



Groen • Petermann • Tewes

THERAPIE-TOOLS



Depression im Kindes- und Jugendalter

3. Auflage

BELTZ

Groen • Petermann • Tewes

Therapie-Tools

Depression im Kindes- und Jugendalter



© Hergen Schimpf

Prof. Dr. Gunter Groen, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut, ist Professor für Psychologie im Studiengang Soziale Arbeit an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg. Zu seinen Schwerpunktthemen gehört die Klinische Kinderpsychologie.



© Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation.
Universität Bremen

Prof. Dr. Franz Petermann (†) war Direktor des Zentrums für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen.



© PKL

Dr. Alexander Tewes, Dipl.-Psych., Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, ist Leiter des Lüneburger Ausbildungsinstituts für Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie (LAKIJU-VT) an der Psychiatrischen Klinik Lüneburg (PKL).

Gunter Groen • Franz Petermann • Alexander Tewes

Therapie-Tools Depression im Kindes- und Jugendalter

Mit Online-Material

3., neu ausgestattete Auflage

BELTZ

Prof. Dr. Gunter Groen
Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Alexanderstr. 1
20099 Hamburg
E-Mail: Gunter.Groen@haw-hamburg.de

Dr. Alexander Tewes
Lüneburger Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie (LAKIJU-VT)
Psychiatrische Klinik Lüneburg (PKL)
Am Wienebütteler Weg 1
21339 Lüneburg
E-Mail: Alexander.Tewes@pk.lueneburg.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29360-3 Print
ISBN 978-3-621-29361-7 E-Book (PDF)

3., neu ausgestattete Auflage 2025

© 2025 Programm PVU Psychologie Verlags Union
Verlagsgruppe Beltz
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Karin Ohms
Umschlagbild: Sonja Frank

Herstellung: Victoria Larson
Illustrationen: Claudia Styrsky
Satz: Markus Schmitz, Altenberge
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort zur 2. Auflage	11
Einführung	12
1 Diagnostik, Anamnese und Biografie	20
2 Ressourcen, Beziehungsaufbau, Motivation und Ziele	52
3 Psychoedukation, Aufklärung und Störungsmodell	92
4 Suizidalität/Krisen	118
5 Aktivierung, Genuss und Entspannung	127
6 Gefühle, Stimmungen, Gedanken und Bewertungen	170
7 Ich, Du, Wir: Beziehungen und soziale Kompetenzen	264
8 Eltern und Familie	283
9 Abschluss der Behandlung	322
Literatur	341

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

1 Diagnostik, Anamnese und Biografie	20	
AB 1	Checkliste für die Zeichen einer Depression	23
INFO 1	Diagnostischer Entscheidungsbaum	25
AB 2	Satzergänzung für Jugendliche	26
AB 3	Satzergänzung für Mädchen	27
AB 4	Satzergänzung für Jungen	29
AB 5	Phasen von Traurigkeit	31
AB 6	Phasen von Traurigkeit	35
AB 7	Phasen guter Stimmung	40
AB 8	Phasen guter Stimmung	42
AB 9	Meine Lebenslinie	44
AB 10	Ihre Familienlinie	45
AB 11	Mein Lebensfluss	46
AB 12	Dein Leben in 3D	47
AB 13	Mein Lebensbuch	48
AB 14	Die Gestalt meiner Traurigkeit	51
2 Ressourcen, Beziehungsaufbau, Motivation und Ziele	52	
AB 15	Deckblatt	56
AB 16	Ich und meine Eigenschaften	58
AB 17	Ressourcenplakat	59
AB 18	Sieger/Siegerin sein – Was ich alles kann	60
AB 19	Wer bist du?	61
AB 20	Mein Steckbrief	63
AB 21	Meine jetzige Situation von A-Z	65
AB 22	Ich als Baum	66
AB 23	Meine Insel	67
AB 24	So habe ich mich eingerichtet	68
AB 25	Mein persönliches Wappen	69
AB 26	Komplimente	70
AB 27	Mein Schutzanzug	71
AB 28	Ressourcen aus der Sicht der anderen	72
AB 29	Innere Kräfte und Helfer	74
AB 30	Sicherer Ort und innerer Helfer	77
AB 31	Feenfrage	78
AB 32	Validierungsstufen	80
AB 33	Wo soll's hingehen?	82
INFO 2	Wie finde ich die richtigen Ziele?	85
AB 34	Mit Plan zum Ziel	86
AB 35	Schritt für Schritt zum Ziel – Mein Stufenplan	89
AB 36	Die Mount-Everest-Technik	90
INFO 3	Commitment-Strategien	91

3	Psychoedukation, Aufklärung und Störungsmodell	92
INFO 4	Was ist eine Depression? Kriterien und Symptome nach ICD-10	95
INFO 5	Was ist eine Depression? Kriterien und Symptome nach ICD-11	97
AB 37	Das Bild deiner Stimmungsprobleme	98
INFO 6	Depressionen verstehen – Allgemeines Störungsmodell I	100
INFO 7	Depressionen verstehen – Allgemeines Störungsmodell II	101
AB 38	Mein persönliches Störungsmodell I	102
AB 39	Mein persönliches Störungsmodell II	103
AB 40	Was beeinflusst meine Stimmung?	104
AB 41	Grundlage deiner Gesundheit	107
INFO 8	Wann macht eine teilstationäre oder stationäre Behandlung Sinn?	111
INFO 9	Medikamentöse Behandlung	112
AB 42	Last der Depression	113
AB 43	Last der Sorgen	114
AB 44	Der Einfluss depressiven Denkens	115
INFO 10	Depressionen in der Schule	116
INFO 11	Online-Ressourcen: Informationen und Beratung im Internet	117
4	Suizidalität/Krisen	118
AB 45	Mein Notfallplan	119
AB 46	Lebensvertrag	120
AB 47	Checkliste: Suizidrisiko	121
INFO 12	Prinzipien für die Abklärung von Suizidalität	123
INFO 13	Prinzipien für den Umgang mit Suizidalität	125
5	Aktivierung, Genuss und Entspannung	127
AB 48	Schlechte Laune und zu nichts Lust?	131
AB 49	Stimmungstagebuch	132
AB 50	Stimmungs- und Aktivitätentagebuch	133
AB 51	Aktivitäten	136
AB 52	Aktiv sein?!	137
AB 53	Mein Erfolgstagebuch – Was habe ich geschafft?	139
AB 54	Videotagebuch – Einblicke in mein Leben	140
AB 55	Erinnerung an Glücksmomente	141
AB 56	Meine Jugend?!	142
AB 57	Zeitmaschine	143
AB 58	Was möchte ich aus meinem Leben machen?	144
AB 59	Nur für mich ...	146
AB 60	Der innere Schweinehund	147
AB 61	Freude, Spaß und Stress in meinem Leben	149
AB 62	Was mich in Balance hält (Kleiderbügelwaage)	150
AB 63	Stress lass' nach!	151
AB 64	Progressive Muskelrelaxation (PMR)	152
AB 65	Entspannung: Atmung – bewusste Wahrnehmung	154
AB 66	Genuss-Übungen	155
AB 67	Rosinenübung	157
AB 68	Genuss-Tagebuch	158
AB 69	TikTok, Instagram, YouTube & Co	159

AB 70	Handyfrei ...	161
INFO 14	Die Matrix – Anleitung	162
AB 71	Die Matrix	164
AB 72	Vermeidungsstrategien ... funktionieren sie?	165
AB 73	Engelchen/Teufelchen	166
AB 74	Den Rahmen verändern	167
AB 75	Mein innerer Garten – mein sicherer Ort	168
AB 76	Energie tanken	169

6 Gefühle, Stimmungen, Gedanken und Bewertungen 170

AB 77	Stimmungsleiste	177
AB 78	Lass uns über Gefühle sprechen / Gefühls-Expert:in	179
AB 79	Gefühlsmemory	182
AB 80	Gefühlsscharade (Pantomime-Spiel)	183
INFO 15	Gefühlsstern	185
AB 81	Gedanken-Kuchen	186
AB 82	Gefühlspizza	188
AB 83	Der Einfluss unserer Gedanken	189
AB 84	Gedankenwirkung	191
AB 85	Die Zitrone	193
INFO 16	Der Einfluss depressiver Gedanken	194
AB 86	Luftballon	195
AB 87	Filter für ungerechte Botschaften	196
AB 88	Wut und Ärger auf der Spur	197
AB 89	Das magische Dreieck	200
AB 90	Teufelskreise	201
AB 91	Das ABC-Modell	202
AB 92	Das ABCZ-Modell	203
AB 93	Depressives Denken erkennen	204
AB 94	Depressives Denken erkennen – Trainingsaufgabe	207
AB 95	Depressives Denken herausfordern	208
AB 96	Depressives Denken herausfordern – Trainingsaufgabe	209
AB 97	Hilfreiche Gedanken finden – Trainingsaufgabe	210
AB 98	Hilfreiche Gedanken finden und die Auswirkungen beobachten	211
AB 99	Hilfreiche Gedanken im Alltag nutzen	212
AB 100	Hilfreiche Gedanken – Das merke ich mir!	213
AB 101	Die Folgen nicht hilfreicher Gedanken erkennen	214
AB 102	Katastrophe!	217
AB 103	Das Fenster	218
AB 104	Die Stimmen in mir – und wer hat eigentlich das Sagen?	220
AB 105	Die gute Stimme, die dich begleitet	224
AB 106	Diese Gedanken möchte ich behalten – Der Schattenkopf	226
AB 107	Selbstmitgefühl	227
AB 108	Was liegt in meiner Hand?	228
AB 109	Meine Resilienz	230
AB 110	Mein Anti-Grübel-Programm	231
AB 111	Ich beobachte meine Gedanken	235
AB 112	Was passiert mit mir? Der achtsame Beobachter!	236
AB 113	Der Depri-Zug	237

AB 114	Akzeptanz	238
AB 115	Die Folie	239
AB 116	Milch	241
AB 117	Der Ursprung meiner Denkmuster	243
AB 118	Der Ursprung meiner Verhaltensmuster	246
AB 119	Teufelskreis negativer Erwartungen	249
AB 120	Meine Mutter	251
AB 121	Mein Vater	252
AB 122	Probleme angehen und Lösungen finden	253
AB 123	Wissen, was mir hilft und guttut – und was nicht	256
AB 124	Über Hürden springen	258
AB 125	Der Spiegel	259
AB 126	Freudensterne/Sorgenwolken – eine Standortbestimmung	260
AB 127	Aufstellung mit Gefühlen	261
AB 128	Der bunte Schmetterling	262
AB 129	Gedanken an- und ausschalten	263
7 Ich, Du, Wir: Beziehungen und soziale Kompetenzen		264
AB 130	Mein soziales Netz	266
AB 131	Mit anderen gut auskommen	269
AB 132	Wie du mit anderen umgehst und wie andere mit dir umgehen	275
AB 133	Familienkreise	276
AB 134	Wahre Freundschaften gibt es nicht?	277
INFO 17	Eine Verabredung treffen: 6 Schritte	278
AB 135	Freundschaftstest (für Jungen)	279
AB 136	Freundschaftstest (für Mädchen)	280
AB 137	Manchmal sind mir Menschen zu viel!	281
AB 138	Neues macht mir Angst	282
8 Eltern und Familie		283
INFO 18	Was können Eltern tun?	286
INFO 19	Der Umgang mit traurigen Kindern: Hinweise für Eltern und Bezugspersonen	287
AB 139	Ziele für mein Kind und Ziele für uns als Eltern	289
AB 140	Kraft und Hilfe für Eltern	291
INFO 20	Psychische Grundbedürfnisse	293
AB 141	Psychische Grundbedürfnisse – Reflexion	296
AB 142	Wie gehen wir miteinander um?	298
INFO 21	Gefühle wahr-nehmen	303
AB 143	Familienregeln und Rituale	304
AB 144	Vorbild für mein Kind?!	306
AB 145	Die Macht der Gedanken	309
AB 146	Erwartungen in der Familie	310
INFO 22	Bindungsorientierte Familientherapie	311
AB 147	Kettenanalyse – Was läuft in unserer Familie ab?	312
AB 148	Meine Schatzkiste – Familienintervention	315
AB 149	Psychisch belastete Eltern: Auswirkungen	316
AB 150	Psychisch belastete Eltern: Aufklärung	320

9 Abschluss der Behandlung	322
AB 151 Stundenbilanz	324
AB 152 Was habe ich geschafft?	327
AB 153 Brief an mich selbst	330
AB 154 Die Bergmetapher: das Therapieende	331
AB 155 Für die Zukunft gewappnet	332
AB 156 Meine Stimmung im Auge behalten und Rückfällen vorbeugen	335
AB 157 Urkunde	337
AB 158 Was habe ich als Therapeut:in geschafft?	338

Vorwort zur 2. Auflage

Depressionen als besondere Form psychischer Belastung über die gesamte Lebensspanne sind weiter mitten in der Gesellschaft angekommen. Sie zählen heute zu den häufigsten und folgenreichsten psychischen Störungen und größten gesundheitlichen Herausforderungen überhaupt. Vor dem Hintergrund komplexer werdender Lebenswelten, gesellschaftlicher Probleme und globaler Krisen sind ernsthafte Stimmungsprobleme auch bei Kindern und v. a. Jugendlichen anscheinend weiter auf dem Vormarsch, was sich u. a. in steigenden Behandlungszahlen zeigt. Hohe Anforderungen im schulischen und privaten Bereich, soziale Benachteiligung oder ein ausgeprägter Medienkonsum sind für viele junge Menschen alltäglicher Lebensbestandteil. Darüber hinaus werden Kinder und Jugendliche aktuell u. a. durch die Folgen der Corona-Pandemie, die Klimakrise und den Krieg in der Ukraine emotional gefordert.

Der Prävention, Früherkennung und wirkungsvollen Behandlung depressiver Störungen junger Menschen kommt eine große Bedeutung zu. Dazu möchte unsere Sammlung therapeutischer Materialien und Methoden auch weiterhin beitragen. Wir haben uns über die vielen positiven Rückmeldungen zur 1. Auflage unseres Buches, die uns aus der Praxis erreicht haben, sehr gefreut.

In dieser 2. Auflage möchten wir die bewährte Zusammenstellung der bekannten Interventionen um über 40 neue informative, kreative und aktivierende Tools erweitern, die wir in der Praxis entwickeln und erproben konnten. Verschiedentlich finden sich dabei Einflüsse der dritten Welle der Kognitiven Verhaltenstherapie, aber auch wieder unterschiedliche Blicke über den Tellerrand der KVT. Lücken in unserem ersten Tools-Buch haben wir darüber hinaus versucht zu schließen, und z. B. neue Materialien zur Mediennutzung oder zum Umgang mit Wut, Infos für Lehrkräfte oder eine Liste von Online-Ressourcen ergänzt. Außerdem haben wir die fachlichen Einführungen in wichtigen Teilen aktualisiert und z. B. die neuen Kriterien der ICD-11 aufgenommen. Auch sprachlich haben wir an verschiedenen Stellen gefeilt. Zu Gunsten der vielen neuen Übungen, Infos und Interventionen haben wir einige wenige alte, uns etwas redundant erscheinende Tools herausgenommen.

Wie bisher leitet der Behandlungsverlauf die Sortierung der Materialien von der Diagnostik bis zum Abschluss der Behandlung einschließlich der Rückfallprophylaxe. Die ansprechende Gestaltung der Materialien und die gute praktische Umsetzbarkeit der Übungen waren weiter unser Anspruch. In einem transdiagnostischen Sinne sind sicher auch viele der neuen Tools nicht nur für Kinder und Jugendliche mit Depressionen und Stimmungsproblemen geeignet.

Es ist uns ein besonderes Anliegen, mit dieser 2. Auflage auch unserem Anfang August 2019 verstorbenen Mitautor und Mentor Franz Petermann zu gedenken. Ihm gebühren unser Respekt und unsere Anerkennung für sein einflussreiches Wirken in der Entwicklung und Gestaltung der Klinischen Kinderpsychologie – und auch dieser (und weiterer) Therapie-Tools. Ebenso gilt ihm unser persönlicher Dank für wichtige Grundsteine unserer eigenen fachlichen und beruflichen Entwicklung.

Bei der Gestaltung und Fertigstellung dieser 2. Auflage freuten wir uns wieder über die Unterstützung verschiedener Personen. Unser besonderer Dank gilt Frau Anja Gruhn (Dipl.-Päd. und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin) für einige tolle, kreative, neue Materialien (ABs 18, 21, 24, 27, 55, 62, 74–76, 124–129, 148, 154). Herzlichen Dank auch an Frau Claudia Styrsky (München), die wieder die ansprechenden Illustrationen für neue Arbeitsblätter beisteuerte. Ebenso gilt erneut dem Beltz Verlag unser großer Dank, besonders Frau Dipl.-Psych. Karin Ohms, die unser Manuskript seitens des Lektorats betreut hat.

Hamburg und Lüneburg, im April 2023

Gunter Groen, Alexander Tewes

Einführung

Beschreibung der Störung

Das vorliegende Therapie-Tools-Buch bietet eine Übersicht über Ansätze zur Behandlung depressiver und trauriger Kinder und Jugendlicher. Es handelt sich um junge Menschen, die besonders stark in ihrer Gefühls- und Stimmungslage beeinträchtigt sind. Die Depression ergreift dabei alle Lebensbereiche – auch bei Kindern und Jugendlichen. Es kommt zu einem Verlust von Antrieb und Interessen, das Denken ist verändert, sodass es gehäuft zu Selbstzweifeln, Selbstvorwürfen und Selbstbeschuldigungen bis hin zu Suizidgedanken kommen kann. Die Kinder und Jugendlichen ziehen sich oft zurück, sind passiv und apathisch, teilweise gereizt. Die Konzentration und Entscheidungsfindung sind beeinträchtigt, oftmals treten auch körperliche Beschwerden auf, wie z. B. Appetit- und Schlaflosigkeit oder Bauch- und Kopfschmerzen. Dabei kann sich gerade bei Kindern und Jugendlichen das Bild der Depression im Einzelfall ganz unterschiedlich äußern.

Zu den depressiven Störungen zählen nach der ICD-10 vor allem die depressive Episode (F32), die rezidivierende depressive Störung (F33) und die Dysthymia (F34.1). Weiterhin treten depressive Symptome oftmals bei Anpassungsstörungen auf (F43.2: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen). Diese häufig vergebene Diagnose beschreibt starke emotionale Reaktionen nach belastenden und einschneidenden Veränderungen im Leben (z. B. Scheidung der Eltern, massive Familienkonflikte). Ebenso kann eine Depressivität Bestandteil, Begleiterscheinung oder Folge vieler weiterer psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sein (z. B. bei Sozialen Ängsten, Essstörungen, Somatoformen Störungen oder auch bei oppositionell-aggressivem Verhalten).

Generell kann man davon ausgehen, dass sich die Kernsymptome einer Depression bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen gleichen (vgl. AACAP, 2007). Einige Merkmale können jedoch in Abhängigkeit vom Alter variieren (vgl. Tab. 0.1).

Tabelle 0.1 Auswahl depressiver Symptome nach Entwicklungsalter (nach Mudra & Schulte-Markwort, 2020, S. 134)

Kleinkind-/Vorschulalter	Kindesalter	Jugendliche/Adoleszenz
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Anhedonie ▶ Fatigue ▶ gereizter Affekt ▶ trauriger Ausdruck ▶ Aggression, Schuld, Gefühl der Wertlosigkeit, z. T. auch als Themen im Spiel ▶ Entwicklungsauffälligkeiten ▶ Essprobleme ▶ Schlafstörungen (Alpträume, Ein- und Durchschlafstörungen) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Schuldgefühle ▶ schulische Probleme ▶ psychomotorische Anspannung ▶ Konzentrationsprobleme ▶ Trotz, aggressives Verhalten ▶ verbales Berichten über Traurigkeit und Suizidalität ▶ somatische Symptome (Bauch-, Kopfschmerz u. a.) ▶ Ess- und Schlafstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Traurigkeit, Antriebslosigkeit ▶ Interessenverlust, schulische Probleme, Selbstunsicherheit ▶ sozialer Rückzug, Verweigerung, läppischer Affekt, Wut, Angst ▶ Stimmungs labilität ▶ selbstverletzendes Verhalten ▶ Suizidalität ▶ psychosomatische Symptome (u. a. Morgentief, Erschöpfung, Schwindel, Ess- und Schlafstörung)

Vor allem ist zu beachten, dass im Jugendalter suizidale Gedanken zunehmen (vgl. Groen & Petermann, 2013). Eine depressive Störung muss von den alltäglichen Gefühlen von Traurigkeit und Unlust oder auch entwicklungsgemäßen Stimmungsschwankungen deutlich abgegrenzt werden: So müssen von

den Symptomen, wie sie in der Kriterienliste der ICD-10 genannt sind, mehrere gleichzeitig vorliegen und diese eine bestimmte Intensität erreichen (Einzelne Depressive Episode, F32 bzw. 6A70 nach ICD-11). Des Weiteren muss die Symptomatik über einen bestimmten Zeitraum andauern (mindestens zwei Wochen) und zu merklichen Beeinträchtigungen im Alltag der Kinder und Jugendlichen (z. B. in der Schule) führen. Bei der rezidivierenden depressiven Störung (F33 bzw. 6A71 nach ICD-11) muss neben der aktuellen Episode wenigstens eine weitere aufgetreten sein; zwischen den Episoden muss mindestens ein zweimonatiges (weitgehend) symptomfreies Intervall bestanden haben. Depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen können nach ihrem Schweregrad (bzw. der Anzahl der Symptome) und dem Ausmaß der psychosozialen Beeinträchtigung in »leicht«, »mittelgradig« und »schwer« untergliedert werden.

ICD-11. Bereits in 2018 wurde auf der Homepage der WHO das neue Klassifikationssystem der ICD-11 veröffentlicht (WHO, 2018), Anfang 2022 trat es in Kraft. Die Ablösung der ICD-10 soll in einem Übergangszeitraum bis 2027 erfolgen, ein konkretes Datum für die verbindliche Einführung und eine validierte deutsche Übersetzung liegen aktuell noch nicht vor. Die Neufassung bringt auch für den Bereich der Depressiven Störungen einige Neuerungen mit sich, die mit einer Annäherung an das DSM-5 einhergehen (vgl. Kühner et al., 2021). So werden Bestimmungsmerkmale, Differenzialdiagnosen, Schwellenwerte sowie kulturelle, entwicklungspsychologische und genderbezogene Aspekte nun deutlich systematischer beschrieben. Dies ermöglicht eine noch zuverlässigere Diagnostik als bislang. Depressive und Bipolare Störungen werden klarer getrennt und die Kriterien einer Depressiven Episode sind dem DSM-5 stärker angeglichen worden. Zudem wurden Zusatzkodierungen für Subgruppen mit Besonderheiten hinsichtlich Symptomatik, Verlauf und Behandlungsoptionen geschaffen. Die Diagnose erfolgt weiterhin in kategorialer Form, jedoch wurde ein erster Schritt in Richtung dimensionaler und transdiagnostischer Betrachtung durch die stärkere Berücksichtigung komorbider Depressions- und Angstsymptomatik unterschiedlicher Schweregrade gegangen. Im Hinblick auf die Diagnostik Depressiver Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter gab es keine wesentlichen Neuerungen. Die ursprünglich geplante Zusatzkodierung »Alter bei Ersterkrankung« wurde leider wieder verworfen. Sie stellt eine durchaus behandlungsrelevante prognostische Komponente der Diagnose dar.

Epidemiologie und Verlauf

Prävalenz. Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Krankheiten, epidemiologische Studien zeigen, dass weltweit 47 Millionen junge Menschen im Alter von 5 bis 19 Jahren unter einer Depression leiden (vgl. Groen & Ihle, 2021). Die Prävalenzangaben unterscheiden sich je nach Studie. Polancsycy et al. (2015) geben an, dass die Prävalenzrate irgendeiner depressiven Störung in dieser Altersgruppe bei 2,6 % liegt. Die bundesweite BELLA-Studie zeigte bereits 2007, dass 5,4 % der Kinder und Jugendlichen Anzeichen für eine depressive Störung aufwiesen (Ravens-Sieberer et al., 2007). Im Rahmen der Pandemie und der damit verbundenen Lockdown-Maßnahmen sind derartige Symptomkonstellationen nochmals deutlich häufiger aufgetreten. So zeigten vor der Pandemie 10,2 % der Kinder und Jugendlichen klinisch relevante depressive Symptome, im ersten Lockdown traf dies auf 25,2 % der Kinder und Jugendlichen zu (Bujard et al., 2021). Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass depressive Störungen mit steigendem Alter zunehmend häufiger auftreten. So zeigt sich für Kindergarten- und Schulkinder (1–7 Jahre) eine Prävalenz von 1,1 % (Vasileva et al., 2021), bei Kindern im Alter bis zu 13 Jahren steigt sie auf 1,5 % (Ihle & Esser, 2002). Im Jugendalter ist dann ein starker Anstieg der Auftretensrate zu beobachten (Luby et al., 2009; Merikangas et al., 2010). Costello et al. (2006) gehen davon aus, dass bis zu 8 % aller Jugendlichen betroffen sind. Ab dem 15. Lebensjahr ist dabei die Rate für depressive Mädchen etwa doppelt so hoch wie bei männlichen Jugendlichen (vgl. Groen & Petermann, 2011; Naicker et al., 2013).

Komorbidität. In Längsschnittstudien konnte belegt werden, dass depressive Kinder und Jugendliche ein großes Risiko aufweisen, im weiteren Verlauf andere psychische Störungen zu entwickeln. Schon in der Phase der Manifestation der depressiven Störung liegen oft verschiedene Angststörungen vor,

die transdiagnostisch betrachtet nicht selten eine identische oder ähnliche Ätiologie besitzen (vgl. Belhadj Kouider & Petermann, 2015).

Folgende komorbide Störungen treten vor allem auf:

- ▶ Substanzmissbrauch
- ▶ ADHS
- ▶ Störungen des Sozialverhaltens
- ▶ Persönlichkeits-, Ess- und somatoforme Störungen
- ▶ Des Weiteren liegen depressive Verstimmungen häufig als komorbide Symptomatik bei Posttraumatischen Belastungsstörungen vor.

Auch für chronisch-körperlich kranke Kinder und Jugendliche ist das Risiko für eine Depression deutlich erhöht (Pinquart & Shen, 2011; Zheng et al., 2020). Neben Krankheiten, die differenzialdiagnostisch schwer von der Depression abgrenzbar sind (z. B. Chronische Fatigue oder Fibromyalgie), betrifft dies vor allem Kopfschmerzen, Epilepsie, Sehbehinderung, Rheuma, Asthma und Diabetes.

Erklärungskonzepte

Bei der Entstehung der Depression kann von einem Zusammenwirken mehrerer Ursachen ausgegangen werden. Es kommen dabei biologische Faktoren, wie genetische Dispositionen und das Temperament, individuelle Verhaltens- und kognitive Verarbeitungsmuster sowie belastende Ereignisse und Lebensumstände und deren ungünstige Bewältigung in Betracht (Vulnerabilitäts-Stress-Modell; Essau et al., 2002).

Biologische/genetische Faktoren. Biologische bzw. genetische Faktoren der Depressionsentstehung werden aus Studien abgeleitet, die ein erhöhtes familiäres Depressionsrisiko bei Kindern depressiver Eltern belegen, wobei die genauen Zusammenhänge noch unklar sind. Zwillingsstudien belegen eine leichte bis moderate Vererbbarkeit, die bei bipolar verlaufenden Depressionen sowie schweren und chronischen Verläufen ausgeprägter erscheint (Kwong et al., 2019; Schulte-Körne & Allgaier, 2008). Als möglicher Entstehungskorridor wird eine passive oder aktive Gen-Umwelt-Interaktion bei den Betroffenen vermutet, die eine erhöhte Verletzlichkeit gegenüber kritischen Lebensereignissen (z. B. Trennungen und Todesfälle) bewirkt. Auch frühe belastende und traumatische Erlebnisse (insbesondere Vernachlässigung und Gewalterfahrungen in der Kindheit) können eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Depressionen begünstigen. Im Zuge neuro- und stressbiologischer Forschung werden in diesem Zusammenhang auch die damit verbundene dysfunktionale Stressregulation und weitere physiologische Reaktionen als Risikofaktor für Depression betont (Fogelman & Canli, 2019).

Persönlichkeitsmerkmale. Die Bedeutung von besonderen Persönlichkeitsmerkmalen, wie ein gehemmtes Temperament oder Affektlabilität, sind als wichtige Risikofaktoren beforscht worden, wobei die genaue Bedeutung dieser Persönlichkeitsmerkmale bei der Krankheitsentstehung noch unklar bleibt.

Komorbide Störungen. Epidemiologische Studien weisen auf psychopathologische Symptome hin, die mit dem Beginn einer Depression zusammenhängen und damit als Risikofaktoren in Betracht kommen. So gehen Depressionen häufig andere psychische Erkrankungen voraus, insbesondere Angststörungen, die oft gemeinsame Ursachen aufweisen (Epkins & Heckler, 2011).

Zu den klassischen und etablierten psychologischen Depressionstheorien zählen die Verstärker-Verlust-Theorie nach Lewinsohn (1974), das Modell der dysfunktionalen Kognitionen und Schemata nach Beck (1970) sowie das Modell der erlernten Hilflosigkeit nach Seligman (2000).

Verstärker-Verlust-Theorie. Unter dem Blickwinkel lernpsychologischer Ansätze wird in der Verstärker-Verlust-Theorie nach Lewinsohn (1974) angenommen, dass eine geringe Verstärkung aus der sozialen Umwelt zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression beiträgt. Aufgrund eingeschränkter sozialer Fertigkeiten, Antriebsmangels und depressiven Rückzugs steigt die Zahl negativer Erlebnisse im Sozialkontakt der Betroffenen und die Zahl positiver Erfahrungen sinkt. Zusätzlich zeigt sich, dass

depressive Personen sensitiver auf belastende Ereignisse reagieren und positive Erfahrungen weniger als solche wahrnehmen bzw. diese weniger intensiv genießen können.

Kognitives Modell. Dem Modell der dysfunktionalen Kognitionen und Schemata nach Beck (1970) zufolge verwenden depressive Personen besondere dysfunktionale kognitive Schemata (stabile kognitive Muster und Denkstrukturen, die z. B. in der Grundannahme münden: »Ich muss perfekt sein!«), die ihre Wahrnehmung und Bewertung von Situationen negativ verzerren können. Die sogenannte kognitive Triade zeigt sich insbesondere durch eine verzerrt-negative Sicht und Denkweise in Bezug auf sich selbst, die Umwelt und die Zukunft. Diese verzerrte Sicht der Realität bestätigt sich durch eine Reihe von typischen logischen Fehlern bei der Informationsverarbeitung und den Schlussfolgerungen depressiver Personen (willkürliches Schlussfolgern, selektives Verallgemeinern, Übergeneralisieren, Maximieren und Minimieren, Personalisieren, verabsolutierendes, dichotomes Denken). Weitere Merkmale depressiver Personen sind nach Beck sich aufdrängende automatische Gedanken (schnell ablaufende unfreiwillige Kognitionen), die zwischen einem Ereignis (externaler oder internaler Art) und einem emotionalen Erleben (Konsequenz) liegen. Diese automatischen Gedanken geben meist die Zugangsmöglichkeit zu den dahinterliegenden, grundlegenden, situationsübergreifenden und unbewussten »depressiogenen Grundannahmen«, etwa »Wenn ich Fehler mache, bedeutet das, dass ich unfähig bin!«.

Modell der erlernten Hilflosigkeit. Nach Seligmans Modell der erlernten Hilflosigkeit (Seligman, 2000) entsteht die Depression vor dem Hintergrund von Hilflosigkeit, die Betroffene erleben, wenn für sie bedeutsame Ereignisse unkontrollierbar erscheinen. Die Person nimmt das eigene Verhalten und dessen Konsequenzen in der Umwelt unabhängig voneinander wahr und generalisiert diese Erfahrungen auf neue Situationen. Nach Seligman (2000) fördert ein bestimmter Attributionsstil die Entstehung von Depressionen, insbesondere negative Erlebnisse als intern (die eigene Person ist das Problem), stabil (das Problem ist unveränderlich) und generell (das Problem ist allgegenwärtig) verursacht anzusehen.

Diese und weitere einzelne Perspektiven zur Erklärung der Depression werden in Tabelle 0.2 in einer Übersicht nochmal zusammengefasst.

Tabelle 0.2 Ausgewählte Sichtweisen zur Erklärung der Depression im Überblick (Groen & Ihle, 2021, S. 12)

Bindung	Eine brüchige emotionale Versorgung und eine unsichere frühkindliche Bindung zu den Bezugspersonen führen zu verzerrten und unsicheren Vorstellungen von sich und anderen Menschen, die wiederum weitere Erfahrungen prägen.
Rückzugsverhalten	Rückzug und Antriebslosigkeit bedingen weniger angenehme Aktivitäten, positive Erlebnisse und freudvolle Erfahrung. In einem Teufelskreis führen immer weniger positive Verstärkung, Spaß und Befriedigung zur Zunahme von Depressivität.
Erlernte Hilflosigkeit	Wiederholte Belastungen und Erfahrungen von Unkontrollierbarkeit werden generalisiert und führen zu Rückzug, Passivität und entsprechenden Attributionsmustern.
Kognitive Perspektive	Die eigene Person, die Umwelt und die Zukunft werden verzerrt und betont negativ und übertrieben pessimistisch wahrgenommen und bewertet.
Selbstkontrolle	Die Möglichkeiten, das eigene Verhalten für längerfristige Ziele und Wünsche im Leben zu organisieren, und die Fähigkeit, sich selbst dabei richtig einzuschätzen, zu bewerten und zu ermutigen, sind beeinträchtigt.

Interpersonelle Perspektive	Mangelnde soziale Fertigkeiten, zwischenmenschliche Schwierigkeiten und besondere Herausforderungen (z. B. nach Todesfällen und Trennungen oder aufgrund veränderter Beziehungen zu Eltern und Gleichaltrigen) führen zu Stimmungsproblemen.
Soziale Umwelt	Kritische Lebensereignisse, alltäglicher Stress und auch soziale Benachteiligung führen in Abhängigkeit von sozialer Unterstützung und persönlichen Bewältigung zu Überforderung und emotionalen Belastungen.
Psychodynamisch	Ein verlorenes Objekt wird introjiziert; Ärger und Wut darüber gegen sich selbst gekehrt.
Neurobiologische Perspektive	Besonderheiten bei der synaptischen Reizübertragung, im Hormonhaushalt und in der Hirnanatomie begünstigen die Depression oder halten sie aufrecht.

Risikofaktoren. Eine Vielzahl von Risikofaktoren im Kontext der Depression im Jugendalter konnten wiederholt bestätigt werden (vgl. als Übersicht Groen & Petermann, 2011, 2013; Groen & Ihle, 2021). Als häufigste dispositionelle bzw. vorausgehende Risikofaktoren sind zu nennen:

- ▶ genetisches Risiko (gegenüber psychosozialen Risiken wahrscheinlich geringerer Einfluss)
- ▶ Temperamentsfaktoren (Verhaltenshemmung, Irritabilität, frühkindliche Stimmungsinstabilität und Ängstlichkeit)
- ▶ Stress und Belastung in der frühen Kindheit (sog. »Adverse Childhood Events« (ACE)) wie Gewalterfahrungen, Vernachlässigung, Tod wichtiger Bezugspersonen etc.)
- ▶ depressive bzw. psychisch belastete Eltern (neben der anzunehmenden genetischen Prädisposition v. a. Einfluss der belasteten Eltern-Kind-Interaktion und allgemeine psychosoziale Belastungen)
- ▶ unzureichende Befriedigung kindlicher Grundbedürfnisse durch die Eltern (Bindung, Sicherheit und Orientierung, Selbstwert und Lustgewinn sensu Grawe, 2004)
- ▶ weitere dispositionelle und/oder erworbene Vulnerabilitäten, wie erhöhte Stressempfindlichkeit, ungünstige Emotionsregulation, negativ verzerrte Kognitionen, geringer Selbstwert sowie soziale Unsicherheit und Ängste

Stress und Belastungen. Als wichtiger Risikofaktor für die Entstehung und das erstmalige Auftreten einer Depression im Kindes- und Jugendalter können Stress und Belastungen angeführt werden (vgl. Essau et al., 2002). Sowohl einschneidende (kritische) Lebensereignisse, aber auch dauerhafte Alltagsbelastungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken. Als kritische Lebensereignisse können angeführt werden: Tod und Trennung von Bezugspersonen, chronische Krankheiten, Trennung und Scheidung der Eltern, Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen, Schulwechsel und Umzug. Alltagsbelastungen wären z. B.: Streitigkeiten in der Familie, Probleme mit Eltern, Geschwistern, Gleichaltrigen und Lehrkräften, finanzielle Sorgen der Familie oder schulische Probleme. Belastungen und Anpassungsherausforderungen können zudem von anstehenden Entwicklungsaufgaben ausgehen, wie etwa dem Umgang mit körperlichen und psychosozialen Veränderungen in der Jugend, einer zunehmenden Rollendifferenzierung oder der Autonomieentwicklung. Auf gesellschaftlicher Ebene können eine zunehmende Individualisierung und Pluralisierung sowie der wachsende Einfluss von Medien als riskant betrachtet werden.

Geschlechtsunterschiede. Im Jugendalter weisen Mädchen ein etwa doppelt so hohes Risiko auf, eine Depression zu entwickeln. Hierfür werden folgende, v. a. sozialisationsbedingte Einflüsse angenommen (vgl. Conley et al., 2012; Galvao et al., 2014; Groen & Petermann, 2011):

- ▶ kritischere Bewertung der körperlichen Veränderungen in der Pubertät
- ▶ spezifische Bewältigung und Verarbeitung negativer Gedanken und Erfahrungen (u. a. stärker emotionsorientiert, selbstbezogen, höhere Neigung zu Schuldgefühlen, weniger ablenkend)

- ▶ allgemein kritischere Selbstbewertung
- ▶ höhere soziale Sensitivität, Empathie und Verantwortung, stärkeres Bedürfnis nach sozialer Integration, Nähe und engen Beziehungen
- ▶ stärkere Belastung durch zwischenmenschliche Probleme, negative Ereignisse und Verlusterfahrung
- ▶ häufigere Viktimisierung

Im Rahmen der Psychotherapie gilt es, für die Ziel- und Behandlungsplanung individuelle, fallbezogene Erklärungskonzepte bzw. Störungsmodelle zu entwickeln. Hier können häufig viele der benannten Risiken und ätiologischen Faktoren unter den Kategorien Entstehungsbedingungen (z. B. Temperament, genetische Disposition, Frustration kindlicher Grundbedürfnisse), auslösende oder Erstaufttrittsbedingungen (häufig spezifische Belastungen, Stress und Entwicklungsanforderungen) und aufrechterhaltende Faktoren (häufig Rückzug und Verstärkerverlust, negative Denk- und Bewertungsmuster, dysfunktionale Strategien der Emotionsregulation) eingeordnet werden.

Psychotherapie

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT). Die KVT gilt bei der Behandlung von Kindern und v. a. Jugendlichen als vergleichsweise gut untersucht und wirksam (Oud et al., 2019; Viswanathan et al., 2020) und wird in verschiedenen Leitlinien als Mittel der Wahl empfohlen (Cheung et al., 2018; Hopkins et al., 2015; NICE, 2019; Walter et al., 2022). Zudem liegen Therapie-Manuale (z. B. Abel & Hautzinger, 2013; Ihle & Herrle, 2011) sowie Ratgeber und Unterlagen zur Psychoedukation vor (vgl. u. a. Groen et al., 2012; Groen & Petermann, 2019; Groen & Verbeek, 2020). In der KVT von Depressionen werden verschiedene therapeutische Inhalte und Techniken, entsprechend einem zugrundeliegenden, individuellen Störungs- und Behandlungsmodell, miteinander kombiniert. Die einzelnen Maßnahmen zielen dabei oft auf das Erkennen und die Modifikation ungünstiger Denk- und Verhaltensmuster sowie die Kontrolle negativer Emotionen und körperlicher Empfindungen, auch vor dem Hintergrund ihrer biografischen Entstehung ab. Auf dem Boden einer tragfähigen therapeutischen Beziehung gehören Ressourcenorientierung, Psychoedukation, Verhaltensaktivierung, die Förderung sozialer Kompetenzen sowie kognitive Verfahren zu wichtigen Elementen in der Behandlung. Ebenso kommen in den letzten Jahren vermehrt akzeptanz- und achtsamkeitsbasierte, schematherapeutische sowie metakognitive Konzepte und Methoden zum Einsatz (vgl. Groen & Ihle, 2021). Selbstverständlich sind auch elternzentrierte und familienbezogene Maßnahmen in der KVT von großer Bedeutung (vgl. u. a. Petermann, 2015).

Interpersonelle Psychotherapie (IPT). Auch die IPT wird (v. a. im internationalen Kontext) in Leitlinien empfohlen und gilt als vergleichsweise wirksam (z. B. Duffy et al., 2019; Mufson, 2010; Walter et al., 2022). Bei diesem Ansatz wird davon ausgegangen, dass depressive Störungen insbesondere im Kontext zwischenmenschlicher Probleme und fehlangepasster Beziehungen entstehen und aufrechterhalten werden. Vor allem Belastungen in den Bereichen interpersonelle Verluste und Defizite, Rollenkonflikte und Rollenwechsel können zu einer Depression beitragen. Entsprechend werden im Laufe der Behandlung (neben Psychoedukation) v. a. soziale Konflikte bearbeitet, zwischenmenschliche Problemlösestrategien entwickelt und soziale Kompetenz gefördert. Diese Kompetenzen sollen die betroffene Person darin unterstützen, Konflikte mit den Eltern oder den Tod von Bezugspersonen besser zu bewältigen; die soziale Kompetenz soll vor allem den Umgang mit Gleichaltrigen und mit Gruppendruck erleichtern.

Hinweise zum Aufbau des Buches

Das Tools-Konzept begreift sich als Sammlung von Interventionen und Materialien, die therapeutisches Arbeiten einerseits standardisieren und andererseits vielfältige, kreative Optionen in der Praxis eröffnen wollen. Vor allem bei einer komplexen, im Einzelfall doch auch sehr unterschiedlichen Problematik, wie sie die Depression darstellt, spricht vieles für den großen Nutzen von Therapie-Tools. Um die Vielzahl der Ursachen und Symptome einer Depression im Kindes- und Jugendalter anzugehen, benötigt man eine wirksame, vielfältige Behandlung, die die Familie selbstverständlich mit ein-

schließt. Vor diesem Hintergrund schienen uns für die Gestaltung der Therapie-Tools folgende neun Bereiche wichtig und hilfreich:

- (1) Diagnostik, Anamnese und Biografie
- (2) Beziehung, Ressourcen und Ziele
- (3) Psychoedukation, Aufklärung und Störungsmodell
- (4) Suizidalität und Krise
- (5) Aktivierung, Genuss und Entspannung
- (6) Gefühle, Stimmungen, Gedanken und Bewertungen
- (7) Beziehungen und soziale Kompetenz
- (8) Familie und Elternarbeit
- (9) Abschluss der Behandlung

Die Untergliederung des Buches orientiert sich zwar grob am Therapieverlauf, allerdings wählten wir sehr allgemeine Gliederungspunkte, um auf diese Weise möglichst unterschiedliche und attraktive Materialien zusammenzustellen. Sicher lassen sich auch nicht alle Materialien und Interventionen eindeutig zuordnen, sondern sind in verschiedenen Phasen der Behandlung und zu unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten zu nutzen.

Die Therapie-Tools richten sich vor allem an erfahrene oder ausgebildete bzw. sich in Ausbildung befindende Psychotherapeut:innen und Beratende. Die Nutzung einzelner Materialien und Bausteine sollte in der Regel in ein übergeordnetes, individuell zugeschnittenes Behandlungskonzept eingebettet sein. Die angemessene Anwendung einzelner Interventionen setzt praktische und theoretische Kenntnisse voraus. Als wichtiger und zentraler Wirkfaktor sollte einer tragfähigen, vertrauensvollen Beziehung zwischen Therapeut:in und Patient:in über den gesamten Behandlungsverlauf und insbesondere zu Beginn der Therapie besondere Beachtung geschenkt werden. Depressive junge Menschen benötigen ein verlässliches, interessiertes und empathisches Gegenüber, das ihre Sorgen, Zweifel und Nöte ausreichend ernstnimmt, akzeptiert und anerkennt und diesen genügend Raum gibt. Gleichsam profitieren sie davon, wenn ihnen (ggf. behutsam) Ressourcen rückgemeldet und gemeinsam Lösungen entwickelt werden. Mögliche äußere Belastungen, wie z. B. schulische Überforderung oder elterliche Streitigkeiten, müssen in der Therapieplanung ausreichend Berücksichtigung finden.

Gestaltung und Einsatz der Tools. In der Regel dienen die Arbeitsblätter und Übungen v. a. der Selbstreflexion, dem Erkennen eigener Möglichkeiten und Stärken und der Ermutigung und Anleitung für neue, einzuübende Verhaltens- oder Sichtweisen. Bei der Elternarbeit/Elternberatung verweisen wir auch auf die störungsübergreifenden Therapie-Tools Eltern- und Familienarbeit (Petermann, 2020); aus diesem Band können eine Reihe von Materialien auch für die therapeutische Arbeit mit depressiven Kindern/Jugendlichen und deren Familien genutzt werden. Genauso eignen sich viele der Materialien dieses Tools-Buchs, in einem transdiagnostischen Sinne, auch für andere Indikationen.

Um sich bei den Arbeitsblättern schnell zu orientieren, sind alle mit verschiedenen Icons gekennzeichnet. So können Sie sofort erkennen, für wen das jeweilige Arbeitsblatt gedacht ist und wie die Handhabung erfolgen sollte. Viele der Materialien für Kinder, Jugendliche oder Eltern können auch gemeinsam mit dem/der Therapeut:in bearbeitet werden. Eine alleinige Bearbeitung durch Patient:innen oder ihre Bezugspersonen sollte ausreichend vorbereitet sein. Neben einer Bearbeitung in der Stunde können viele der Materialien auch als »Hausaufgabe« bzw. zur Nach- oder Vorbereitung genutzt werden oder sind speziell dafür gedacht.

Folgende Icons werden Ihnen auf den Arbeitsblättern begegnen:

- T** »**Therapeut:in**«: Dieses Icon kennzeichnet, dass das Arbeitsblatt von den Therapeut:innen selbst verwendet werden soll.
- K** »**Kind**«: Mit diesem Icon ausgezeichnete Arbeitsblätter werden den jüngeren Patient:innen zur Bearbeitung ausgehändigt.
- J** »**Jugendliche:r**«: Mit diesem Icon ausgezeichnete Arbeitsblätter werden den jugendlichen Patient:innen zur Bearbeitung ausgehändigt.
- E** »**Eltern**«: Mit diesem Icon ausgezeichnete Arbeitsblätter werden den Eltern zur Bearbeitung ausgehändigt. Bei Kindern und Jugendlichen, die in der stationären Jugendhilfe oder Pflegefamilien untergebracht sind, können diese Materialien von den primären Bezugspersonen genutzt werden.
- L** »**Lehrkräfte**«: Mit diesem Icon ausgezeichnete Arbeitsblätter werden den Lehrkräften zur Bearbeitung ausgehändigt.

1 Diagnostik, Anamnese und Biografie

Hintergrund und Ziele

Um eine Depression zu diagnostizieren, ist eine multimethodale Vorgehensweise nötig:

- (1) Exploration der Patient:innen
- (2) Exploration der Bezugspersonen (v. a. der Eltern, wenn möglich, auch Befragung der Lehrkräfte bzw. Erzieher:innen)
- (3) Verhaltensbeobachtung und psychischer Befund im Kontakt mit dem Kind und den Bezugspersonen
- (4) testpsychologische Diagnostik (Fragebögen und Leistungsdiagnostik, i. d. R. Intelligenzdiagnostik)
- (5) Sichtung von Vorbefunden und vorliegenden Aufzeichnungen (wie z. B. Zeugnissen)

Es sind Symptome und Ursachen (auch mögliche organische Ursachen im ärztlichen Konsil) ebenso wie konkrete auslösende und aufrechterhaltende Faktoren abzuklären. Zudem müssen Komorbiditäten, Risiken für suizidales Verhalten, aber auch Kompetenzen und Ressourcen erfasst werden. Testpsychologische Erhebungen, mit orientierenden Breitband- sowie spezifischen Depressionsfragebögen (z. B. DIKJ; Stiensmeier-Pelster et al., 2014), ergänzen die Diagnostik. Zur Diagnosestellung und Differenzialdiagnostik kann auch ein klinisches Interview (z. B. Kinder-DIPS; Schneider et al., 2017) durchgeführt werden. Zur Abschätzung des Behandlungsbedarfes ist das Funktionsniveau der Patient:innen zu bestimmen. Vor diesem Hintergrund erfolgt auch eine Schweregradeinteilung für eine depressive Episode nach ICD-10 bzw. ICD-11. Können die schulischen und sozialen Aktivitäten unter leichten Problemen noch weitgehend durchgeführt werden, dann besteht in der Regel ein leichter Schweregrad; sind diese Aktivitäten erheblich reduziert oder schwerst beeinträchtigt, liegt eine mittelgradige bzw. schwere depressive Episode vor. Ist störungsanamnestisch von früheren Episoden auszugehen, liegt eine rezidivierende depressive Störung vor. Differenzialdiagnostisch können u. a. Anpassungsstörungen, sonstige emotionale Störungen oder kombinierte Störungsbilder relevant sein.

Anwendungshinweise

Generell dienen Checklisten für Patient:innen und Bezugspersonen dazu, Belastungen, Symptome, Risiken und Chancen ökonomisch abzuklären. Checklisten ersetzen jedoch keine klinische Diagnostik. Auch die Therapieerwartung und Therapiemotivation der Patient:innen und ihrer Bezugspersonen sind sensibel zu erfragen. Bei der Diagnosestellung müssen ärztlicherseits körperliche Krankheiten (z. B. Schilddrüsenunterfunktion, Anämie) in Betracht gezogen werden. Es ist auch zu prüfen, ob das depressive Erleben und Verhalten durch die Auswirkungen von Drogen, Medikamenten u. Ä. verursacht werden kann. Die störungs- bzw. symptomorientierte Diagnostik sollte in der Regel auch durch eine umfassende Intelligenzdiagnostik (z. B. WISC-V; Petermann, 2017) ergänzt werden. Hierbei ist zu beachten, dass das gegenwärtige Leistungsniveau bzw. das Testergebnis durch die depressive Symptomatik beeinträchtigt sein kann. Bei mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden wird daher in der Regel dazu geraten, die Leistungsdiagnostik zu einem späteren Zeitpunkt – nach einem ersten Rückgang der Symptomatik – nachzuholen.

Instruktionen

Im Rahmen der Diagnosestellung dienen Checklisten und Fragebögen (ressourcen- und symptomorientiert) einer groben Orientierung und Sammlung von Beschwerden (**AB 1** »Checkliste für die Zeichen einer Depression«). **INFO 1** »Diagnostischer Entscheidungsbaum« gibt Überblick über mögliche Diagnosen bzw. Differenzialdiagnosen und zentrale Kriterien nach ICD-10 bzw. ICD-11 und DSM-5 (vgl.

Groen & Petermann, 2011). Mithilfe eines Satzergänzungstests (**AB 2** bis **AB 4**) können Belastungen, Stärken und relevante Inhalte im Erleben des Kindes bzw. Jugendlichen eruiert werden. Die spezifischen Anamnesebögen zu bisherigen depressiven Phasen (**AB 5** und **AB 6** »Phasen von Traurigkeit«), aber auch **AB 7** und **AB 8** »Phasen guter Stimmung« helfen, Störungsverlauf und -entwicklung und auslösende Faktoren besser zu verstehen, aber auch Bewältigungsressourcen zu bestimmen. Hierzu eignen sich auch die Materialien zur weitergehenden biografischen Arbeit (**AB 9** »Meine Lebenslinie«, **AB 11** »Mein Lebensfluss«, **AB 12** »Dein Leben in 3D«), die ebenso zur Förderung der Selbst- und Ressourcenwahrnehmung genutzt werden können. **AB 13** »Mein Lebensbuch« bietet Ideen zur umfangreicheren Gestaltung vertiefter Einblicke in das bisherige aber auch mögliche künftige Leben. **AB 14** »Die Gestalt meiner Traurigkeit« zeigt eine Möglichkeit, inneres Erleben der jungen Patient:innen und ggf. schwer zu verbalisierende belastende Stimmungen darzustellen und zu externalisieren, das Gespräch darüber zu erleichtern und im Verlauf auch Strategien im Umgang damit abzuleiten.

Arbeits- und Informationsmaterial

AB 1 Checkliste für die Zeichen einer Depression

Bei dem Arbeitsblatt handelt es sich um eine Checkliste für Eltern zum Erkennen einer möglichen Depression ihres Kindes. Die Liste dient der Orientierung im Rahmen der Diagnostik.

INFO 1 Diagnostischer Entscheidungsbaum

Der Entscheidungsbaum gibt einen schnellen Überblick über mögliche Diagnosen bzw. Differenzialdiagnosen und zentrale Kriterien (nach Groen & Petermann, 2011).

AB 2 Satzergänzung für Jugendliche

Das Arbeitsblatt besteht aus einer Satzergänzungsaufgabe für Jugendliche, mit der Belastungen, Stärken und relevante Inhalte im Erleben eruiert werden können.

AB 3 Satzergänzung für Mädchen

Das Arbeitsblatt besteht aus einer Satzergänzungsaufgabe für Mädchen, mit der Belastungen, Stärken und relevante Inhalte im Erleben eruiert werden können.

AB 4 Satzergänzung für Jungen

Das Arbeitsblatt besteht aus einer Satzergänzungsaufgabe für Jungen, mit der Belastungen, Stärken und relevante Inhalte im Erleben eruiert werden können.

AB 5 Phasen von Traurigkeit (Eltern)

Das Arbeitsblatt dient der Fremdanamnese von Phasen von Traurigkeit durch Befragung der Eltern. Es hilft, Störungsverlauf und -entwicklung sowie auslösende Faktoren der Depressivität und auch bisherige Bewältigungsstrategien zu verstehen.

AB 6 Phasen von Traurigkeit (Jugendliche)

Das Arbeitsblatt dient der Selbstanamnese von Phasen von Traurigkeit durch Befragung der Jugendlichen. Es hilft, Störungsverlauf und -entwicklung sowie auslösende Faktoren der Depressivität und auch bisherige Bewältigungsstrategien zu verstehen.

AB 7 Phasen guter Stimmung (Eltern)

Das Arbeitsblatt dient der Fremdanamnese von Phasen guter Stimmung durch Befragung der Eltern. Es hilft, Störungsverlauf und -entwicklung sowie auslösende Faktoren zu verstehen und Bewältigungsressourcen zu bestimmen.

AB 8 Phasen guter Stimmung (Jugendliche)

Das Arbeitsblatt dient der Selbstanamnese von Phasen guter Stimmung durch Befragung des Jugendlichen. Neben dem Nachvollziehen von Störungsverlauf und -entwicklung hilft es dabei, Bewältigungsressourcen zu bestimmen.

AB 9 Meine Lebenslinie

Das Arbeitsblatt leitet die Erstellung einer Lebenslinie an. Die Biografiearbeit hilft, Störungsverlauf und -entwicklung sowie vorausgehende und auslösende Faktoren zu verstehen und Bewältigungsressourcen zu bestimmen.

AB 10 Ihre Familienlinie

Das Arbeitsblatt leitet Eltern bei der Erstellung einer Familienlinie an. Die Biografiearbeit hilft, Störungsverlauf und -entwicklung sowie vorausgehende und auslösende Faktoren der Depression des Kindes oder der Jugendlichen zu verstehen und Bewältigungsressourcen zu bestimmen.

AB 11 Mein Lebensfluss

Das Arbeitsblatt leitet die Erstellung einer Lebenslinie als Lebensfluss an. Die Biografiearbeit hilft, Störungsverlauf und -entwicklung sowie vorausgehende und auslösende Faktoren zu verstehen und Bewältigungsressourcen zu bestimmen. Auch Fragen zur eigenen Herkunft und Identität sowie persönlichen Entwicklung können vertieft bearbeitet werden.

AB 12 Dein Leben in 3D

Das Arbeitsblatt zeigt eine Idee für die kreative Gestaltung des bisherigen Lebensweges.

AB 13 Mein Lebensbuch

Das Arbeitsblatt leitet die Erstellung einer Lebenslinie als Lebensbuch an. Die Biografiearbeit hilft, Störungsverlauf und -entwicklung sowie vorausgehende und auslösende Faktoren zu verstehen und Bewältigungsressourcen zu bestimmen.

AB 14 Die Gestalt meiner Traurigkeit

Das Arbeitsblatt zeigt eine Möglichkeit, inneres Erleben der jungen Patient:innen und ggf. schwer zu verbalisierende, belastende Stimmungen darzustellen und zu externalisieren, das Gespräch darüber zu erleichtern und im Verlauf auch Strategien im Umgang damit abzuleiten.

Checkliste für die Zeichen einer Depression

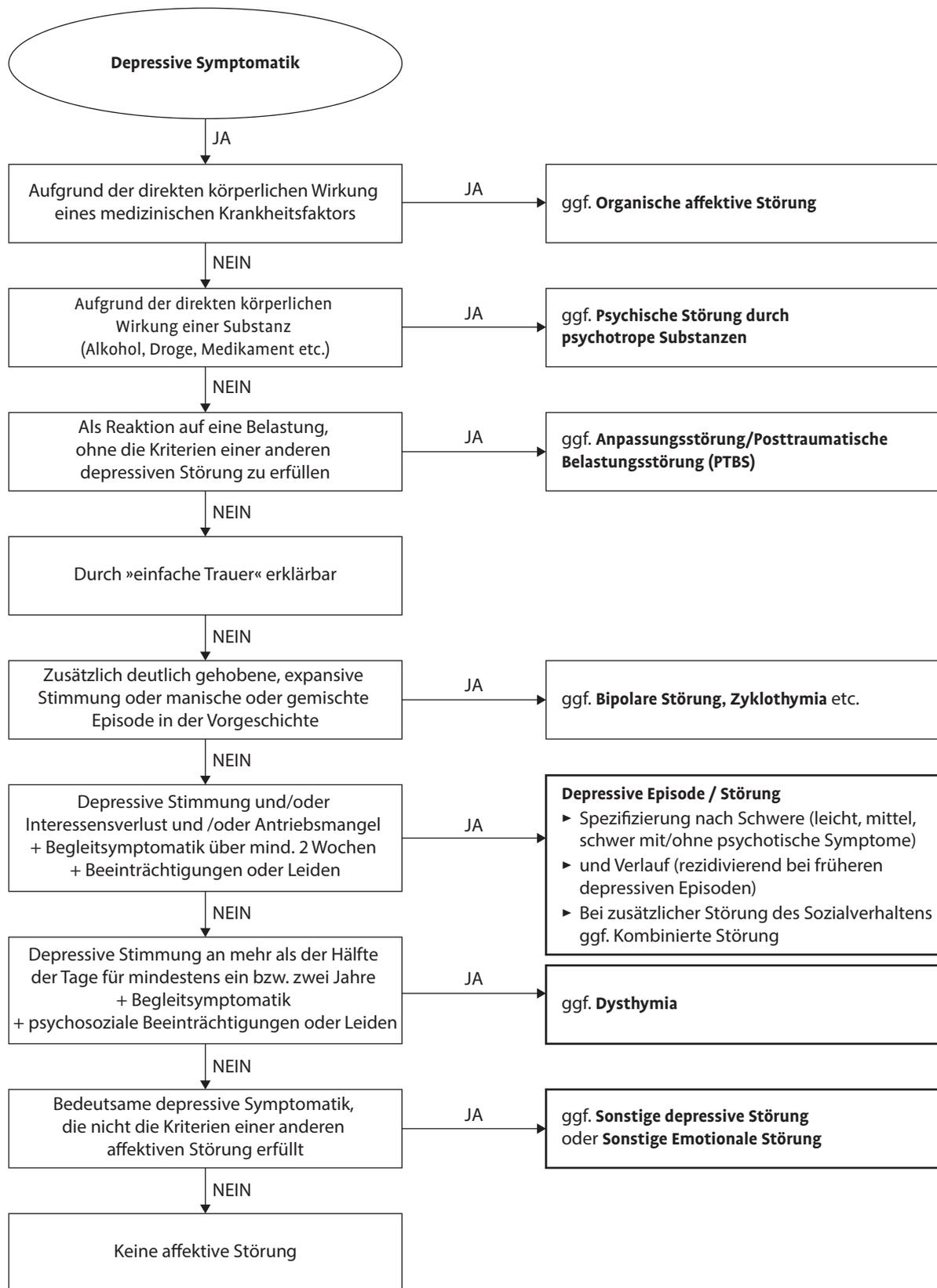
Im Folgenden finden Sie als Eltern eine Checkliste zum Erkennen einer möglichen Depression Ihres Kindes. Wenn Sie mehrere Fragen mit »Ja« beantworten, sollten Sie sich professionelle Hilfe suchen, um die Probleme genauer abklären zu lassen.

	Ja	Nein
Wirkt Ihr Kind sehr traurig, bedrückt und niedergeschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagiert es besonders gereizt, fühlt sich schnell angegriffen und ungerecht behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fängt es leicht und ohne ersichtlichen Grund an zu weinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirkt es besonders müde, schlapp und ohne Energie und Antrieb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann es sich über kaum noch etwas richtig freuen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machen ihm auch eigentlich schöne, angenehme Dinge und Sachen, die früher Spaß gemacht haben, keinen richtigen Spaß mehr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirkt es oft und mehr als andere Kinder besonders gelangweilt und interessenlos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zieht es sich oft zurück, ist es lieber alleine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geht Ihr Kind Unternehmungen mit Freund:innen und anderen Menschen immer weniger nach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versucht es, normalen Anforderungen im Alltag (z. B. Hausaufgaben und Schulbesuch) immer öfter aus dem Weg zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen die schulischen Leistungen bergab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grübelt Ihr Kind viel, macht sich besonders viele Sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traut es sich sehr wenig zu, wirkt es mut- und hoffnungslos, hat es wenig Selbstvertrauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sieht es sich, seine Umwelt und die Zukunft oft sehr pessimistisch und negativ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagt es oft über körperliche Beschwerden, wie Kopfschmerzen oder Bauchweh, ohne dass eine körperliche Ursache dafür vorliegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann es sich deutlich schlechter konzentrieren oder entscheiden als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläft Ihr Kind schlecht ein oder durch? Oder schläft es viel mehr als sonst und wirkt trotzdem müde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Checkliste für die Zeichen einer Depression

	Ja	Nein
Hat es weniger Hunger und Appetit als sonst, isst es weniger, nimmt es nicht zu oder hat es abgenommen? Hat es mehr Hunger und Appetit als sonst, isst es mehr, vielleicht auch aus Frust und bei schlechter Stimmung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verletzt sich Ihr Kind mit Absicht selbst (ritz es sich z. B. am Unterarm)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spricht Ihr Kind oft über den Tod? Macht es Andeutungen oder Äußerungen, dass ihm alles zu viel wird, dass es eigentlich nicht mehr leben möchte? Hat es Suizidgedanken, -absichten oder -pläne geäußert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diagnostischer Entscheidungsbaum



Satzergänzung für Jugendliche

Liebe Patientin, lieber Patient,

keine Angst – wir sind ja nicht in der Schule. Bei diesem Fragebogen kann man nichts falsch machen. Bitte lies dir die angefangenen Sätze durch und vervollständige sie. Schreib einfach auf, was dir spontan einfällt.

- (1) Ich finde es toll, wenn
- (2) Ich habe Angst, dass
- (3) Wenn ich älter bin,
- (4) Hoffentlich
- (5) Ich finde es scheußlich,
- (6) Manchmal träume ich, dass
- (7) Es ist mir peinlich,
- (8) Am besten kann ich
- (9) Die Lehrer:innen
- (10) Die meisten Jungen
- (11) Die meisten Mädchen
- (12) Ich fühl mich am wohlsten
- (13) Mich ärgert
- (14) Meine Geschwister
- (15) Die Schule
- (16) Meine größte Sorge ist, dass
- (17) Die Erwachsenen
- (18) Am glücklichsten wäre ich,
- (19) Meine Mutter möchte gerne, dass
- (20) Mein Vater möchte gerne, dass
- (21) Diesen Fragebogen finde ich

Satzergänzung für Mädchen

Liebe Patientin,

keine Angst – wir sind ja nicht in der Schule. Bei diesem Fragebogen kann man nichts falsch machen. Bitte lies dir die angefangenen Sätze durch und vervollständige sie. Schreib einfach auf, was dir spontan einfällt (wenn dir das Lesen und Schreiben noch schwerfällt, kann ich das gerne für dich übernehmen).

- (1) Wenn sie allein war,
- (2) Sie wünschte sich oft
- (3) Manchmal hatte sie ein schlechtes Gewissen, weil
- (4) Oft hatte sie geglaubt, dass
- (5) Einmal hatte sie erlebt, dass
- (6) Wenn die anderen Kinder sie nicht mitspielen lassen,
- (7) Wenn sie erwachsen ist,
- (8) Wenn ihre Mutter nur
- (9) Sie findet es schrecklich,
- (10) Die meisten Väter
- (11) Sie überlegte sich immer wieder
- (12) In ihrer Familie war sie
- (13) Sie dachte nicht gern daran, dass
- (14) Sie hatte am meisten Angst davor, dass
- (15) Sie machte besonders stolz,
- (16) Sie fühlt sich zu Hause nicht wohl, weil
- (17) Die meisten Mütter
- (18) Es ist sehr schade, dass
- (19) Sie würde lieber zur Schule gehen, wenn

Satzergänzung für Mädchen

- (20) Sie war furchtbar wütend, als
- (21) Ihre beste Freundin war
- (22) Wenn ihr Vater nur
- (23) Manchmal machte sie sich Sorgen, dass
- (24) Sie war zutiefst traurig, als
- (25) Die meisten Leute wussten nicht, dass sie
- (26) Es ekelte sie sehr, dass
- (27) Wenn sie nur
- (28) Als ihre Mutter sie bestraft hatte,
- (29) Am glücklichsten ist sie, wenn
- (30) Sie fand, dass ihre Lehrer:innen
- (31) Als ihr Vater sie bestraft hatte,
- (32) Am strengsten hatte man ihr verboten,
- (33) Die anderen Kinder lachten sie aus, weil
- (34) Wenn sie selbst Mutter wäre,
- (35) Sie fand von ihren Eltern nicht schön, dass
- (36) Es war ihr peinlich, dass
- (37) Als sie sah, dass die anderen besser waren als sie,

Satzergänzung für Jungen

Lieber Patient,

keine Angst – wir sind ja nicht in der Schule. Bei diesem Fragebogen kann man nichts falsch machen. Bitte lies dir die angefangenen Sätze durch und vervollständige sie. Schreib einfach auf, was dir spontan einfällt (wenn dir das Lesen und Schreiben noch schwerfällt, kann ich das gerne für dich übernehmen).

- (1) Wenn er allein war,
- (2) Er wünschte sich oft
- (3) Manchmal hatte er ein schlechtes Gewissen, weil
- (4) Oft hatte er geglaubt, dass
- (5) Einmal hatte er erlebt, dass
- (6) Wenn die anderen Kinder ihn nicht mitspielen lassen,
- (7) Wenn er erwachsen ist,
- (8) Wenn seine Mutter nur
- (9) Er findet es schrecklich, dass
- (10) Die meisten Väter
- (11) Er überlegte sich immer wieder
- (12) In seiner Familie war er
- (13) Er dachte nicht gern daran, dass
- (14) Er hatte am meisten Angst davor, dass
- (15) Ihn machte besonders stolz,
- (16) Er fühlt sich zuhause nicht wohl, weil
- (17) Die meisten Mütter
- (18) Es ist sehr schade, dass
- (19) Er würde lieber zur Schule gehen, wenn