

Depression

Martin Hautzinger

1 Beschreibung des Störungsbildes

Das 16jährige Mädchen fiel bei einer unserer Felduntersuchungen zu depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter dadurch auf, daß es in zwei Selbstbeurteilungsinstrumenten (DTK, vgl. Rossmann, 1993; DIKJ, vgl. Stiensmeier-Pelster et al., 1989) Werte erreichte, die im obersten Dezil (92. bzw. 95. Prozentrang) der Werteverteilung dieser Instrumente lagen und eine deutliche Beeinträchtigung ausdrückten. Übereinstimmend damit wurde sie von dem Klassenlehrer uns als niedergeschlagen, schwer zugänglich, schüchtern, unkonzentriert und problembeladen beschrieben. Die Eltern, die wir gerne fremdanamnestisch befragt hätten, waren jedoch nicht bereit, sich einem Interview zu stellen. Nach einem mit dem jugendlichen Mädchen durchgeführten strukturiertes klinisches Interview (DISK, vgl. Hautzinger et al., 1995) zeigte sich, daß sie früher bereits wegen Eßproblemen (Erbrechen nach Freßattacke) aufgefallen war, unbemerkt zwei „Selbstmordversuche“ (einmal mit Verletzung mit Messer, einmal mit Tabletten) unternommen hatte und regelmäßig (ca. 2 bis 3 mal pro Woche) Haschisch und (fast täglich) Alkohol (2 bis 3 Glas Wein oder Bier) konsumierte. Typisch für eine depressive Episode herrschten bei dem Mädchen Energie- und Lustlosigkeit, Abwertung der eigenen Person und des Aussehens, Angst, Hoffnungslosigkeit und Pessimismus als dominierende depressive Symptome vor. Sie gab außerdem an, schlecht zu schlafen (deshalb trinke oder kiffe sie ganz gern abends) und werde wie gerädert morgens wach. Zum Aufstehen müsse sie sich dann zwingen. Lernen falle ihr schwer und auf die schulischen Dinge könne sie sich kaum noch konzentrieren. In den Ferien sei alles noch schlimmer, da schlafen selbst bis mittags keine Erleichterung bringe.

Das Mädchen lebte mit den Eltern und einem älteren Bruder unter sozial angespannten Verhältnissen. Die Mutter ist Hausfrau und existiert nur für die Kinder und den Ehemann. Der Vater arbeitet bei einer Spedition als Lagerarbeiter. Der um drei Jahre ältere Bruder ist Vaters und Mutters Liebling und machte immer alles richtig, obgleich er von der Schule abgegangen war, die Ausbildung schon zweimal geschmissen und nun bei der Bundeswehr sich verpflichtet hatte. Die Patientin berichtet, daß sie zu Hause eigentlich immer nur Kritik und Ablehnung erfahren hatte. Die Mutter habe sogar einmal gesagt,

daß sie besser nicht geboren worden sei. Schon als Kindergartenkind wurde sie immer zu Wohlverhalten ermahnt und durch massive Drohungen eingeschüchtert. Sie kam mit den anderen Kindern nur schwer zurecht, wurde bald gehänselt und es gab Klagen seitens der Erzieherinnen, daß sie nicht mitmache, sich verkrieche und schwer zugänglich sei. Zur Einschulung wurde ihr von den Eltern mitgegeben, daß keine Klagen von der Schule erwartet werden, die Lehrer immer Recht hätten und sie es vermutlich sowieso nicht weit bringen werde. Trotz guter schulischer Leistungen, mit Ausnahme der Klagen über fehlende Mitarbeit und schlechten sportlichen Leistungen, erfuhr sie nie Anerkennung oder gar Lob. Trotz Gymnasiumsempfehlung waren die Eltern nur bereit, sie auf die Realschule zu lassen („Mädchen brauchen das nicht!“, „Du schaffst das sowieso nicht!“). In der Grundschule wurde sie viel gehänselt, da sie so unsportlich war und sich überhaupt mit den Kindern (z. B. in der Pause) schwer tat. In der Realschule setzte sich das fort und sie wurde wegen ihrer Kleidung aufgezo-gen, weil sie mit den oft teureren ober ganz modischen Klamotten der Mitschüler nicht mithalten konnte. Außerdem war sie immer noch still und schüchtern. Sie hatte bestenfalls oberflächliche Kontakte zu einigen Mitschülerinnen. Bis heute ist sie nur dann zu Klassenfesten eingeladen worden, wenn diese für alle stattfanden, private Feste blieben ihr bislang verschlossen. Außerhalb der Schule hat sie kaum Kontakte, ist viel zu Hause, lernt, hört Musik und liest. Sie muß außerdem im Haushalt helfen (auch etwas was der Bruder nie mußte). Den täglichen Alkohol kann sie sich aus dem familiären Vorrat problemlos besorgen. Schwieriger ist es mit dem Haschisch. Um dies finanzieren zu können, jobt sie stundenweise in einem nahegelegenen Supermarkt im Lager.

Um Hilfe wegen ihrer Trübsal, ihrer Energielosigkeit und dem Pessimismus habe sie noch nie nachgesucht. Beim ersten Suizidversuch (der Verletzung mit dem Messer) habe sie den Ärzten und den Eltern von einem Unfall im Haushalt erzählt. Die Mutter habe sie nur wegen ihrem selbst herbeigeführten Erbrechen angesprochen, Vorwürfe gemacht und nahegelegt, doch deshalb zum Arzt zu gehen, was sie jedoch nicht getan habe.

2 Differentialdiagnostik

Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen werden nach ICD-10 bzw. DSM-IV entsprechend denselben Kriterien beurteilt, wie sie für Erwachsene gelten (vgl. Essau & Petermann, 1996). Die junge Patientin erfüllt die Kriterien einer Major Depression (nach DSM-IV) bzw. einer depressiven Episode (nach ICD-10). Die depressive Episode ist gegenwärtig mittelschwer ausgeprägt (F32.10 nach ICD-10), ohne daß psychotische oder deutlich somatische Symptome das Störungsbild beherrschen. Hinweise auf manische oder hypomani-sche Symptome gibt es bislang nicht, was auf eine unipolare affektive Störung hinweist. Es ist jedoch gut möglich, daß in den nächsten Jahren maniforme

Symptome auftreten können, was dann zu der Änderung der Diagnose hin zu einer „Bipolaren affektiven Störung“ führen dürfte.

Zwei Jahre zurück gab es über eine mehrmonatige Phase Auffälligkeiten im Eßverhalten. Die Jugendliche aß damals häufig aus Frustration und dem Gefühl des Ungeliebtseins heraus größere Mengen Süßigkeiten, Eis, Knabberzeug, Nüsse, doch auch Joghurt, Quark, Karotten, saure Gurken usw. Nach derartigen, sich über mehrere Stunden erstreckenden „Völlereien“ versuchte die junge Patientin, diese Last wieder loszuwerden, indem sie sich selbstinduziert erbrach, was meist nur teilweise gelang. Kurzfristig bewirkte das In-sich-rein-essen eine Erleichterung und Distanz, doch spätestens nach dem Erbrechen kam sie sich bald wieder schlecht, ungeliebt, verzweifelt und noch verlassener vor. Lebensgeschichtlich rechtfertigen diese, heute überwundenen Symptome die Diagnose einer atypischen Bulimia nervosa (F50.3 nach ICD-10), da zum vollen Bild einer Bulimie mehrere Kernsymptome (wie z. B. übertriebene Kontrolle des Körpergewichts, Eßattacke über kurzen Zeitraum) fehlen.

Es liegt außerdem gegenwärtig ein seit über einem Jahr bestehender Substanzmißbrauch vor, wobei die Drogen ursprünglich zur Linderung der Beschwerden, vor allem der Schlafprobleme eingesetzt wurden. Inzwischen hat sich ein Gewohnheitsmuster herausgebildet, ohne daß es bislang zur Konsumsteigerung, zur Toleranzentwicklung oder gar zu Kontrollverlust gekommen ist.

3 Erklärungsansätze

Kenntnisse über Depression bei Jugendlichen. Aus mehreren Studien wissen wir (z.B. Lewinsohn et al., 1992), daß bei den 14- bis 18jährigen mit einer Punktprävalenz für Depressionen (unipolar) von 2,9 %, bei etwa doppelt so hohen Zahlen für Mädchen (3,9 %) als für Jungen (1,7 %), zu rechnen ist. Die Jahresprävalenz depressiver Störungen bei Jugendlichen erreicht Werte zwischen 5 und 6 Prozent (vgl. Essau & Petermann, 1996). Die weitaus größte Gruppe dabei erfüllen die Kriterien einer Major Depression (84 %). Die Komorbidität mit einer anderen Störung (48 %) und das Risiko von Selbstmordversuchen (36 %) ist hoch.

Typischerweise lassen sich depressive Jugendliche dadurch kennzeichnen, daß sie bereits früher psychische Beschwerden, vor allem depressiver Art, vielerlei sozial auffällige problematische Verhaltensweisen (Aggression, Verweigerung, Schulprobleme, Eßstörungen) und Selbstmordgedanken bis hin zu Selbstmordversuchen aufweisen. Das Denken ist von dysfunktionalen Kognitionen (Pessimismus, internale Mißerfolgsattributionen), negativem Körperbild, geringem Selbstwert, erhöhter Selbstaufmerksamkeit und emotionaler Abhängigkeit geprägt; es mangelt an sozialer Unterstützung. Die Bewältigungsversuche sind meist resignativ, wenig wirksam (Rückzug, Isolation) und eher schädlich (Al-

kohol, Nikotin, andere Drogen usw.). Das Fortbestehen von Restsymptomen und eine Vorgeschichte an Depressionen sind, neben den genannten Faktoren, prognostisch sehr ungünstige Faktoren.

Gefragt, was Jugendliche von einem Gruppenangebot zur Überwindung der dysphorischen Stimmung erwarten, gibt die Mehrheit an, Hilfen bei der Überwindung dieser Verstimmung (45 %), mehr Selbstwert erlangen (33 %), Lösung zwischenmenschlicher Konflikte verbunden mit dem Aufbau von hilfreichen Problemlösen.

Psychologische Erklärungskonzepte. Bei dem einleitend geschilderten Fall tragen vor allem die aversiven Umgebungs- und Familienbedingungen, die vielfältigen und häufigen Abwertungen, die Ermahnungen und Kritik sowie die Ablehnung bzw. fehlende Anerkennung dazu bei, daß sich bei dem Mädchen eine heftige Mißerfolgsorientierung, die Angst vor Ablehnung und Kritik, Selbstunsicherheit und Selbstzweifel herausbilden und jetzt ihre Wahrnehmung, ihr Denken und ihre Erwartungen bestimmen. Hinzu kommt, daß durch die (frühe) Angst und Verunsicherung sich nicht nur Hemmungen, sondern vor allem auch eine deutliche Verhaltensungeschicklichkeit entwickelten. Diese Verhaltensdefizite zeigen sich im Umgang mit Gleichaltrigen, Mitschülern, doch auch innerhalb der Familie. Es ist verständlich, daß sie sich lieber verkriecht und mit sich selbst beschäftigt. Diese Selbstbeschäftigung fordert jedoch immer nur die negative Sicht der eigenen Person und der Lebenslage zu Tage. Rasch setzt so eine negative Spirale ein, die tief in die dysphorische Verstimmung und den Lebensüberdruß führt.

Depressionen im Kindes- und Jugendalter werden, ähnlich wie bei anderen Altersgruppen (vgl. Hautzinger, 1991; 1996) häufig durch folgende Belastungen bedingt:

- Fehlende Anerkennung, Unterstützung, Wärme, Lob und Anerkennung (seitens der Herkunftsfamilie);
- Verluste, Enttäuschungen, Ausgrenzungen, Trennungen;
- Einschränkung der Kontakte, Rückzug, Isolation;
- Ängste, Hemmungen, Verhaltensdefizite (vor allem sozialer Art);
- interpersonelle Abhängigkeiten, emotionale Labilität;
- Mangel an positiven, verstärkenden Erfahrungen, nur aversive, ungeliebte Aktivitäten, Inaktivität, wenig strukturierte Tages- und Wochenabläufe;
- negativ verzerrtes Denken, Fehlverarbeitungen, Fehler nur bei sich selbst suchen, Selbstabwertungen;
- fehlendes bzw. wenig hilfreiches Problemlöse- und Bewältigungsverhalten.

Vereinfacht läßt sich so ein Modell konzipieren, das diese psychologischen und sozialen Faktoren berücksichtigt (in Anlehnung an Hautzinger, 1991) und in der Abbildung 1 dargestellt ist.

Auf der Endstrecke hin zu einer Depression kommen den aversiven Lebensbedingungen (negativen Konsequenzen), dem Mangel an positiven Erfahrungen (positiver Verstärkung), Verhaltensdefiziten (sozialer, problemlösender, lei-

stungsbezogener Art) sowie dysfunktionalen Kognitionen und Selbstzweifeln wesentliche Bedeutung zu. Über das Durchgangsstadium von Verunsicherung, Hemmung, Angst, fehlschlagender Bewältigungsversuche, Hilflosigkeit und interpersoneller Abhängigkeit entwickeln sich die affektiven, motivationalen, kognitiven, vegetativen und motorischen Symptome, aus denen sich die Diagnose einer Dysthymie bzw. Depression zusammensetzt. Die resultierenden Auffälligkeiten wirken im Sinne einer Rückkoppelungsschleife intensivierend auf die Ausgangsbedingungen zurück und wirken so selbstverstärkend auf die Depression ein.

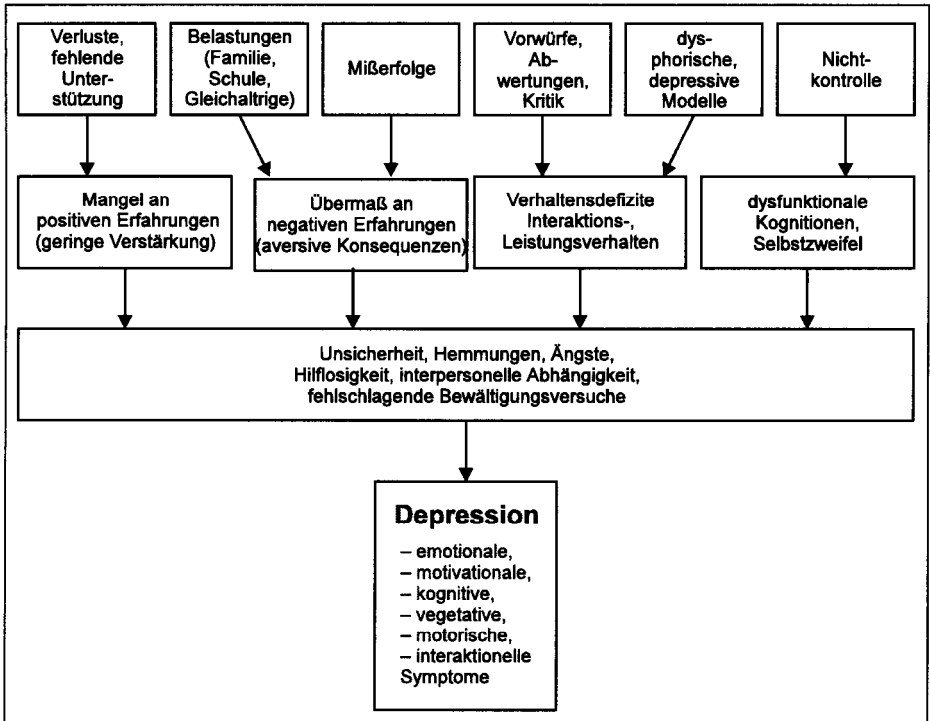


Abbildung 1:

Modell zur Entwicklung depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen

4 Interventionsprinzipien

Entsprechend dem zuvor dargestellten Bedingungsgefüge haben psychologische Interventionen einerseits die alltäglichen, familiären, schulischen und sozialen Belastungen zu reduzieren, andererseits auf die Lebensbedingungen strukturierend einzuwirken, damit positive Erfahrungen und Erfolgserlebnisse ermöglicht werden. Ferner müssen die sozialen, verhaltens- und leistungsbezogenen Defizite und ungünstigen Bewältigungsmuster durch therapeutische

Hilfen, Training, Übungen, Unterstützung, angemessene Modelle ausgeglichen werden. Schließlich kommt der Bearbeitung verzerrt negativer Verarbeitungsmuster, der Korrektur von Selbstzweifel, Fehlattritionen und anderer dysfunktionaler Kognitionen entscheidende Bedeutung bei.

Erfolgreiche Therapeuten (vgl. Hautzinger et al., 1995) sind positiv, zuversichtlich, beruhigend, konkret, strukturiert, problemorientiert, um Kooperation bemüht, erklärend, fassen wiederholt zusammen und bemühen sich um Rückmeldung. Ganz wesentlich ist, daß sie es schaffen, die erfolgversprechenden Interventionsprinzipien an die ganz persönliche Situation eines Kindes, eines Jugendlichen bzw. einer Familie anzupassen.

Antidepressionskurs für Jugendliche. Ziel dieser Gruppentherapie ist es, depressiven Jugendlichen ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Konzept zum Verständnis ihrer eigenen Verstimmungen und depressiven Beschwerden zu vermitteln und Strategien einzuüben, die für die Überwindung und die Prävention der affektiven Störungen hilfreich sind. Dabei geht es um die Zusammenhänge von Fühlen, Denken und Handeln sowie um die Möglichkeiten, auf jeder dieser menschlichen Erfahrungsebenen Veränderungen vorzunehmen. Sie werden in dem meist nur über sechs bis acht Wochen gehenden, doch zwölf bis 16 Gruppensitzungen umfassenden Kurs, mit verschiedenen Fertigkeiten ügend konfrontiert und in diesen trainiert. Das Vorgehen ist weitgehend strukturiert (es existiert ein bislang nicht publiziertes Therapie-Handbuch), doch läßt dies viel und genügend Raum für die Wünsche und Anliegen der Teilnehmer. Die folgende Abbildung (Abb. 2) stellt in einer Übersicht die einzelnen Elemente und deren Behandlung in dem Gruppengeschehen dar.

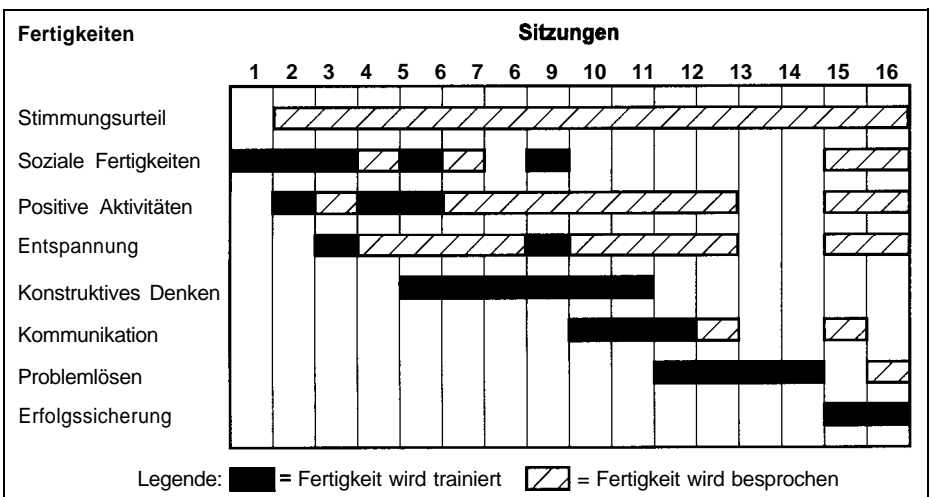


Abbildung 2:

Übersicht über die Elemente der Gruppentherapie mit depressiven Jugendlichen (nach Lewinsohn, Rohde & Hautzinger, 1994)

Während der gesamten Zeit führen die Gruppenmitglieder ein Stimmungstagebuch, das auch Platz läßt für Eintragungen zu Ereignissen, besonderen Vorkommnissen, genauen Protokollen von Stimmungstiefs. Diese Selbstbeobachtungen werden in den Gruppensitzungen immer wieder aufgegriffen und besprochen. Insbesondere die Beispiele werden in die Gruppe eingebaut, die gerade zu der bearbeiteten Thematik passen.

In den ersten Gruppensitzungen wird an den Fertigkeiten zum Kontaktaufbau, zur Selbstsicherheit und den befriedigenden Sozialbeziehungen gearbeitet. Es kommen rasch Übungen in der Gruppe und konkrete Aufgaben zwischen den Sitzungen auf die Jugendlichen zu. Auch der Einsatz von Videoaufzeichnungen findet hier statt. Die Steigerung angenehmer, positiv verstärkender Aktivitäten und Alltagserfahrungen schließt sich an. Dabei wird vor allem mit Tages- und Wochenprotokollen, Listen angenehmer Aktivitäten und Protokollen zur Dokumentation von Stimmung und Anzahl angenehmer Aktivitäten gearbeitet. Dieser Behandlungsabschnitt strukturiert auch den Tagesablauf und verschafft Rückmeldung über Erfolge.

Das Entspannungstraining (Progressive Muskelentspannung) wird als Kontrollstrategie gegen Verspannung, Verstimmung und Angst eingeführt. Es ist zum einen ein Weg, um auf der Ebene des Fühlens direkter einzugreifen, zum anderen um Fertigkeiten zur Angst- und Streßbewältigung verfügbar zu haben.

Die Bearbeitung negativer, selbstwertabträglicher, pessimistischer und verzerrter Kognitionen bestimmt das Gruppengeschehen, die Übungen und Aufgaben zwischen der fünften und der elften Sitzung. Hier kommen das Tagesprotokoll negativer Gedanken, das ABC-Schema, die Liste hilfreicher Gedanken und konstruktive Selbstinstruktionen zur Anwendung.

Im nächsten Abschnitt geht es um die Verbesserung der Interaktion und Kommunikation in der Familie bzw. engeren Sozialbeziehungen. Wir haben auch schon Gruppen durchgeführt, bei denen diese Elemente unter Beteiligung der Eltern besprochen und eingeübt wurden. Die Ergebnisse zeigen jedoch bislang keine Überlegenheit der Gruppen mit Elternbeteiligung. Die typischen Übungen dabei sind richtiges Zuhören, Verstärken, Paraphrasieren, konstruktive Kritik üben und Problemlösen.

Das zuletzt erwähnte Element wird dann nochmals in einem weiteren Abschnitt „Problemlösen“ intensiver bearbeitet. Dabei werden die Schritte des richtigen und hilfreichen Problemlösens erarbeitet, an Beispielen durchgespielt und im Alltag erprobt. In diesem komplexen Element werden die zuvor geübten Fertigkeiten (soziale Fertigkeiten, kognitive Techniken, Kommunikation) benötigt und integriert. Die letzte Sitzung ist reserviert für das Thema „Umgang mit Krisen, Rückschlägen, Stimmungsverschlechterungen und Notfällen“. Dafür werden persönliche Notfallpläne erarbeitet und der Nutzen der gelernten Kompetenzen herausgestellt.

In einer Studie haben wir speziell dafür dann im Verlauf eines Jahres mehrere Auffrischungssitzungen angeboten und durchgeführt. Die Ergebnisse dabei er-

brachten jedoch keine Überlegenheit dieser Gruppentherapie mit Auffrischungssitzungen gegenüber einer Gruppentherapie ohne diese zusätzlichen Gruppenangebote. Aus klinischer Sicht empfiehlt es sich, dennoch an diesen Auffrischungs- und Stabilisierungssitzungen zumindest über ein Jahr nach Behandlungsende festzuhalten.

Dieses gruppentherapeutische Angebot wurde inzwischen verkürzt und in eine Form gebracht, die den Einsatz bei weniger stark depressiven Kindern und Jugendlichen in der Schule (ab der Klasse 7) erlaubt. Die Inhalte sind im wesentlichen identisch, doch auf sechs Gruppensitzungen (zu mindestens 2 1/2stündiger Dauer) in wöchentlichem Abstand verdichtet.

Die ersten beiden Sitzungen beinhalten Spiele und Übungen zur Beeinflussung unserer Gefühle durch Kognitionen. In der dritten Sitzung geht es um die Beeinflussung von Belinden durch Entspannung, wozu konkret geübt wird und eine Übungskassette den Teilnehmern ausgeteilt wird. In der vierten Sitzung geht es um den Zusammenhang von Verhalten und Befinden. Insbesondere wird der Einfluß von Handlungen und Aktivitäten auf Gefühle und Stimmungen erarbeitet. Daraus ergeben sich dann Übungen zur Vermehrung angenehmer Aktivitäten und Tagesstrukturierung. Im Mittelpunkt der fünften Sitzung stehen Rollenspiele und Übungen zum Durchsetzen, zum Beziehungsaufbau und zur Selbstsicherheit. Es sollen soziale Fertigkeiten vermittelt werden, um damit über die Handlungsschiene Kontrolle über die Gefühle zu erlangen. In der letzten Sitzung werden die Elemente nochmals zusammen besprochen, es wird überlegt, wie die neuen Erfahrungen in den Alltag eingebaut und beibehalten werden können. Dabei kommt es nochmals zu Rollenspielen, Übungen zur Tagesstruktur und zum Zusammenhang von Denken und Fühlen. Es werden abschließend persönliche Vereinbarungen für die nächste Zeit geschlossen.

Ein fünfstufiges, überwiegend kognitives Therapiekonzept für die Behandlung depressiver Jugendlicher haben Belsher und Wilkes (1994) vorgestellt. Die erste Stufe zielt darauf ab, die Jugendlichen auf die Variabilität ihre Befindens und ihrer Stimmung über den Tag bzw. Woche hinzuweisen. Dazu werden Übungen und vor allem Hausaufgaben in Form von Beobachtungsprotokollen durchgeführt. Die Stufe 2 dreht sich um das Entdecken automatischer Gedanken, die besonders relevant für das emotionale Erleben sind. Auch dazu gibt es Übungsmaterialien. Während der dritten Stufe geht es um die Identifikation von Überzeugungen und Einstellungen der jugendlichen Depressiven. Dazu werden verschiedene Techniken (wie z. B. Pfeiltechnik, Genogramm) anhand konkreter Beispiele eingesetzt. Die Stufe 4 beinhaltet die Überprüfung, Beurteilung und das Hinterfragen der automatisch ablaufenden Kognitionen. Dazu schlagen die Autoren wieder verschiedene Methoden (wie z.B. Benennen kognitiver Muster, Technik des doppelten Standards, Pro und Contra, logische Analyse, Zeitprojektion) als mögliche Hilfe vor. Während des fünften Schrittes geht es um die Veränderung des dysfunktionalen und wenig hilfreichen Denkens depressiver Jugendlicher. Besonders bewährt hat sich dabei das „Spal-

tenprotokollblatt“ (Tagesprotokoll negativer Gedanken), alternative Erklärungen finden, Gedankenstopp, Ablenkung, Übertreibung und ins Gegenteil verkehren. Meist schließen sich als (fakultative) sechste Stufe verhaltensbezogene Methoden (wie z.B. Aktivitätsaufbau) und ein Problemlösetraining an.

Insgesamt wird deutlich, daß die verschiedenen Autoren, mit zum Teil unterschiedlicher theoretischer Herkunft und Schwerpunkt, zu sehr ähnlichen, ja identischen therapeutischen Vorschlägen und Methoden kommen. Die Abfolge ist meist anders und auch die Zeit, die mit einzelnen Methoden gearbeitet wird.

Ergebnisse der Gruppentherapie mit Jugendlichen. Die Ergebnisse zeigen bislang, daß dieses, an den Stärken und Ressourcen der Jugendlichen ansetzende Behandlungsangebot gut ankommt, erfolgreich die depressive Symptomatik reduziert und die Erfolge auch ein und zwei Jahre nach Kursende noch nachweisbar sind (Lewinsohn et al., 1994).

Bei 59 Jugendlichen konnte der BDI-Wert von anfangs 22 Punkten auf acht Punkte nach Abschluß des Gruppenangebots reduziert werden. Insgesamt 46 % erreichten BDI-Werte unter neun Punkten, was als weitgehend remittiert definiert war. In der (Warte-)Kontrollgruppe erreichten dieses Kriterium lediglich 5 %. Insgesamt 96 depressive Jugendliche nahmen an einer zweiten Studie teil. Auch dort zeigte es sich, daß durch diese Intervention der durchschnittliche BDI-Wert von 26 Punkten nach acht Wochen auf elf Punkte erfolgreich reduziert werden konnte. Über zwei Jahre Nachkontrolle wiesen nur 20 % der Patienten einen Rückfall dahingehend auf, daß sie wieder BDI-Werte von 18 oder mehr Punkten erreichten.

Erste Versuche, Prädiktoren für dieses Gruppenangebot zu bestimmen, zeigten, daß Jugendliche mit milderer Depressionen, geringen Angstwerten, jüngerem Alter, weniger extrem verzerrten Kognitionen und bereits einem gewissen Niveau an angenehmen, verstärkenden Aktivitäten Kandidaten für ein gutes Therapieergebnis sind. Da unserer Erfahrung nach Jugendliche selbst kaum um Hilfe oder gar Therapie nachsuchen, erscheint die Kooperation mit Institutionen (wie z.B. Schulen) notwendig, um die depressiv beeinträchtigten Jugendlichen zu erreichen und für die Teilnahme an der Gruppe zu motivieren.

Für die einleitend dargestellte junge Patientin war die achtwöchige Gruppe zwar ein guter und erfolgreicher Einstieg, doch ein nicht ausreichendes Therapieangebot. In der sich anschließenden, über weitere neun Monate und 23 Sitzungen gehende Einzeltherapie wurden die Elemente des Gruppenprogramms vertieft und die Kontrolle des Alkohol- und Haschischkonsums bearbeitet. Insbesondere die negative Selbstsicht, die Abwertungen, die Selbstzweifel wurden mit Methoden der kognitiven Therapie nach Beck et al. (1994) bearbeitet. Im einzelnen werden eingesetzt: konkrete Analyse typischer Situationen, Herausarbeiten der automatischen, verzerrt negativen Gedanken, sokratische Gesprächsführung zum Herausarbeiten der Berechtigung dieser Selbstabwertungen, Erarbeitung angemessener situationsnaher Gedanken, da-

bei Einsatz von Spaltenprotokollen, Kärtchen als Erinnerungshilfe angemessener, hilfreicher und positiver Kognitionen sowie Übungen im Alltag. Weitere Maßnahmen erstreckten sich auf den Umgang mit Gleichaltrigen, Video- und Rollenspielübungen des Verhaltens in sozialen Situationen. Die Eltern waren während des gesamten Zeitraums nicht zu einem gemeinsamen Gespräch bereit. Lediglich mit der Mutter konnte schon gegen Ende der Einzeltherapie ein längeres Telefongespräch geführt werden. Während des gesamten Zeitraums (fast ein ganzes Jahr) führte die Patientin das tägliche Stimmungsprotokoll (siehe Abb. 3), was in den Therapiesitzungen immer (zumindest) kurz besprochen wurde und oft Anstoß für eine detaillierte Bearbeitung war.

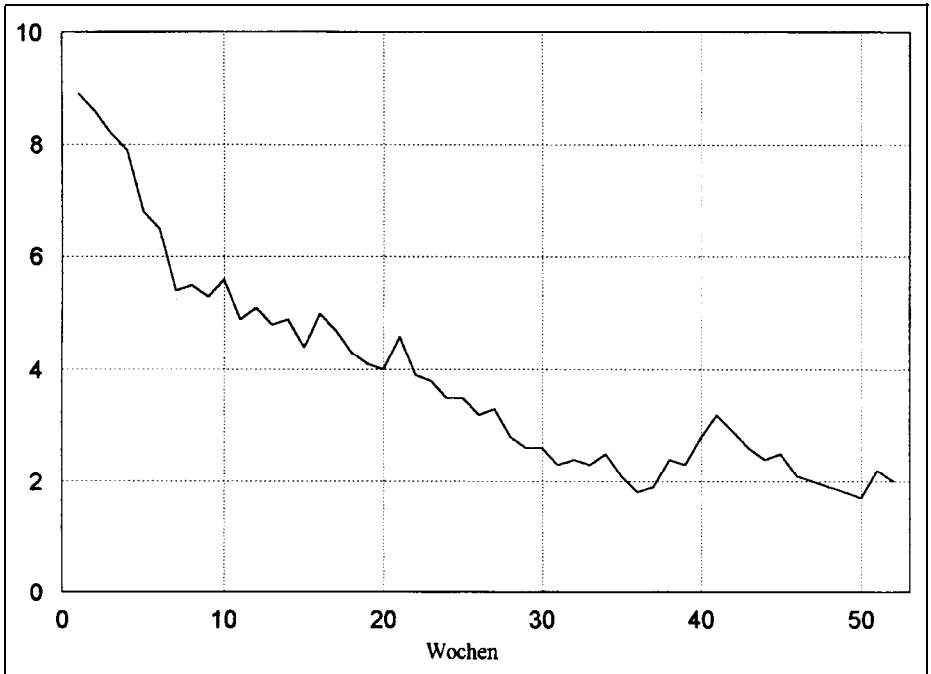


Abbildung 3:

Stimmungsprotokoll der jungen Patientin des Fallbeispiels während der Gruppentherapie und anschließend während der Einzeltherapie (die Kurve stellt die gemittelten Werte der Stimmungsurteile von 0 bis 10 dar)

Am Therapieende waren die Depressionswerte (DTK-Dysphorieskala, DIKJ) auf unauffällige Werte zurückgegangen (18. bzw. 25. Prozentrang). Diese Verbesserung schlug sich auch in der Erscheinung und dem Auftreten (Kleidung, Haare, Interaktionsverhalten, Körperhaltung) deutlich nieder. Die Sozialkontakte hatten sich vermehrt. Es bestanden nun regelmäßige Kontakt zu mehreren Gleichaltrigen; sie ging mit ihnen zu Veranstaltungen und wurde zu Festen eingeladen. Sie hatte sich außerdem, angeregt durch den Therapeuten, einem Karate-Club angeschlossen und nahm an dem Training zuverlässig teil. Das Unterrichtsverhalten profitierte ebenfalls, was durch die Noten (u. a. Verbes-

serung in Mitarbeit und Sport), doch auch durch Äußerungen von mehreren Lehrern bestätigt wurde.

5 Resümee

Die Fallgeschichte zeigt, daß Depressionen, die mit zum Teil erheblichem Ausmaß im Jugendalter vorkommen, häufig mit anderen Problemen (wie Substanzmißbrauch, Ängsten, Eßstörungen) verwoben sind. Die Behandlung Jugendlicher durch kognitive Verhaltenstherapie ist möglich und erfolgversprechend. Dabei kommen, altersangepaßt die gleichen Methoden wie bei älteren Patienten (Hautzinger et al., 1995) zur Anwendung. Die vorgestellte gruppen-therapeutische Verhaltenstherapie zur Überwindung depressiver Auffälligkeiten bei Jugendlichen (14 bis 17 Jahre) ist ein Angebot, das lebensraumnah (z. B. in der Schule, in Jugend-Treffs, in Kirchengemeinden) durchgeführt werden kann und seinen Indikationsbereich primär nicht bei der Therapie schwerer depressiver Jugendlicher hat. Der vorgestellte Fall macht deutlich, daß bei einer ernsthaften depressiven Problematik die Gruppentherapie durch verhaltenstherapeutische Einzeltherapie (idealerweise unter Einbezug der Eltern bzw. Familie) ergänzt werden muß.

Die hier gemachten Vorschläge sind bislang nicht ausreichend empirisch untersucht. Es liegen nur erste Ergebnisse vor (Lewinsohn et al., 1994), die jedoch nicht bei sehr ernsthaft depressiv beeinträchtigten Jugendlichen gewonnen wurden. Der Bedarf, weitere psychotherapeutische Vorgehensweisen zu entwickeln, ist angesichts fraglicher Wirksamkeit und Indikation einer Pharmakotherapie bei jugendlichen Depressiven (vgl. Ambrosini et al., 1993; Kazdin, 1994) dringend erforderlich. Darüber hinaus existieren meines Wissens bislang noch keine Vergleichsstudien zwischen Verhaltenstherapie und antidepressiver Pharmakotherapie. Zu wünschen wäre, daß die klinischen Aktivitäten in diesem Bereich verstärkt werden und sich mehr Forschergruppen der Entwicklung und Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen für Kinder und Jugendliche mit Depressionen annehmen (vgl. Kazdin, 1994).

Literatur

- Ambrosini, P. J., Bianchi, M. D., Rabinovich, H. & Elia, J. (1993). Antidepressant treatment in children and adolescents: I. Affective disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 14.
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1994). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 4. Auflage.
- Belsher, G. & Wilkes, T. C. R. (1994). Cognitive therapy: Intervention techniques of five steps in the therapeutic process (132-243). In T. C. R. Wilkes, G. Belsher, A. J. Rush & E. Frank (Eds.), *Cognitive therapy for depressed adolescents*. New York: Guilford.

- Essau, C. A. & Petermann, U. (1996). Depression. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (241-264). Göttingen: Hogrefe, 2., korrigierte Auflage.
- Hautzinger, M. (1991). Perspektiven für ein psychologisches Konzept der Depression. In C. Mundt, P. Fiedler, H. Lang & A. Kraus (Hrsg.), *Depressionskonzepte heute* (236-248). Berlin: Springer.
- Hautzinger, M. (1996). Affektive Störungen. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Klinische Psychologie, Störungsbilder*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Stark, W. & Treiber, R. (1995). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 3. Auflage.
- Hautzinger, M., Gomez, Y. & Bopp, C. et al. (1995). *Diagnostisches Interview für Kinder und Jugendliche (DISK)*. Mainz: Abteilung Klinische Psychologie am Psychologischen Institut der Universität Mainz.
- Kazdin, A. E. (1994). Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Aktueller Stand, Fortschritte und zukünftige Entwicklungen. *Psychotherapeut*, 39, 345-352.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H. & Andrews, J. A. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21, 385-401.
- Lewinsohn, P.M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J.R., Rohde, P., Andrews, J. A. & Hautzinger, M. (1992). Affektive Störungen bei Jugendlichen: Prävalenz, Komorbidität und psychosoziale Korrelate. *Verhaltenstherapie*, 2, 132-139.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P. & Hautzinger, M. (1994). Kognitive Verhaltenstherapie depressiver Störungen im Jugendalter. Forschungsergebnisse und Behandlungsempfehlungen. *Psychotherapeut*, 39, 353-359.
- Rossmann, P. (1993). *Depressionstest für Kinder (DTK)*. Bern: Huber.
- Stiensmeier-Pelster, J., Schurmann, M. & Duda, K. (1989). *Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ)*. Göttingen: Hogrefe.