



Spröder • Straub • Fegert • Kölch

Depression im Jugendalter

MICHI – Manual für
die Gruppentherapie



BELTZ

Spröder • Straub • Fegert • Kölch

Depression im Jugendalter

Nina Spröber • Joana Straub • Jörg M. Fegert • Michael Kölch

Depression im Jugendalter

MICHI – Manual für die Gruppentherapie

Mit Online-Materialien

1. Auflage

BELTZ

Anschrift der Autoren:

Dr. Nina Spröber
Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Steinhövelstraße 5
89075 Ulm
E-Mail: nina.sproeber@uniklinik-ulm.de

Joana Straub
Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Steinhövelstraße 5
89075 Ulm
E-Mail: joana.straub@uniklinik-ulm.de

Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Steinhövelstraße 5
89075 Ulm
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

PD Dr. Michael Kölch
Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie
Steinhövelstraße 5
89075 Ulm

Klinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik
Vivantes
Landsberger Allee 49
12149 Berlin
E-Mail: michael.koelch@vivantes.de

Dieses E-Book ist auch als Printausgabe erhältlich (ISBN 978-3-621-27956-7)

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

1. Auflage 2012

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2012
Programm PVU Psychologie Verlags Union
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Katharina Arnold
Herstellung: Sonja Frank
Reihengestaltung: Federico Luci, Odenthal
Umschlagbild: VEER/PHP 3065319
Satz: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

E-Book

ISBN 978-3-621-27969-7

Inhaltsübersicht

Vorwort	11
Teil I Grundlagen	15
1 Beschreibung des Störungsbildes	17
2 Epidemiologie und Komorbidität	22
3 Störungstheorien	27
4 Diagnostik	33
5 Therapie der Depression	40
6 Grundprinzipien von MICHI	42
Teil II Die einzelnen Sitzungen	59
7 Erste Sitzung: »Mehr Wissen über (meine) Depression«	61
8 Zweite Sitzung: »Die Sache mit den Gefühlen«	68
9 Dritte Sitzung: »Ich kann meine Gefühle beeinflussen«	75
10 Vierte Sitzung: »Ich kann Gedanken verändern«	85
11 Fünfte Sitzung: »Gesund bleiben mit Unterstützung anderer«	94
12 Auffrischungssitzung	103
13 Evaluation	111
Teil III Anhang	115
Traineranleitungen	117
Personalausweise (Beispiele)	175
Literaturverzeichnis	181
Hinweise zu den Online-Materialien	188
Sachwortverzeichnis	189

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	11
Teil I Grundlagen	15
1 Beschreibung des Störungsbildes	17
Martina Bonenberger	
1.1 Bezeichnung und Klassifikation	17
1.2 Symptomatik im Entwicklungskontext	19
2 Epidemiologie und Komorbidität	22
Martina Bonenberger	
2.1 Prävalenz	22
2.2 Erstmanifestation, Verlauf und Prognose	22
2.3 Komorbidität	23
2.4 Suizidrisiko	24
2.5 Resilienz und Prävention	25
3 Störungstheorien	27
Martina Bonenberger	
3.1 Kognitive Theorien	27
3.1.1 Kognitives Depressionsmodell	27
3.1.2 Theorie der Hoffnungslosigkeit	28
3.2 Verstärkerverlust-Theorie	29
3.3 Integrative Modelle	30
4 Diagnostik	33
Martina Bonenberger	
4.1 Anamneseerhebung	33
4.2 Diagnostische Verfahren	34
4.2.1 Interviews	34
4.2.2 Störungsspezifische Instrumente	35
4.3 Ergänzende Diagnostik	37
4.4 Differenzialdiagnosen	37
5 Therapie der Depression	40
Martina Bonenberger	
5.1 Kognitiv behaviorale Interventionen	40
5.2 Psychopharmakologie	40
5.3 Komorbidität bei der Therapieplanung	41

6	Grundprinzipien von MICHI	42
6.1	Kognitiv-behaviorales Behandlungskonzept	43
6.1.1	Erweiterung des Wissens über Depression	43
6.1.2	Aufbau von Aktivitäten	43
6.1.3	Kognitive Umstrukturierung	44
6.1.4	Problemlösetraining	44
6.1.5	Verbesserter Umgang mit Krisen	45
6.1.6	Verbesserung des Selbstwerts/Ressourcenaktivierung	46
6.1.7	Selbstmanagement und Rückfallprophylaxe	46
6.2	Therapiephasen	46
6.3	Vorbereitung auf die Gruppensitzungen	47
6.3.1	Die Trainer und Trainerinnen	48
6.3.2	Planung der Sitzungen	48
6.3.3	Material	50
6.4	Rahmenbedingungen der Sitzungen	50
6.4.1	»Blitzlicht«	50
6.4.2	Praxis- und Theorieteil	52
6.4.3	Alltagsaufgaben	53
6.4.4	Take-home-Messages	55
6.5	Umgang mit schwierigen Situationen	56
6.5.1	Gruppenzusammenhalt/Vertrauen	56
6.5.2	Anwesenheit	56
6.5.3	Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten	57

Teil II Die einzelnen Sitzungen 59

7	Erste Sitzung: »Mehr Wissen über (meine) Depression«	61
7.1	Begrüßung und Vorstellung von MICHI	63
7.2	Das Kennenlernen	63
7.3	Psychoedukation	64
7.4	Alltagsaufgaben	66
7.5	Take-home-Messages	66
8	Zweite Sitzung: »Die Sache mit den Gefühlen«	68
8.1	Individuelle Ressourcen und Stärken	70
8.2	Ursachen der eigenen Depression	71
8.3	Alltagsaufgaben	73
8.4	Take-home-Messages	74
9	Dritte Sitzung: »Ich kann meine Gefühle beeinflussen«	75
9.1	Selbstwert	76
9.2	Gefühlsthermometer	78

9.3	Alltagsaufgaben	83
9.4	Take-home-Messages	83
10	Vierte Sitzung: »Ich kann Gedanken verändern«	85
10.1	Der GLÜCK-Plan	86
10.2	Überlebenshilfe bei Krisen	89
10.3	Gedanken kontrollieren und verändern	89
10.4	Alltagsaufgaben	92
10.5	Take-Home-Messages	93
11	Fünfte Sitzung: »Gesund bleiben mit Unterstützung anderer«	94
11.1	Begrüßung der Vertrauenspersonen und Besprechung der Alltagsaufgaben	96
11.2	Probleme lösen	96
11.3	Austausch mit der Vertrauensperson	100
11.4	Psychoedukation für Vertrauenspersonen	101
11.5	Take-home-Messages	102
12	Auffrischungssitzung	103
12.1	MICHI-Quiz	104
12.2	Zeitleiste	107
12.3	Praktische Anwendung erlernter Strategien aus MICHI	107
13	Evaluation	111
13.1	Pilotstudie mit stationären Patienten	111
13.2	Pilotstudie mit ambulanten Patienten	112
Teil III	Anhang	115
	Traineranleitungen	117
	Personalausweise (Beispiele)	175
	Literaturverzeichnis	181
	Hinweise zu den Online-Materialien	188
	Sachwortverzeichnis	189

Vorwort

*»My emotions are storming
And tears fall just like rain
Pain strikes like lightning
Despair is becoming my friend.«*

(»Papa Roach«, Passage aus dem Song »Black Clouds«)

Negative Gefühle, wie sie in dem Text von der Band Papa Roach beschrieben werden, kennen viele Jugendliche. Bei den meisten vergehen diese Phasen von selbst. Bei einem anderen Teil gelingt dies jedoch nicht so einfach. Heftige Gefühle von Traurigkeit bis hin zur Gereiztheit, gepaart mit Selbstwertproblemen, Schlaflosigkeit, Erschöpfungsgefühlen, Freudeverlust und sozialem Rückzug persistieren: Der Jugendliche leidet unter einer depressiven Episode. Und dies kommt im Jugendalter häufig vor. Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres entwickeln ungefähr ein Fünftel der Jugendlichen eine depressive Episode. Bei bis zu zwei Dritteln der depressiven Jugendlichen kommt es zu weiteren komorbiden Störungen wie Angststörungen, Verhaltensstörungen und Substanzmissbrauch. Darüber hinaus treten häufig Leistungsprobleme (z. B. aufgrund von Konzentrationsproblemen, Schulabsentismus), ein verringertes soziales Funktionsniveau, sexuelles Risikoverhalten, gesundheitliche Beschwerden, verringertes Selbstwertgefühl und ein erhöhtes Suizidrisiko auf. Bei Jugendlichen stellt der Freitod die zweithäufigste Todesursache nach Verkehrsunfällen dar. Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren weisen sogar die höchste Rate an Suizidversuchen überhaupt auf. Das Auftreten von Depressionen im Jugendalter erhöht darüber hinaus die Auftretenswahrscheinlichkeit für weitere depressive Episoden im Erwachsenenalter.

Dies alles sind Gründe, um für depressive Jugendliche möglichst rasch wirksame Interventionen anzubieten. Vor allem, weil gerade im Jugendalter viele wichtige »Weichenstellungen« (z. B. in Schule, Beruf, Freundschaften) stattfinden, Entwicklungsaufgaben wie Veränderung der Leistungsbereitschaft, Übernahme von Verantwortung für die Gesellschaft, Loslösung von den Eltern bewältigt werden müssen. An die Jugendlichen werden viele Ansprüche gestellt, depressive Episoden erschweren es, diese zu erfüllen.

Die Versorgungsrealität steht in Deutschland jedoch in Diskrepanz zu der Behandlungsnotwendigkeit: Nur 30–35 Prozent der Menschen mit Depression werden ärztlich/psychotherapeutisch erkannt, und davon erhalten wiederum nur 6–9 Prozent eine suffiziente Behandlung (Hegerl, 1999). Über die Gründe lässt sich vor allem bei Jugendlichen viel spekulieren. Ein Grund ist sicherlich die lange Wartezeit auf einen Therapieplatz bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten bzw. -psychiater. Darüber hinaus spielen weitere individuelle Faktoren eine Rolle wie hohe Schulanforderungen und damit einhergehende geringe zeitliche Kapazitäten, Angst vor Stigmatisierung sowie das Symptom der Antriebslosigkeit und geringer Selbst-

wirksamkeitserwartung depressiver Jugendlicher. All dies macht es schwer, eine Psychotherapie zu beginnen, regelmäßig an den Therapiesitzungen teilzunehmen und Therapie-Inhalte auf den Alltag zu transferieren. Depressive Episoden werden jedoch bei Jugendlichen häufig auch schlichtweg nicht erkannt bzw. als »pubertäre Phase« abgetan.

Viele Studien konnten zeigen, dass die kognitive Verhaltenstherapie – oft schon nach wenigen Sitzungen – mit guten Therapieerfolgen in der Behandlung von Depressionen bei Jugendlichen einhergeht. Die hohe Plastizität des Gehirns, gerade im Jugendalter, lässt darüber hinaus eine schnellere Verankerung des Erlernen erwarten.

Mit der Entwicklung des in diesem Buch vorgestellten Behandlungsprogramms MICHI (**M**anualized **i**ntervention to **c**ope with depressive symptoms, **h**elp to strengthen resources and improve emotion regulation) haben wir verschiedene Ziele verfolgt: Zum einen war es uns ein Anliegen, ein Therapieprogramm zu entwickeln, das zeit- und ressourcenfreundlich, aber dennoch effektiv zur Reduktion depressiver Symptome in ihrer vollen Bandbreite ist, die Jugendlichen zur aktiven Teilnahme motiviert, den Alltagstransfer der im Training erlernten Strategien wirkungsvoll unterstützt und in unterschiedlichen Behandlungssettings durchgeführt werden kann. Zum anderen sollte durch die Kürze des Programms auch auf ein niedrigschwelliges Behandlungsangebot fokussiert werden, um gerade früh bei Störungen intervenieren zu können.

Dazu haben wir uns bei der Auswahl der Inhalte auf die Elemente konzentriert, die sich in Studien als spezifisch wirkungsvoll zur Reduktion von Depressionen erwiesen haben. Da auch Jugendliche behandelt werden sollen, die an einer mittelgradigen bis schweren Symptomatik leiden, war es uns wichtig, konkrete Strategien zum Krisenmanagement einzubauen. Durch die Durchführung des Trainingsprogramms als Gruppentraining können zum einen mehrere Jugendliche zeitgleich behandelt werden, zum anderen können sich die Jugendlichen im Training gegenseitig (z. B. durch Modellverhalten, Rückmeldungen, Humor) unterstützen. In den einzelnen Sitzungen haben die Jugendlichen die Möglichkeit, sich einzubringen und die zunächst theoretisch und interaktiv erarbeiteten Strategien auszuprobieren. Ihre aktive und zuverlässige Teilnahme wird durch ein Verstärkersystem belohnt. Bei der Therapie mit Jugendlichen hat sich der Alltagstransfer oft als eine besondere Herausforderung erwiesen: Jugendliche möchten meist selbständig sein, wehren sich in vielen Fällen gegen zu viel »Einmischung« der Eltern/von Bezugspersonen, gleichzeitig gelingt ihnen aber eine selbständige Umsetzung von neuen Verhaltensweisen im Alltag nur unzureichend. In MICHI haben die Jugendlichen die Möglichkeit, ihre Unterstützungspersonen, die sogenannten Vertrauenspersonen, selbst auszuwählen, sie können Eltern/Elternteile zum Training mitbringen, aber auch Freundinnen/Freunde, Großeltern, Tanten oder Geschwister.

Damit das Trainingsprogramm von möglichst vielen Fachpersonen angewendet werden kann, haben wir die Durchführung des Trainingsprogramms sehr genau, übersichtlich und anwenderfreundlich beschrieben. ☺ Die Trainingsanleitung für

Trainerinnen/Trainer und Handouts für die Jugendlichen inklusive Material wie Folien, Plakate, Material für Übungen und Spiele können online unter www.beltz.de abgerufen werden. Die Traineranleitung befindet sich zudem im Anhang des Buches. Die Vorbereitung der Trainerinnen und Trainer wird dadurch erleichtert, dass in einem Überblick Material und Inhalte der einzelnen Sitzungen rasch erfasst werden können. Im Buch werden die einzelnen Sitzungen vertieft vorgestellt und erläutert. Am Ende des Buches haben wir die ersten Ergebnisse zur Wirksamkeit des Trainingsprogramms zusammengefasst.

Wir wünschen allen Trainerinnen und Trainern und allen Jugendlichen eine erfolgreiche Durchführung von MICHI. Wir haben über die Zeit hinweg das Trainingsprogramm evaluiert (Teile der Evaluation sind in Kapitel 13 dargestellt) und anhand der Rückmeldungen der Jugendlichen das Trainingsprogramm kontinuierlich verbessert. In der vorliegenden Form ist es in unseren Trainingsgruppen auf breite Akzeptanz gestoßen und hat Freude bei der Durchführung gemacht.

Die Entwicklung und Realisierung des Manuals wurde durch viele Personen, deren Engagement und Interesse unterstützt, denen wir an dieser Stelle ganz herzlich danken wollen: Inma Gonzalez, Anja Voit, Corinna Mors und Daniela Ahlbeck als die Mitstreiterinnen »der ersten Stunde«, Birgit Pemberger für die ansprechenden Illustrationen, Elisabeth und Gerhard Libal, den Kolleginnen und Kollegen der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm und Prof. Dr. Schulte-Körne mit seinem Team der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München für die Kooperation in der Forschungstätigkeit, Katharina Arnold für ihre wertschätzenden und hilfreichen Rückmeldungen als Lektorin bei der Erstellung des Manuals. Ganz besonders danken wir Martina Bonenberger, die unser Autorenteam tatkräftig unterstützt hat und in diesem Buch als Beiträgerin (Kap. 1–5) mitgewirkt hat. Und nicht zuletzt gilt unser Dank den Jugendlichen und ihren Bezugspersonen mitsamt den Trainingspaten für ihre konstruktiven Rückmeldungen.

Ulm/Berlin, im Frühjahr 2012

*Dr. Nina Spröber
Dr. Michael Kölch*

Teil I

Grundlagen

1 Beschreibung des Störungsbildes

Martina Bonenberger

1.1 Bezeichnung und Klassifikation

Depressive Störungen bedeuten für Kinder und Jugendliche eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität und ihrer Entwicklungsmöglichkeiten. Im schulischen oder privaten Alltag werden sie dennoch häufig nicht erkannt oder inadäquat behandelt (Pössel, 2009). Betrachtet man die Wortherkunft, so entstammt der Begriff »Depression« dem lateinischen Wort »deprimere« und bedeutet so viel wie »niederdrücken«. Zwischen einer gedrückten, niedergeschlagenen Stimmung und einer klinisch bedeutsamen Depression besteht allerdings ein großer Unterschied. Klinisch werden verschiedene Formen von depressiven Störungen unterschieden, wobei die unterschiedlichen Störungsbilder durch gemeinsame Grundsymptome gekennzeichnet sind. Diese werden in den Klassifikationssystemen aufgrund von Dauer und Verlauf, Schweregrad und einzelnen Störungsanzeichen differenziert und spezifiziert. Als gängige klinische Klassifikationssysteme dienen zurzeit die »Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD, Kapitel V (F)« der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der aktuellen 10. Revision (ICD-10; Dilling et al., 2004; Remschmidt et al., 2006) und das »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR« der American Psychiatric Association (APA) in der aktuellen 4. Auflage (DSM-IV-TR; APA, 2000). Begrifflich beinhaltet das ICD-10 die Bezeichnung der »depressiven Episode (F32.x)«, während im DSM-IV der Begriff der »Major Depression (296.2x)« verwendet wird. Das ICD-10 dient im europäischen Raum als Grundlage für die Diagnosestellung, sodass im Verlauf dieses Buches ebenfalls zumeist die Bezeichnung der »depressiven Episode« Verwendung findet.

Obwohl der Begriff Depression auch umgangssprachlich für eine traurige und bedrückte Stimmung verwendet wird, darf eine depressive Störung klinisch erst diagnostiziert werden, wenn bestimmte Merkmale über eine Mindestdauer von zwei Wochen hinweg auftreten. Die diagnostischen Kriterien einer depressiven Episode nach dem ICD-10 sind in Tabelle 1.1 dargestellt.

Mindestens zwei der typischen Hauptkriterien müssen für die Diagnose einer depressiven Episode vorliegen. Weiterhin wird der Schweregrad durch die Anzahl der zusätzlich vorhandenen Symptome festgelegt. In beiden Klassifikationssystemen wird eine deutliche Beeinträchtigung bei der Bewältigung alltäglicher Anforderungen mit einer Depression in Zusammenhang gebracht. Diese äußert sich bei Kindern und Jugendlichen häufig in einer Beeinträchtigung der Beziehung zu Familienangehörigen und Freunden, Schwierigkeiten in sozialen Situationen, Problemen in Schule, Ausbildung oder Beruf oder in mangelndem Interesse für Freizeitaktivitäten (DGKJP, 2007).

Tabelle 1.1 Klassifikationskriterien einer depressiven Episode nach dem ICD-10 (aus Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006, S. 167)

ICD-10: depressive Episode (F32.x)

Mindestens zwei der folgenden drei Symptome liegen vor:

- (1) eine depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend;
- (2) Interessen oder Freudverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren;
- (3) verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit.

Ein oder mehr zusätzliche der folgenden Symptome:

- (1) Verlust des Selbstvertrauens oder Selbstwertgefühles;
- (2) unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle;
- (3) wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid, suizidales Verhalten;
- (4) Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit;
- (5) psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv);
- (6) Schlafstörungen jeder Art;
- (7) Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung.

Eine Übersicht der diagnostischen Kriterien der Major Depression nach der deutschen Bearbeitung des DSM-IV von Saß et al. (2003) ist zum Vergleich in Tabelle 1.2 aufgeführt.

Tabelle 1.2 Klassifikationskriterien der Major Depression nach dem DSM-IV (aus Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003, S. 149–151)

DSM-IV: Major Depression (296.2x)

Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen während derselben Zwei-Wochen-Periode und stellen eine Änderung gegenüber der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit dar; mindestens eines der Symptome ist entweder (1) depressive Verstimmung oder (2) Verlust an Interesse oder Freude.

- (1) Depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages;
Beachte: kann bei Kindern und Jugendlichen auch reizbare Verstimmung sein.
- (2) Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten;
- (3) Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät; oder Gewichtszunahme;
Beachte: Bei Kindern ist das Ausbleiben der erwarteten Gewichtszunahme zu berücksichtigen.
- (4) Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen;
- (5) Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen;
- (6) Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen;
- (7) Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle an fast allen Tagen;
- (8) Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen;
- (9) Wiederkehrende Gedanken an den Tod, wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids.

1.2 Symptomatik im Entwicklungskontext

Grundsätzlich werden in beiden Klassifikationssystemen für Kinder und Erwachsene dieselben diagnostischen Kriterien zugrunde gelegt. Allerdings berücksichtigt das DSM-IV einige Unterschiede in Bezug auf die depressive Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen. So wird als Hilfestellung bei der Diagnostik ausdrücklich auf die Entwicklungs- und Altersabhängigkeit einiger Symptome hingewiesen. Das DSM-IV berücksichtigt zudem die Möglichkeit reizbarer Stimmung als Kernsymptom einer depressiven Störung bei Kindern und Jugendlichen (Saß et al., 2003). Im ICD-10 wird auf das häufige Vorkommen eines untypischen Erscheinungsbildes der Depression in der Jugend aufmerksam gemacht (Remschmidt et al., 2006).

Lange Zeit wurde in der Fachwelt davon ausgegangen, dass depressive Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter aufgrund verschiedener Entwicklungsaspekte noch keine klinische Relevanz aufweisen. Erst seit wenigen Jahrzehnten gewinnt die Diagnose und Therapie der Depression bei Kindern und Jugendlichen berechtigterweise zunehmend an Bedeutung. Die Kriterien der gängigen Diagnosesysteme werden in der Praxis, unter Berücksichtigung der verschiedenen Besonderheiten, auch bei Kindern und Jugendlichen verwendet. Wie aus Tabelle 1.3 ersichtlich, unterscheiden sich die Symptome einer Depression bei Kindern und Jugendlichen umso stärker von der Symptomatik bei Erwachsenen, je jünger die Kinder sind.

Tabelle 1.3 Veränderung der Symptome im Entwicklungsverlauf (aus DGKJP, 2007, S. 59)

Im Kleinkindalter (1–3 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ wirkt traurig ▶ ausdrucksarmes Gesicht ▶ erhöhte Irritabilität ▶ gestörtes Essverhalten ▶ Schlafstörungen ▶ selbststimulierendes Verhalten: Jactatio capitis, exzessives Daumenlutschen ▶ genitale Manipulationen ▶ auffälliges Spielverhalten: reduzierte Kreativität und Ausdauer ▶ Spielunlust ▶ mangelnde Phantasie
Im Vorschulalter (3–6 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ trauriger Gesichtsausdruck ▶ verminderte Gestik und Mimik ▶ leicht irritierbar und äußerst stimmungslabil ▶ mangelnde Fähigkeit, sich zu freuen ▶ introvertiertes Verhalten, aber auch aggressives Verhalten ▶ vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten ▶ Essstörungen bis zu Gewichtsverlust/-zunahme ▶ Schlafstörungen: Alpträume, Ein- und Durchschlafstörungen