

Verzweilung und Leugnung in den Werken von Bowlby. Die von du Bois erläuterten Verbindungen zwischen posttraumatischen Verhaltensweisen und Depressionen sind eindrucksvoll. Inwieweit einer Depression durch symbiotische Regulationen, Somatisierungen oder narzisstische Phänomene ausgewichen wird, wird deutlich. Die Verbindungen zur Suizidalität und Suizid werden herausgearbeitet. Der schwierige Umgang mit narzisstisch gestörten Jugendlichen zeigt, wie viel Feinfühligkeit, aber auch Grenzfestigkeit notwendig ist beim Umgang mit diesen verletzlichen Jugendlichen. Dass Suizidversuche auch eine Hoffnung auf ein besseres Leben enthalten, ist eine positive Botschaft.

Zwei Beiträge beschließen dieses Themenheft, in denen es um die konkrete Umsetzung von therapeutischen Angeboten geht. Der Beitrag von FischeI und Bilke schildert die Behandlung eines depressiven Jugendlichen im klinischen Setting einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hier wird deutlich, wie sehr der erkrankte Patient die Probleme seiner Eltern in seinen Symptomen umsetzt. Der Beitrag von Angelika Glorius-Josefowicz schildert die psychoanalytische Behandlung eines depressiven Mädchens, das von seinen geschiedenen Eltern in einen Loyalitätskonflikt verwickelt wird. Hier werden besonders die Veränderungen in der Beziehungsentwicklung im therapeutischen Prozess, der sich über zwei Jahre erstreckte, offenkundig. Ich hoffe, dass dieses Themenheft dazu beiträgt, das Verständnis für dieses schwierige Krankheitsbild zu unterstützen und zu therapeutischen Interventionen in Bezug auf das erkrankte Kind bzw. den Jugendlichen und das ganze Familiensystem zu ermutigen.

Inge Seiffge-Krenke

ÜBERSICHTSARBEITEN

Depression bei Kindern und Jugendlichen: Prävalenz, Diagnostik, ätiologische Faktoren, Geschlechtsunterschiede, therapeutische Ansätze

Inge Seiffge-Krenke

Summary

Depression in children and adolescents: Prevalence, diagnosis, etiology, gender differences and therapeutic approaches

Prevalence rates of the different forms of depression (depressive mood, depressive syndromes and Major Depression) have increased during recent years. Similarly, gender differences have augmented. Stress, dysfunctional coping styles, a negative body image, and an insecure attachment style have been identified as factors contributing to the etiology of depression. Different therapeutic approaches were presented with psychodynamic treatment being the most comprehensive.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 56/2007, 185-205

Keywords

Prevalence – comorbidity – stress – coping – body image – attachment

Zusammenfassung

Die Prävalenzraten für die verschiedenen Formen von Depression (depressiven Stimmungen, depressiven Syndromen und Major Depression) haben in den letzten Jahren zugenommen, die Geschlechtsunterschiede mit deutlich höheren Raten für Mädchen haben sich erhöht. Als ätiologische Faktoren für das Auftreten von Depression werden u. a. zunehmende Stressfaktoren, dysfunktionale Bewältigungsstile, ein negatives Körperkonzept und unsichere Bindungsmuster genannt. Unter den verschiedenen therapeutischen Ansätzen hat sich die psychoanalytische Behandlungsmethode als die umfassendste erwiesen.

Schlüsselwörter

Prävalenzraten – Komorbidität – Stress – Coping – Körperkonzept – Bindung

1 Einleitung

Auch wenn heute Einigkeit darüber herrscht, dass depressive Gefühlszustände bei Kindern ebenso beobachtet werden können wie bei Jugendlichen und Erwachsenen, ist es noch nicht ganz 40 Jahre her, dass die meisten Kliniker die Existenz von schweren depressiven Störungen im Kindesalter verneinten. Der Hintergrund für diese Sichtweise lag überwiegend in dem Glauben, dass Kinder noch nicht über reife psychische und kognitive Strukturen verfügen, die einen echten Trauerprozess ermöglichen. Forschungsbefunde der letzten Dekaden zeigen allerdings, dass Kinder nicht nur das gesamte Spektrum von „mood disorders“ haben können, sondern dass sie genau so Opfer von Morbidität und Mortalität im Zusammenhang mit Depression und Depressivität werden können. Suizid und Depression spielen in der Pädiatrie eine zunehmende Rolle (Orbach, 1990).

Das Spektrum depressiver Erkrankungen reicht von einfacher Traurigkeit bis zu Major Depression und bipolaren Störungen. Auch die schwereren Formen von Depression, die 2% aller präadoleszenten Kinder und 4%-8% aller Jugendlichen beinträchtigen (Shugart u. Lopez, 2002), bleiben häufig für lange Zeit unerkannt. Einige Untersucher haben dies auf die Schwierigkeit, Depression speziell bei Kindern zu diagnostizieren, zurückgeführt und argumentiert, dass Depression oft versteckt ist in Verhaltensproblemen wie Aggression, Hyperaktivität und Lerndefiziten (Nissen, 1995). Dies ist auch der Grund, weshalb Diagnostik und diagnostische Probleme in diesem Beitrag eine relativ prominente Rolle spielen. Es ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass Statistiken und Diagnoseinventare in der Regel Kinder und Jugendliche zu einer gemeinsamen Gruppe zusammenfassen und selten zwischen beiden Altersgruppen differenzieren. Da das Risiko für Schulversagen und Suizid bei depressiven Kindern und Jugendlichen relativ hoch ist, ist eine prompte psychotherapeutische Versorgung notwendig. Auf diese therapeutischen Möglichkeiten wird ebenfalls eingegangen.

Da im Beitrag von du Bois das analytische Behandlungskonzept im Vordergrund steht, fokussiert dieser Beitrag stärker auf der entwicklungspsychologischen und klinischen Grundlagenforschung. Sie betrifft die Differenzierung zwischen verschiedenen Depressionsformen Geschlechtsunterschiede und insbesondere Stressoren und Bewältigungsstile als ätiologische Faktoren für Depressivität.

2 Klinische Symptome von Depression

Bevor die verschiedenen Typen von Depression und Depressivität vorgestellt werden, seien kurz die klinischen Symptome von Depression dargestellt. Sie betreffen vor allem die schweren Formen, sind jedoch für eine erste Orientierung in diesem Krankheitsbild ebenfalls nützlich. Es gibt vier Bereiche, in denen charakteristische Beeinträchtigungen bei einer Depression gefunden werden:

- den physiologischen Bereich
- den verhaltensmäßigen Bereich
- den affektiven Bereich
- den kognitiven Bereich.

Was die physiologischen Symptome angeht, so ist auffällig, dass bei depressiven Kindern und Jugendlichen bedeutsame Veränderungen im Appetit und im Gewicht zu finden sind, und zwar aufgrund der Tatsache, dass sie ihr Interesse am Essen verlieren. Eher seltener kommt erhöhter Appetit vor. Ein weiteres häufiges körperliches Symptom ist verändertes Schlafverhalten, wobei man auf der einen Seite, besonders viele Alpträume findet, auf der anderen Seite aber auch Einschlafprobleme. Auch Hypersomnie wurde gefunden, allerdings seltener. Dabei handelt es sich um Kinder und Jugendliche, die früh aufwachen bzw. in der Mitte der Nacht aufwachen. In seltenen Fällen hat man bei Jugendlichen beobachtet, dass der Menstruationszyklus unterbrochen wird, möglicherweise aber eher aufgrund des starken Gewichtsverlustes.

Neben dramatischen Veränderungen in der körperlichen Erscheinung sind es Verhaltenssymptome, die häufig als Indikator für eine depressive Störung angesehen werden. Es ist charakteristisch für depressive Kinder und Jugendliche, dass sie psychomotorisch sehr verlangsamt sind, ein Phänomen, das häufig begleitet wird von sozialer Isolation und einer bedeutsamen Verschlechterung ihrer schulischen Leistungen. Bei Kindern kann man im offenen Verhalten häufig plötzliche Agitation, Irritierbarkeit und Reizbarkeit feststellen. Für Adoleszenten ist eher typisch, dass sie sich besonders schmutzig und verwahrlost kleiden, also ein genereller Verlust persönlicher Hygiene auftritt. Auffällig sind bei depressiven Kindern und Jugendlichen ihre langsamen Körperbewegungen und ihre geringe Initiative, neue Aktivitäten durchzuführen. Auch die Sprache wird langsam und vorsichtig, monosyllabisch und von kurzen Sätzen geprägt. Bei Jugendlichen können depressive Störungen auch mit antisozialen Verhalten verbunden sein, wie Weglaufen, extremer Irritierbarkeit und Stimmungsveränderungen. Der affektive Bereich ist bei einer Depression besonders deutlich beeinträchtigt. Kinder und Jugendliche mit einer solchen Störung sind apathisch, haben jegliches Interesse an Beziehungen und Aktivitäten verloren, die sie vorher interessiert hatten, scheinen traurig ohne offenkundigen Anlass, können sich über nichts freuen, sind sehr irritierbar und ängstlich. Gedanken über den Tod treten auf und werden teilweise auch mitgeteilt. Scheinbar unmotiviertes Weinen wird ebenfalls berichtet.

Was den kognitiven Bereich angeht, so sind negative Meinungen über sich selbst, eine negative Sicht der Welt und der Zukunft häufig. Der Verlust von Interesse, Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren, Entscheidungen zu fällen und der Verlust jeglicher Energie und Motivation machen das Leben zu einer Bürde. Todesideen entstehen und beschäftigen diese Kinder und Jugendlichen.

3 Diagnostik und diagnostische Probleme

Aufgrund ihrer unauffälligen Verhaltenscharakteristika und der Tatsache, dass sich diese in sozialen Interaktionen selten störend auswirken, werden depressive Symptome sowohl von Eltern und Lehrern, aber auch von Psychologen und Ärzten häufig übersehen (Puura et al., 1998; Reynolds, 1990). Forschungsarbeiten, die den Selbstbericht von Kindern und Jugendlichen den Angaben ihrer Eltern gegenüberstellen (vgl. Döpfner et al., 1997; Seifge-Krenke et al., 1997) fanden regelhaft, dass in den Selbstberichten von Kindern und Jugendlichen höhere Werte für depressive Symptome auftauchen als in den Einschätzungen ihrer Eltern. Dies lässt darauf schließen, dass Eltern in bestimmte Symptome und Erlebnisweisen ihrer Kinder keinen ausreichenden Einblick haben. Diese „Unsichtbarkeit“ der Symptome von Depression stellt ein großes Problem dar. Für eine relativ große Anzahl der betroffenen Kinder und Jugendlichen gilt darüber hinaus, dass sich das depressive Erleben nicht „auswächst“, sondern bis ins Erwachsenenalter persistiert und mit gravierenden psychosozialen Beeinträchtigungen einher gehen kann (Fleming et al., 1993). Für diese Kinder und Jugendlichen stellen depressive Symptome Prädiktoren späterer Störungen und Pehlpassungen dar, insbesondere im affektiven Bereich (Lewinsohn et al., 1993; Steinhausen, 1996).

3.1 Unterschiedliche Typen von Depression

Für das Jugendalter hat sich die Unterscheidung in drei verschiedene Formen depressiver Störungen als sehr hilfreich erwiesen, die vermutlich auch in dieser Form auf das Kindesalter zutreffen:

- Die *depressive Stimmung* ist gekennzeichnet durch eine traurige, freudlose und unlustbetonte Stimmung über einen unspezifischen Zeitraum. Etwas 30% - 50% einer nichtklinischen Stichprobe geben an, zu irgendeinem Zeitpunkt ihrer Adoleszenz von depressiver Stimmung betroffen zu sein (Seifge-Krenke, 1998). Solche Formen sind im subklinischen Bereich, so lange sie zeitlich begrenzt auftreten, offenkundig eher die Regel als die Ausnahme.
- Bei dem *depressiven Syndrom* handelt es sich um eine spezifische Symptomkonfiguration. Hierzu zählen Befunde auf der kognitiven und motivationalen Ebene (wie z. B. Konzentrationsstörungen und Interessensverlust), auf der Verhaltens Ebene (z. B. passiv gehemmtes Verhalten oder ängstlich agitiertes Verhalten) und auf der somatischen Ebene (z. B. Schlaf- und Appetitstörungen). *Depressive Störungen* hingegen werden nur bei Vorliegen spezifischer Symptommuster diagnostiziert, wie sie in den gängigen Diagnosesystemen (ICD-10 und DSM-IV) beschrieben werden.

Compas et al. (1993) integrieren diese drei Formen depressiver Beeinträchtigung anhand eines hierarchischen Modells. Den Autoren zufolge liegt die Prävalenzrate

depressiver Stimmung im Jugendalter im angloamerikanischen Sprachraum zwischen 25% und 40%, für das depressive Syndrom bei 5% - 6% und für die depressive Störung bei 1% - 3%. Wichtig ist, dass das depressive Syndrom, anders als die depressive Stimmung, auch Angstsymptome enthält und die depressive Störung durch weitere somatische und vegetative Symptome gekennzeichnet ist.

3.2 Verfahren zur Erfassung von klinisch bedeutsamer Depression

Im Folgenden geht es besonders um klinisch relevante Krankheitsbilder, also depressive Syndrome bzw. Störungen, die unbedingt einer Behandlung bedürfen. In der psychologischen und psychiatrischen Praxis gibt es zwei wichtige Klassifikationssysteme für psychische Störungen, die ICD-10 und das DSM-IV, mit deren Hilfe auch Depression bei Kindern diagnostiziert werden kann. Während die ICD-10 überwiegend in Europa benutzt wird, ist das DSM-IV das hauptsächlich diagnostische Instrumentarium für Nord-, Zentral- und Südamerika. Man muss jedoch hinzufügen, dass diese beiden gängigen Klassifikationssysteme für den deutschen Sprachraum (das DSM-IV von Saß et al., 1998 und die ICD-10 von Dilling et al., 1999) - ungeachtet der Forderung seitens der Entwicklungspsychopathologie nach einer expliziten Berücksichtigung des Entwicklungsspektes - sowohl hinsichtlich der Diagnostik als auch in Bezug auf die Therapie, altersunspezifisch sind. Es ist jedoch offenkundig, dass bei Kindern und Jugendlichen die depressiven Symptome vom Entwicklungsniveau abhängig sind, so u. a. von den kognitiven Voraussetzungen (Reicher, 2000). Kinder und Jugendliche werden also im Rahmen dieser gängigen Diagnostik weitgehend anhand der gleichen Kategorien diagnostiziert, die auch auf Erwachsene angewandt werden.

Ein Großteil der neueren Forschungsbeiträge zu depressiven Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter stammt aus dem angloamerikanischen Raum und beruht auf den Kriterien des DSM-IV, wobei sich die meisten Studien mit der Major Depression befassen.

Tabelle 1: Diagnostikriterien für eine Major Depression nach DSM-IV.

Mindestens 5 der folgenden Symptome bestehen während einer zweiwöchigen Periode

1.	Depressive Stimmung über den ganzen Tag
2.	Verlust an Interesse und Lebensfreude
3.	Bedeutender Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme
4.	Schlafstörungen
5.	Motorische Verlangsamung oder Agitation
6.	Müdigkeit und Energielverlust fast den ganzen Tag
7.	Gefühl von Wertlosigkeit und Schuld fast den ganzen Tag
8.	Schwierigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren
9.	Häufige Gedanken an Tod, suizidale Gedanken oder Äußerungen spezifischer suizidaler Pläne

Nach dem DSM-IV (s. Tab. 1) bestehen die Kernsymptome einer Major Depression in einer depressiven niedergedrückten Stimmung sowie einem Verlust von Interesse

und Freude. Im Kindes- und Jugendalter kann sich die Stimmungsbeeinträchtigung auch in erhöhter Irritabilität oder Gereiztheit äußern. Diese Kernsymptome sollten über mindestens zwei Wochen bestehen. Des Weiteren sollen mindestens vier Symptome aus folgenden Bereichen zutreffen:

- somatisch-vegetativer Bereich (Essstörungen und Schlafstörungen)
- kognitiver Bereich (Schuldgefühle, Konzentrationsprobleme und Selbstwertbeeinträchtigung)
- Bereich des offenen Verhaltens (agitiertes Verhalten bzw. Verlangsamung).

Eine weitere Form depressiver Störungsbilder sind dysthyme Störungen, die weniger gravierend sind, jedoch auch zu den chronischen Störungsbildern gehören. Das Kernsymptom stellt eine niedergedrückte bzw. reizbare Stimmung über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr dar. Darüber hinaus sollten mindestens zwei zusätzliche Symptome auftreten. Während dieser Zeitperiode sollte nicht länger als zwei Monate Symptomfreiheit bestehen. Bei Kindern führt eine dysthyme Störung oft zu einer starken Beeinträchtigung der schulischen Leistung und der sozialen Kontakte. Wir wissen gegenwärtig noch nicht, ob es sich bei diesen beiden Formen der Depression lediglich um unterschiedliche Formen handelt. Einige Autoren, wie etwa Cicchetti und Toth (1998), sprechen eher von einem kontinuierlichen Übergang zwischen den verschiedenen Schweregraden als von einem Sprung vom Normalen ins Pathologische. Moderate Ausprägungen depressiver Symptome erhöhten nachweislich das Risiko für das Auftreten klinisch relevanter Depressionen bei Jugendlichen (Nolen-Hoeksema u. Girgus, 1995), und ähnliche Zusammenhänge muss man auch bei Kindern vermuten.

Für die dysthyme Störung gilt, dass der emotionale Zustand von Depressivität während der meisten Zeit des Tages deutlich für das Kind oder andere wahrnehmbar ist; während eines Jahres sollten die Kinder nicht weniger als zwei Monate symptomfrei sein.

Die ICD-10 klassifiziert depressive Störungen als depressive Episoden (entsprechend der Major Depression im DSM-IV). Diese depressiven Episoden werden in leichte, mittelgradige und schwere Episoden ohne psychotische Symptome und schwere mit psychotischen Symptomen unterteilt. Weitere Formen sind „rezidivierende depressive Störungen“ und „dysthymische Störungen“.

3.3 Diagnostische Probleme

Depressive Kinder und Jugendliche können auffällig traurig sein, sie interessieren sich nicht mehr für die alltäglichen Dinge, die ihnen früher Spaß gemacht haben, sie klagen häufig über Körpersymptome wie Kopf- oder Magenschmerzen und weisen hohe Fehlzeiten in der Schule bzw. schlechte Schulleistungen auf. Sie scheinen gelangweilt und energielos und haben Konzentrationsprobleme. Veränderungen im

Schlaf- und Essverhalten sind, wie bereits ausgeführt, häufige Zeichen von Depression, vor allem bei Kindern.

Ein großes Problem für Psychiater und Psychologen ist, dass depressive Symptome von Kindern generell verdeckt werden können von Veränderungen des sozialen Verhaltens wie Aggression, Hyperaktivität, Enuresis usw. (Nissen, 1995). Auch fällt es Kindern häufig schwer, Gefühle von Trauer sprachlich auszudrücken. Daher müssen depressive Symptome aus dem offenen beobachtbaren Verhalten geschlossen werden. Aufgrund dieser diagnostischen Schwierigkeiten verlassen sich Kliniker häufig auch auf den Bericht der Eltern, obwohl es, wie bereits erwähnt, nicht besonders große Zusammenhänge zwischen den Selbstberichten von Kindern bzw. Jugendlichen und den Berichten ihrer Eltern gibt. Im Schulalter können Kinder familiäre Konflikte intensiv erleben und auch auf schulbezogene Konflikte mit niedrigerem Selbstwert und ausgesprochenen Schuldgefühlen reagieren. Diese innere Konfusion wird jedoch häufiger durch körperliche Beschwerden wie Kopf- und Magenschmerzen oder Angstsymptome, u. a. Schlangst, ausgedrückt, statt durch ein offenes Ansprechen von Gefühlen wie Depressivität und Angst. Häufig kann man auch finden, dass depressive Kinder und Jugendliche versuchen, ihren niedrigen Selbstwert zu kompensieren, indem sie besonders bemüht sind, es anderen recht zu machen.

Die Diagnostik depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter verlangt also eine besondere Sorgfalt und gute Instrumente gerade aufgrund der Vielzahl von medizinischen und körperbezogenen Beschwerden, die die Depression maskieren können. Wie oben ausgeführt, sind nicht nur diagnostische Kriterien aus unterschiedlichen Bereichen heranzuziehen, es ist vor allem auch auf die zeitliche Erstreckung der Symptomatik und insbesondere auf Phasen von Symptomfreiheit zu achten, um eine Differentialdiagnose zwischen schweren Formen im Vergleich zu leichten Formen zu ermöglichen. Wie erwähnt, sind Selbstauskünfte für die Einschätzung zentral.

Die körperliche Untersuchung kann weitere Aufschlüsse über verändertes Schlaf- und Essverhalten sowie Gewichtsveränderungen geben. Ein psychologisches oder kinder- und jugendpsychiatrisches Interview sollte die Geschichte der Entwicklung von Symptomen, ihr erstmaliges Auftreten, ihre Dauer, Häufigkeit und Intensität zum Gegenstand haben. Medizinische und psychologische bzw. psychiatrische Untersuchungen sind auch deswegen notwendig, weil Depression mit vielen anderen psychiatrischen Komorbiditäten assoziiert sein kann und besonders häufig ist bei Kindern, die unter körperlichen chronischen Erkrankungen leiden (Seiffge-Krenke u. Skaletz, 2006). Das klinische Interview sollte entsprechend der Altersgruppe und dem Entwicklungsstand des Kindes angepasst sein. Das Interview kann also von einem unstrukturierten Spielinterview und einer Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion mit kleineren Kindern bis zu halbstrukturierten Fragen im Schulalter und einem Gespräch im Jugendalter variieren. Eine neurologische Untersuchung ist ebenso wichtig, um neurologische und hirnrorganische Ursachen auszuschließen.

3.4 Komorbidität mit anderen Störungen

Besondere diagnostische Probleme entstehen auch dadurch, dass die Depression bzw. Depressivität nicht allein auftritt, sondern mit weiteren psychischen Beeinträchtigungen einhergehen kann. Insbesondere im Jugendalter sind reine Depressionen eher die Ausnahme. Compas und Hammen (1996) berichten die höchsten Komorbiditätsraten zwischen depressiven Störungen und Angststörungen, während geringere Komorbiditäten zwischen Depressivität und Substanz- bzw. Drogenmissbrauch und Ess-Störungen vorliegen. Insbesondere bei Mädchen geht Fend (2000) zufolge die depressive Symptomatik häufig mit erhöhter Leistungsangst und somatischen Symptomen einher.

Aber auch im subklinischen Bereich lassen sich mäßige bis hohe Korrelationen ($r = 0,40$ bis $r = 0,70$) zwischen Angst und Depressionsmaßen nachweisen. Dieser Zusammenhang entsteht möglicherweise durch die Unbeliebtheit der depressiven Jugendlichen und die Zurückweisung durch die Peergroup (Kusch u. Petermann, 1997).

Relevant wird das Komorbiditätsproblem insbesondere im Rahmen von Diagnostik und Therapie. Die Gefahr, dass bei starken Verhaltensauffälligkeiten eine möglicherweise vorhandene depressive Symptomatik übersehen wird, ist groß. „Das, was Eltern und Lehrer als verhaltensauffällig beurteilen, empfinden die Kinder selbst als unglücklich und depressiv“ schreibt Reicher (2000, S. 38). Therapeutisch von großer Relevanz ist, dass das Auftreten komorbider Störungen meistens mit einem früheren Einsetzen, einer stärkeren psychosozialen Beeinträchtigung und einem ungünstigeren Störungsverlauf einhergeht (Bird et al., 1993).

4 Epidemiologie

Kinder und Jugendliche werden gewöhnlich in einer Inanspruchnahme-Population gemeinsam untersucht. Auffällig sind deutliche altersabhängige Geschlechtseffekte (Merikangas u. Angst, 1995; Resch, 1996):

- Bei Mädchen werden allgemein häufiger internalisierende Störungen wie Depression, Angststörungen und Ess-Störungen sowie körperliche Beschwerden diagnostiziert (Plick et al., 2000).
- Jungen zeigen hingegen höhere Prävalenzraten in externalisierenden Verhaltensweisen wie Hyperaktivitätsstörungen, aggressivem und sozial unangepasstem Verhalten.

Während es in der Kindheit noch keine Geschlechterunterschiede in Bezug auf Depressivität und Depression gibt, wird ab der Adoleszenz der Anteil von Mädchen, bei denen diese Störungsformen diagnostiziert werden, immer größer und führt schließlich zu 2 bis 3-mal so hohen Raten wie bei Jungen.

Depressive Störungen gehören zwar zu den häufigsten psychiatrischen Störungen (Essau u. Dobson, 1999; Lewinsohn et al., 1994), trotz der Bedeutung dieses

Krankheitsbildes bleiben aber immer noch 70% - 80% der depressiven Kinder und Jugendlichen unbehandelt (Cicchetti u. Toth, 1998). Nach Steinhausen (1996) liegt die Prävalenzrate für die Major Depression bei Kindern etwa bei 3% und bei Jugendlichen zwischen 0,4% und 6,4%. Cicchetti und Toth (1998) nennen Prävalenzraten von ca. 5% - 10% für depressive Störungen im Jugendalter. In der Adoleszenz kommt es relativ zum Kindesalter zu einer starken Zunahme depressiver Störungen, insbesondere, wie erwähnt, bei den Mädchen. Rutter und Sandberg (1985) fanden eine insgesamt vierfach höhere Inzidenzrate depressiver Störungen in der Adoleszenz verglichen mit der im Kindesalter. Dabei nähern sich die Prävalenzraten depressiver Störungen den für das Erwachsenenalter gefundenen Häufigkeiten an. Auch die Geschlechterunterschiede entsprechen ab dem Jugendalter denen des Erwachsenenalters. In den meisten Studien wird davon berichtet, dass ab der Pubertät zwei depressive Mädchen auf einen depressiven Jungen kommen.

Insgesamt hat die Lebenszeitprävalenz depressiver Störungen im letzten Jahrhundert stetig zugenommen (Diekstra, 1995). Depressive Symptome auf subklinischem Niveau - die oben beschriebene depressive Stimmung - haben eine relativ hohe Prävalenzrate. Compas et al. (1993) berichten von bis zu 40%. An einer Untersuchung an 15.000 niederländischen Schülern fand Diekstra (1995), dass sich 13% häufig einsam fühlen, 20% ein ausgesprochen negatives Selbstbild haben, 19% von Selbstmordgedanken berichten und 5% bereits einmal versucht haben, sich umzubringen. Der durchschnittliche Beginn depressiver Störungen liegt verschiedenen epidemiologischen Studien zufolge bei etwa 14 Jahren (Lewinsohn et al., 1993). In klinischen Studien wird jedoch auch ein früheres Erstmanifestationsalter berichtet (Reicher, 2000). Dieser frühe Beginn depressiver Störungen wirkt sich deutlich negativ auf die soziale, persönliche, familiäre und schulische Entwicklung von Kindern aus (Fleming et al., 1993).

5 Ursachen für Depression und Depressivität

Was die Ätiologie von Depressionen angeht, so sind die meisten Studien an Erwachsenen vorgenommen worden, während relativ wenige Studien an Kindern und Jugendlichen durchgeführt wurden. Im Rahmen von biologischen Modellen stehen neuroendokrine, biochemische und genetische Annahmen im Vordergrund. Dies ist in Bezug auf Depression vor allem im Hinblick auf hormonelle Veränderungen diskutiert worden, insbesondere, da man einen Anstieg bei weiblichen Personen mit der Pubertät und später erneut in der Menopause beobachtet hat. Demgegenüber stellen psychosoziale Modelle, die vor allem auf die klassische psychoanalytische Theorie der Depression rekurrieren, die Reaktion auf Liebesverlust und Trennung in den Vordergrund. Neben der Häufung familiärer Belastungen - wie Verlustereignisse, Deprivation und Konfliktsituationen - wird von verschiedenen Autoren eine allgemeine Vulnerabilität angenommen, die bei vorhandenen Risiken auf biologischer und psychosozialer Ebene in besonderer Weise zur Wirkung kommt (Resch, 1996). Unter den Risikofaktoren

ren, die Hautzinger (1996) für die Entstehung depressiver Symptome und depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter verantwortlich macht, fallen neben kritischen Lebensereignissen (Verluste, Trennungen) besonders ungünstige Bewältigungsstile, kognitive Verzerrungen und defizitäre soziale Kompetenzen auf.

Die meisten Autoren bevorzugen demnach komplexe Erklärungsansätze, die verschiedene Ursachen integrieren. Im Folgenden werden wir auf einige ausgewählte ätiologische Faktoren eingehen.

5.1 Kognitive Verzerrungen

In verhaltenstheoretischen Modellen wird Depression als Konsequenz eines Mangels an positiver Verstärkung bzw. an sozialen Fertigkeiten zur Erreichung positiver Verstärkung betrachtet (Lewinsohn et al., 1994). In diesem Rahmen werden auch Konzepte der erlernten Hilflosigkeit und der kognitiven Verzerrung, wie sie aus der Forschung an erwachsenen Depressiven bekannt sind, diskutiert. Habermas (2001) argumentiert mit Zusammenhängen zwischen einem depressiven Attributionsstil und Depressivität, die von der Kindheit bis zum Jugendalter stetig zunehmen. Es wird immer wieder darauf hingewiesen, dass depressive Personen von Übergeneralisierungen und willkürlicher Verzerrung ihrer Erfahrung berichten. Für Habermas erklärt sich die Zunahme depressiver Störungen von der Kindheit zum Jugendalter anhand des Voranschreitens der allgemeineren kognitiven Entwicklung. Erst ab der späten Kindheit erfolgt die Selbstbewertung durch soziale Vergleiche. Die für jüngere Kinder typische Selbstüberschätzung nimmt ab und die Kinder sind realistischeren Vergleichen ausgesetzt. Die Diskrepanz zwischen Realität und Idealselbstbild vergrößert sich und ist mit depressiven Symptomen assoziiert. In der Tat konnten Asarnow et al. (1987) einen Zusammenhang zwischen Verzerrung der Selbstwahrnehmung und Depressivität an einer Stichprobe von 13- bis 18-jährigen Kindern und Jugendlichen belegen. Fend und Schröter (1989) fanden eine signifikante Beziehung zwischen dem Ausmaß negativer selbstbezogener Kognitionen von Kindern im Alter von 12 Jahren und der Depressionsneigung derselben Kinder im 16. und 17. Lebensjahr: Depressive Verstimmungen führen die Autoren darauf zurück, dass die Aufmerksamkeit von rationalen Entscheidungs- und Planungsvorgängen abgezogen wird und in kreisförmiger Selbstreflexion auf die eigene Behinderlichkeit konzentriert ist. Diese kreisförmige Selbstreflexion wirkt sich in Lebensphasen besonders nachteilig aus, in denen wesentliche Entwicklungsaufgaben anstehen, die eine aktive Bewältigung erfordern. Diese Überlegungen sind sicher in Bezug auf Depressivität und Depression zu berücksichtigen, sie erklären jedoch nicht die proportional stärkeren Zunahmen bei Mädchen.

5.2 Häufung von Stressoren und unangemessene Bewältigungsstile

Heute ist die Rolle psychosozialer Stressoren im Rahmen der Depressionsgenese unumstritten. Allerdings ist auffällig, dass die Korrelationskoeffizienten des Zusammen-

hangs zwischen kritischen Lebensereignissen und depressiven Störungen geringer ausfallen als zwischen alltäglichen Stressoren und depressiven Störungen (Seifge-Krenke, 2000b). Der Effekt alltäglicher Stressoren sowie kritischer Lebensereignisse ist allerdings eher unspezifisch und lässt sich Nummer und Seifge-Krenke (2001) zufolge auch bei anderen Störungsbildern nachweisen. Signifikante Korrelationen zwischen diesen beiden unterschiedlichen Stressoren deuten darauf hin, dass kritische Lebensereignisse eine Vielzahl alltäglicher Stressoren zur Folge haben können, was wiederum die Depressionsneigung erhöht (Seifge-Krenke u. Klessinger, 2001).

Der Anstieg der Depression sowohl auf klinischem als auch auf subklinischem Niveau wird häufig mit der Zunahme normaler Stressoren im Jugendalter, etwa im Vergleich zur Kindheit, in Verbindung gebracht (Compas et al., 1993; Seifge-Krenke, 1998). Verschiedene Studien weisen darüber hinaus auf eine zunehmende Gefährdung der Jugendlichen durch makrostrukturelle gesellschaftliche Bedingungen hin und unterstreichen, dass Jugendliche seismographisch auf diese Veränderungen reagieren (Schulenberg et al., 1997; Seifge-Krenke, 2006). In diesem Zusammenhang wird vor allem die deutlich höhere subjektive Stressbelastung von weiblichen Jugendlichen betont. Sie finden sich durch die gleichen Alltagsstressoren doppelt so stark belastet wie ihre männlichen Altersgenossen und neigen dazu, eher neutrale Stressoren in stark belastende Beziehungsstressoren umzuwandeln (Seifge-Krenke, 1998).

In der Forschung an Erwachsenen wird bereits seit längerem ein bestimmter Copingstil diskutiert, Rumination, das Auf-der-Stelle-treten, das das Auftreten von Depressionen erhöhen und die Dauer depressiver Episoden verlängern soll (Nolen-Hoeksema, 1987). Nolen-Hoeksema (1991) geht davon aus, dass die bei weiblichen Depressiven höheren Ruminationseraten mitverantwortlich sind für die häufigeren und langandauernden depressiven Phasen, verglichen etwa mit männlichen Patienten.

In der Tat legen die bislang gefundenen Geschlechterunterschiede in Bezug auf bestimmte Copingstile eine Verbindung zwischen vermeidetem Coping und Depression nahe, welche für Mädchen stärker ausgeprägt sein könnte als für Jungen. In diesem Zusammenhang unterscheidet Seifge-Krenke (2000a) konzeptuell zwischen funktionalen und dysfunktionalen Copingstilen. Funktionales Coping bezieht sich auf die Anstrengungen, ein Problem durch aktive Suchen nach Unterstützung, das Reflektieren möglicher Lösungen und durch konkrete Handlungen zu lösen. Ein dysfunktionaler Copingstil kann den Rückzug vom Stressor, dessen Leugnung oder die Vermeidung der Suche nach Lösungen umfassen. Dieser Copingstil läuft darauf hinaus, dass das Problem im Moment nicht bewältigt wird. In ihrem Coping-Defizit-Modell gehen Asarnow et al. (1987) davon aus, dass diese Defizite in den Bewältigungsfertigkeiten eng mit der depressiven Symptombelastung zusammenhängen. Sie nehmen sogar an, dass dysfunktionale Copingstrategien der Entwicklung depressiver Störungen vorausgehen.

Tatsächlich bestätigen verschiedene Studien, dass in klinisch auffälligen Gruppen Rückzug und Vermeidung nahezu doppelt so häufig auftreten wie in nichtklinischen Stichproben, und zwar unabhängig vom jeweilig zu bewältigenden Stressor (Seifge-Krenke, 2004a). Verschiedene Studien haben insbesondere den Zusammenhang

zwischen Vermeidung und Depression bzw. depressiven Symptomen bei Jugendlichen untersucht. So fanden Ebata und Moos (1991), dass depressive Jugendliche signifikant häufiger Vermeidung und seltener an näherungsorientiertes Coping einsetzen als etwa nichtklinische Gruppen. Ein niedriges Ausmaß an Aktivität und Defizite im Coping wurden auch in anderen Studien an depressiven Jugendlichen gefunden. Chan (1995) belegte ebenfalls, dass Jugendliche mit hoher Ausprägung depressiver Symptome noch häufiger von Vermeidung berichten als Jugendliche mit geringerer Ausprägung. Herman-Stahl et al. (1995) fanden in der Tat, dass Jugendliche mit aktiver Bewältigung die wenigsten Symptome berichteten, Vermeider dagegen die meisten. Probanden, die innerhalb eines Jahres von an näherndem Coping zur Vermeidung wechselten, wiesen auch einen signifikanten Anstieg depressiver Symptome am Ende dieses Jahres auf, während depressive Symptome bei denjenigen Probanden nachließen, die von Vermeidung zu an näherungsorientiertem Coping übergingen. Dieser Zusammenhang konnte von Seiffge-Krenke (2000b) in einer vierjährigen Längsschnittstudie bestätigt werden.

Alle Formen der Vermeidung also, unabhängig davon, ob sie zeitlich stabil zu mehreren früheren Zeitpunkten benutzt oder erst relativ kurzfristig eingesetzt wurden, standen demnach mit hohen Werten depressiver Symptome mehrere Jahre später in Beziehung. Auch Goodman et al. (1995) konnten nachweisen, dass Personen mit hoher Stressbelastung und Kompetenzen zur angemessenen Problemlösung weniger depressive Symptome berichteten als Personen mit der gleichen Stressbelastung, aber defizitären Copingstilen.

5.3 Welchen Einfluß hat die Bindung?

Corinna Reck und Reinmar du Bois haben in ihren Beiträgen gezeigt, dass depressive Mütter ein Risikofaktor für die Entwicklung von Depression bei Kindern und Jugendlichen darstellen. Deutlich wurde, dass der familiäre Kontext eine sehr große Rolle spielt und transgenerationale Prozesse an der Weitergabe von depressiven Beziehungsmustern beteiligt sind. Kinder, die Selbst-Objekte ihrer Eltern sind und die erhebliche Anstrengungen machen, um den Ausfall von mütterlicher Empathie zu kompensieren, geraten zu Beginn der Adoleszenz häufig in eine narzisstische Krise. Die Säuglingsforschung hat deutlich gemacht, dass die unsicher-vermeidenden Bindungsmuster von kleinen Kindern adaptiv sind im Kontext einer mütterlichen oder elterlichen Mangelversorgung. Es gibt nicht sehr viele Untersuchungen über den weiteren Verlauf im Jugendalter, da die Forschung zu sehr auf das Kleinkindalter konzentriert war. Diese Forschung an Jugendlichen zeigt, dass unsicher-distanzierter gebundene Jugendliche wenig Autonomie und geringe Verbundenheit mit den Eltern aufweisen und sich als besonders unabhängig in den Beziehungen darstellen. Demgegenüber neigen unsicher-verwickelt gebundene Jugendliche zu einem erhöhten und unproduktiven Überengagement mit ihren Eltern; das Bindungssystem bleibt ständig aktiviert (vgl. Seiffge-Krenke, 2004b).

5.4 Warum sind mehr Mädchen depressiv?

Die gerade geschilderten Geschlechterunterschiede in der Stresswahrnehmung und im Copingstil könnten die zunehmenden Geschlechterunterschiede in Depression bzw. Depressivität erklären. Wie schon erwähnt, zeigen Studien zur Epidemiologie depressiver Störungen im Erwachsenenalter, dass Frauen im Vergleich zu Männern doppelt so häufig von Depressionen betroffen sind (Safil et al., 1998). Bereits weibliche Jugendliche sind von diesen Störungen auf klinischem aber auch auf subklinischem Niveau stärker betroffen (Steinhausen u. Winkel-Metzke, 2000). Während die Symptombelastung bei Jungen in etwa gleich bleibt, findet sich bei den weiblichen Jugendlichen ab der mittleren Adoleszenz ein starker Anstieg der depressiven Symptombelastung (Leadbeater et al., 1995). In mehreren Studien wurden erste bedeutsame Geschlechterunterschiede im Alter von 13 bzw. 14 Jahren gefunden (Essau u. Dobson, 1999; Nimmer u. Seiffge-Krenke, 2001).

Dies hängt u. a. mit dem zeitlichen Zusammentreffen des Beginns der Pubertät zusammen (Peterson et al., 1991). In der Tat fanden Angold et al. (1998), dass die körperliche Reife die Entstehung der depressiven Symptome besser erklärt als etwa das reale Alter. Die pubertätsbedingten Veränderungen des Hormonspiegels können einen direkten Effekt auf die Stimmung haben, aber auch in Interaktion mit psychosozialen Faktoren Einfluss auf die depressive Stimmung nehmen. Dass es in der Tat zu einem Anstieg von Depressionen in Abhängigkeit von der körperlichen Reife kommt, konnten Seiffge-Krenke und Stemmler (2002) nachweisen. Frühreife Mädchen hatten höhere Depressionswerte als spätreife Mädchen. In dieser Studie konnten auch Stress in der Beziehung zur Mutter und ein negatives Körperbild als ätiologische Faktoren gesichert werden. Eine Erklärung für diesen Befund könnte sein, dass Töchtern im Vergleich zu Söhnen weniger Unabhängigkeit zugestanden wird und dass sie entsprechend unter höherer mütterlicher Kontrolle stehen und mehr Konflikte über Autonomie entstehen. Konflikte mit der Mutter waren in allen Altersstufen in der Studie von Seiffge-Krenke und Stemmler für Mädchen ein signifikanter Risikofaktor für Depressivität, während sich dies bei Jungen nicht fand. Damit wurde belegt, dass nicht alle Beziehungsstressoren als Risikofaktor anzusehen sind. Stress in Beziehungen zu Freunden zum Beispiel stellte sich in dieser Längsschnittstudie nicht als ätiologischer Faktor zur Erklärung von Geschlechterunterschieden bei depressiven Symptomen heraus. Unterstrichen werden sollte nochmals, dass neben diesen genannten Risikofaktoren auch Frühreife bei den Mädchen, die dreimal so häufig in dieser Stichprobe vorkam, einen substanzialen Risikofaktor für die Entstehung depressiver Symptome darstellte.

Eine weitere Variable, die möglicherweise die zunehmenden Geschlechterunterschiede erklärt, ist das Selbstkonzept. Es ist ein substanzialer Befund, dass das Selbstkonzept von der Kindheit zum Jugendalter negativer wird und dass weibliche Kinder und Jugendliche ein negativeres Selbstkonzept haben. Grant et al. (1999)

vermuten daher, dass die höhere depressive Belastung weiblicher Jugendlicher durch ein negativeres Selbst- und Körperkonzept vermittelt wird.

Im Zusammenhang mit den Beziehungsstressoren ist im Übrigen noch darauf hinzuweisen, dass die soziale Unterstützung durch Freunde, die ansonsten in der Regel eine stresspuffernde Funktion hat, bei weiblichen Jugendlichen auch stressverstärkend wirken kann (Walgona, 2002). Zwar erhöht die Abhängigkeit weiblicher Selbstbewertung vom Urteil anderer die Gefahr, depressiv zu werden, andererseits stellen soziale Netzwerke, die weibliche Jugendliche nachhaltiger pflegen als männliche Jugendliche, auch zugleich effiziente Puffer gegen die Entstehung depressiver Symptome dar. Dies verdeutlicht die Risiken und Ressourcen enger Beziehungen vor allem für Mädchen. Charakteristisch für das Bewältigungsverhalten von weiblichen Jugendlichen ist auch ihr sehr widersprüchliches Bewältigungsverhalten im Umgang mit Stressoren, das einerseits durch hohe Aktivität, aber auch durch ein hohes Ausmaß an Problemvermeidung gekennzeichnet ist (Nieder u. Seiffge-Krenke, 2001). Während sich Jungen in belastenden Situationen eher abzulenken scheinen, tendieren weibliche Jugendliche stärker zu einer Fokussierung auf belastende Ereignisse im Sinne des oben dargestellten ruminerenden Copings, das nachweislich zu einer Verlängerung und Häufung depressiver Episoden beiträgt.

6 Die Behandlung von Depressionen

Studien über die Behandlung von Depressionen im Kindesalter sind selten (Weisz et al., 2006). Die meisten der vorgeschlagenen Behandlungsstrategien sind von der Behandlung Erwachsener abgeleitet. Ähnlich wie bei Erwachsenen besteht bei der Behandlung erkrankter Kinder eine optimale Behandlung in einem multidisziplinären Ansatz, der Psychotherapie, in schweren Fällen auch eine pharmakologische Behandlung sowie sozialpädagogische Ansätze für die Kinder und ihre Familien enthält.

Psychotherapie kann sinnvoll sein als Initialtherapie für Kinder mit milder und moderater Depression, aber auch als Ergänzung der Medikation für solche mit schwerer Depression (vgl. dazu den Beitrag von Fegert in diesem Themenheft). Sie kann entsprechend Spieltherapie, psychodynamische Therapie, stützende Therapie oder Familien- und Gruppenpsychotherapie sowie kognitive Verhaltenstherapie umfassen. Es ist wichtig, den kognitiven und emotionalen Entwicklungsstand des Kindes festzustellen, um sich für den angemessensten Ansatz zu entscheiden. Die Spieltherapie und das Training der Eltern können besonders angemessen für depressive Vorschulkinder sein, während psychodynamische Verfahren und kognitive Verhaltenstherapie eher angemessen für ältere Schulkinder und Jugendliche sind. In dem Beitrag von du Bois wird auf die große Bedeutung der analytisch orientierten Therapie bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen eingegangen, sodass wir uns an dieser Stelle kurz fassen können.

6.1 Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapeutische Ansätze haben kein eigenes entwicklungsbezogenes Konzept, sondern basieren beispielsweise auf dem für Erwachsene entwickelten Ansatz von Lewinsohn. Man versucht, das inadäquate Verhalten von Rückzug und Passivität aufzugreifen und bietet den Patienten, ein umfangreiches tägliches Aktivitätsprogramm zu absolvieren, bei dem er oder sie jeweils angibt, was er getan hat und wie angenehm dies für ihn war. Ziel ist letztlich, angenehme oder lustbetonte Aktivitäten bei den Patienten zu verstärken.

In ähnlicher Weise lehnt sich die kognitive Therapie bei Kindern an den Ansatz von Seligman (1975) zur erlernten Hilflosigkeit für Erwachsene an und versucht, die negativen automatischen Gedanken und Ideen zu durchbrechen. Auch hier führt der Patient ein Tagebuch, aus dem der Therapeut dann die Ereignisse entnehmen kann, die negative Gedanken und Gefühle ausgelöst haben. Letztlich ist das Ziel der Verhaltenstherapie, den Patienten zu trainieren, selbst-destruktive Gedanken durch logische Interpretation der Realität zu ersetzen. Es liegt auf der Hand, dass ein solcher Ansatz für Kinder erst ab einer gewissen kognitiven Reife möglich ist.

Kognitive Verhaltenstherapie wird in der Regel bei 10-jährigen und älteren Kindern und Jugendlichen eingesetzt. Sie versucht, negative Kognitionen über sich selbst und die Welt, die zur Depression beitragen, ausfindig zu machen und systematisch durch erfruehlichere zu ersetzen. Man fand, dass die kognitive Verhaltenstherapie sowohl kurzfristig als auch langfristig effektiv in der Behandlung von Jugendlichen mit Depressionen und dysphorischer Verstimmung ist.

6.2 Soziales Kompetenztraining

Wie bereits beschrieben, fehlen vielen Kindern und Jugendlichen angemessene Bewältigungsformen und Problemlösestrategien, um mit Stressoren umzugehen. Vor allem die bislang gefundenen Geschlechterunterschiede in Bezug auf bestimmte Copingstile legen eine Verbindung zwischen dysfunktionalen Copingstilen und Depression nahe. Insbesondere bei Mädchen wurden Rückzug und vermeidendes Coping gefunden, die sicher keine puffernden Effekte bei Stress haben, sondern ganz im Gegenteil die Effekte von Belastung verstärken. In ihrem Coping-Defizit-Modell gehen Asarnow et al. (1987) davon aus, dass diese Defizite in den Bewältigungsfertigkeiten der Entwicklung depressiver Störungen vorausgehen. Das Einüben funktionaler Bewältigungsformen hätte also demnach eine wichtige stabilisierende und protektive Form und sollte schon vor der Pubertät begonnen werden, um den Anstieg von Depressivität bei Mädchen aufzufangen. Soziale Kompetenztrainings, wie sie in verschiedenen Publikationen von Petermann vorgeschlagen werden, setzen an sozialen Lernen an und versuchen über Verhaltensübungen und Rollenspiel neue und angemessene Formen der Problembewältigung im sozialen Kontext zu vermitteln. Zugleich könnte damit das beeinträchtigte Selbstbild dieser Kinder stabilisiert werden.

6.3 Familiensystemtherapie und analytische Einzeltherapie

Eine optimale Behandlung schließt das Kind und seine Familie ein. Dies ist nicht nur notwendig, um die Krankheit zu verstehen, sondern kann die Compliance des Kindes in Bezug auf die Therapie erhöhen. Aber auch für die Eltern ist eine solche Familientherapie ein Gewinn: Eltern entwickeln mehr Verständnis für depressive Tendenzen bei sich selbst und anderen Familienmitgliedern. Es gibt bekanntlich relativ hohe Prävalenzraten von affektiven Störungen bei Verwandten ersten Grades in Bezug auf die Major Depression. Daher ist der Einbezug der Familie dringend notwendig. Insbesondere dann, wenn andere Familienmitglieder ebenfalls depressiv sind, ist eine Familientherapie angezeigt.

Analytisch orientierte oder tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie wird bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen häufig vorgeschlagen und ist eine angemessene Behandlungsform, wenn die Patienten ausreichende kognitive und affektive Differenziertheit und Behandlungsmotivation mitbringen (Seifge-Krenke, 2007). In der Regel sind Langzeitbehandlungen mit einstündiger Wochenfrequenz indiziert, wobei regelmäßige, die Therapie des Kindes begleitende Elterngespräche stattfinden müssen. Ein ganzes Themenheft der *Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (2005) unterstreicht, dass KZT für die Behandlung von so komplexen Störungen wie Depression unzureichend ist.

7 Der letzte Ausweg: Suizid

In den USA bringen sich jedes Jahr etwa 5.000 Kinder um (Shugart u. Lopez, 2002). Depressive Störungen unterschiedlicher Intensität sind ein Risikofaktor für Suizidversuche: Andrews und Lewinsohn (1992) fanden bei etwa 60% einer Stichprobe klinisch unauffälliger Jugendlicher, die einen Suizidversuch begangen hatten, eine depressive Störung im Vorfeld oder zur Zeit des Suizidversuchs.

Suizid ist eine schreckliche Erfahrung für Familie und Freunde und sie ist umso grausamer, wenn das Opfer ein Kind oder ein Jugendlicher ist. Während der letzten beiden Dekaden ist der Suizid nach Unfällen zur zweithäufigsten Todesursache in dieser Altersgruppe angestiegen. Obwohl man selbstverständlich nicht sagen kann, dass Depression einen Suizid verursacht, gibt es einen mittleren Zusammenhang zwischen Depressivität und suicidalen Verhalten bei Teenagern und Kindern, die Korrelation liegt bei 0,30.

Ein generelles Missverständnis ist, dass Patienten mit einer depressiven Störung ein hohes Risiko haben, zu dem Zeitpunkt Suizid zu begehen, an dem sie schwer depressiv sind. Untersuchungen zeigen, dass das Risiko erst dann ansteigt, wenn depressive Patienten anfangen, ihre Energie und Motivation wiederzuerlangen, d. h. eher in der Mitte oder am Ende einer Behandlung, da sehr schwer depressive Patienten in der Regel die Kraft fehlt, um eine so komplexe Aktivität wie einen Suizid zu vollziehen. Daher findet die größte Anzahl von Suiziden am Wochenende statt oder wenn die Patienten bereits ihre Therapie beendet haben.

Das Fehlen von Untersuchungen zu kindlichem Suizid macht es schwer, dieses Phänomen zu verstehen. Unter diesen wenigen Studien sind die Arbeiten von Garfinkel, Froese und Hood (1982) zu nennen, die eine hohe Korrelation zwischen Familieninstabilität und Stress, einer chaotischen Familienatmosphäre und Suizidversuchen fanden. Suizidale Kinder haben eine Vielzahl traumatischer Ereignisse wie Missbrauch oder Verlust von Eltern vor dem 12. Lebensjahr erlebt (Orbach, 1990). Ihre Eltern weisen häufig Alkohol- und Drogenmissbrauch auf und stellen ein defizitäres Modell für die Bewältigung von Stress für ihre Kinder dar.

Eine der größten Bedrohungen in dieser Altersgruppe ist die Tendenz, den Suizidversuch zu wiederholen und Suizidversuche von anderen zu imitieren, ein Phänomen, das vor allem bei Schulkindern und Jugendlichen relativ häufig ist, etwa, wenn ein Suizid eines Freundes vorangegangen ist. Ein Suizid in einer Schule erhöht dort das Risiko für andere Kinder und Jugendliche, einen Suizid zu begehen. Aus diesen Gründen hat man Präventionsprogramme für Suizid in besonders bedrohten Umgebungen implementiert.

Ein Suizid ist ein sehr komplexes Phänomen, das nicht nur die Person beeinträchtigt, sondern die gesamte soziale Welt, die zurückbleibt. Die Angehörigen des Opfers reagieren vor allen Dingen in der ersten Phase mit schweren Depressionen, gefolgt von einer Periode, in der sie zwischen Ärger und Trauer schwanken. Dieser Ärger kann auf sich selbst gelenkt sein oder gegen andere Personen gerichtet werden. Es wird allerdings zu wenig berücksichtigt, dass auch Therapeuten und Sozialarbeiter, die mit dem Suizid eines ehemaligen Patienten konfrontiert werden, enorm unter diesem Suizid leiden. Sie entwickeln Schuldgefühle und Insuffizienzgefühle, dass sie diesem Kind, diesem Jugendlichen nicht helfen konnten.

8 Abschließende Bemerkungen

Depression und Depressivität wird bei Kindern wegen ihrer „leisen“ Verlaufsform und larvierenden Symptome im körperlichen Bereich und Verhaltensbereich oft übersehen. Dabei ist offensichtlich, dass Depression bei Kindern und Jugendlichen fast ebenso häufig auftritt wie bei Erwachsenen. Kinder sind aufgrund ihrer mangelnden Reife und ihrer relativ geringen Fähigkeiten, mit belastenden, stressreichen Ereignissen umzugehen, besonders vulnerabel gegenüber Umweltfaktoren. Bedingungen wie elterliche Insuffizienz oder Inkonsistenz, Tod von nahe stehenden geliebten Personen oder Missbrauch können diese Vulnerabilität so stark erhöhen, dass es zu einer Entwicklung einer depressiven Störung kommt. Depressive Kinder und Jugendliche zeigen bereits einige Charakteristiken der depressiven Störung, die man bei Erwachsenen findet, jedoch auch atypische Symptome. Die Therapieprogramme sind komplex und schließen auch die Behandlung der ganzen Familie, Training sozialer Fähigkeiten und effektiver Problemlösefertigkeiten mit ein.

Literatur

- Andrews, J. A., Lewinsohn, P. M. (1992). Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31, 655-62.
- Angold, A., Costello, E. J., Worthman, C. M. (1998). Puberty and depression: The roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychol Med*, 28, 51-61.
- Asarnow, J. R., Carlson, G. A., Guthrie, D. (1987). Coping strategies, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. *J Consult Clin Psychol*, 55, 361-6.
- Bird, H. R., Gould, M. S., Staghezza, B. M. (1993). Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample for children aged 9 through 16 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32, 361-8.
- Chan, D. W. (1995). Depressive symptoms and coping strategies among Chinese adolescents in Hong Kong. *J Youth Adolesc*, 24, 267-79.
- Cicchetti, D., Toth, S. (1998). Perspectives on research and practice in developmental psychopathology. In W. Damon (ed.), *Handbook of Child Psychology*, 5th ed. Vol. 4: Child psychology in practice (S. 479-583). New York: Wiley.
- Compas, B. E., Hammen, C. L. (1996). Child and adolescent depression: Covariation and comorbidity in development. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod (eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: Processes, mechanisms, and interventions* (S. 225-267). New York: Cambridge University Press.
- Compas, B. E., Ey, S., Grant, K. E. (1993). Taxonomy, assessment, and diagnosis of depression during adolescence. *Psychol Bull*, 114, 323-44.
- Dijkstra, R. F. W. (1995). Depression and suicidal behaviors in adolescence. Sociocultural and time trends. In M. Rutter (ed.), *Psychosocial disturbance in young people: Challenges for prevention* (S. 212-243). New York: Cambridge University Press.
- Dilling, H., Mornbour, W., Schmidt, M. H. (1999). Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, Kapitel V (F)). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Göttingen: Huber.
- Döpfner, M., Plüsch, J., Berner, W., Fegert, J. M., Huss, M., Lenz, K., Schneck, K., Lehmkuhl, U., Poustka, F., Lehmkuhl, G. (1997). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse einer repräsentativen Studie: Methodik, Alters-, Geschlechts- und Beurerfekte. *Z Kind Jugendpsychiatr Psychother*, 25, 218-33.
- Ebata, A. T., Moos, R. H. (1991). Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents. *J Appl Developm Psychol*, 12, 33-54.
- Essau, C. A., Dobson, K. S. (1999). Epidemiology of depressive disorders. In C. A. Essau, F. Petermann (eds.), *Depressive disorders in children and adolescents* (S. 69-96). Northvale: Jason Aronson.
- Fend, H. (2000). Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Opladen: Leske und Budrich.
- Fend, H., Schröder, S. (1989). Depressive Verstimmungen in der Adoleszenz - Verbreitungsgrad und Determinanten in einer Normalpopulation. *Z Sozialisationsforsch Erziehungssoziol*, 4, 264-86.
- Fleming, J. E., Boyle, M. H., Offord, D. R. (1993). The outcome of adolescent depression in the Ontario Child Health Study: Follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32, 28-33.
- Garfunkel, B. D., Froese, A., Hood, J. (1982). Suicide attempts in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1257-1261.
- Goodman, S. H., Gravit, G. W., Kaslow, N. J. (1995). Social problem solving: A moderator of the relation between negative life stress and depression symptoms in children. *J Abnorm Child Psychol*, 23, 473-85.
- Grant, K., Lyons, A., Landis, D., Cho, M. H., Scudiero, M., Reynolds, L., Murphy, J., Bryant, H. (1999). Gender, body image, and depressive symptoms among low-income African American adolescents. *J Soc Issues*, 55, 299-315.
- Habermas, T. (2001). Die Entwicklung eines stabilen Selbstkonzepts als Beitrag zur Zunahme der Depression im späten Kindesalter und Jugendalter. *Z Entwicklungspsychol Päd Psychol*, 33, 215-20.
- Hautzinger, M. (1996). Depression. In Petermann F. (Hrsg.), *Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (S. 147-159). Göttingen: Hogrefe.
- Herman-Stahl, M. A., Stemmler, M., Peterson, A. C. (1995). Approach and avoidant coping. Implications for adolescent mental health. *J Youth Adolesc*, 24, 649-65.
- Hölsen, I., Kraft, P., Vittersø, J. (2000). Stability in depressed mood in adolescence: Results from a 6-year longitudinal panel study. *J Youth Adolesc*, 29, 61-78.
- Kusch, M., Petermann, F. (1997). Komorbidität von Aggression und Depression. *Kindheit und Entwicklung*, 6, 212-23.
- Leadbetter, B. J., Blatt, S. J., Quinlan, D. M. (1995). Gender-linked vulnerabilities to depressive symptoms, stress, and problem behaviors in adolescents. *J Res Adolesc*, 5, 1-29.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Rhoad, P., Andrews, J. A., Hautzinger, M. (1992). Affektive Störungen bei Jugendlichen: Prävalenz, Komorbidität und psychosoziale Korrelate. *Verhaltenstherapie*, 2, 132-9.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol*, 102, 133-44.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Hautzinger, M. (1994). Kognitive Verhaltenstherapie depressiver Störungen im Jugendalter: Forschungsergebnisse und Behandlungsempfehlungen. *Psychotherapeut*, 39, 353-9.
- Merklanges, K. R., Angst, J. (1995). The challenge of depressive disorders in adolescence. In M. Rutter (ed.), *Psychosocial disturbances in young people* (S. 131-165). Cambridge: Cambridge University Press.
- Nieder, T., Seiffge-Krenke, I. (2001). Psychosoziale Determination depressiver Symptome im Jugendalter: Praxis Kinderpsychol Kinderpsychiat, 5, 342-59.
- Nissen, G. (1995). Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter 3., überarb. u. erw. Aufl. Berlin: Springer.
- Nölen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychol Bull*, 101, 259-82.
- Nölen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol*, 100, 569-82.
- Nölen-Hoeksema, S., Girgus, J. S. (1995). Explanatory style and achievement, depression, and gender differences in childhood and early adolescence. In G. M. Buchanan, M. E. P. Seligman (eds.), *Explanatory style* (S. 57-70). Hillsdale: Erlbaum.
- Nummer, G., Seiffge-Krenke, I. (2001). Können Unterschiede in der Stresswahrnehmung und -bewältigung Geschlechtsunterschiede in der depressiven Symptombelastung bei Jugendlichen erklären? *Z Kind Jugendpsychiatr Psychother*, 29, 89-97.
- Orbach, I. (1990). *Kinder die nicht leben wollen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Petersen, A. C., Sarigiani, P. A., Kennedy, R. E. (1991). Adolescent depression: Why more girls? *J Youth Adolesc*, 20, 247-71.
- Plück, J., Döpfner, M., Lehmkühl, G. (2000). Internalisierende Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse der PAK-KID-Studie. *Kindheit und Entwicklung*, 9, 133-42.
- Puura, K., Almqvist, F., Tammunen, T., Pihä, J., Kumpulainen, K., Räsänen, E., Moilanen, I., Koivisto, A.-M. (1998). Children with symptoms of depression: What do adults see? *J Child Psychol and Psychiatry All Discipl*, 39, 577-85.
- Reicher, H. (2000). Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. Münster: Waxmann.
- Resch, F. (1996). Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Weinheim: Beltz.
- Reynolds, W. M. (1990). Introduction to the nature and study of internalizing disorders in children and adolescents. *School Psychol Rev*, 19, 137-41.
- Rutter, M., Sandberg, S. (1985). Epidemiology of child psychiatric disorder: Methodological issues and some substantive findings. *Child Psychiatry Hum Developm*, 15, 209-33.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (1998). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Schulenberg, J., Maggs, J. L., Hurrelmann, K. (eds.) (1997). Health risks and developmental transitions during adolescence. New York: Cambridge University Press.
- Seiffge-Krenke, I. (1998). Adolescents' health: A developmental perspective. *Mahwah: Erlbaum*.
- Seiffge-Krenke, I. (2000a). „Annäherer“ und „Vermeider“: Die langfristigen Auswirkungen bestimmter Coping-Style auf depressive Symptome. *Z Med Psychol*, 2, 53-61.
- Seiffge-Krenke, I. (2000b). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *J Adolesc*, 23, 675-91.
- Seiffge-Krenke, I. (2004a). Adaptive and maladaptive coping styles: Does intervention change anything? *European Journal of Developmental Psychology*, 1, 367-382.
- Seiffge-Krenke, I. (2004b). Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Heidelberg: Springer.
- Seiffge-Krenke, I., Klessinger, N. (2001). Gibt es geschlechtsspezifische Faktoren in der Vorhersage depressiver Symptome im Jugendalter? *Z Klin Psychol Psychother*, 30, 22-32.
- Seiffge-Krenke, I., Skalez, C. (2006). Chronisch krank und auch noch psychisch beeinträchtigt? Die Ergebnisse einer neuen Literaturrecherche. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.*, 55, 73-90.
- Seiffge-Krenke, I., Stemmer, M. (2002). Factors contributing to gender differences in depressive symptoms: A test of three developmental models. *J Youth Adolesc*, 31, 405-17.
- Seiffge-Krenke, I., Roth, M., Kollmar, F. (1997). Eignen sich Väter und Mütter zur Einschätzung der Symptombelastung von Söhnen und Töchtern? Diskrepanzen und Selbst einschätzung der Jugendlichen im längsschnittlichen Verlauf. *Z Klin Psychol*, 26, 201-10.
- Seiffge-Krenke, I. (2006). Nach Pisa, Stress in der Schule und mit den Eltern. Bewältigungskompetenz deutscher Jugendlicher im internationalen Vergleich. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Seiffge-Krenke, I. (2007). Analytische Psychotherapie bei Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Seligman, M. E. P. (1975). Helplessness. On depression, development and death. San Francisco: Freeman (dt.: *Erlernte Hilflosigkeit*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1992).
- Shugart, M. A., Lopez, E. M. (2002). Depression in children and adolescents: When "moodiness" merits special attention. *Postgrad Med*, 112, 130-6.

- Steinhausen, H.-C. (1996). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. 3. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg.
- Steinhausen, H.-C., Winkler-Metzke, C. (2000). Adolescent self-rated depressive symptoms in a Swiss epidemiological study. *J Youth Adolesc*, 29, 427-40.
- Wäligora, K. (2002). Depressivität und Körperbeschwerden bei Schülerinnen und Schülern. Mainz: Dissertation.
- Weisz, R. J., McCarty, C. A., Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychol Bull*, 132, 132-49.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Inge Seiffge-Krenke, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Abteilung Entwicklungs- und Pädagogische Psychologie, Staudinger Weg 9, 55099 Mainz; E-Mail: seiffge@uni-mainz.de