

Klaus Fröhlich-Gildhoff

Depression bei Kindern und Jugendlichen

Symptomatik – Ursachen – Therapie

Der Beitrag umfasst einen Überblick über Symptome, Epidemiologie, Ursachen und Therapiemöglichkeiten von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen.

Im Mittelpunkt steht ein bio-psycho-soziales Erklärungsmodell zur Störungsentstehung, das versucht, neuere Erkenntnisse aus der Klinischen Entwicklungspsychologie mit Konzepten der Personzentrierten Störungstheorie zusammenzuführen. Auf der Basis dieses Erklärungsmodells zieht der Autor Konsequenzen für die Personzentrierte Therapie, gibt Hinweise für ein integratives störungsspezifisches Vorgehen und bezieht dabei anderer Konzepte ein.



Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff

Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut, Gesprächspsychotherapeut (GwG), Psychoanalytiker (DGPT, DGIP), Ausbilder für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (GwG), Dozent für Psychologie an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg

Anschrift des Autors:

Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff
Ev. Fachhochschule Freiburg
Bugginger Str. 38
79114 Freiburg
Tel.: 0761 4781240
E-Mail: froehlich-gildhoff@efh-freiburg.de

Einleitung

Depressive Störungen werden in der Fachliteratur zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie eher weniger beachtet. Dies gilt für die Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in besonderer Weise: So finden sich weder in den Bänden von Boeck-Singelmann et al. (1997, 2002, 2003) noch in den Büchern von Weinberger (2001) und Schmidtchen (2001) spezifische Beiträge zu diesem Thema; lediglich Goetze (2002) hat der Depression ein kurzes Kapitel gewürdigt. Diese „Lücke“ mag daran liegen, dass andere Störungsbilder wie aggressives/gewalttätiges Verhalten oder AD(H)S spektakulärer wirken und häufiger vorkommen, oder daran, dass aufgrund neuerer Erkenntnisse andere Syndrome eher in „Mode“ sind (vgl. die breite Diskussion und das Fortbildungsangebot zum Thema Trauma und Traumafolgen). Allerdings werden explizit depressive Symptomatiken im Kindesalter auch nicht häufig diagnostiziert, sie scheinen eher typisch für das Jugendalter (s.u.).

Dieser Beitrag will versuchen, die beschriebene Lücke ein wenig zu verkleinern. Dazu wird ein zusammenfassender Überblick über Symptomatik und Epidemiologie gegeben. Anschließend werden Überlegungen zu einem integrativen Modell zur Erklärung der Störung

vorgestellt, das aktuelle Erkenntnisse der klinischen Entwicklungspsychologie aufgreift und versucht, Grundannahmen personzentrierter Störungskonzeptionen mit zu berücksichtigen. Abschließend werden daraus schlussfolgernd Konsequenzen für die Therapie beschrieben. Auf die mit Depression zusammenhängende Problematik der Suizidalität wird nicht eingegangen, weil dieses Thema den Rahmen des Beitrags sprengen würde (vgl. hierzu z.B. Bründel 2001, Warnke & Hemminger 1999, Bronisch 1995, Dickhaut 1995, Goetze 2002, S. 361f).

Symptomatik

Die Depression wird grundsätzlich den „internalisierenden“ bzw. „überkontrollierenden“ Störungen zugeordnet (vgl. Groen & Petermann 2002, Döpfner et al. 2000). Die Kernsymptome bzw. klinischen Merkmale lassen sich, geordnet nach vier Kategorien, wie folgt beschreiben:

Stimmung: traurig, niedergedrückt, unglücklich, reizbar;

Kognitionen: negative Gedanken, geringe Kontrollerwartung, geringes Selbstwertgefühl, Selbst-Schuldzuschreibungen, Interesselosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Suizidgedanken;

Verhalten: Antriebsverringerng/-armut, psychomotorische Verlangsamung (oder auch Erregung), Weinen, sozialer Rückzug, Suizidhandlungen;

Körperlich: Schlafstörungen, starke Müdigkeit, verminderter oder gesteigerter Appetit

(vgl. Essau 2002, S. 18ff, Groen & Petermann 2002, S. 16ff, Essau & Petermann 2002, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2003; hier finden sich auch detaillierte Hinweise zur Klassifikation nach ICD 10 und DSM IV, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden soll).

Erscheinungsformen im Kindesalter können sich von denen im Jugend- und Erwachsenenalter unterscheiden: So lassen sich bei Kindern noch keine klaren Übereinstimmungen mit „klassischen“ Symptomatiken feststellen, es „bleibt festzustellen, dass bei Kindern ein untypisches Erscheinungsbild eher die Regel als die Ausnahme darstellt“ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2003, S. 53). Daher ist die „Beobachtung von Spielverhalten (Spielunlust, schnelle Entmutigung, dysphorisches Abwehrverhalten), Essverhalten (Mäkeligkeit, verminderter oder gesteigerter Appetit) und Schlafverhalten (Ein- und Durchschlafstörungen, Früherwachen, Alpträume) ... bei jüngeren Kindern besonders wichtig“ (ebd.; vgl. ebenso: Essau 2002, Groen & Petermann 2002); ebenso unverzichtbar ist eine detaillierte Anamneseerhebung und Befragung mehrerer, unterschiedlicher InteraktionspartnerInnen des Kindes, um zu einem klaren Bild zu kommen. Die Diagnostik muss auf jeden Fall mehrere Informationsquellen berücksichtigen, also multimodal und multimethodal erfolgen (vgl. auch: Groen et al. 2004, S. 470ff).

Ein detaillierter Überblick der „Veränderung der Symptome im Entwicklungsverlauf“ findet sich bei Groen und Petermann (2002, S. 33) und bei der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2003, S. 54).

Epidemiologie

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass „depressive Störungen und Symptome vor allem im Jugendalter recht weit verbreitete psychische Probleme darstellen“ (Groen & Petermann, 2002, S. 35) – allerdings findet sich abhängig vom Untersuchungsdesign eine breite Streuung epidemiologischer Daten.

Auftretenshäufigkeit

Die Häufigkeit des Auftretens ist abhängig vom Alter: sie nimmt mit steigendem Alter zu: Bei Kindern im Vor- und Grundschulalter lassen sich depressive Symptome beobachten, aber: „die vollständige Diagnose einer depressiven Störung scheint in dieser Entwicklungsphase sowohl theoretisch als auch empirisch umstritten bzw. nur für relativ wenige Fälle haltbar“ (Groen & Petermann, 2002, S. 39, ebenso: Groen et al. 2004, Essau 2002, Essau & Petermann 2002, Hautzinger 2000).

Ab etwa dem zwölften Lebensjahr findet sich dann eine zunehmende Häufigkeit des Auftretens depressiver Symptome und kompletter Störungsbilder. Je nach Studie schwankt die Zahl zwischen 9,4% (Reinherz et al. 1993, USA) und 14% (Essau et al. 1998, Deutschland). In der „Bremer Jugendstudie“ berichteten, „ohne unbedingt die Diagnose einer depressiven Störung zu erfüllen, nahezu 42% der zwölf- bis 17-jährigen Jugendlichen, sich schon einmal über mindestens zwei Wochen täglich traurig, niedergeschlagen oder deprimiert gefühlt zu haben“ (Groen & Petermann, S. 37).

Geschlecht

Bei Kindern zeigen sich keine Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit des Auftretens, bei Jugendlichen – etwa ab dem 15. Lebensjahr – sind Mädchen deutlich häufiger von Depression betroffen als Jungen, die Auftretensrate ist fast doppelt so hoch (Essau 2002, S. 54ff, Groen & Petermann, S. 39f); Mädchen „erleben in der Regel auch

schwerere depressive Episoden“ (Essau 2002, S. 55). Nach einer Längsschnittuntersuchung von Nieder & Seiffge-Krenke (2001) verringert sich bei Fortbestehen der Erkrankung allerdings der Geschlechtsunterschied bezüglich der Symptombelastung: Die „depressive Symptomatik der männlichen Jugendlichen ist ab der mittleren Adoleszenz derjenigen der weiblichen Jugendlichen vergleichbar“ (ebd., S. 353).

Komorbidität

Depression ist häufig mit anderen psychischen Störungen kombiniert: Das „Vorliegen von Depression bei Kindern und Jugendlichen [erhöht] die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer anderen Störung um das Zwanzigfache“ (Essau 2002, S. 63). In Abhängigkeit vom Design der Untersuchungen ergeben sich Komorbiditätsraten von 40% bis 70%. „In der Bremer Jugendstudie (Essau et al. 1998) waren etwas weniger als die Hälfte der [als depressiv diagnostizierten, d. Verf.] Jugendlichen ausschließlich depressiv (42,2%). 40% hatten eine und 17,8% mindestens zwei weitere Störungen“ (ebd. S. 63, vgl. ebenso Groen & Petermann 2002, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2003). Am häufigsten treten Zusammenhänge mit Angststörungen, Drogenmissbrauch und Suizidversuchen auf.

Verlauf

In der zeitlichen Abfolge sprechen die empirischen Ergebnisse dafür, dass in der Regel eine Angststörung der Depression „vorausgeht“ (z.B. Bremer Jugendstudie: In 72% der Fälle trat zuerst Angst, zumeist soziale Angst, dann Depression auf; vgl. Essau et al. 1998); andere komorbide Störungen treten in den meisten Fällen ebenfalls vor sichtbarwerden ausgeprägter depressiver Symptome auf (Groen et al. 2004, S. 449).

Zahlreiche Untersuchungsergebnisse von Langzeitstudien zeigen, dass sich bei Nichtbehandlung depressive Störungen

verfestigen und im Lebenslauf immer wieder auftreten: „Als ein einheitliches empirisches Ergebnis hat sich gezeigt, dass Kinder und Jugendliche mit einer depressiven Störung ein erhebliches Risiko tragen, auch im weiteren Verlauf unter anhaltender und wiederkehrender Depression sowie anderen psychischen Störungen und Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Lebensbereichen zu leiden... Das Risiko eines Rückfalls ist groß und liegt zwischen 25% etwa nach einem Jahr und 75% nach 5 Jahren“ (ebd., S. 451f).

Ursachen, Erklärungsansätze

Die Erklärungsansätze für die Entstehung depressiver Störungen sind vielfältig, Zusammenstellungen finden sich z.B. bei Essau (2002) sowie Groen & Petermann (2002). Im Folgenden wird ein integratives Modell vorgestellt, das sich am „Diathese-Stress-Konzept“ (vgl. Groen & Petermann 2002, Davison & Neale 2002) orientiert, also das Zusammenspiel biologischer, innerpsychischer und sozialer Faktoren beschreibt und dabei an den Erkenntnissen der klinischen Entwicklungspsychologie (vgl. Oerter et al. 1999) bzw. der Entwicklungspsychopathologie (Petermann et al. 1998; Petermann et al. 2004) ansetzt. Dieses Modell greift die entwicklungsorientierte Störungskonzeption von Fröhlich-Gildhoff und Hufnagel (1997, Hufnagel & Fröhlich-Gildhoff 2002) auf und entwickelt sie weiter.

Das Entstehungsmodell der Depression wird in Abbildung 1 schematisch dargestellt und im folgenden detailliert erläutert:

(1) *Ausgangspunkt* sind dabei zunächst *biologische Faktoren*: Es ist davon auszugehen, dass Säuglinge mit unterschiedlichen Entwicklungsvoraussetzungen geboren werden – besondere Bedeutung haben hier unterschiedliche Temperamentsfaktoren und Dispositionen zur Affektregulation auf neurophysiologischer Ebene: „Als Temperamentsfaktoren sind dabei konstitutionelle Unterschiede in Aktivität, Reaktivität und Selbstregulation des Menschen zu ver-

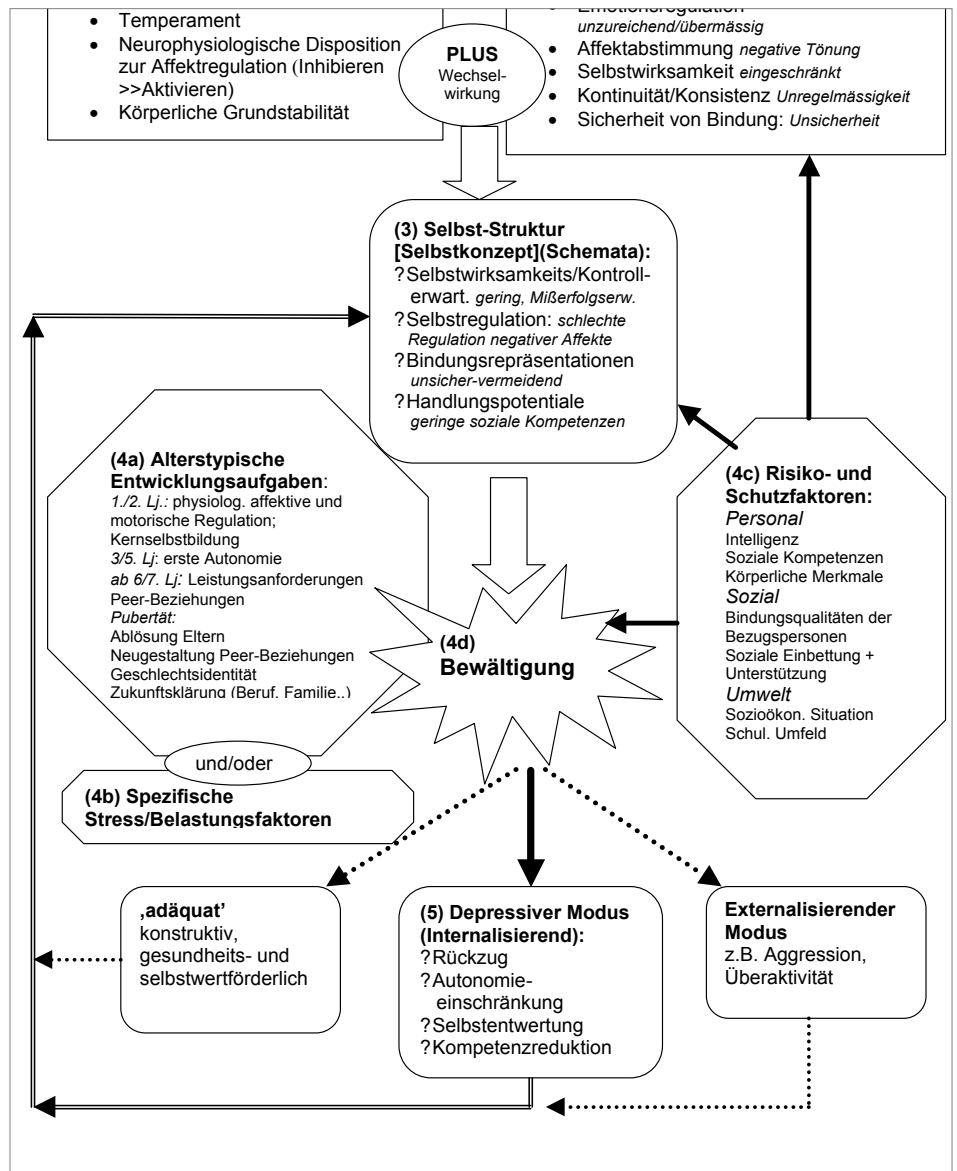


Abbildung 1: Entstehung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter

stehen“ (Resch 2004, S. 34), die stark anlagebedingt, aber durch Umweltfaktoren beeinflussbar sind (s.u.). Von Geburt an bestehen zwei neurophysiologische Regulationssysteme, das „behaviorale Aktivationsystem“ und das „behaviorale Inhibitionssystem“ (Gray 1982), die ihrerseits unterschiedlich stark ausgeprägt sind und einen bedeutenden Ausgangspunkt für die frühe „Weltbegegnung“ des Säuglings darstellen (vgl. hierzu z.B. Resch 2004, Wurmser & Papousek 2004, Papousek 2004). Grawe (2004) stellt hierzu zusammenfassend fest: „Die einen Menschen kommen mit

einer Tendenz zu negativen Emotionen und zur leichten Aktivierbarkeit des Vermeidungssystems zur Welt“.

(2) Der von Geburt an „kompetente“ Säugling (Dornes 1995) tritt von der ersten Lebensminute an in *Interaktion* mit seiner Umwelt, vor allem seinen Bezugspersonen. Die dabei gemachten realen und emotional bewerteten Interaktionserfahrungen sind die Grundlage für die Bildung handlungsleitender innerpsychischer Repräsentationen (Schemata), der Selbst-Struktur (vgl. Stern 1992, 1995, Dornes 1995, 1997). Dabei kommt

es auf eine möglichst gute „Passung zwischen Kind und Bezugspersonen“ (Resch 2004, S. 37, vgl. auch Papousek 2004) an, die dann zur konsistenten Befriedigung kindlicher Bindungs- und Kontrollbedürfnisse führt (vgl. Grawe 2004) und positiv gesehen die „intuitive Elternschaft“ (Papousek 2004) stärkt. Wichtige Variablen in diesen frühen Interaktionsprozessen sind u.a. Empathie und „Feinfühligkeit“ (Ainsworth et al. 1978), das Ermöglichen von Regelmäßigkeit, das adäquate Spiegeln der Lebensäußerungen des Kindes und entsprechende „soziale Rückversicherung“ (Resch 2004, Behr 2002, zusammenfassend auch: Fröhlich-Gildhoff 2003a, S. 62ff).

Drei Faktoren kommt besondere Bedeutung zu:

a) *Der Unterstützung kindlicher Emotionsregulation und Affektabstimmung:* Die Bezugspersonen unterstützen das Kind bei der (zunehmenden Selbst-)Regulation seiner Emotionen; nach Papousek (2004) betrifft dies „die Regulation von arousal (Erregung [allgemein, z.B. Schlaf-/Wachrhythmus, d. Verf.]), activity (motorische Aktivität), affect (affektive/emotionale Erregung) und attention (Aufmerksamkeit)“ (ebd., S. 82). Neben der Regulation geht es um die Affektabstimmung („affect attunement“ nach Stern 1992), dabei steht die Richtung der Affekte, z.B. Neugier vs. Furcht angesichts eines unbekanntes Objekts mit Unterstützung der Bezugspersonen im Vordergrund. „Das affektive Erleben ist eine wesentliche Grundlage dafür, dass ein Mensch von einem anderen in seinem Erleben verstanden werden kann ... andere Menschen können sich in das Baby einfühlen, können sein Erleben erkennen, verstehen und das Kind in diesem mehr oder weniger akzeptieren“ (Biermann-Ratjen 2002, S. 18).

Hier liegen starke Quellen für Entwicklungsstörungen: Die Bezugspersonen können z.B. die (emotionalen) Spannungen von Kindern nicht adäquat „herunterregulieren“ oder sie „überregulieren“ – dies kann dann zu einer dauerhaften dysfunktionalen Emotionsregulation führen, mithin zu einem

interaktionellen „Teufelkreis“: Wenn das Kind die Erfahrung macht, dass seine Erregung nicht durch die/mit der Bezugsperson reduziert werden kann, bleibt es in einem permanenten Spannungszustand, der durch Aktivitäten wie Schreien usw. aufrecht erhalten wird. Dadurch steigen die Spannungen bei der (überforderten) Bezugsperson, es kommt zu negativen Emotionen, die die Unruhe beim Kind wiederum verstärken. Das Kind macht so „fast permanent Inkongruenzerfahrungen im Hinblick auf sein Bindungsbedürfnis, sein Kontrollbedürfnis...“ (Grawe 2004, vgl. auch Grosse-Holtforth & Grawe 2004). Analog ist vorstellbar, dass durch Überbehütung/Überfürsorge jegliche Emotions-Äußerungen des Kleinkindes sehr frühzeitig herunterreguliert werden und das Kind auf diese Weise gar nicht eine autonome Erregungssteuerung erlernen kann.

Auch bei der Affektabstimmung kann durch ein zu starkes „tuning“ (Stern 1992, Dornes 1995) durch die Bezugspersonen verhindert werden, dass Kinder ein ausreichendes Spektrum an Affekten aufbauen, mit dem sie dann z.B. neuen Situationen begegnen: Eine überängstliche Bezugsperson wird die explorativen Aktivitäten des Kindes und die damit verbundenen Gefühle eher einschränken, wodurch sie dem Kind auf der Ebene der Selbst-Schemata nicht mehr zur Verfügung stehen. Eine ähnliche Folge ergibt sich bei überwiegend ungenauer „Affektspiegelung“ durch die Bezugspersonen, wenn „der kindliche Gefühlszustand verkannt und eine andere Emotion gespiegelt wird.“

Durch diese Fehlwahrnehmung bei der Bezugsperson erfährt das Kind eine unangemessene Rückmeldung über sich und es entsteht eine Inkongruenz zwischen dem inneren Erleben und der reflexiven Interpretation“ (Resch 2004, S. 41). Biermann-Ratjen (2002, S. 19f) beschreibt ebenfalls, wie „störanfällig“ der Prozess der Affektregulierung und -abstimmung zwischen Kind und Bezugsperson ist und dass inkongruente und nicht-wertschätzende Erfahrungen zu Störungen im Prozess der Selbstkonzept-Bildung führen).

b) *Das Erleben einer sicheren Bindung* stellt nicht nur die Grundlage für späteres eigenständiges sicheres Bindungsverhalten dar, sondern hat größte Bedeutung für die Entwicklung einer stabilen, kohärenten Selbst-Struktur und deren Basis, des „Kern-Selbst“ (Stern 1995). Nur wenn der Säugling regelmäßige, klare und konsistente Bindungserfahrungen machen kann, kann er entsprechende intrapsychische Repräsentanzen aufbauen, die dann wiederum eine sichere Basis für Neugierverhalten und eine „offene“ Weltbegegnungshaltung bilden – oder, bei entsprechenden Beeinträchtigungen: nicht!. „Eine wachsende Anzahl empirischer Befunde bestätigt, dass geringe oder negative Bindung sowohl in der Kindheit als auch im Jugend- und Erwachsenenalter mit einem negativen Selbstwertgefühl und geringer Selbstsicherheit, dysfunktionalen Wahrnehmungs- und Bewertungsmustern, geringeren Stressbewältigungskompetenzen, negativen Bindungskognitionen und schlechteren Beziehungen zu Gleichaltrigen in der weiteren Entwicklung zusammenhängt und die Wahrscheinlichkeit depressiver Symptome und Störungen erhöht (vgl. Cichetti & Toth 1995)“ (Groen et al. 2004, S. 464).

c) *Dem Erleben von Kontrolle und Selbstwirksamkeit:* Entsprechend seiner Lebenserfahrungen, die ein Individuum insbesondere in den ersten Lebensjahren macht, „entwickelt es eine Grundüberzeugung darüber, inwieweit das Leben einen Sinn macht, ob Voraussehbarkeit und Kontrollmöglichkeit besteht, ob es sich lohnt, sich einzusetzen und zu engagieren... Diese lebensgeschichtlichen Erfahrungen führen zu bestimmten Erwartungen, in welchem Ausmaß dieses Grundbedürfnis befriedigt wird“ (Grawe, 1998, S. 350; vgl. auch Rotter, 1966).

Das Erleben von Kontrolle steht in engem Zusammenhang mit dem Erleben von Selbstwirksamkeit („self-efficacy“, Bandura 1977, 1995, 1997). Selbstwirksam zu sein heißt, aufgrund bisheriger Erfahrungen auf seine Fähigkeiten und verfügbaren Mittel vertrauen zu können und davon auszugehen, ein bestimmtes Ziel auch durch Überwindung von

Hindernissen am Ende tatsächlich erreichen zu können. „Perceived self-efficacy refers to beliefs in one's capabilities to organize and execute the courses of action required to manage perspective situations. Efficacy beliefs influence how people think, feel, motivate themselves, and act“ (Bandura, 1995, S. 2).

Eine große Bedeutung haben dabei die Erwartungen, ob das eigene Handeln zu Effekten führt oder nicht. Diese Erwartungen steuern schon im Vorhinein das Herangehen an Situationen und Aufgaben, damit auch die Art und Weise der Bewältigung und führen so oftmals zu einer Bestätigung des eigenen Selbstwirksamkeitserlebens.

Selbstwirksamkeitserwartungen werden nach Bandura (1977) aus vier wesentlichen Quellen gespeist: „direkte Handlungserfahrungen, stellvertretende Erfahrungen, sprachliche Überzeugungen und die wahrgenommene physische Erregung. Die einflussreichste und überzeugendste Informationsquelle stellen eigene Handlungen dar, wobei Erfolge die Erwartung von Selbstwirksamkeit stärken und Misserfolge sich entsprechend ungünstig auswirken“ (Jerusalem 1990, S. 33).

Die Ergebnisse der empirischen Säuglingsforschung haben gezeigt, dass auch die Wurzeln für die Entstehung des Selbstwirksamkeitserlebens schon in einem sehr frühen Entwicklungsabschnitt, nämlich dem der sog. Kern-Selbstbildung (ca. 6.–9. Lebensmonat) liegen. Dabei ist es sehr entscheidend, in welchem Ausmaß und mit welcher Eindeutigkeit Kinder sog. „Urheberschaftserfahrungen“ machen können (vgl. Stern 1992; Dornes 1995, 1997).

Fehlendes Kontroll- oder Selbstwirksamkeitserleben führt zu Stress (vgl. z.B. Jerusalem 1990), zu verringertem Selbstwert-Erleben und über den „Umweg“ der erlernten Hilflosigkeit (Seligman 1979) zu Gefühlen genereller Handlungsunfähigkeit (zur Bedeutung der Selbstwirksamkeitserfahrungen für die kindliche Entwicklung vgl. auch Jäde 2002).

(3) Aus dem Wechselspiel von biologischen Ausgangsbedingungen und frühkindlichen (Beziehungs-)Erfahrungen ergeben sich zusammengefasst folgende Konsequenzen für die Bildung der *Selbststruktur* (bzw. „affekt-logischer Schemata“, Resch 2004, S. 38, s.a. Grosse Holtforth & Grawe 2004, S. 10f), die das Risiko für depressive Symptomatiken erhöht:

- Selbstregulation: negative Emotionen können schlecht reguliert werden, positive Emotionen werden schlechter aktiviert („dysfunktionale Emotionsregulation bzw. negative Affektivität“, Groen & Petermann 2002, S. 123).
- Bindungsrepräsentationen: eher unsichere Repräsentation von Bindungserfahrungen und entsprechendes Bindungsverhalten (vgl. Brisch 1999, Spangler & Zimmermann 1995).
- Selbstwirksamkeits-/Kontrollerwartungen: geringe Selbstwirksamkeitserwartungen, negatives Selbstbild, Hilflosigkeit, „dysfunktionaler Attributionsstil“, negative Zukunftserwartungen (Groen & Petermann 2002, S. 95, vgl. Essau 2002, S. 135ff).
- Handlungspotentiale: geringe soziale Kompetenzen (vgl. Essau 2002), verringertes Explorationstendenzen.

Die so gebildeten Selbst-Struktur-Anteile stellen ein Risiko für die Entstehung deutlicher und persistierender depressiver Symptomatiken dar, sie bestimmen einen (mehr oder weniger großen) Grad von Vulnerabilität des Individuums (vgl. Essau & Petermann 2002, Groen & Petermann 2002). Nach dem personenzentrierten Störungskonzept liegt hier eine „primäre Inkongruenz“ (Biermann-Ratjen & Swildens 1993, Biermann-Ratjen 2002, vgl. auch Hufnagel & Fröhlich-Gildhoff 2002) vor, die aus der Spannung zwischen originären Selbstaktualisierungsbedürfnissen und eingeschränkten Realisierungsmöglichkeiten in den realen Beziehungserfahrungen (s.o.) resultiert.

(4a-d) Im Verlauf der Entwicklung ist das Individuum mit alterstypischen *Entwicklungsaufgaben*² (4a) konfrontiert,

die (erfolgreich) bewältigt werden müssen. Zusätzlich können immer wieder besondere spezifische Stress- oder *Belastungsfaktoren* (4b) (Zusammenstellung: Groen et al. 2004, S. 466f), z.B. Verluste auftreten, die ebenfalls bewältigt werden müssen. Das Ausmaß und die „Güte“ der *Bewältigung* (4d) hängen zum einen von der bisherigen Selbststruktur, zum anderen von Risiko- und Schutzfaktoren (4c) ab, die in der Situation oder überdauernd wirksam sind.

Risiko- und Schutzfaktoren werden allgemein nach personalen, sozialen und (sonstigen) Umweltfaktoren unterschieden; empirisch konnten u.a. folgende Elemente identifiziert werden, die als Schutz- bzw. Resilienzfaktoren wirken und deren Fehlen ein Risiko für Störungsentstehung darstellt:

Personale Faktoren

- Kognitive Kompetenzen, die angemessen angeregt werden müssen
- Fantasie
- Gefühl von Kohärenz, also das Erfahren und Erleben eines Sinns und einer Bedeutung der eigenen Existenz
- Körperliche Attraktivität

Soziale Faktoren

- Mindestens eine stabile emotionale Beziehung zu einer primären Bezugsperson
- Bindungsfähigkeit und die Realisierung „feinfühligem“ Verhaltens durch die Bezugspersonen, um sicheres Bindungsverhalten zeigen zu können
- Emotional warmes, offenes, aber auch klar strukturierendes Erziehungsverhalten der Bezugspersonen
- Soziale Unterstützung außerhalb der Familie durch andere Erwachsene
- Einbindung in Peer-Group

Umweltfaktoren

- gute oder zumindest sichere sozioökonomische Bedingungen
- gute schulische Bedingungen

(vgl. Oerter et al. 1999, Opp et al. 1999, Dornes 2000, Wustmann 2003; „Risiken für depressive Entwicklung“ sind spezifisch bei Groen & Petermann 2002, S.

121 sowie Groen et al. 2004, S. 459 aufgeführt).

Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass einen besonderen Risikofaktor Eltern darstellen, die selbst an einer depressiven Erkrankung leiden; dabei scheinen spezifische Interaktionsprozesse, aber auch das Modellernen (besonders bei Krisen) von Bedeutung zu sein (vgl. Essau 2002, S. 119ff).

Aufgrund der Vielfalt neuer Entwicklungsaufgaben im Jugendalter, verbunden mit deutlichen körperlichen Veränderungen und sich z.T. wandelnden Außenbedingungen (Schulwechsel, Schulende...) besteht im Jugendalter ein deutlich erhöhtes Risiko für nicht gelingende Bewältigungsprozesse und damit für die Entstehung depressiver Symptomatiken (Groen et al. 2004 sprechen von einem „Depressionsrisiko Jugendalter“, vgl. auch: Groen & Petermann 2002, S. 102 ff; Essau 2002, S.136ff); dabei scheinen Mädchen – besonders aufgrund stärkerer negativer Körper-Selbstbilder – generell geringere Kontrollüberzeugungen zu haben und erscheinen somit vulnerabler (vgl. Roth 2002, Buddeberg-Fischer & Klaghofer 2002, Groen & Petermann 2002). Darüber hinaus besteht für Mädchen gerade in der Pubertät nach wie vor ein deutlich höheres Risiko bzgl. traumatisierender (sexueller) Gewalterfahrungen (vgl. z.B. Nolen-Hoeksma 1990) und damit realer extremer Belastungssituationen (Brüggemann & Haltenhof 2003).

Bei Vorliegen einer „depressionsrisiko-begünstigenden“ Selbststruktur und fehlenden Schutz- bzw. erhöhten Risikofaktoren entsteht bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben oder spezifischer Belastungen ein erneuter Widerspruch bzw. eine „sekundäre Inkongruenz“ (Biermann-Ratjen & Swildens 1993): Die erlebten Anforderungen können mit den vorhandenen Möglichkeiten nicht oder nur unzureichend/unvollständig bewältigt werden – dabei spielt es zunächst keine Rolle, ob aufgrund eingeschränkter (Selbstwirksamkeits-) Erwartungen oder eingeschränkter Selbstwahrnehmung oder Fehleinschätzungen der Situation

Vom Modellprojekt zum bundes- und europaweiten Aktionsprogramm

„Nürnberger Bündnis gegen Depression“ wird international

Schon sieben Regionen haben sich bundesweit dem „Bündnis gegen Depression“ angeschlossen. Das in Nürnberg erfolgreich durchgeführte Programm zur Verbesserung der Situation depressiver Patienten wächst aber nicht nur national, sondern auch international.

Das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ ist eines der wichtigsten Teilprojekte des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Großforschungsvorhabens Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“. Renate Schmidt, Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und der bayerische Staatsminister Dr. Günther Beckstein fungieren als Schirmherrin und Schirmherr des „Bündnis gegen Depression“. Das Bündnis verfolgt klare Ziele: die Verbesserung der Diagnose und Versorgung depressiv erkrankter Menschen, die Veränderung des Bewusstseins in Öffentlichkeit und Fachwelt gegenüber der Erkrankung und die Senkung der Anzahl von Suiziden und Suizidversuchen.

Zum Konzept gehören Fortbildungsprogramme für Ärzte und für Multiplikatoren wie Lehrer, Pfarrer oder Apotheker genauso wie breite Öffentlichkeitsarbeit und Selbsthilfeinitiativen für Betroffene und Angehörige. Nach einer wissenschaftlichen Auswertung steht fest: die Suizidversuche in der Modellregion Nürnberg haben während der Aktivitäten (2001–2002) um über 25 Prozent abgenommen.

Quelle: <http://www.kompetenznetz-depression.de/>

(ur)

vorhandene Handlungspotentiale bzw. Ressourcen nicht realisiert werden, oder ob wirkliche Kompetenzdefizite bestehen.

(5) Es kann ein „*depressiver Modus*“ beschrieben werden, der sich im Wesentlichen durch Selbstabwertung, Autonomieeinschränkung, (sozialem) Rückzug und Kompetenzreduktion kennzeichnen lässt – bei Fortbestand entwickeln sich hieraus die beschriebenen depressiven Symptome auf affektiver, kognitiver, körperlicher und Handlungs-Ebene.

Die zunehmend erlebten Diskrepanzen zwischen Anforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten und letztlich die misslungene Bewältigung führen im Sinne eines Kreislaufprozesses zur Bestätigung und Verfestigung des Selbst-Konzepts bzw. der Selbst-Struktur (ein ähnliches Modell haben McCauley et al. 1995 [in: Groen & Petermann 2002, S. 124, und Groen et al. 2004, S. 469f] entwickelt).

Therapie³

Grundsätzlich ist jede moderne Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen durch das – auf das Kind jeweils individuell bezogene – Zusammenspiel von Beziehungsgestaltung, spezifischen differentiellen Interventionen und der Arbeit mit dem sozialen Umfeld gekennzeichnet (vgl. Weinberger 2001, Schmidtchen 2001, Fröhlich-Gildhoff i.D.). Dies bedeutet für die therapeutische Arbeit mit depressiven Kindern und Jugendlichen im Einzelnen:

Ebene der Beziehungsgestaltung

Vor allem frühe Beziehungserfahrungen haben zu einer depressionsrisikoerhöhenden Selbst-Schema-Bildung geführt (s.o.). Dies hat zur Konsequenz, dass das therapeutische Begegnungsangebot, das auf der Ebene des Selbst-Konzepts bzw. der Selbststruktur zu Veränderungen führen soll, im Sinne

„korrektiver Erfahrungen“ (Grawe 1998) neue Interaktionserfahrungen für das Kind⁴ ermöglichen muss (zu den Grundprinzipien Personenzentrierter Beziehungsgestaltung vgl. Weinberger 2001, Kap. 5 und Schmidtchen, 2001, Kap. 11, Behr 2002).

Hierzu ist eine adäquat empathische Unterstützung des Kindes bei der Realisierung (und Wiederentdeckung) des breiten Spektrums an Gefühlsqualitäten nötig; eine besondere Bedeutung kommt dabei dem Spiegeln der vom Kind gezeigten Emotionen ebenso zu wie der Unterstützung bei der Regulation negativer Affekte. Dabei gilt es, auf nonverbaler wie verbaler Ebene mit dem Kind passgenau „Interaktionsresonanz“ (Behr 2002) zu gestalten. Dadurch können dem Kind auf spielerischer wie sprachlicher Ebene sein Erleben und seine Selbstbewertungen vollständiger bewusst und dadurch veränderbar werden.

Durch ein klares Setting und eine gleichfalls kongruente wie „feinfühlig“ Begegnungshaltung kann das Kind sichere Bindungserfahrungen machen, intrapsychisch abbilden und so Grundlagen für eigenes, neues Bindungsverhalten entwickeln. Es gilt ebenfalls, dem Kind neue Erfahrungen der Selbstwirksamkeit zu ermöglichen, um auf diese Weise Grundlagen für neue Kontrollwartungen und gesteigerten Selbstwert zu bilden. Am wirkungsvollsten erfolgt dies über die gezielte Aktivierung von Ressourcen des Kindes (vgl. Grawe & Grawe-Gerber 1999, Klemenz 2003). Hierbei ist sehr genau darauf zu achten, dass das Kind in seiner Autonomie ge- und beachtet wird und eine sorgfältige Balance zwischen den realen, vom Kind (schon) gezeigten Selbstentwicklungspotentialen und deren behutsamer Focussierung durch den/die TherapeutIn gehalten wird. Die depressiv gefärbte Selbst-Struktur legt im Verhalten eher eine Über-Anpassung an die Vorgaben der Erwachsenen nahe, das Aufgeben eigener Entwicklungswünsche oder auch Verweigerungswünsche – die Situationskontrolle wird an andere delegiert... So besteht die Gefahr, dass in der therapeutischen Situation eine Wie-

derholung „alter“ Beziehungsmuster erfolgt: Der/die TherapeutIn unterstützt (über)aktiv die Expansionsbestrebungen des Kindes (verstärkt z.B. subtil aggressive Gefühlsäußerungen) und geht dabei jedoch über den eigentlichen „Stand“ des Kindes hinweg – das frühe „Affekt-Tuning“ setzt sich mit entgegengesetzter Polarität fort. Goetze (2002) weist in seinen Empfehlungen zur Therapie mit depressiven Kindern ausdrücklich auf den Umstand hin, dass „gerade das depressive Kind (...) nie das Gefühl bekommen [darf], dass es etwas von sich zeigen oder überhaupt spielen muss“ (ebd., S. 365).

Hier zeigt sich, dass im therapeutischen Prozess eine fortwährende „empathische Beobachtung“ (Schlippe-Weinberger 2004) und intensive Selbstreflexion des/der TherapeutIn nötig ist.

Differentielle und störungsspezifische Interventionen

Auf der Basis der entwicklungsförderlichen therapeutischen Beziehung – als wichtigster Wirkvariable (vgl. Orlinky et al. 1994, Grawe 1998, 2004) – ist es dann möglich und sinnvoll, spezifische Intervention einzusetzen bzw. gezielt weitere therapeutische Wirkfaktoren zu realisieren (vgl. zum Konzept der Wirkfaktoren in der Kindertherapie Fröhlich-Gildhoff et al. 2004) – ohne die Autonomie des Kindes einzuschränken (s.o.)! Goetze (2002) weist dabei darauf hin, dass dem Kind ein „Freiraum“ gegeben werden muss, „an der Behandlungsstrategie aktiv mitzuwirken“ (ebd. S. 365). Es ist dann legitim und sinnvoll, Methoden und Erkenntnisse anderer therapeutischer Verfahren so in den Therapieprozess einzubauen, dass die Selbstentwicklungspotentiale des Kindes gezielt gefördert werden; Essau & Petermann (2002) betonen unter Bezugnahme auf Weisz et al. (1999), dass „eine Integration unterschiedlicher Interventionen unumgänglich“ sei; „die einzelnen Interventionstechniken werden im Sinne einer multimodalen Behandlung meistens miteinander kombiniert“ (ebd., S. 312).

Möglichkeiten sind u.a.:

- Gezieltes Ermöglichen von positiven Selbstwirksamkeitserfahrungen durch die ‚Organisation‘ von Erfolgen (im Sinne „aktiver Hilfe bei der Problembewältigung“, Grawe 1998) sowie den „Aufbau und die Förderung angenehmer Aktivitäten“ (Groen et al. 2004, S. 476).
- Aktive Unterstützung bei der Selbstregulation z.B. durch Übungen zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung, zur Etablierung von stützenden Selbstinstruktionen („Filter“ beim Auftauchen negativer Emotionen, die das Selbst zu überfluten drohen) und zur Aufmerksamkeitszentrierung auf positive Emotionen; Essau & Petermann (2002) schlagen das Konzept einer „Selbstkontrolltherapie“ vor.
- Direktes Arbeiten an den selbstabwertenden Kognitionen, „negativen Denkstilen“ und „irrationalen Überzeugungen“ (hierzu finden sich eine Reihe von Interventionsmöglichkeiten bei Groen & Petermann 2002, S. 185ff, Groen et al. 2004, S. 476, Harrington 2001) sowie an der Veränderung des Attributionstils.
- Unterstützung beim Aufbau von Bewältigungs-, d.h. vor allem sozialen Kompetenzen z.B. durch genaue Situationsanalysen und -vorbereitungen, Rollenspiele u.ä. (vgl. auch hierzu: Groen & Petermann 2002). Für Essau & Petermann (2002, S. 313) zählt zum „Training sozialer Fertigkeiten“ insbesondere „Negative Selbstbehauptung (Der Patient wird darin trainiert, entweder Ansprüche anderer zurückzuweisen oder Kompromisse zu verhandeln und zu finden), Positive Selbstbehauptung (Patienten lernen, positive Gefühle anderen gegenüber auszudrücken) und Konversationsfertigkeiten (Patienten lernen, wie sie ein Gespräch beginnen, fortsetzen und beenden können, wie sie Fragen stellen und eine angemessene Selbstöffnung praktizieren können)“.
- Ergänzend sind gruppentherapeutische Interventionen anzubieten und durchzuführen. Im geschützten Rahmen der Gruppensituation lassen

sich insbesondere soziale Kompetenzen direkter einüben; die Ebene der „Peer-Group“ bietet zusätzliche Möglichkeiten der Rückmeldung, des Abgleichs von Wahrnehmungen und Kognitionen sowie des Modell-Lernens (Beispiele für Gruppenprogramme findet sich bei Hautzinger (2000) sowie Groen & Petermann (2002)).

Arbeiten mit dem Sozialen Umfeld

In die Therapie mit Kindern und Jugendlichen ist sinnvoller Weise das soziale Umfeld mit ein zu beziehen. Dies betrifft zum einen die Arbeit mit den direkten Bezugspersonen, i.d.R. die Eltern, aber auch das weitere Umfeld, z.B. LehrerInnen oder ErzieherInnen. Dabei geht es darum, dysfunktionale familiäre Interaktionsstile zu verändern, die Rolle des Kindes in der Familie zu reflektieren und eine ebenso autonomiegewährende wie stützende Beziehungsgestaltung zu fördern (zur Elternarbeit in der personenzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen vgl. Fröhlich-Gildhoff 2003b).

Im schulischen Kontext ist es wichtig, dass das Kind entsprechend seinen Möglichkeiten (wieder) Erfolgserfahrungen im Leistungsbereich, aber auch bzgl. der (Re-) Integration in soziale Zusammenhänge machen kann – hier können LehrerInnen wichtige therapieunterstützende Aufgaben übernehmen.

Die Vielfalt der aufgeführten psychotherapeutischen Unterstützungsmöglichkeiten ermöglicht es, im originär personenzentrierten Sinn dem einzelnen Kind ein spezifisches Begegnungsangebot zur Förderung seiner individuellen Selbstentwicklung zu machen.

Anmerkungen

¹ Das Konzept der Bindungstheorie ist – ebenso wie die Folgen von Bindungsstörungen – mittlerweile ausreichend differenziert beschrieben, so dass hier auf eine ausführlichere Darstellung verzichtet wird (vgl. z.B. Grossmann 2001, Grossmann et al. 1989, Spangler & Zimmermann 1995, Brisch 1999).

² Das Konzept der Entwicklungsaufgaben stammt ursprünglich von Havighurst (1948). Damit sind Aufgaben gemeint, die sich aufgrund körperlicher Veränderungen, gesellschaftlicher Anforderungen und/oder individueller Zielsetzungen dem Individuum in unterschiedlichen Entwicklungsabschnitten stellen und dann bewältigt werden müssen. Auflistungen von Entwicklungsaufgaben finden sich bei Schmidtchen (2001), für die ersten Lebensmonate bei Papousek (2004, S. 84) für das Jugendalter bei Fend (2001).

³ In diesem Abschnitt wird nur auf die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen eingegangen. Die Pharmakotherapie ist bei Kindern und Jugendlichen nicht das erste Mittel der Wahl: „Die positive Wirkung von Antidepressiva bei depressiven Kindern und Jugendlichen ist heute bei weitem nicht in einem so hohen Ausmaß wie bei Erwachsenen empirisch belegt“ (Groen et al. 2004, S. 478). Pharmakotherapie soll daher ausschließlich „als Teil eines therapeutischen Gesamtplans“ und „besonders bei schweren Fällen“ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2003, S. 59) bzw. „in schweren Fällen und begleitend zur Psychotherapie“ (Groen et al. 2004, S. 478) eingesetzt werden. Essau & Petermann (2002) betonen noch deutlicher, dass „pharmakologische Interventionen ausschließlich eine ergänzende Rolle [Hervorh. d. Verf.] im Rahmen einer umfassenden therapeutischen Behandlung spielen“ sollten. (ebd. S. 311; vgl. auch Groen & Petermann 2002, S. 200ff).

⁴ Aus sprachlichen Gründen wird im Folgenden nur der Begriff „Kind“ gebraucht – die dargelegten Prinzipien haben in gleicher Weise auch für Jugendliche Gültigkeit.

Literatur

Ainsworth, M., Blehar, M. C., Waters, E. R. & Wall, S. (1978). Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Hillsdale, New York: Erlbaum.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, S. 191–215.

Bandura, A. (Hrsg.) (1995). *Self-Efficacy in changing societies*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.

Behr, M. (2002). Therapie als Erleben der Beziehung – Die Bedeutung der interaktionellen Theorie des Selbst für die Praxis einer personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C., (Hrsg.): *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 1: Grundlagen und Konzepte. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

S. 95–122.

Bierman-Ratjen, E.-M. & Swildens, H. (1993). Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. In: Eckert, J., Höger, D. & Linster, H. (Hrsg.): *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*. Band 1. Köln: GwG-Verlag, S. 57–138.

Biermann-Ratjen, E.-M. (2002). Entwicklungspsychologie und Störungslehre. In: Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C., (Hrsg.): *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 1: Grundlagen und Konzepte. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. S. 11–34.

Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C., (Hrsg.) (1997). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 2: Anwendung und Praxis. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C., (Hrsg.) (2002, 2. überarb. Auflage). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 1: Grundlagen und Konzepte. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Boeck-Singelmann, C., Hensel, T., Jürgens-Jahner, S. & Monden-Engelhardt, C., (Hrsg.) (2003). *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*, Band 3: Störungsspezifische Falldarstellungen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Brisch, K.-H. (1999). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bronisch, T. (1995). *Der Suizid: Ursachen – Warnsignale – Prävention*. München: Beck.

Brüggemann, B. & Haltenhof, N. (2003). Die Geschlechterverteilung depressiver Störungen – der Einfluss soziokultureller Faktoren. In: Schütz, M. & Görtzel, B. (Hrsg.): *Diagnostik und Therapie depressiver Störungen*. Köln: Becker, S. 69–81.

Bründel, H. (2001). Suizid im Jugendalter. In: Raithel, J. (Hrsg.): *Risikoverhalten Jugendlicher: Formen, Erklärungen und Prävention*. Opladen: Leske+Budrich, S. 249–263.

Buddeberg-Fischer, B. & Klaghofer, R. (2002). Entwicklung des Körpererlebens in der Adoleszenz. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51. Jg., H. 9, S. 697–710.

Cicchetti, D. & Toth, S.L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, S. 541–565.

Davison, G.C. & Neale, J.M. (Hrsg.) (2002). *Klinische Psychologie: Ein Lehrbuch*. Weinheim: Beltz.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2003). *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln: Deut-

- scher Ärzte Verlag.
- Dickhaut, H. (1995). Selbstmord bei Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch für helfende Berufe und Eltern. Weinheim: Beltz.
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Heubrock, D. & Petermann, F. (2000). Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Bd. 2. Göttingen: Hogrefe.
- Dornes, M. (1995). Der kompetente Säugling. Frankfurt/M.: Fischer.
- Dornes, M. (1997). Die frühe Kindheit. Frankfurt/M.: Fischer.
- Dornes, M. (2000). Die emotionale Welt des Kindes. Frankfurt/M.: Fischer.
- Essau, C.A. (2002). Depression bei Kindern und Jugendlichen. München: Reinhardt.
- Essau, C.A. & Petermann, U. (2002). Depression. In: Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. (5. koor. Auflage). Göttingen: Hogrefe. S. 291–322.
- Essau, C.A., Karpinski, N.A., Petermann, F. & Conrad, J. (1998). Häufigkeit und Komorbidität psychischer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 46, S. 105–124.
- Fend, H. (2001). Entwicklungspsychologie des Jugendalters. (2.Aufl.). Opladen: Leske+Budrich.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2003a). Einzelbetreuung in der Jugendhilfe. Münster: Lit.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2003b). Bezugspersonenarbeit im Rahmen der personenzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen. In: Boeck-Singelmann, C., Hensel, T., Jürgens-Jahnert, S. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Band 3. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, S.293–326.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (im Druck). Grundelemente einer moderne Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Vorab-Veröffentlichung im Internet unter: http://www.efh-freiburg.de/Dokumente/Foehlich_Gildhof_artikel1.pdf
- Fröhlich-Gildhoff, K., Hufnagel, G. & Jürgens-Jahnert, S. (2004). Auf dem Weg zu einer Allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Die Praxis ist weiter als die Therapieschulen. (erscheint in: Dittrich, R. & Michels P. (Hrsg.). Auf dem Weg zu einer Allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Tübingen: DGVT-Verlag.) Vorab-Veröffentlichung im Internet unter: <http://www.efh-freiburg.de/Dokumente/froehlich/praxis.pdf>
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Hufnagel, G. (1997). Personenzentrierte Störungslehre unter besonderer Berücksichtigung moderner entwicklungspsychologischer Erkenntnisse. In: GwG-Zeitschrift 1/97, 28. Jg., S.37–49.
- Goetze, H. (2002). Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004a). Von der Verhaltenstherapie zur Neuropsychotherapie? Manuskript des Vortrags auf dem „Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie & Beratung“, Berlin 05.03.2004. (wird veröffentlicht in: Grawe K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe).
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung – ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. In: Psychotherapeut, 44, H. 2, S. 63–73.
- Gray, J.A. (1982). The neuropsychology of anxiety: An inquiry into the function of the septohippocampal system. New York: Oxford University Press.
- Groen, G. & Petermann F. (2002). Depressive Kinder und Jugendliche. Göttingen: Hogrefe.
- Groen, G., Pössel, P. & Petermann, F. (2004). Depression im Kindes- und Jugendalter. In: Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H. (Hrsg.): Entwicklungswissenschaft. Heidelberg: Springer, S. 437–481.
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2004). Inkongruenz und Fallkonzeption in der Psychologischen Therapie. In: Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis, 36, H. 1, S. 9–21.
- Grossmann, K. (2001). Die Geschichte der Bindungsforschung. In: Suess, G., Scheuerer-Englisch, H. & Pfeifer, W.-K. (Hrsg.): Bindungstheorie und Familiendynamik. Gießen: Psychosozial Verlag. S. 29–52.
- Grossmann, K. E., August, P., Fremmer, E., Friedl, A., Grossmann, K., Scheverer-Englisch, H., Spangler, G., Stephan, C. & Suess, G. (1989). Die Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung. In: Keller, H. (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung. Berlin: Springer-Verlag. S. 32–54.
- Harrington, R. (2001). Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (2000). Depression. In: Petermann, F. (Hrsg.): Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. Göttingen: Hogrefe. S. 161–172.
- Havinghurst, R. J. (1948). Developmental tasks and education. New York: Mc. Kay.
- Hufnagel, G. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2002). Die Entstehung seelischer Störungen – betrachtet aus einer personenzentrierten und entwicklungspsychologischen Perspektive. In: Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Hensel, T., Kemper, F. & Monden-Engelhardt, C., (Hrsg.). (2002, 2. überarb. Auflage). Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. S. 35–80.
- Jaede, W. (2002). Der entwicklungsökologische Ansatz in der Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: Boeck-Singelmann, C. et al. (Hrsg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen Bd 1, 2. völlig neu bearbeitete Auflage, Göttingen: Hogrefe, S. 123–150.
- Jerusalem, M. (1990). Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.
- Mc Cauley, E., Kendall, K. & Pavlidis, K. (1995). The development of emotional regulation and emotional response. In: Goodyer, I.M. (Hrsg.): The depressed child and adolescent: Developmental and clinical perspectives. Cambridge: Cambridge University Press S. 53–80.
- Klemenz, B. (2003). Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Nieder, T. & Seiffge-Krenke, I. (2001). Psychosoziale Determination depressiver Symptome im Jugendalter: Ein Vergleich der Geschlechter. In: Praxis der Kinderpsychologie und -psychiatrie, 50, S. 342–359.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990). Sex differences in depression. Stanford: Stanford University Press.
- Oerter, R.; v. Hagen, C.; Röper, G. & Noam, G. (Hrsg.) (1999). Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K., & Parks, B. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy. In: A.E. Bergin, & L.S. Garfield (Eds.), Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley. S. 270–376.
- Opp, G., Fingerle, M. & Freytag, A. (Hrsg.) (1999). Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München: Reinhardt.
- Papousek, M. (2004). Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In: Papousek, M., Schieche, M. & Wurmser, H. (Hrsg.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern, Göttingen: Huber. S. 77–110.
- Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H. (Hrsg.) (2004). Entwicklungswissenschaft. Heidelberg: Springer.
- Petermann, F., Kusch, M. & Niebank, K. (1998). Entwicklungspsychopathologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: PVU.
- Reinherz, H.Z., Giaconia, R.M., Pakiz, B., Silverman, A.B., Frost, A.K. & Lefkowitz, E.S. (1993). Psychosocial risks for major depression in the late adolescence: A longitudinal community study. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, S. 1155–1163.
- Resch, F. (2004). Entwicklungspsychopathologie der frühen Kindheit im interdisziplinären Spannungsfeld. In: Papousek, M., Schieche, M. & Wurmser, H. (Hrsg.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern, Göttingen: Huber. S. 31–48.
- Roth, M. (2002). Geschlechtsunterschiede im Körperbild Jugendlichen und deren Bedeutung für das Selbstwertgefühl. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 51. Jg. H. 3, S. 150–164.
- Rotter, J.B. (1966). General expectancies for internal vs. external control of reinforcement. In: Psychological Monographs, 80.
- Schmidtchen, S. (2001). Allgemeine Psychothe-

- rapie für Kinder, Jugendliche und Familien. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schlippe-Weinberger, S. (2004). Kindern spielend helfen – spielend leicht? Oder: Der Therapeut mit der Pappnase. Manuskript des Vortrags auf der Fachtagung „Entwicklung und Perspektiven der Personenzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“, Freiburg, 20.03.2004.
- Seligman, M.E. (1979). Erlernte Hilflosigkeit. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.
- Spangler, G. (2001). Die Psychobiologie der Bindung. Ebenen der Bindungsorganisation. In: Suess, G., Scheuerer-Englisch, H. & Pfeifer, W.-K. (Hrsg.): Bindungstheorie und Familiendynamik. Gießen: Psychosozial Verlag. S. 157–180.
- Spangler, G. & Zimmermann, H. (Hrsg.) (1995). Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. N. (1992). Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. N. (1995). Die Repräsentation von Beziehungsmustern, entwicklungspsychologische Betrachtungen. In: Petzold, R. (Hrsg.): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie & Babyforschung, Bd. 2., Paderborn: Junfermann. S. 193–219.
- Warnke, A. & Hemminger, U. (1999). Der Umgang mit suizidalen Kindern und Jugendlichen. In: Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, 4 (2), S. 164–171.
- Weinberger, S. (2001). Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung. Weinheim: Beltz.
- Weisz, J.R., Valeri, S.M., McCarty, C.A. & Moore, P.S. (1999). Interventions for child and adolescent depression: Features, effects and future directions. In: Essau, C.A. & Petermann, F. (Hrsg.): Depressive disorders in children and adolescence: Epidemiologie, risk factors and treatment. New Jersey: Jason Aaronson, S. 384–435.
- Wurmser, H. & Papousek, M. (2004). Zahlen und Fakten zu frühkindlichen Regulationsstörungen: Datenbasis aus der Münchner Schreiambulanz. In: Papousek, M., Schieche, M. & Wurmser, H. (Hrsg.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern, Göttingen: Huber. S. 49–76.
- Wustmann, C. (2003). Was Kinder stärkt – Ergebnisse der Resilienzforschung und ihre Bedeutung für die pädagogische Praxis. In: W.E. Fthenakis (Hrsg.), Elementarpädagogik nach PISA. Wie aus Kindertagesstätten Bildungseinrichtungen werden können. Freiburg: Herder. S. 106–135.

Ausgewählte Studien zur Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie bei an Depression erkrankten Personen

- Beutler LE, Engle D, Mohr D, Daldrup RJ, Bergan J, Meredith K & Merry W (1991). Predictors of Differential Response to Cognitive, Experiential, and Self-Directed Psychotherapeutic Procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 59, No. 2, 333-340.
- Böhme H, Finke J, Gastpar M & Staudinger T (1994) Die Veränderung von Kausalattributionen und Coping durch Stationäre Gesprächspsychotherapie. *Psychotherapie-Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 44, 12, 432-439.
- Böhme H, Finke J & Teusch L (1998) Effekte stationärer Gesprächspsychotherapie bei verschiedenen Krankheitsbildern: 1-Jahres-Katamnese. *Psychotherapie-Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 48, 1, 20-29.
- Böhme H, Teusch L & Finke J (Zum Druck eingereicht). Psychotherapy alone compared to combination with naturalistically applied antidepressants in mild to moderate depression – a matched comparison. *Psychotherapy and Psychosomatics*.
- Elliott R, Clark C, Kemeny V, Wexler MM, Mack C & Brinkerhoff J (1990) The Impact of Experiential Therapy on Depression: Initial Results. In: G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (Eds.). *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties (549-577)*. Leuven, Belgium: Leuven University Press.
- Greenberg LS & Watson JC (1998) Experiential therapy of depression: differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *(York I) Psychotherapy research*, 8, 210-224.
- Greenberg LS, Goldman R & Angus L (2001) The York II psychotherapy study on experiential therapy of depression. Unpublished manuscript, York University.
- King M, Sibbald B, Ward E, Bower P, Lloyd M, Gabbay M & Byford S (2000) Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behavior therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care (monograph). *Health Technology Assessment*, 4(19), 1-84.
- Teusch L, Böhme H, Finke J, Gastpar M, Skerra B (Zum Druck angenommen). Antidepressant medication and the assimilation of problematic experiences in psychotherapy. *Psychotherapy Research*.
- Watson JC & Greenberg LS (1996) Pathways to change in the psychotherapy of depression: Relating process to session change and outcome. *Psychotherapy: Theory, research, Practice, Training*, 33, 262-274.
- Watson JC, Gordon LB, Stermac L, Kalogerakos F & Steckley P (2003) Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71, 4, 773-781.

(dh)