

BACHELORARBEIT
DEPRESSION IM KINDES- UND JUGENDALTER

Medizinische Universität Graz
Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Melanie Mayer
0534671

Betreuerin:

Ao.Univ.-Prof. Dr.phil. Anna Gries

Institut für Physiologie

8010 Graz, Harrachgasse 21/V

vorausgesetzte Lehrveranstaltung: Physiologie

Abgabetermin: Oktober 2011

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|------------|
| I Ehrenwörtliche Erklärung | i |
| II Abstract | ii |
| III Erfahrungsberichte | iii |
| 1. Einleitung | 1 |
| 2. Definitionsversuch | 2 |
| 2.1 Affektive Störungen..... | 2 |
| 3. Epidemiologie | 5 |
| 4. Ätiologie und psychologische Theorien als Erklärungsversuche | 7 |
| 4.1 Biologische Faktoren..... | 8 |
| 4.1.1 Genetische Disposition..... | 8 |
| 4.1.2 Stoffwechselstörungen und Erkrankungen..... | 9 |
| 4.2 Psychosoziale Faktoren..... | 9 |
| 4.2.1 Sozioökonomische Bedingungen..... | 10 |
| 4.2.2 Familiäre Bedingungen..... | 11 |
| 4.2.3 Lebensgeschichtliche Ereignisse | 11 |
| 4.3 Psychologische Theorien als Erklärungsversuch..... | 12 |
| 5. Formen | 16 |
| 5.1 Major Depression und depressive Episoden..... | 17 |
| 5.2 Dysthymie..... | 18 |
| 5.3 Nicht näher bezeichnete depressive Störungen..... | 19 |
| 5.4 Bipolare Störung | 19 |
| 6. Diagnostik, Symptome und Differenzialdiagnosen | 20 |
| 6.1 Diagnostik..... | 20 |
| 6.2 Differenzialdiagnosen und Komorbidität..... | 20 |
| 6.3 Symptomatik..... | 21 |
| 7. Therapie | 26 |
| 7.1 Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen | 27 |
| 7.1.1 Verhaltenstherapie..... | 27 |
| 7.1.2 Psychoanalytische bzw. Psychodynamische Therapien..... | 28 |
| 7.2 Allgemeine Ziele und Voraussetzungen bei der Behandlung..... | 29 |
| 8. Zusammenfassung | 30 |
| 9. Diskussion | 31 |

| | |
|---|-----------|
| 9. Literaturverzeichnis..... | 32 |
| 10. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis..... | 34 |

I

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebene Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 29.10.2011

Unterschrift.....



II. Abstract – Depressionen bei Kindern und Jugendlichen

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine Literaturrecherche und sie soll einen kurzen Überblick über Depressionen im Kindes- und Jugendalter geben.

Früher glaubte man, dass Kinder und Jugendliche aufgrund ihres Gemüts, ihrer mangelnden Reflexionsfähigkeit und Unwissenheit über ihr eigenes Über-Ich nicht an depressiven Störungen erkranken können. Heute weiß man, dass Depressionen schon im Säuglingsalter auftreten.

Eine stichhaltige Diagnose ist jedoch schwierig, da es häufig zu komorbiden Störungen wie z.B. einer Angststörung, Zwang oder auch Alkohol- und Drogenmissbrauch kommt.

Zur Einteilung der depressiven Störungen werden häufig das ICD-10- und DSM-IV- als Klassifikationssysteme anerkannt. Alle Formen der Depression im Kindes- und Jugendalter entsprechen denen von Erwachsenen und auch die Symptome wie Müdigkeit, Schlafstörungen, Essstörungen, Isolation und Schuldgefühle sind ähnlich, jedoch kommt es zu altersabhängigen Ausprägungen. Als Ursache kommt nicht nur ein Faktor in Frage, sondern handelt es sich eher um Multikausalität, d.h. es wirken sowohl biologische als auch psychosoziale Faktoren zusammen, die die Erkrankung auslösen. Je nach Schweregrad der depressiven Störung werden unterschiedliche Therapiemethoden gewählt. Eine ambulante Behandlung ist einer stationären auf alle Fälle vorzuziehen. Die häufigsten Methoden sind Verhaltenstherapien und psychoanalytische bzw. psychodynamische Therapien. Eine Pharmakotherapie soll nur in wirklich schweren Fällen als Unterstützung herangezogen werden.

Depression in childhood and adolescents

This paper is a literature review and allows a brief overview of depression in childhood and adolescence. Previously it was commonly known that children and adolescents can not suffer from depressive disorders because of their mind and lack of reflection about their own ability and knowledge. Today we know that depressions can occur during infancy. It is difficult to make a valid diagnose because often co-morbid disorders such as anxieties, obsessive – compulsive disorder or alcohol and drug abuse occur. ICD-10 and DSM-IV are classification systems and are often used to organize depressive disorders. All forms of depression in childhood and adolescence are the same as for adults and also symptoms are similar like fatigue, sleep and eating disorders, isolation and guilt feelings but there are age-dependent variations. Mostly there are more factors involved. Diverse biological and psychosocial factors trigger the disease. Severities of depressive disorder indicate different treatments. Outpatient treatment is preferable in all cases instead of inpatient treatment. The most common methods are behavioral, psychoanalytic or psychodynamic therapies. Only in truly extreme cases pharmacotherapy should be used as support.

III Erfahrungsberichte

„Mit neun bin ich umgezogen, da lernte ich neue Familien kennen. Sie haben mich immer weg gedrängt, weil die mich nicht mochten. Daraufhin begann ich mich immer mehr zurückzuziehen. Ich habe PC-Spiele gespielt, Bücher gelesen, habe mich geweigert den Müll raus zu bringen, weil ich Angst hatte anderen Menschen zu begegnen. Ich hatte Angst vor allen Dingen, teilweise war ich sogar panisch Ich war immer Müde, war entkräftet, wollte nicht mehr in die Schule. Ich wollte gar nicht mehr.“ (Julien, 15)

„Anfangs saß ich nur rum, grübelte, war traurig.

Ich wartete, ich wartete.

Ich wartete, dass die Gedanken verschwinden,

ich wartete, dass die Gefühle besser werden,

dann wartete ich nur mehr, dass die Zeit vergeht.

In der Schule war ich langsam, oft allein, im Denken blockiert.

Ich hatte das Gefühl nichts wert zu sein.

Ich bekam Schmerzen, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, messbar Fieber.“

(Sophie, 16)

„Ich kann einfach nichts richtig machen!

Ich bin zu dumm! Ich schaffe nichts!“

(Anonym)

„Das Tragen des Schulsackes ist mühsam wie alles andere Handeln. Die Hemmung, die auch das Denken und Entschließen befällt, tritt in der Schule kraß zu Tage. Das Schreiben ist erschwert, die Stimme leise...

Das depressive Kind ist verlassen, steht in den Pausen auf dem Schulplatz abseits.“ (Beschreibung eines depressiven Schülers nach Psychiater Homburger, 1926)

„Ich habe Keinen der mir hilft und ich selber kann mir auch nicht helfen!“ (Jonas, 14)

1. Einleitung

Die Kindheit sollte die unbekümmertste und sorgenfreieste Zeit im Laufe eines Lebens sein, geprägt von Neugier und vielseitigen Interessen. Kinder sollten spielen, toben und lachen. Es scheint, als sehnten sich alle nach der eigenen glücklichen Kindheit und goldenen Jugend. Doch was, wenn das nicht so ist? Wenn Kinder an sonnigen Tagen nur grau sehen, keine Lust zum Spielen haben, traurig und/ oder gereizt sind? - Tatsächlich sind Depressionen bei Kindern und Jugendlichen keine Seltenheit mehr, werden aber auch heute noch oft nicht als solche erkannt und diagnostiziert.

Seit den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts hat sich die Einsicht durchgesetzt, dass auch Kinder jeden Alters von depressiven Erkrankungen betroffen sein können. Dabei hat der Psychiater Griesinger (Lit. 1964) bereits 1845 gesagt: „Auch die melancholischen Formen kommen, obschon entschieden seltener, im Kindesalter in allen ihren Varietäten vor.“

Ich selbst bin auf dieses Thema 'Depressionen bei Kindern und Jugendlichen' durch eine sehr ergreifende Dokumentation gestoßen und da ich im Rahmen meiner ehrenamtlichen Tätigkeit auch mit Kindern arbeite, nahm ich dies zum Anlass, mich mit dieser Thematik auseinander zu setzen.

Mit dieser Arbeit sollen nun folgende Fragestellungen bearbeitet und geklärt werden:

1. Was ist eine Depression und wie kann sie im Sinne der Komorbidität differenziert werden?
2. Wie entstehen Depressionen bei Kindern: Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem soziodemografischen Hintergrund bei Kindern depressiver Eltern und der Manifestation der Depression in der Kindheit und Jugend?
3. Welche Therapien gibt es oder gibt es „Die Behandlung“ für Depressionen bei Kindern und Jugendlichen?

2. Definitionsversuch

Bereits in der Antike beschreibt Hippokrates alle Arten chronischer und geistiger Störungen als 'Melancholia'. Früher wurde Melancholie als körperlich bedingt angesehen und bedeutete in der griechischen Persönlichkeitstypologie nach 'Körpersäften' so viel wie 'Schwarzgalligkeit'. Heute hat dieser Begriff nicht mehr die gleiche Bedeutung (vgl. Nissen, 1988).

Nach Nissen und Trott (1995) wird der Begriff Depression in vierfacher Weise verwendet:

1. als Beschreibung der physiologischen Befindlichkeit - „ich bin heute so depressiv“
2. als ein Symptom - „seit mein Vater gestorben ist, bin ich depressiv“
3. als klinisches Syndrom - als eine depressive Störung
4. als eine nosologische Entität – mono- oder bipolare Affektpsychose

Beinahe jeder von uns kennt das Gefühl einer leichten depressiven Verstimmung oder Traurigkeit. Bei einigen Menschen können sich diese Gefühle bis zur Unfähigkeit der Verrichtung der kleinsten alltäglichen Aufgaben steigern. Deshalb ist es laut Nissen unerlässlich, die beiden Begriffe Trauer und Depression streng zu unterscheiden: *Trauer* ist motiviert und nachfühlbar. Sie tritt nach dem Tod oder Verlust nahe stehender Menschen auf und lässt sich nach Intensität der Gefühlsbeziehung zum Verstorbenen quantifizieren. Bei Depressionen stehen Auslöser und gedachte Ursachen sowie Schwere und Dauer der Verstimmung in abnormer Diskrepanz (Nissen/ Trott, 1995, S.135).

„Depression ist der Stimmungshintergrund, der durch das Unlustgefühl eines psychischen Schmerzes bestimmt wird“ (Kraepelin 1909).

Heute sind Depressionen durch die Begriffe wie 'deprimere', aus dem Lateinischen für herunterdrücken, niederdrücken oder 'dysphoria' für bedrückte, unbehagliche Stimmung definiert und bezeichnen im Alltag einen Zustand psychischer Niedergeschlagenheit (vgl. wikipedia.org).

In medizinisch – wissenschaftlichen Kreisen, sowie der heutigen Psychiatrie spricht man nun nicht mehr von „Depressionen“, sondern von 'Depressivem Syndrom', 'Depressiver Episode' oder 'Depressiver Störung'. Diese werden in der Psychiatrie den affektiven Störungen zugeteilt (vgl. Thöni, 2005).

2.1 Affektive Störungen

Bei affektiven Störungen handelt es sich um eine Gruppe von Störungen deren Hauptsymptome in

einer Veränderung der Stimmung – meist Depressionen, mit oder ohne begleitende Angst oder in gehobener Stimmung – bestehen (vgl. ICD 10 - WHO, 2011, S.280). Eine genauere Klassifizierung und Einteilung wird in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD 10, engl. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), die von der WHO (World Health Organization) herausgegeben wird, sowie im DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der APA (American Psychiatric Association) getroffen.

TABELLE 1: Affektive Störungen nach ICD-10 und DSM-IV (aus Essau, 2002, S.18)

| ICD-10 | DSM-IV |
|--|--|
| F32. Depressive Episode F32.0 leicht F32.1 mittel F32.2 schwer ohne psychotische Symptome F32.3 schwer mit psychotischen Symptomen F32.8 sonstige depressive Episoden F32.9 nicht näher bezeichnete depressive Episode | 296.2x Major Depression, einzelne Episode <ul style="list-style-type: none"> • leicht • mittel • schwer ohne psychotische Symptome • schwer mit psychotischen Symptomen • teilremittiert • vollremittiert • unspezifisch |
| F33. Rezidivierende depressive Episode F33.0 gegenwärtig leicht F33.1 gegenwärtig mittel F33.2 gegenwärtig schwer ohne psychotische Symptome F33.3 gegenwärtig schwer mit psychotischen Symptomen F33.4 gegenwärtig remittiert F33.8 sonstige rezidivierende depressive Störungen F33.9 nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störung | 296.3x Major Depression, rezidivierende Episoden <ul style="list-style-type: none"> • leicht • mittel • schwer ohne psychotische Symptome • schwer mit psychotischen Symptomen • teilremittiert • vollremittiert • unspezifisch |
| F34. Anhaltende affektive Störung F34.0 Zylothymia F34.1 Dysthymia F34.8 sonstige anhaltende affektive Störungen F34.9 nicht näher bezeichnete anhaltende affektive Störung | 300.4 Dysthyme Störung |
| F38. Andere depressive Störungen F38.0 sonstige einzelne affektive Störungen F38.1 sonstige rezidivierende affektive Störungen F38.8 sonstige affektive Störungen F39. Nicht näher bezeichnete affektive Störung | 311 Nicht näher bezeichnete depressive Störung |

Diese Klassifikationen gelten für alle Altersgruppen und enthalten keine spezifischen Kategorien für Kinder und Jugendliche. Dieser Verzicht muss als Mangel gesehen werden (vgl. Steinhausen, 2010).

Eine genauere Definition für eine depressive Störung im Kindes- und Jugendalter ist schwierig, da sie häufig mit anderen psychischen Störungen, z.B. einer Angststörung oder einer Hyperaktivitätsstörung einhergeht, also eine hohe Komorbidität gegeben ist. Deshalb empfiehlt sich eine lebensaltersspezifische Einteilung der Symptomatik (vgl. Thöni, 2005). Nissen spricht auch von Symptomen und Symptomverbänden, die im Kindes- und Jugendalter einer entwicklungspezifischen Metamorphose unterliegen (vgl. Nissen, 2002). [siehe Kapitel 6]

3. Epidemiologie

Die Depression zählt zu den häufigsten psychischen Störungen weltweit. Sie zeigt sich in depressiver Verstimmung, am Verlust von Interessen oder der Freude, kann einhergehen mit Schuldgefühlen und Verlusten des Selbstwertes sowie der Energie und des Antriebs. Depressionen können chronisch oder rezidivierend (wiederkehrend) verlaufen und in den schlimmsten Fällen zum Suizid (Selbsttötung) führen. So verlieren jährlich ca. 850 000 Menschen weltweit ihr Leben. Im Jahr 2000 lag die Depression am 4. Platz im Ranking von DALYs (Disability-Adjusted Life Year), welche im Rahmen der globalen Krankheitslast – Studie (global burden of disease) durchgeführt wurde. Heute ist die Depression die zweithäufigste Erkrankung im Alter zwischen 15 und 44 Jahren und betrifft beide Geschlechter gleichermaßen, das heißt rund 121 Millionen Menschen leiden weltweit unter Depressionen (vgl. WHO, 2011). Allein in Österreich leiden ca. 400 000 Menschen an dieser Krankheit, das sind 5 % der Bevölkerung. 45 % der an einer behandlungsbedürftigen Depression leidenden Menschen erhalten keine adäquate Behandlung oder nehmen keinen Anspruch darauf. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass depressive Erkrankungen eine erhöhte Komorbidität und hohe Mortalität aufweisen (vgl. Ibelshäuser/ Meise, 2010). - So lauten die allgemeinen Angaben der WHO zum Thema Depressionen, doch wie sehen die Zahlen und Fakten bei Kindern und Jugendlichen aus?

Bereits in der Antike sprachen Hippokrates und Galen von einer somatogenen Erkrankung, bei der die Kinder unter Bedrückung, Angstzuständen, Alpträumen, Pavor nocturnus (lat. Nachtangst) und Schlaflosigkeit litten. Detaillierte Beschreibungen finden sich jedoch erst in der medizinischen Literatur des 19. Jahrhunderts. Die strukturierten und halbstrukturierten diagnostischen Instrumente für die Diagnose kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen sind erst Mitte der 80er Jahre verfügbar, weshalb es lange Zeit keine und heute noch sehr unterschiedliche Zahlen zur Häufigkeit der Depression im Kindes und Jugendalter gibt (vgl. Trott, Friese, Badura, Warnke, 1994).

Die Prävalenzraten von schweren depressiven Episoden reichen bei Kindern von 1 bis 3%, bei Adoleszenten von 1 bis 6%. Aus einer australischen Studie resultierte eine Rückfallquote von 70% innerhalb der ersten 5 Jahre. Laut einer Untersuchung in Großbritannien erhielten 2003 50 000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren Antidepressiva und in einer Fragebogenuntersuchung in den USA klagten 18% von ca. 10 000 erfassten 11 – 15jährigen über depressive Symptome (vgl. Galo, Weber, 2005). Umfangreiche Studien in den Industrienationen ergaben, dass sich im Vorschulalter ~1%, im Grundschulalter 2-4% und im Jugendalter 3-8% der Kinder wegen schwerer depressiver Störungen in klinischer Behandlung befinden. An länger dauernden depressiven Verstimmungen leiden ca. 2% der jüngeren, 8-10% der älteren Schulkinder. Bis zur Pubertät sind Jungen und Mädchen etwa gleich häufig betroffen (vgl. Thöni, 2005). Ab der Pubertät zeigt sich ein

Überwiegen der depressiven Störung bei den Mädchen. Signifikant häufiger treten Depressionen ab dem 13ten Lebensjahr auf. Depressive Episoden im Jugendalter sind oft kürzer als im Erwachsenenalter, 1/3 remittiert innerhalb von drei Monaten (vgl. Mehler-Wex/ Kölch, 2008). Das Hauptmanifestationsalter liegt zwischen dem 11. und 14. Lebensjahr. Im frühen Kindesalter sind sie seltener, aber auch schwerer diagnostizierbar.

Im Allgemeinen treten also Depressionen bei Kindern und Jugendlichen ebenso häufig auf wie bei Erwachsenen. Es handelt sich somit um eine auch im Kindes- und Jugendalter häufig auftretende Erkrankung. Sie wird jedoch nach wie vor oft nicht erkannt und gilt als 'underdiagnosed'. Gründe dafür sind, dass Depressionen bei Kindern und Jugendlichen kombiniert mit anderen psychiatrischen Symptomen auftreten. Rund 50% der Betroffenen leiden gleichzeitig an einer Angst- oder Zwangsstörung, einer Störung des Sozialverhaltens, an Hyperaktivität oder an einem Missbrauch von Drogen, Medikamenten oder Alkohol (vgl. Nissen, 2002; Mehler-Wex/ Kölch, 2008).

4. Ätiologie und psychologische Theorien als Erklärungsversuche

„Ganz gleich welche Entstehungshypothese herangezogen wird, ist die Depression eine Krankheit, die schon im Kindesalter latent, als 'Keim', als 'Vorform' oder schon als 'Struktur' vorhanden ist“ (Nissen, 2002, S.198).

In der Literatur lässt sich nicht 'der' Auslöser oder 'die' Ursache für Depressionen bei Kindern und Jugendlichen finden. Laut KERNS liegt das unter anderem daran, dass die Depression eine Krankheit ist und Krankheiten entstehen, wenn das normale Gleichgewicht einer Person gestört wird. Der Begriff 'Gleichgewicht' deutet dabei auf eine Kombination von inneren und äußeren Faktoren hin. Ein Kind, das klinisch depressiv wird, bringt eine Kombination genetischer, psychischer und umweltbezogener Risiko- und Schutzfaktoren mit, welche durch verschiedene Stressfaktoren beansprucht werden. Durch den Eintritt eines bestimmten Ereignisses können diese aus dem Gleichgewicht geraten. Nach Kerns können diese Ereignisse:

- körperlicher Natur sein (z.B. Einsetzen der Pubertät oder eine schwere Krankheit),
- auf psychischer Ebene wirken (z.B. der reale oder subjektiv wahrgenommene Verlust einer nahe stehenden Person) oder
- von der Umwelt des Kindes ausgehen (z.B. schlechte Note in der Schule)

Je geringer die Toleranzschwelle des Kindes ist, desto geringer ist auch der Stressfaktor, der nötig ist, um es aus dem Gleichgewicht zu bringen und schließlich an einer Depression erkranken lässt (vgl. Kerns, 1997).

Somit ist begründet, dass die Entstehung von Depressionen multikausaler Genese ist, d.h. von Fall zu Fall müssen verschiedene Ursachen in Betracht gezogen werden. Sowohl genetisch-neurobiologische als auch somatische und Persönlichkeitskomponenten wirken bei der Entstehung mit. Äußere Belastungsfaktoren (=Stressoren) können „innere“ (biologische) Veränderungen herbeirufen, z.B. erhöhte Katecholamin- und Kortisolexkretion. Umweltfaktoren als Depressionsauslöser nehmen umso größeren Einfluss, je jünger die Betroffenen sind (vgl. Mehler-Wex/ Kölch, 2008). Als Auslöser können sogenannte „Life events“, z.B. Tod eines Nahestehenden, eine Scheidung oder finanzielle Probleme in Frage kommen, aber auch „Sensible Phasen“ (=Schwellensituationen) wie z.B. Eintritt in den Kindergarten, in die Schule oder in den Lehrberuf können zum Ausbruch führen (vgl. Thöni, 2005).

Im Anschluss wird auf die wesentlichen Einflüsse und teilhabenden Faktoren, die eine Depression

in der Kindheit verursachen, eingegangen:

4.1 Biologische Faktoren

Unter biologischen Faktoren werden neuroendokrine, biochemische und genetische Hypothesen zusammengefasst (vgl. Steinhausen, 2010). Als neuroendokrine Faktoren bezeichnet man jene, die mit Störungen des Nervensystems bzw. Störungen der inneren Sekretion zu tun haben. Biochemische Hypothesen gehen von hormonellen Störungen aus, wodurch es zu depressiven Störungen kommen kann (vgl. Duden, 2011)

4.1.1 Genetische Disposition

Von genetischer Disposition (Vererbung) spricht man, wenn es in Familien zu einer Häufung einer bestimmten Krankheit kommt. Menschen, in deren Familien Depressionen vorkommen, haben ein höheres Risiko, selbst eine Depression zu erleiden (vgl. Nevermann/ Reicher, 2001). Kinder von Eltern mit bipolaren oder unipolaren Störungen haben nachweislich ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung affektiver Störungen. Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien zeigen, dass für die Major – Depression die Interaktion zwischen Gen und Umwelt ausschlaggebend ist, die familiäre Belastung jedoch das höchste Risiko trägt (vgl. Steinhausen, 2010). Zwillingsstudien sind dann am aufschlussreichsten, wenn es um eineiige Zwillinge geht, da diese identisch sind. In entsprechenden Studien stellte sich heraus, dass zwei Drittel aller eineiigen Zwillingspaare von bipolaren PatientInnen unter der gleichen Störung litten, während es bei zweieiigen Zwillingen nur zu einer Übereinstimmung von 14% kam. Weitere Forschungsstudien haben ergeben, dass Kinder, die einen depressiven Elternteil haben, mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:4 ebenfalls irgendwann im Laufe ihres Lebens an einer Depression erkranken. Wenn beide Elternteile betroffen sind liegt die Wahrscheinlichkeit bei 50:50 (vgl. Kerns, 1997).

Molekulargenetische Untersuchungen ergaben, dass einzelne Gene begrenzte Effekte haben, bei denen Polymorphismus (griech. Vielfaltigkeit) eine Rolle spielt. Als Polymorphismus wird das Auftreten einer oder mehrerer Gen – Varianten bezeichnet. Betroffene, an Depressionen Leidende mit Polymorphismen des Serotonintransporter – Gens haben bei belastenden Lebensereignissen eine höhere Symptomausprägung (vgl. Steinhausen, 2010).

Des Weiteren wurde bei vielen depressiv Erkrankten eine charakteristische Basenkonstellation auf den Chromosomen 4, 5, 18 und 21 gefunden (vgl. Thöni, 2005).

Aus bisherigen Studien geht jedoch kein eindeutiger Beweis hervor, dass die familiäre Häufung depressiver Störungen allein auf eine genetische Übertragung zurückzuführen ist. Nicht die Störung

selbst wird vererbt, nur ein gewisses Risiko. Deshalb müssen auch die familiäre Lerngeschichte und andere psychosoziale Belastungsfaktoren des Heranwachsenden berücksichtigt werden (vgl. Reicher, 2000).

4.1.2 Stoffwechselstörungen und Erkrankungen

Affektive Störungen gehen mit Veränderung der Stimmung, des Schlafes, des Appetits und des Sexualantriebes einher. Diese Symptome sind auf Störungen im Bereich der HHNA (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindenachse) zurückzuführen, die mit Störungen im Kortisolstoffwechsel verbunden sind. Diese Funktionen werden von den Neurotransmittern Noradrenalin und Serotonin reguliert, was zur Annahme führt, dass auch Störungen im Stoffwechsel dieser Substanzen zu depressiven Erkrankungen führen können. Es wird darüber hinaus auch angenommen, dass niedrige Serotonin- und Dopaminspiegel ein depressives Syndrom begünstigen (vgl. Steinhausen, 2010).

Reduzierte Konzentrationen von Noradrenalin – Metaboliten werden ebenfalls mit depressiven Symptomen assoziiert. Birmaher et al. stellten in einer Studie mit depressiven Minderjährigen fest, dass 54% der untersuchten Teilnehmer einen krankhaften Dexamethason – Test (zur Feststellung erhöhter Serumkonzentration von Cortisol) aufweisen. In dieser Altersgruppe korreliert die abendliche Kortisolhypersekretion und die morgendliche Dehydroepiandrosteron (DHEA) – Ausschüttung mit dem Ausmaß der Depression.

Bei MRT (=Magnetresonanztomografie) – Befunden von depressiven Kindern zeigte sich im Gehirn eine Verkleinerung des frontalen Kortexvolumens (= vorderes Großhirn) und eine Erweiterung des lateralen Ventrikels (=seitlicher Gehirnteil). Frontal (=vorne) und temporal (=schlafenwärts) scheint ein Hypometabolismus vorzuliegen (vgl. Mehler – Wex/ Kölch, 2008).

Die meisten Befunde zur Neurobiologie der Depressionen stammen aus Untersuchungen von Erwachsenen, eine Minderheit aus Untersuchungen von Kindern. Aus diesem Grund ist es nach wie vor fraglich, ob es sich bei den beobachteten Auffälligkeiten um Begleiterscheinungen, Folgen oder Ursachen handelt (vgl. Essau, 2007)

4.2 Psychosoziale Faktoren

Unter den psychosozialen Faktoren versteht man alle psychologischen und sozialen Einflüsse auf ein Individuum. Basierend auf psychologischen Theorien werden sogenannte Depressionsmodelle entwickelt (siehe 4.3). Es werden alle Bereiche zusammengefasst, die Kinder und Jugendliche im Laufe ihrer Entwicklung bzw. ihres Lebens in der Interaktion mit der Umwelt belasten können. Dazu zählen sozioökonomische Bedingungen, die Familie, insbesondere die Eltern – Kind –

Beziehung, sowie Mangel an Freundschaften, Trennung und Verlusterfahrungen. Da es den Rahmen der Arbeit überschreiten würde, wird nur auf wenige der genannten Faktoren näher eingegangen.

4.2.1 Sozioökonomische Bedingungen

Viele Studien belegen generell einen engen Zusammenhang zwischen sozialer Lage und dem Gesundheitszustand. Gesundheit ist Ausdruck von Wohlbefinden, so könnte man depressive Störungen als Zustand des 'Unwohl seins' bezeichnen und damit nehmen die Lebensbedingungen ebenso Einfluss, wie auch biologische Faktoren.

Häufig wird der sozioökonomische Status im Hinblick auf Armut und deren Auswirkungen untersucht. Dabei bedarf der Begriff Armut einer multidimensionalen Betrachtung, die Konsequenzen für die Lebensqualität einschließt.

Fakt ist, dass die Zahl der von Armut betroffenen Menschen in den westlichen Industrienationen stark zugenommen hat. Dabei sind besonders Arbeitslose, kinderreiche Familien, Alleinerziehende und Kinder und Jugendliche betroffen. In vielen westlichen Ländern wird auch oft von Kinderarmut gesprochen, da nach Schätzungen fast jedes fünfte Kind und jeder fünfte Jugendliche (bis zum 18. Lebensjahr) in Armut aufwachsen. Diverse Forschungsergebnisse haben nun gezeigt, dass Kinder aus unteren sozialen Schichten einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Kinder aus mittleren und oberen sozialen Schichten. An Kindern aus unteren sozialen Schichten werden auch häufiger gesundheitliche Beeinträchtigungen beobachtet und Beschwerden wie Kopf-, Rückenschmerzen und Einschlafprobleme. Einschränkungen in der Teilhabe an Aktivitäten bis Deprivation, die auf Dauer auch psychosoziale Schädigungen nach sich ziehen, sind die Folge (vgl. Jost, 2004). Klocke und Hurrelmann dazu: „*Ein Schwinden von individuellen Zukunfts- und Berufsperspektiven verlangt von Jugendlichen eine Anpassung an einen so nicht geplanten Lebensweg, der nicht mit psychosomatischen Störungen und körperlichen Krankheiten einhergeht*“ (Klocke/ Hurrelmann, 1955).

Unbestritten ist, dass Armut Einschränkungen in sozialen Beziehungen, Isolation, Stigmatisierung und frühen Verlust an Selbstwert zur Folge hat und unweigerlich zu seelischen Störungen führt. Es sind depressive Störungen bei Kindern zu beobachten, die sich für durch die Armut bedingte Stigmatisierung selbst verantwortlich machen und sich gar schuldig fühlen. Diese Schuldgefühle betreffen nicht nur die Lage selbst, sondern auch alle daraus entstehenden Probleme wie Konflikte und Spannungen in der Familie (vgl. Jost, 2004).

Um detailliertere Aussagen über den Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und Depressionen bei Kindern und Jugendlichen zu treffen, fehlen derzeit noch Untersuchungen bzw. liegen keine adäquaten Ergebnisse vor.

4.2.2 Familiäre Bedingungen

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Beziehungen und die Bedingungen in der Familie Auswirkungen auf die Entwicklung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen haben. Aus einigen Studien geht hervor, dass dysfunktionale Eltern – Kind – Interaktionen, Defizite in der elterlichen Emotionalität wie mangelnde Ausdrucks- und Reaktionsfähigkeit oder ambivalent – unkontrollierte Reaktionen der Eltern zu Spannungszuständen, mitunter Depressionen bei Kindern auslösen (vgl. Mehler – Wex/ Kölch, 2008). Doch nicht nur die Beziehung selbst, auch die Erziehung kann Einfluss nehmen. Zum Beispiel wenn Kinder ihre Gefühle oder Meinungen nicht ausdrücken dürfen, kaum gelobt, kritisiert, beschimpft und heruntergemacht werden, kann sich kein oder nur ein niedriges Selbstwertgefühl entwickeln. Das fördert Depressivität.

Auch Stress der Eltern kann auf das Kind übertragen werden und depressive Störungen auslösen oder fördern (vgl. Reicher, 2000; Mehler – Wex/ Kölch, 2008). Sogenannte Stressoren können konflikthafte Elternbeziehungen bis hin zu Scheidungen oder aber auch Arbeitsüberlastung und Finanznot der Eltern sein.

Weitere Belastungsfaktoren können veränderte Familienstrukturen wie z.B alleinerziehende Eltern oder das Vorliegen von psychischen oder körperlichen Erkrankungen eines Elternteils sein (vgl. Mehler – Wex/ Kölch, 2008).

Studien über Kinder mit depressiven Eltern ergaben ein bis zu sechsfach höheres Risiko, ebenfalls eine depressive Störung im Laufe ihres Lebens zu erleiden (vgl. Essau, 2002). Dies aus mehreren Gründen: Sie sind genetisch vorbelastet. Auf Grund der eigenen Probleme der Eltern sind diese emotional häufig nicht in der Lage, ihren Kindern ein optimales Maß an Liebe und Unterstützung zu geben und oft beobachten und imitieren Kinder das Verhalten ihrer Eltern (vgl. Kerns, 1997).

In einer Bremer Jugendstudie gaben die Hälfte der depressiven Jugendlichen an, depressive Eltern bzw. einen depressiven Elternteil zu haben. Ein weiterer Anteil dieser Jugendlichen berichtete über das Vorliegen anderer psychischer Störungen, einschließlich von Alkohol- und Drogenproblemen bei ihren Eltern (vgl. Essau, 2002).

4.2.3 Lebensgeschichtliche Ereignisse

In vielen Fällen verlaufen depressive Störungen chronisch. Die Depression kann dabei im Entwicklungsverlauf von Kindern und Jugendlichen häufig bis in das Erwachsenenalter sehr variieren und ist ganz unterschiedlichen Risikokonstellationen unterworfen. In vielen Studien wird als wesentlicher Faktor das Auftreten von negativen und belastenden Lebensereignissen genannt (vgl. Braun-Scharm, 2002). Lebensereignisse werden definiert als Erfahrungen, die die bestehende Lebenssituation einer Person verändern und sie zu Maßnahmen der Bewältigung und Anpassung

zwingen (Filipp, 1990). Einige Lebensereignisse hängen mit dem natürlichen Lebenszyklus zusammen wie z.B. Schuleintritt, Arbeitseintritt, Hochzeit und andere Ereignisse sind ungewöhnlich wie z.B. Unfälle. Lebensereignisse, die eine hohe Anpassung erfordern, z.B. Umzüge werden als „kritische Lebensereignisse“ bezeichnet. Ereignisse, die weniger starke Anpassung erfordern, dafür aber anhaltend sind, werden als „alltägliche Probleme“ („daily hassles“) oder „chronische Bedingungen“ angesehen (vgl. Essau, 2002). Mehler-Wex/ Kölch verwenden den Begriff „chronische Belastungen“. Dabei handelt es sich um Probleme in sozialen Beziehungen, Mangel an Freundschaften und Zuwendung, subjektiv gering empfundene Attraktivität, schulische Über- oder Unterforderung, Schulwechsel oder Teilleistungsschwächen (vgl. Mehler-Wex/ Kölch, 2008). In Studien konnte gezeigt werden, dass depressive Jugendliche vermehrt über negative Lebensereignisse berichten, die vor Beginn der depressiven Episode eingetreten sind. 77% gaben an, dass ihre depressiven Episoden als Reaktion auf ein Lebensereignis auftraten (vgl. Essau, 2002). Belastende Lebensereignisse erhöhen insbesondere dann das Depressionsrisiko, wenn die Kinder und Jugendlichen wenig soziale Unterstützung bei der Bewältigung erfahren und über ungünstige Bewältigungsstrategien verfügen. (vgl. Reicher, 2000). Manche Studien untersuchten auch Merkmale von Lebensereignissen, die mit depressiven Störungen zusammenhängen könnten. Goodyer und Altham (1991a, b) sammelten Daten von Eltern über die „Verluste“ („exit events“) wie z.B. Tod, Scheidung oder Trennungen im Leben ihrer Kinder. Depressive Kinder hatten signifikant häufiger Verluste (mindestens zwei) erlebt (vgl. Essau, 2002). Verluste werden besonders dann als traumatisch empfunden, wenn Kinder vorher von der geliebten Person abhängig waren und kein angemessener Ersatz zur Verfügung stand (vgl. Kerns, 1997). Weitere emotionale Stressfaktoren sind Gewalterfahrungen und sexueller Missbrauch, wovon Mädchen häufiger betroffen sind als Jungen (Reicher, 2000).

4.3 Psychologische Theorien als Erklärungsversuch

Psychologische Modelle sind entwickelt worden, um zu erklären, wie Risikofaktoren zu Depressionen führen können. Laut Essau lassen sich diese Modelle in drei Gruppen einteilen:

- kognitiv – behaviorale Modelle
- psychoanalytische Modelle bzw. psychodynamische Modelle
- multifaktorielle Modelle.

Ursprünglich wurden diese Modelle für Erwachsene konzipiert und sind für Kinder und Jugendliche weiterentwickelt worden (vgl. Essau, 2002). Einige Modelle werden im Folgenden kurz erläutert:

Kognitiv – behaviorale Ansätze:

Kognitionspsychologische Theorien beziehen sich häufig auf das Modell der gelernten Hilflosigkeit von Seligmann und die kognitiven Verzerrungen, während bei verhaltenstheoretischen Ansätzen von einem Mangel an positiver Verstärkung oder Mangel an sozialen Fertigkeiten ausgegangen wird.

Einer der bekanntesten Ansätze zur Erklärung von Depressionen ist die Kognitive Theorie von Beck (1967). Sie setzt sich aus drei Hauptkomponenten zusammen: Die kognitiven Schemata, negative kognitive Triade und kognitive Verzerrungen und Fehler. Die kognitiven Schemata beeinflussen die Informations - Verarbeitungsprozesse und steuern Gedächtnisabläufe. Die negative kognitive Triade ist bestimmt durch eine negative Selbst-, Welt- und Zukunftssicht. Die dritte Komponente sind kognitive Verzerrungen und Fehler. Negative Schemata wie selektive Aufmerksamkeit, negative Erwartungen und fehlgeleitete Interpretationen führen zu Depressionen. Menschen mit depressiven Störungen haben oft ein geringeres Selbstwertgefühl, werden geplagt von einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit, nehmen Umweltreize und Interaktionen oft negativ und pessimistisch wahr. Durch eine verklärte Weltsicht und irrationale Denkmuster kommt es zu verzerrten Erklärungen für Situationen und Ereignisse.

Letztendlich kommt es zu willkürlichen Schlussfolgerungen von selektiven Abstraktionen, d.h. dass nur einzelne Elemente von Situationen hervorstechen, die beurteilt werden.

Dabei werden negative Erlebnisse oft übergeneralisiert und positive Erlebnisse minderbewertet und unterschätzt.

Das Konzept der gelernten Hilflosigkeit entstand in den 70er Jahren im Zuge von Tierversuchen zum Thema Angstkonditionierung und Vermeidungslernen. Seligman (1975) entwickelte das Modell der gelernten Hilflosigkeit weiter und wendete es als Erklärungsversuch für Menschen mit depressiven Störungen an. Menschen die wiederholt erleben, dass sie Ereignisse mit ihrem Verhalten nicht beeinflussen können, entwickeln eine negative Erwartung für zukünftige Situationen. Dadurch verlieren sie die Handlungsmotivation und nehmen keine Einflussmöglichkeiten mehr wahr. Diese Unkontrollierbarkeit löst zuerst Angst aus und endet dann mit Depression. Die ausschlaggebende Determinante, dass sich eine depressive Störung entwickelt, ist die subjektive Erwartung. In mehreren Untersuchungen wurde der Nachweis erbracht, dass sich Menschen mit einer depressiven Störung den Misserfolg selbst zuschreiben. Diese Hilflosigkeitserwartung wird auf viele andere Bereiche übertragen und schließlich wird davon ausgegangen, dass Misserfolg über die Zeit stabil ist.

Ein drittes Modell ist das Problemlösungsmodell. Es stellt eine Kombination aus Kognition und Verhalten dar. Laut Problemlösungsmodell wird eine depressive Störung dann ausgelöst, wenn Personen erleben, dass sie aktuelle Probleme nicht lösen und bewältigen können. Mangelhafte oder nicht ausgeführte Problemlösungen führen zu negativen Konsequenzen wie z.B. sozialem Rückzug, Isolation und rücksichtslosem Verhalten, so dass positive Verstärkungen abnehmen. Dies wiederum vermehrt die Defizite im Problemlösungsprozess, welche neuerlich zu negativen Ergebnissen führen und so das Risiko für Depression erhöhen (vgl. Essau, 2002; Braun – Scharm, 2002).

Weitere Kognitiv – behaviorale Ansätze sind das zweidimensionale Kontrollmodell von Weisz et al., das assoziative Netzwerk – Modell von Bower, die Differenzielle – Aufmerksamkeits – Hypothese von Teasdale, Rehms Selbstkontrollmodell der Depression, das 'Competency – Based – Model' von Cole und das Verstärker – Verlust – Modell der Depression nach Lewinsohn, die im Zuge dieser Arbeit nicht näher erläutert werden (vgl. Essau, 2002).

Psychoanalytische bzw. Psychodynamische Ansätze:

Diese Modelle basieren auf Verlusterfahrungen und lassen ihre Ursprünge auf Freud zurückführen. In Freuds Werk „Trauer und Melancholie“ (1917) wurden bereits wichtige Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Trauer und Depression dargestellt.

Bei Verlusten kann es sich um physische Verluste z.B. Tod oder Trennung handeln, aber auch um symbolische Verluste durch emotionalen Mangel, Zurückweisung und unangemessene, unzureichende Zuwendung seitens der Eltern (vgl. Essau, 2002).

Diesen Theorien zufolge entstehen Depressionen als Reaktion auf Liebesverlust oder Trennung, wobei Aggression gegen das Selbst introjiziert wird. Die psychoanalytische Theorie konnte bei Depressionen im Kindesalter jedoch keine Anwendung finden, da sie dem Kind entsprechende kognitive, affektive und intrapsychische Mechanismen abspricht. Demgegenüber steht das psychodynamische Konzept der anaklitischen Depression, welches die Existenz einer depressiven Reaktion schon im Säuglingsalter als Folge von anhaltender Deprivation annimmt (vgl. Steinhausen, 2010).

Bibring (1953) sprach bei Depression vom emotionalen Gegenstück einer Hilflosigkeit des Ichs, die bei Individuen eintritt, wenn sie einen Mangel an Anerkennung oder Bedeutung erfahren und es nicht gelingt, diese wiederzuerlangen.

Sandler und Jaffee (1965) beschrieben Depression als eine psychobiologische, affektive Reaktion einer Person, die von Gefühlen des Verlustes und der Unfähigkeit etwas zu bekommen, geprägt ist. Eine Depression wird dann krankhaft, wenn sie übermäßig lang anhält (vgl. Essau, 2002).

Bowlby (1980) erarbeitete in seiner Bindungstheorie die Rolle von Bindungen und deren Zusammenhang mit pathologischen Veränderungen im Kleinkindalter. Bowlby geht davon aus, dass durch Verlusterfahrungen, wie dem Tod einer Bezugsperson oder die Scheidung der Eltern das Herstellen und Aufrechterhalten von stabilen und sicheren emotionalen Bindungen verhindert werden. Das Fehlen von solchen Bindungen kann beim Kind eine Auffälligkeit für spätere Anpassungsschwierigkeiten hervorrufen. In verschiedenen Studien konnte auch nachgewiesen werden, dass das Fehlen von stabilen, sicheren Bindungen oder das Vorherrschen von unsicheren Bindungen im Verlauf der Entwicklung das Risiko für Depressionen erhöht (vgl. Braun – Scharm, 2002; Essau, 2002).

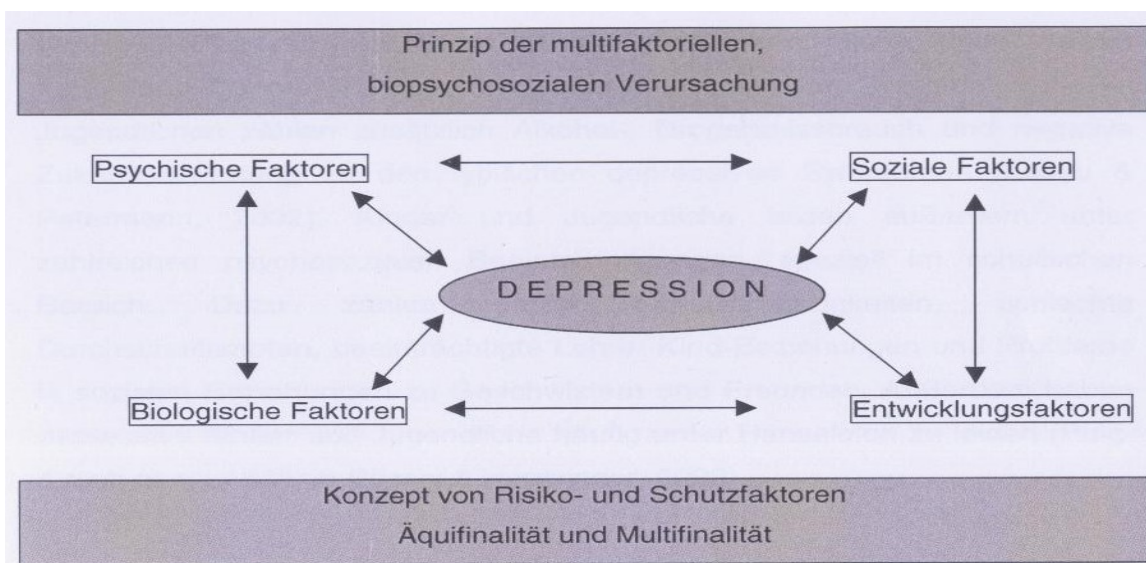
Multifaktorielle Ansätze:

Diese Modelle sind neuere Entwicklungen und gehen von einem Zusammenspiel zwischen genetischen Faktoren und früheren Lebenserfahrungen, kognitiven Faktoren, sowie den familiär – umweltbedingten und entwicklungsabhängigen Stressoren aus, die in ihrer Kombination zu Depressionen führen (vgl. Essau, 2002).

Zu diesen Modellen gehören das Kognitiv – interpersonale Modell von Hammen (1992), das Integrative Modell von Lewinsohn et al. (1985, 1998) und das multifaktorielle Modell von McCauley und Mitarbeitern (1995) (vgl. Braun – Scharm, 2002; Essau, 2002).

Die nachstehende Grafik soll die Zusammenhänge von interpersonellen und umweltbedingten Faktoren verdeutlichen:

Grafik 1: Ursachenmodell nach multifaktoriellen Ansätzen (in Petermann, 2003, S.129)



5. Formen

In der Zeit zwischen 1911 bis 1992 entwickelten sich viele Hypothesen über Form und Inhalt depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter. Nissen teilte diese Hypothesen in 5 große Gruppen ein:

1. Depressionen kommen bei Kindern nur selten vor; äußern sich in Verlustreaktionen oder Aggressionen;
2. Depressionen unterscheiden sich wesentlich von denen Erwachsener, sie sind überwiegend „maskiert“. Jugendliche haben eine ähnliche Symptomatik wie Erwachsene.
3. Depressionen bei Kindern ähneln weitgehend den Depressionen Erwachsener, sie sind jedoch insgesamt selten.
4. Depressionen bei Kindern verlaufen niemals dem psychopathologischen Bild Erwachsener. Sie haben ihre eigene Symptomatik.
5. Depressionen bei Kindern zeigen überwiegend eine psychosomatische Symptomatik, die meistens nicht als eine depressive Symptomatik erkannt wird.

Diese facettenreichen und teilweise widersprüchlichen Theorien erklären sich aufgrund der unterschiedlichen Fachvertreter der Pädiatrie und Psychiatrie, Psychoanalytiker, Kinder- und Jugendpsychiater. Unter Berücksichtigung dieses Zeitfaktors, in dem diese Thesen entstanden, nimmt die Zahl der scheinbaren Widersprüche jedoch deutlich ab.

Tatsächlich sind depressive Störungen selten bei Kleinkindern nachzuweisen, da diese sich vorwiegend psychosomatisch manifestieren. Aus Sicht der klassischen Depressionslehre sind kindliche Depressionen „maskiert“, wenn sie nicht den Depressionen Erwachsener gleichen. Wenn man davon ausgeht, dass die Depressionen bei Kindern denen von Erwachsenen ähneln, ist es nur verständlich, dass sie nicht oder nur selten bei Kindern festgestellt werden. Punkt 4 und 5 decken sich weitgehend mit neueren Untersuchungsergebnissen.

Nissen ist weiters der Meinung, dass die Symptomatik bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter mit dem Lebens- und Entwicklungsalter, der Intelligenz, dem Geschlecht und dem Milieu im Zusammenhang steht. Deshalb lassen sich keine typischen formalen und inhaltlichen Kriterien wie in der Psychiatrie der Erwachsenen darstellen (vgl. Nissen/ Trott, 1995).

Essau und Petermann hingegen gehen davon aus, dass sich die Formen von Depressionen im Jugendalter kaum von denen im Erwachsenenalter unterscheiden. Die auftretenden Unterschiede liegen eher in der Dauer der depressiven Störung sowie an einer reizbaren Verstimmung anstatt von

depressiven Verstimmungen (vgl. Essau, 2002).

Um nun klinisch relevante Diagnosen treffen zu können, wird auf die aktuellen Klassifikationssysteme, das DSM-IV und das ICD-10 zurückgegriffen (siehe auch Kapitel 2, Tabelle 1).

In Österreich ist das ICD-10 für die Klassifikation von depressiven Störungen rechtsverbindlich. Als gesetzliche Grundlage für Diagnose- und Leistungsdokumentation in österreichischen Spitälern gilt das Bundesgesetz über Dokumentation im Gesundheitswesen (vgl. Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit).

In der Literatur wird jedoch auch häufig das DSM-IV neben dem ICD-10 verwendet, um depressive Störungen zu kategorisieren.

Nach dem gültigem Klassifikationssystem ICD-10 werden depressive Störungen in depressive Episoden, rezidivierende depressive Episoden und Dysthymie eingeteilt (vgl. Thöni, 2005).

Anders als die früheren Versionen stimmen das ICD-10 und das DSM-IV heute zu 90% in der Kategorisierung überein (vgl. Essau, 2002). So wird im DSM-IV von Major Depression gesprochen, wenn es sich um mittelgradige bis schwere Episoden im ICD-10 handelt; von Minor Depression, wenn es um leichte Episoden, Reaktionen und Dysthymie geht. In beiden Klassifikationen handelt es sich bei der Dysthymie um eine chronisch – depressive Störung, wobei laut ICD-10 eine Dysthymie nicht vor der späten Adoleszenz diagnostiziert wird. Weitere affektive Störungen sind nicht näher bezeichnete depressive Störungen und bipolare Störungen. In beiden Fällen treffen die Kriterien für eindeutige Depression nicht zu (vgl. Steinhausen, 2010).

5.1 Major Depression und depressive Episoden

Die Major Depression ist durch eine oder mehrere depressive Episoden, von leichter, mittlerer oder schwerer Ausprägung charakterisiert. Diese Episoden können einzeln, rezidivierend oder chronisch (andauernd über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren) auftreten. Es handelt sich um depressive Episoden einer Major Depression, wenn über mindestens zwei Wochen an fast allen Tagen mindestens fünf der folgenden Symptome festzustellen sind:

- (1) eine depressive Verstimmung; bei Kindern und Jugendlichen auch Reizbarkeit;
- (2) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Freude an allen oder fast allen Aktivitäten;
- (3) deutlicher Gewichtsverlust oder Gewichtszunahme bzw. verminderter oder gesteigerter

- Appetit; bei Kindern reicht das Ausbleiben der zu erwartenden Gewichtszunahme;
- (4) Störungen des Schlafes in Form von Schlaflosigkeit oder vermehrtes Schlafbedürfnis;
 - (5) psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung
 - (6) Müdigkeit und/ oder Energieverlust
 - (7) Gefühl von Wertlosigkeit oder übermäßige Schuldgefühle
 - (8) verminderte Denk- und Konzentrationsfähigkeit oder verringerte Entscheidungsfähigkeit
 - (9) wiederkehrende Gedanken an den Tod, wiederholte Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder Planung eines Suizids.

Die Episoden müssen mit dem klinischen Leiden, der psychosozialen oder beruflichen bzw. schulischen Beeinträchtigung einhergehen.

Die Episoden werden in leichte, mittlere und schwere Episoden mit und ohne psychotische Zustände eingeteilt.

Bei *leichten Episoden* liegen fünf oder sechs depressive Symptome vor, die das Leben des Betroffenen bzw. seine zwischenmenschlichen Beziehungen nur leicht beeinträchtigen.

Bei *mittleren Episoden* werden die Symptome und Funktionsbeeinträchtigungen als mittel, also zwischen leicht und schwer, bewertet.

Schwere Episoden liegen vor, wenn die Anzahl der Symptome die für die Diagnosestellung notwendige Symptomanzahl überschreitet und das Leben massiv einschränkt. Von *depressiven psychotischen Zuständen* spricht man, wenn Wahnvorstellungen oder Halluzinationen auftreten, die von depressivem Inhalt sind wie persönliche Schuld und Todeswahn oder aber auch Verfolgungswahn und Gedankeneingebung.

5.2 Dysthymie

Die Dysthymie ist die chronische Form der depressiven Störung, die weniger schwer verläuft. Es liegt eine chronische depressive Verstimmung oder bei Kindern und Jugendlichen auch eine reizbare Verstimmung über die meiste Zeit des Tages und mehr als die Hälfte der Tage über mindestens zwei Jahre hindurch vor. Verglichen mit der Major Depression ist die dysthyme Störung weniger stark ausgeprägt und verläuft zeitlich anders. Mindestens zwei der folgenden Symptome müssen vorliegen: Appetitlosigkeit oder gesteigertes Bedürfnis zu essen, Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis, Energiemangel oder Erschöpfung, geringes Selbstwertgefühl,

Konzentrationsstörungen oder Entscheidungserschweren und das Gefühl der Hoffnungslosigkeit. In der Zeitperiode darf es keinen Zeitraum von mehr als zwei Monaten ohne die beschriebenen Symptome geben. Bei dieser Störungsform müssen bei der Diagnosestellung Beeinträchtigungen im psychosozialen Bereich oder ein klinischer Leidensdruck vorhanden sein. Die Dysthymie kann vor dem 21ten Lebensjahr auftreten, erst spät nach dem 21ten Lebensjahr erstmalig oder kann atypische Merkmale aufweisen.

5.3 Nicht näher bezeichnete depressive Störungen

Diese dritte Art von depressiven Störungen liegt vor, wenn die depressiven Symptome weder einer Major Depression noch einer Dysthymie zuzuordnen sind. Bei Mädchen kann dies häufig als prämenstruelle dysphorische Störung auftreten. Das heißt, dass vor der Menstruation regelmäßig depressive Verstimmungen auftreten.

5.4 Bipolare Störung

Nach dem DSM-IV sind bipolare Störungen in

- Bipolar I
- Bipolar II
- Zylothyme Störung
- und nicht näher bezeichnete Bipolare Störung unterteilt.

Bipolare Störungen sind durch depressive und manische Episoden gekennzeichnet, die abwechselnd und wiederholt auftreten. Bei betroffenen Personen ist häufig mindestens eine Episode von Major Depression aufgetreten. Eine Manie bezeichnet eine durchgehend gehobene, expansive oder reizbare Stimmung über einen Zeitraum von mindestens einer Woche.

Bei dieser Art von Störung ist sowohl die Stimmung als auch die Aktivität von Betroffenen verändert und diese kann in jedem Lebensalter auftreten.

6. Diagnostik, Symptome und Differenzialdiagnosen

6.1 Diagnostik

Es gibt keine Zweifel darüber, dass Erwachsene an einer Depression erkranken, doch depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter wurden lange angezweifelt. Erst in den letzten Jahren wurden vermehrt Forschungen betrieben, um das Wissen über depressive Verstimmungen im Laufe der Entwicklung eines Kindes zu erweitern (vgl. Nevermann/ Reicher, 2001).

Lange wurde die Sicht vertreten, dass Kinder nicht über eine ausreichende kognitive Reife verfügen, um depressiv zu sein. Außerdem können gewisse Verhaltensauffälligkeiten zur normalen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter gehören (vgl. Essau, 2002).

Um heute eine Depression als Symptom oder als Syndrom bzw. Störung klinisch zu diagnostizieren ist es notwendig, eine umfassende Symptomanamnese, sowie eine Entwicklungs- und Familienanamnese von Klienten und deren Bezugspersonen durchzuführen (vgl. Mehler-Wex/ Kölch, 2008; Steinhausen, 2010). Häufig zeigen Kinder dissimulative (verbergend, herunterspielend) Tendenzen oder Schamgefühl und es fällt ihnen schwer, sich mit Worten über ihre Befindlichkeit auszudrücken. Deshalb ist es wichtig, nonverbale Methoden wie projektive Verfahren z.B. Zeichnen und Satzergänzungstests bei der Erhebung anzuwenden. Des weiteren kommt auch der Evaluation des Spielverhaltens, der Einstellung zum Essen und der Schlafproblematik besondere Bedeutung zu.

Bei älteren Kindern und Jugendlichen ist eine Leistungsfeststellung unerlässlich, um eine Über- oder Unterforderung auszuschließen (vgl. Gallo/ Weber, 2005).

Um organische Ursachen ausschließen zu können, müssen auch körperlich – neurologische Untersuchungen durchgeführt werden (vgl. Mehler-Wex/ Kölch, 2008).

Essenziell ist eine Diagnostik an mehreren Quellen (vgl. Steinhausen, 2010). Doch auch bei umfassender Anamnese ist eine diagnostische Einstufung depressiver Episoden, rezidivierender Depressionsstörung und anhaltenden affektiven Störungen wie Zykllothymie, Dysthymie bzw. Persönlichkeitsstörungen schwierig, da sie nicht nur vom Schweregrad, dem Verlauf und der Dauer der Verstimmung abhängt, sondern auch von geschlechts- und intelligenzspezifischen Faktoren mit bestimmt wird (vgl. Nissen/ Trott, 1995).

6.2 Differenzialdiagnosen und Komorbidität

Bei *Differenzialdiagnosen* geht es darum, andere affektive Erkrankungen wie bipolare Störungen und schizoaffektive Erkrankungen auszuschließen. Wichtige Differenzialdiagnosen im Kindesalter

sind emotionale Störungen, deren Verlauf und pathologische Ausformung von alterstypischem Verhalten geprägt ist wie z.B. Trennungsangst (vgl. Mehler-Wex/ Kölch, 2008).

Nach Braun – Scharm ist die Beziehung zwischen Zwang und Depression und Schizophrenie und Depression hoch komplex. Die Komorbidität zwischen Zwang und Depression ist ebenfalls hoch. Differenzialdiagnostisch neigen depressive Kinder zu zwanghaftem Grübeln über unerfreuliche Umstände. Schizophren Erkrankte hingegen können depressive und maniforme Verstimmungen aufweisen.

In beiden Fällen erweist sich das komorbide depressive Syndrom als prognostisch ungünstig, da die depressive Symptomatik mit erheblich verminderter sozialer Adaption (=Anpassung) und einem erhöhten Rezidiv- (=wiederkehrend) und Suizidrisiko einhergehen (vgl. Braun – Scharm, 2002).

Komorbidität ist definiert als das Auftreten von mehr als einer spezifischen Störung bei einer Person in einem bestimmten Zeitabschnitt (vgl. Wittchen/ Essau, 1993; Essau, 2002, S.63). Angold und Castello (1993) stellten fest, dass die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer anderen Störung bei depressiven Kindern- und Jugendlichen um das zwanzigfache erhöht ist (vgl. Essau, 2002).

Häufig gehen depressive Störungen mit Angststörungen, somatoformen Störungen, Verhaltensstörungen und mit Störungen durch Substanzmissbrauch einher. Depressive Minderjährige zeigen eine Komorbidität mit Angststörungen von bis zu 75%, eine Komorbidität von 50% mit Störungen des Sozialverhaltens und bei 25% von depressiven Kindern und Jugendlichen konnte Substanzmissbrauch und/ oder Aggressivität festgestellt werden (vgl. Mehler-Wex/ Kölch, 2008). Besonders depressive Jugendliche greifen öfters zu Alkohol und/ oder Drogen oder leiden an Essstörungen. Bei depressiven Kindern tritt Depression gewöhnlich mit Verhaltensstörungen, Trotzverhalten und Angststörungen – insbesondere Trennungsangst - auf (vgl. Essau, 2002).

6.3 Symptomatik

Aus der Epidemiologie geht hervor, dass depressive Störungen bei jungen Menschen keine Seltenheit mehr sind, sie werden - wie auch bei Erwachsenen – nur selten erkannt. Eine große Anzahl an Depressiven bleibt unerkannt und unbehandelt. Das könnte daran liegen, dass es sich, im Gegensatz zu kindlichen Verhaltensstörungen, bei Depressionen um „leise“ Störungen handelt. Häufig werden emotionale Störungszeichen aus der Gefühls- und Gedankenwelt erst dann von anderen wahrgenommen, wenn sie sich stark auf die körperliche Ebene übertragen oder im Verhalten zeigen und zu emotionalen Krisen führen wie z.B. Schulverweigerung bis hin zu

Selbstmordversuchen. Wie schon weiter oben im Text erwähnt, sind „reine“ depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter eher selten und überlappen sich oft mit anderen Störungen [siehe Komorbidität unter 6.2] (vgl. Reicher, 2000).

Aus diesem Grund ist es wichtig, auf die vielfältigen Anzeichen aufmerksam zu machen und auf die Symptomatik der Depressionen näher einzugehen.

Im Gegensatz zur normalen, niedergedrückten Stimmung kennzeichnet sich die depressive Störung (auch klinische Depression) dadurch, dass sie weder mit Anstrengung noch mit Willenskraft kontrolliert werden kann. Eine Reihe von Symptomen bleibt dabei über einen längeren Zeitraum stabil und beeinträchtigt die Funktionstüchtigkeit oder lähmt diese völlig.

Nach Essau lassen sich die klinischen Merkmale der Depression in vier Kategorien unterteilen:

- *Stimmung = Affekt*: traurig, niedergedrückt, unglücklich, leer, besorgt, reizbar
- *Kognition = Gedankenabläufe*: Verlust von Interesse, Konzentrationsschwierigkeiten, geringes Selbstwertgefühl, negative Gedanken, Unentschlossenheit, Schuldgefühle, Suizidgedanken.
- *Verhalten*: psychomotorische Verlangsamung oder Erregung, Weinen, sozialer Rückzug, Abhängigkeit, Suizid.
- *Somatisch = körperlich*: Schlafstörungen (Schlaflosigkeit oder vermehrtes Schlafbedürfnis), Müdigkeit, verminderter oder gesteigerter Appetit, Gewichtsverlust oder –zunahme, Schmerzen, Störungen des Verdauungstraktes, Libidoabnahme (vgl. Essau, 2002, S.17)

Nevermann und Reicher sehen die Depression als Störung im eigenen System und bildeten 4 Kategorien, in denen sich depressive Störungen entfalten können:

- (a) Somatisches System: körperlich z.B. Übelkeit, Kopfschmerz
- (b) Emotionales System: z.B. Gefühle der Traurigkeit, der Einsamkeit
- (c) Kognitives System: z.B. verzerrte Wahrnehmung und Denken
- (d) Verhaltenssystem: z.B. Lustlosigkeit, schlechte schulische Leistungen

Bei diesem sogenannten „systemischen Selbst“ wird nicht jedes System isoliert betrachtet, sondern als sich beeinflussendes Gesamtsystem gesehen (vgl. Nevermann/ Reicher, 2001).

Anhand der nachstehenden Tabelle sollen nun altersspezifische Symptome aufgezeigt werden, die im Laufe der Entwicklung bei depressiven Kindern- und Jugendlichen zum tragen kommen:

| | Psychische Symptome Verhaltensmerkmale | Psychosomatische und Körperliche Symptome |
|--|---|--|
| Klein- und Vorschulkinder (3 – 5 Jahre) | Schreien, Jammern, Reizbarkeit, starke Anlehnungsbedürftigkeit, gestörtes Spielen, Spielhemmung, nervöse Unruhe, Traurigkeit, Wut, Apathie, sozialer Rückzug | Weinkrämpfe, Einkoten (ab 3.Lebensjahr), Einnässen, Schaukelbewegungen, Appetitstörungen bzw. Nahrungsverweigerung, Gewichtsverlust, Rückstand in der allgemeinen und motorischen Entwicklung, Schlafstörungen, Kränkeln |
| Jüngere Schulkinder (6 – 12 Jahre) | Geringes Selbstwertgefühl, Lustlosigkeit, Gereiztheit, Unsicherheit, mangelnde Belastbarkeit, Selbstbestrafung, Stehlen, Spielhemmung, sozialer Rückzug, Einsamkeit, Kontaktsucht, Angst, Lernhemmung, Schulversagen, Suizidgedanken | Einnässen, Einkoten, Dunkelangst, genitale Manipulation, Wein- und Schreikrämpfe, Müdigkeit, Ernährungsprobleme |
| Ältere Schulkinder (12 – 18 Jahre) | Stimmungsschwankungen, Interessensverluste, Reduzieren von Aktivitäten, mangelnder Antrieb, Zukunftslosigkeit, Bedrücktheit, Wut, starke Selbstzweifel, geringes Selbstwertgefühl, Minderwertigkeitsgefühl, Grübeln, oft schlechte Schulleistungen, delinquentes Verhalten, Drogenmissbrauch, sozialer Rückzug, Suizidimpulse | Druckgefühl in Magen und Brust, vegetative – funktionelle Störungen, Libidoverlust, Verstopfung, Kopf- und Rückenschmerzen, Ruhelosigkeit, Appetitverlust, Schlaflosigkeit |

Tabelle 2: Altersspezifische Symptomatik (in Anlehnung aus Nissen, 1999; Essau/Petermann, 2000; Nevermann/ Reicher, 2001)

Um einige Aspekte und Symptome näher zu erläutern folgt eine kurze Beschreibung für die einzelnen Altersgruppen vom Säugling bis zur Adoleszenz.

Fachleute gehen davon aus, dass Depressionen schon im *Säuglingsalter* auftreten. Diese beschrieb Rene Spitz, Pionier der Kleinkinderpsychiatrie, in den vierziger Jahren als 'anaklitische Depression'

(vgl. Kerns, 1997). Bei länger anhaltender mangelnder Zuwendung und psychosozialer Deprivation nach einer Phase von Weinen und protestierendem Schreien, kommt es schließlich zu Rückzug und Apathie, begleitet von Schlafstörungen, Jaktationen (lat. Umherwerfen, Herumwerfen) und kaum Gewichtszunahme; ob es sich bei diesen Symptomen um depressive Äquivalente handelt, ist weitgehend ungeklärt und empirisch kaum zu prüfen (vgl. Steinhausen, 2010).

Kleinkinder zwischen dem 1. und 3. Lebensjahr sind hauptsächlich mit Themen der Autonomie und Kontrolle konfrontiert. Die von den Eltern gesetzten Grenzen rufen häufig Wut hervor. Dabei können oft negative Gefühle von Scham von Wutausbrüchen überlagert werden (vgl. Kerns, 1997). Typische Symptome sind Gehemmtheit, Trennungsängstlichkeit und Antriebsminderung, insbesondere als Reaktion auf Zurückweisung der Eltern (vgl. Steinhausen, 2010).

Thöni (2005) nennt weitere Symptome wie ausgeprägte Spielunlust, mangelnde Phantasie, ausdrucksarme Mimik, Entwicklungsverzögerung wie spätes Stehen, Gehen... usw.

Im *Vorschulalter* zwischen 3 ½ und 6 Jahren verringert sich die Abhängigkeit zu den Eltern und Kinder entdecken andere Menschen und ihre Umgebung. Charakteristisch für diese Phase sind Weinen und Traurigkeit als Folge von elterlicher Zurückweisung oder Einschränkung.

Im *Schulalter* zwischen 6 ½ und 13 - 14 Jahren entwickelt sich ein 'normales' Kind stolz und selbstbewusst und lernt auf Erfolge hinzuarbeiten; erwirbt zunehmend sachkundige, körperliche und soziale Kompetenz (vgl. Kerns, 1997).

Während dem Kleinkind und dem jungen Schulkind noch die Fähigkeit zur Wahrnehmung der eigenen Depression fehlt, ist diese gut anhand der Gestik und Mimik des Kindes ablesbar. Bei älteren Schulkindern zeigen sich depressive Symptome im sozialen Rückzug von familiären Bezugspersonen und Freunden, an Einschlafstörungen, Appetitstörungen und Gewichtsverlust, Verschlechterung der Schulleistungen und klagen über Müdigkeit und Passivität. Mit zunehmendem Alter können sich Todeswünsche und Suizidgedanken entwickeln (vgl. Steinhausen, 2010).

In der *Pubertät bis Adoleszenz*, also ab dem 13./ 14. Lebensjahr, stehen die Heranwachsenden vor neuerlichen Herausforderungen multidimensionaler Art. Dabei ist es leicht möglich, dass die umwälzenden körperlichen, hormonellen und emotionalen Veränderungen zu einer zeitlich begrenzten Phase der Unausgeglichenheit werden. Viele Jugendliche hinterfragen in dieser Zeit Werte, Ideale und Überzeugungen, die bisher widerspruchlos akzeptiert wurden. Das Auftreten von depressiven Verstimmungen ist in dieser Phase durchaus als 'normal' anzusehen (vgl. Kerns, 1997). Wenn diese Verstimmungen jedoch von niedrigem Selbstwertgefühl und Schuldgefühlen begleitet

werden, kann sich eine manifeste Depression entwickeln. Ab der Adoleszenz verbindet sich die Depression oft mit übersteigerten und verzerrten Gefühlen der Sinnlosigkeit, des Versagens und der Schuld. Jugendliche zeigen im Vergleich zu Kindern mehr Schlaf- und Essstörungen, negative Zukunftsvorstellungen und Suizidalität, aber weniger Angstsymptome und somatische Beschwerden wie Kopf- und Bauchschmerzen. Des Weiteren zeigen sich schon typische Kriterien der depressiven Episode wie im Erwachsenenalter. Ein großes Problem in der Diagnostik und Behandlung stellt auch die hohe Komorbidität mit Alkohol- und Drogenmissbrauch dar, da es schwer ist, einzuschätzen, was Ursache und was Folge ist (vgl. Thöni 2005; Steinhausen 2010).

7. Therapie

Depressive Störungen in der Kindheit und Jugend, sowie auch im Erwachsenenalter werden häufig als großes Leid empfunden. Deshalb ist es unerlässlich für Eltern, PädagogInnen und allen anderen Professionen, die mit Kindern arbeiten, bei den ersten Anzeichen einer depressiven Verstimmung (oder anderen psychischen Problemen) des Kindes oder Jugendlichen aufmerksam zu sein und Fachleute aufsuchen und deren Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. Reicher, 2002).

Erste Anlaufstelle zur Abklärung sollte dabei der Hausarzt/-ärztin sein, die eine Weiterüberweisung zu Fachdiensten wie Familienberatungsstellen, Kinder- und JugendpsychiaterIn und KinderpsychologInnen anstellt (vgl. Thöni, 2005).

Die Indikation für psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen ist dabei von mehreren Faktoren abhängig: Zu berücksichtigen sind das Lebens- und Entwicklungsalter des/ der PatientIn, die klinische Symptomatik, die persönliche und familiäre Situation, intrapsychische und interpersonale Dynamik und die gleichzeitige Behandlung von komorbiden Störungen (vgl. Nissen, 2002; Gallo/ Weber, 2005). Aus diesem Grund ist auf multimodale Therapieansätze bei Minderjährigen besonders zu achten (vgl. Mehler-Wex/ Kölch, 2008).

Exkurs: Psychologische Intervention: Psychologische Interventionen sind alle Maßnahmen, die zur Linderung von psychischen Belastungen, Reduzierung von fehlangepasstem Verhalten führen und angepasstes Verhalten durch Beratung, Training oder einem Behandlungsplan fördern (vgl. Essau, 2002).

Laut Steinhausen orientieren sich die therapeutischen Maßnahmen zur Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter am Schweregrad der depressiven Störung. Der Hauptunterschied in der Behandlung liegt darin, dass die Major – Form der depressiven Störung stationär erfolgt und Dysthymie und leichtere Episoden der Depression eher ambulant behandelt werden [siehe Tabelle 3 unten] (vgl. Steinhausen, 2010). Mittel erster Wahl sollten psychotherapeutische Maßnahmen sein. Sollte es doch zu Krisensituationen oder einer stationären Aufnahme kommen, ist es von Seiten des/ der TherapeutIn akut von Bedeutung, Einfühlungsvermögen und Geduld zu zeigen, sich auf die derzeitige Situation zu beziehen und nicht alle Ursachen auf einmal ergründen zu wollen (vgl. Nissen, 2002).

| | Minor-Form | Major-Form |
|--------------------------------|--|--|
| Ambulant/ stationär | Eher ambulant | Eher stationär |
| Einzelthe- rapie | Analytisch/klientzent- riert/verhaltensthera- peutisch | Initial stützend, spä- ter wie bei Minor- Formen |
| Pharmako- therapie | Kaum indiziert | Antidepressiva |
| Familie | Familienberatung und/ oder -therapie | Initial stützend, spä- ter wie bei Minor- Formen |
| Schule | Frühe Wiederaufnahme der Beschulung, evtl. flankierende Hilfen | Initial reduzierte Be- schulung, später wie bei Minor-Formen |
| Soziale Umwelt | Kontaktaktivierung (Sport, Gruppen etc.) | Initial stützend, spä- ter wie bei Minor- Formen |

Tabelle 3: Therapie der Depression im Kindesalter (nach Steinhausen, 2010, S. 215)

Grundsätzlich kann man bei der Behandlung von depressiven Störungen zwischen psychotherapeutischen bzw. psychosozialen Interventionen oder pharmakotherapeutischen Interventionen unterscheiden. Zusätzlich können Lichttherapien z.B. bei saisonalbedingten depressiven Verstimmungen oder Wachtherapien (auch Schlafentzug) zur Anwendung kommen. Die pharmakotherapeutische Intervention besteht in einer medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva und soll nur bei Bedarf und als Unterstützung bei schweren und akuten depressiven Störungen zum Einsatz kommen (vgl. Nissen, 2002).

7.1 Psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen

7.1.1 Verhaltenstherapie

Nach Kazdins ist die am häufigsten angewendete Intervention die *kognitive Verhaltenstherapie*. Fast alle kognitiven Ansätze haben die gleiche Struktur, genaue Vorgaben, Hausaufgaben und die Bearbeitung ganz spezieller Ziele, dabei wird auf viele Ebenen des Denkens und Handelns Bezug genommen (vgl. Essau, 2002; Mehler-Wex/ Kölch, 2008).

Die nachfolgende Tabelle zeigt nun die wichtigsten Behandlungsarten der kognitiven Verhaltenstherapie:

| Behandlung und Komponenten | Ziele | Techniken |
|--|--|---|
| Kognitive Umstrukturierung | Veränderung fehlangepasster Gedanken und Verhaltensweisen | Überprüfung negativer Kognitionen; positive Selbstgespräche |
| Selbstkontrolltherapie | Vermehrung von Selbstbeurteilung und Selbstverstärkung | Training von Selbstmanagement, Selbstbeurteilung und Belohnung |
| Planen angenehmer Aktivitäten | Vermehrung von Aktivitäten, die zu gehobener Stimmung führen | Systematische Planung angenehmer Aktivitäten für jeden Tag |
| Training sozialer Kompetenzen | Fähigkeiten im zwischenmenschlichen Umgang und befriedigende Interaktionen erhöhen | Modell-Lernen, Üben, Rollenspiele, Feedback |
| Entspannungstraining | Abnahme von Spannung und Angst, die mit Depression einhergehen | Progressive tiefe Muskelentspannung; geführte Imagination |
| Training von Problemlösungsfähigkeiten | Verbesserung von Problemlösungsfähigkeit und dadurch von Selbstbewusstsein und Kontrollüberzeugung | Lernen und Üben von Problemidentifikation, der Ausarbeitung alternativer Lösungsmöglichkeiten und Auswahl der besten Lösung |

Tabelle 4: Behandlungsarten der kognitiven Verhaltenstherapie (nach Essau, 2002, S.161)

7.1.2 Psychoanalytische bzw. Psychodynamische Therapien

Andere Ansätze sind *psychoanalytische bzw. psychodynamische Therapien*, deren Hauptziel es ist, die Bindung zur Bezugsperson zu verstehen und zu fördern. Ein anderer Schwerpunkt liegt auf Übertragungen und Themen wie Schuld, Scham oder wahrgenommene Minderwertigkeit, die häufig im Zusammenhang mit der frühen Kindheit und deren Bezugspersonen untersucht werden. Zu diesen Methoden gehören die Psychoanalyse, die Familientherapie und die Interpersonale Therapie (vgl. Essau, 2002; Nissen, 2002; Mehler-Wex/ Kölch, 2008). Laut Nissen ist bei Klein- und Vorschulkindern die Elternberatung und die Eltern- bzw. Familientherapie essenziell, da sie sich noch weniger mit sich selbst und ihrem schwachen Über-Ich auseinandersetzen (vgl. Nissen, 2002). Bei älteren Kindern und Jugendlichen ist der Kontakt mit der Schule, Beziehungen innerhalb von Peer – Gruppen und das Verhalten, sowie die Leistungen wichtig zu beobachten (vgl. Gallo/ Weber, 2005). Bei Jugendlichen mit Schlafstörungen oder übermäßigem Schlaf haben sich ständiges Training durch frühes Aufstehen, waschen, pflegen und ordentlich Kleiden als wirksam erwiesen (vgl. Nissen, 2002).

Alle angeführten Interventionen, sowohl die Verhaltenstherapien, als auch psychoanalytische bzw. psychodynamische Ansätze können in Form von Spiel-, Gruppen- oder Einzeltherapie durchgeführt

werden (vgl. Nissen, 2002).

Über die Wirksamkeit der verschiedenen Ansätze lässt sich bis lang noch wenig sagen, da kaum empirische Daten über die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen vorliegen (vgl. Mehler-Wex/Kölch, 2008; Steinhausen, 2010).

7. 2 Allgemeine Ziele und Voraussetzungen bei der Behandlung

Unabhängig von der Wahl des therapeutischen Verfahrens gelten folgende Ziele in der Therapie der depressiven Störungen:

- Abbau der belastenden Faktoren
 - Aufbau von positiven Aktivitäten, u.a. durch Schaffung von erfolgreichen Situationen
 - Strukturierung des Alltags: morgendliches Aufstehen, waschen, pflegen; regelmäßige Mahlzeiten
 - Förderung und Bewusstmachung vorhandener Ressourcen
 - Training sozialer Kompetenzen
 - Erlernen von Problemlösungsstrategien
 - Modifikation negativer Perzeptions- und Interpretationsmuster
 - Stärkung und Steigerung von Selbstsicherheit, des Selbstwertgefühls und der Selbstachtung
- (vgl. Mehler-Wex/ Kölch, 2008)

In Behandlungssituationen können depressive Kinder sehr ambivalente Reaktionen zeigen, d.h. manchmal sind Kinder anlehnungsbedürftig und dankbar für Zuwendung, aber sie können auch verschlossen und abwesend wirken (vgl. Nissen, 2002).

Zeit und Einsicht für fallspezifische Gründe für Verhalten spielen zu Beginn der Therapie eine entscheidende Rolle. Jedem Kind soll genügend Raum ohne zeitliche Grenze gelassen werden, um sich zu öffnen und angenommen zu fühlen. Für Eltern und PädagogInnen ist es wichtig, Gesprächsbereitschaft zu signalisieren. Dabei geht es jedoch vielmehr um das Zuhören, Akzeptieren und Achten der Gefühle des Kindes, als um wohlwollende Ratschläge.

Als Unterstützung bei jeder Form von Therapie können das zu ergründende Verhalten und die zu verstehende Ursache gesehen werden, wobei die größte Herausforderung für den Therapeuten darin besteht, ein altersspezifisches Gesprächsklima zu schaffen (vgl. Nissen, 2002; Thöni, 2005; Gallo/Weber, 2005).

8. Zusammenfassung

Jeder von uns kennt Depressionen und die meisten Menschen waren irgendwann in ihrem Leben schon einmal depressiv oder niedergeschlagen, doch nicht jeder ist deshalb gleich krank. Heute sind depressive Verstimmungen die zweithäufigste psychische Erkrankung weltweit und auch Kinder- und Jugendliche, ja sogar Säuglinge sind schon davon betroffen. Aus medizinisch – wissenschaftlicher Sicht spricht man von 'depressiven Störungen', die den affektiven Störungen zugeteilt sind.

Trotz der umfassenden Symptomatik oder genau aus diesem Grund, ist es nach wie vor schwierig, die Krankheit zu diagnostizieren. Ein weiterer Grund könnte die hohe Komorbidität mit anderen affektiven Störungen sein wie Angststörungen, Zwang, Alkohol- und Drogenmissbrauch und nicht zu vergessen, die hohe Suizidalität. Bei Klein- und Vorschulkindern stehen Ängste wie Trennungsangst und Wutausbrüche im Vordergrund. Mit zunehmendem Alter werden andere Begleitsymptome wie sozialer Rückzug, Ess- und Schlafstörungen prominenter. Alkohol- und Drogenmissbrauch sind vor allem ab der Pubertät und in der Adoleszenz zu beobachten. Weitere typische Symptome können allgemein Stimmungsschwankungen, geringes Selbstwertgefühl, Unsicherheit, Lustlosigkeit, Interessensverlust, Reduzierung von Aktivität, sozialer Rückzug bis hin zum Suizid sein. Nun stellt sich jedoch die Frage, wie depressive Verstimmungen überhaupt entstehen bzw. wodurch Störungen ausgelöst werden: Neueren Erkenntnissen zufolge besteht eine multifaktorielle Kausalität, d.h sowohl biologische wie auch psychosoziale Faktoren spielen bei der Entwicklung einer depressiven Störung eine Rolle. Diverse Studien konnten eine gewisse genetische Disposition belegen. Zum Beispiel weisen Kinder von Eltern mit affektiven oder anderen psychischen Störungen ein erhöhtes Risiko auf, selbst an einer Depression zu erkranken. Dabei darf jedoch nicht unterschätzt werden, dass Eltern mit jeglicher Art von Erkrankungen teilweise auch ihren Sorgepflichten nicht nachkommen können und ihre Erziehungskompetenzen vernachlässigen, da sie mit ihren eigenen Problemen überfordert sind. Weitere biologische Faktoren betreffen Stoffwechselstörungen im Gehirn, wobei es aus Sicht der Wissenschaft nicht geklärt ist, ob es sich bei betreffenden Störungen um Folgen oder Ursachen handelt; klar ist nur, dass sie bei einigen PatientInnen gleichzeitig bestehen können.

Zu den psychosozialen Faktoren zählen alle psychologischen und sozialen Einflüsse, die auf ein Individuum wirken. Besonders der soziale Status kann das Risiko für die Entwicklung einer depressiven Störung erhöhen bzw. an der Entstehung beteiligt sein. Fest steht, dass Armut Einschränkungen in sozialen Beziehungen, Isolation, Stigmatisierung und frühen Verlust an Selbstwert zur Folge hat und unweigerlich zu seelischen Störungen führt. Weiters als problematisch zu betrachten ist die Tatsache, dass viele depressive Störungen chronisch verlaufen. Je früher die

Erkrankung im Lauf der Entwicklung auftritt, desto schlimmer können die Folgen sein. Einerseits werden sie oft nicht erkannt und andererseits kann die Störung gehäuft rezidiv auftreten und von schweren Episoden, Selbsttötungsversuchen bis Suizid geprägt sein.

Wird eine depressive Störung nun diagnostiziert, gibt es mehrere Formen der Therapie, die sich nach dem Schweregrad der Erkrankung richten. Primär ist in allen Fällen eine ambulante Behandlung einer stationären vorzuziehen. Bei den Behandlungen handelt es sich um psychotherapeutische, psychosoziale oder pharmakotherapeutische Interventionen, wobei diese nur im Bedarfsfall eingesetzt werden.

9. Diskussion

In der vorausgegangenen Arbeit wurde das Thema 'Depressionen bei Kindern und Jugendlichen' mittels Literaturrecherche erläutert und kann als Übersichtsarbeit betrachtet werden. Die Fragestellungen am Anfang der Arbeit konnten größtenteils gut, teilweise aber nur mangelnd beantwortet werden.

Als limitierender Faktor kann die gewählte Literatur gesehen werden, da es sich vermehrt um ältere Werke handelte. Auf dem Gebiet der depressiven Störungen, insbesondere im Kindes- und Jugendalter liegt wenig aktuelle Literatur vor. Seit 2000 fanden zwar vermehrt Untersuchungen zu dem Thema statt, wobei aber oft keine stichhaltigen Ergebnisse, häufig aufgrund zu kleiner Stichprobengrößen, zu erzielen waren.

Speziell bei der Ausarbeitung der Kapitel wurde darauf geachtet, dass es bei einem Überblick und einer Einführung bleibt, da eine weitere Vertiefung in einzelne Ausschnitte und Kapitel den Rahmen der Arbeit überschritten hätte.

Depressionen werden definiert als 'depressive Störungen' und sind im ICD-10 und DSM-IV klassifiziert. Fest steht, dass immer mehr Kinder und Jugendliche an Depressionen erkranken und als Folge der Erkrankung Suizide begehen. Deshalb ist es erforderlich, alle, die im Bereich Kinder- und Jugendarbeit tätig sind, über die Entstehung, Symptomatik und Behandlung zu informieren und eine umfassendere Aufklärungsarbeit zu leisten.

10. Literaturverzeichnis

- Alian Di Gallo, Weber M.: Depressionen im Kindes- und Jugendalter: Wie erkennen, was tun?.
Schweiz Med Forum 2005; 5, 925-930
- Braun – Scharm H.: Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen.
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2002
- Essau C. A.: Depression bei Kindern und Jugendlichen. E. Reinhardt, 2. Auflage 2007
- Jost K.: Arme Familien gut beraten – Hilfe und Unterstützung für Kinder und Eltern,
Materialien zur Beratung - Band 12 - Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V., 2004
- Klocke A., Hurrelmann, K.: Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Kinder und Jugendliche
betroffen? Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 2. Beiheft, 1995
- Kerns L.L.: Hilfen für depressive Kinder. Hans Huber, 1997
- Mehler-Wex C., Kölch M.: Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. Deutsches Ärzteblatt
2008; 105 (9)
- Mosebach K.: Depressionen und Suizid im Kindes- und Jugendalter – Präventive Maßnahmen und
Hilfen für Angehörige und Hinterbliebene. GRIN Verlag, 2005
- Nevermann C., Reicher H.: Depressionen im Kindes- und Jugendalter: Erkennen, Verstehen,
Helfen. C.H.Beck oHG, München 2001
- Nissen G.: Depressionen in der Kindheit. Universitas 1988;10
- Nissen G.: Endogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter. Hans Huber
Verlag, 1992
- Nissen G., Trott E. G.: Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Springer, 3. Auflage 1995
- Nissen G.: Seelische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Alters- und entwicklungsabhängige
Symptomatik und ihre Behandlung. Klett-Cotta, 2002
- Reicher H.: Depressive Kinder und Jugendliche – Verstehen, Erkennen, Vorbeugen. Offset, 2000
- Rossmann S. : Depressive Störungen bei Kindern in vollständigen Familien, Alleinerzieherfamilien
und Stieffamilien. 2001
- Thöni G. : Depressionen bei Kindern u. Jugendlichen – Wie kann man als PädagogIn mit dieser
Krise umgehen?. 2005: Kontakte 01-2005, S.76 – 83
- Trott E. G., Friese H.J., Badura F., Warnke A.: Depressive Syndrome bei Kindern und Jugendlichen.
Deutsches Ärzteblatt 91 43 – 1994
- Wittchen H.-U.: Depression – Wege aus der Krankheit. Karger, 2005

Onlinequellen:

<http://www.behavenet.com/capsules/disorders/dsm4TRclassification.htm#Child> (4.Io.2oII)

http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ (29.o9.2oII)

<http://www.buendnis-depression.at/Wer-sind-wir.164.0.html> (29.o9.II)

http://schulpsychologie.lsr-noe.gv.at/downloads/depressionen_erkennen_und_heilen.pdf (26.o9.II)

http://www.docs4you.at/Content.Node/Spezialbereiche/Jugendmedizin/depression_bei_kindern_und_jugendlichen_teil_1.php (26.o9.II)

Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit

Wikipedia

Online-Duden 2011

Dokumentationen:

„Jugendliche und Suizid: Hallo Jule, ich lebe noch“ (Heidi & Bernd Umbreit) : WDR – Reportage aus der Reihe „Menschen hautnah“, 2009.

„Depressionen bei Kindern und Jugendlichen“: 3sat – Scobel, 2009.

11. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Tabelle 1: Affektive Störungen nach ICD-10 und DSM-IV..... | 3 |
| Tabelle 2: Altersspezifische Symptomatik..... | 23 |
| Tabelle 3: Therapie der Depression im Kindesalter..... | 27 |
| Tabelle 4: Behandlungsarten der kognitiven Verhaltenstherapie..... | 28 |
| | |
| Grafik 1: Ursachenmodell nach multifaktoriellen Ansätzen..... | 15 |