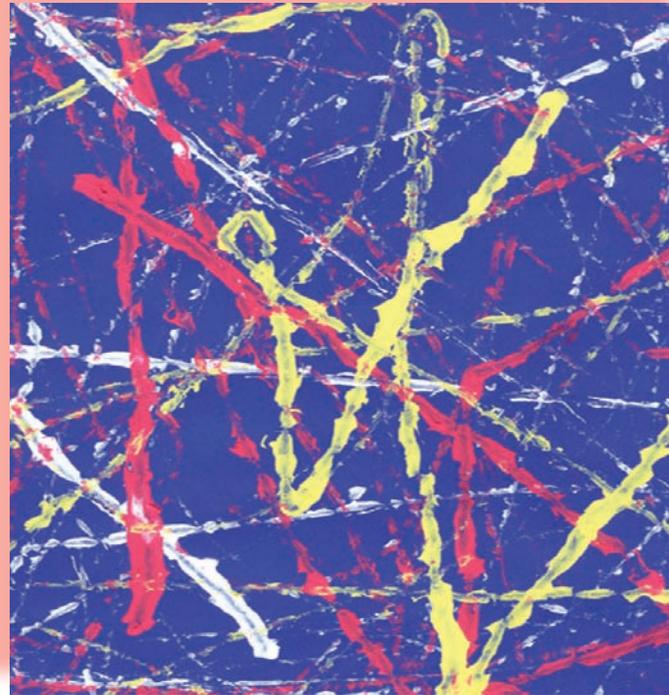


Gunter Groen · Franz Petermann



Depressive Kinder und Jugendliche

2., überarbeitete Auflage

HOGREFE



Depressive Kinder und Jugendliche

Klinische Kinderpsychologie

Band 6

Depressive Kinder und Jugendliche

von Prof. Dr. Gunter Groen und Prof. Dr. Franz Petermann

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Franz Petermann

Depressive Kinder und Jugendliche

von
Gunter Groen
und Franz Petermann

2., überarbeitete Auflage

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

Prof. Dr. Gunter Groen, geb. 1970. Psychotherapeut für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. 1991–1997 Studium der Psychologie in Bremen. 2002 Promotion. 1998–2005 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen und dort zuletzt Leiter der Kinderambulanz. Anschließend therapeutische Tätigkeit in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rotenburg und in eigener Praxis. Seit 2010 Professor für Psychologie im Studiengang Soziale Arbeit an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg. Arbeitsschwerpunkte: Klinische Kinderpsychologie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Prof. Dr. phil. Franz Petermann, geb. 1953. 1972–1975 Studium der Mathematik und Psychologie in Heidelberg. Wissenschaftlicher Assistent an den Universitäten Heidelberg und Bonn. 1977 Promotion. 1980 Habilitation. 1983–1991 Leitung des Psychosozialen Dienstes der Universitäts-Kinderklinik Bonn, gleichzeitig Professor am Psychologischen Institut. 1991–2007 Lehrstuhl für Klinische Psychologie, seit 2007 Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Diagnostik an der Universität Bremen und seit 1996 Direktor des Zentrums für Klinische Psychologie und Rehabilitation. Arbeitsschwerpunkte: Psychologische Diagnostik, Behandlung von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter.

© 2002 und 2011 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto
Cambridge, MA • Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Umschlagbild: Christina Teutoburg
Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2378-4

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Vorwort

Nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zählt die Depression weltweit zu den schwerwiegendsten Gesundheitsproblemen. Auch bei Kindern und Jugendlichen tritt sie wesentlich häufiger auf, als bisher vermutet. Lange traf man auf die Ansicht, dass Kinder und Jugendliche aufgrund ihrer unzureichenden kognitiven Reife keine Depression entwickeln können. Erst in den 80er und 90er Jahren setzte sich die Meinung durch, dass auch in dieser Altersgruppe wesentliche Merkmale einer Depression auftreten können, die man im Erwachsenenalter vorfindet. Diese moderne Sichtweise spiegelt sich in den aktuellen Fassungen der psychiatrischen Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM-IV-TR) wider; seit diesem Zeitpunkt werden depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen unter der Rubrik „affektive Störungen“ diskutiert.

Eine zunehmende Zahl internationaler Forschungsbemühungen zeigt heute, dass depressive Symptome und Störungen im Kindes- und vor allem im Jugendalter ein recht verbreitetes Phänomen darstellen. Viele der betroffenen Kinder und Jugendlichen zeigen ernsthafte Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebens- und Funktionsbereichen und tragen ein hohes Risiko für Beeinträchtigungen ihrer weiteren Entwicklung. Anhand verschiedener Längsschnittstudien können heute Entwicklungswege nachgezeichnet werden, die bis hin zu psychischen Erkrankungen und psychosozialen Komplikationen im Erwachsenenalter reichen. Das Erscheinungsbild und die vermuteten Ursachen der Depression bei Kindern und Jugendlichen sind vielschichtig und heterogen. Erste Behandlungs- und Präventionsprogramme liegen vor, weitere differenzierte entwicklungspezifische Ansätze müssen konzipiert werden.

Das vorliegende Buch fasst den Forschungs- und Diskussionsstand zusammen und möchte für die Praxis der Diagnostik und Therapie depressiver Störungen vielfältige Anregungen liefern. Der jüngste Sachstand wird dabei an manchen Stellen ungeklärte Fragen aufweisen. Die meisten offenen Fragen lassen sich nur durch Längsschnitt- und umfassende Interventionsstudien klären. Nur so kristallisieren sich Entwicklungsrisiken und mögliche Vorläuferstörungen sowie wirkungsvolle Behandlungsansätze bei Depression im Kindes- und Jugendalter heraus. Es liegen immer noch wenige Befunde vor, die zu einem gesicherten Entwicklungs- und Behandlungsmodell der Depression in dieser Altersstufe beitragen; unsere Bestandsaufnahme stellt auch hier nur eine Annäherung dar.

Unser Buch basiert auf einer intensiven Kooperation der beiden Autoren seit Mitte der 90er Jahre. Vor allem die Bremer Jugendstudie vermehrte unser Wissen in diesem Kontext. Verschiedene Mitarbeiter und Kollegen unterstützen uns seit Jahren in der Bearbeitung des Themas; in erster Linie wollen wir Dr. Antje Kathrin Allgaier (München), Frau Prof. Dr. Cecila A. Essau (London) und Prof. Dr. Patrick

Pössel (Louisville, USA) nennen. Wir danken Herrn Prof. Dr. Dr. Martin H. Schmidt (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Mannheim) für die Rückmeldung zu dem Kapitel „Pharmakotherapie“. Frau Dr. Susanne Al-Wiswasi, Frau Dipl.-Psych. Maxie von Auer und Dipl.-Psych. Kay Niebank (alle Bremen) unterstützten uns bei der Literatur- und Textbearbeitung. Dem Hogrefe Verlag – vor allem Frau Dipl. Psych. Susanne Weidinger – danken wir für die gewohnt produktive Zusammenarbeit.

Unseren Lesern, Klinischen Kinderpsychologen, Kinderärzten, Kinder- und Jugendpsychiatern und Pädagogen wünschen wir, dass sie aus dem vorliegenden Buch hilfreiche Anregungen für die Beratung und Therapie depressiver Kinder und Jugendlicher ableiten können.

Hamburg und Bremen, im März 2011

Gunter Groen und Franz Petermann

Inhalt

Vorwort	5
1 Zum Phänomen im Wandel der Zeit	11
2 Beschreibung und Klassifikation	15
2.1 Beschreibung und Definition	15
2.2 Klassifikation	17
2.2.1 DSM-IV-TR	20
2.2.2 ICD-10	23
2.2.3 Verlaufsbeschreibung.....	27
2.2.4 Entwicklungsspezifische Symptomatik	27
3 Epidemiologie	31
3.1 Auftretenshäufigkeit.....	32
3.1.1 Alter	36
3.1.2 Geschlecht	36
3.1.3 Geburtskohorteneffekt	37
3.2 Psychosoziale Beeinträchtigungen.....	38
4 Komorbidität	41
4.1 Begriffsklärung und Definition.....	41
4.2 Komorbidität bei Depression	41
4.2.1 Kovariation	44
4.2.2 Alters- und geschlechtsspezifische Komorbidität.....	45
4.2.3 Entwicklungsspezifische Komorbidität	46
4.2.4 Begleiterscheinungen und Folgen von Komorbidität	46
4.2.5 Zusammenhänge und Ursachen von Komorbidität.....	47

5	Verlauf	53
5.1	Verlaufsstudien: Methodische Aspekte	53
5.2	Störungsverlauf der Depression	54
5.2.1	Alter bei Störungsbeginn	54
5.2.2	Dauer depressiver Episoden	55
5.2.3	Zeitspanne bis zur Genesung	55
5.2.4	Rückfallrisiko und Stabilität der Diagnose	55
5.2.5	Depressionsrisiko im Erwachsenenalter	57
5.2.6	Risiko für andere, nicht depressive psychische Störungen	59
5.2.7	Suizidneigung	60
5.2.8	Psychosoziale Beeinträchtigungen	61
5.2.9	Verlaufsprädiktoren	63
5.2.10	Bewertung der Ergebnisse	67
5.3	Ergebnisse dimensionaler bzw. subklinischer Studien	69
5.3.1	Stabilität der Depression	70
5.3.2	Prädiktoren der späteren Depressionssymptomatik	71
5.3.3	Bewertung der Ergebnisse	73
6	Erklärungsansätze	75
6.1	Erhöhtes Depressionsrisiko im Jugendalter	75
6.1.1	Entwicklungsaufgaben und erhöhte Stressbelastung	75
6.1.2	Körperliche Entwicklung: Pubertät	77
6.1.3	Psychosoziale Entwicklung: Identität und Selbstwertgefühl	78
6.1.4	Emotionale Entwicklung: Emotionsregulation	79
6.1.5	Kognitive Entwicklung	80
6.1.6	Soziale Entwicklung	81
6.1.7	Hinweise zum Depressionsrisiko im Jugendalter	85
6.2	Risiken und Erklärungsmodelle	85
6.2.1	Konzeptuelle Überlegungen	87
6.2.2	Erklärungsansätze zur Entstehung und zum Verlauf der Depression	91

6.2.2.1	Kognitive Perspektiven	92
6.2.2.2	Stress und kritische Lebensereignisse.....	96
6.2.2.3	Die interpersonale Perspektive.....	98
6.2.2.4	Entwicklungspsychopathologische und integrative Ansätze	100
6.2.2.5	Elterliche Depression als besonderer familiärer Risikofaktor	106
6.2.2.6	Lerntheoretische Sichtweise von Lewinsohn.....	108
6.2.2.7	Aufrechterhaltung und Wiederauftreten depressiver Störungen.....	110
6.2.3	Zusammenfassende Betrachtung	113
7	Psychologische Diagnostik.....	115
7.1	Der diagnostische Prozess.....	115
7.2	Multimodale Verhaltens- und Psychodiagnostik	117
7.3	Depressionsdiagnostik	117
7.3.1	Exploration und Anamnese	119
7.3.2	Körperliche Untersuchung	121
7.3.3	Verhaltensbeobachtung	121
7.3.4	Verhaltensanalyse	123
7.3.5	Testdiagnostik	125
7.4	Therapiebegleitende Verlaufs- und Outcomediagnostik.....	137
8	Behandlung.....	141
8.1	Therapieplanung.....	142
8.2	Rahmenbedingungen und Setting	142
8.3	Aufklärung der Betroffenen und ihrer Angehörigen.....	143
8.4	Kognitive Verhaltenstherapie	148
8.5	Entwicklungsspezifität	153
8.6	Komorbidität und Suizidalität.....	154
8.7	Weiterbehandlung und Rückfallprophylaxe	154
8.8	Interpersonelle Psychotherapie	156
8.9	Familientherapie.....	157
8.10	Beispiele kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungsprogramme	159

8.10.1	Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen	159
8.10.2	Stimmungsprobleme bewältigen – Ein Gruppenprogramm.....	166
8.10.3	Primary and Secondary Control Enhancement Training	170
8.11	Pharmakotherapie.....	173
8.12	Wirksamkeit psychologischer Behandlungsprogramme.....	176
8.13	Wirksamkeit der Pharmakotherapie.....	179
8.14	Offene Fragen und Perspektiven.....	181
9	Prävention	185
9.1	Selektive Prävention	186
9.1.1	Prävention bei ersten Depressionssymptomen.....	186
9.1.2	Familienorientierte Prävention.....	187
9.1.3	Soziale Fertigkeitstrainings als selektive Depressionsprävention	188
9.1.4	Weitere selektive Ansätze	191
9.2	Universelle Prävention	191
9.2.1	Aufklärungsbroschüre für Jugendliche – Wissenstransfer zu Depression..	192
9.2.2	„LARS&LISA: Lust An Realistischer Sicht & Leichtigkeit Im Sozialen Alltag“ – Schulbasierte universale Prävention bei Jugendlichen.....	193
9.2.3	„GO! – Gesundheit und Optimismus“ – Ein Trainingsprogramm gegen Angst und Depression für Jugendliche.....	199
9.3	Perspektiven	201
	Literatur	203

1 Zum Phänomen im Wandel der Zeit

Noch vor 30 Jahren wurden depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen in der klinischen Praxis und in der wissenschaftlichen Diskussion kaum beachtet. Es wurde lange davon ausgegangen, dass Depression vor allem bis zur Pubertät, aber auch im Jugendalter als ernstzunehmendes psychisches Problem nicht präsent sei bzw. in dieser Altersgruppe keine klinische Bedeutung besäße. Zu Beginn der 80er Jahre konnte sich jedoch zunehmend die Sichtweise durchsetzen, dass Depression auch bei jungen Menschen durchaus auftritt und eine nicht zu unterschätzende Problematik darstellt. Seit dieser Zeit wächst die Zahl entsprechender Forschungsbemühungen von Jahr zu Jahr. Gegenwärtig liegen eine Vielzahl von internationalen Ergebnissen, Übersichtsarbeiten und Monographien sowie erste spezielle Präventions- und Therapieansätze vor. Dennoch sind heute immer noch viele zentrale Fragen und Probleme hinsichtlich der Erklärung und Behandlung depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen ungeklärt. In diesem Abschnitt wird ein kurzer historischer Abriss über die Entwicklung der wissenschaftlichen Auseinandersetzung zum Thema „Depression im Kindes- und Jugendalter“ gegeben.

In einer ausführlicheren historischen Übersicht schildert Parry-Jones (2001), dass schon im ausgehenden Mittelalter und im 19. Jahrhundert depressive oder melancholische Zustandsbilder bei Kindern und Jugendlichen beschrieben wurden. Zum Teil sind bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts emotionale Störungen (vor allem Manie, aber auch Depression bzw. Melancholie) bei jungen Menschen von Autoren wie Griesinger, Emminghaus oder Maudsley konzeptuell in Beschreibungs- und Klassifikationssysteme aufgenommen worden (vgl. Parry-Jones, 2001). Neben körperlichen Ursachen (z.B. Epilepsie, Infektionen) und einer möglichen genetischen Übertragung wurden auch damals bereits psychologische Gründe, wie frühe Verlusterfahrungen und andere belastende Lebensereignisse und -umstände sowie bestrafende, überbehütende oder inkonsistente Erziehungspraktiken der Eltern als Gründe für die Entwicklung emotionaler Probleme diskutiert.

In den 20er und 30er Jahren des 20. Jahrhunderts wurden psychische Probleme und Krankheiten des Kindes- und Jugendalters erstmals umfassender und systematisch beachtet. Eigene wissenschaftliche und anwendungsbezogene Teildisziplinen etablierten sich. In den 60er Jahren schlug sich diese zunehmende Akzeptanz auch in der Einrichtung zahlreicher spezieller Hilfs- und Versorgungseinrichtungen für psychisch gestörte Kinder und Jugendliche nieder.

Ab den 20er Jahren beschäftigten sich verschiedene Autoren speziell mit den psychischen Folgen von Trennung, Verlust und sozialer Deprivation im frühen Kindesalter. Spitz (1946) beschrieb in seinem Konzept der anaklitischen Depression die Reaktionen von sechs bis zwölf Monate alten Kindern auf die Trennung von ihren Müttern. Die Reaktionen dieser Kinder bestanden, vergleichbar mit Depressi-

onssymptomen bei Erwachsenen, vor allem aus Traurigkeit, Zurückgezogenheit und einem reduzierten Gefühls- und Kommunikationsausdruck. Gewisse Parallelen wurden unter diesem Gesichtspunkt zum Freudschen Depressionskonzept gezogen, nach dem Melancholie als Folge des Verlustes einer geliebten Person galt (vgl. Spitz, 1946). Ebenso wurden weitere Studien und Überlegungen zur grundlegenden Bedeutung der Mutter-Kind-Bindung angeregt (Bowlby, 1969, 1980; Emde, Polak & Spitz, 1965). Der frühe Verlust und die Entbehrung eines Elternteils wurden nicht nur als Ursache für die kindliche, anaklitische Depression angenommen, sondern auch als ein Risiko für eine depressive Störung im Erwachsenenalter diskutiert.

Trotz dieser recht frühen Überlegungen galt lange Zeit, vor allem in den 50er und 60er Jahren des letzten Jahrhunderts, die vorherrschende Meinung, dass präpubertäre Kinder aufgrund verschiedener Entwicklungsaspekte keine klinisch relevante Depression ausbilden könnten. Aus psychoanalytischer Sicht wurde die Auffassung vertreten, dass die Depression, als ein Konflikt mit dem Über-Ich, in dieser Altersgruppe noch nicht auftreten könne. Aufgrund der kognitiven und emotionalen Unreife von Kindern, dem noch nicht vollständig entwickelten Über-Ich sowie der mangelnden Fähigkeit, differenzierte Gefühle von Hoffnungslosigkeit oder Trennung zu erleben, könne sich das vollständige, typische Störungsbild einer Depression bei Kindern nicht manifestieren (Mahler, 1961; Rie, 1966; Rochlin, 1959). Eine weitere von Lefkowitz und Burton (1978) vertretene Sichtweise bestand darin, dass es sich bei depressiven Symptomen im Kindes- und Jugendalter um entwicklungsgemäß häufig auftretende und somit normale Erscheinungen handle. Depressive Symptome seien während dieser Entwicklungsphase nur von vorübergehender Natur und stellten daher keine pathologischen Zustände dar und bedürften deshalb keiner besonderen Behandlung.

Als Reaktion auf die Schwierigkeit, typische Depressionssymptome bei Kindern festzustellen, wurde in den 60er Jahren weiterhin das Konzept der larvierten bzw. maskierten Depression vorgeschlagen. In diesem Ansatz wurde davon ausgegangen, dass eine depressive Verstimmung bei Kindern sehr wohl auftreten kann, sich aber nicht in Form der für Erwachsene typischen Symptome äußert, sondern in Form depressionsähnlicher Symptome, wie zum Beispiel in unterschiedlichen körperlichen Beschwerden, Schulangst, Lernschwierigkeiten oder in Form sonstiger Verhaltensprobleme (vgl. Glaser, 1967; Nissen, 1975; Toolan, 1962).

In den frühen 70er Jahren zeigte sich ein allgemein stark zunehmendes Interesse an der differenzierten Beschreibung und Klassifikation von psychischen Störungen. Dabei wurde auch versucht, typische Depressionssymptome von Erwachsenen bei emotional auffälligen Kindern zu identifizieren. Wissenschaftler, wie zum Beispiel Weinberg, Rutman, Sullivan, Penick und Deitz (1973) sowie Poznanski und Zrull (1970), konnten mit altersgerechten Bewertungsskalen die wesentlichen von depressiven Erwachsenen gezeigten Symptome auch bei Kindern finden, auch wenn diese bis zur Pubertät noch als eher selten galten und immer noch einige Unterschiede zur Depression bei Erwachsenen eingeräumt wurden. In der Folge gelang es jedoch häufiger, mit Hilfe von standardisierten Instrumenten, die die für Er-

wachsenen typischen Anzeichen einer Depression berücksichtigten, depressive Verstimmungen und weitere depressionsbedingte Symptome auch bei Kindern und Jugendlichen aufzudecken und systematisch zu erfassen (z.B. Carlson & Cantwell, 1980). So festigte sich die Auffassung, dass sich depressive Störungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in nahezu identischen Formen äußern (Carlson & Kashani, 1988; Kovacs, 1996; Puig-Antich, Blau, Marx, Greenhill & Chambers, 1978). Entwicklungsbedingte Einflüsse auf die Herausbildung der Depression wurden als eher gering erachtet (Ryan et al., 1987). Seitdem gilt es in der klinischen Diagnostik als weitgehend anerkannte Praxis, ursprünglich für Erwachsene konzipierte Störungskriterien, um einige altersspezifische Aspekte verändert, auch auf Kinder und Jugendliche zu übertragen (vgl. z.B. AACAP, 2007).

Nicht zuletzt aufgrund des zunehmenden Einflusses der Entwicklungspsychopathologie bei der Betrachtung psychischer Probleme im Kindes- und Jugendalter (vgl. z.B. Petermann & Resch, 2008) werden in jüngster Zeit entwicklungspezifische Aspekte wieder stärker diskutiert. Es wird unter anderem eine differenziertere Sichtweise von entwicklungs- und altersabhängigen Ausdrucksformen der Depression bei Kindern und Jugendlichen gefordert und der Zusammenhang zwischen unauffälliger und abweichender Entwicklung betont. Die längsschnittliche Betrachtung der Entstehung und des Verlaufs depressiver Störungen und Symptome wird in den Vordergrund gerückt, um Risiken und Vorläufer, unterschiedliche Verläufe und Entwicklungswege, die Stabilität und Kontinuität sowie psychosoziale Folgen der Depression angemessen zu untersuchen. Depression wird dabei als ein sehr heterogenes Phänomen betrachtet. Depressive Zustände stellen weniger ein klar abgrenzbares Störungsbild, sondern eher fließende, dimensionale Abweichungen bzw. besondere Ausprägungen eines Spektrums dar, die häufig in einem engen Zusammenhang mit anderen Auffälligkeiten und psychischen Problemen des Kindes- und Jugendalters auftreten.

Depression bei Kindern und Jugendlichen gilt heute als ein ernstzunehmendes Gesundheitsproblem, das in vielen Fällen mit schweren Beeinträchtigungen und Entwicklungsrisiken verbunden ist. Zahlreiche epidemiologische und klinische Studien zeigen ihre vor allem im Jugendalter recht hohe Verbreitung und unterstreichen die Bedeutung von früh einsetzenden Maßnahmen zur Prävention und Psychotherapie.