

Unverkäufliche Leseprobe



Christiane Nevermann, Hannelore Reicher
Depressionen im Kindes- und Jugendalter
Erkennen-Verstehen-Helfen

2020. 271 S., mit 2 Abbildungen und 9 Tabellen
ISBN 978-3-406-75744-0

Weitere Informationen finden Sie hier:

<https://www.chbeck.de/30977777>

Depressive Störungen drücken sich bei Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Formen aus. Sie reichen von leichten depressiven Verstimmungszuständen bis hin zur schweren klinischen Depression, die schlimmstenfalls in der versuchten Selbsttötung münden kann. Immer jedoch handelt es sich um Kinder und Jugendliche, die in ihrer psychischen Gesundheit mehr oder minder stark beeinträchtigt und dadurch in ihrer Gesamtentwicklung gefährdet sind.

In diesem Buch beschreiben zwei ausgewiesene Expertinnen die ganze Bandbreite depressiver Störungen, immer verbunden mit der Beantwortung der Fragen: Anhand welcher Signale können vor allem Eltern und Erzieher depressionsbetroffene Kinder und Jugendliche frühzeitig erkennen und diesen aus ihren Entwicklungskrisen heraushelfen? Welche Einrichtungen beraten und helfen weiter? Und welche Rolle spielen Freunde, Eltern und Lehrer bei der Vorbeugung, Bewältigung und Therapie depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter?

Ein Verzeichnis von Anlaufstellen für Betroffene beschließt dieses wichtige Buch zu einem unterschätzten Thema.

Dr. *Christiane Nevermann* ist Psychologische Psychotherapeutin und Schulpsychologiedirektorin a.D. in Berlin. Supervision und Beratung in pädagogisch-sonderpädagogischen Arbeitsfeldern. Ehrenmitglied der Caspari-Foundation London für emotional gestörte Kinder und Jugendliche.

Dr. *Hannelore Reicher*, Psychologin sowie Sonder- und Heilpädagogin, ist Universitätsprofessorin am Arbeitsbereich Sozialpädagogik des Instituts für Erziehungs- und Bildungswissenschaft der Universität Graz. Sie lehrt und forscht zu Fragen der Heilpädagogik und der Entwicklungspsychologie bei Kindern und Jugendlichen.

Christiane Nevermann
Hannelore Reicher

Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Erkennen, Verstehen, Helfen

C.H.Beck

Mit 2 Abbildungen und 9 Tabellen

1. Auflage (Beck'sche Reihe). 2001

2., aktualisierte und erweiterte Auflage (Beck'sche Reihe). 2009

Originalausgabe

3., aktualisierte Auflage in C.H.Beck Paperback. 2020

© Verlag C.H.Beck oHG, München 2001

www.chbeck.de

Satz: C.H.Beck.Media.Solutions, Nördlingen

Druck u. Bindung: Druckerei C.H.Beck, Nördlingen

Umschlagentwurf: malsyteufel, Willich

Umschlagabbildung: © plainpicture/Fancy

Printed in Germany

ISBN 978 3 406 75744 0



klimaneutral produziert
www.chbeck.de/nachhaltig

Inhalt

Vorwort	9
Einführung.	11

Teil I. Die vielen Gesichter depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter

1. Wenn Kinder depressiv sind	17
Depressive Störungen näher bezeichnet 19 – Was kennzeichnet Kinder mit depressiven Störungen? 20 – Symptome depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter 21	
2. Alterstypische Symptome	36
Depressive Merkmale im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschul- alter 39 – Depressive Merkmale im Kindesalter 42 – Depressive Symptome im Jugendalter 44	
3. Einsamkeit und Trauer im Kindes- und Jugendalter	47
Einsamkeit im Jugendalter 48 – Traurigkeit und Trauer 49	

Teil II. Depressiv und hilflos – Was steckt dahinter?

1. Depressive Störungen in der klinischen Diagnose	53
Die klinischen Störungsbilder 55	
2. Depressive Kinder und Jugendliche erkennen.	61
„Zeitalter der Melancholie“ 62 – Was sagen die Zahlen? 62	
3. Worunter depressive Kinder zusätzlich leiden	64
Angst und Depression 67 – Verhaltensstörungen und De- pression 68 – Eßstörungen und Depression 72 – Drogenmiß- brauch und Depression 74 – Körperliche Beschwerden und Depression 76	

4. Kinder und Jugendliche, die nicht mehr leben wollen	77
Der Schülerelbstmord in der Statistik 79 – Suizidalität als Entwicklungsprozeß 82 – Wie entsteht suizidales Denken und Handeln? 83 – Psychosoziale Belastungen 87 – Hintergründe und Auslöser für suizidales Handeln 88 – Wenn das Faß zum Überlaufen kommt 89 – Signale, die auf eine Suizidgefährdung hinweisen 90 – Welche Kinder und Jugendlichen sind besonders gefährdet? 94 – Welche Methoden finden Anwendung? 95 – Verhindern, Helfen und Vorbeugen 96 – Hilfe in Gang setzen oder veranlassen 99	
5. Werden aus depressiven Kindern depressive Erwachsene?	100

Teil III. Familie, Schule und Depressionen

1. Familie und Depressionen	105
Konflikte prägen das Familienleben 108 – Disziplin und Strafen 109 – Freizeitgestaltung und Unterstützung in der Familie 110 – „Keiner liebt mich, auch meinen Eltern bin ich egal!“ 111 – Beziehungen zu Gleichaltrigen 114 – Wenn ein Elternteil depressiv ist 115	
2. Depressive Störungen und Schulerfolg	120
Schulische Schwierigkeiten im Lernen und Verhalten 121 – Depressive Schüler in der Schule beobachten 130 – Wie Lehrer Depressionen bei Schülern einschätzen 132 – Schulische Überforderung fördert Depressionen 133 – Mobbing – ein Risikofaktor für Depression 137 – Depression und Schulverweigerung 140 – Vorbeugen und Helfen in der Schule 142	

Teil IV. Warum können Kinder und Jugendliche depressiv werden?

1. Lebenswelt heute	151
Kindsein ist kein Kinderspiel! 152 – Veränderungen von Familienstrukturen 152 – Gewalt gegen Kinder 153 – Umgang mit Zigaretten, Alkohol und Medikamenten 154 – Leistungsanforderungen in Schule und Beruf 155 – Medien und Kommunikationstechnologie 156	

2. Psychologische Theorien zur Erklärung von Depressionen	159
Verlusterlebnisse – Psychoanalytische Depressionstheorien 160 – Die Macht der Gedanken – Kognitive Depressionstheorien 161 – „Ich kann ja ohnehin nichts ändern ...“ – Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit 166 – Negative Programmierungen – Optimistische und pessimistische Kinder 169 – Soziale Fertigkeiten und mangelnde Aktivitäten – Lerntheoretische Depressionstheorien 170 – Ein zusammenfassendes Modell 173	
3. Biologische Erklärungsansätze.	174
Sind Depressionen erblich bedingt? 174 – Besonderheiten des Gehirnstoffwechsels 175	
4. Welche Kinder sind besonders gefährdet?.	177
Depression eines Elternteils 181 – Belastende Lebensereignisse und Lebensumstände 182 – Depressive Mädchen 188	

Teil V. Erkennen, Helfen, Vorbeugen

1. Depressive Kinder und Jugendliche erkennen.	192
Sensibilität als notwendige Grundlage 195 – Kommunikation ist unverzichtbar 196 – Grundlegende Schwierigkeiten beim Erkennen 196 – Ausgewählte bedeutsame Aspekte für das Erkennen von depressiven Befindlichkeiten 199	
2. Wie lässt sich helfen?	206
Professionelle Hilfe in Anspruch nehmen 209 – Wenn Jugendliche Hilfe verweigern 210	
3. Psychologisch-therapeutische Behandlungsansätze.	211
Kognitive Verhaltenstherapie 213 – Spieltherapie 220 – Psychoanalytische Therapie 222 – Zusammenarbeit mit der Familie 222 – Familientherapie 223 – Interpersonelle Psychotherapie 224	
4. Medikamentöse Behandlung	227
Wann werden Medikamente eingesetzt? 227 – Wie wirken Antidepressiva? 227	
5. Was Eltern im Alltag tun können.	230
6. Vor depressiven Entwicklungen schützen.	234
Wie kann man Kinder und Jugendliche vor depressiven Entwicklungen schützen? 235 – Präventionsprogramme 245	

Quellen	256
Weiterführende Literatur.	263
Anhang A – Diagnostische Kriterien für Depressive Störungsbilder nach ICD-10	264
Anhang B – Anhang B – Beratungs- und Kontaktstellen, Selbsthilfegruppen Hotlines und Online- Dienste	266

Vorwort

Depressionen im Kindes- und Jugendalter sind keineswegs selten, sie werden nur selten erkannt. Mehr als 5 % aller Kinder und Jugendlichen sind heute von einer schweren Depression betroffen, und etwa 10 % weisen nach jüngsten Untersuchungsergebnissen deutliche depressive Symptome auf. In Fachkreisen wird inzwischen von einem dramatischen Anstieg depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter gesprochen.

Depressive Kinder und Jugendliche sind nicht einfach nur „schlecht drauf“. Ihre anhaltend niedergedrückte bis gereizte Stimmung, pessimistische Selbsteinschätzungen und der Verlust an Freude und Interesse an den sonst so beliebten Aktivitäten drängen sie in die Passivität und den sozialen Rückzug. Was zuvor noch „hoch im Kurs“ stand und unbedingt durchgeführt oder mitgemacht werden mußte, wird plötzlich belanglos. Viele Dinge verlieren ihren Wert. Insbesondere im Kindesalter fallen auch körperliche Beschwerden wie Bauch- und Kopfschmerzen sowie Einschlafstörungen auf. In allen Altersstufen treten vermehrt Schulschwierigkeiten bis hin zur Schulverweigerung auf. Häufig überlagern zusätzlich auftretende Verhaltensprobleme, Eßstörungen oder auch Drogenmißbrauch die eigentliche Depression. Zwei Drittel aller depressiven Kinder und Jugendlichen weisen eine zusätzliche psychische Störung auf. Einer der Hauptgründe, warum so viele depressive Kinder und Jugendliche in ihrer eigentlichen Problematik verkannt werden.

Nur ein geringer Teil depressiver Kinder und Jugendlicher befindet sich in professioneller Behandlung. Der weitaus größere Teil bewegt sich täglich durch einen Alltag, der durch zahlreiche Mißerfolge und Niederlagen geprägt ist. Manch einer von ihnen gerät in eine schwere Selbstwertkrise und wird schon im Jugendalter suizidgefährdet. Jedes „Übersehen“ birgt die Gefahr weiterer Eskalationen von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit.

Was in diesem Buch dargestellt und behandelt wird, basiert neben eigenen Praxiserfahrungen vor allem auf unzähligen Forschungs-

ergebnissen insbesondere aus dem anglo-amerikanischen Bereich. Der aktuellen Wissensstand wurde in diesem Buch mit der Absicht zusammengetragen, dem interessierten Leser einen möglichst umfassenden Einblick in die Gesamtproblematik depressiven Verhaltens und Erlebens im Kindes- und Jugendalter zu vermitteln, um damit das zu realisieren, was im Hinblick auf depressive Kinder und Jugendliche so dringend notwendig erscheint: ein verbessertes Erkennen, Verstehen und Helfen.

Vorwort zur 2. Auflage

In der vorliegenden zweiten Auflage des Buches wurde der aktuelle Forschungsstand zum Thema eingearbeitet, wobei vor allem neuere Erkenntnisse im Bereich der Behandlung depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen Berücksichtigung fanden. Das Kapitel 6 wurde um die aktuellen Präventionsansätze und Präventionsprogramme ergänzt. Die gesamte Fachliteratur des Textes wurde entsprechend aktualisiert.

Vorwort zur 3. Auflage

Die emotionalen Probleme von Kindern und Jugendlichen stellen noch immer ein „Herzensthema“ für uns dar. In der nun 3. Auflage wurden einige Inhalte und die Literatur aktualisiert, ebenso wie die Übersicht zu Angeboten der Hilfe, Information und Unterstützung für Betroffene in Familie und Schule, die zunehmend online zu finden sind.

Berlin und Graz, im Mai 2020

*Christiane Nevermann
Hannelore Reicher*

Einführung

Da wachsen Kinder auf an Fensterstufen –
und wissen nicht, daß draußen Blumen rufen –
an einem Tag voll Weite, Glück und Wind –
und müssen Kind sein und sind traurig Kind.

(Rainer Maria Rilke)

Traurigkeit und Angst, Gefühle der Hilflosigkeit und des Versagens stellen im Leben eines jeden Menschen, so auch für Kinder und Jugendliche, besonders belastende Erfahrungen dar. Kinder wie Erwachsene können zu bestimmten Zeiten besondere Freude empfinden, sich „wie im siebten Himmel“ fühlen und zu anderen Zeiten eher deprimiert in einem vorübergehenden „Stimmungstief“ stecken. Jugendliche nennen es häufig ihre „Depri-Phase“, und Kinder, die sagen in solchen Situationen eher: „Ich hab’ schlechte Laune!“ In der Tat haben diese Kinder dann auch schlechte Stimmung, sind gereizt, nörglerisch und unausgeglichen und vor allem ohne Interesse an sonst attraktiven Aktivitäten und Unternehmungen.

Die eigene Unzufriedenheit und Unausgeglichenheit führt nicht selten zu Verhaltensweisen, die Konflikte mit den Eltern und Geschwistern, mit Freunden oder Gleichaltrigen nach sich ziehen. Aber all diese Beschreibungen sind eher normaler Alltag und haben noch wenig mit dem Vorliegen einer depressiven Störung im klinischen Sinne zu tun, auch wenn die Übergänge zwischen „normaler Traurigkeit und Bedrücktheit“ und „depressiver Traurigkeit“ durchaus fließend sein können. Depressionen (von dem lateinischen Wort „deprimere“ = herunter-, niederdrücken) sind insgesamt sehr viel mehr als gelegentliche Stimmungstiefs im Alltagsstreß oder die „Depri-Phase“ im Jugendalter. Was dabei vor allem eine Rolle spielt, ist die Dauerhaftigkeit und Intensität eines depressiven Zustands sowie, vor allem bei Kindern und Jugendlichen, das Vorhandensein zusätzlicher Beeinträchtigungen. Das heißt mit anderen Worten, erst wenn solche Stimmungstiefs an Stärke massiv zunehmen, zu deutlichen zusätzlichen Verhaltens-

beeinträchtigungen führen und über längere Zeit hinweg andauern, kann möglicherweise von einer depressiven Störung mit klinischer Bedeutsamkeit gesprochen werden.

Der hier verwendete Begriff der „Störung“ verweist darauf, daß es sich in diesem Verständnis bei „depressiven Störungen“ um gestörte Formen von ansonsten normalen Verhaltensreaktionen handelt. „Störungen“ signalisieren gestörte Abläufe oder auch Abweichungen von normalen Verhaltensformen. Gleichzeitig soll damit aber auch betont werden, daß ein depressiver Zustand als ein im Erleben und Verhalten „gestörter Zustand“ einer Entwicklung unterliegt und sich entsprechend wieder zurückentwickeln kann. Bilden sich depressive Störungen ohne therapeutische Behandlung zurück, was sehr häufig passiert, handelt es sich um eine sogenannte „Spontanremission“ (Spontanerholung).

Depressionen beinhalten insgesamt unterschiedlich ausgeprägte depressive Zustandsbilder, denen vor allem eine niedergedrückte, traurige Stimmungslage, Gereiztheit, deutliche Lustlosigkeit und Passivität, ein negatives Selbstbild sowie verschiedene körperliche Beschwerden gemeinsam sind.

Die Symptome der Depressionen im Kindes- und Jugendalter sind vielfältig und vor allem durch alters- und entwicklungsbedingte Ausprägungen gekennzeichnet. In diesem Buch wird von leichten, vorübergehenden bis hin zu schweren, klinisch bedeutsamen depressiven Störungen die Rede sein. Bis vor drei Jahrzehnten meinte man noch, daß depressive Zustände bei Kindern und Jugendlichen insgesamt eher selten auftreten. Heute weiß man hingegen, daß auch Kinder und Jugendliche ähnlich den Erwachsenen schwer depressiv werden können. Und mehr noch! Mit dem Herannahen der Pubertät und dem Einstieg in das Jugendalter, d.h. also mit dem Beginn alterstypischer Irritationen und Fehlschläge sowie der Notwendigkeit zur Neu- und Umorientierung, erreichen depressive Störungen alarmierende Ausmaße.

Depressive Kinder und Jugendliche haben oft große Mühe, den täglichen Anforderungen in Familie, Schule und Freizeit zu entsprechen. Sie erleben auf vielen Ebenen vermehrt Mißerfolg und Versagen und ziehen sich in der Folge resignativ aus dem sozialen Umfeld, vor allem aus Freundeskreisen und Familienleben, zurück. Prozesse der sozialen Isolierung und der Nichtbewältigung von Aufgaben führen als Konsequenz zu weiteren emotionalen

Belastungen und verschlechtern die ohnehin beeinträchtigte Befindlichkeit. In der Fachliteratur wird zur Kennzeichnung dieser einander verstärkenden Situationen häufig auch von einer sogenannten „depressiven Spirale“ gesprochen. Dieses Bild vermittelt einen Zusammenhang fortschreitender depressiver Einengung, was auch bei Kindern und Jugendlichen mit zum Teil erheblichem persönlichem Leid und Leiden verbunden sein kann.

Der Inhalt dieses Buches gliedert sich in fünf Teile, die einander thematisch ergänzen, aber durchaus auch unabhängig voneinander gelesen werden können.

Teil I beschäftigt sich mit dem Thema der vielen möglichen Gesichter depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter.

Kapitel 1 führt über einzelne Fallbeispiele in die mögliche Vielfalt depressiver Erscheinungsbilder bei Kindern und Jugendlichen ein. Dabei werden die typischen Symptome depressiver Störungen ausführlich vorgestellt. Im Mittelpunkt von Kapitel 2 stehen alterstypische Merkmale depressiver Störungen. Kleinkinder zeigen andere Anzeichen einer depressiven Entwicklung als Jugendliche. Kapitel 3 will mit dem Thema „Einsamkeit und Trauer im Kindes- und Jugendalter“ noch im Bereich einer „normalen“ Entwicklung bleiben.

Teil II konzentriert sich unter dem Titel „Depressiv und hilflos – was steckt dahinter?“ auf unterschiedliche Aspekte des klinischen depressiven Störungsbildes.

In Kapitel 1 werden die klinischen Störungen „Major Depression“, „Dysthyme Störung“ und „Bipolare Störung“ mit ihren typischen Symptomen und wichtigsten diagnostischen Kriterien vorgestellt.

Dabei wird deutlich, daß es keineswegs unwichtig ist, welches depressive Verhalten wie lange und mit welcher Intensität bei einem Kind vorhanden ist. Ab einem bestimmten Ausmaß depressiver Befindlichkeit kann bei einem Kind oder Jugendlichen eine depressive Störung mit klinischer Ausprägung vorliegen. Kapitel 2 stellt die zweifellos berechtigte Frage, ob depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter überhaupt ein häufiges Problem darstellen. Auf der Grundlage internationaler Untersuchungsergebnisse informieren wir darüber, in welchem Ausmaß depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter heute auftreten. Kapitel 3 informiert über zusätzliche Probleme, die etwa zwei Drittel aller depressiven

Kinder und Jugendlichen aufweisen, darunter vor allem Angststörungen, Störungen im Sozialverhalten, Eßstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität sowie auch Drogenprobleme. Solche gleichzeitig vorhandenen psychischen Störungen können eine vorhandene depressive Störung verdecken oder überlagern. Kapitel 4 thematisiert mögliche Suizidalität (suicedere = sich selbst vernichten bzw. töten) bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen. Ein entscheidender Anteil an gelungenen Suiziden und Suizidversuchen geht auf eine schwere depressive Störung zurück. Die Gefahr einer möglichen suizidalen Entwicklung läßt depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter zu einer unbedingt ernstzunehmenden Problematik werden. Dabei wird u.a. auch der Frage nachzugehen sein, warum bereits Kinder und Jugendliche über eine Selbsttötung nachdenken, welche unter ihnen am meisten gefährdet scheinen und was Eltern, Lehrer und andere soziale Bezugspersonen überhaupt tun können, um eine suizidale Entwicklung rechtzeitig zu erkennen und suizidale Krisen abwenden zu helfen. In Kapitel 5 wird die Frage zu beantworten versucht, ob aus depressiven Kindern depressive Erwachsene werden.

Teil III widmet sich dem Thema Familie, Schule und Depression.

Die beiden entscheidenden Lebenswelten in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen stellen die Familie und die Schule dar. Eltern und Lehrer bemühen sich, Kindern eine optimale Grundlage zu schaffen, auf der sich die kindliche Persönlichkeit entwickeln kann. Was ist, wenn diese Bedingungen doch nicht in notwendiger Weise vorhanden sind? Welche Einflußfaktoren können dazu führen, daß Kinder sich enttäuscht von der Familie abwenden und auch von ihren Freunden nichts mehr wissen wollen? Kapitel 1 behandelt unterschiedliche Problembereiche des Zusammenlebens depressiver Kinder und Jugendlicher mit ihren Eltern und Geschwistern. Besonders herausgehoben wird dabei das Thema „Wenn ein Elternteil depressiv ist“. Für Eltern und Lehrer ist es von besonderer Bedeutung zu wissen, ob depressive Störungen den Schulerfolg beeinträchtigen können und wenn ja, in welcher Weise. Kann man von einer „Schuldepression“ sprechen? Und woran erkennt eine Lehrerin oder ein Lehrer überhaupt, daß eine Schülerin oder ein Schüler in einer depressiven

Entwicklung steckt? Das 2. Kapitel beleuchtet die Thematik aus unterschiedlichen Perspektiven. Dabei werden die beiden Themen „Mobbing als Risikofaktor für Depressionen“ und „Depression und Schulverweigerung“ besonders ausführlich behandelt. Sie stellen zwei sehr aktuelle Aspekte in der gegenwärtigen Schuldiskussion dar. Das Kapitel wird mit einer Reihe von Empfehlungen zum Vorbeugen depressiver Entwicklungen in der Schule beendet.

Teil IV thematisiert die schwierige Frage: Warum können Kinder und Jugendliche depressiv werden?

Die einzelnen Kapitel behandeln mögliche Entstehungsbedingungen und Verursachungshintergründe depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen aus jeweils unterschiedlicher Perspektive. Dabei wird mit einer kritischen Betrachtung verschiedener Aspekte der Lebenswelt von Kindern heute begonnen. Es besteht kein Zweifel darüber, daß Depressionen im Kindes- und Jugendalter in bestimmten Fällen einen ganz konkreten psychosozialen Hintergrund haben. Die betroffenen Kinder reagieren auf bestimmte belastende Ereignisse und Bedingungen. Kapitel 1 hat die „Lebenswelt heute“ zum Thema. Kapitel 2 stellt aus wissenschaftlicher Perspektive eine Reihe von psychologischen Theorien zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen vor. Kapitel 3 ergänzt die psychologischen Erklärungsmodelle, indem die biologischen Ansätze vorgestellt werden. Dabei handelt es sich sowohl um mögliche genetische Vorprägungen als auch biochemische Verursachungsfaktoren. In Kapitel 4 wird die Frage behandelt, welche Kinder und Jugendlichen möglicherweise stärker als andere gefährdet sind, depressiv zu werden. Was schützt sie vor dem Auftreten von Depressionen? Obwohl auch biologische, organische oder genetische Risikofaktoren mit der Entwicklung depressiver Störungen in Verbindung gebracht werden, können psychosoziale Faktoren wie Streß, Verlustereignisse sowie auch Lernschwierigkeiten und soziale Probleme mit verursachend bzw. verstärkend wirken. Offensichtlich gibt es aber auch sogenannte „Schutzfaktoren“, die trotz bestimmter Lebensbelastungen vor Depression schützen.

Teil V steht unter dem Thema Helfen und Vorbeugen. Mit dem deutlichen Ansteigen depressiver Störungen und der Vielzahl „unbehandelter“ bzw. auch „unerkannter“ Kinder und Jugendlicher mit depressiven Störungen wächst die unbedingte Notwendigkeit,

sich mit diesen Aspekten auf allen Ebenen praktischen Handelns auseinanderzusetzen.

In Kapitel 1 werden Schwierigkeiten und Probleme beim Erkennen depressiver Entwicklungen angesprochen. Dabei wird auch gefragt, welche Informationen diagnostisch wichtig sind. Sind depressive Kinder und Jugendliche zuverlässige Informanten? Oder vielleicht eher Eltern oder Lehrer? Im Kapitel 2 wird über Hilfemöglichkeiten und Ansätze von Hilfe gesprochen. Es finden sich Hinweise auf Möglichkeiten professioneller Hilfe durch öffentliche Einrichtungen und Institutionen. Kapitel 3 stellt unterschiedliche psychologisch-therapeutische Verfahren zur Behandlung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen vor. In Kapitel 2 werden vorhandene psychologisch-therapeutische Konzepte vorgestellt. Konkret wird auf kognitiv-verhaltenstherapeutische, psychoanalytische, spieltherapeutische und familienbezogene Ansätze eingegangen. Kapitel 4 ergänzt die Informationen durch Ausführungen zur medikamentösen Behandlung von Depressionen bei Kindern. In Kapitel 5 werden besonders die Eltern angesprochen. Es geht um Beratung und Hilfestellung im Umgang mit depressiven Kindern. Was kann man als Eltern tun, um depressive Entwicklungen zu reduzieren bzw. aufzuheben? Neben einer professionellen psychologischen Psychotherapie sind auch präventive Überlegungen immer wieder notwendig. In der Praxis finden sich bisher nur wenige ausgearbeitete Konzepte, die das Ziel verfolgen, Kinder und Jugendliche vor Depressionen zu schützen.

Teil I

Die vielen Gesichter depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter

Kinder und Jugendliche mit Depressionen lassen sich nicht ohne weiteres erkennen. Ihre inneren Befindlichkeiten, Stimmungen, Gefühle lassen sich, wenn überhaupt, nur über äußeres Verhalten erschließen. Dabei stellt sich die Frage, welche Merkmale depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter eigentlich aufweisen können. In diesem ersten Teil wird die Vielfalt möglicher depressiver Symptome zusammengestellt. In Erweiterung der Betrachtungsweise finden dabei auch alters- und entwicklungsbezogene Aspekte Berücksichtigung. Insgesamt gliedert sich der Teil in die folgenden Kapitel:

- Wenn Kinder depressiv sind ...
- Alterstypische Symptome
- Einsamkeit und Trauer im Kindes- und Jugendalter

1. Wenn Kinder depressiv sind ...

Schon im Jahre 1845, so kann man bei Nissen (1999) erfahren, wußte der deutsche Psychiater Griesinger (1817–1868), daß „alle Formen der melancholischen Verstimmung bereits bei Kindern vorkommen“. Und mit den Anfängen der Kinderpsychiatrie um 1900 wurden Depressionen im Kindes- und Jugendalter in den Lehrbüchern regelmäßig abgehandelt. Damit könnte man annehmen, daß die Erforschung depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen bereits auf eine lange Tradition zurückblickt. Erstaunlicherweise ist dies nicht der Fall. Im Gegenteil. Noch bis in die 60er Jahre des 20. Jahrhunderts hinein wurden depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter international kaum wahrgenommen und zum Teil in ihrer möglichen Existenz sogar angezweifelt. Man argumentierte, Kinder seien aufgrund der

speziellen Unreife ihres psychischen Apparates noch gar nicht in der Lage, eine depressive Störung auszubilden. Oder aber, es entspräche Kindern gar nicht, länger in traurigen Stimmungslagen zu verharren oder emotional belastende Ereignisse im Kopf zu behalten und darunter zu leiden. Kinder, so meinte man, seien vom Temperament her eher wechselhaft und würden negative Ereignisse schnell wieder vergessen, sich von Traurigkeit schnell wieder erholen. Somit sei eine länger andauernde niedergedrückte Stimmung mit Selbstzweifeln und Pessimismus gänzlich gegen die vorwiegend fröhliche und unbeschwerte Natur eines Kindes.

Diese offensichtliche Verkennung der tatsächlichen Psyche eines Kindes hatte dazu geführt, daß eine intensive Erforschung depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter erst vor etwa 20 Jahren in Gang gesetzt wurde. Aber depressive Kinder hat es vermutlich zu allen Zeiten gegeben. Nur daß man sie nicht erkannt bzw. auch verkannt hat. Denn reine Depressionen sind im Kindes- und Jugendalter eher selten. In der Regel mischen sie sich mit weiteren psychischen Problemen. Diese Kinder werden von den Eltern bis heute vorwiegend aufgrund anderer, neben den depressiven Verstimmungszuständen zusätzlich vorhandener Verhaltensprobleme in die Klinik, zum Kinderarzt oder in eine Beratungsstelle gebracht. Entsprechend schreibt der deutsche Kinder- und Jugendpsychiater Nissen im Jahre 1986: „Depressionen bei Kindern werden aber auch heute noch oft nicht diagnostiziert und deshalb nicht gezielt behandelt. Die Kinder werden den Ärzten meistens wegen organischer Beschwerden vorgestellt. In psychologischen Beratungsstellen werden sie als ängstlich-gehemmt oder gereizt-aggressiv eingestuft und als ‚Verhaltensgestörte‘ psycho- oder verhaltenstherapeutisch behandelt ...“ (Nissen, 1986, S. 130).

Das zunehmende Forschungsinteresse an depressiven Störungsbildern im Kindes- und Jugendalter konnte auf einer breitangelegten und international etablierten Forschung im Erwachsenenalter aufbauen. Nach dem heutigen Wissensstand sind die Formen depressiver Störungen, die man bei Kindern und Jugendlichen findet, nicht grundsätzlich andere als bei Erwachsenen. Was sich unterscheidet, sind die altersbedingten Ausprägungen in den depressiven Symptomen. Dieses gilt in besonderer Weise für das Kleinkind- und Kindesalter. Mit fortschreitendem Jugendalter

gleichen sich die Symptome immer stärker denen im Erwachsenenalter an.

Depressive Störungen näher bezeichnet

Jeder hat ein bestimmtes Alltagsverständnis von einer Depression. Depression bezeichnet einen bestimmten Zustand, der durch Störungen im Fühlen, Denken, Verhalten und der körperlichen Befindlichkeit geprägt ist. Traurigkeit, Lustlosigkeit, negatives Denken und Hoffnungslosigkeit sind ebenso häufig anzutreffen wie körperliche Beschwerden und Schlafstörungen. Es gibt Merkmale von Depression, die täglich beobachtet und über die ebenso häufig miteinander gesprochen wird. Aber wird wirklich über das gleiche gesprochen?

Der Begriff „Depression“ kann grundsätzlich auf verschiedenen Ebenen verwendet werden. Es ist ein Unterschied, ob der Begriff „Depression“ im Sinne eines Symptoms oder Merkmals (beispielsweise Traurigkeit oder Lustlosigkeit) benutzt wird, wie beispielsweise von der Mutter, wenn sie zu ihrer Tochter sagt: „Du kommst mir heute so depressiv vor!“ (was bedeuten soll: Du bist ja heute so traurig!), oder ob mit „Depression“ eine klinisch definierte depressive Störung, ein sog. depressives Syndrom gekennzeichnet werden soll, das eine bestimmte Anzahl depressiver Einzelsymptome beinhaltet. Leidet ein Kind unter einer Vielzahl schwerwiegender depressiver Symptome oder Merkmale, so ist klinisch diagnostisch möglicherweise eine sog. „Major Depression“ festzustellen. Bei der Major Depression als schwere depressive Störung handelt es sich um ein depressives Syndrom mit einer Reihe einzelner depressiver Symptome.

In der Regel wird in diesem Buch von „depressiven Störungen“ gesprochen, die bei Kindern und Jugendlichen in unterschiedlicher Ausprägung und Stärke auftreten. Differenzierend wird von leichten, mittleren oder auch schweren depressiven Störungen gesprochen, was dann auch auf entsprechende klinische Störungsbilder verweist. Die allgemeine Verwendung des Begriffs „depressive Störung“ verweist aber vor allem darauf, daß in diesem Buch alle Kinder und Jugendlichen mit einer depressiven Befindlichkeit gemeint sind, nicht nur diejenigen mit einer klinischen Diagnose einer „Major Depression“ oder „Dysthymen Störung“ (siehe dazu Teil II).

Was kennzeichnet Kinder mit depressiven Störungen?

Wodurch fallen depressive Kinder und Jugendliche im Alltag auf? Fallen sie überhaupt auf? Die folgenden Fallbeispiele demonstrieren die unterschiedlichen Ausdrucksformen einer depressiven Befindlichkeit. Dabei spielen die Schule und ihre Bewältigung offensichtlich eine zentrale Rolle.

Das erste Beispiel zeigt einen depressiven Schüler, wie er 1926 von dem deutschen Psychiater Homburger beschrieben wurde:

„Das Tragen des Schulsackes ist mühsam, wie alles andere Handeln. Die Hemmung, die auch das Denken und Entschließen befällt, tritt in der Schule kraß zutage. Das Schreiben ist erschwert, die Stimme leise, es fällt dem Kind nichts mehr ein, es kann dem Unterricht nicht mehr folgen; wenn es älter ist, sagt es das selbst. ... Das depressive Kind ist verlassen, steht in den Pausen auf dem Schulplatz abseits. ... Stundenlang sitzt es vor einer Hausaufgabe und bringt nichts zustande. Wenn es einmal so weit gekommen ist, dann bleibt manches Kind dem Unterricht überhaupt fern, verläßt zwar am Morgen das Elternhaus, treibt sich herum oder kauert in einem Winkel, nur noch darauf bedacht, ungefähr zur rechten Zeit wieder daheim zu sein.“

Das folgende Beispiel zeigt den 14jährigen Jonas, einen Schüler heute:

Jonas macht seit einigen Wochen kaum mehr die Hausaufgaben, obwohl die Versetzung in die 8.Klasse ansteht. Er achtet nicht mehr auf saubere Kleidung, und seine Arbeitsmaterialien sind unvollständig. Er bewegt sich in der Schule wie einer, der eigentlich lieber nicht gesehen und angesprochen werden möchte, das Baseballcap tief ins Gesicht gezogen, den Blick stets nach unten auf den Boden gerichtet, den Oberkörper deutlich nach vorne gebeugt. Jonas schämt sich wegen seiner roten Haare, und er findet sich häßlich. Er trägt schwere Gefühle des Alleinseins in sich und vertritt unerschütterlich die Meinung, daß er zu dumm für den Erfolg in der Schule sei. Seine Noten sind schlecht geworden, und die Mitschüler meiden ihn mehr und mehr. Designer-Klamotten kann er sich nicht leisten, mit einem Handy kann er auch nicht angeben. „Ich habe keinen, der mir hilft, und ich selber kann mir auch nicht helfen“, meint er immer wieder ohne großen Kommentar und mit bewegungsloser Miene. Oft ist sein Gesicht

ausdruckslos und fast steinern. Nach der Schule treibt er sich in den Kaufhäusern herum und spielt Computerspiele. Der Schulbesuch ist unregelmäßig geworden, seine Anstrengungsbereitschaft gegen Null gesunken. Für die Lehrer ist sein „Abstieg“ ein Rätsel.

Die beiden dargestellten Fälle depressiver Kinder gleichen einander auf verblüffende Weise, obwohl sie zeitlich so weit auseinanderliegen. Was spricht bei den beiden Jungen eigentlich für eine depressive Problematik? Möglicherweise vor allem die deutlich niedergedrückte, dysphorische Stimmung der beiden Schüler. Darüber hinaus vielleicht auch noch der ausgeprägte Pessimismus, das negative Denken und die Situation, ohne Freunde oder soziale Gruppe zu sein. Eigentlich aber wird die Frage erst richtig zu beantworten sein, wenn man die Auffälligkeiten im Denken und Handeln der beiden näher betrachtet und sie mit den innerhalb depressiver Störungen bekannten möglichen Symptomen vergleicht.

Wie sehen die typischen Symptome depressiver Störungen aus? Welche Vielfalt findet sich bei Kindern und Jugendlichen?

Symptome depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter

Symptome oder Merkmale depressiver Störungen finden sich, wie im Erwachsenenalter auch, auf unterschiedlichen Ebenen bzw. auch in unterschiedlichen Systemen in jeweils verschiedener Ausprägung. Eine Unterscheidung dieser Systeme erscheint sinnvoll und notwendig, weil damit bestimmte mögliche Symptome beim Kind gezielter beobachtet werden können. Dabei wird dann auch deutlich, daß sich die Merkmale depressiver Störungen auch altersentsprechend in den unterschiedlichen Systemen konzentrieren. Beispielsweise sind die Symptome einer depressiven Störung, wie noch weiter ausgeführt wird, im sehr frühen Kindesalter eher somatischer, d.h. körperlicher Natur. Je älter Kinder werden, desto stärker „wandern“ die depressiven Symptome in den Bereich des Denkens und des Bewertens.

Auf dieser „kognitiven Ebene“ der Wahrnehmung und des Denkens sind es vor allem negative Gedanken und Pessimismus, während die Kopf- und Bauchschmerzen jeden Morgen vor der Schule Störungen im „somatischen“, d.h. körperlichen System signalisieren.

Insgesamt kann sich die psychische Problemlage des depressiven Kindes in verschiedenen Bereichen des eigenen Systems zeigen:

Depression als Störung im eigenen System

- Somatisches (körperliches) System
(z. B. Übelkeit, Kopfschmerzen)
- Emotionales System
(z. B. Gefühle der Traurigkeit, der Einsamkeit)
- Kognitives System – Wahrnehmung und Denken
(z. B. verzerrte Wahrnehmung, negatives Denken)
- Verhaltenssystem
(z. B. Lustlosigkeit, schlechte schulische Leistungen)

Die in der Darstellung aufgeführte Trennung in einzelne Systeme dient lediglich einer Verdeutlichung. In Wirklichkeit handelt es sich um ein miteinander verbundenes, sich gegenseitig beeinflussendes Gesamtsystem. Hat ein Kind beispielsweise körperliche Beschwerden, schlagen sich diese auch emotional nieder. Das Kind wird traurig und lustlos und verweigert möglicherweise das Treffen mit den Freundinnen. Das Alleinsein verstärkt ihre Traurigkeit und Unzufriedenheit. Möglicherweise verstärken sich damit auch wieder ihre Magenbeschwerden.

Beispielsweise auch bei Julian, der mit seiner Mutter in eine andere Stadt gezogen war, weil die Mutter dort eine neue Stelle antreten konnte. 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 Magenbeschmerzen 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. Sie warfen faule Apfelsinen auf Balkone, stiegen in fremde Keller ein, stahlen Zigaretten aus dem Supermarkt. Die Mutter verbot die Freundschaft. Julian saß nachmittags wieder allein 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 ebenso wenig 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 an, 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.

Julian hat aufgrund seiner Schwierigkeiten, sich nach dem Umzug in eine fremde Stadt neu zu orientieren und an veränderte Situationen anzupassen, eine depressive Störung entwickelt. Die depressive Befindlichkeit zeigt sich an sehr unterschiedlichen Verhaltensmerkmalen. In der folgenden Tabelle werden typische Symptome oder Merkmale depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen auf den unterschiedlichen Ebenen des Erlebens und Verhaltens dargestellt.

Jedes der in der nachstehenden Tabelle aufgeführten depressiven Merkmale sagt für sich allein genommen noch nicht aus, ob eine depressive Störung vorliegt. Aber jedes Merkmal oder Symptom hat schon für sich allein genommen eine mehr oder minder starke negative Kraft. Das gleichzeitige Auftreten mehrerer Merkmale verbindet und erhöht die negativen Wirkungen der einzelnen Merkmale um ein Vielfaches. Ist bei einem Kind oder Jugendlichen die klinische Diagnose einer depressiven Störung gestellt

Tabelle 1:
Allgemeine Merkmale depressiver Störungen im
Kindes- und Jugendalter

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

worden, sind innerhalb eines bestimmten Zeitraums mehrere Merkmale gleichzeitig vorhanden.

Einige der oben in der Tabelle aufgeführten Merkmale für das mögliche Vorliegen einer depressiven Störung werden im folgenden näher ausgeführt. Weitere dieser Merkmale finden im Rahmen anderer Kapitel besondere Beachtung.

Traurigkeit und/oder Gereiztheit

Hinter den aggressiven Ausbrüchen eines Kindes, der Verweigerung, an den Aktivitäten in Familie oder Schule teilzunehmen, oder auch der „coolen Maske“ Jugendlicher kann sich auch eine depressive Grundstimmung verbergen. Traurigkeit und Niedergeschlagenheit zeigen sich bei Kindern nicht unbedingt nur im Weinen, in der Verlangsamung des Handelns oder der Appetitlosigkeit. Bei länger anhaltender dysphorischer (freudloser) Stimmung und damit einhergehenden Gefühlen eines allgemeinen Unwohlseins und der Belastung kann sich die Traurigkeit auch in einer eher gereizten, schnell aufbrausenden Stimmung äußern. Die Psyche kommt aus dem Gleichgewicht. Traurigkeit wird zu einem inneren Streßfaktor, d.h. einer Situation, mit der sich das Kind überfordert fühlt. Aber nicht nur die Psyche, auch der Organismus wird belastet und verbraucht Kraft und Energie. Entsprechend fühlen sich von tiefer Traurigkeit befallene Kinder und Jugendliche auch häufig in einem Zustand des „Ausgebrannt-Seins“, der „inneren Erschöpfung“. Je nach Ausmaß des psychischen „Downs“ kann schon die kleinste Anmahnung oder Aufforderung, das leiseste Wort der Kritik eine völlig unangemessene Ärgerreaktion auslösen. Eine dauerhaft anhaltende ärgerlich-gereizte Stimmung eines Kindes oder Jugendlichen kann vor allem in Familie und Schule zu eskalierenden Schwierigkeiten in der Verständigung führen. Diese täglich in Familien und Freundesbeziehungen anzutreffende Situation der täglichen kleinen Streitereien und Ärgernisse, der „tägliche kleine Ärger“ hat sich in vielen Untersuchungen als ein besonderer Risikofaktor bei der Entwicklung von Depressionen herausgestellt.

Pessimismus – Negatives Denken

Pessimistisches negatives Denken stellt einen zentralen Aspekt depressiver Entwicklungen dar (Beck et al., 2001, Seligman, 1999). Während sich bei Kindern solche Entwicklungen stärker in Form von Weinerlichkeit sowie mutlosem und verweigerndem Verhalten zeigen, können sie bei Jugendlichen auch sehr deutlich über bestimmte Äußerungen und Gespräche festgestellt werden. Pessimismus und sogenanntes „Katastrophendenken“ (Seligman) sind ein zentraler Aspekt von Depression. Negatives Denken wird als eine zentrale Ursache für alle anderen Depressionssymptome angesehen (Beck). Die Auffassung depressiver Jugendlicher, die Zukunft sei trostlos, die Gegenwart unerträglich, die Vergangenheit voller Niederlagen und sie selbst nicht in der Lage, etwas zum Besseren zu verändern, erzeugt die gedrückte Stimmung, den Mangel an Schwung und Energie sowie die typischen körperlichen Symptome einer depressiven Störung. Pessimismus, so meint der amerikanische Psychologe und Wissenschaftler E. P. Seligman, ist nicht nur ein Bestandteil von Depression, sondern untergräbt auch die Fähigkeit, sich gegen eine depressive Entwicklung zu wehren.

Mehr Informationen zu diesem und vielen weiteren Büchern aus dem Verlag C.H.Beck finden Sie unter: www.chbeck.de