderer Menschen ausschließen: ● allein ein Spiel spielen ● allein an einer schulischen Aufgabe arbeiten ● zuhören und zuschauen (z.B. allein fernsehen) ● Beschäftigung mit der eigenen Person (z.B. sich anziehen, baden)
Affektbezogener Ausdruck	Ausdruck von Gefühlen, wie ● lächeln ● stirnrunzeln ● streiten ● sich beklagen

Tabelle 16: Erfassung offen depressiven Verhaltens (nach Kazdin et al. 1985) (Essau, 2007, S. 39)

9.2.5 Andere Diagnoseinstrumente

Das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO“ (Remschmidt und Schmidt) dient zur Erfassung psychosozialer Belastungen (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 158). Da die Klassifikationsschemata zur Depressionsdiagnostik ICD-10 der WHO und DSM-IV bereits in dem Kapitel „Klassifikation“ näher erläutert wurden, werden sie hier nur erwähnt.

Nach Kerns müssen mindestens fünf der folgenden Kriterien (siehe Tabelle 17) mindestens zwei Wochen lang andauern, um von einer klinischen Depression sprechen zu können (vgl. Kerns, 1997, S. 34).

Diagnostische Kriterien für eine klinische Depression

1. Depressive Verstimmung (oder reizbare Verstimmung bei Kindern und Adoleszenten) die meiste Zeit des Tages, beinahe jeden Tag, vom Betroffenen selbst angegeben oder von anderen beobachtet;
2. Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, die meiste Zeit des Tages, beinahe jeden Tag (entweder nach subjektivem Ermessen oder für andere Meistens als apathisches Verhalten beobachtbar);
3. Deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme ohne Diät (z.B. mehr als 5% des Körpergewichts in einem Monat) oder verminderter oder gesteigerter Appetit beinahe jeden Tag (bei Kindern ist das Ausbleiben der zu erwarteten Gewichtszunahme zu beobachten)
4. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf beinahe jeden Tag;
5. Psychomotorische Unruhe oder Hemmung beinahe jeden Tag (beobachtbar von anderen, nicht nur das subjektive Gefühl der Ruhelosigkeit oder Verlangsamung);
6. Müdigkeit oder Energieverlust beinahe jeden Tag;
7. Gefühl der Wertlosigkeit oder exzessive oder unangemessene Schuldgefühle (die wahnhaft sein können) beinahe jeden Tag (nicht nur Selbstanklage oder Schuldgefühle wegen des Krankseins);
8. Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder Entscheidungsunfähigkeit beinahe jeden Tag (vom Betroffenen selbst angegeben oder von anderen beobachtet);
9. Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst vor dem Tod), wiederkehrende Suizidideen ohne einen genauen Plan oder ein Suizidversuch oder ein genauer Plan für einen Suizidversuch.

Tabelle 17: Diagnostische Kriterien für eine klinische Depression (Kerns, 1997, S. 35)

9.3 Fallbeispiel: Florian, 17 Jahre alt

*„Diagnostik: schwere Adoleszenzkrise und narzisstisch-depressive Verarbeitungsweise der Konflikte (**ICD-10: F 32.2)**. Homosexuelle Triebkonflikte erschweren eine Bewältigung der Entwicklungskrise (Kugele In: Schulte-Markwort, Diepold, Resch, 1998, S. 43).“*

Symptomatik:

„Florian ist bei der Erstvorstellung 17 Jahre alt. Der Hausarzt hat nach wiederholtem Verschreiben eines Antidepressivums eine psychotherapeutische Behandlung angeraten, da Florian bedrohlich konkrete Suizidvorstellungen geäußert hat. Im Gespräch mit Florian erschließt sich die Problematik erst nach und nach, sozusagen etappenweise. In den probatorischen Sitzungen berichtet Florian, an Depressionen zu leiden, oft traurig und mißmutig zu sein und nicht mehr leben zu wollen. Er nehme sich alles sehr zu Herzen, jede Kritik werfe ihn aus der Bahn, weshalb ihn der Berufsalltag ‚fast umbringe‘. Den ersten Versuch einer beruflichen Ausbildung hat er nach einer Woche abgebrochen, bei seiner jetzigen Ausbildung steht Florian nach 3 Wochen erneut kurz vor dem Abbruch. Auf ein anderes Problem, sein Übergewicht, kommt er in den weiteren Gesprächen nur zögernd zu sprechen. Weil er so dick sein, schäme er sich unter Leute zu gehen und bleibe lieber daheim. Mit Abklingen der akuten suizidalen Krise berichtet Florian von bulimischem Erbrechen. Im weiteren Therapieverlauf kommt Florians homosexuelle Neigung zur Sprache, deren er sich seit dem 12. Lebensjahr sicher ist. Er erinnert sich, wie gerne er sich bereits als Kind mit 6 Jahren an den Onkel angeschmiegt und seinen Unterleib an dessen Knie gedrückt habe. Von seiner homosexuellen Neigung wisse ansonsten niemand. Seine Familie solle auch keinesfalls davon erfahren, da er deren Unverständnis und deren Verachtung fürchte (Kugele In: Schulte-Markwort, Diepold, Resch, 1998, S. 43).“

Kontext: Die Ursache für die Verschlechterung der depressiven Krankheitsanzeichen scheint zunächst vorwiegend unspezifisch zu sein. Erst im weiteren Verlauf der psychologischen Behandlung lassen sich die auslösenden Faktoren herausfiltern. Florian hat sich in einen seiner Klassenkameraden verliebt und fühlt sich in seinen Emotionen von diesem bestätigt. Aus einem Versuch der Annäherung entzieht sich aber der Klassenkamerad und reagiert abwehrend. Florian wird nicht nur in seinen Gefühlen verletzt, sondern erlebt auch eine Kränkung narzisstischer Art. Diese Form

der Zurückweisung erinnert ihn an die vorher erlebte Ablehnung durch seine Mutter. Als Abwehrmechanismus dienen ihm suizidale Verhaltensweisen und der Wunsch seinem Leben ein Ende zu setzen. Im Laufe dieses Prozesses folgt aufgrund seines sozialen Rückzugs die Isolation durch sich selbst und durch andere, sodass sich die Situation immer mehr zuspitzt und in Folge dieser Dynamik auswegloser denn je erscheint (vgl. Kugele In: Schulte-Markwort, Diepold, Resch, 1998, S. 44ff.).

Untersuchungsergebnisse: Im Zuge der Durchführung zahlreicher psychologischer Testverfahren und Interviews zeigt sich, dass Florian vor allem ein gemindertes Selbstwertgefühl aufweist und als Verarbeitungsstrategie depressive Verhaltensmuster heranzieht. Im DIKJ, Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche, weist Florian sehr hohe, alarmierende Depressionswerte auf (vgl. ebenda In: Schulte-Markwort, Diepold, Resch, 1998, S. 44ff.).

Therapieverlauf: Die ersten Therapiewochen Florians sind von einer hektischen, kaum nachvollziehbaren Sprechweise geprägt. Florian spricht ununterbrochen, kratzt sich vor Aufregung häufig im Gesicht, sodass er manchmal sogar zu bluten beginnt. Er reist sich Wimpernhaare aus und kneift sich in seine Schenkel, so als fokussiere er jeglichen Widerwillen und Selbsthass gegen die Unvollkommenheit seines Körpers. Grund für seinen übereiligen Erzählstil ist die Scham über die von ihm erwähnten Ereignisse. Sein kompakter Körper wirkt trotz seiner kräftigen Statur in sich zusammengesunken. Er scheint von tiefem Kummer und Selbstwertproblemen geplagt zu sein. Er deutet an, seine letzte Aufgabe und sein letzter Ausweg liegen in der Vollendung seiner suizidalen Gedanken. Mit fortschreitender psychologischer Behandlung filtert sich immer stärker Florians Wunsch, als einer unter vielen wahrgenommen zu werden, heraus. Nicht mehr der Schutz wird als vordergründiges Ziel angestrebt, sondern das Begehren als ein „Gleicher unter Gleichen“ anerkannt zu werden. Im Zuge der Therapie entdeckt Florian sein Interesse an der Psychologie. Er liest psychoanalytische Literatur und beginnt sich selbst zu analysieren. Von diesem Zeitpunkt an, beginnt er ein Traumtagebuch zu führen, das einen wesentlichen Beitrag zum Fortgang und Erfolg der psychologischen Betreuung liefert. Gemeinsam mit dem Therapeuten bearbeitet und bespricht er seine Trauminhalte. Insgesamt nimmt die Therapie Florians einen Zeitraum von drei Jahren ein, wobei 180 Therapiestunden stattgefunden haben. Im Laufe der Therapie konnten die depressiven Verstimmungen gelindert und abschließend zur Gänze beseitigt werden.

Florian hat inzwischen gelernt, selbst seine Verhaltensweisen reflektieren zu können, Kontakte zu Gleichaltrigen aufzubauen und sein ihm noch bevorstehendes Leben zu meistern. Hinsichtlich der Homosexualität bestehen nach wie vor Barrieren. Es ist für ihn unvorstellbar, seine sexuelle Orientierung auszuleben, ohne seine Familie und seinen Heimatort verlassen zu müssen (vgl. Kugele In: Schulte-Markwort, Diepold, Resch, 1998, S. 44ff.).

10 Suizid

Abschiedsbrief:

„Ich saß oft alleine da, doch mir wurde nichts klar.
Mein Leben ist ein einziger Haufen Dreck,
ich muss endlich hier weg!
Raus aus meinem Körper, raus aus meiner Welt.
Ich möchte nicht mehr leben,
dann koste ich meinen Eltern kein Geld.
(Rita, 9.Klasse In: Nevermann, Reicher, 2001, S. 85).“

Einem Suizid oder Suizidversuch geht immer selbstreflektiertes Handeln voraus. Damit ist gemeint, dass das Handeln bewusst und mit der Absicht, das eigene Leben zu beenden, verbunden ist (vgl. Bronisch, 2007, S. 8).

Es sind die Begriffe „Suizidideen“; „Suizidversuche“ und „Suizide“ in Hinblick auf suizidales Verhalten zu unterscheiden. Suizidideen beinhalten das Nachdenken über den Tod allgemein, aber auch Todeswünsche und suizidale Vorstellungen („ich möchte mich umbringen“, „wie könnte ich mich umbringen?“). Beim Suizidversuch hingegen muss eine Intention zur Auslöschung der eigenen Existenz in aktiver Form bestehen. Ein Suizid stellt einen tatsächlich zum Tode führenden Suizidversuch dar (vgl. ebenda, 2007, S. 14).

Laut Freud ist die Psychodynamik von Suizidverhalten und Depression nicht unterschiedlich, sondern *„suizidales Verhalten und Depression sind als eine Wendung der Aggression gegen das eigene Ich und als eine ambivalente Einstellung gegenüber den Objekten (d.h. anderen Personen) anzusehen (Bronisch, 2007, S. 41).“* Diese Wendung gegen sich selbst drückt sich durch Schuldgefühle, Selbstentwertung und letztendlich in Selbstmord aus (vgl. ebenda, 2007, S. 41).

Bei der kognitiven Verhaltenstherapie von Beck stehen suizidale Verhaltensweisen mit Depression und verzerrten kognitiven Denkschemata in Zusammenhang. Damit ist gemeint, dass die depressive Person nur negative Assoziationen mit der Welt und ihrer Zukunft verbindet, so dass diese Hoffnungslosigkeit als letzte Intention im Suizid mündet (vgl. ebenda, 2007, S. 42).

10.1 Epidemiologie

Allein in Deutschland zählt man bei 100.000 Einwohnern etwa zehn Suizide bei Frauen und 20 bei Männern, wobei die Dunkelziffer hoch ist. Die Suizidversuche sind ca. zehnmal häufiger als Suizide (vgl. Tölle, 2000, S. 58). Die höchste Suizidrate in Europa ist in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen in Finnland vorzufinden (acht pro 100.000 Frauen, 45 pro 100.000 Männer) (vgl. Goodyer, 2001, S. 268).

Suizid stellt die zehnt häufigste Todesursache bei Kindern dar. Im Alter zwischen 15 und 25 Jahren nimmt die Häufigkeit zu und steht an zweiter Stelle aller Todesursachen. Die Dunkelziffer wird als sehr hoch geschätzt, wobei Suizidversuche acht- bis zehnmal häufiger eintreten als Suizide (vgl. Schulz, Fleischhaker In: Remschmidt, 2008, S. 339f.).

Die Suizidprävalenz wird in Industrieländern bei Schülern auf bis zu 10% geschätzt. Die Lebenszeitprävalenz wird bei ca. 3%-4% vermutet. Jede dritte Todesursache bei den zehn- bis 19-Jährigen ist auf Suizid zurückzuführen, wobei mehr als 50% der Betroffenen an Depressionen litt (vgl. Mehler-Wex, 2008, S. 24).

Ältere Kinder begehen aufgrund von hormonellen Veränderungen in der Pubertät häufiger Selbstmord als Jüngere. Mädchen verüben dreimal häufiger Suizidversuche als Jungen, wobei dreimal häufiger mehr Jungen als Mädchen bei Selbstmordversuchen sterben. Der Grund dafür liegt darin, dass sich Jungen eher „sicheren“ Methoden, bei denen eine geringe Chance auf Rettung besteht, bedienen (vgl. Kerns, 1997, S. 127f.).

Es ist jedoch zu erwähnen, dass die Zahl der Suizide in Österreich seit dem Jahr 1987 stetig sinkt, wie die folgende Abbildung wiederspiegelt (vgl. Kapusta 2009, Online: http://www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich.pdf)

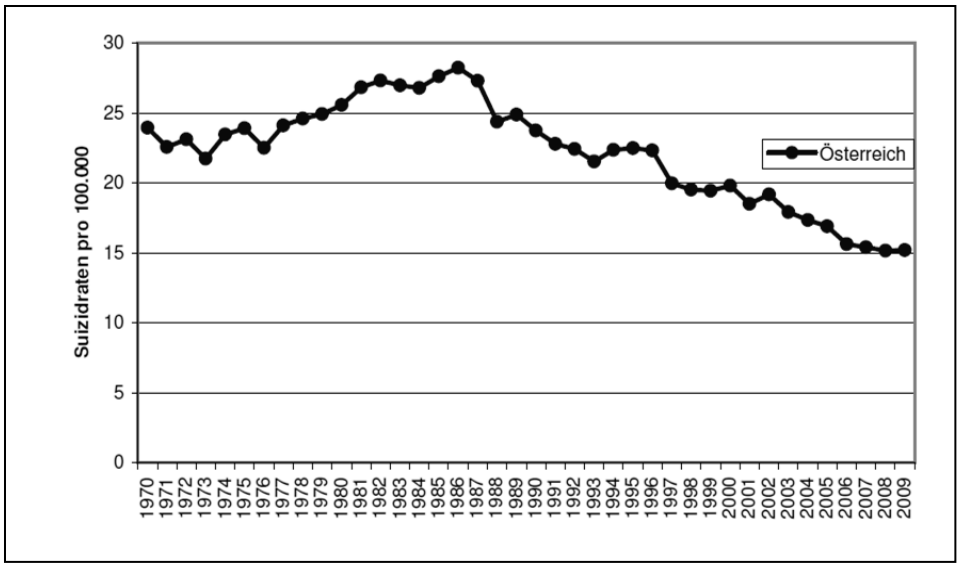

Abbildung 2: Suizidraten pro 100.000 in Österreich (http://www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich.pdf; Zugriff: 03. 08 2010)

Österreich	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Suizide absolut						
Männer	1073	1043	997	965	962	968
Frauen	345	349	296	315	303	305
gesamt	1418	1392	1293	1280	1265	1273
Suizidraten pro 100.000*						
Männer	27,0	26,1	24,8	23,8	23,7	23,8
Frauen	8,2	8,2	7,0	7,4	7,1	7,1
gesamt	17,3	16,9	15,6	15,4	15,2	15,2

Abbildung 3: Suizide absolut und Suizidraten in Österreich nach Geschlecht (http://www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich.pdf; Zugriff: 03. 08 2010)

Im europäischen Vergleich befindet sich Österreich im mittleren Feld, an erster Stelle steht Litauen und an letzter Griechenland (vgl. Kapusta, 2009, Online: http://www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich.pdf).

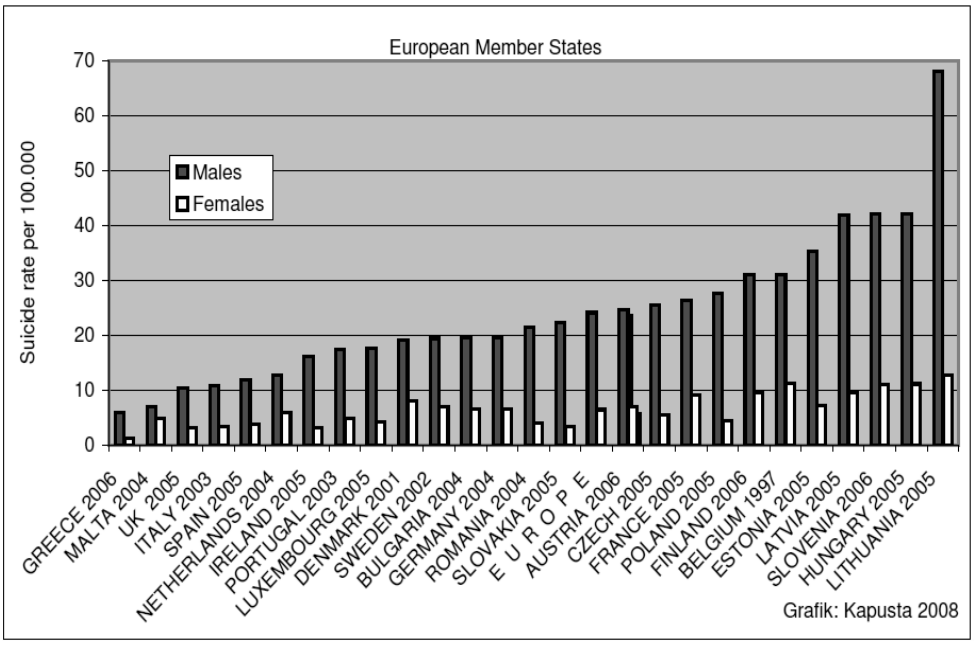

Abbildung 4: Suizidraten im Europavergleich (http://www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich.pdf; Zugriff: 03. 08 2010)

10.2 Ursachen/Risikofaktoren

Laut Bronisch werden folgende Motive für suizidale Verhaltensweisen herangezogen: Parasuizidale Pause mit dem Motiv der Zäsur, parasuizidale Geste mit dem Motiv des Appells und parasuizidale Handlung mit dem Motiv der Autoaggression. Unter der parasuizidalen Pause versteht man den Wunsch des Betroffenen „abzuschalten“, eine Pause von allem einzulegen. So berichteten Gerettete nach einer Tablettenintoxikation, dass sie einfach schlafen und in Ruhe gelassen werden wollten. Die parasuizidale Geste basiert auf einem Appell an die Umwelt. Diese Patienten begehen häufig einen Suizidversuch mit der Absicht, von einer bestimmten Person gefunden zu werden oder der Suizidversuch wird direkt vor der Person, für die der Appell gilt, unternommen (z.B. Tabletten vor der Person einnehmen). Ein Beispiel hierfür ist auch das Androhen bzw. Durchführen eines Suizidversuches bei einer drohenden Trennung des Partners. Eine parasuizidale Handlung mit dem Motiv der Autoaggression beinhaltet die eindeutige Absicht zu sterben, wobei ein rechtzeitiges Auffinden fast ausgeschlossen werden kann und führt mit einer großen Wahrscheinlichkeit zum Tod (z.B. hohe Dosis an Tabletten, Erschießen, etc.) (vgl. Bronisch, 2007, S. 14f.).

Einen Risikofaktor für einen Suizidversuch bildet das weibliche, für einen Suizid das männliche Geschlecht. Suizide werden eher von älteren Menschen (ab 50 Jahren),

Suizidversuche eher von Jüngeren (zwischen 14 und 25 Jahren) unternommen. Die höchsten Suizidraten lassen sich bei Geschiedenen, besonders bei Männern feststellen. Gleich danach folgen die Verwitweten und die Ledigen. Bei den Verheirateten sind die niedrigsten Suizid- und Suidzidversuchsraten festzustellen. Auch die soziale Schicht hat einen Einfluss auf die Suizidalität, wobei ein Zusammenhang zwischen Milieuzugehörigkeit und Suizidneigung nur für die „Unterschicht“, in der eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an Suizidversuchen durchgeführt wird, eruiert werden konnte. Eine signifikante Korrelation besteht zwischen Arbeitslosigkeit und Suizid bzw. Suizidversuch. In vielen Ländern sind die Suizidraten am Land deutlich niedriger als in der Stadt. Eine Ausnahme bilden Staaten der ehemaligen Sowjetunion, Asien und China, denn hier sind die Suizidraten im städtischen Gebiert viel niedriger als am Land (vgl. Bronisch, 2007, S. 28ff.).

Diekstra et al. ermittelten im Zuge eines WHO Programms über Strategien zur Suizidprävention (1989) die Suizidraten der 15- bis 29- Jährigen in 18 Europäischen Ländern. Dabei fanden sie heraus, dass ein Zusammenhang zwischen einer erhöhten Suizidrate und einem Anstieg der Arbeitslosigkeit, dem Anteil der Bevölkerung an unter 15-Jährigen, der Anzahl der erwerbstätigen Frauen, der Scheidungsrate, der Mordfallrate, des Alkoholkonsums und der Abnahme der Kirchenzugehörigkeit besteht (vgl. Goodyer, 2001, S. 269f.).

Um eine Suizidversuch zu planen, muss ein bestimmtes kognitives Niveau vorhanden sein. Die Entwicklungspsychologie geht von verschiedenen Phasen der Todesvorstellung bei Heranwachsenden aus. Bis zum zweiten Lebensjahr existiert kein Todeskonzept, jedoch eine emotionale Reaktion auf einen Verlust. Zwischen drei und fünf Jahren wird der Tod mit Schlaf und Trennung gleichgesetzt und ist zeitlich begrenzt und reversibel. Zwischen dem sechsten und neunten Lebensjahr kommt es zu einer Personifizierung des Todes, er wird vor allem als Strafe für z.B. schlechtes Verhalten angesehen. Zwischen zehn und 14 Jahren wird der Tod als irreversibel und mit dem Ende einer Person verstanden. Im Jugend- und Erwachsenenalter entwickelt sich ein individuelles Todeskonzept, meist aus unterschiedlichen Vorstellungen und kulturell-gesellschaftlichen Aspekten zusammengesetzt (vgl. Nevermann, Reicher, 2001, S.80).

Kinder und Jugendliche, welche sich das Leben nehmen wollen, fühlen sich hoffnungslos und machtlos. Sie sind der Meinung, dass es nur zwei Lösungsmöglichkeiten ihrer Probleme gibt, ein leidvolles Leben oder den Tod. Oftmals stellen sich Selbstmordversuche auch als Hilferufe dar: *„Ich wollte, dass meine Eltern merken, daß ich echte Probleme habe, und daß sie darüber nachdenken (Kerns, 1997, S. 135).“* Nicht selten ist ein Suizidversuch auch ein Ausdruck der Rache oder Bestrafung: *„Ich war wütend auf alle – meine Eltern, meine beste Freundin, die ganze Welt. Ich wollte es Ihnen heimzahlen, wollte ihnen genau so weh tun, wie sie mir weh getan hatten (Kerns, 1997, S. 136).“* Einige Kinder und Jugendliche geben an, dass sie Aufmerksamkeit und Mitleid erhalten wollten und darum sich selbst Leid zufügten. Ein Junge war zum Beispiel völlig niedergeschlagen, weil seine Freundin die bestehende Beziehung beendet hatte: *„Ich wollte, daß es ihr Leid tut, was sie getan hat (Kerns, 1997, S. 136).“*

In der Adoleszenz spielt als Ursache für Suizid, neben schwerer Depression, auch der „Werthereffekt“ eine große Rolle. Darunter sind Nachahmungssuizide oder Suizidversuche zu verstehen. Jugendliche schließen sich dabei der Entscheidung einer in der Öffentlichkeit stehenden Person an und folgen ihrem Idol in den Tod (vgl. Schäfer, 1999, S. 25).

Bis zu einem halben Jahr nach einem „missglückten“ Selbstmordversuch, besteht das größte Risiko für einen erneuten Suizidversuch (ca. 25%). Die Wahrscheinlichkeit für einen wiederholten Versuch innerhalb einem Jahr liegt bei ungefähr 15% (vgl. Mehler-Wex, 2008, S. 27).

10.2.1 Risikogruppen

Selbstmordgefährdete Personengruppen (nach E. Ringel 1969)
1. Depressive 2. Sonstige Psychotische (insbesondere Schizophrene) 3. Verfolgte aus rassischen, religiösen, sexuellen oder politischen Gründen 4. Flüchtlinge 5. Alkoholiker oder andere Süchtige 6. Menschen, die eine kriminelle Handlung begangen haben 7. Chronisch unheilbar Kranke 8. Alte 9. Personen in einer Ehekrise 10. Personen in schwerem sozialen Notstand 11. Personen nach Umzug vom Land in die Stadt 12. Personen, in deren Umgebung vorher ein Selbstmord stattgefunden hatte 13. Personen, die unmittelbar vorher in einen Autounfall verwickelt waren

Tabelle 18: Selbstmordgefährdete Personengruppen (nach E. Ringel 1969) (Bronisch, 2007, S. 53)

10.3 Hinweise auf Vorliegen von Suizidalität

Ringel beschäftigte sich in den frühen 50er-Jahren mit der Phase vor dem Suizidversuch, indem er 745 Patienten direkt nach einem Versuch untersuchte. Dabei fand er bei der Mehrzahl seiner Suizid-Patienten folgende Merkmale: Einengung, verstärkte, gleichzeitig aber gehemmte, Aggression und Flucht in die Irrealität. Diese Charakteristika fasste er als „präsuizidales Syndrom“ zusammen. Die Einengung, die vor allem im zunehmenden Alter eine Rolle spielt, betrifft die Angst vor dem Verlust von Fähigkeiten. Aufgrund dieser Angst wird vieles nicht beendet oder „liegengelassen“. Lebensbereiche, wie Familie und Beruf werden von der betroffenen Person aufgegeben. Gedanken der Wertlosigkeit treten auf, welche dann zu einer Stagnation führen, die dann letztendlich in einer Regression endet. Der Fokus wird auf die Vergangenheit gelegt, die Zukunft erscheint nicht von Interesse. Die Aggression ist laut Ringel meist gehemmt, d.h. ein Ausbrechen von aggressiven Verhalten wird nicht „erlaubt“, auch wenn das Bedürfnis hierfür besteht. Die Betroffenen „fressen“ alles in sich hinein, wobei ein Ausbruch der Aggression durch einen unbedeutenden Anlass ausgelöst werden kann. Die Flucht in die Irrealität ist gekennzeichnet durch den Aufbau einer Phantasiewelt, einer Scheinwelt. Die Phantasie erlangt immer mehr Bedeutung und wird immer realer, bis irgendwann die

Phantasieinhalte, wie z.B. suizidale Gedanken, wirklich eintreten (Suizidversuch, Suizid) (vgl. Bronisch, 2007, S. 38f.). Ein Suizidversuch kündigt sich meistens durch Veränderungen auf emotionaler Ebene bzw. auf Verhaltensebene an. Laut Löchel (1983) lässt sich ein präsuizidales Syndrom durch folgende Anzeichen erkennen: Gefühle der Ohnmacht und des Unverstandenseins, mangelnder Selbstwert, soziale Isolation, Passivität, Autoaggressivität, geplantes Suizidvorhaben, Dysphorie (Störung des emotionalen Erlebens) und psychosomatische Beschwerden (z.B. Müdigkeit, Appetit- und Schlaflosigkeit). Bei Kindern stellt oft der Wunsch eine schwierige Situation zu beenden einen Grund für einen Suizidversuch dar (vgl. Mehler-Wex, 2008, S. 26).

Zwölf Warnzeichen für ein erhöhtes Suizidrisiko
(nach Kerns, 1997)

1. Deutliche Verhaltensänderungen.
2. Vernachlässigung des eigenen Aussehens.
3. Sozialer Rückzug und soziale Isolierung.
4. Verschenken von persönlichen Wertgegenständen und Regulierung persönlicher Angelegenheiten.
5. Starke Beschäftigung mit dem Thema „Tod“ (Zeichnungen, Gedichte, Aufsätze, Notizen, Äußerungen etc.)
6. Offene oder verdeckte Androhung von Suizid (z.B. „Ohne mich geht es Euch ja besser!“).
7. Vorangegangene Suizidversuche.
8. Auseinandersetzung mit Suizidmethoden, Besorgen von geeigneten Mitteln (z.B. Schlaftabletten)
9. Übermäßiger Konsum von Alkohol und Drogen.
10. Schulversagen.
11. Plötzlich gehobene Stimmung bei einem bis dahin eher depressiven Kind oder Jugendlichen (möglicher Hinweis auf den Entschluss).
12. Häufige Unfälle oder körperliche Beschwerden ohne medizinischen Befund

Tabelle 19: Zwölf Warnzeichen für ein erhöhtes Suizidrisiko (Nevermann, Reicher, 2001, S. 91)

10.4 Erlebnisse in der Psychiatrie nach einem Suizidversuch

„Selbst der kleinste Funke zerstört die Dunkelheit- oder: Summer of ´05

Heute, genau vor einem Jahr, habe ich beschlossen mein Leben zu beenden. Aufgegeben hatte ich mich schon lange. Diesmal sollte es endgültig sein. Nur damals war es ein Mittwoch. Was das ändert? Nichts! Aber alles andere hat sich geändert…

Zwei Aufenthalte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Wilhelmstift, der Umzug in eine WG und eine neue Schule…, soviel zum Wesentlichen! Aber es war so viel mehr… Damals war ich nicht mehr ICH. Die Worte aus meinem Mund waren nicht meine Worte. Die Gefühle dieses Menschen gehörten nicht mehr zu mir. Es gab keine Gefühle mehr und es gab auch kein ‚Ich'. Mir war es egal, ob ich morgens aufstand und mich durch einen weiteren Tag quälte. Meine Selbstverletzung interessierte mich nicht, ich spürte sie nicht mal, denn jeden Tag, an dem ich in den Spiegel schaute, hasste ich mein Spiegelbild gleichermaßen. Fast genauso verabscheute ich alle Menschen und wollte mit niemanden mehr zu tun haben, geschweige denn jemandem Vertrauen schenken. So ließ ich meine Familie und Mitmenschen mit meinem Schein-Ich zurück, als die Finsternis in mir an jenem Tag gewann, als ich das Leben für immer hinter mir lassen wollte. Das Jahr, das darauf nun trotzdem folgte, war zur Hälfte schlimmer als meine ganzen 14 Jahre zusammen, denn ich wurde gezwungen weiter zu kämpfen, wo es doch nichts mehr zu kämpfen gab… Dies war die Zeit nach den ersten sechs Wochen Wilhelmstift, in denen ich mir nicht habe helfen lassen wollen. Doch das nächste halbe Jahr, die Zeit, in der ich mehr oder weniger freiwillig ein zweites Mal einen Aufenthalt begann, war vielleicht die schönste und anstrengendste Zeit, die ich erlebt habe. Auf einmal gab es Menschen, die mich auffingen und halten konnten, wenn ich fiel. Und ich fiel oft in meine innere Dunkelheit. Doch mit der Sicherheit, ein neues Licht im Dunkeln zu sehen, konnte ich anfangen Vertrauen aufzubauen, was früher niemals möglich gewesen war. Mit diesem neuen Gefühl wuchs natürlich die Angst, dieses Licht wieder zu verlieren. Doch was blieb mir anderes übrig, als darauf zu vertrauen? Zum Glück habe ich es getan, denn dieses Licht ist immer noch da, genauso wie meine Vergangenheit wird es nun für immer ein Teil von mir bleiben. Nun bin ich schon seit einigen Wochen wieder draußen in der ‚Freiheit'. Und die meisten Menschen auf der Straße sind mir immer noch egal. Sie interessieren mich nicht und ich bin ebenso uninteressant für sie. Ich bin für die meisten Menschen immer noch Niemand. Doch jetzt weiß ich, dass es auch Menschen gibt, denen ich wichtig bin. Und die sind das Besondere. Sie zeigen mir, wie schön es ist zu lieben und Freundschaften zu halten. Das, was ich 14 Jahre lang nicht verstehen konnte. Trotzdem bin ich nicht von heute auf morgen ein besserer Mensch – auch nicht nach fünf Monaten in der Psychiatrie. Die Vergangenheit wird immer zu mir gehören – und das ist auch gut so! Aber nun kann ich in den Spiegel schauen und versuchen, mich von Tag zu Tag mehr zu

akzeptieren. Und ‚meine' Mitmenschen helfen mir dabei, indem sie mich so lieben, wie ich bin. Nur so konnte ich mich dafür entscheiden zu kämpfen, den Weg zu gehen, der mich leben lässt. Denn ich glaube, es lohnt sich. Bei allen Rückschlägen bin ich mit immer mehr Erfahrung zwei Schritte nach vorne getreten!!! (Rabea, 15 Jahre, In: Jordan, 2007, S. 30f.)."

11 Intervention/Prävention

Depressive Störungen sind ernsthafte, weit verbreitete psychosoziale Beeinträchtigungen, die bei Nicht-Behandlung einen chronischen Verlauf nehmen und somit den Weg für andere psychische Störungen ebnen können. Nicht zu unterschätzen sind die langfristigen öffentlichen Kosten, die durch die Behandlung und gegebenenfalls durch Folgeerkrankungen bei fehlender Therapie, entstehen. Der finanzielle Aufwand, der dadurch entsteht, übertrifft sogar die monetären Ausgaben für körperliche Erkrankungen (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 213).

Die Präventionsansätze lassen sich unterteilen in selektive und universelle Präventionsmaßnahmen, wobei sich die selektiven Maßnahmen auf Kinder und Jugendliche mit einem erhöhten Depressionsrisiko beziehen und die universellen Verfahren sich an alle Kinder und Jugendliche der Bevölkerung richten. Zur selektiven Prävention gehört die Prävention bei ersten Depressionssymptomen, die familienorientierte Prävention und das soziale Fertigkeitstraining. Die Prävention nach Feststellung einer ersten Depressionssymptomatik soll den Kindern und Jugendlichen helfen, flexibler zu denken und einen besseren Umgang mit ihren negativen Emotionen und anderen Konflikten zu erlernen. Hierfür werden unter anderem systematische Problemlösungsstrategien vermittelt. Beispiele solcher Präventionsprogramme stellen das „Penn Prevention Program“ (Jaycox et al.) und das „Coping With Stress Course“ (Clarke et al.) dar (vgl. ebenda, 2002, S. 213f.).

Eine wichtige Intervention beim Erkennen einer depressiven Störung stellt das Zuhören dar. Dabei ist die Art, wie man zuhört, von besonderer Bedeutung: Sich in den Kummer des Kindes hineinversetzen und die Probleme des Kindes auf keinen Fall verharmlosen, sich Zeit nehmen, um richtig zuhören zu können und Unterbrechungen zu vermeiden, da das Kind ansonsten das Gefühl bekommen könnte, eine Last darzustellen, außerdem das betroffene Kind und seine Probleme ernst nehmen und ihm keine Vorwürfe machen (vgl. Graham, Hughes, 1998, S. 77ff.).

11.1 Präventionsprogramme

Das familienorientierte Präventionsprogramm von Beardslee et al. will depressive Störungen bei Kindern depressiver Eltern „abwenden“. Dieses Programm beinhaltet eine klinische-therapeutische Intervention mit einzelnen Familien. Ziel der familienorientierten Prävention ist die Reduktion familiärer Probleme, die Förderung günstiger Verhaltensweisen bei Kindern durch ein verbessertes familiäres Funktionsniveau und die Vorbeugung depressiver oder anderer psychischer Störungen (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 215).

Ein Beispiel für ein soziales Fertigkeitstraining ist das „Training mit sozial unsicheren Kindern“ (Petermann und Petermann). Hier wird von einem Zusammenhang zwischen sozialer Unsicherheit und mangelnden sozialen Fertigkeiten ausgegangen. Mit dem langsamen Aufbau sozialer Kompetenzen soll es zu einer Verhinderung von depressiven Störungen kommen. Außerdem werden Methoden zur Aktivierung und Motivierung der Kinder eingesetzt, um passive und unsichere Verhaltensmuster zu minimieren (vgl. ebenda, 2002, S. 216f.).

„LISA- Leichtigkeit im sozialen Alltag“ (Pössel et al.) zählt zu der universellen Prävention und wird im Schulalltag eingesetzt. Die Grundlage hierfür bildet das Modell der „sozial-kognitiven Informationsverarbeitung“ (Dodge), das darauf basiert, wonach Verhalten das Ergebnis unterschiedlicher Informationsverarbeitungsschritte in sozialen Situationen umfasst. Der Fokus des Präventionsprogramms liegt auf kognitiven Wahrnehmungs- und Bewertungsmustern und auf sozialen Kompetenzen. LISA will negative Wahrnehmungs- bzw. Bewertungsmuster, sowie unpassendes Sozialverhalten minimieren bzw. positive Muster und soziale Kompetenzen fördern. Im Rahmen des Programms werden Rollenspiele, verschiedene Wissenstests, Wissensspiele und Übungen zur Selbst- und Fremdbeobachtung durchgeführt. Der Schwerpunkt der Übungen richtet sich dabei auf die Vermittlung der Zusammenhänge von Kognitionen, Emotionen und Verhalten, auf die Exploration und die Veränderung dysfunktionaler Kognitionen, auf ein Selbstsicherheitstraining und auf ein Training der sozialen Fertigkeiten (vgl. ebenda, 2002, S. 221ff.).

Programmeinheit	Programminhalte
1. Sitzung	Einführung und Kennenlernen Vorstellung der LISA-Inhalte Beziehungsaufbau Informationen über den Trainingsverlauf und Trainingsrahmen: Regeln für die gemeinsame Arbeit Arbeitsblätter Hausaufgaben Rollenspiele
2. Sitzung	**„Magische Spirale“** Erkennen des Zusammenhangs von Gedanken, Gefühle und Verhalten
3. Sitzung	**Think! I** Identifikation von negativen und positiven Gedanken
4. Sitzung	**Think! II** Verbindung von „Magischer Spirale“ und positiven Gedanken; Erkennen von negativen Gedanken und Entwicklung positiver Alternativen
5. Sitzung	**Think! III** Erkennen des Zusammenhangs von positiven Gedanken einerseits und unischeren, aggressivem und selbstsicherem Verhalten andererseits
6. Sitzung	**Just do it! I** Lernen, eigene Bedürfnisse angemessen durchzusetzen und soziale Kontakte aufzunehmen
7. Sitzung	**Just do it! II** Erkennen, dass selbstsicheres Verhalten erlernbar ist
8. Sitzung	**Just do it! III** Training von Kontaktaufnahme
9. Sitzung	**Get in touch!** Analyse von verbaler und nonverbaler Kommunikation: Blickkontakt Körperhaltung Gesprächsinhalt Blitzlicht Verabschiedung

Tabelle 20: Inhalte und Themen des LISA-Trainings (Groen, Petermann, 2002, S. 224)

„Go! – Gesundheit und Optimismus“ (Junge et al. 2002) bezeichnet ein Trainingsprogramm gegen Angst und Depression für Jugendliche und zählt ebenfalls zu den universellen Präventionsprogrammen. Ziel dieses Programms ist es, gesundheitsfördernde Fertigkeiten zu aktivieren und durch Konfrontation mit störungsspezifischen Aspekten psychische Störungen rechtzeitig zu verhindern bzw. zu minimieren. Das Programm besteht aus den Themenbereichen „Depression“, „Angst“, „Soziales Kompetenztraining“ und „Stressbewältigung“. Im Zentrum des Programms steht die Förderung sozialer Kompetenzen, wobei das Erkennen bzw. Differenzieren von unsicheren und selbstsicheren Verhaltensweisen erlernt und der Aufbau sozialer Problembewältigungsstrategien erzielt werden soll (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 228).

Sitzung	Thema	Ziele/Inhalte
1	Einführung/ „Let´s GO!	Kennenlernen Einführung in das Programm Erfahrungen mit Stress Die vier Komponenten von Stress
2	Gedanken, Gefühle, Verhalten/ „Denken, Fühlen und Handeln“	Ein Stressexperiment Das Wechselspiel von Gedanken, Gefühlen, Körper und Verhalten
3	Angst I/ „Angst unter der Lupe“	Was ist Angst? Gesund oder krank? Die Angstreaktion und Angst vor der Angst
4	Angst II/ „Sich in die Höhle des Löwen wagen“	Spezifische und soziale Ängste Aufrechterhaltung, Vorbeugung und Bewältigung von Angst Strategien gegen Denkfehler und Vermeidungsverhalten
5	Depression/ „Die schwarze Brille“	Depressive Stimmung und Depression Aufrechterhaltung, Vorbeugung und Bewältigung von Angst Denk- und Verhaltensstrategien
6	Selbstsicherheit/ „Sich erfolgreich durchsetzen“	Soziale Kompetenz Schritte zur Selbstsicherheit Übungen zur Selbstsicherheit
7	Stressbewältigung/ „Achtung: Hochspannung!“	Stressbewältigung Systematisches Problemläsen Entspannen
8	Zusammenfassung und Abschluss/ „Das war´s!“	Wiederholung und Anwendung der erlernten Techniken Richtig oder falsch? Wie helfe ich anderen und wer hilft mir? Rückmeldung und Kursabschluss

Tabelle 21: Inhaltsübersicht des Präventionsprogramms GO! (Groen, Petermann, 2002, S. 228)

Der „Adolescent Coping with Depression Course“ (CWD-A) dauert acht Wochen (jeweils 16 zweistündige Therapiesitzungen), wobei diese Sitzungen bewirken sollen, ein Verständnis für das Krankheitsbild zu schaffen, soziale Fertigkeiten auszubilden, negative Kognitionen zu vermindern, soziale Kontakte zu verbessern, Krisenbewältigungsstrategien zu vermitteln, sowie Kommunikations- und

Problemlösungskompetenzen zu entfalten. Zur Zielerreichung werden folgende Elemente eingesetzt: Steigerung sozialer Kompetenz (durch Konversationstechniken, Planung von Aktivitäten zur Schließung von Freundschaften, etc.), Steigerung angenehmer Beschäftigungen, Angstabbau (Entspannungsübungen), Verminderung depressionsfördernder Kognitionen (Techniken zur Erkennung, Überprüfung und Änderung negativer Gedanken), Konfliktlösung (Erarbeitung von Kommunikations-, Verhandlungs-, und Konfliktlösungsfähigkeiten) und Zukunftsplanung (Abhandlung zukünftiger Probleme, Erstellung eines Lebensplans und Prävention) (vgl. Essau, 2007, S. 164f.).

Das „Primary and Secundary Control Enhancement Training Program“ (PASCET) stellt ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Interventionsprogramm dar, das 14 Einzelsitzungen (jeweils 45 Minuten) mit dem Kind und drei Sitzungen mit den Eltern integriert. Die Hauptelemente des PACET umfassen folgende Bereiche: Aufklärung der Kinder über den Zusammenhang zwischen ihrem Handeln und ihren Gefühlen, Reduktion negativer Kognitionen, Entwicklung von sozialen Kommunikations- und Problemlösungsfähigkeiten, Entwicklung von Copingstrategien, Vermittlung von Entspannungstechniken (vgl. ebenda, 2007, S. 169).

Das Präventionsprogramm für Kinder depressiver Eltern (Beardslee et al. 1997) dient zur Verringerung von Risikofaktoren und zur Förderung der Widerstandskraft von Kindern depressiver Eltern. Es basiert auf einem Wechselspiel familiärer, biologischer, sozialer und kognitiver Faktoren, wobei ein Ziel darin besteht, die Eltern bei der Unterstützung ihrer Kinder in Hinblick auf entwicklungsspezifische Aufgaben zu fördern, um einer depressiven Störung vorzubeugen. Die Zielgruppe umfasst nicht-depressive Kinder zwischen acht und 15 Jahren (vgl. ebenda, 2007, S. 182).

12 Therapie/ Behandlung

„Das Leid“

„So viel kann man sagen.
So viel kann man verstehen.
So viel Leid in sich tragen.
Doch wer kann das schon sehen.
Man muss es sagen.
Damit man es versteht.
Denn dann kann die Hilfe kommen.
Das Leid kann gehen (Lucie, 10 Jahre, In: Jordan, 2007, S. 146).“

12.1 Kognitive Verhaltenstherapie

Die kognitive Verhaltenstherapie ist die gegenwärtig am meisten untersuchte und verbreitete Therapiemöglichkeit zur Behandlung depressiver Kinder und Jugendlicher. Dieser Therapieansatz geht von der Hypothese aus, dass depressive Symptome aufgrund von negativen Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster und durch fehlende oder unangemessene Bewältigungsstrategien auftreten und bestehen bleiben. Die grundlegenden Prinzipien der Verhaltenstherapie stellen die Fundierung durch empirisch gestützte Störungs- und Behandlungsmodelle und die Ableitung von Interventionsschritten dar. Wichtig hierfür ist die Transparenz der Vorgehensweise, ein direktiver Therapeut, Compliance durch den Patienten, eine gemeinsame Problem- und Zieldefinition, Übertragung der Bewältigungsstrategien auf den Patienten und die Integration der erworbenen Fertigkeiten und Strategien in das alltägliche Leben. Bei der kognitiven Verhaltenstherapie kommt es zu einer Kombination unterschiedlicher Techniken. Ziel der einzelnen Interventionen ist es, negative Verhaltens- und Denkmuster zu identifizieren und abzuwandeln, sowie negative Emotionen zu kontrollieren. Mit Hilfe verschiedener therapeutischer Strategien wird versucht, dass Betroffene ihre negativen Verstimmungen und ihre Niedergeschlagenheit überwinden. Weiters sollen die Bewältigungskompetenzen gesteigert werden, um Aufgaben angemessener bewältigen und um besser mit

Belastungen umgehen zu können. Diese gewonnenen Kompetenzen werden anschließend stabilisiert (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 171f.).

Die kognitive Verhaltenstherapie hat sich sowohl für Erwachsene als auch für Kinder als sehr wirksam erwiesen. Sie basiert auf dem Depressionsmodell nach Beck, nach dem der Betroffene ausschließlich negative Gedanken über sich selbst, seine Umwelt und die Zukunft hegt. Als Basis für die Therapie dient ein Aktivitätenplan, der auch die mit der Aktivität in Verbindung stehende Stimmung mit einbezieht. Ein wichtiges Ziel stellt ebenfalls die Wiedererlangung des Selbstmanagements dar. Hierfür führen die Patienten eine Selbstbeobachtung durch, wobei bestimmte Situationen anschließend bewertet, protokolliert und eventuell auch abgeändert werden, um negative Wahrnehmungen zu „durchbrechen“. Dabei soll das betroffene Kind selbst negative Gedanken und Emotionen auffinden, um dadurch die eigenen Gedanken kontrollieren bzw. beeinflussen zu lernen. Wichtig bei dieser Therapie ist es, negative Denkstile zu überwinden (kognitive Umstrukturierung). Ein weiteres bedeutendes Element der kognitiven Verhaltenstherapie sind Selbstinstruktionstechniken, bei denen die einzelnen Handlungsabfolgen zerlegt und kontrollierte Bewältigungsstrategien überlegt werden (z.B. Wie ist die Situation? Welche Gefühle entstehen bei mir?). Beim Problemlösetraining wird zuerst das entsprechende Problem definiert, dann analysiert, dann werden Lösungsalternativen gesammelt und reflektiert, um schließlich eine Option auszuwählen sowie das gewählte Verhalten zu bewerten (vgl. Mehler-Wex, 2008, S. 102ff.).

Therapieziele	Inhalte	Hausaufgaben
Zieldefinition	Erfassen bestehender Einschränkungen, Erstellen einer Problemliste und einer Zielliste	
Emotionserkennung und –differenzierung	Beschreibung von Emotionsbegriffen, Gedanken und Handlungen zu Emotionen, Interpretation der Affektlage anderer	Emotionstagebuch in 3-Spalten-Technik mit eigenen Beispielen: Gefühl - Situation/ Handlung - Gedanken

Selbstbeobachtung	Herstellung von Zusammenhängen zw. Situationen, Stimmung und Gedanken anhand des Emotionstagebuchs, Wahrnehmung angenehmer Ereignisse, Beispiele für unangenehme Ereignisse, Differenzierung zw. positiv und negativ, Entdeckung automatischer Gedanken	Protokoll positiver und negativer Ereignisse: angenehmes/unangenehmes Ereignis – Gefühle – Gedanken
Aktivitätsaufbau	Gemeinsames Erstellen eines Aktivitätsplans mit konkreter, überschaubarer Tagesstruktur	Beobachtungsbogen: Was ich unternommen habe
Methoden der Selbstverstärkung	Einführung von Verstärkertechniken: Selbstverstärkung, Verstärkung durch Eltern, Entwurf einer Verstärkerliste	Beobachtungsbogen: Was ich unternommen habe – meine Belohnungen
Schulung der kommunikativen und interpersonalen Fähigkeiten	Erfassen von bestehenden Kontaktschwierigkeiten, Übungen zu: Zuhören, Sich vorstellen, Konversation, auf andere zugehen, teilen, Komplimente machen, anderen helfen	Beobachtungsbogen zu sozialen Aktivitäten
Soziale Aktivitäten, soziale Problemlösestrategien	Besprechen beispielhafter schwieriger Situationen, Rollenspiele, eigene Beispiele, Erarbeiten von Lösungsalternativen, Training selbstsicheren Verhaltens	Protokoll: Probleme mit anderen: Situation – was hätte ich tun können zu Beginn, während und am Ende des Kontakts?
Kognitive Umstrukturierung	Identifikation dysfunktionaler Gedanken, Prüfung der Angemessenheit, Entwicklung alternativer Gedanken, Bewertung von Gedanken	Gedankenprotokoll: Ereignis – Gefühl – Gedanken – alternative Gedanken – Wie richtig sind die früheren Gedanken in %?
Training positiven, konstruktiven Denkens	Herausarbeiten negativer Denkstile, Verknüpfung Gedanken - Emotionen	Beobachtungsbogen: angenehme/unangenehme Ereignisse – Folgen

Tabelle 22: Therapieziele der Kognitiven Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen (Mehler-Wex, 2008, S.104)

12.2 Psychotherapie

Die Psychotherapie bezeichnet eine spezielle Methode der Interaktion, wobei diese zumeist durch verbale Kommunikation zwischen Therapeuten und Patienten erfolgt. Die psychotherapeutische Beziehungsgestaltung ist durch Einfühlungsvermögen, Akzeptanz, Fürsorge, Entwicklung eines Störungsverständnisses und durch positive Verstärkung von Veränderungswünschen charakterisiert. Im Rahmen der Therapie wird eine intensive, emotionale und vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut und Patienten aufgebaut, um durch die Analyse der Problemsituation, die Erarbeitung von Lösungsstrategien und durch die Vermittlung von Hoffnung eine Verhaltens- bzw. Einstellungsänderung herbeizuführen (vgl. Wolfersdorf, 2008, S. 105). Es existiert eine Vielfalt von psychotherapeutischen Verfahren, exemplarisch werden zwei Richtungen vorgestellt.

12.2.1 Interpersonelle Psychotherapie

Die Interpersonelle Psychotherapie geht von der Annahme aus, dass vor allem zwischenmenschliche Probleme und fehlangepasste Beziehungen die Ursache depressiver Störungen darstellen. Daher ist ein zentraler Aspekt der Behandlung eine psychoedukative Aufklärung und eine Fokussierung auf soziale Konflikte. Zudem werden Problemlösungsstrategien erarbeitet und soziale Kompetenzen weiterentwickelt. Bedeutende Gegenstände der interpersonellen Psychotherapie bilden die adäquate Wissensvermittlung, Analyse von Emotionen und Erwartungen und das Erlernen sozialer Kompetenzen (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 181).

12.2.2 Analytische Psychotherapie

Auf den psychischen Problemen basierend werden frühere Erlebnisse bzw. Erinnerungen aufgegriffen, um diese dann mit den aktuellen Konflikten in Beziehung zu setzen. In der Therapiesituation kommt es zu einer „Übertragung“. Damit ist gemeint, dass sich der Patient gegenüber dem Psychoanalytiker so verhält, wie er es mit seiner Mutter/Vater getan hat. Durch die Analyse und Auseinandersetzung mit dieser Übertragungssituation können Veränderungen herbeigeführt werden, wobei der Patient in der Therapie neue Beziehungserfahrungen sammeln kann. Diese Psychotherapie umfasst zwischen 160 und 240 Stunden und wird in Form von

mehreren Sitzungen pro Woche abgehalten (vgl. Hegerl, Althaus, Reiners, 2005, S. 137f.).

12.3 Pharmakotherapie

Bei schweren depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen kann eine medikamentöse Behandlung sinnvoll sein. Indikatoren, welche für eine solche Behandlung sprechen sind eine starke Alltagsbeeinträchtigung, ein erhöhtes Suizidrisiko, psychotische Symptome, somatische Syndrome und ein Nicht-Ansprechen auf psychotherapeutische Interventionen. Die Behandlung mit Antidepressiva wird prinzipiell gemeinsam mit anderen therapeutischen Maßnahmen (z.B. kognitive Verhaltenstherapie) durchgeführt. Antidepressiva sind in ihrer Wirkung stimmungsaufhellend, antriebssteigernd und reduzieren negative Gefühle wie z.B. Hoffnungslosigkeit. Es ist zu erwähnen, dass die Medikation von Antidepressiva auch mit Nebenwirkungen verbunden sein kann (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 200f.).

Antidepressiva werden entweder nach ihrer chemischen Struktur (z.B. trizyklisch, tetrazyklisch) oder nach ihrem wesentlichen Angriffspunkt im Zentralnervensystem (z.B. selektive Serotonin- oder 5-HT-Wiederaufnahmehemmer) eingeteilt. Als Ursache depressiver Erkrankungen wird vor allem eine Störung des Stoffwechsels bestimmter Neurotransmittersysteme vermutet. Neurotransmitter sind Überträgersubstanzen, die Erregungen im Zentralnervensystem weiterleiten. Die für eine Depression relevanten Neurotransmitter stellen Serotonin und Noradrenalin dar. Bestimmte Antidepressiva hemmen bzw. deaktivieren solche Übertragungssysteme. Die Antidepressiva-Behandlung wird eingeteilt in eine Akut- und Erhaltungstherapie sowie in eine Rückfallprophylaxe. Die Wirkung von Antidepressiva setzt grundsätzlich erst nach mehreren Tagen bis Wochen ein (vgl. ebenda, 2002, S. 200ff.).

Klasse	Vertreter
Trizyklische Antidepressiva - v.a. Noradrenalin- und z.T. Serotonin-Wiederaufnahmehemmung - zusätzliche Serotonin-Wiederaufnahmehemmung - erhöhte Dopamin-Freisetzung durch Hemmung präsynaptischer inhibitorischer D2-Rezeptoren	Amitriptylin, Desipramin, Dibenzipin, Doxepin, Imipramin Clomipramin Trimipramin
Tetrazyklische Antidepressiva	Mianserin
Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)	Ciralopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin
Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI)	Maprotilin, Reboxetin
Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI)	Venlafaxin
Noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva (NaSSA) (Blockade der noradrenergen a2-Auto- und Heterorezeptoren)	Mirtazapin
Dual-serotonerge Antidepressiva (DAS)	Nefazodon
Reversible Monoaminoxidase-A-Inhibitoren	Moclobemid

Tabelle 23: Einteilung der Antidepressiva (Mehler-Wex, 2008, S. 124)

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer werden aufgrund ihrer Arzneimittelsicherheit am häufigsten bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt. Die Nebenwirkungen sind teilweise Übelkeit, Unruhe, Schlafstörungen und sexuelle Funktionsstörungen. Nefazodon wird seit 2003 nicht mehr eingesetzt, aufgrund von Fällen mit Leberversagen. Zu sexuellen Funktionsstörungen kommt es häufig bei der Einnahme von Sertralin, Reboxetin und Venlafaxin. Bei Jugendlichen, welche sich gerade in ihrer sexuellen Entwicklung befinden, sollten diese Antidepressiva immer mit der Schwere der depressiven Störung abgewogen werden (vgl. Mehler-Wex, 2008, S. 126ff.).

Bei ca. 50% bis 70% der mit Antidepressiva behandelten Patienten kommt es innerhalb von vier bis sechs Wochen zu einer völligen oder zumindest teilweisen Verbesserung der Symptomatik. Bei Placebos liegt die Ansprechrate bei 40% bis 50%. Nach Wirksamkeit der Antidepressiva dürfen diese jedoch nicht gleich wieder abgesetzt werden, sondern sollten mindestens über sechs Monate weiter eingenommen werden, um Rückfälle zu verhindern (vgl. Hegerl, Althaus, Reiners, 2005, S. 118f.).

12.4 Familientherapie

Die Familientherapie rückt die Bedeutung familiärer Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Erkrankungen in den Mittelpunkt. Solche Faktoren sind unter anderem unangemessene familiäre Kommunikationsmuster, negative Bindungen oder auch mangelnde soziale Unterstützung. Die Familientherapie integriert deshalb, neben dem betroffenen Kind oder Jugendlichen, auch wichtige Bezugspersonen in den Behandlungsablauf mit ein. Gemeinsam mit den Familienangehörigen soll ein „Störungsverständnis“ erarbeitet werden. Im Rahmen der Diagnostik werden das psychosoziale Funktionsniveau des Kindes, sowie das familiäre Kommunikationsmuster und unterschiedliche Belastungen eruiert und gemeinsam mit der Familie analysiert. Zur Behandlung der depressiven Symptomatik werden dem Kind und der Familie kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Fertigkeiten und Bewältigungsstrategien mitgeteilt. Zudem erfahren Eltern bzw. Familienmitgliedern, wie sie angemessener auf Probleme oder bestimmte Verhaltensmuster des Kindes reagieren können. Im Rahmen der Familientherapie soll der familiäre Zusammenhalt gestärkt werden (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 183f.).

12.5 Stationäre Behandlung

Eine stationäre Behandlung kann notwendig sein, wenn das Verhalten des Kindes sich selbst oder andere gefährdet, die ambulante Behandlung erfolglos bleibt, wenn das betroffene Kind schwere Isolations- bzw. Rückzugstendenzen entwickelt oder wenn die Behandlung einer schweren physischen Krankheit durch die Depression

beeinträchtigt wird bzw. zusätzlich eine körperliche Erkrankung vorliegt (vgl. Kerns, 1997, S. 209).

13 Forschungsstand

Der Wissensstand in Hinblick auf mögliche Ursachen und effiziente Therapiemöglichkeiten hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Seit den 1950er Jahren gibt es die TZA, in den 60er-Jahren wurden die MAO-Hemmer entdeckt, und seit den 80er-Jahren gibt es die SSRI und andere Antidepressiva. Die Wirkung der Antidepressiva optimieren steht im Zentrum der pharmakologischen Forschung, da sie derzeit nur bei 50%-70% der behandelten Personen anschlagen (vgl. Hegerl, Althaus, Reiners, 2005, S. 176).

Neuere Forschungsansätze zur Depressionsbehandlung stellen die Transkranielle Magnetstimulation (TMS), die CRH-Rezeptor-Antagonisten, die Beeinflussung der Cortisol Wirkung und die Vagusnerv-Stimulation dar. Bei der TMS wird mittels einer an die Kopfhaut angelegten Spule ein Magnetfeld erzeugt, welches wiederum Ströme in bestimmte Hirnregionen induziert. Derzeit wird noch untersucht, ob diese Behandlung bei bestimmten Arten der depressiven Störungen eine Besserung hervorruft. Gegenwärtig liegt noch kein Wirksamkeitsnachweis vor. Eine Ursache für ein depressives Krankheitsbild könnte das Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) darstellen. Dieses wirkt innerhalb der Stresshormonachse und kann bei Tieren depressionsähnliche Symptome, wie Appetitlosigkeit, Libidoabnahme, Rückzugstendenzen und ängstliche Verhaltensweisen hervorrufen. So könnte eine erhöhte CRH-Konzentration, wie sie im Liquor (Nervenwasser) depressiver Patienten vorkommt, eine Erklärung für eine depressive Symptomatik darbieten. Mithilfe von CRH-Rezeptoren-Antagonisten sollen die CRH-Rezeptoren blockiert werden. Studien, welche die Wirksamkeit dieser Behandlung belegen, gibt es derzeit noch nicht. Bei der Beeinflussung der Cortisol-Wirkung, wird mittels Cortisol-Rezeptorenblockade die Cortisolbildung gehemmt, um depressive Symptome auszuschalten. Eine hohe Anzahl der Betroffenen weist einen erhöhten Cortisol-Spiegel auf. Auch bei dieser Behandlungsform gibt es derzeit kaum Studien, welche die Wirksamkeit belegen. Die Vagusnerv-Stimulation wird bereits bei der Behandlung von epileptischen Anfällen eingesetzt. Man erhofft sich bei dieser Behandlung auch eine antidepressive Wirkung. Der Vagusnerv steuert zahlreiche Körperfunktionen, inklusive dem limbischen System, das auch für die Emotionalität von Bedeutung ist. In einer Operation wird dieser Nerv freigelegt und anhand eines Stimulationsgerätes,

welches unter die Brusthaut gesetzt wird, regelmäßig stimuliert. Auch für diese Behandlungsform liegen kaum Studien vor. Außerdem muss bei einem fehlenden Erfolg das Gerät in einer weiteren Operation wieder entfernt werden, weshalb sich diese Technik als nicht empfehlenswert erweist (vgl. Hegerl, Althaus, Reiners, 2005, S. 177ff.).

13.1 Studienergebnisse

Wissenschaftliche Studien zeigen bei depressiven Personen Defizite im Bereich der Neuropsychologie. Teilweise finden sich Aufmerksamkeitsdefizite, wobei hierzu nur wenige empirische Studien vorliegen (vgl. Beblo, Lautenbacher, 2006, S. 19). Die einzelnen Studien führten zu unterschiedlichen – manchmal widersprüchlichen – Ergebnissen.

Ältere Studien zeigen außerdem, dass bei Betroffenen fast nie motorische Beeinträchtigungen vorliegen. So belegt eine Studie von Deijen et al. (1993), bei der „matching to sample-Aufgaben“ mit Patienten durchgeführt wurden, dass diese zwar mehr Zeit für eine Entscheidungsfindung benötigen, jedoch keine verlangsamte motorische Bewegung aufweisen. Auch eine Studie von Elliott et al. (1996) zeigt bei einer Aufgabe, bei der die Untersuchten auf einem Stab steckende Kugeln von einer Anfangs- in eine Zielposition bringen mussten, dass die Patienten in ihrer motorischen Fähigkeit keine Einschränkungen aufweisen, sondern lediglich mehr Planungszeit benötigen (vgl. ebenda, 2006, S. 22).

In Untersuchungen bezüglich geteilter Aufmerksamkeit wird übereinstimmend von Leistungsdefiziten depressiver Patienten berichtet. Die Mehrzahl solcher Untersuchungen zur Aufmerksamkeitserfassung erfolgt anhand des „Zahlensymboltests des Hamburg-Wechsler Intelligenztest für Erwachsene“, der die Zuordnung von Symbolen und Zahlen (wobei die Aufmerksamkeit auf beide Bereiche gerichtet werden muss) zum Inhalt hat (vgl. ebenda, 2006, S. 23).

Die Vigilanz bzw. die Daueraufmerksamkeit kann bei depressiven Erkrankungen aufgrund von Verschiebungen des Schlaf-Wachrhythmus gestört sein. Das heißt, dass aufgrund der Symptome der Depression Defizite in Hinblick auf die

Aufmerksamkeit entstehen können. In Untersuchungen zur Vigilanz kommt es zu widersprüchlichen Aussagen. (vgl. Beblo, Lautenbacher 2006, S. 23f).

In Bezug auf das Kurzzeit- und Arbeitsgedächtnis können bei Personen mit depressiven Erkrankungen leichte Merk- oder Gedächtnisschwächen auftreten. Bei der einfachen Merkspanne kommt es jedoch zu keinen Beeinträchtigungen (vgl. ebenda, 2006, S. 24).

Desweiteren ist zu erwähnen, dass depressive Personen häufig Defizite im deklarativen Gedächtnis (explizites bzw. Wissensgedächtnis), nicht bzw. fast gar nicht im nicht-deklarativen Gedächtnis (implizites bzw. Verhaltensgedächtnis) aufweisen. Die Beeinträchtigungen des deklarativen Gedächtnisses können auf Defizite der Aufmerksamkeitsleistung zurückgeführt werden (vgl. ebenda, 2006, S. 32).

13.2 Weitere Studien

13.2.1 „Therapiest Competence in Cognitive Therapy for Depression: Predicting Subsequent Symptom Change“

Einschätzungen der Kompetenz von Therapeuten sind wesentlich für die psychotherapeutische Forschung und Praxis. In dieser Studie wird anhand von Ratings die Kompetenz der Therapeuten bei der Anwendung der kognitiven Therapie (CT, cognitive therapy) getestet, um dann klinische Ergebnisse/Auswirkungen bei Patienten, welche mit einer kognitiven Therapie behandelt werden, zu prognostizieren. Verschiedene Gruppen werden in Hinblick auf den Zusammenhang zwischen der Kompetenz des Therapeuten während einer kognitiven Therapie und den Wirkungen nach dem Abschluss der Therapie untersucht. Außerdem erfolgt eine Eruierung, ob die Kompetenz einen stärkeren Einfluss auf den Therapieerfolg bei Patienten mit spezifischen klinischen Ausprägungen, welche mehr Fachkenntnis der Therapeuten erfordern, hat (vgl. Strunk, Brotman, DeRubeis, Hollon, 2010, S. 429f.).

In dieser Studie werden die Ratings der Therapeuten-Kompetenz untersucht, wobei diese als Prädikatoren für eine spätere Symptomveränderung bei Patienten mit einer schweren Depression, die an einer kognitiven Therapie teilnehmen, herangezogen werden. Zuerst richtet sich das Hauptaugenmerk auf den Beginn der Behandlung,

wenn die Symptomveränderung am schnellsten eintritt. Hier wird untersucht, ob die Kompetenz-Ratings von Sitzung zu Sitzung (innerhalb der ersten vier Therapiesitzungen) eine Symptomveränderung prognostizieren. Diese analytische Strategie eignet sich zur Ermittlung der direkten Konsequenzen einer kompetenten (oder weniger kompetenten) Durchführung einer kognitiven Therapie. Eine zweite Analyse testet, ob das durchschnittliche Kompetenz-Rating in den ersten vier Sitzungen eine spätere Symptomänderung (zwischen dem Ende dieser Sitzungen und dem Abschluss der Therapie) zur Folge hat (vgl. Strunk, Brotman, DeRubeis, Hollon, 2010, S. 431).

Methode:

Die Patientenstichprobe umfasst 60 Erwachsene mit einer „primary Axis I“ Diagnose einer Major Depression (nach DSM-IV), welche im Rahmen eines randomisierten Kontrollexperiments mittels einer kognitiven Therapie, Pharmakotherapie und einer Placebo-Einnahme behandelt werden. Die Patienten entsprechen den Kriterien für eine aktuelle Episode einer Depression nach dem „Structured Clinical Interview“ für DSM-IV Diagnosen und erzielen 20 oder mehr für zwei fortlaufende Wochen auf einer modifizierten 17-item Version des HRSD („Hamilton Rate Scale for Depression“, Hamilton, 1960). Jene mit psychotischen Störungen, mit einer bipolaren Störung in der Vergangenheit, einem aktuellen Substanzmissbrauch, mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung, einer schizophrenen Persönlichkeit oder einer anderen nicht-psychotischen Axis I Störung werden von der Teilnahme ausgeschlossen. Die Teilnehmer geben für die Partizipation an der Studie ihr schriftliches Einverständnis ab. Die Auswahl für die Behandlung erfolgt per Computer (durch Zufall, geschichtet nach Geschlecht und Anzahl vorangegangener Episoden). Eine akute Behandlung wird von Februar 1997 bis April 2000 angeboten, die fortsetzende Behandlung findet von Juni 1997 bis April 2002 statt. Die Stichprobe der CT Patienten umfasst 58% Frauen, die Altersgruppe liegt zwischen 19 und 68 Jahren (M=40, SD=12). 78% der Teilnehmer sind Weiße, 12% Afro-Amerikaner und 10% gehören einer anderen ethnischen Gruppe an. Ein Drittel der Patienten sind verheiratet und leben mit einem Partner zusammen. Die Gruppe der Therapeuten besteht aus fünf Männern und zwei Frauen (fünf PhD Psychologen und ein psychiatrischer Krankenpfleger mit einem Mastertitel in „Nursing“). Das Alter liegt zwischen 40 und 51 Jahre (M=45, SD=4). Den

Therapeuten wird ungefähr die gleiche Anzahl an Patienten zugeteilt. Vier der Therapeuten besitzen eine langjährige Erfahrung im Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie (sieben bis 21 Jahren), zwei der Therapeuten weisen lediglich zwei Jahre Erfahrung, welche sie im Rahmen des Experiments am „Beck Institute for Cognitive Therapy“ erhielten, auf (vgl. Strunk, Brotman, DeRubeis, Hollon, 2010, S. 431).

Maßnahmen/ Vorgehensweise:

Zwei Maßnahmen zur Bestimmung des Depression-Schweregrads kommen zur Anwendung. Die zweite Ausgabe des BDI („Beck-Depressions-Inventar“, Beck et al. 1996), ein Instrument zur Selbstbeurteilung wird als elementarer Indikator zur Messung des Schweregrads eingesetzt. Die Patienten ergänzen den BDI bei dem durchgeführten Interview und vorher bei den einzelnen Therapiesitzungen. Die CTS ist eine elf Item umfassende Skala, welche die Kompetenz der Therapeuten misst. Die Items werden auf einer Skala von eins bis sechs aufgelistet (je höher die Zahl, desto kompetenter). Die Items der CTS inkludieren folgende Bereiche: Agenda, Feedback, Verständnis, interpersonale Effektivität/Wirksamkeit, Mitarbeit/Zusammenarbeit, Tempo und Effektivität in der Nutzung der Zeit, gelenkte Entdeckung/Feststellung („Guided Discovery“), Fokussierung auf essentielle Kognitionen oder Verhaltensweisen („Focusing on Key Cognitions oder Behaviors“), Anwendung von kognitiv-behavioralen Techniken und „Homework“. In der CTS wird die Zusammenarbeit mit den Patienten mit einem einzelnen Item bemessen, welches nicht zur Berechnung des Gesamtscores verwendet wird (z.B. „How difficult did you feel this client was to work with?“). Die Antworten reichen von 0 („not difficult“, „very receptiv“) bis Stufe 6 („extremly difficult“) (vgl. ebenda, 2010, S. 431f.).

Ergebnisse:

Es wird untersucht, ob die Kompetenz einen Einfluss auf die von Sitzung zu Sitzung eintretende Symptomveränderung während der ersten vier CT Sitzungen hat. Dabei wird festgestellt, dass ein signifikanter Einfluss auf die spätere Symptomentwicklung besteht. Der Therapeut hingegen stellt keinen signifikanten Einflussfaktor in Hinblick auf das von Sitzung zu Sitzung sich ändernde Symptombild in den ersten vier Sitzungen dar, im Gegensatz zur Kompetenz (vgl. ebenda, 2010, S. 433f.).

Die Ergebnisse dieser Studie unterstützen die These, nach der die Variabilität bei der Bemessung der CT Kompetenz mit der Variabilität der späteren Symptomveränderung in Verbindung stehen soll. Die Resultate zeigen weiters, dass die Kompetenz-Ratings eine von Sitzung zu Sitzung eintretende Symptomänderung in der Anfangsphase der Behandlung richtig prognostizieren. Zusammengefasst zeigen diese Ergebnisse den Nutzen von Ratings der Therapeutenkompetenz auf (vgl. Strunk, Brotman, DeRubeis, Hollon, 2010, S. 435).

Empfehlungen für zukünftige Forschungen:

Kompetenzeinschätzungen basieren auf aktuellen theoretischen Erkenntnissen der CT. Aktuelle Modelle der Therapeuten-Kompetenz greifen oftmals nicht die wesentlichen Aspekte dieser auf. In der Zukunft sollten Forscher die potentiellen Verbesserungen von Methoden der Therapeutenkompetenz evaluieren und den Nutzen dieser Feinheiten zur Prognostizierung von „Outcomes“ bewerten. Weiters wäre es wichtig herauszufinden, welche spezifischen Therapeuten-Verhaltensweisen die wichtigsten Determinanten zur Evaluation der Kompetenz darstellen. Zudem sollten Kompetenz-Maßnahmen bezüglich ihrer Brauchbarkeit zur Auswahl eines Therapeuten, Bewertung erfahren. Dies würde dann eine größere Stichprobe und die Einbeziehung von Therapeuten mit einer weitereichenderen Erfahrung im CT-Bereich erfordern, als bei dieser Studie (vgl. ebenda, 2010, S. 436).

Obwohl der CTS den aktuellen Standard zur Kompetenzmessung reflektiert, erfolgt die Ausrichtung größtenteils eher theoretisch als empirisch. Verbesserungen bzw. Verfeinerungen, wie die Kompetenz begrifflich erfasst und bemessen werden könnte, erscheinen notwendig. In dieser Studie besteht die Stichprobe größtenteils aus Patienten mit einer schweren depressiven Störung, wodurch keine Aussage darüber gemacht werden kann, ob die Ergebnisse auch auf Personen mit einer leichten depressiven Störung zutreffen. Zudem sind die an der Studie teilnehmenden Therapeuten, trotz eines Trainings in CT, keine Professionsexperten (vgl. ebenda, 2010, S. 436).

13.2.2 „Screening for Depression Prevention: Identifying Adolescent Girls at High Risk for Future Depression“

Depression stellt eine der häufigsten mentalen Störungen in der Pubertät dar. Etwa 20% erfahren depressive Episoden einer Major Depression (MDD, major depressive disorder) während der Pubertät. Die meisten depressiven Jugendlichen bleiben jedoch unbehandelt (vgl. Seeley, Stice, Rohde, 2009, S. 161).

Studien zur Depressionsprävention bei Jugendlichen zeigen, dass vor allem folgende Faktoren ein erhöhtes Depressionsrisiko induzieren: Armut, Verlust, Scheidung, Depression eines Elternteils und eine negative Wahrnehmung (vgl. ebenda, 2009, S. 161).

Gezielte Präventionsprogramme erbringen stärkere Effekte in Hinblick auf die Depressionsverhütung als universelle Programme. Der Fokus liegt bei den spezifischen Programmen auf der Identifizierung der Risikogruppe. Eine Verbesserung der Fähigkeiten zur Identifizierung dieser Gruppen würde den Effekt des Präventionsprogrammes deutlich erhöhen (vgl. ebenda, 2009, S. 161).

Mädchen zeigen allgemein einen merklichen Anstieg in Hinblick auf MDD in der Pubertät. Experten meinen daher, dass die Depressionsprävention bei pubertierenden Mädchen eine wesentliche Prioritätsfunktion aufweist (vgl. ebenda, 2009, S. 162).

Das Hauptziel dieser Studie betrifft die Erforschung eines breiten Spektrums vermeintlicher Risikofaktoren für die Entstehung einer MDD und die Untersuchung der Screening-Eigenschaften (properties) für jene Maßnahmen, welche eine MDD-Entwicklung prognostizieren. Das sekundäre Ziel besteht in Durchführung einer „classification tree“- Analyse (CTA), um interaktive Effekte zwischen Risikofaktoren und erklärenden potentiellen Bahnen der Depression zu testen (vgl. ebenda, 2009, S. 162).

Methode:

Die Referenzstichprobe besteht aus 479 pubertierenden Mädchen von öffentlichen und privaten „middle schools“ einer großen Stadt. Sie besuchen die zehnte oder elfte Klasse. Es wird das Einverständnis der Eltern der Teilnehmerinnen vor Beginn der

Studie eingeholt, wobei diesen vorher ein Informationsschreiben zur Aufklärung zugesendet wird. Die Teilnehmerinnen absolvieren ein „survey“ und ein strukturiertes Interview mit vier jährlichen Wiederholungen. Die weiblichen Assessoren (Begutachterinnen), welche alle mindestens einen Bachelor-Titel haben, führen diese Interviews durch (vgl. Seeley, Stice, Rohde, 2009, S. 162).

Die empfangene Unterstützung von Eltern und Partner wird anhand von zwölf Items vom 363-Item Netzwerk des „Relationship Inventory“ gemessen. Die ausgewählten Items messen die Aspekte Gemeinschaft, Beratung, Intimität/Vertraulichkeit, Bewunderung (admiration) und die verlässliche Bindung zu Eltern/Erziehungsberechtigten und Partnern („I could not count on my parents to be there when I needed them“). Die Adoleszenten beurteilen diese Items anhand einer 5-Punkte Skala, die von 1 („strongly disagree“) bis 5 („strongly agree“) reicht. Es wird dann der Durchschnitt der Items errechnet, um Eltern- und Partnerunterstützungs-Skalen zu formen (vgl. ebenda, 2009, S. 163).

Die „Major Live Events“ Skala misst das Auftreten von neuen stressvollen Ereignissen im letzten Jahr („Did your parents get divorced or separated?“). Die Antwortmöglichkeiten reichen von 0 (no), 1 (once) bis 2 (at least twice). Teilnehmerinnen mit einer erhöhten Punkteanzahl in dieser Skala, tragen ein erhöhtes Risiko für eine zukünftige Entstehung einer MDD (vgl. ebenda, 2009, S. 163).

Zur Messung des „attributional style“ werden 16 Items eines 60-Item „Adolescent Cognitive Style“- Fragenkatalogs (ACSQ) herangezogen. Der ACSQ beinhaltet positive und negative hypothetische Ereignisse („You take a test and get a bad grade“). Die Teilnehmerinnen verwenden „forced-choice“- Antwortmöglichkeiten zur Einschätzung des Grades (internal, stabil, global und ausgedehnt). Per Zufall werden zwölf Items für diese Studie ausgewählt, um die Antworten zu minimieren. Bei den Teilnehmerinnen mit einer erhöhten Punkteanzahl ist mit einem Anstieg zukünftiger depressiver Symptome zu rechnen (vgl. ebenda, 2009, S. 163).

Die Emotionalitäts- Skala von Buss und Plomin (1984) misst das „reizbare/launische negative“ Gefühlsleben (temperamental negative affectivity). Es wird ein modifiziertes Antwortformat von der Originalskala verwendet, bei dem die Teilnehmerinnen angeben, inwieweit sie mit den acht Items übereinstimmen. Die Items betreffen die

emotionale Bekümmertheit und Erregtheit („I frequently get upset“), wobei fünf Antwortoptionen von 1 („strongly disagree“) bis 5 („strongly agree“) zur Verfügung stehen (vgl. Seeley, Stice, Rohde, 2009, S. 163).

Drei Items von der Perfektionismus-Skala der „Eating Disorder Inventory“ messen den Charakterzug/die Eigenschaft „Perfektionismus“. Die Teilnehmenden füllen dabei einen 5-Punkte-Antwortkatalog, der von 1 (never) bis 5 (always) reicht, aus (vgl. ebenda, 2009, S. 163).

Die acht-Item Körperunzufriedenheits-Skala misst die Zufriedenheit mit einzelnen Körperteilen (z.B. Bauch, Hüften). Die Antwortmöglichkeiten reichen von 1 (extremely satisfied) bis zu 6 (extremely dissatisfied) (vgl. ebenda, 2009, S. 163).

Diagnostische Items vom „Eating Disorder Diagnostic“ Interview, einem halbstrukturierten Interview, gemessen am „Diagostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, bewerten Bulimia Nervosa Symptome. Die summierten Items messen die Häufigkeit von „binge eating“ und kompensierenden Verhaltensweisen in den letzten Monaten und die Gewichtszunahme/körperliche Form (0= no importance, 6= supreme importance). Jene Teilnehmerinnen mit hohen Scores haben ein erhöhtes Risiko für eine MDD-Entstehung in der Zukunft (vgl. ebenda, 2009, S. 163).

Die „Past Year Leisure Physical Activity“- Skala misst die körperliche Betätigung. Die Teilnehmerinnen müssen angeben, ob sie sich bzw. mit welchen Aktivitäten (von 24) sie sich mehr als zehnmal im letzten Jahr beschäftigt haben. Außerdem müssen sie anführen, wie viele Monate im Jahr, Tage in der Woche, Minuten am Tag sie sich mit den bestätigten Aktivitäten auseinandersetzen. Die Items werden in Übereinstimmung mit dem metabolischen Aufwand gewichtet und summiert, um eine allgemeine Messung des Kalorienverbrauchs durch die Übungen/Betätigungen im letzten Jahr zu erhalten (vgl. ebenda, 2009, S. 163).

Die Familien-, Partner- und Schulaspekte erfolgt anhand 17 Items der 54-Item „Social Adjustment“ Skala (vgl. ebenda, 2009, S. 163).

Zur Messung der Delinquenz werden 13 Items aus der „Externalizing Scale for adolescent girls from the Child Behaviour Checklist“ herangezogen. Die Befragten geben die Häufigkeit jeder einzelnen Verhaltensweise des letzten Jahres an, wobei

die Antwortoptionen von 1 (never) bis 5 (always) reichen (vgl. Seeley, Stice, Rohde, S. 164).

Zehn Items messen den Substanzverbrauch (adaptiert von Johnston, O‘Malley und Bachmann 1989). Die Pubertierenden geben die Häufigkeit des Konsums von Alkohol, Zigaretten, Marihuana, Aufputschmittel, Beruhigungsmittel, Inhalationsmittel und Halluzinogenen während der letzten sechs Monate an (0= never, 6= three to seven times a week), außerdem die Anzahl der Getränke während einer Trink-Episode und den täglichen Zigarettenverbrauch (die Antwortmöglichkeiten reichen von 0 bis 21 oder mehr) (vgl. ebenda, 2009, S. 164).

Ein semistrukturiertes Interview (adaptiert von einer Version der „Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia für School-Age Children“) misst die DSM-IV-MDD-Symptome. Die Teilnehmerinnen geben den höchsten Schweregrad jedes einzelnen Symptoms (von Monat zu Monat) während des letzten Jahres auf einer Antwortskala von 1 (not at all) bis 4 (severe symptoms) an. Die Antworten werden dazu verwendet, zu untersuchen ob die Betroffene Kriterien einer MDD im letzten Jahr erfüllt habe. Für eine Diagnose müssen die Symptome gleichzeitig auftreten (vgl. ebenda, 2009, S. 164).

Ergebnisse/ Diskussion:

Univariate und mulitvariate Cox-Regressionsmodelle werden zur Berechnung der Zeit der MDD Entstehung während der vier-jährigen Nachbeobachtungen (follow-up) verwendet. 62 (13%) von 479 Teilnehmern entwickeln MDD. Bei fünfzehn (24%) der 62 gibt es eine MDD Vorgeschichte und 17 (27%) erfahren mehrfache MDD-Episoden während der Nachbehandlungen (vgl. ebenda, 2009, S. 164).

Das Hauptziel besteht in der Identifikation von signifikanten Prädiktoren für die MDD-Entstehung und der Screening-Eigenschaften in einer Stichprobe aus weiblichen Adoleszenten über einen Zeitraum von vier Jahren. Elf (61%) von 18 Variablen prognostizieren eine signifikante MDD-Entstehung. Eine erhöhte Anzahl depressiver Symptome stellt den höchsten Risikofaktor für eine MDD Entwicklung dar und ergeben die beste Single-Screening-Messung (vgl. ebenda, S. 166).

Forschungsergebnisse, nach denen viele Individuen mit erhöhten Symptomen keine MDD entwickeln, stehen mit diesen Ergebnissen im Widerspruch. Es kann jedoch

auch möglich sein, dass die hohe Anzahl depressiver Symptome Effekte einer früheren Episode darstellen. Depressive Symptome können dann in eine MDD übergehen, wenn andere Faktoren, wie z.B. beeinträchtigte schulische Leistungen, einen wesentlichen Leidensdruck bewirken. Eine wichtige Priorität ist daher, die Untersuchung von Mechanismen, bei denen erhöhte depressive Symptome das Risiko für eine MDD Bildung anheben. Gründe dafür, dass Personen mit einer erhöhten Symptomanzahl keine MDD entwickeln, liegen auch in vorhanden Schutzfaktoren und anderen Beweggründen, die das Übertragungsrisiko von depressiven Symptomen verstärken (z.B. Stress, Demoralisation, physische Beeinträchtigung, etc.). Schulische Probleme bilden auch einen signifikanten Risikofaktor in Hinblick auf eine MDD Genese in dem multivariaten Model, weshalb der Einsatz von Präventionsprogrammen zur Förderung Jugendlicher mit schulischen Schwierigkeiten notwendig wäre (vgl. Seeley, Stice, Rohde, 2009, S. 167).

Jugendliche, welche keine emotionale Unterstützung, insbesondere von den Eltern, erhalten, haben mehr Schwierigkeiten in jeglicher Hinsicht und besitzen weniger soziale Ressourcen während der Hochrisiko- Entwicklungsperiode. Zukünftige Forschungen sollten der Frage nachgehen, welche Interventionen zur Förderung der elterlichen Unterstützung das Risiko einer MDD-Entwicklung reduzieren. Bulimie-Symptome haben nur bei Abwesenheit depressiver Symptome und geringer elterlicher Unterstützung im CTA-Model einen signifikanten Einfluss auf die MDD-Entstehung (vgl. ebenda, 2009, S. 167f.).

Forschungsimplikationen:

Die Ergebnisse der Studie führen zu wichtigen Erkenntnissen über Design und Methodologie für zukünftige Präventionsversuche. In Übereinstimmung mit früheren Studien stellt eine erhöhte depressive Symptomanzahl den größten Risikofaktor für eine MDD-Entwicklung dar, was die Wichtigkeit der Förderung von Präventionsprogrammen unterstreicht. Zur Maximierung der Reichweite von Präventionsprogrammen sollten die multiplen Risikogruppen berücksichtigt werden. Die Ergebnisse identifizieren auch zahlreiche Risikofaktoren, die in Präventionsprogramme inkludiert werden können. Zudem helfen die Erkenntnisse bei der Bildung neuer Hypothesen. Es ist wichtig, dass zukünftige Studien die genderspezifischen Formen der MDD in Stichproben mit männlichen und weiblichen Jugendlichen untersuchen. Ein verbessertes Verständnis über die

unterschiedlichsten Formen der Depression würde die Entwicklung effektiverer Präventionsprogramme ermöglichen (vgl. Seeley, Stice, Rohde, 2009, S. 168f.)

13.2.3 „ A Multimethode Examination oft he Stability of Depression Symptoms in Childhood and Adolescence“

In dieser Studie wird die Stabilität depressiver Symptome während einer frühen adoleszenten Periode, die durch zahlreiche Transmissionen charakterisiert ist, untersucht (vgl. Tram & Cole, 2006, S. 674).

Die frühe Adoleszenz umfasst eine Periode mit multiplen Transitionen. Während dieser Zeit erfahren die Jugendlichen anatomische, physiologische, hormonelle, erzieherisch-umweltbedingte Veränderungen, sowie Änderungen in der Beziehung zu den Eltern und zu Gleichaltrigen/Angehörigen (vgl. ebenda, 2006, S. 674).

Methode:

In dieser Studie werden zahlreiche wichtige methodologische Features einbezogen. Das Studiendesign erlaubt die Durchführung von formalen Tests für entwicklungsbedingte Veränderungen der Stabilität. Es werden depressive Symptome achtmal bewertet: Zweimal jährlich von der fünften bis zur achten Schulstufe. Folglich war es möglich die Stabilitätseinschätzungen der „middle school“ mit denen davor und danach erhobenen Schätzungen zu vergleichen. Die Informationen über depressive Symptome der drei Informantengruppen werden in ein latent variabel strukturelles Gleichungsmodell (SEM, latent variable structural equation model) eingebaut, welches Stabilitätsschätzungen generiert, die jedoch weder abgeschwächt, aufgrund von Messfehlern, noch erhöht aufgrund von geteilter Informantenvarianz, sind. Zudem werden Genderdifferenzen in Hinblick auf die Stabilität der depressiven Symptome als latente Variable untersucht (vgl. ebenda, 2006, S. 675).

Die Zielgruppe dieser Studie bilden Kinder, welche entweder die fünfte (Cohort1) oder sechste (Cohort 2) Schulstufe in einer von neun öffentlichen Schulen in einer mittelgroßen Stadt im mittleren Westen besuchen. Außerdem inkludiert die Studie auch Gleichaltrige (peers) und die Eltern der Teilnehmer. 51,5% (n= 653) der Teilnehmer waren männlich und 48,5% (n= 616) weiblich (vgl. ebenda, 2006, S. 677).

Der CDI umfasst 27 Items, welche affektive, kognitive und behavioristische Symptome der Depression einschätzen. Jedes Item besteht aus drei Statements, wobei der Schweregrad der Symptome von 0 bis 2 reicht. In dieser Studie wird das „Suizid-Item“ auf Anliegen der Schuladministratoren ausgeschlossen. Der CDI-Parent Form (CDI-PF) beinhaltet die originalen CDI-Items, umformuliert für die Verwendung der Eltern zur Einschätzung der Kinder. Die Eltern sollen jenen Satz auswählen, der am besten das Verhalten ihrer Kinder in den letzten zwei Wochen repräsentiert (vgl. Tram & Cole, 2006, S. 678).

Der „Peer Nomination Index of Depression“(PNID) besteht aus 13 Items, wobei eine Fremdidentifizierung erfolgt. Dabei wählen die Kinder Klassenkameraden für jedes Item aus (z.B. „Who looks sad?“, „Who doesn´t have much fun?“). Auch mehrere Kinder können für ein Item ausgesucht werden (vgl. ebenda, 2006, S. 678).

Die Daten werden zweimal jährlich (Herbst und Frühling) für insgesamt vier Jahre erhoben. Die „Herbst-Daten“ werden sechs Wochen nach Schulbeginn eruiert, damit die Gleichaltrigen und Lehrer Zeit haben, die Teilnehmer kennen zu lernen. Die „Frühlings-Daten“ werden 6 Monate später erhoben. Psychologie-Studenten (Doktorstudium) verwalten den CDI und PNID für Kinder, die eine elterliche Zustimmung erhalten und selbst einwilligen. In der fünften Schulstufe liest einer der Forschungsassistenten den Fragekatalog laut vor und stellt Beispiel-Items der Maßnahmen auf Postern vor der Klasse aus. In der sechsten bis achten Schulstufe lesen die Forschungsmitarbeiter die Instruktionen für jede Maßnahme laut vor, wobei die Teilnehmer den Fragekatalog in ihrem eigenen Tempo vervollständigen. Die Forschungsassistenten stehen für etwaige Fragen zur Verfügung. Die Eltern erhalten die CDI-PF via Mail, wobei sie den ausgefüllten Fragenkatalog selbst an die Universität in abgestempelten Umschlägen zurücksenden müssen. 84% der antwortenden Personen sind die biologischen Mütter, 7% Stiefmütter und 9% die Väter (vgl. ebenda, 2006, S. 678).

Ergebnisse/ Diskussion:

Folgende Hauptergebnisse werden eruiert:

- die Stabilität depressiver Symptome, die anhand von Selbstreporten, „parent ratings“ und „peer nominations“ gemessen wird, ist sehr hoch

- die Symptomstabilität während einer Phase in der frühen Adoleszenz ist vermindert (Übergang von elementary zur middle school)
- Geschlechterunterschiede in Hinblick auf die Symptomstabilität sind sehr gering und nicht signifikant
- und die sechs-monatige Stabilität depressiver Symptome ist sehr hoch (vgl. Tram & Cole, 2006, S. 681).

In dieser Studie wird die Stabilität von latenten depressiven Symptomen anhand von „self reports“, „parent ratings“ und „peer nominations“ untersucht. Dieser hohe Stabilitätslevel tritt besonders dann ein, wenn die Jungen und Mädchen in der vorliegenden Studie einen Schulwechsel von der „elementary“ zur „middle school“ durchführen. Vorangegangene Forschungen begründen dies mit dem Stress (z.B. Pubertät, Veränderung in der Beziehung mit den Eltern, etc.), der zu diesem Zeitpunkt des Schulwechsels auftritt (vgl. ebenda, 2006, S. 681).

Forschungsimplikationen:

Alternative Messungsmethoden (z.B. klinisches Interview, behaviorale Beobachtung, etc.) sind notwendig, um die vorübergehenden Effekte der Faktoren, welche depressive Symptome beeinflussen, zu identifizieren. Hohe Stabilitätsraten gehen nicht notwendigerweise mit hohen Wiederauftretungsraten depressiver Störungen einher. Wichtig ist, sich weniger auf die Prognose in der Veränderung depressiver Symptome zu konzentrieren, sondern den Fokus auf Variablen, die ihre Entstehung auslösen, zu legen (vgl. ebenda, 2006, S. 682).

Die Defizite dieser Studie sollen zukünftige Forschungsarbeiten anregen. Es sollten in Zukunft mehrere verschiedene Wandel/Übergänge in Hinblick auf die Symptomstabilität untersucht bzw. beachtet werden (z.B. physiologischer Wandel, interpersoneller Wandel, etc.). In dieser Studie wird lediglich der „educational“ Wandel berücksichtigt (vgl. ebenda, 2006, S. 683).

Diese Forschung generiert eine Vielfalt an Stabilitätseinschätzungen für unterschiedliche Zeitintervalle (kürzeste Zeitintervall: sechs Monate). Zukünftige Forschungen sollten andere Messungen einsetzen, welche sensitiver auf die

Symptomänderung reagieren und über kürzere Zeitperioden verwendet werden (vgl. Tram & Cole, 2006, S. 683).

Trotz der Einschränkungen, sollte die Wichtigkeit der Beiträge dieser Studie nicht übersehen werden. Forscher, Kliniker und Erzieher sollten sich der Prävalenz und Langfristigkeit der depressiven Symptomatologie bei Kindern und Jugendlichen bewusst werden. Die Ergebnisse der hohen Stabilität in der depressiven Symptomatologie liefern wichtige Implikationen für die Forschung. Das Resultat, wonach die Stabilität beim Übergang von der „elementary“ zur „middle school“ zunimmt, deutet darauf hin, dass in dieser Periode die Erforschung von Faktoren, die eine solche Änderung bewirken, von Bedeutung ist (vgl. ebenda, 2006, S. 683f.).

14 Interview

Um einen Einblick in die Gefühlswelt von depressiven Kindern und Jugendlichen zu vermitteln und um die Lebensbeeinträchtigungen dieser zu verdeutlichen, folgt nun ein Interview mit einer Betroffenen.

Aufgrund der Sensibilität dieser Thematik und dem damit verbundenen erschwerten Zugang zu depressiven Kindern und Jugendlichen, konnte nur ein Interview durchgeführt werden. Dies dient zur praxisbezogenen Untermauerung der theoretischen Abhandlung des Krankheitsbildes der Depression.

Wie bereits erwähnt, soll dieses Interview „Außenstehenden“ helfen, die Gedanken und Emotionen von betroffenen Kindern und Jugendlichen besser zu verstehen.

14.1 Rekrutierung der Interviewpartner und Interviewsituation

Die Interviewpartnerin ist 22 Jahre alt und eine Freundin von mir. Da ich meine Interviewpartnerin schon lange kenne, wusste ich über ihre Depressionen, sowie über einen damit einhergegangenen Suizidversuch Bescheid. Zuerst erkundigte ich mich per E-Mail, ob sie mir ein Interview geben würde, betonte dabei auch mehrmals, dass sie sich aufgrund unserer langjährigen Freundschaft auf keinen Fall verpflichtet fühlen sollte, mit mir solch ein Gespräch über ihre Depression zu führen. Dieser Gedanke war auch der Beweggrund, weshalb ich mich für die erste Kontaktaufnahme für ein „unverbindliches“ Mail entschied. Schriftlich ist es meiner Meinung nach einfacher, NEIN zu sagen, als wenn man telefonisch „überrumpelt“ wird und keine Zeit hat, sich eine diesbezügliche Entscheidung sorgfältig zu überlegen. Nach dem sie in ein Gespräch mit mir einwilligte, klärte ich sie über die Anonymität ihrer Person auf und sendete ihr den Interviewleitfaden, damit sie sich ein Bild über den Interviewinhalt machen konnte und um mir eventuelle für sie unangenehme Fragen, über welche sie nicht sprechen wolle, mitzuteilen. Als sie mir dann versicherte, dass sie mit den Fragen keine Probleme hätte, verabredeten wir uns für das Interview. Das Interview fand bei mir zu Hause statt. Vor Beginn redeten wir noch eine Weile über alles Mögliche, um die ganze Situation aufzulockern, wobei diese ohnehin nicht sehr angespannt war, da wir uns ja schon lange kennen und Freundinnen sind. Meine anfängliche Nervosität legte sich im Laufe des Interviews.

Grundsätzlich verlief das Gespräch vertraut und freundschaftlich und hatte nicht den typischen Interviewcharakter. Da ich den Leitfaden vor mir liegen hatte, achtete ich darauf, dass ich ihr auch nach und nach die Fragen, wenn sie in den Kontext des Gesprächs passten, stellte. Die Interviewdauer betrug ca. 22 Minuten. Das Transkript befindet sich im Anhang.

14.2 Interviewleitfaden

Fragen:

„Würdest du mir einfach frei erzählen, wann deine Depressionen ungefähr begonnen haben? Oder du kannst auch dort anfangen zu erzählen, wo du gerne beginnen möchtest bzw. was dir als erstes dazu einfällt…“

„Depression wird oft als ein Zustand der ‚Gefühllosigkeit‘ beschrieben. Wie war das bei dir? Welche Gefühle und Gedanken hattest du in depressiven Phasen?“

„Wie oft hast du solche depressiven Phasen/Gefühle/Gedanken erlebt?“

„Welchen Ursachen, glaubst du, könnten deinen Depressionen zu Grunde liegen? Lebensereignisse?“

„Wie war das mit deinem Umfeld (Familie, Freunde)? Haben sie konkret über die Depressionen Bescheid gewusst?“

„Wann hast du für dich entschieden, dass es keinen Ausweg mehr gibt bzw. dass alles keinen Sinn mehr macht?“

„Wie hast du dich an dem Tag des Suizidversuches gefühlt? Wie hast du dich während dessen gefühlt? Welche Gedanken gingen dir durch den Kopf?“

„Was passierte nach dem Suizidversuch?“ „Hast du dir therapeutische Hilfe geholt?“

„Wie geht es dir heute?“ „Was unternimmst du gegen etwaige ‚Rückfälle‘?“

14.3 Inhalt des Interviews

Zu Beginn des Interviews erzählte sie, dass sie im Alter von zwölf bis 13 Jahren regelmäßig in der Schule gemobbt worden sei. Sie verlor dadurch extrem an Selbstbewusstsein bzw. bekam enorme Selbstzweifel, die eigentlich bis heute noch in einem geringeren Ausmaß bestehen würden. Des Weiteren erzählte sie, dass sie, aufgrund der ständigen Hänseleien und dem Mobbing, abends immer Weinkrämpfe aus Angst vor dem nächsten Schultag bekam. So fingen ihre depressiven Phasen an. Anfangs versuchte sie die Hänseleien ihrer Mitschüler geheim zu halten und den Eltern nichts zu erzählen, da sie nicht als „Petze“ dastehen wollte. Im Laufe der Zeit erfuhren ihre Eltern dennoch davon, woraufhin ihre Mutter mit den Eltern ihrer Mitschülerinnen sprach. Dies hatte eine, wenn auch nur im geringen Ausmaß, aber dennoch positive Veränderung zur Folge. Diese Änderung äußerte sich dadurch, dass das Mobbing zwar aufhörte bzw. abnahm, jedoch Feindseligkeiten gegenüber ihrer Person bestehen blieben. Eine nachhaltige Besserung erfolgte erst durch den Wechsel an eine andere Schule in der Oberstufe.

Auf die Frage wie oft sie depressive Phasen/Gefühle erlebt hätte, antwortete sie, dass es ihr in der Unterstufe eigentlich permanent schlecht gegangen sei, da eben auch die Hänseleien nie ganz aufhörten. Es ging ihr lediglich an schulfreien Tagen etwas besser. Durch das ständige Mobbing hätte sie dann irgendwann selbst geglaubt was ihr die Mädchen in der Schule gesagt haben („sie sei hässlich, blöd, etc.“), sodass sie stets ein geringes Selbstbewusstsein begleitete.

Zudem empfand sie auch Gefühle der Gleichgültigkeit, Sinnlosigkeit und Gefühllosigkeit, welche auch in dieser Arbeit als Merkmale einer Depression dargelegt wurden. Diese äußerten sich anfangs noch durch Traurigkeit und Angst, durch das andauernde Mobbing kam es dann zu einem Gefühl der Gleichgültigkeit und Leere.

Durch den Schulwechsel ging es ihr dann besser, das geringe Selbstwertgefühl jedoch blieb bestehen. Außerdem schilderte sie, dass sie gehemmt gewesen sei und zum Beispiel Angst gehabt hätte am Abend auszugehen. Auch wenn es ihr in der neuen Schule generell besser gegangen wäre, gab es immer wieder Phasen, in denen sie traurig gewesen sei und sich zurückgezogen hätte.

Im Alter von 17 Jahren kam wieder eine Phase von Traurigkeit, in der sie nach der Schule auch oft geweint hätte, wobei die Auslöser nicht vordergründig schulische Aspekte waren, sondern vielmehr bei ihr selbst zu suchen waren, weil sie sich nicht gemocht hätte. Irgendwann war das Gefühl dann so stark, dass sie Schlaftabletten nahm. Sie selbst schilderte dies als einen Fluchtversuch vor der Situation („Gedanken über sich selbst ausschalten“) und nicht als Suizidversuch, da sie auch nicht viele Tabletten eingenommen hätte. Dieses „abschalten“ wird in dieser Arbeit auch unter dem Begriff „parasuizidale Pause“ erwähnt. Sie nahm abends zwei oder drei Tabletten und in der Früh vor dem Aufstehen noch einmal ein paar Tabletten ein. Als ihre Mutter dann in der Früh die Tablettenschachtel sah, fuhr sie ihr Vater in die Psychiatrie. Sie erzählte, dass sie sich dann einerseits irgendwie erleichtert fühlte („ich bin irgendwie aus der Situation ausgebrochen“), andererseits hätte sie realisiert, dass es dumm war, was sie gemacht hatte („wie ich meine Mama gesehen hab, … die hat an dem Morgen um 20 Jahre älter ausgeschaut“).

In der ersten Zeit nach dem Suizidversuch bzw. Hilfeschrei ging es ihr nicht besonders gut, sie besuchte eine kurze Zeit nicht die Schule. Sie wollte die Schule abbrechen und bekam Antidepressiva verschrieben. Ihre Eltern überredeten sie die Klasse abzuschließen und die Matura zu machen. Sie erzählte, dass sie dann doch wieder in den Schulalltag hineingefunden hätte und dass es ihr dann wieder merklich besser ging.

Heute nimmt sie keine Antidepressiva mehr („ich glaub ich hab sie maximal ein halbes Jahr genommen“). Sie beschrieb die Wirkung der Antidepressiva als stimmungsaufhellend („ein Gefühl von ‚ach es ist nicht so schlimm‘ oder irgendwie Hoffnung, dass es wieder besser wird oder generell einfach ein bisschen eine positivere Stimmung“). Außerdem berichtete sie von Nebenwirkungen, wie Durchfall und Zittrigkeit. Mit dem Absetzen der Antidepressiva hatte sie keine Probleme.

Auch heute gibt es noch Situationen aufkeimenden Selbstzweifels, aber das würde sie nicht mehr so belasten und sie sagte, dass sie es dann immer irgendwie schaffen würde „dies wieder zu heben“. Sie versucht sich oft mit Leuten zu treffen und holt soziale Kontakte, die ihr früher gefehlt haben, nach. Im Laufe ihres Studiums hätte sie außerdem begonnen ihre alten Ängste abzulegen. Sie ist heute gefestigter und sie wirft nicht mehr alles so leicht aus der Bahn.

15 Zusammenfassung/Diskussion

Wie bereits erwähnt, stellt die Depression eine weit verbreitete Störung im Kindes- und Jugendalter dar, welche schon zu Zeiten des Hippokrates (460-310 v. Chr.) als Melancholie bekannt war. Sie geht mit unterschiedlichen Symptomen, wie Schlaflosigkeit, vermindertem/gesteigertem Appetit, Rückzug, Wut, Aggressionen, Antriebslosigkeit, etc. einher und kann durch die Entstehung von Hoffnungslosigkeit zu Suizidgedanken bis hin zum Suizid führen.

Die Major Depression als eine schwerwiegende Form der Depression ist charakterisiert durch mehrere depressive Phasen, wobei eine Zeitspanne von mindestens zwei Wochen vorliegen muss. Die Dysthymia stellt eine weniger schwere Art der Depression dar und bezeichnet eine chronische, immer wieder auftretende Form (mindestens zwei Jahre lang). Die Bipolare Störung ist gekennzeichnet durch abwechselnde manische und gemischte Episoden.

Die Depression steht oft in Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen (z.B. Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Anorexia Nervosa, etc.), wobei nicht selten unklar ist, ob die Depression einen Auslösefaktor für eine andere Störung darstellt oder sich erst aufgrund einer anderen Erkrankung bildet.

Was die Genderdifferenzen anbelangt, leiden Mädchen zweimal häufiger an depressiven Störungen als Jungen, wobei ein Grund hierfür in der Pubertät liegen könnte, da Mädchen diese belastender wahrnehmen. Ein andere Ursache könnte bei Frauen später in der Doppelbelastung Beruf/Mutter bzw. Hausfrau zu finden sein (vgl. Nevermann, Reicher, 2001, S. 186f.).

Ursachen für eine Depressionsentstehung können in vielerlei Bereichen ihren Ursprung haben. So können genetische Umstände, wie eine elterliche Depression, eine kindliche begünstigen (vgl. Rabenschlag, 2000, S. 109). Erklärungen für das Auftreten von depressiven Störungen finden sich auch in der Biologie bzw. Neuroendokrinologie. So könnten z.B. Fehlregulationen der Neurotransmitter Serotonin, Noradrenalin und Dopamin für eine Depression verantwortlich sein (vgl. Dahlke, 2006, S. 217). Auch somatogene Faktoren, wie z.B. eine Diabeteserkrankung oder eine Anämie könnten eine Depressionsentwicklung fördern (vgl. Rabenschlag, 2000, S. 113). Psychologische Erklärungsansätze gehen vor

allem davon aus, dass ein negatives Selbstbild und ein Mangel an Sozialkompetenzen bzw. Bewältigungsmechanismen für eine Depressionsentstehung verantwortlich sein könnten. Zu den psychosozialen Faktoren zählen kritische Lebensereignisse, wie z.B. die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (vgl. Mehler-Wex, S. 2008, S. 49ff.).

Zur Depressionsdiagnostik sind in erster Linie fundierte Kenntnisse über das Krankheitsbild „Depression“, sowie Erhebungsinstrumente, wie z.B. Interviews, Fragebögen etc., erforderlich.

Zu den Therapieverfahren zählen z.B. die kognitive Verhaltenstherapie, die Psychotherapie, Familientherapie, sowie Pharmakotherapie, welche jedoch bei Kindern und Jugendlichen eher selten nach strenger Indikation eingesetzt wird.

Es existieren bereits einige Präventionsprogramme zur Vorbeugung depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen, z.B. „LISA- Leichtigkeit im sozialen Alltag“, welches zur universellen Prävention zählt und im Schulalltag eingesetzt wird sowie „Go! – Gesundheit und Optimismus“ (Junge et al. 2002), ein Trainingsprogramm gegen Angst und Depression, welches ebenfalls zu den universellen Präventionsmaßnahmen gehört (vgl. Groen, Petermann, 2002, S.221ff.).

Prävention ist wesentlich, um die langfristigen öffentlichen Kosten, die durch die Behandlung und gegebenenfalls durch Folgeerkrankungen bei fehlender Therapie entstehen zu minimieren bzw. zu vermeiden und um Kindern und Jugendlichen eine adäquate Zukunft ohne Hoffnungslosigkeit zu bieten (vgl. Groen, Petermann, 2002, S. 213).

Abschließend ist anzumerken, dass für eine umfassende Prävention bzw. für den Einsatz von Therapiemaßnahmen spezielle Kenntnisse über die Symptomatik und Erscheinungsform depressiver Störungen notwendig erscheinen. Besonders Eltern und Pflegekräfte sollten Informationen über das depressive Krankheitsbild erhalten, um möglichst früh eine potenzielle depressive Störung bei dem Kind festzustellen und Maßnahmen einzuleiten bzw. um präventiv vorbeugen zu können.

Eine Aufgabe der Pflegewissenschaft soll daher darin bestehen, Präventionsmaßnahmen im Sinne einer umfassenden Aufklärung zu setzen. Solche Maßnahmen könnten zum Beispiel in Form von Artikel über das Krankheitsbild

„Depression“, speziell im Kindes- und Jugendalter, in pflegewissenschaftlichen Zeitschriften realisiert werden. Wie bereits erwähnt soll auch eine intensive Aufklärung der Pflegekräfte erfolgen, damit diese eine depressive Erkrankung besser diagnostizieren und präventive Maßnahmen einleiten können. Eine weitere Aufgabe der Pflegewissenschaft kann zudem darin bestehen, Studien zur Lebensqualität depressiver Erkrankter und zu Interventionsmaßnahmen (z.B. psychotherapeutische Behandlungen, Krisenintervention) durchzuführen. Die neu gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse über das Krankheitsbild könnten dann zur Verbesserung der Diagnostik und zur Prävention herangezogen werden.

16 Ausblick

Im letzten Jahr habe ich mich sehr intensiv mit dem Thema „Depression“ auseinandergesetzt und war auch sehr überrascht über die hohe Zahl der an Depressionen leidenden Menschen. Besonders nahe ging mir persönlich die Tatsache, dass auch bereits sehr viele Kinder und Jugendliche depressive Störungen entwickeln. Seit einem Seminar im Zuge meines Studiums interessiere ich mich sehr für die Thematik der Depression bzw. für die psychiatrische Pflege. Den endgültigen Anstoß, meine Diplomarbeit über „Depressionen im Kindes- und Jugendalter“ zu schreiben, erhielt ich durch die Konfrontation mit Bildern, Gedichten und Erzählungen von betroffenen Kindern und Jugendlichen.

Mit der ersten Annäherung an die Thematik wurde für mich ersichtlich, dass auch mein Wissen über Symptomatik, Reichweite, etc. des Krankheitsbildes zunächst nur sehr oberflächlich war, was sich mit meiner fortlaufenden Recherche verbesserte. Ebenfalls stellte ich bei Beobachtungen in meinem Umfeld fest, dass das Wissen über Depression als sehr begrenzt einzustufen ist. Sowohl Studenten, als auch Nicht-Akademiker wissen oft nur wenig über die Krankheit, können das Ausmaß dieser Störung nicht nachvollziehen und setzen Depression oftmals mit einer einfachen traurigen Verstimmung bzw. mit einer Phase der schlechten Laune in Verbindung. Diese Aussagen haben keine Forschungsrelevanz, ich möchte lediglich Erfahrungen aus meinem persönlichen Freundes- und Bekanntenkreis aufzeigen.

Wie bereits erwähnt, gibt es schon einige Präventionsprogramme, wie z.B. „LISA“ oder „GO“. Um diese bestmöglich einzusetzen, sollten Eltern, Lehrer, Pflegekräfte, etc. eine umfassende Aufklärung (z.B. in Form von Infoabenden) über das Krankheitsbild Depression erhalten. Denn mit dem entsprechenden Wissen ausgerüstet, können viele Eltern Risikofaktoren besser erkennen und wissen somit, wann ihr Kind gefährdet ist an einer Depression zu erkranken.

Im Zuge meiner Recherchen bin ich auf einige Studien, die sich mit Depression im Kindes- und Jugendalter auseinandersetzen gestoßen, auf welche dann auch in die Arbeit näher eingegangen wurde.

An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass in vielen Themengebieten, auf die in dieser Arbeit nur am Rande eingegangen wurde, wie zum Beispiel im Bezug auf

Antidepressiva, noch erhebliches Forschungspotential vorhanden ist. Eine in dieser Arbeit angeführte Studie über die Therapeuten-Kompetenz induziert als Forschungsempfehlung die Eruierung spezieller Verhaltensweisen von Therapeuten als wichtige Determinanten zur Bewertung der Kompetenz. In einer anderen Studie wird auf die Notwendigkeit weiterer Forschungsarbeiten in Hinblick auf genderspezifische Formen der z.B. Major Depression hingewiesen. Eine weitere wissenschaftliche Analyse über die Symptomstabilität empfiehlt, die Konzentration weniger auf die Prognose in der Veränderung depressiver Symptome zu richten, sondern vielmehr den Fokus auf Variablen, die ihre Entstehung begünstigen, zu legen.

Wie bereits erwähnt gibt es viele unterschiedliche Studien zu dieser Thematik und demnach auch zahlreiche Forschungsempfehlungen für die Zukunft. In Anbetracht der Häufigkeit dieser Erkrankung und dem beträchtlichen Leidensweg Betroffener, ist es meiner Meinung von essentieller Bedeutung, dass die Forschungsaktivitäten in diese Richtung auch weiterhin aufrecht gehalten beziehungsweise intensiviert werden. Mit diesbezüglichen Anstrengungen kann neben dem Wissen, welches dadurch generiert wird, auch die Ernsthaftigkeit von depressiven Erkrankungen nochmals unterstrichen werden, was wiederum ein für die Früherkennung unabdingbares Problembewusstsein in der Bevölkerung schafft.

17 Literaturverzeichnis

17.1 Bücher

Basco, M. (2007): Manie und Depression. Selbsthilfe bei bipolaren Störungen. Bonn: BALANCE Buch + Medien Verlag GmbH & Co. KG

Beblo, T. & Lautenbacher, S. (2006): Neuropsychologie der Depression. Göttingen: Hogrefe

Bronisch, T. (2007): Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention. München: C.H. Beck

Dahlke, R. (2006): Depression. Wege aus der dunklen Nacht der Seele. München: Wilhelm Goldmann

Essau, C. (2007): Depression bei Kindern und Jugendlichen. München: Ernst Reinhardt

Giger-Bütler, J. (2003): „Sie haben es doch gut gemeint“- Depression und Familie. Weinheim, Berlin, Basel: Beltz

Goodyer, I. (2001): The depressed child and adolescent. Cambridge: Cambridge University Press

Görlitz, G. (2010): Selbsthilfe bei Depressionen. Stuttgart: Klett-Cotta

Graham, P. & Hughes, C. (1998): Traurige Kinder verstehen. Weinheim und Basel: Beltz

Groen, G. & Petermann, F. (2002): Klinische Kinderpsychologie. Depressive Kinder und Jugendliche. Göttingen: Hogrefe

Gube, I. (2007): Depression in der Adoleszenz. Depressiv-leistungsängstliches und depressiv-aggressives Komorbiditätsmuster bei niederösterreichischen SchülerInnen. Diplomarbeit. Wien: Universität Wien

Hegerl, U., Althaus, D. & Reiners, H. (2005): Das Rätsel der Depression. Eine Krankheit wird entschlüsselt. München: C.H. Beck

Hernstorfer, A. (2000): Depression im Jugendalter. Unter besonderer Berücksichtigung der Komorbidität zwischen Leistungsangst und Depression und Aggression und Depression. Diplomarbeit. Wien: Universität Wien

Herpertz-Dahlmann, B.: Neurologische Untersuchung. In: Remschmidt, H. (Hrsg.) (2008): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. Stuttgart: Georg Thieme, S.45-46

Jordan, A. (Hrsg.) (2007): Das Eismeer in mir. Gedanken von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen, Depressionen und Psychosen. Hamburg: Hamburger Kinderbuch Verlag

Kerns, L. & Lieberman, A. (1997): Hilfen für depressive Kinder. Ein Ratgeber. Bern: Hans Huber

Kleespies, W. (2001): Licht am Ende des Tunnels. Vom Sinn der Depression. Krummwisch: Königsfurt

Köllner, S. (2003): Mütterliche Depression und ihre Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. Diplomarbeit. Wien: Universität Wien

Maslowska, L. (1999): Ursachen kindlicher Depression und ihre Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. Diplomarbeit. Wien: Universität Wien.

Mehler-Wex, C. (2008): Depressive Störungen. Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Heidelberg: Springer

Nevermann, C. & Reicher, H. (2001): Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen, verstehen, helfen. München: C.H. Beck

Nissen, G. (2002): Seelische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Alters- und entwicklungsabhängige Symptomatik und ihre Behandlung. Stuttgart: Clett-Kotta

Onken, M. & Ströhle, A.: Komorbidität von Angst und Depression. In: Bauer, M., Berghöfer, A. & Adli, M. (Hrsg.) (2005): Akute und therapieresistente Depression. Pharmakotherapie-Psychotherapie-Innovationen. Heidelberg: Springer, S. 105-114

Papoušek, M.: Störungen des Säuglingsalters. In: Esser, G. (Hrsg.) (2008): Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Georg Thieme, S.103-125

Rabenschlag, U. (2000): Wenn Kinder nicht mehr froh sein können. Depressionen bei Kindern erkennen und helfen. Freiburg: Herder

Remschmidt, H.: Erhebung der Anamnese. Erhebung des psychischen Befunds. Affektive Störungen. In: Remschmidt, H. (Hrsg.) (2008): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. Stuttgart: Georg Thieme, S. 39-42, S. 47-53, S. 219-229

Rossmann, P.: Depressive Störungen. In: Esser, G. (Hrsg.) (2008): Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Georg Thieme, S. 291-303

Rossmann, P. (1991): Depressionsdiagnostik im Kindesalter. Grundlagen, Klassifikation, Erfassungsmethoden. Bern: Hans Huber

Schäfer, U. (1999): Depression im Kindes- und Jugendalter. Ein kurzer Ratgeber für Eltern, Erzieher(innen) und Lehrer(innen). Bern: Hans Huber

Schulz, E. & Fleischhaker, C.: Selbstverletzung und suizidales Verhalten. In: Remschmidt, H. (Hrsg.) (2008): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. Stuttgart: Georg Thieme, S. 338-343

Söldner, M. (1994): Depression aus der Kindheit. Familiäre Umwelt und die Entwicklung der depressiven Persönlichkeit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Tölle, R. (2000): Depressionen. Erkennen und behandeln. München: C.H. Beck

Warnke, A., Jans, T. & Remschmidt, H.: Depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter. In: Harrington, R. (Hrsg.) (2001): Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe, S. 9-32

Wolfersdorf, M., Heindl, A., Schuh, B. et al.: Psychosoziale Faktoren. In: Bauer, M., Berghöfer, A. & Adli, M. (Hrsg.). (2005): Akute und therapieresistente Depression. Pharmakotherapie-Psychotherapie-Innovationen. Heidelberg: Springer, S.445-458

Wolfersdorf, M. (2008): Depression. Die Krankheit bewältigen. Bonn: BALANCE Buch + Medien Verlag GmbH & Co. KG

17.2 Zeitschriftenartikel

Seeley, J., Stice, E. & Rohde, P. (2009): Screening for depression prevention. Identifying adolescent girls at high risk for future depression. *Journal of Abnormal Psychology, 118 (1), 161-170.*

Strunk, D., Brotman, M., DeRubeis, R. & Hollon, S. (2010): Therapist competence in cognitive therapy for depression. Predicting subsequent symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78 (3), 429-437.*

Tram, J. & Cole, D. (2006): A multimethod examination of the stability of depressive symptoms in childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Psychology, 115 (4), 674-686.*

17.3 Internet

Kapusta, N. (2009): Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich 2009. Zugriff am 03. August 2010 unter http://www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich.pdf

WHO (2010): What is a depression? Zugriff am 02.02.2010 unter http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

18 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Klassifikation von Depression in ICD-10 und DSM-IV (Essau, 2007, S. 18) 9
Tabelle 2: Manische Symptome bei Kindern oder Jugendlichen (Kerns, 1997, S. 49) 18
Tabelle 3: Altersabhängige Symptompräsentation der Depression (Mehler-Wex, 2008, S. 15) 19
Tabelle 4: Allgemeine Merkmale depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter (Nevermann, Reicher, 2001, S. 24) 20
Tabelle 5: Symptome der Depression nach ICD-10 (Mehler-Wex, 2008, S. 10)..... 23
Tabelle 6: Leistungskomorbidität der Major Depression mit Angsterkrankungen (Ergebnisse der US National Comorbidity Survey, mod. Nach Kessler et.al. 1996; Angaben in %) (Onken, Ströhle In: Berghöfer, Bauer, Adli, 2005, S. 106) 27
Tabelle 7: Prävalenz depressiver Störungen bei neurologischen Erkrankungen (Beblo, Lautenbacher, 2006, S. 68) 28
Tabelle 8: Geschlechterunterschiede der Kinderdepression (Rabenschlag, 2000, S. 53) 29
Tabelle 9: Prävalenzangaben zu affektiven Störungen (Beblo, Lautenbacher, 2006, S. 4) 31
Tabelle 10: Faktoren, die den kurz- bzw. langfristigen Verlauf einer Depression beeinflussen (Wolfersdorf, Heindl, Schuh et al. In: Berghöfer, Bauer, Adli, 2005, S. 447) 47
Tabelle 11: Indikatoren des Verlaufs von Depression (Essau, 2007, S. 89) 48
Tabelle 12: Beispiel für ein Anamneseschema (Remschmidt In: Remschmidt, 2008, S. 42) 55
Tabelle 13: Einige strukturierte Interviews für das Kindes- und Jugendalter (Remschmidt In: Remschmidt, 2008, S. 50f) 58
Tabelle 14: Beispiele von Selbstbeurteilungs-Fragebögen zur Erfassung von Depression bei Jugendlichen (Essau, 2007, S. 36) 60
Tabelle 15: Beispielitems aus Selbstbeurteilungsfragebögen zur Depressionserfassung (Modifiziert nach Groen, Petermann, 2002, S. 149) 62
Tabelle 16: Erfassung offen depressiven Verhaltens (nach Kazdin et al. 1985) (Essau, 2007, S. 39) 63

Tabelle 17: Diagnostische Kriterien für eine klinische Depression (Kerns, 1997, S. 35) 64
Tabelle 18: Selbstmordgefährdete Personengruppen (nach E. Ringel 1969) (Bronisch, 2007, S. 53) 74
Tabelle 19: Zwölf Warnzeichen für ein erhöhtes Suizidrisiko (Nevermann, Reicher, 2001, S. 91) 75
Tabelle 20: Inhalte und Themen des LISA-Trainings (Groen, Petermann, 2002, S. 224) 80
Tabelle 21: Inhaltsübersicht des Präventionsprogramms GO! (Groen, Petermann, 2002, S. 228) 82
Tabelle 22: Therapieziele der Kognitiven Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen (Mehler-Wex, 2008, S.104) 86
Tabelle 23: Einteilung der Antidepressiva (Mehler-Wex, 2008, S. 124) 89

19 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: (Nissen, 2002, S. 197) 52
Abbildung 2: Suizidraten pro 100.000 in Österreich (http://www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich.pdf; Zugriff: 03. 08 2010) 70
Abbildung 3: Suizide absolut und Suizidraten in Österreich nach Geschlecht (http://www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich.pdf; Zugriff: 03. 08 2010) 70
Abbildung 4: Suizidraten im Europavergleich (http://www.suizidforschung.at/statistik_suizide_oesterreich.pdf; Zugriff: 03. 08 2010) 71

20 Anhang

20.1 Transkript des Interviews

I: Magst du mir einfach mal frei erzählen, wie es dazu gekommen ist oder wo du einfach am besten anfangen möchtest (,) wo du glaubst dass es am besten ist anzufangen…

IP: … Ich kann mich erinnern, das war so ungefähr im Alter von 12, 13 Jahren (,) ahm halt irgendwie so mit dem Beginn der Pubertät (,) soweit ich mich daran zurückerinnern kann und irgendwie hat das schon eine gewisse äußere Ursache gehabt, also damals hat das irgendwie damit angefangen, dass ich in der Schule gehänselt worden bin (,) wir haben da irgendwie so Gruppen gehabt und meine besten Freundinnen waren eigentlich so eine Gruppe von sechs Mädels (,) mit denen ich halt ahm, ja wir waren halt alle aus derselben Gegend, sind immer mit dem Zug gemeinsam zur Schule gefahren und heim gefahren, es war halt so eine Clique (,) und de haben halt angefangen irgendwie (,) also zwei oder drei Mitglieder der Gruppe haben halt irgendwie angefangen, dass sie mich ständig lächerlich machen oder so, oder sie haben mir irgendwelche Streiche gespielt, also so harmlose Streiche am Anfang, dass sie mir halt die Jause versteckt haben oder meine Turnkleidung weggenommen haben und ahm (,) ja sie haben auch immer gesagt, dass ich komisch bin, oder dass ich blöd bin, dass ich hässlich bin (,) und irgendwie hat das halt mit dem angefangen, dass ich (,) ahm, dass immer mehr geglaubt habe, was mir die gesagt haben (,) und durch das hab ich irgendwie auch diese depressiven Phasen angefangen, also ich hab dann oft am Abend Weinkrämpfe bekommen und, weil ich immer so Angst gehabt habe davor, am nächsten Tag in die Schule zu gehen (,) und ja so hat das irgendwie angefangen…

I: *Hast du sonst irgendjemanden gehabt? Also hast du es deinen Eltern erzählt?*

IP: Ich hab es, ahm, ich hab mit meinen Eltern eigentlich schon reden können, aber ich hab es relativ lange vor meinen Eltern irgendwie geheim gehalten, weil ich immer das Gefühl gehabt habe, ich bin dann eine Petze oder so, weil meine Eltern kennen auch die Eltern von den Mädchen und so, also ich wollt irgendwie anfangs nicht, dass das ans Licht kommt oder so, weil (,) ich wollt das irgendwie geheim halten,

aber irgendwann hat es dann eh nicht mehr funktioniert, weil meine Mama halt besorgt war und nicht gewusst hat was los war und so, und irgendwie so nach und nach ist das halt dann ans Licht gekommen.

I: Wie haben sich die Depressionen noch geäußert? Also in Weinkrämpfen (,) ahm warst du auch schlecht gelaunt?

IP: … Ich war ahm irgendwie traurig, ahm (,) ständig traurig oder fast ständig traurig und hab halt am Abend oft Weinkrämpfe gehabt, an das kann ich mich noch erinnern (,) und ich war auch viel (,) stiller bevor das eben passiert ist, ich habe weniger geredet und hab mich oft einfach in meinem Zimmer zurückgezogen und wollt eigentlich auch nicht mehr (,) fortgehen oder so (,) also , hab mich einfach zurückgezogen irgendwie …

I: Wie oft hast du diese depressiven Phasen, Gefühle gehabt? War das jeden Tag, war das permanent oder hast du auch Zeiten gehabt, wo es dir gut gegangen ist, wo du dich freuen hast können?

IP: … Ahm, das ist irgendwie schwer zu beantworten (,) aber es war eigentlich schon eher so, dass … es mir eher permanent schlecht gegangen ist, also bis zur vierten Klasse war ich eben in derselben Schule und irgendwie haben diese Hänseleien auch nie ganz aufgehört (,) und dieser Zeit ist es mir eigentlich auch immer schlecht gegangen, also es hat schon Tage gegeben, wo es mir vielleicht besser gegangen ist oder so, wenn schulfrei war oder so, aber es war doch immer so (,) es war irgendwie so eine Phase (,) wo ich das Gefühl gehabt habe (,) ich bin nichts wert oder so oder (,) wo ich das halt wirklich geglaubt habe, was mir die Mädchen damals in der Schule gesagt haben und wo mich dieses niedrige Selbstwertgefühl irgendwie doch die ganze Zeit begleitet hat oder auch so das wenig Freude an irgendwas haben oder so.

I: War das bei dir so, dass dir alles gleichgültig war, dass du alles als sinnlos empfunden hast?

IP: Ja genau…

I:Depression wird ja oft als Zustand der „Gefühllosigkeit“ beschrieben, dass man innerlich leer ist.

IP: Ja das hat sicher zugetroffen irgendwie so dieses Gefühl (,) ja man, so ein Gefühl von wie nennt man das (,) ahm Weltschmerz oder irgendwie so das Gefühl dass man eigentlich gar nicht da sein möchte, aber dass man halt einfach so weiter macht (,) ja dass man halt sozusagen (,) in die Schule geht weil man muss aber man will eigentlich nicht (,) ahm, es war anfangs eher so ein Gefühl von Traurigkeit und Angst, aber irgendwann hab ich dann wirklich, das war vor allem ahm so in der vierten Klasse, wo eben so Sachen wie Hänseleien oder Mobbing doch schon einige Zeit lang angehalten haben, dass dann zum Schluss wirklich so ein Gefühl von Gleichgültigkeit oder Leere eingetreten ist (,) von Sinnlosigkeit auch irgendwie…

I:Du bist ja dann auf eine andere Schule gegangen. Ist es dir dann besser gegangen?

IP: Ja ich wollt selbst die Schule wechseln, weil ich es in der Klasse nicht mehr ausgehalten habe (,) und ahm meine Eltern, also vor allem meine Mama war auch stark dafür, dass ich die Klasse wechsle, weil sie irgendwie auch gemerkt hat, dass so ungute Dynamiken in der Klasse sind und ahm …

I:Bist du ständig gemobbt worden?

IP: Es war, also es ist zwischendurch einmal besser geworden und zwar weil meine Mama mit den Eltern von den Mädels gesprochen hat und (,) da hab ich dann auch eine Zeit lang gemerkt, sie bemühen sich irgendwie (,) und ahm hab dann auch gemerkt dass sie sich doch auch andere Opfer sozusagen gesucht haben, also da war ein anderes Mädel aus einer anderen Gruppe über die sie sich dann auch irgendwie so lustig gemacht haben und so und es hat sich dann irgendwie (,)doch wieder (,) es ist schwer zu beschreiben, aber doch verschlechtert, also vielleicht jetzt nicht mehr offensichtliches hänseln oder so, aber einfach so (,) ahm so Zeichen von Feindseligkeit irgendwie also…

I: Du hast es noch gespürt dass etwas Negatives da ist (,)

IP: Ich hab es gespürt, dass was da ist und (,) es haben dann auch irgendwie, ich hab damals dann auch, also man hat gemerkt dass es mir nicht gut geht, das hat man irgendwie auf den ersten Blick gesehen und da haben dann auch irgendwie Leute angefangen, dass sie mich hänseln, die mich vorher nicht gehänselt haben, weil ich irgendwie, ja niemanden mehr anschauen hab können oder so und das

Verhalten dann irgendwie auffällig war und gehemmt und das zieht dann irgendwie auch anderen Hänseleien an.

I: Und ahm im Borg war es ja dann besser (,)

IP: Genau wie ich dann die Schule gewechselt hab, ist es sofort besser geworden, also (,) ahm mit dem Selbstwertgefühl nicht aber die Situation ist sofort besser geworden, weil ich in eine andere Klasse gekommen bin, in ein anderes Umfeld und mich in der neuen Klasse eigentlich von Anfang an wohl gefühlt hab mit den Mädchen die dort waren und dann doch auch irgendwie Bestätigung bekommen hab von meinen Mitschülerinnen (,) und dann ist dann eigentlich schon relativ schlagartig doch eine Besserung eingetreten, also nicht komplett in dem wie ich mich selbst gesehen hab, an dem hab ich eigentlich relativ lange zu kämpfen gehabt aber das Umfeld und so ist besser geworden und dadurch ist es mir dann auch besser gegangen.

I: Wann ist es dir dann wieder schlechter gegangen? Also wann war das dann, dass du keinen Ausweg mehr gesehen hast?

IP: … Das war… Ich kann mich eigentlich selbst auch nicht mehr so genau erinnern warum, oder irgendwie schon, also (,) ich weiß nur das (,) irgendwie so ein schlechtes Selbstwertgefühl das hab ich eigentlich immer gehabt nachdem das passiert ist damals in der alten Schule und das hat mich auch (,) später dann wie es mir eigentlich schon besser gegangen ist, also in der Oberstufe und so hat es mich doch irgendwie gehemmt, also ich hab immer Angst gehabt irgendwie fort zu gehen am Abend oder so, was für viele Mitschülerinnen schon ganz normal war oder ja (,) so Phasen von Traurigkeit und Zurückgezogenheit hab ich schon immer noch gehabt, auch wenn es viel besser war als es vorher war, wie eben die Situation so schlimm war und (,) ich kann mich erinnern, dass in der achten Klasse, also in der Klasse von der Matura (,) ich weiß nicht genau warum, da hat es eigentlich keinen äußeren Anlass gegeben oder so (,) aber irgendwie ist da so eine Phase von (,) Traurigkeit wieder zurückgekommen und da hab ich dann auch oft geweint (,) nachdem ich von der Schule heimgekommen bin oder abends, nicht weil ich Angst gehabt hab vor der Schule oder so, sondern einfach weil ich mich selbst irgendwie nicht gemocht hab, also weil ich mir immer gedacht hab, ich halt mich selbst nicht aus oder ich mag mich nicht (,) und das Gefühl ist halt dann irgendwann so stark

geworden (,) dass ich halt dann (,) das war eigentlich mehr so ein Fluchtversuch würd ich sagen, es war jetzt vielleicht kein richtiger Selbstmordversuch, weil ich hab gar nicht so viele Tabletten genommen (,) ahm es war mehr so ein Fluchtversuch vor der Situation irgendwie (,) also vielleicht vor dem wie man sich selbst sieht, also ahm schwer zu erklären aber so ein ausschalten irgendwie, die eigenen Gedanken über sich selbst ausschalten oder so …

I: War das dann eher spontan?

IP: Ja dann ahm (,) ich hab glaub ich in der Nacht vorm schlafen gehen schon ein paar Schlaftabletten genommen gehabt, ich weiß nicht mehr zwei oder drei, und dann in der Früh nochmal, bevor ich eigentlich aufstehen hätt müssen um zur Schule zu gehen …

I: Wie ist es dann weitergegangen?

IP: Also ahm (,) meine Mama hat mich dann gefunden, also sie hat mich eigentlich immer aufgeweckt in der Früh und (,) hat halt irgendwie das gesehen, dass ich, ich hab nicht erbrochen gehabt oder so, aber sie hat halt die Tablettenschachtel gesehen und soweit ich mich erinnern kann, ich kann mich an das nicht mehr so genau erinnern aber (,) auf jeden Fall hat mich halt dann mein Papa am selben Tag gleich in die Psychiatrie Wels gefahren …

I: Und weißt du noch wies dir dann gegangen ist? Hast du dich erleichtert gefühlt, dass du jetzt Hilfe bekommst oder ist es dir schlecht gegangen dabei?

IP: Es ist, ahm, es war irgendwie ambivalent, also mir ist es (,) ahm ich war irrsinnig erschrocken kann ich mich erinnern wie ich meine Mama gesehen hab, also ahm (,) da hab ich irgendwie gemerkt, die hat an dem Morgen um 20 Jahre älter ausgeschaut und ahm (,) da hab ich dann auch irgendwie realisiert, dass das ein Blödsinn war, was ich gemacht hab (,) und gleichzeitig war ich doch irgendwie erleichtert, weil ich doch das Gefühl gehabt hab, ich bin irgendwie aus der Situation ausgebrochen, also (,) ich weiß nicht vielleicht war es auch wirklich sowas wie ein Hilfeschrei oder so, der dann halt (,) ja ich war dann schon (,) irgendwie auch erleichtert, dass ich ins Krankenhaus gekommen bin …

I: Was ist dann passiert?

IP: Ahm dann war ich eigentlich gar nicht so lang im Krankenhaus, ich glaub eh nur eine Woche (,) und ich hab dann auch (,) Medikamente verschrieben bekommen, ich weiß nicht mehr genau was, aber irgendwelche Antidepressiva (,) und dann kann ich mich erinnern, dass ich die erste Zeit, also dass die Lehrer auch verständigt worden sind und so und dass ich die erste Zeit dann weniger in die Schule gehen hab müssen, wies eigentlich normal nötig gewesen wär und ja (,) ich hab halt dann angefangen, dass ich gewisse Defizite nachhole, die ich irgendwie in Mathematik gehabt hab (Lachen) und irgendwie ist es dann, mir ist es in der ersten Zeit, wie ich rausgekommen bin aus der Psychiatrie nicht besonders gut gegangen, da wollt ich eigentlich die Schule abbrechen, weil ich mir gedacht hab, ich halt das nicht mehr aus und (,) meine Eltern haben mich dann aber überredet, dass ich es doch probieren sollte, weil es ja das letzte Jahr war (,) und irgendwie ja (,) hab ich dann doch wieder hineingefunden in die Schule und hab auch gemerkt, dass ich es schaffen kann, die Matura und irgendwie so dann mit der Aufgabe der Matura und das dann abschließen ist es eigentlich doch (,) wieder merklich besser worden, es ist nicht ganz weggegangen, aber es war viel besser wie zu dem Zeitpunkt wo eben …

IP: Nimmst du heute noch Antidepressiva? Bzw. wie lang hast du sie genommen?

IP: Ich nehme sie heute nicht, nein, ahm ich hab sie glaub ich nur (,) ich kann mich ehrlich gesagt nicht mehr genau daran erinnern, aber ich glaub ich hab sie maximal ein halbes Jahr genommen oder so (,) und (,) dann nicht mehr und ich nehm heut auch keine Antidepressiva mehr (,)

I: Würdest du sagen, dass sie dir geholfen haben? Kannst du beschreiben, wie sie gewirkt haben? Also hast du dich besser gefühlt?

IP: Ahm ja irgendwie schon, also ich kann mich vor allem noch erinnern, weil ich, ich hab eigentlich vorher auch schon einmal Antidepressiva genommen und zwar (,) ahm wie das damals mit dem Mobbing so schlimm war, da hat mir meine Mama, weil meine Mama eben Hausärztin ist für, ich weiß nicht, auch für zwei oder drei Monate was verschrieben und da kann ich mich irgendwie noch gut erinnern, dass das doch (,) da hat sich dann nach und nach mit den Medikamenten so ein Gefühl eingestellt von „ach es ist nicht so schlimm“ oder irgendwie Hoffnung, dass es wieder besser wird (,) oder generell einfach ein bisschen eine positivere Stimmung …

I: Und war das dann für dich schwer diese dann abzusetzen?

IP: Nein gar nicht eigentlich, also ich hab nie, hab nie das Gefühl gehabt, dass ich die irgendwie besonders brauch oder so, also es hat auch einige unangenehme körperliche Nebenwirkungen gehabt am Anfang, also so (,) halt ein bisschen Durchfall und zittrig wenn ich mich richtig erinnern kann, also das hat mich eher ein bisschen gestört und mit dem Absetzen hab ich eigentlich keine Probleme gehabt …

I: Ok. Abschließend noch, wie geht's dir heute und was unternimmst du zur Prävention?

IP: Ahm … das ist schwierig zu sagen, ich glaub, dass ich, ahm (,)mittlerweile doch ein bisschen mehr in mir selbst Ruhe, also dass ich weiß ich kann was oder (,) es gibt immer noch Situationen, wo mein Selbstwertgefühl relativ niedrig ist, aber (,) ahm (,) das belastet mich nicht mehr so und ich schaff das dann auch das irgendwie doch relativ schnell wieder zu heben, wenn es mir mal schlechter geht und ahm ja (,) ich schaue auch, dass ich mich doch halbwegs regelmäßig mit Leute treff und oder so und (,) ahm (,)irgendwie vor allem im Studium hab ich dann doch irgendwann angefangen diese alten Ängste in dem Sinn abzulegen, das ich einmal Phasen gehabt hab, wo ich viel einfach raus gegangen bin und irgendwie halt das Soziale ein bisschen nachgeholt hab, was mir von früher her gefehlt hat, wie ich mich so zurückgezogen hab (,) und ja Prävention ist irgendwie schwer zu sagen, ich glaub einfach, dass ich mittlerweile gefestigter bin, also dass ich (,) dass mich nicht alles gleich so aus der Bahn wirft, wie es damals war (,) das wenn jetzt zum Beispiel wer aggressiv oder abfällig mir gegenüber ist, dass ich mittlerweile erkennen kann, das ist dem sein Problem und eigentlich nicht meine Schuld (,) das ich es nicht immer auf mich beziehe und mir denke ja der hat recht, ich bin einfach blöd (Lachen), sondern dass ich das mittlerweile bei dem lassen kann …

I: Ok. Möchtest du abschließend noch irgendetwas sagen?

IP: … Nein danke, eigentlich nicht (Lachen)

I: Ok danke für das Interview.

20.2 Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Name:	Helene Hofer
Adresse:	Veronikagasse 1/ 12-14, 1160 Wien
Telefon:	0650/6521056
E-Mail:	helene_530@hotmail.com
Geburtsdatum:	22.03.1988
Geburtsort:	Grieskirchen
Familienstand:	ledig
Staatsbürgerschaft:	Österreich

Studium und Schulbildung

seit 03/2008	Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Wirtschaftsuniversität Wien
10/2006 - 07/2009	IDS Pflegewissenschaft, Universität Wien
09/2002 – 06/2006	BORG Grieskirchen

Ferialjobs/ Berufliche Erfahrungen

09/2009	Firma Hofstetter, Barbereich
09/2008	Firma Hofstetter, Servicekraft im Bierzelt
07/2005	Gemeindeamt/Freibad Raab, Bürotätigkeiten/ Kassiererin
07/2004	Spar Markt Raab, Disponieren von Waren

Sonstige Kenntnisse

sehr gute Englisch- Kenntnisse
Spanisch- Grundkenntnisse
B- Führerschein

Helene Hofer