

Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie

Zeitschrift für Theorie und Praxis der
Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse
und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

Analytical Child and Adolescent Psychotherapy
Journal for Theory and Practice of Child and Adolescent
Psychoanalysis and Psychodynamic Psychotherapy

Heft 159, XLIV. Jg., 3/2013

Redaktion

Arne Burchartz, Öhringen; Wolfram Gekeler, Stuttgart;
Birgitt Kreuter-Hafer, Schorndorf; Gabriele Häußler, Heilbronn;
Beate Kunze (verantw.), Hofheim; Martin Löffler, Frankfurt a. M.;
Nicole Lotz, Hanau; Susanne Schmid-Boß, Wetzlar

Herausgeberinnen und Herausgeber

Klaus Aichele, Stuttgart; Anneliese Arp-Trojan, Hamburg;
Arne Burchartz, Öhringen; Frank Dammasch, Frankfurt a. M.;
Uta Einnolf, Hannover; Anna Gätjen-Rund, Berlin; Wolfram Gekeler, Stuttgart;
Gabriele Häußler, Heilbronn; Renate Höhfeld, Berlin; Hans Hopf, Mundelsheim;
Birgitt Kreuter-Hafer, Schorndorf; Beate Kunze, Hofheim;
Martin Löffler, Frankfurt a. M.; Nicole Lotz, Hanau; Ulrich Müller, Fulda;
Wolfgang Oelsner, Köln; Ingrid Pilz, Burgstetten; Jochen Raue, Hofheim;
Susanne Schmid-Boß, Wetzlar; Angelika Staehle, Darmstadt;
Christiane Wiesler, Freiburg i. Br.; Angelika Wolff, Frankfurt a. M.

Wissenschaftlicher Beirat

Willi Baumann, Frankfurt a. M.; Thea Bauriedl, München;
Karin Bell, Köln; Gustav Bovensiepen, Köln; Antonino Ferro, Pavia;
Alex Holder, Hamburg; Agathe Israel, Neuenhagen;
Ulrike Jongbloed-Schurig, Frankfurt a. M.; Ross A. Lazar, München;
Marianne Leuzinger-Bohleber, Frankfurt a. M./Kassel; Christiane Lutz, Stuttgart;
Veronica Mächtlinger, Berlin; Suzanne Maiello, Rom;
Annegret Overbeck, Frankfurt a. M.; Henri Parens, Philadelphia;
Fernanda Pedrina, Zürich; Julia Pestalozzi, Basel; Björn Salomonsson, Stockholm;
Theo Seifert, Wimsheim

Brandes & Apsel Verlag

Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (AKJP)

Zeitschrift für Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

Analytical Child and Adolescent Psychotherapy

Journal for Theory and Practice of Child and Adolescent Psychoanalysis and Psychodynamic Psychotherapy

Heft 159, XLIV. Jg., 3/2013 (Erscheinungsweise: vierteljährlich)

ISSN 0945-6740 (gedruckte Version)

Informationen über die AKJP im Internet: www.brandes-apsel-verlag.de

Als E-Journal (ISSN 2191-7752) im Internet unter www.brandes-apsel.de

Bibliografische Information *Der Deutschen Bibliothek*:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über www.dnb.de abrufbar.

Die Zeitschrift wird indiziert von: PsycINFO; PSYINDEX; www.e-psyche.net

Die Originalbeiträge unterliegen dem Peer-Review-Verfahren.

Redaktionsadresse:

Beate Kunze, Kirschgartenstr. 1, 65719 Hofheim, Deutschland

e-mail: redaktion-akjp@gmx.de

Abonnementverwaltung:

Brandes & Apsel Verlag, Scheidswaldstr. 22, 60385 Frankfurt a. M., Deutschland

Fax: 069/272 995 17-10, E-Mail: aboverwaltung@brandes-apsel.de

Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Jahresende.

1. Auflage 2013

© 2013 by Brandes & Apsel Verlag GmbH

Jede Verwertung bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung der Redaktion und des Verlages. Das gilt insbesondere für Nachdrucke, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in allen Arten von elektronischen und optischen Systemen sowie bei der öffentlichen Wiedergabe durch Hörfunk-, Fernsehsendungen und Multimedia, insbesondere auch bei der Bereithaltung in einer Online-Datenbank und im Internet zur Nutzung durch Dritte.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht in jedem Fall die Meinung der Redaktion und des Verlages wieder.

DTP: Brandes & Apsel Verlag, Caroline Ebinger

Druck: STEGA TISAK d.o.o., Printed in Croatia

Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem und chlorfrei gebleichtem Papier

Leitlinien

P. Adler-Corman / R. Bossert / K. Hendrikoff / T. Hüller /
G. Lüdemann / C. Röpke
Depression im Kindes- und Jugendalter¹

Inhalt

1. *Definition, Begriffsbestimmung, Allgemeines*
 - 1.1 Einleitung
 - 1.2 Definition
 - 1.3 Konstitution und Konflikt
 - 1.4 Neurobiologie und Epigenetik

2. *Symptomatik, Komorbidität*
 - 2.1 Prävalenz und Klassifikation
 - 2.2 Alters- und geschlechtsspezifische Symptomatik
 - 2.2.1 Säuglingsalter (0-12 Monate)
 - 2.2.2 Kleinkindalter (1-3 Jahre)
 - 2.2.3 Kindergartenalter (4-6 Jahre)
 - 2.2.4 Grundschulalter (7-10 Jahre)
 - 2.2.5 Pubertät (11-15 Jahre)
 - 2.2.6 Adoleszenz (16-18 Jahre)
 - 2.2.7 Junges Erwachsenenalter (18-21 Jahre)
 - 2.3 Komorbidität
 - 2.4 Auswirkungen und Folgen – suizidales Risiko

¹ Wir haben durchgängig lediglich die männliche Form gewählt, um gut lesbar zu bleiben. Wir stellen jedoch fest, dass wir damit immer sowohl die männliche als auch die weibliche Form, also Patientin und Patient, Therapeutin und Therapeut etc. meinen.

3. *Ätiologie, Erklärungsmodelle*
 - 3.1 Einleitung
 - 3.2 Objektverlust und kompensatorische Introjektion des ambivalent besetzten Objektes
 - 3.3 Aggression auf das ambivalent besetzte Objekt
 - 3.4 Verlust der narzisstischen Balance
 - 3.5 Identifikation mit elterlicher Depressivität
 - 3.6 Folgen von traumatisierenden frühkindlichen Trennungen

4. *Psychodynamische Diagnose und Differenzialdiagnose*
 - 4.1 Konflikt und Einordnung
 - 4.1.1 Der depressive Grundkonflikt
 - 4.1.2 Differenzialdiagnostische Aspekte
 - 4.2 Spezifika der Entwicklungsphasen
 - 4.2.1 Vorgeburtliche Phase
 - 4.2.2 Säuglings- und Kleinkindalter
 - 4.2.3 Kindergartenalter
 - 4.2.4 Grundschulalter
 - 4.2.5 Pubertät und der Beginn der Jugend
 - 4.2.6 Adoleszenz und Spätadoleszenz
 - 4.2.7 Postadoleszenz und junges Erwachsenenalter

5. *Behandlung, Psychotherapie*
 - 5.1 Sinnhaftigkeit und allgemeine Wirkfaktoren
 - 5.2 Übertragung und Gegenübertragung
 - 5.3 Behandlung von Kindern und Jugendlichen
 - 5.4 Begleitende Psychotherapie mit Eltern bzw. Bezugspersonen
 - 5.5 Behandlungsaspekte bei Suizidalität
 - 5.6 Medikation
 - 5.7 Säuglings-Kleinkind-Elternpsychotherapie
 - 5.8 Analytische Gruppenpsychotherapie

6. *Prognose, Evaluierung und Studien*
 - 6.1 Prognose
 - 6.2 Evaluierung, Effektivität, Katamnese
 - 6.3 Studien

7. *Literatur*

1. Definition, Begriffsbestimmung, Allgemeines

1.1 Einleitung

Der Begriff der Depression leitet sich ab aus dem lateinischen ›deprimere‹ = herunterpressen, herabdrücken. Depressionen sind psychische und psychosomatische Störungen, die im Wesentlichen durch gedrückte Stimmung oder Verzweiflung, durch ein deutliches Abfallen von Interesse und Antrieb und durch eine häufig verlangsamte Motorik gekennzeichnet sind. Bei Säuglingen, Kindern und bei Jugendlichen ist auffällig, dass das Ausmaß dieser affektiven Zustände die übliche Ausprägung der jeweiligen Entwicklungsphase deutlich übersteigt. Depressive Kinder und Jugendliche leiden unter Hoffnungslosigkeit, außergewöhnlichen Selbstzweifeln, Schuldgefühlen, Konzentrationsproblemen und Grübelzwängen. Sie verarbeiten psychische Konflikte nicht auf entwicklungsadäquate Weise, sondern unterliegen dabei einem depressiven Verarbeitungsmodus. Dieser Modus beeinträchtigt den Patienten selbst und sein familiäres Umfeld in besonders starker Weise, da sich Depressionen grundlegend auf Beziehungen und das Selbstwertgefühl auswirken.

1.2 Definition

Der Depression kommt eine wachsende Bedeutung im Bereich der affektiven Störungen zu, unter denen man krankhafte Veränderungen der Stimmungslage versteht. Der Begriff Depression wird im alltäglichen Sprachgebrauch häufig unklar eingesetzt, denn eine Depression ist keine vorübergehende Missstimmung, schlechte Laune oder Traurigkeit, wie sie allgemeiner Bestandteil des Lebens sein können, sondern eine ernste Erkrankung. »Bei der Trauer ist die Welt arm und leer geworden, bei der Melancholie ist es das Ich selbst« (Freud, S., 1917, S. 200).

Depression als Krankheitsbild wurde in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie lange nicht als solche diagnostiziert und behandelt. Depressive Phasen gingen in anderen Diagnosen auf oder wurden als vorübergehende Symptome einer bestimmten Entwicklungsphase gewertet. Bei Kindern ging auch die Psychoanalyse ursprünglich davon aus, dass eine Depression, wie wir sie von Jugendlichen und Erwachsenen kennen, nicht möglich ist, da der Verlust eines psychisch noch nicht voll aufgerichteten Objektes nicht die entsprechenden Folgen haben kann. Diese Einstellung ist aufgrund der klinischen Arbeit mit Kleinstkindern depressiver Eltern verändert worden. Auch stellt die psychoanalytische

Erfahrung eine Dynamik gesellschaftlich evozierter Regression der psychischen Verarbeitungsmechanismen des Individuums fest. Ging sie vor hundert Jahren von einem verbreiteten neurotisch-hysterischen Modus aus, so musste sie spätestens zur Mitte des vergangenen Jahrhunderts eine Ausbreitung zwangsgenealogischer Verarbeitung diagnostizieren. Mit der Zunahme von narzisstischen Erkrankungen kommt zum Ende des 20. Jahrhunderts der depressiven Einstellung eine größere Relevanz zu.

Von ihrem Anfang an beschäftigt sich die Psychoanalyse mit dem Phänomen der Depression. Die ersten grundlegenden Arbeiten über Depression sind Sigmund Freuds Schrift über »Trauer und Melancholie« (1917) und Abrahams Arbeiten über manisch-depressive Zustände (1924). Freud und Abraham sahen es im Rahmen des Triebkonzeptes als wesentlich an, dass Versagungen und übermäßige Verwöhnung zur Depression disponieren (Diepold, 2005). Als krankheitsauslösend galt der Verlust des Liebesobjektes. Die Aggression richte sich nicht gegen das verlorene Objekt, sondern ein rigides Über-Ich strafe das als wertlos empfundene Ich. Die »anaklitische Depression« nach René Spitz bezeichnet ein Syndrom bei Säuglingen nach langer Trennung vom Objekt bei guter vorausgegangener emotionaler Beziehung, die jedoch nicht durch andere Bezugspersonen fortgeführt wurde.

Die Annahmen der Triebpsychologie wurden im Laufe der Zeit ergänzt durch die Ich-Psychologie, die Objektbeziehungstheorie und die Selbstpsychologie, die andere Akzente für die Genese einer Depression setzen. Die Ich-Psychologie betrachtet ein herabgesetztes Selbstwertgefühl als zentralen Kern für depressive Reaktionen und versteht sie als einen affektiven Zustand des Ichs (wie z. B. auch die Angst). Klein, Winnicott, Mahler, Spitz haben sich mit entwicklungsbedingten Voraussetzungen beschäftigt, die zu depressiven Reaktionen führen können. Dabei rückte nicht der tatsächliche Verlust eines Objekts in den Mittelpunkt der Betrachtung, sondern eine »konstitutionell erhöhte bzw. eine sich verstärkende Aggression, die aus Kränkungen durch das und Enttäuschungen an dem Objekt herammt« (Bohleber, 2005, S. 784). Melanie Klein hat das Erreichen der »depressiven Position« als einen normalen Entwicklungsschritt in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres herausgearbeitet. Mit der Bedeutung der durch Verlust entstandenen »besonderen Muster der Kindheitserfahrungen«, die zu einer Depression führen, hat sich Bowlby in seinem grundlegenden Werk »Verlust, Trauer und Depression« (1983) beschäftigt. In jüngerer Zeit stellt v. Klitzing fest, »dass eine übermäßige Empathie, die auf Kosten des Selbst geht, oft in Verbindung mit rigiden Abwehrfunktionen und Vermeidungshaltungen häufig bei depressiven Kindern, insbesondere bei Mädchen zu finden ist« (Klitzing, 2007, S. 287).

1.3 Konstitution und Konflikt

Die Zunahme depressiver Pathologien bei Kindern und Jugendlichen (Bella-Studie, Ravens-Sieberer, Wille, Bettge et al., 2007) verlangt umso mehr, dass die durch die Depression abgewehrten Konflikte innerpsychischer und interpersoneller Art differentialdiagnostisch genau untersucht werden müssen.

Unterschieden werden muss zwischen Erkrankung, Entwicklungsstörung und entwicklungsbedingter Stimmungslage. Das Erkennen von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen erweist sich als schwierig, da die Symptome nicht immer offen liegen, sondern sich häufig verdeckt präsentieren. Kinder und Jugendliche sind zudem eng in eine mögliche pathogene Familiendynamik eingebunden. Es muss diagnostisch gründlich abgeklärt werden, ob es sich um eine vorübergehende Entwicklungsstörung handelt oder eine depressive Erkrankung entstanden ist. Häufig werden komorbide Störungen ernster genommen und behandelt (Fegert, 2010). Meist wird aber schon bei den anamnestischen Sitzungen deutlich, dass der depressive Einbruch nicht plötzlich geschieht, »sondern eine lange, jedoch oft stumme Vorgeschichte hat« (Heinemann, Hopf, 2001, S. 108).

Die konstitutionelle Disposition für die Entwicklung einer Depression ist schwer einschätzbar, da die Eltern immer gleichzeitig Übermittler der Erbanlagen und Gestalter der Umwelt eines Kindes sind. Der Einfluss genetischer Faktoren ist durch Zwillings- und Familienstudien belegt, wobei dieser Einfluss ab dem elften Lebensjahr deutlicher wird. Vorher sind familiäre Umweltfaktoren von größerer Bedeutung (vgl. Eggers in: Fegert, Eggers, Resch, 2012). Eine strenge ätiologische Trennung wird durch die neueren Erkenntnisse der Epigenetik zunehmend verlassen. Konstitutionelle Unterschiede im Ertragen von Schmerz und Unlustgefühlen zeigen sich bereits bei Säuglingen und Kleinkindern. So reagiert das eine Kind bereits auf einen geringfügigen Anlass mit Rückzug, ein anderes bewältigt dagegen emotionale Frustrationen leichter. Der historisch begründete Begriff der endogenen Depression ist aus psychoanalytischer Sicht nicht ausreichend, weil er weder der Komplexität des Störungsbildes noch den daraus folgenden Behandlungskonzepten gerecht wird. Ein psychodynamisches Verständnis auch schwerer Depressionsformen geht deshalb von einem Konzept der individuellen Vulnerabilität aus, das auf einer Verschränkung von Anlage und psychogenetischer Entwicklung mit defizitären Erlebnissen als Erklärung der Störung basiert (Schulte-Markwort, 2007, S. 313).

1.4 Neurobiologie und Epigenetik

Je mehr neurobiologische Faktoren erforscht werden, umso deutlicher wird die Verschränkung zwischen genetischen, psychogenetischen und psychosozialen Faktoren der Depressionsentstehung. So werden in allen Studien bei ca. 70% der depressiv erkrankten Kinder und Jugendlichen kritische Lebensereignisse als prämorbid Risikofaktoren angegeben (vgl. Mehler-Wex, 2008). Hierzu schreibt Spitzer (2005, S. 174) aus der Sicht der Neurowissenschaftler: »Das Gehirn ist nicht statisch, sondern vielmehr äußerst plastisch, d. h. es passt sich den Bedingungen und Gegebenheiten der Umgebung zeitlebens an.« Nach Kaplan-Solms, Solms (2003, S. 46) lässt sich die neurologische Organisation jeder geistig-seelischen Fähigkeit aufzeigen unabhängig von ihrer Komplexität und in Übereinstimmung mit den Grundannahmen der Psychoanalyse. Die neurobiologische Beobachtung von Serotoninmangel sowie einer verminderten Noradrenalindichte gelten als typische Veränderungen bei einer depressiven Erkrankung (vgl. Kelch, 2007). Schiepek (2003) diskutiert ausführlich die komplexen Zusammenhänge zwischen Neurobiologie, psychischen Erkrankungen und Psychotherapie. Sicher ist, dass psychische Interaktionen neurobiologische Korrelate erzeugen. Die komplexe psychische Organisation lässt sich mit der neuronalen Beschaffenheit des Gehirns korrelieren. Freud selbst hat immer geglaubt, dass eine solche Korrelation prinzipiell möglich sei. Verfehlt ist es, diese Repräsentanz der psychischen Vorgänge ausschließlich unter dem Aspekt der Lokalisation zu betrachten, also z. B. die Depression an einen bestimmten anatomischen Ort zu platzieren (Kaplan-Solms, Solms, 2003, S. 60). »Jede depressive Erkrankung hat ihre Entstehungsgeschichte, deren Korrelat in neuronalen Netzen liegt. Sie müssen durch neue Bewertungen und Erfahrungen überarbeitet werden, wozu die Medikation nützlich sein kann, diese Prozesse aber nicht ersetzen kann« (Gehde, Emrich, 1998, S. 997). Doidge (in: Leuzinger-Bohleber, 2010) weist nach, dass frühe Traumatisierungen durch eine neuroplastische Anpassung an bestimmte Objektbeziehungen einen depressiven Verarbeitungsmodus vorbahnen können. Nach Leuzinger-Bohleber (2010) bietet die Kooperation der empirischen Säuglings- und Bindungsforschung mit der Psychoanalyse große Erkenntnischancen, die in Zukunft bei der Behandlung depressiver Erkrankungen genutzt werden können. Inzwischen ist der biochemische Mechanismus der dynamischen Anpassung an sich verändernde Umweltbedingungen in Aufklärung. »Eine stets wachsende Anzahl von Studien legt nahe, dass solche Mechanismen sowohl für die Vulnerabilität für eine Depression als auch für die Auslösung der Erkrankung verantwortlich sein können« (Paslakis, 2011, S. 1439). Epigenetische Phänomene (Histonmodifikation, DNA-Modifikation u. a.) sind keinesfalls transiente (flüchtige) Modifikationen des Erbgutes, sondern stabile und bleibende Veränderungen

der Gen-Expression (ebd.). Inzwischen gibt es erste biochemische Erkenntnisse der dynamischen Anpassung an sich verändernde Umweltbedingungen. Das gibt toxischen (z. B. Misshandlung) und heilenden Umweltfaktoren (z. B. Psychotherapie) einen neuen Stellenwert. Torsten Klengel et al. konnten in jüngster Zeit zeigen, dass Prädispositionen in einem Gen (FKBP5 als wichtiger Regulator für das Stress-Hormonsystem) allel-spezifische Kindheitstrauma abhängige DNA-Methylierungen aufweisen konnte (Modifikation des Erbgutes) (vgl. Klengel et al., 2013). Damit konnte zum ersten Mal nachgewiesen werden, dass Kindheitstraumen durch diesen biochemischen Mechanismus eine höhere Anfälligkeit für Depressionen im Erwachsenenalter erzeugen. Ein deutlicher Zusammenhang zwischen einer kindlichen Traumatisierung durch Misshandlung oder Missbrauch und der Entwicklung einer späteren Depression wurde auch von Dannlowski anhand von MRT-Volumenmessungen des Hippocampus nachgewiesen (vgl. Dannlowski et al., 2012, S. 286-293).

2. Symptomatik, Komorbidität

2.1 Prävalenz und Klassifikation

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. Nach Schätzungen der WHO werden Depressionen in ca. 10 Jahren die zweithäufigste Erkrankung sein. Bei Groen und Petermann (2002) wird die Depressionsrate bei Vorschulkindern noch mit unter 1%, im Grundschulalter mit 2%, ab elf Jahren mit 3,6%, bei älteren Jugendlichen mit bis zu 18% bei deutlicher Mädchenlastigkeit (Verhältnis Mädchen : Jungen 2 : 1) angegeben. Bettge et al. betonen die Dokumentation von einer Prävalenzrate für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen von 5% (vgl. Bettge et al., 2008; Helmchen et al., 2010) Diese relativ niedrigen Prävalenzraten im Kindesalter lassen eine erhebliche Unterdiagnostizierung des Krankheitsbildes vermuten. Der Grund hierfür liegt vor allem in der Heterogenität des Erscheinungsbildes, der hohen Komorbidität sowie der fehlenden Schweregradeinteilung in diesem Alter. Hier ist das klinische Erscheinungsbild der Beeinträchtigungen der verschiedenen Antriebsbereiche zu berücksichtigen.

Im ICD-10 und DSM-IV² gibt es keine eigenständige Klassifikation der Depression von Kindern und Jugendlichen. Sie werden verschlüsselt unter dem Begriff »affektive Störungen« genannt und beziehen sich auf alle Altersgruppen.

² DSM-V ist in Bearbeitung und versucht, diesen Mangel zu beheben.

Wesentliche Diagnosen sind nach ICD-10:

- Depressive Episode: F32.0 – F.32.3
- Rezidivierende depressive Störungen: F33.0 – F33.3
- Anhaltende affektive Störungen: F34. 0 Zykllothymia, F34.1 Dysthymia

Die Symptomausprägung ist jedoch alters- und entwicklungsabhängig. Eggers (2012) hält die Diagnose einer depressiven Störung bei Kindern ab dem 6. Lebensjahr entsprechend dem ICD-10 und dem DSM-IV für möglich. Bei jüngeren Kindern erschwert die alterstypische Fluktuabilität affektiver Verstimmungen eine Diagnose nach diesen Systemen (Eggers in: Fegert, Eggers, Resch, 2012, S. 498). Selbstverständlich müssen grundsätzlich die somatogenen Aspekte der Depression organmedizinisch abgeklärt werden, da organische Erkrankungen (z. B. Schilddrüsenerkrankungen, Hirntumor, Intoxikationen, fortschreitendes Organversagen) depressive Symptome erzeugen können. Zu den organischen Erkrankungen mit erhöhter Komorbidität bei Depression gehört zum Beispiel der Diabetes mellitus. Auch hier ist ein ätiologischer Zusammenhang noch ungeklärt (vgl. Hermans, 2008). Im Rahmen der nicht organischen Depressionen wird nach ICD-10 zwischen der depressiven Episode F32 und der Dysthymia F34.1 (chronische Depression) unterschieden. Bei der depressiven Episode wird nach drei Schweregraden differenziert: leicht, mittelgradig und schwer oder rezidivierend mit möglicher psychotischer Symptomatik.

Bei Kindern und Jugendlichen werden depressive Reaktionen häufig diagnostiziert im Kontext mit

- Anpassungsstörung F 43.2
 - kurze depressive Reaktion F 43.20
 - längere depressive Reaktion F 43.21
 - Angst und depressive Reaktion, gemischt F 43.22
- Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen F 92
 - Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung F 92.0

2.2 Alters- und geschlechtsspezifische Symptomatik

Depressive Symptome bei Kindern und Jugendlichen sind je nach Entwicklungsalter vielfältig und nähern sich erst im Jugendalter den Depressionskriterien für Erwachsene an (gedrückte Grundstimmung, Antriebshemmung, Interessenverlust). Die Diagnostik ist auch deshalb schwierig, weil jüngere Kinder ihre Gefühle noch nicht ausreichend erkennen und äußern können. Sie neigen zur Regression, Externalisierung, Sexualisierung und Somatisierung von Konflikten.

Jugendliche ziehen sich in einer Krise eher zurück als mit Erwachsenen zu sprechen, beziehungsweise sie agieren ihre Konflikte in der Peergroup. Selbstgefährdung und Selbstverletzung sind dabei häufige Erscheinungsformen.

Es gibt deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf die depressive Symptomatik: Während Mädchen eher mit Hemmung, Passivität und Rückzug reagieren, neigen Jungen vermehrt zu agitiertem, aggressivem oder hypomanischem Verhalten. Allgemein bestehen starke Verleugnungstendenzen und Schamgefühle bei depressiven Kindern und Jugendlichen und auch bei ihrem familiären Umfeld. Grundsätzlich gilt, dass Kinder und Jugendliche während einer depressiven Episode auf frühere Entwicklungsstufen zurückfallen können. Im Folgenden sind zur besseren Übersicht Entwicklungsphasen mit ihren Symptom Schwerpunkten kategorisch aufgeführt. Jedes einzelne Symptom sollte als Warnsignal ernst genommen werden.

2.2.1 Säuglingsalter (0-12 Monate)

Symptome: Regulations-, Schlaf-, Fütter- und Gedeihstörungen, vermehrtes Schreien, Ausdrucksarmut, Apathie, Marasmus, Entwicklungsstillstand, Hospitalismus, Jaktationen.

Die Depression im Säuglingsalter (»frühkindliche Urverstimmung« nach Abraham oder »anaklitische Depression« nach Spitz) ist primär eine Reaktion auf traumatisierende Trennungs- und Verlusterlebnisse durch mangelnde körperliche und emotionale Zuwendung (z. B. bei prä- und postpartalen Depressionen eines Elternteiles). Zunächst reagieren Säuglinge auf Unterversorgung mit einer Phase vermehrten Schreiens und Protests, danach setzen passives Verhalten und Ablehnung von Bezugspersonen, schließlich Rückzug und Apathie ein. Diese Zustände können auch mit Essstörungen, Gewichtsverlust, erhöhter Infektanfälligkeit und Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus einhergehen (vgl. VAKJP-Leitlinie Regulationsstörungen).

2.2.2 Kleinkindalter (1-3 Jahre)

Symptome: Erhöhte Irritabilität, gestische und mimische Ausdrucksarmut, ängstlich-gehemmtes Verhalten, Trennungsängste, selbststimulierendes Verhalten (exzessives Daumenlutschen, Schaukeln des Körpers, gesteigerte genitale Manipulation), Ess- und Schlafstörungen, geringes Interesse an motorischen Aktivitäten, altersgemäßen Spielen und Exploration; regressive Phänomene (wie z. B. Verharren in dyadischen Beziehungsmustern, mangelnder Trotz); Sprach- oder andere Entwicklungsrückstände. Als Abwehr einer Depression können auch Hyperaktivität und verfrühte Progression fungieren (vgl. VAKJP-Leitlinie ADHS).

2.2.3 Kindergartenalter (4-6 Jahre)

Symptome: Reizbarkeit, Stimmungs labilität (abwechselnd Traurigkeit, Introversion, aber auch aggressives Verhalten), häufige Müdigkeit, sozialer Rückzug, ausgeprägte Zwangsrituale, verstärkte Auseinandersetzung mit dem Tod und quälende Alpträume, aber auch psychosomatische Symptome wie Ess- oder Schlafstörungen, Bauch- und Kopfschmerzen, regressive Phänomene wie Einnässen (vgl. VAKJP-Leitlinie Enuresis), Einkoten (vgl. VAKJP-Leitlinie Enkopresis). Ein kardinales Symptom ist die Spielhemmung als mangelnde Fähigkeit, einen »intermediären Raum« (vgl. Winnicott, 1974) zu schaffen, der dem Kind helfen könnte, Trennungs- und Belastungserlebnisse zu bewältigen. In einer Studie von Kai von Klitzing (vgl. 2007, S. 293) wiesen 11,1% der untersuchten 167 Kindergartenkinder klinisch relevante Symptome auf, die Hälfte zeigte Verhaltensauffälligkeiten und Hyperaktivitätssymptome. Es gab deutliche Zusammenhänge zwischen dem Risiko, emotionale Symptome zu entwickeln und einem hohen intrafamilialen Konfliktpegel sowie der Erfahrung von Ablehnung innerhalb der Gleichaltrigengruppe.

2.2.4 Grundschulalter (7-10 Jahre)

Symptome: Negative Selbsteinschätzung, Hemmungen, Grübelzwänge, Kontaktschwäche oder wahllose Kontaktsucht, Konzentrations- und Leistungsstörungen (Denkhemmung), eingeschränkte Fantasietätigkeit und Kreativität, Rückzug (z. B. Lesen, Computerspiele), übermäßige Bindung an ein Haustier, Zukunftssängste, Zündeln, Daumenlutschen, Nägelknabbern, Kopf- und Bauchschmerzen, regressive Phänomene wie Einnässen (vgl. VAKJP-Leitlinie Enuresis), Einkoten (vgl. VAKJP-Leitlinie Enkopresis), Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Suizidideen.

In diesem Alter ist bereits die erhöhte kognitive Fähigkeit zu beobachten, über die eigene Befindlichkeit zu berichten. Es werden schon suizidale Gedanken und Absichten geäußert. Auch die Befürchtung, von den Eltern nicht ausreichend geliebt und beachtet zu werden, ist verbreitet. Das depressive Kind fühlt sich hoffnungslos, ungeliebt, ungeborgen, schlecht oder minderwertig. Mitschülern, Lehrern oder Eltern gegenüber erlebt es sich schnell ausgeliefert (Mobbing). Eine übertriebene Bereitschaft zur Empathie erwies sich als Faktor, der das Depressionsrisiko steigert, weil diese Neigung auf Kosten der Selbstentwicklung geht (vgl. v. Klitzing, 2007, S. 294).

2.2.5 Pubertät (11-15 Jahre)

Symptome: Selbstzweifel, Apathie, Angst, Konzentrations- und Leistungsstörungen, sozialer Rückzug bis hin zu Suizidalität und vielfältige psychosomatische Symptome (Kopfschmerzen, Ess- und Schlafstörungen, zirkadiane Beschwerden, extreme Schwankungen der Befindlichkeit im Tagesverlauf).

Das während der Kindheit ausgeglichene Geschlechterverhältnis zwischen Mädchen und Jungen verändert sich in Richtung 2 : 1, ähnlich dem Verhältnis im Erwachsenenalter. Mädchen neigen im Ausdruck eher zur passiv-depressiven Verarbeitung, zu phobisch-ängstlichen oder oknophilen (anklammernden) Verhaltensweisen. Sie machen stärker sich selbst und den eigenen Körper zum Opfer der bestehenden Verhältnisse. Jungen zeigen ihre Depressivität eher in hypomanischer Getriebenheit mit aggressiven Durchbrüchen und ausagierenden, sozial störenden Verhaltensweisen. Es fällt ihnen schwerer, gefühlsmäßige Bindungen einzugehen und sich einzuschränken. Größenphantasien verschleiern häufig eine depressive Erkrankung, da hier die narzisstische Problematik im Vordergrund steht. Auch Affektumkehr ist häufig zu beobachten: 12-14-jährige Jungen fallen beispielsweise durch Clownerie auf, was leicht zu Fehldiagnosen wie ADHS und Hochbegabung führen kann.

2.2.6 Adoleszenz (16-18 Jahre)

Symptome sind vergleichbar mit denen in der Pubertät, nähern sich insgesamt jedoch immer stärker dem Spektrum des Erwachsenenalters an. Im Vordergrund stehen ein vermindertes Selbstvertrauen sowie erhebliche Schwierigkeiten bei der Bewältigung der entwicklungsbedingten Aufgaben: Integration eines neuen Körperbildes und der sexuellen Reifung, weitere Ablösung von den Primärobjecten und Autonomieentwicklung. Unzureichendes Gelingen kann zu Depression auslösenden Identitätskrisen führen. Die Abgrenzung zur normalen adoleszenten Entwicklung ist genau zu prüfen, da vorübergehende depressive Symptome in diesem Alter häufig sind und nicht zwangsläufig Krankheitswert haben müssen.

2.2.7 Junges Erwachsenenalter (18-21 Jahre)

Symptome sind vergleichbar mit denen von depressiven Erwachsenen (Antriebslosigkeit, Selbstanklagen, Leistungsstörungen, Entscheidungsschwierigkeiten, Tagesschwankungen) allerdings mit deutlich regressiven Anklängen an die der Pubertät und Adoleszenz. Die Prävalenz steigt aufgrund der oft krisenhaft erlebten Schwellensituationen (Schul- oder Ausbildungsabschluss), der im Dienste der Autonomieentwicklung notwendigen Lösung bisher enger Bindungen (Eltern, Geschwister, Schulfreunde) und der erhöhten Individuationsanforderungen (Zukunftsplanung). Die Suizidrate in jungem Erwachsenenalter

ter liegt an der oberen Grenze der für alle Erwachsenen angenommenen 4% (vgl. Kaspar & Möller, 1997; Möller, 2003) und ist somit nach den Suizidraten der über Sechzigjährigen am höchsten bei den an Depression erkrankten Patienten.

2.3 Komorbidität

Depressive Symptome im Kindes- und Jugendalter haben eine hohe Komorbidität mit anderen Störungsbildern. Oft werden die klinischen Bilder isoliert behandelt, eine dahinterliegende Depression wird leicht übersehen. Als häufigste komorbide Störung werden nach Kovacs et al. (vgl. 1984a, b; 1988) die Angststörungen genannt. Auch die kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen ICD-10: F92.0 tritt häufig auf. Weitere begleitende Störungen sind: Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens mit introvertiertem oder auch agitiertem Verhalten, Teilleistungsstörungen, Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, Substanzmissbrauch, Zwangsstörungen, aber auch psychosomatische Krankheitsbilder wie Einnässen, Essstörungen, Kopf- und Bauchschmerzen, Diabetes mellitus etc. Depressionen können komorbid im Verlauf bei jeder weiteren körperlichen und psychischen Erkrankung auftreten, wobei individuell genau zu differenzieren ist, welche Störung als die primäre einzustufen ist. So kann z. B. bei einer ADHS-Problematik die zugrunde liegende Depression übersehen werden und unbehandelt bleiben. (Vergleiche für diesen Abschnitt auch VAKJP-Leitlinien von Angst, ADHS, Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, Zwangsstörungen, Enuresis und Essstörungen.)

2.4 Auswirkungen und Folgen – suizidales Risiko

Eine depressive Phase ist bei Kindern und Jugendlichen tendenziell kürzer als bei Erwachsenen und remittiert bei einem Drittel innerhalb von drei Monaten. Das Rückfallrisiko liegt nach fünf Jahren bei 75% (vgl. Mehler-Wex, Kölch, 2008). Die schwerwiegendste Folge einer Depression ist der Suizidversuch oder der vollendete Suizid. Während Suizid im Kindesalter sehr selten auftritt, weisen Jugendliche eine hohe Suizidrate in der Bevölkerung auf. Männliche Jugendliche haben dabei ein dreimal so hohes Suizidrisiko, bei weiblichen Jugendlichen hingegen ist die Rate der Suizidversuche um zwei- bis dreimal höher. Der sogenannte »Werther-Effekt«, also die Neigung, einem suizidalen Freund oder Idol nachzueifern, ist unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen stark verbreitet. Die Suizidraten haben sich in den letzten 50 Jahren nicht verändert. Warnzeichen für akute Suizidalität sind auffallende Verhaltensänderung, Vernachlässigung

des Aussehens, Verschenken persönlicher Gegenstände, Beschäftigung mit dem Thema Tod, übermäßiger Konsum von Drogen/Alkohol, plötzlich gehobene Stimmung, häufige Unfälle, akute Krisen. Erhöhtes Suizidrisiko besteht bei familiärer Häufung von Suiziden, bereits erfolgtem Suizidversuch, fehlendem Verständnis und fehlender Unterstützung durch Bezugspersonen und bei schwerwiegenden Verlusten im Kindesalter (vgl. Eggers, Röpcke, 2004; Schulte-Markwort, 2007).

3. Ätiologie, Erklärungsmodelle

3.1 Einleitung

Unter entwicklungspsychopathologischen und psychodynamischen Aspekten werden depressive Reaktionen nicht von vornherein als pathologisch angesehen, sondern gehören zum psychischen Entwicklungsprozess. Schon Spitz betont die entwicklungsfördernde Bedeutung der Fremden- und Trennungsangst gegen Ende des ersten Lebensjahres (vgl. Spitz, 1967). Ihm zufolge ist die Fremdenangst oder Fremdenreaktion ein Hinweis darauf, dass das Baby nun eine ganz besondere, persönliche und einmalige Beziehung zu seiner Mutter entwickelt hat und von daher ein fremdes Gesicht, einen Betreuungswechsel vorübergehend als irritierende Trennung erlebt. Melanie Klein meint mit dem »Erreichen der depressiven Position« ähnliches (vgl. Klein, 1937): Das Kind empfindet nicht nur Getrenntheit von der Mutter, sondern entwickelt auch Besorgnis ihr gegenüber, vor allem, da es sich nun schon selbst seiner aggressiven Impulse bewusst sein kann. Schuldgefühl und Wiedergutmachung sind Errungenschaften dieses Entwicklungsschrittes um das Ende des ersten Lebensjahres. Winnicott (1993) beschreibt die Gefahr des Zusammenbruchs der omnipotenten Illusion, die sich aus der vorangegangenen Erfahrung der »primären Mütterlichkeit« beim Säugling eingestellt hat. Sowohl seine Ich-Entwicklung als auch der primäre Narzissmus wurden davon beflügelt. Wenn der Desillusionierungsprozess dem Kind zu früh und zu intensiv abverlangt wird, bringen tagtägliche Frustrationen dem Ich keinen Zuwachs an Stärke (Frustrationstoleranz), sondern überfordern das Ich und werden als Verlust des eigenen Narzissmus und des Objektes erlebt. Übermäßige Angst und Traurigkeit können nicht integriert werden. Zum Beispiel können Umzüge, Tod eines Haustieres, Auszug eines älteren Geschwisters depressive Anpassungsreaktionen jenseits von Trauer auslösen.

Mit Abraham (1924) gesprochen führen sie zu einer »Urverstimmung« als Niederschlag präödipler Objektenttäuschungen und narzisstischer Kränkungen«

(Göttken, 2012). Im Sinne Sigmund Freuds folgt daraus die »Melancholie als narzisstische Neurose, bei der der Depressive seine Objektbesetzung aufgibt und den Konflikt zwischen Ich und Überich austrägt« (ebd.). Sandor Rado (1927) beschreibt den hungrigen oder gestillten Säugling als Modell für manisch-depressive Zustände und macht damit die «äußerst verletzlichen Mechanismen der Selbstwertregulation bei Depressiven» sowie dessen »Abhängigkeit von äußerer narzisstischer Zufuhr« deutlich (Göttken, 2012).

Mentzos (2006, S. 157ff) beschreibt drei *circuli vitiosi*, die in der Psychodynamik der Depression wirken. Zum einen führt ein Rückzug, um neue Traumatisierungen und Frustrationen zu vermeiden, zu einer gefährlichen Reduzierung der narzisstischen Zufuhr und damit zu einer Verarmung des Selbstwertgefühls. Der Versuch, den Objektverlust durch Idealisierung und Introjektion zu kompensieren, führt zu erheblicher Verschlechterung, weil das Objekt stets ambivalent reagiert und somit neuerliche Enttäuschungen hervorruft. Eine Unterdrückung der entstehenden Frustrationsaggression, um das Objekt nicht zu verlieren bzw. die Objektbeziehung nicht zu gefährden, führt zu immer größerer Aggression und letztlich zur Aggressionsentladung. Hieraus resultieren die weitere Verarmung der Objektbeziehungen und die Schwächung der narzisstischen Besetzung.

Im Folgenden orientieren wir uns an den von Beutel und Mentzos (2006) vorgeschlagenen Kriterien der Ätiologie (vgl. Windaus, 2007, S. 334ff).

3.2 Objektverlust und kompensatorische Introjektion des ambivalent besetzten Objektes

Die für die Depression grundlegende »Ur-Verunsicherung« (Henseler, 1974, S. 198) wird durch Objektverlust verursacht. Es ist dies der Verlust des Objektes der frühesten Beziehung. In der Regel ist dieses früheste Objekt die Mutter, die entweder real durch Krankheit oder Tod verloren geht oder ihre Aufmerksamkeit im Erleben des Kleinkindes überraschend und phasenweise abzieht, z. B. durch Paarkonflikte, Schwangerschaft und Geburt eines Geschwisters, Tod von eigenen Eltern/nahen Bezugspersonen, eigene Erkrankung (Depression, Borderline, Sucht). Ein Verlust des ersten Objektes kann auch dadurch eintreten, dass erste Separationsversuche des Kleinkindes zum Versagen der affektiv-empathischen Funktionen der Mutter führen. Das sind im Wesentlichen die »Spiegelfunktion« (Winnicott, 1995, S. 128) und »container-contained«-Funktion (Bion). Weiterhin können Über- oder Unterstimulation oder ein abrupter Wechsel von beiden die Psyche des Kleinkindes schwer erschüttern. Das narzisstische und grandiose Selbst differenziert sich aus »Kernen des idealisierten allmächtigen Objektes« (Kohut, 1976, S. 26) zum Selbstkern heraus. Durch den realen oder phasenwei-

sen Verlust der Mutter werden die Größenphantasien dieses narzisstischen Selbst einem modifizierenden Einfluss entzogen. Um das Überleben des Selbst zu erhalten, kommt es zu einer primitiven Introjektion des idealisierten Objektes. Es wird einverleibt, um den präödipalen Wunsch des Kleinkindes nach dem Einssein mit der Mutter magisch aufrechterhalten zu können. Somit entsteht ein Introjekt, welches als »Einkapselung« (Rosenfeld, 1985) und damit als Fremdkörper die weitere Ich-Entwicklung beeinträchtigt. Freud (1916) sah »einen Schatten des geliebten und verlorenen Objektes auf das Ich« fallen. Das Introjekt wird aus Restitutionsgründen unkontrolliert externalisiert, d. h. »eine Figur der Außenwelt wird mit Eigenschaften des Introjekts investiert« (Sandler, 1964, S. 812). Reale Objekte können die narzisstisch überhöhten Erwartungen, die durch diese externalisierten Ideale entstehen, in der Regel nicht erfüllen. Es kommt regelmäßig zu schweren Enttäuschungen, die »die brüchigen Beziehungen sprengen und zu einer kränkenden Erniedrigung des Liebesobjektes führen« (Jacobson, 1978, S. 285). Deutlich ist das zu sehen bei depressiven Kindern, die zwischen extremer Anklammerung und aggressiver Abstoßung schwanken oder auch bei stark ambivalentem Agieren von Jugendlichen während ihrer ersten Partnerschaften. Jakobson (1943) hat hier sehr genau den Ödipuskomplex Depressiver beschrieben. So kann z. B. die libidinöse Besetzung des heterosexuellen Objektes an der Angst vor dem Verlust des Primärobjektes scheitern. Ging es bei den oben beschriebenen Externalisierungen um eine im Ansatz gescheiterte Ichideal-Entwicklung, so hat der Verlust des frühen Objektes auch traumatische Folgen für den Umgang mit Aggressionen und für die Entwicklung des frühen Über-Ichs. Das Primärobjekt bleibt lange Zeit hoch ambivalent besetzt, neben der geliebten guten Mutter des narzisstischen Einsseins ist sie auch die gehasste böse Mutter der aggressiven Abgrenzung. Damit das Kind von seinen archaischen Zuständen nicht überflutet wird, fungiert sie als eine Art Entgiftungsinstitution (Container) für die archaische Aggression. Diese für die Affektentwicklung so grundlegende Aufgabe kann sie nur leisten, indem sie alle Angriffe des Kleinstkindes psychisch »überlebt«, dessen Aggressionen aufnimmt und verdaut, d. h. für die Psyche des Kindes erträglich herabgestimmt zurückgibt. Der Verlust dieser mütterlichen Funktionen kann von der unreifen Psyche nur durch eine Inkorporation des vermissten Objektes in seine psychische Struktur kompensiert werden. In einer Umkehrung von Passivität in Aktivität verleibt sich das Kind das Objekt oral ein. Einerseits ersetzt es damit das fehlende Versorgungsobjekt und schützt sich so vor eigener Vernichtung. Andererseits erlebt es diese Einverleibung in seiner Phantasie selbst als Vernichtung der Mutter. Dadurch entsteht ein frühes Schuldgefühl, das sich mit archaisch aggressiver Energie auflädt. Diese Introjekte der »nicht integrierten Über-Ich-Vorläufer« (Kutter, 1989, S. 186) bleiben von der Ich-Entwicklung ausgeschlossen und bilden eine ständige Gefahr für das

Ich, weil es deren primitive Aggressivität nicht neutralisieren kann. In der Schule von Melanie Klein wird in diesem Zusammenhang von einer Unfähigkeit gesprochen, die paranoid-schizoide Position zugunsten einer Entwicklung zur depressiven Position aufzugeben. Die verfolgenden Introjekte können, ebenso wie die abgekapselten Idealisierungen, leicht externalisiert werden. Die Folge ist, dass Objekte mit diesen Projektionen zu hoch bedrohlichen Gefahren werden. Auch Angst vor Vernichtung wird durch den für die Depression so typischen Rückzug eingeleitet. Die nicht neutralisierte Aggressivität wendet sich als »grenzenlose Feindseligkeit« (Jacobson, 1978, S. 285) nun allein gegen das Selbst.

3.3 Aggression auf das ambivalent besetzte Objekt

In ihrer Studie zur Depression im Kindes- und Jugendlichenalter bemerken Trowell und Joffe als eines der wichtigsten wiederkehrenden Themen: »Angst, mit Aggressionen nicht umgehen zu können und dass diese unerträglich sind« (Trowell, Joffe, 2007). »Der Freud-Schüler Karl Abraham hat schon 1911 auf die Häufigkeit der Aggressionshemmung bei depressiven Patienten aufmerksam gemacht« (Mentzos, 1995, S. 62). Aus der psychoanalytischen Entwicklungstheorie ist bekannt, dass Integration und Differenzierung des Aggressionstriebes eine der primären Aufgaben der präödpalen Ich-Entwicklung sind und die Über-Ich-Entwicklung entscheidend prägen. Aggression ist einerseits eine normale Reaktion auf Frustration und seelischen Schmerz, andererseits die Basis für ein alters- und entwicklungsgemäßes »Adgredi« im Dienste sich entwickelnder Ich-Funktionen. Aggression dient sowohl der Externalisierung seelischen Schmerzes als auch der Kommunikation aversiver Impulse und Gefühle. Sind die Primärobjekte in der Lage, den kommunikativen Charakter der Aggression aufzugreifen, können sie dabei helfen, die Externalisierung dem Internalisierungsprozess wieder zuzuführen. Bis zum Beginn der ödipalen Phase kann so ein Ich entstehen, das sowohl die Objekte mit seinen befriedigenden und frustrierenden Anteilen, als auch sich selbst mit den eigenen »braven« und »bösen« Impulsen erkennen und aushalten kann. Wenn im Stadium maximaler Abhängigkeit die Erfahrungen des Getrenntseins von bedeutsamen Objekten erträglich waren, kann über viele differenzierte Internalisierungsprozesse ein autonomes Ich entstehen. Die Abhängigkeit vom Objekt kann weiterhin als vorwiegend lustvoll erlebt werden.

Wie kann nun der depressive *circulus vitiosus* verstanden werden, sprich die Rücknahme der Aggression ins Innere und deren Verwandlung in Autoaggression, die wiederum eine narzisstische Kränkung und Frustrationsaggression in Gang setzt? Dazu ist es wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass die Primärobjekte von Beginn an die ambivalenten Besetzungen des Kindes ertragen müssen.

Höhepunkte liegen in der frühen Säuglingszeit, in der Wiederannäherungskrise (Mahler, 1975) und in der Trotzphase. Hier werden die verzweifelte Wut über die Erkenntnis von Abhängigkeit (Wiederannäherungsphase) und die der Abgrenzung und Autonomieentwicklung dienende Kraft der Aggression (Trotzphase) am deutlichsten sichtbar. Die Eltern müssen dem Kind einerseits zunehmend gewisse Über-Ich-Leistungen abverlangen. Sie setzen Grenzen und werden vom Kind als ›böse‹ wahrgenommen. Gleichzeitig müssen sie unter grundsätzlicher Akzeptanz von aggressiven Impulsen überwiegend die liebevolle Bindung und die libidinöse Besetzung aufrechterhalten. Das kann auch unter Zuhilfenahme von aggressiven Symbolhandlungen und Phantasien geschehen. Dies gelingt nicht, wenn die Eltern zu hohe Forderungen an Anpasstheit stellen, zu viel mit Liebesentzug drohen oder schon in frühen Phasen beim Kind ein zu großer Mangel von Frustrationstoleranz entstanden war. Dann kommt die Strenge der Eltern einer überfordernden Trennungserfahrung gleich. Anstelle einer moderaten Über-Ich-Entwicklung wird die Aggression in den Dienst massiver Introjektionsprozesse gestellt. Um den unerträglichen Verlust rückgängig zu machen, wird nun das ambivalent besetzte, gleichzeitig leidenschaftlich geliebte und gehasste Objekt ganz nach innen genommen. Mehr und mehr tobt dann die Aggression nicht mehr im Außen, sondern im Innen des Kindes. Dort richtet sie sich gegen eigene ›böse‹ Anteile, aber auch gegen das introjierte ›böse‹, weil übermäßig frustrierende Objekt. Das Über-Ich bleibt von archaischen Anforderungen durchzogen und bildet die typisch maligne, das Ich schwächende Verbindung mit einem übersteigerten Ich-Ideal. Die daraus folgende narzisstische Kränkung löst wiederum Aggression aus, die weiter in Autoaggression umgewandelt wird und durch übertriebene Schuldgefühle das Selbstwertgefühl schädigt.

Hilfreich für die Integration der Aggression gegen die Primärobjecte in das unreife Ich und in das im Aufbau begriffene Selbstbild ist eine gelingende frühkindliche Triangulierung: Wenn das kleine Kind sich wütend von der frustrierenden Mutter abwendet und sich gleichzeitig konkret oder mental dem insoweit präsenten Vater zuwenden kann (und umgekehrt), muss die dadurch entstandene Trennung vom Primärobject nicht mehr als existentieller Verlust erlebt werden. Somit ist die von Abelin (1986), Rotmann (1978), Klitzing (1998) u. v. a. beschriebene Dynamik der frühkindlichen Triangulierung gleichermaßen ein Schutzfaktor gegen, wie auch ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Disposition für Depression.

3.4 *Verlust der narzisstischen Balance*

Von einer narzisstischen Balance sprechen wir, wenn das Ich einen Ausgleich zwischen den narzisstischen Wünschen, den Verzichtsforderungen der Außenwelt und den inneren Verboten schafft. Im ersten Lebensjahr, in dem die oralen Beziehungsmodi der Inkorporation und Ausstoßung vorherrschen, ist das wenig entwickelte Ich nicht selbst in der Lage dieses narzisstische Gleichgewicht herzustellen. Es ist vielmehr von der Externalisierung seiner Wünsche und Affekte vollkommen abhängig. Das Primärobjekt übernimmt die Aufgabe, eine Balance herzustellen, und vermittelt dies dem Kleinstkind in koenästhetischer Kommunikation (Spitz, 1987). Im Wesentlichen moderiert die Mutter die Extreme der paradiesischen Verschmelzungswünsche oder die Urängste der Vernichtung. Als Hilfs-Ich für ihr Kind stimmt sie Extreme herab und zeigt Wege und Grenzen der Befriedigung oder des Schutzes auf. Damit stellt sie für die infantile Psyche das notwendige Maß der Sicherheit immer wieder her. Das Kind nimmt die Art der Mutter, die Balance wiederherzustellen, von Anfang an unbewusst in sich auf. Das Kind »übernimmt schrittweise (und unauffällig) die neutralisierenden, triebkontrollierenden und triebkanalisierenden Funktionen« (Kohut, 1976, S. 336). Diese Balance geht verloren, wenn die Beziehung innerpsychisch abbricht und das Kind den realen oder affektiven Verlust des Primärobjektes erleidet. Das Ideal-Objekt bleibt inkorporiert, ist jedoch vom Ich nicht mehr zu erreichen, da der Vermittlungsweg über die Mutter wegfällt. Damit wird auch jede andere Objektbeziehung aufgelassen, das Individuum zieht sich in die völlige narzisstische Identifikation mit dem Ideal-Objekt zurück. Es entsteht eine Diskrepanz zwischen Ideal-Selbst und Real-Selbst. Das führt zu einem narzisstischen Ungleichgewicht, da jede innere oder äußere Anforderung zu einem erhöhten Gefühl der existentiellen Bedrohung, der Beschämung und Minderwertigkeit führt. Das Erleben des Ungleichgewichtes bleibt als narzisstische Wunde die Achillesferse des Individuums. Eine Regression, ausgelöst durch Objekt- oder Selbstverlust, führt zu einer depressiven Episode oder einer chronischen Depression. Deshalb können auch zu späteren Entwicklungsphasen traumatisch erlebte Verluste von wichtigen Objekten eine Regression auf diese frühe Fixierung ermöglichen. Der permanente Prozess der Wiederherstellung der narzisstischen Balance gerät dadurch aus den Fugen und wird von der Psyche mit depressiven Verarbeitungsmechanismen abgewehrt. Dies gilt insbesondere für die Pubertät, da hier durch die Triebentwicklung und die Veränderung im Körper- und Selbstbild tiefe Regressionen vorkommen. Der Verlust der Kindheit führt so zu einem Verlust an Sicherheit, der sowohl die Urängste des Alleinseins als auch die Wünsche nach regressiver Verschmelzung aktualisiert.

3.5 Identifikation mit elterlicher Depressivität

Man geht davon aus, dass Föten bereits im Mutterleib auf depressive Stimmungen der Mutter mit Aktivitätsschwankungen reagieren (vgl. Windaus, 2007, S. 332f.; Piontelli, 1996). Studien und Experimente zeigen, dass Säuglinge versuchen, die depressive, unlebendig wirkende Mutter durch Ausdruck eigener starker Affekte und Aktivitäten (z. B. vermehrtes Lächeln, Vokalisieren, erhöhte Motorik) zu beleben. Wenn nach wiederholten Versuchen eine Wirkung ausbleibt, ziehen sie sich zurück und wirken bedrückt. Sich nicht mehr an einem lebendigen Gesichtsausdruck orientieren zu können und keine Affektspiegelung zu erfahren, kommt einem Verusterleben gleich. Säuglinge nehmen schon im Alter von drei bis vier Monaten den Ausdruck negativer Affekte im Gesicht der Bezugsperson wahr und reagieren darauf (»Still-Face«-Experimente, siehe v. Klitzing, 2007, S. 291; Keren, Tyano, 2007, S. 312). Bei längerfristigem Verlust eines lebendigen Austausches besteht die Gefahr der Anpassung an flache Affekte und der Identifizierung mit der mütterlichen Depression. André Green (1983) beschreibt die Dynamik der Identifizierung mit der emotionalen Leere der Mutter mit den Begriffen »tote Mutter« und »weiße Depression«. Mit dieser Identifizierung kann der Verlust emotionaler Zuwendung kompensiert werden, um überhaupt mit der Mutter in Kontakt zu bleiben. Dornes spricht von einer »Introjektion« der Depression auf der Verhaltens- und Körperebene« (2006, S. 81), einem dauerhaften Rückzug aus der Interaktion, einem Vitalitätsverlust und einem verminderten Ausdruck positiver Affekte. Die Vermittlung depressiver Stimmungen in der frühen Zeit findet non-verbal über Körperhaltung, Bewegungstempo, Vokalisierung und Affektausdruck statt und ist mit starken Beeinträchtigungen bei der Herausbildung der kindlichen Symbolisierungs- und Mentalisierungsfähigkeiten verbunden.

Kinder können in mütterliche oder väterliche Depression mit hineingezogen werden bzw. genötigt sein, deren abgewehrte Problematik zu tragen. So weisen Eltern unbewusst schmerzliche Aspekte der eigenen Kindheitsgeschichte dem Kind per Delegation und Projektion zu, um eine Berührung mit eigenen abgewehrten Gefühlen zu vermeiden. Die beim Kind »untergebrachte« Depression erscheint dann als Spiegel der elterlichen Depression und kann durch einen Kreislauf von Fehlinterpretationen noch verstärkt werden. Auffällige Reaktionen des Kindes können von Eltern als feindselig und narzisstisch kränkend gedeutet werden. Abgewehrte negative Selbstanteile eines Elternteils werden dem Kind zugewiesen, dann beim Kind wahrgenommen und dort bekämpft. Der mit diesen Prozessen verbundene Mangel an Containment und Spiegelungserfahrungen kann in Teilbereichen zu einer Schwächung des kindlichen Ichs führen. Diese Kinder bilden zu wenig Selbstschutz und Selbstwertgefühl aus, sind in ihrer Wahrnehmungs- und Symbolisierungsfähigkeit beeinträchtigt und neigen zu kognitiver und moto-

rischer Pseudo-Progression oder übermäßiger Empathie. Beispielhaft wäre auch eine funktionale, übertriebene Lebendigkeit (bis hin zu einer als ADHS-Problematik imponierenden Symptomatik), um damit die Stimmung des depressiven Elternteils aufzuhellen oder die innere Leere zu füllen. Sich auf Winnicott beziehend verweist Berberich (2006, S. 97f) darauf, dass die Übernahme ›fremder‹ Verantwortung und Schuld für das Kind das Übernehmen von Verantwortung für die eigenen aggressiven und destruktiven Impulse und deren Wiedergutmachung beeinträchtigen kann. Die Übernahme der mütterlichen Depression kann demzufolge für das Kind auch bedeuten, sich der eigenen zu entziehen.

Wenn Eltern nicht in der Lage waren oder sind, Tod, Verlust oder Trennung zu betrauern, kann sich auch die kindliche Fähigkeit zur Trauerarbeit nicht entwickeln. Für die nicht erlebbare Trauer wird im Inneren des Elternteils eine Art Krypta – abgespalten vom Ich – errichtet, in welcher psychisch ›Unverdautes‹ bewahrt wird. Die Übertragung des Nicht-Betrauerten vermittelt sich dem Kind durch präverbale Interaktionen. Bürgin und Steck sprechen von »komplexen Variablen taktiler, visueller, auditiver, sensomotorischer Natur: (...) Die Lücken in der Kommunikation der Mutter, das Unaussagbare und ihr Bedürfnis, sich an ihr Kind als Pfand einer verlorenen Liebe anzuklammern, drücken sich in Auslassungen, vor allem im Blick, in der Stimme, der Haltung und der Gestik aus. Wenn Nicht-Kommunikation kommuniziert wird, so gestaltet sie sich schließlich zum Geheimnis« (1996, S. 358). Beim Nicht-Kommunizierbaren kann es sich um einen nicht betrauerten Verlust oder um ein Familiengeheimnis handeln. Das Kind wird zum Phantomträger in seinem Bemühen, die Beziehung zu halten, die Eltern zu verstehen, die gespürte Lücke zu füllen (z. B. ein verstorbene Geschwister zu ersetzen) (vgl. Küchenhoff, 1991, S. 43ff; Hirsch, 1998, S. 172ff). Phantome wirken über Generationen und werden auf unbewusstem Wege weitergegeben.

3.6 Folgen von traumatisierenden frühkindlichen Trennungen

Zu den Auswirkungen von Traumatisierungen zählen neben vielfältigen anderen Symptomen und Verarbeitungsmechanismen auch depressive Störungen. Schutz vor Traumatisierung im Säuglingsalter bieten nach Mahler (1975) die Mutter-Kind-Symbiose und der durch die Mutter in dieser Einheit gebotene Reizschutz. Bei frühzeitigem Zerbrechen dieser Einheit und damit des Reizschutzes durch Trennung oder Verlust drohen Überflutung von Affekten und die Unterbrechung der Kontinuität des Seins (Winnicott, 1965). Kindliche Bewältigungsreaktionen – wie »Schreien, stereotype Bewegungen und Erstarren« – führen zu Erschöpfungszuständen, die eine weitere Steigerung der Stressreaktionen auch begrenzen

können (Hüther, 2002, S. 471). Zugleich ist die Überflutung durch heftige Affekte mit einer Übersensibilisierung verbunden, so dass in der weiteren Entwicklung Reize verstärkt eindringen können und als Trigger für pathologische Entwicklungen wirken. Auch im weiteren Entwicklungsverlauf verfügt die unreife Psyche noch nicht über ausreichende Mittel der Stressbewältigung. Die Kinder sind auf den Schutz bietenden Halt ihrer Bezugspersonen angewiesen. Insofern sind Verlust und Trennung im frühen Kindesalter eine wesentliche Ursache von Traumatisierung, deren Ausdruck Weimer (2002, S. 257ff) als Gefühlszustände von innerer Erstarrung, Leere und Devitalisierung beschreibt. Das unterbrochene Gehalten-Sein, die Zerstückelung des Seins (Winnicott) sind verbunden mit Gefühlen des Fallens, von Hilflosigkeit, Panik und Todesangst. Weimer verweist auf die potentielle Ausbildung von Gefügigkeit beim Kind sowie eine starke Ausrichtung auf die Wünsche anderer, begleitet von Angst vor Ablehnung und sogar Vernichtung (2002, S. 262ff). Bei frühen Trennungen erscheinen die entsprechenden Selbstzustände in Körpersensationen und Stimmungen »eingefroren« und können zu einem kryptischen Teil des Identitätserlebens werden. Da diese frühe Traumatisierung vor dem Denken liegt, bleiben die Spuren in Form von Stimmungen bewahrt. Es besteht keine Verbindung zum narrativen Gedächtnis. Die Erinnerung an die traumatische Erfahrung unterliegt der Dissoziation und ist nur in sensorischen Bruchstücken erhalten (vgl. Schier, 2003, S. 366). Eine gelungene Verarbeitung von Trennungs- und Verlusterlebnissen durch Trauerprozesse ist dagegen sowohl an den Entwicklungsstand des Kindes gebunden als auch an die Trauerfähigkeit verbleibender Bezugspersonen. Ein Kind kann nur innerhalb einer Beziehung trauern. Wenn getrauert und eine lebendige Erinnerung bewahrt werden kann, dann ist dies auch für das Kind möglich (Küchenhoff, 1991, S. 35f).

4. Psychodynamische Diagnose und Differenzialdiagnose

4.1 Konflikt und Einordnung

4.1.1 Der depressive Grundkonflikt

Das Spezifikum der psychoanalytischen Erklärungsmodelle der Depression ist die Betrachtung der innerseelischen Dynamik, die durch Trennung und Verlust in Gang gesetzt wird. Zu beachten ist hierbei das Zusammenspiel von Entwicklungsalter, Stärke des Verlusterlebens, individueller Konstitution und jeweiligen Umweltbedingungen. Deshalb wird in den folgenden Absätzen dieses Kapitels altersspezifisch differenziert.

Einleitend soll als Matrix für das Verständnis der folgenden Unterpunkte und als Zusammenwirkung der oben dargestellten ätiologischen Erklärungsmodelle der depressive Grundkonflikt umrissen werden. Mentzos beschreibt den depressiven Grundkonflikt in Verbindung mit Angstneurose und Zwangserkrankungen: »Bei der Angstneurose geht es um die Existenz, denn das Schutz und Sicherheit bietende Objekt geht verloren. Bei der Depression geht es um den Verlust des Liebe, Anerkennung, Aufwertung bietenden Objekts (oder der entsprechenden Aspekte einer Objektbeziehung)« (1984, S. 187). Die Abgrenzung von der Zwangsneurose betrifft eher den Umgang mit dem für Depression und Zwangsneurose gleichermaßen typischen strengen Über-Ich: »Während es im Rahmen des zwangsneurotischen Modus wenigstens bis zu einem gewissen Grad gelingt, mit Hilfe von magischen Handlungen, symbolischen Wiedergutmachungen und ähnlichen Manipulationen das Über-Ich zu beschwichtigen, ist der depressive Patient offenbar gezwungen, einen fatalen Schritt weiterzugehen und die Aggression in Autoaggression zu verwandeln« (ebd., S. 188). Einer Depression geht oft der unbewusste Versuch voraus, sie mit zwangsneurotischen Mitteln abzuwehren.

Zu den bereits im Kapitel 3 zu Ätiologie beschriebenen strukturellen Besonderheiten benennt Mentzos fünf Punkte, die den depressiven Grundkonflikt charakterisieren:

- faktischer oder symbolischer Objektverlust und/oder narzisstische Kränkung oder Traumatisierung;
- erheblich labile narzisstische (Selbst-) Homöostase;
- Mangel an phasengerechter Internalisierung gut integrierter innerer Objekte;
- Objekte sind nicht vorhanden oder extrem ambivalent besetzt;
- stark eingeschränkte oder fehlende Entwicklung einer autonomen Homöostase.

Auf dieser strukturellen Grundlage kann das Ich auf Trennung und Verlust nicht mit einer wirklichen Trauerreaktion oder mit kompensatorischen Mechanismen reagieren. Es braucht entweder äußere Objekte zu seiner Stabilisierung oder muss Übermäßiges (Ich-Ideal) leisten. Eine derart labile Konstruktion macht das Ich äußerst anfällig bei weiteren unvermeidlichen Verlusten, Krisen und Kränkungen (individuelle Vulnerabilität). Ein überhöhtes Ich-Ideal überfordert das Ich mit seinen Ansprüchen und Maßstäben. Ein strenges, archaisches und unnachgiebiges Über-Ich prägt wesentlich den depressiven Verarbeitungsmodus. Aggression wird in Autoaggression verwandelt. Die depressive Lösung des Konflikts zielt immer darauf ab, den Verlust und die narzisstische Kränkung rückgängig zu machen.

Ich-Hemmung, Rückzug, Aggression und Autoaggression, Introjektion des ambivalent besetzten Objekts, passive Anhänglichkeit, Weinerlichkeit, Hilflosigkeit

sind grundsätzlich entwicklungs einschränkende Folgen. Bei Kindern und Jugendlichen sind diese Folgen des depressiven Grundkonfliktes in den verschiedenen Entwicklungsphasen in statu nascendi zu beobachten und zu verstehen und beeinträchtigen je nach den nun folgenden Entwicklungsphasen den Aufbau der psychischen Struktur.

4.1.2 Differenzialdiagnostische Aspekte

Die Differenzialdiagnostik der Depression bei Kindern und Jugendlichen leidet unter einem Mangel an systematischem Wissen über die frühe Manifestation affektiver Störungen und an der begrenzten Anwendbarkeit der DSM-IV/ICD-10-Kriterien für die Altersstufe der unter 6-Jährigen. Die Differenzierung bezieht sich bei Depression nach Ausschluss einer pharmakogenen und/oder somatogenen Genese insbesondere im Kleinkindalter vor allem auf die Angststörungen. Bei Jugendlichen wird dann auch die Unterscheidung zwischen reaktiven dysthymen Störungen und der Entwicklung majorer Depressionen bedeutsam (vgl. Schulte-Markwort, 2007, S. 315).

Von der Depression abzugrenzen sind die Belastungs- und Anpassungsstörungen; insbesondere die posttraumatische Belastungsstörung (vgl. ICD-10, S. 169, F43.1), die mit typischen Symptomen wie Flashbacks, emotionaler Stumpfheit und vegetativer Übererregtheit einhergeht, die typischerweise in einem Zeitraum von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis auftreten. In der psychoanalytischen Differenzialdiagnostik bei Kindern und Jugendlichen wird – anders als in der psychiatrischen Diagnostik, die sich vor allem auf die »harten«, objektivierbaren Daten von Anamnese, medizinischem und psychischem Befund konzentriert – mit den »weichen« Daten subjektiver Eindrücke, also mit der Reflektion der depressiven Dynamik in Übertragung und Gegenübertragung gearbeitet. Deshalb sind die Manuale der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik OPD (2001) und OPD-KJ (2003), welche mit den diagnostischen Achsen »Beziehung«, »Struktur« und »Konflikt« die jeweiligen Krankheitsbilder nicht nur nach Symptomatik, typischen Konflikten und Psychogenese unterscheiden, sondern auch nach dem Niveau der jeweiligen Persönlichkeitsorganisation, dem psychodynamischen Denken näher als die Manuale der ICD-10 bzw. DSM-IV. Mit diesen relativ neu entwickelten Instrumenten kann auch das Krankheitsbild der Depression auf vier verschiedenen Strukturniveaus – von gut integriert (neurotisch), mäßig integriert (mittleres Niveau), gering integriert (Borderline) und desintegriert (psychotisch) differenziert werden (vgl. Will, 2000, S. 61).

Auf der Konfliktebene lassen sich wenigstens vier Formen einer depressiven Psychodynamik unterscheiden (vgl. Will, 1993, S. 368ff):

- Die Über-Ich-Depression (Schuld-Depression), bei der ein rigides Über-Ich die ursprüngliche Anklage gegen ein enttäuschendes Liebesobjekt in Selbstvorwürfe wandelt. So wird der ursprüngliche Konflikt zwischen Selbst und Objekt zu einem intrapsychischen Ambivalenzkonflikt.
- Die oral-abhängige Depression, die aus der Verbindung von Erfahrungen der Säuglingszeit und der späteren Verarbeitung von Trennung und Autonomie entsteht und Gefühle unstillbarer Bedürftigkeit, Liebesehnsucht und Abhängigkeitswünsche erzeugt (›dependant und demanding‹), die aufgrund von Enttäuschung in feindseligen Objektrückzug münden können.
- Die Ich-Depression, die verbunden ist mit einem Zusammenbruch des Selbstgefühls, ausgelöst durch tiefe Gefühle von Hilf- und Hoffnungslosigkeit (›giving-up-given-up-complex‹, vgl. auch anaklitische Depression nach Spitz). Diese ist weniger Ergebnis intrapsychischer Konflikte, sondern real defizitärer Erfahrungen: Trennungen und Objektverluste.
- Die narzisstische Depression, bei der ein überhöhtes Wunschbild vom Selbst und den Objekten eine befriedigende Beziehungsaufnahme verhindert und es zu Gefühlen der Beschämung, Erniedrigung und schließlich dem depressiven Zusammenbruch kommt, häufig bei Jugendlichen.

4.2 Spezifika der Entwicklungsphasen

4.2.1 Vorgeburtliche Phase

Die Entwicklung eines depressiven Verarbeitungsmodus kann sehr frühe Fixierungsstellen in der Entwicklung der psychischen Struktur haben. »Wenn das menschliche Leben zu einem gewissen Teil mit seinen neurohormonalen Funktionszusammenhängen verflochten ist, so kann man mit Sicherheit davon ausgehen, dass die überaus mannigfaltigen Austauschprozesse innerhalb der blutgefüllten, intervillösen Räume der Placenta auch gewichtige Auswirkungen auf die Mutter und ihr zukünftiges Kind haben müssen« (Lebovici, 1990, S. 283).

Zukünftige Eltern haben bereits weit vor der Schwangerschaft Phantasien über ihr späteres Baby. In der Schwangerschaft unterhält die Mutter reale und imaginäre Beziehungen zu ihrem Baby. Ebenso zeigen Untersuchungen, dass auch der Fötus bereits aktiv auf Stimmungen der Mutter und deren Umgebung (Geräusche und Stimmen) reagiert (vgl. Maiello, 1999). Der Vater spielt einerseits eine Rolle mit seiner Stimme und dem unmittelbaren Beziehungsverhalten zu Kind und Mutter. Außerdem ist es bedeutsam, ob er in der mütterlichen Zukunftsphantasie mit dem Baby vorkommt. In der Langzeitstudie Piontellis, die mit Ultraschallbeobachtungen der Föten beginnt und bis zum sechsten Lebensjahr fortgesetzt wird, sind fetale Reaktionen auf uterine Traumata zu beobachten. Sie schildert

die Beobachtung eines Fötus, dessen »Immobilität durchaus eine Reaktion auf spezifische intrauterine Bedingungen gewesen sein (könnte), die mit der Angst seiner Mutter zusammenhäng« (Piontelli, 1992, S. 324). Piontelli vermutet, dass »Verhaltensweisen wie autistische Isolierung, adhäsives Verhalten und Verschmelzungsgefühle keine normalen Komponenten des fetalen Lebens sind, sondern bereits in dieser frühen Lebensphase als pathologische Abwehrphänomene zu betrachten sind« (ebd.).

Da Zwillinge bereits in utero in eindeutiger Beziehung miteinander stehen, kann der Tod eines Zwillings im Mutterleib auch ein Verlusterlebnis sein, das die psychische Entwicklung des überlebenden Zwillings nachweisbar in Richtung Depressionsentwicklung belastet. Inwieweit sich demzufolge Vulnerabilitäten bzw. Resilienzfaktoren für narzisstische Verwundbarkeiten, Verlust und Trennungskonflikte ableiten lassen, bleibt ein Thema für die Forschung, ebenso wie die Auswirkungen von Schwangerschaftsdiabetes, Diabetes mellitus, Suchtverhalten und anderen chronischen Krankheiten auf die spätere psychische Konstitution.

4.2.2 Säuglings- und Kleinkindalter

Die Depression bei Kindern und Jugendlichen ist in die diagnostische Klassifikation aufgenommen worden. Bis heute fehlt noch die Beantwortung der Frage, ob die Depression im Säuglingsalter endogen sein kann oder ob sie immer eine Reaktion auf ungünstige Umweltfaktoren darstellt und damit die Folge internalisierter Verzerrungen und neurologischer Veränderungen ist. Bisherige Studien erfassen Kinder ab dem dritten Lebensjahr. Obwohl es – zumindest bei über Dreijährigen – Untersuchungen gibt (Luby und Mitarbeiter, 2003), die eine hohe Korrelation zwischen Depression in der Familie und späterer Depression bei Kindern nachweisen, ist damit nicht bewiesen, dass genetische Faktoren den Hintergrund bilden, da ja bis zum dritten Lebensjahr schon wesentliche psychische Introjektions- und Identifizierungsprozesse stattgefunden haben. Neurobiologische Studien deuten auf eine früh erworbene biologische Vulnerabilität für spätere Depressionen bei Säuglingen hin, wenn sie in den ersten Lebensmonaten von depressiven Müttern betreut wurden. Möglicherweise gibt es auch eine Verbindung zwischen dieser Annahme und den von Luby (2003) ermittelten Schwankungen in der Stress-Cortisol-Aktivität bei depressiven Vorschulkindern, welche Befunden im Erwachsenenalter ähneln« (Keren, Tyano, 2007, S. 312). Zusammenhänge zwischen mütterlicher Schizophrenie oder schwerer Zwangserkrankung und Säuglingsdepression sind laut Keren und Tyano nicht erforscht, wenngleich sie in der klinischen Praxis auf mehrere Fälle von sekundärer Säuglingsdepression bei schwerer mütterlicher Zwangsstörung gestoßen sind.

Schon 1946 hat Spitz anhand seiner Beobachtungen in Säuglingsheimen die anaklitische Depression entdeckt und die phasenhafte affektive Reaktion des

Säuglings auf Trennung, Verlust und unzureichende Beziehungswelt beschrieben, wie z. B. Schreien und Protest, resignativer Rückzug, Vitalitätsverlust und Apathie. James und Joyce Robertson (1989) zeigten eindrücklich mit ihrem Film über den 17 Monate alten John die maligne Verbindung von Trennung des Primärobjekts und einer nicht kontinuierlichen Betreuungssituation. Die »Still-Face«-Untersuchungen (Tronick, Cohn, Shea, 1986) konnten zeigen, wie vier Monate alte Säuglinge auf ein dreiminütiges Erstarren der Gesichtsmimik der Mutter reagieren: Nach kurzem Versuch, die Mutter »wiederzubeleben« mit Hilfe stark auffordernder Affektausbrüche und abwartendem Rückzug bei Aufrechterhaltung des Blickkontakts erfolgen Regression, Hypotonie, Speichelfluss, zunehmend gedrückte Affekt- und Stimmungslage. Zwar kann der lebendige Dialog zwischen der Mutter und dem Säugling sofort wieder beginnen, sobald das Gesicht der Mutter »auftaut«, jedoch kann man sich vorstellen, was passiert, wenn eine Mutter längerfristig oder phasenweise depressiv ist. Das kann viele Gründe haben: Postpartale Depression (Pedrina, 2006), große Probleme bei der Übernahme ihrer Mutterrolle (Stern, 1998) oder starke Schuldgefühle gegenüber dem Geschwisterkind, traurige Ereignisse, wie Tod, Krankheit innerhalb der Familie, Partnerschaftsprobleme. Die vitalen Bindungs- und Beziehungsbedürfnisse des Säuglings werden immer wieder unterbrochen. Er erlebt Frustration, Getrenntheit, Verlassenwerden und Verlassensein, auf das er je nach Alter und vorausgegangenem Erfahrungen nur sehr unreife Möglichkeiten zu reagieren hat.

»Nach wie vor werden die depressiven Verstimmungen in der Postpartalzeit der Mütter auf ihre Säuglinge zu wenig ernst genommen und therapeutisch angegangen« (v. Klitzing, 2007, S. 292). Vielleicht hat man sich zu sehr auf die ausgleichenden Umweltfaktoren verlassen, da Väter, Großeltern, Geschwister sowie Fremdbetreuungsinstitutionen Schutzfunktion erfüllen können. Neuere Studien allerdings belegen auch eine unerwartet hohe Prozentrage an Vätern, die auf die Geburt eines Kindes mit Depressionen reagieren.

Golse (1983) definiert drei »entwicklungsbedingte depressive Phasen«:

- das Fremdeln mit acht Monaten,
- die Traurigkeit der ödipalen Phase
- und die »traurigen Gedanken« in der Adoleszenz.

Sie sind jeweils mit entwicklungsbedingtem Verlust eines speziellen Status oder Beziehungsobjekts verbunden: In der ersten Phase ist der Säugling emotional und kognitiv soweit, dass er Unbekanntes von Bekanntem unterscheiden und somit auch eine potentielle Trennung bzw. einen potentiellen Verlust des bedeutsamen Objekts wahrnehmen kann. Gefühle von existentieller Hilflosigkeit und Trauer sind leichter zu bewältigen, wenn der gesunde Säugling, das gesunde Kleinkind und letztlich der Erwachsene seine Spielfähigkeit bewahren und ei-

nen Übergangsraum (Winnicott, 1993) schaffen kann. An gesunden Vorschulkindern kann man gerade diese Fähigkeiten in der Hochphase ihrer Entwicklung beobachten – eine grenzenlose Kreativität beim Aufbau einer reichhaltigen Innenwelt, die geprägt ist von Wirkmächtigkeit und Zuversicht. Ebenso gut ist zu sehen, wenn sich diese Entwicklung umkehrt in Rückzugsverhalten, Mangel an Wirkmächtigkeit, schließlich Traurigkeit und einen Abfall des Selbstwertgefühls. Eine gute frühkindliche Triangulierung ist ein wirksamer Schutz gegen depressive Entwicklungen. Steht ein bedeutsamer Dritter, meistens der Vater, zur Verfügung, um das Kleinkind aufzufangen, wenn Separation und Autonomieentwicklung mit aggressiver Triebenergie beginnen, bleiben die Ausprägungen von Über-Ich-Entwicklung und Schuldgefühl in verkräftbarem Rahmen. Umgekehrt kann ein früher Objektwechsel eine Fixierungsstelle für spätere depressive Entwicklungen darstellen.

4.2.3 Kindergartenalter

Im Ödipuskomplex verbindet das Kind seine Wünsche und Ängste selbst initiativ mit seinen Eltern. Dies geschieht aus der phasengerechten Aufgabe, die sexuelle Organisation unter das »Primat der Genitalität« (S. Freud) zu stellen und damit die infantile Sexualentwicklung weiterzuentwickeln. Das Kind interessiert sich für die erotische Beziehung der Eltern (Urszene). Es entsteht der Wunsch, eine ausschließliche Beziehung einmal zum gegengeschlechtlichen (positiver Ödipuskomplex) und ebenso zum gleichgeschlechtlichen Elternteil (negativer Ödipuskomplex) aufzubauen. Die Enttäuschung, einen Elternteil nicht als wirkliches Liebesobjekt gewinnen zu können, fordert dem Kind erhebliche Verzichtseleistungen ab und zwingt es, die narzisstischen Kränkungen in seine dadurch reifende psychische Struktur zu integrieren. Gelingt es dem Kind nicht gut genug, so die Reifung seines Über-Ichs zu erreichen, kann es den notwendigen Verzicht als niederdrückenden Verlust erleben. Eine frühe Fixierung in der ödipalen Phase schränkt durch die zu enge Bindung an das Primärobjekt die triangulierende, also die erweiterte Beziehungsaufnahme grundlegend ein und möglicherweise für die weitere Individuation dergestalt, dass Verschmelzungswünsche und Omnipotenz-Erleben vorrangig bleiben. Die Über-Ich-Bildung bleibt fragmentiert, die Generationengrenze und die Inzestschranke werden unzureichend realisiert. Eltern stehen in dieser Phase immer in der Gefahr, ödipal rivalisierende und selbstbehauptende Bedürfnisse entweder zu wenig anzuerkennen oder genügend adäquat zu beantworten und zu begrenzen. Diese Gefahr ist groß bei unbearbeiteten Paarkonflikten und schwerwiegenden psychischen Störungen eines Elternteils. Stagniert die ödipale Entwicklung, weil beispielsweise triadische Beziehungsformen nur unzureichend möglich sind oder elterliche Repräsentanzen zu wenig fusioniert werden können, befördern solche Voraussetzungen depressive

Strukturen, die sich in der Regel in der Adoleszenz abbilden. Als Reaktionen auf solche Mangelserfahrungen können Unterordnung der eigenen Interessen und übermäßige Verantwortlichkeiten für Erwartungen und Wünsche anderer erfolgen, und die psychische Entwicklung regrediert auf einen depressiven bzw. altruistisch-fürsorglichen Bewältigungsmodus (vgl. A. Balint, 1966, S. 35ff). Dazu gehört der Projektionsmechanismus. Er sorgt auch für positive Bindungen. Bei dieser unauffälligeren Form von Projektion greift Anna Freud Bibrings Begriff der »altruistischen Abtretung« auf. Sie legt in unterschiedlichen Varianten dar, wie nach strenger Über-Ich-Entwicklung eigene Triebansprüche ignoriert und stellvertretend an Ersatzpersonen delegiert werden, anstatt sie für sich selbst zu initiieren bzw. durchzusetzen. Über Identifikation mit der Ersatzperson finden eigene Versagungen, gehemmte Antriebe dann doch Erfüllung. Vorausgegangene narzisstische Kränkungen, z. B. ausgelöst durch Zurücksetzung bei der Geburt eines Geschwister, können beispielsweise durch Fürsorge überwunden werden. Egoistische Strebungen mischen sich mit altruistischen (A. Freud, 1936, S. 140-144). Solche altruistischen Abwehrmechanismen können bei übergroßer Ausprägung Bestandteil depressiver Erkrankung sein.

4.2.4 Grundschulalter

In der Latenzperiode zwischen abgeschlossener ödipaler Phase und dem Beginn der Pubertät ist das sexuelle Interesse herabgesetzt. Die Aufmerksamkeit richtet sich auf Denk- und Gestaltungsprozesse. Erikson (1966) charakterisiert diese Phase so, als sage das Kind: «Ich bin das, was ich lerne.» Ist diese Entwicklungschance bereits durch depressive Verstimmungen eingeschränkt, wird auch die Offenheit für die in dieser Phase charakteristische Konzentration auf Lern- und Denkprozesse beeinträchtigt. Des Weiteren wird die ruhigere Entwicklung der Latenzzeit in Vorbereitung auf die stärker trieborientierte Pubertätsthematik gehemmt, welche sich dann weniger dialektisch entwickeln kann (Gottschalch, 1988, S. 93).

Bezüglich der depressiven Verstimmung bezeichnet v. Klitzing (2007, S. 293-295) die Spielhemmung als das Kardinalsymptom, da Kinder die Möglichkeit, Konflikte durch Erzählen oder Szenenbildung zu verarbeiten, zu wenig nutzen können. Dann überwiegen eine reduzierte Psychomotorik, Lustlosigkeit, Reizbarkeit und Aggressivität. Es äußern sich Traurigkeit, Selbstbeschuldigungen, Versagensängste, Rückzug von den Peers sowie ein vermindertes Interesse an der Welt (Ermann, 1997, S. 42ff). Trennungs- und Belastungserlebnisse werden normalerweise vom Latenzkind über seine spielerischen Aktivitäten, Erzählungen und Szenenbildungen normativ gebunden und verarbeitet. Ist diese Fähigkeit gehemmt, kann von der Gefahr einer depressiven Störung ausgegangen werden.

Im Rahmen einer Studie (v. Klitzing, 2007) während des fünften bis siebten Lebensjahres wurde eine Korrelation zwischen ausgeprägtem prosozialem Verhalten und einer vernachlässigten Selbstentwicklung beobachtet. Die Tendenz zu Depression und Ängsten, vom Autor zur emotionalen Störung zusammengefasst, war deutlich begünstigt, wobei Angst und Depression weniger eindeutig abzugrenzen sind als in der Adoleszenz. Von Klitzing weist dabei auf die Interdependenz zwischen biologischer Konstitution und psychosozialem Beziehungsrisiko hin. Depressive Symptome können in der normalen kindlichen Entwicklung irritieren und sich zu einem Störungsbild erweitern. Diesem Rückzugsverhalten steht das ADHS gegenüber, das mehrheitlich bei Jungen diagnostiziert wird. Ihm kann latent eine depressive Struktur zu Grunde liegen, die kontradepressiv, nämlich expansiv, ausgedrückt werden muss.

4.2.5 Pubertät und Beginn der Jugend

»Mit dem Eintritt in die Pubertät setzen die Wandlungen ein, welche ein infantiles Sexualleben in seine endgültige normale Gestaltung überführen sollen« (S. Freud, 1905). Die zweiphasige psychosexuelle Entwicklung des Menschen eröffnet durch die hormonelle Veränderung in der Pubertät eine neue Chance der psychischen Umgestaltung. Die Integration einer reifen genitalen Sexualität erfordert anfänglich eine Aufweichung der in der Latenz erreichten Konsolidierung der psychischen Struktur und führt zu nachhaltigen, tiefen Regressionsprozessen. Damit wird die Pubertät zu einer Entwicklungskrise. Es besteht die Gefahr, dass die Vulnerabilitäten und Fixierungspunkte in der psychischen Entwicklung, welche für die Entstehung von Depressionen von entscheidender Bedeutung sind, ihre pathologischen Einflüsse stärken. Die Erschütterung des bis dahin erworbenen Vertrauens in Psyche und Körper führt für viele Patienten am Ausgang der Kindheit »in eine Flucht aus der äußeren Realität und zu einer Verzerrung ihres sexuellen Körperbildes« (Laufer, 1989, S. 51). Die für die Integration einer endgültigen Geschlechtsidentität notwendige Labilisierung der psychischen Struktur setzt jene für eine depressive Verarbeitung bedeutsamen Fixierungen unter Druck. Die für die Pubertät charakteristischen heftigen Schwankungen zwischen manisch hoch jubelnden und depressiven niedergeschlagenen Gefühlen können sich leicht an derartige Vorprägungen anheften und zu dauerhaften und pathologischen Verarbeitungsmechanismen von Beziehungs- und Selbstkonflikten werden. In der »zentralen Masturbationsphantasie«, jener Phantasie, in der verschiedene »regressive Formen der Befriedigung und die wichtigsten sexuellen Identifizierungen enthalten sind« (Laufer, 1989, S. 23), kommt die erfolgreiche bzw. misslingende Bewältigung dieser Konflikte zum Ausdruck.

4.2.6 Adoleszenz und Spätadoleszenz

Der von Bloß beschriebene Prozess der »zweiten Individuation«, die »Trennung von den Eltern und der Verzicht auf die Eltern als primäre Liebesobjekte« (Tyson, Tyson, 1997, S. 121) und Autoritätsfiguren auf der Ebene der Objektbeziehungen, stellt den »quälendsten und schmerzlichsten Einzelaspekt des Erwachsenwerdens« dar (Bloß in: Tyson, Tyson, 1997, S. 123). Die Entidealisierung der primären Eltern-Imagines geht auch mit einer Entidealisierung der Selbstrepräsentanzen und infantilen Omnipotenzvorstellungen einher. Diese Prozesse können mit tiefgreifenden Gefühlen von Entleerung, Verlust und Einsamkeit verbunden sein.

Diese Erfahrung äußeren und inneren Objektverlustes während der »adoleszenten Identitätskrise« (Erikson, 1956) ist bei gesunder Entwicklung notwendige Voraussetzung der Hinwendung des Adoleszenten zu alternativen Objekten, zur Peergroup. Sie eröffnet auch in der folgenden »Wiederannäherung« an die Eltern die Chance zur Etablierung eines neuen, stabileren Identitätsgefühls durch selektive Identifikationen in Auseinandersetzung mit erwachsenen Lebensrollen. Durch die Aussöhnung mit der Unvollkommenheit der Liebesobjekte sowie des Selbst besteht die Möglichkeit zur Entwicklung »reifer Ambivalenz«, »sekundärer Objekt Konstanz« (Bloß) sowie einer damit verbundenen Milderung des Über-Ichs.

Das Gelingen dieser Prozesse hängt jedoch entscheidend davon ab, inwieweit frühere Entwicklungsbedürfnisse, Konflikte und Traumata, die im Verlauf der Adoleszenz eine Wiederauflage erfahren, bewältigt werden konnten. Für das »Anders-sein-Dürfen« als die eigenen Eltern müssen die frühen Autonomiekonflikte einigermaßen gut gelöst sein, und es muss ein von elterlichen Erwartungen relativ unabhängiger Identitätsentwurf gelungen sein. An dieser Stelle ist der triangulierende Elternteil als alternatives Identifikationsobjekt bedeutsam. Die notwendige Entidealisierung von Selbst und Objekt wird für entsprechend prädisponierte Jugendliche als unerträglicher Verlust erlebt. Daraus erwächst das Risiko eines narzisstischen Rückzugs oder einer Depression.

King (2006) beschreibt das Entstehen von Depressionen im Zusammenhang mit zwischen den Generationen verhinderten adoleszenten Umgestaltungen. Bei der »verkürzten Adoleszenz« wurden zu früh Verantwortung und Erwachsenenfunktionen übernommen (Parentifizierung). Depressionen können die Folge sein, weil Separationsprozesse und die Herausbildung von stabiler Identität nicht erfolgen konnten. Depression kann auch einen unbewussten Versuch darstellen, die Adoleszenz auf diesem Wege noch zu verlängern.

Bei der »enteigneten Adoleszenz« wurde der adoleszente Entwicklungsraum von den Eltern selbst besetzt. Angesichts der bevorstehenden Ablösungen ih-

rer Kinder werden Eltern mit eigenen, nicht bewältigten Themen wie Verlust und Trennungsängsten konfrontiert. Es kommt zur Konkurrenz zwischen Eltern und Jugendlichen, auch weil Eltern ihren jugendlichen Kindern die adoleszenten Freiräume neiden. Wenn Eltern aus eigenen Autonomiekonflikten den adoleszenten Raum besetzen und eigene Themen agieren, lösen sie Ängste und Wut bei ihren Kindern aus, denen der Boden für die eigene Entwicklung entzogen wird. Die Jugendlichen können darauf depressiv mit Rückzug und Autoaggression reagieren.

4.2.7 Postadoleszenz und junges Erwachsenenalter

Soziologisch gesehen gründet das Entstehen der Postadoleszenz in modernen Lebenskonstellationen von langen Ausbildungsgängen, Phasen von Arbeitslosigkeit und in der »sich verselbständigenden Szene in den Großstädten« (Bohleber, 1987, S. 60). Die verlängerte Identitätsbildung bietet Entwicklungschancen und birgt Risiken. Adoleszentes Experimentieren, das Pendeln zwischen unterschiedlichen Selbstrepräsentanzen und dabei stattfindende Probebesetzungen bieten kreative Spielräume für die Identitätsbildung (ebd., S. 78). Nach Blois kann das Offenhalten von Festlegungen aber auch einen Schutz vor Ausbruch einer neurotischen oder psychotischen Symptomatik bedeuten (Bohleber, 1987, S. 59f). Auch das Aufeinandertreffen der Anforderungen im frühen Erwachsenenalter (körperliche Intimität, Berufswahl, Teilnahme am Wettbewerb, psychosoziale Selbstdefinition) wirkt häufig überfordernd und birgt bei narzisstisch strukturierten jungen Erwachsenen die Gefahr aufbrechender Identitätsstörungen (vgl. auch Mertens, 1996, S. 174). Mit dem Begriff der »überdehnten Adoleszenz« beschreibt auch King diese Prozesse. Die Bildung einer eigenen stabilen Identität kann bei narzisstischer Abwehr, einer ungelösten Separationsproblematik und weiter vorherrschenden grandiosen Selbstrepräsentanzen sowie unterdrückten Autonomiestrebungen nicht ausreichend stattfinden. Hier wird dann das postadoleszente Moratorium zur pathologischen Fixierung, was häufig zur Ausprägung einer depressiven Symptomatik führt. In einem aktuellen Beitrag führt Bohleber aus, dass sich die Identitätsbildung in der Spätmoderne aufgrund des schnellen gesellschaftlichen und ökonomischen Wandels zu einem offenen, oft sogar lebenslangen Prozess entwickelt (vgl. Bohleber, 2009, S. 216).

5. *Behandlung, Psychotherapie*

5.1 *Funktion und allgemeine Wirkfaktoren*

Depressionen sind nicht nur als passiv erlittene Folge von Trennungstraumata und Entbehrungen zu verstehen, sondern auch als unbewusste Form einer aktiven Bearbeitung mittels aktualisierter Abwehr- und Schutzmechanismen. Dies erfordert aus psychoanalytischer Sicht eine grundlegende therapeutische Haltung, welche der Depression und ihren Symptomen eine Funktion, eine zumindest ursprüngliche ›Sinnhaftigkeit‹ zuschreibt. In der Behandlung geht es also primär nicht um eine Bekämpfung der Symptome, sondern um deren grundlegende Akzeptanz als eine psychogenetisch verstehbare Antwort auf eine individuelle Konfliktualität (vgl. Mentzos, 2006, S. 160).

In der Behandlung von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen kommt dem, was Klüwer (1981) unter einem unbewussten Handlungsdialog versteht, noch stärkere Bedeutung zu. Zentral wird die Analyse der inneren Haltung des Therapeuten im Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen. In der Analyse dieser inneren Haltung werden Selbstanklagen, Anklagen und Aggression auf dem Hintergrund von Objektbeziehungen verstanden und gefiltert. Mit einer tragenden, verständnisvollen Haltung übernimmt der Therapeut die Funktion eines »guten Objektes«, welches der depressive Patient in der Regel ja nicht oder nur unvollständig internalisiert hat. Im Gegenteil, er verfügt über ein malignes inneres Objekt, was dazu führt, dass sich auch in jeder psychotherapeutischen Beziehung die von Mentzos beschriebenen *circuli vitiosi* reinszenieren: Objektrückzug und narzisstische Entleerung, Objektanklammerung und -enttäuschung, Aggressionsunterdrückung und -entladung. In der Behandlung ist sehr bedeutsam, mit dem Patienten eine neue Beziehungserfahrung zu gestalten, welche durch Vertrauen und Bezogenheit eine Stärkung und Entwicklung des Selbst ermöglicht. Jene neue Erfahrung kann dem Kind oder dem Jugendlichen die Chance eröffnen, sie »als Prototyp für eine adäquate Lösung des Grundkonfliktes« (Mentzos, 1995, S. 123) zu erleben.

Depressive Kinder und Jugendliche sind in der Therapiesituation anlehnungsbedürftig, dankbar für jede Zuwendung und werden alles vermeiden, was zu einer vorzeitigen Beendigung der Behandlung führen könnte. Empathische Präsenz und Verfügbarkeit sind zunächst wichtiger als der inhaltliche verbale Austausch. Über-Ich-Entlastung und Selbstwertstärkung haben Vorrang vor psychodynamischer Arbeit an intrapsychischen und interpersonellen Konflikten (vgl. Wölter, Kruse, 2002). Zu früh geäußerte Deutungen können leicht als Schuldzuweisungen empfunden werden. Die Verbesserung des häuslichen Milieus, Ermuti-

gung zu autonomen Entwicklungsschritten und Unterstützung bei der Durchsetzung eigener Bedürfnisse ohne Angst und Schuldgefühle sind zentrale Aspekte der Therapie. Bei Jugendlichen müssen die pubertätsspezifischen Konfliktsituationen mitberücksichtigt werden (Nissen, 1994, S. 188). Wöller und Kruse (2002) weisen darauf hin, dass Idealisierungen nicht zu früh in Frage gestellt und die abgewehrte Aggressivität depressiver Patienten nicht zu früh angesprochen werden sollen. Der Psychotherapeut sollte zunächst stellvertretend aggressive Inhalte verbalisieren und im Spiel symbolisieren, damit das Kind/der Jugendliche die Verantwortung dafür nicht zu früh übernehmen braucht.

Die Erfolgsaussichten sind abhängig von einem möglichst frühzeitigen Behandlungsbeginn und der Einbeziehung der Eltern. Denn langanhaltende emotionale Frustrationen können zur Ausbildung einer depressiven Persönlichkeitsstruktur führen mit hoher Rezidivrate. »Antidepressive Wirkfaktoren im analytischen Prozess (können) die neutralisierenden pharmakologischen Effekte ergänzen und übertreffen« (Döser, 2009, S. 61f).

5.2 Übertragung und Gegenübertragung

Meist konstelliert sich zu Anfang der Behandlung eine positive Übertragung, die das Kind stabilisiert, da es spürt, dass es gesehen und in seinen Bedürfnissen wahrgenommen wird. Negative Übertragungsreaktionen sollten angesprochen und durch die aktuelle Beziehungsrealität neutralisiert werden. Im Laufe der Behandlung wird der Therapeut aber in der Gegenübertragung mit spezifischen, schwer aushaltbaren Gefühlen und unangenehmen seelischen Zuständen konfrontiert, welche der Patient auf der Suche nach einem Containment via projektiver Identifikation kommuniziert. Dabei kann es sich um Selbstanklagen, Gefühle von Ohnmacht und peinigende Schuldgefühle sowie um aggressive Affekte handeln. Auch die Bedürftigkeit des Patienten, das »orale Selbst«, wird in den Therapeuten projiziert, wodurch bei diesem seine eigene abgewehrte und abgespaltene Bedürftigkeit stimuliert werden kann (Zwiebel, 1997, S. 6). Er ist dann selbst identifiziert mit dem »hungrigen Säugling«. Der Patient wird zum kargen, verfolgenden, bestrafenden oder nicht präsenten und abweisenden Objekt. Die Inszenierung kann dann als Wiederbelebung einer frühen Objektbeziehung mit einem »schlafenden, abwesenden Objekt« (ebd., S. 56) verstanden werden. Statt lebendig und wach zu bleiben, nach Winnicott die zentralen Aufgaben des Analytikers, gerät der Therapeut unbewusst in eine Müdigkeitsreaktion, um sich der unlustvollen Erlebnisqualität zu entziehen. Die Abwehr des Therapeuten seinen mobilisierten eigenen regressiven Bedürfnissen gegenüber kann den Fortgang des analytischen Prozesses bei Depressionen typischerweise erschweren. Die im

Therapeuten hervorgerufenen Gefühle der Leere und Unlebendigkeit machen Angst, er wird zum Objekt, das festgehalten, besetzt und ausgesaugt wird (vgl. Adler-Corman, 2012). Die »gewisse Müdigkeit« und der »Mangel an Sympathie« (Alvarez, 2001) gegenüber einem ständig fordernden und unbefriedigten Patienten erzeugen Abwertung und Schuldgefühle beim Therapeuten, der sich als nicht funktionierend und unprofessionell erlebt. Die abgewehrten Schuldgefühle lassen in der Gegenübertragung Aggression, übertriebene Fürsorge oder »tödliche« Langeweile entstehen (vgl. auch Heinemann, Hopf, 2001) und können den Therapeuten dazu verführen, übermäßig zu vitalisieren. Ebenfalls können aggressive Impulse, die vom depressiven Kind/Jugendlichen schuldhaft erlebt und abgewehrt werden, beim Therapeuten projektiv identifikatorisch zu einer übersteigert lebendigen Haltung führen, so dass er eine unangemessen aktive Rolle übernimmt. Selbst viel redend, wird er von aktivierenden Einfällen überschwemmt und neigt zu Handlungsvorschlägen auf der konkreten Ebene. Deshalb sind die Analyse der Gegenübertragung und die permanente Differenzierung zwischen der Abwehr des Therapeuten und der des Patienten bei Behandlungen von Depressionen für den Fortgang der Behandlung besonders entscheidend. Banck (2008) teilt einen typischen Behandlungsverlauf bei depressiven Patienten in drei Phasen ein:

- In der Eingangsphase überwiegt die Abwehr des Patienten, der Therapeut wird idealisiert.
- In der mittleren Phase überwiegt der Widerstand, die Beziehungsgestaltung ist regressiv und zeigt im Laufe des Übertragungsprozesses den Kernkonflikt.
- In der Endphase überwiegen das Durcharbeiten und die Auflösung der Übertragungsbeziehung. Der Therapeut wird entidealisiert, Getrenntheit und Begrenztheit werden anerkannt.

Entscheidend ist, dass der Therapeut die destruktiven Angriffe des Patienten auf seine Identität und seine Lebendigkeit »überlebt« und durch seine trianguläre Fähigkeit (z. B. durch inneren Bezug auf eine Theorie) nicht selbst depressiv reagierend mit dem Patienten verloren geht (ebd., S. 144f).

5.3 Behandlung von Kinder und Jugendlichen

Da die Gabe von Antidepressiva an Jugendliche, vor allem aber an Kinder, umstritten ist, stellt die psychotherapeutische Behandlung von Depressionen bei ihnen das Mittel der Wahl dar (siehe auch Kap. 5.6). Retrospektive Daten von Target und Fonagy (1994) zeigen, dass psychoanalytische Behandlungen effektiv sind – und zwar umso mehr, je jünger ein Kind ist. Kinder und Jugendliche mit

schwereren depressiven Störungen profitieren vor allem von intensiven Behandlungen, die mit einer Frequenz von mehr als einer Behandlungsstunde pro Woche über mindestens zwei Jahre durchgeführt werden (vgl. Target, Fonagy, 2005). Je früher im Kindesalter die depressive Störung entstanden ist, umso »eher ist davon auszugehen, dass die Depression in eine strukturelle Störung übergeht (Rudolf, 2003)« (Windaus, 2007, S. 337). Deshalb ist es zunächst von großer Bedeutung, »dass der Therapeut im Winnicott'schen Sinne als *zuverlässiges Objekt* (...) zur Verfügung steht« (ebd.), was sich auch in einem stabilen und ausreichenden Setting niederschlagen muss. Dabei ist besonders auf die Reaktionen des Patienten auf Unterbrechungen zu achten, sowohl zwischen den Stunden als auch in Zusammenhang mit Ferien. Phasenweise kann auch eine Erhöhung der Wochenstundenfrequenz nötig werden.

Der Patient erlebt kleinste Unaufmerksamkeiten oder Unzuverlässigkeiten »projektiv verzerrt als Retraumatisierungen« (ebd.). Deshalb wird das »gute« therapeutische Objekt im Therapieverlauf unweigerlich immer wieder Vorwürfen, Klagen und vor allem aggressiven Attacken ausgesetzt sein. Das Aushalten der Attacken ohne die erwartete Gegenaggression ermöglicht dem Patienten eine neue Objekterfahrung. Der Therapeut bietet sich als Container für unverdaute Affekte und Zustände an, übernimmt Hilfs-Ich-Funktionen und leistet »*Wahrnehmungsarbeit*« (ebd., S. 339) zur Affektdifferenzierung und zur Anerkennung der Abwehr in ihrer Schutzfunktion. Wesentliche Behandlungsinhalte sind die Milderung des archaischen Über-Ichs und des perfektionistischen Ich-Ideals, die Arbeit an den Tendenzen zur Selbstentwertung und an der Abwehr der oft massiven aggressiven Impulse durch entlastende und versöhnliche Interventionen und Deutungsangebote.

Die beschriebene therapeutische Haltung öffnet in der affektiv wirksamen und szenisch evidenten Reinszenierung für den Patienten einen gemeinsamen Erfahrungsraum, in dem er ein Gefühl von Selbst- und Objektbedeutsamkeit entwickeln kann. Die bestärkende Spiegelung hilft eine gesteigerte Selbstakzeptanz zu etablieren und das gute Bild vom Anderen trotz Aggression und Konflikten innerlich aufrechtzuerhalten. Aus der Internalisierung einer guten Beziehungserfahrung und einem behutsamen Umgang mit kleinsten Trennungserfahrungen erwächst die Fähigkeit zu Trauer und Abschied, weil der Therapeut als gutes inneres Objekt auch nach Beendigung der Therapie erhalten bleibt. Zugleich steigern narzisstische Zufuhr und verbesserte Mentalisierungsbedingungen die Fähigkeit des Ichs, Enttäuschungen, Mängel und Verluste ertragen und betrauern zu können. Die Durcharbeitung der eigenen Biografie ermöglicht auch einen Blick für die eigenen Ressourcen sowie eine versöhnlichere Haltung (vgl. Windaus, 2007, S. 339). Der Behandlungserfolg bei depressiven Kindern und Jugendlichen hängt immer davon ab, ob im Verlauf des therapeutischen Prozesses die Fähig-

keit zur Trauer entwickelt werden kann. Die »Depression verharrt in der Nähe der Wunde (Miller, 1979), während die Trauer sich an das Vermisste legt und nur so zu einer Vernarbung führen kann« (Schulte-Markwort, 2007, S. 318). Mit ihr kann der Patient schließlich leben.

Eine besondere behandlungstechnische Herausforderung in der Behandlung depressiver Kinder und Jugendlicher ist die Balance zwischen versorgenden, regressionsfördernden Interventionen und einer konfrontierenden und aktivierenden Aufarbeitung unbewusster depressiver Konflikte. Dabei darf das Durcharbeiten traumatischer Erlebnisse nicht zu beständigen Retraumatisierungen führen. Es ist für den Patienten wichtig, zu erfahren, dass er das Erlebte auch hinter sich lassen kann. Hierfür ist die Fähigkeit des Therapeuten bedeutsam, Entwicklungsphasen der Kinder und Jugendlichen genau zu erkennen und zu analysieren, damit ein vom Patienten wieder in Gang gebrachter Entwicklungsschritt nicht erneut gebremst und abgewürgt wird. Das setzt die Fähigkeit des Psychotherapeuten voraus, diese Progression wahrzunehmen und anzuerkennen, die sich in einer Umwandlung der autoaggressiven Neigungen »in angemessene Formen des Selbstgefühls und des offensiveren Umgangs mit Abgrenzungstendenzen (Kronmüller et al., 2005)« zeigen (ebd., S. 319).

Bei Kindern wird die Behandlung eher mit Hilfe des Spiels durchgeführt, während bei Jugendlichen primär die Sprache im Mittelpunkt der Behandlung ist, wobei auch hier zumindest vorübergehend auf nonverbale Behandlungstechniken zurückgegriffen werden kann. Dem häufig bei depressiven Kindern und Jugendlichen auftretenden Problem der umfassenden Ich-Hemmung, die sich auf die Symbolisierungsfähigkeit insgesamt, also auch auf aktive spielerische Gestaltung oder Verbalisierung innerer Konflikte auswirkt, kann durchaus mit einer aktiveren therapeutischen Haltung im Sinne der Funktion eines »Entwicklungsobjekts« (Hurry, 2002, S. 43ff) begegnet werden. Der Therapeut wird so als aktives Gegenüber und strukturierendes Objekt erfahrbar, was identifikatorische Prozesse der Nachreifung in Gang setzt. Hierbei sollte allerdings auf die Gefahr eines Gegenagierens gegen die depressiven Affekte geachtet werden.

Insbesondere bei depressiven Jugendlichen ist neben der deutenden Arbeit ein wohlwollendes Interesse an der weiteren Autonomie- und Persönlichkeitsentwicklung, das die Wertschätzung und Stärkung narzisstisch stabilisierender Aktivitäten einbezieht, bedeutsam. Dabei spielt auch die Toleranz des Psychotherapeuten bezüglich des Settings allgemein und ausgefallener Stunden im besonderen gerade bei depressiven Episoden eine große Rolle (vgl. Laufer, Laufer, 1989). In diesem Zusammenhang sind Überlegungen zur adoleszenten Omnipotenzentwicklung hilfreich. Große Bedeutung hat die Bearbeitung der Frage um die Angst des Therapeuten, ob der adoleszente Patient auch zur folgenden Stunde wohlbehalten kommen wird.

Ein Rat zu einer stationären Unterbringung sollte sich an der psychischen Verfassung des Patienten und nicht zu rasch an der rechtlichen Absicherung des Therapeuten orientieren. Es ist auch für Eltern oft kaum aushaltbar, ihren Kindern in dieser Autonomiephase weiter zu vertrauen und mit der eigenen Angst allein zu bleiben. Besonders für depressive Patienten ist der Verlust der gewohnten Lebensumwelt schwer zu ertragen. Deshalb sollte zunächst die Möglichkeit einer die Psychotherapie begleitenden Strukturunterstützung beispielsweise durch eine kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik geprüft werden. Es ist wünschenswert und notwendig, dass dafür baldmöglichst die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen werden.

5.4 Begleitende Psychotherapie mit Eltern bzw. Bezugspersonen

Der Arbeit mit den Eltern im klassischen Setting kommt aufgrund der Prozesse von Delegation, Projektion und transgenerationeller Weitergabe wichtige Bedeutung zu. In das Kind projizierte depressive Anteile eines Elternteils machen das Kind für das seelische Gleichgewicht der Eltern unentbehrlich. Mit der Projektion von »melancholischen Introjekten« (v. Quekelberghe, Haas, 2008, S. 291) stabilisiert sich das elterliche Ich. Eltern bzw. ein Elternteil und Kind bleiben eng aneinander gebunden. Entwicklung von Autonomie und altersgerechte Ablösungsschritte sind erschwert, weil sie auch das elterliche Gleichgewicht bedrohen würden.

Vor diesem Hintergrund entscheidet die intensive Arbeit mit den Eltern darüber, ob im Verlauf einer Behandlung aus Depression Trauer werden kann, zumal Kinder und Jugendliche in der Regel mit den Eltern, den »Symbioseobjekten« (vgl. Schulte-Markwort, 2007, S. 318f), leben. Wenn Eltern aus eigenen unbewussten Motiven auch kleinste Trennungsschritte nicht zulassen können, blockieren sie Ablösung und die damit verbundene Entwicklungstrauer ihrer Kinder. Aufgrund dieser Vermeidungshaltung sind szenisches Verstehen sowie Wahrnehmung und Umgehen mit der Gegenübertragung auch in der begleitenden Psychotherapie von grundlegender Bedeutung (vgl. Windaus, 1999; Schier, 1999). Der Einfühlung in die innere Situation der Eltern und in die Familiendynamik ist zunächst der Vorrang vor Deutungen zu geben, um das familiäre Gleichgewicht nicht zu schnell zu destabilisieren und nicht übermäßige Loyalitätskonflikte zu provozieren. Es kommt in der Arbeit mit den Eltern darauf an, dass diese in einem begleitenden langsamen Prozess die in die Kinder projizierten Anteile wieder zu sich nehmen und integrieren können. Wichtig ist, dass Eltern Zusammenhänge zwischen der Depression des Kindes und eigenen Störungsanteilen erkennen. Spezifische Entwicklungsschritte der Kinder können beispielsweise depressive Fixierungen der Eltern oder anderer

Familienmitglieder aktualisieren. Hierbei ist es Aufgabe des Therapeuten, auf die Grenzen der begleitenden Elterngespräche aufmerksam zu machen und die Eltern zu unterstützen, ggf. eine eigene Psychotherapie zu beginnen.

Ziele der Elternarbeit – die Schuldgefühle zu mildern und in Besorgnis umwandeln zu können – spielen ebenso eine Rolle, wie auch die Fähigkeit der Eltern zu erweitern, ihr Kind als von sich getrennt sehen zu können (vgl. v. Klitzing, 2005). Bei diesen Prozessen kommt der psychotherapeutischen Kompetenz des Containings auch in der begleitenden Psychotherapie der Eltern ein zentraler Stellenwert zu.

Eine Besonderheit in der Arbeit mit den Eltern von Jugendlichen besteht darin, dass sich die Jugendlichen im Ablösungsprozess befinden. Die damit verbundenen Veränderungen und Konflikte betreffen beide Seiten. Auch die Eltern müssen ihre Rollen in der Beziehung zu ihren Kindern und in der Partnerschaft neu finden. Die Entscheidung von Jugendlichen, die Eltern nicht mit einzubeziehen, kann bereits ein Entwicklungsschritt sein. Es können sich auch andere Beweggründe dahinter verbergen, die zu eruieren sind. Häufig wird die begleitende Psychotherapie mit den Bezugspersonen von einer Kollegin/einem Kollegen durchgeführt, um durch diese Trennung die zunehmende Autonomie der Jugendlichen zu betonen.

5.5 Behandlungsaspekte bei Suizidalität

Suizid und Suizidversuch können als letzte Konsequenz bzw. »Endpunkte einer depressiven Dynamik und Versuche der Lösung einer narzisstischen Krise« (Heinemann, Hopf, 2001, S. 115) gesehen werden. Schulte-Markwort (2007, S. 321) weist besonders darauf hin, dass Suizidalität nicht unbedingt auf der Grundlage einer psychischen Störung entstehen muss, sondern dass akute Notlagen wie z. B. Beziehungsenttäuschungen zu Suizidgedanken oder auch -handlungen führen können. Bei Mädchen ist der Anteil an Suizidversuchen, bei Jungen der Anteil an vollendeten Suiziden höher (vgl. Seiffge-Krenke, 2007, S. 170). Suizide bei Kindern sind weitaus seltener. Sie können sich jedoch u. U. hinter Unfällen (z. B. vors Auto laufen) verbergen (vgl. Heinemann, Hopf, 2001, S. 114). Hinsichtlich des Entstehens von Suizidalität werden schwere, teilweise chronische Belastungen insbesondere in der frühen Kindheit, wie Verlust eines Elternteils, und frühe, lang andauernde Trennungen beschrieben. Hinzu kommen brüchige, wenig haltgebende Beziehungen sowie Suizide in der Eltern- oder Großelterngeneration (ebd., S. 115; Schulte-Markwort, 2007, S. 321). Sich auf Löchel beziehend sprechen Heinemann, Hopf von einem präsuizidalen Syndrom (Ringel) auch bei Kindern und Jugendlichen und nennen die folgenden Merk-

male: »Konkrete Vorstellung über die Durchführung eines Suizidversuchs, Suizidgedanken, dysphorische Stimmungen und psychosomatische Erkrankungen, meist Schlafstörungen, Veränderungen des Essverhaltens, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, orthostatische und vegetative Irritationen« (ebd., S. 116f). Besondere Beachtung sollte plötzlichen Stimmungsaufhellungen gegeben werden, die auftreten können, wenn der Entschluss zum Suizid bereits gefasst ist (vgl. auch Kapitel 2.4). Auch in der Behandlung von depressiven Kindern, vor allem jedoch Jugendlichen, ist es wichtig, darauf eingestellt zu sein, dass mit suizidalen Gedanken oder Impulsen zu rechnen ist. Es empfiehlt sich ein Erfragen möglicher Selbstmordphantasien. Jede Äußerung von suizidalen Gedanken ist grundsätzlich ernst zu nehmen und genauestens zu explorieren, auch wenn sie in der Gegenübertragung als demonstrativ oder manipulativ wahrgenommen wird. Grundlage der Arbeit bildet eine empathische Haltung gegenüber dem Patienten mit der Grundeinstellung, sich in die innere Not des Patienten einzufühlen, selbst wenn die in der Gegenübertragung empfundenen Aspekte von Manipulation oder Provokation oder andere heftige Affekte (z. B. Angst, Wut, Ohnmacht) dieses schwer machen (vgl. Wöller, Kruse, 2002, S. 311ff).

Zur genauen Exploration gehört die Klärung des Auftauchens der Gedanken, Impulse und Handlungen in ihrer Häufigkeit und Zeit, d. h. ob die Gedanken schon länger bestehen bzw. in letzter Zeit aufgetreten sind. Das genaue Beschreiben der Vorstellungen und Impulse durch den Patienten ist sehr bedeutsam, da das Aussprechen das Drängende des inneren Geschehens abmildern kann, und er in seinem Leid ernst genommen wird. Als besonderes Alarmsignal zu werten ist es, wenn sich Selbstmordgedanken wiederholt aufdrängen und eine Gegenwehr eingeschränkt oder unmöglich erscheint. Die Beobachtung der Gegenübertragung verlangt besondere Aufmerksamkeit. Als alarmierend können die Wahrnehmung von »Leere und Distanz« (ebd., S. 311), von innerem Rückzug sowie konkretes Ausweichen bei Nachfragen gewertet werden. Die Möglichkeit zur telefonischen Kontaktaufnahme zum Therapeuten in Notsituationen außerhalb der vereinbarten Sitzungen einzuräumen kann von großer Bedeutung sein und muss genau reflektiert werden. Ebenso muss geklärt sein, wohin sich der Patient wenden kann, wenn der Therapeut nicht zu erreichen ist.

Grundlage für eine Behandlung von Suizidalität bildet die Einschätzung des Schweregrades. Dazu gehört neben den o. g. alarmierenden Aspekten die Abklärung, ob der Betroffene über ausreichend Schutz durch Familie oder Betreuer verfügt. Bei nicht ausreichend vorhandenem Schutz, bei eingeschränkter Fähigkeit, Suizidimpulse zu steuern und zu kontrollieren, bei verminderter Absprachefähigkeit und nicht gegebener Vertragsfähigkeit ist eine Einweisung in eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik indiziert (vgl. Schulte-Markwort, 2007, S. 320ff; Wöller, Kruse, 2002, S. 311ff).

Während sich Kinder in der Obhut der Eltern befinden, bedeutet das Aushalten der Angst um jugendliche Patienten in kritischen Phasen eine besondere Herausforderung. Das Haltgeben durch den Therapeuten ist besonders wichtig und gefordert, weil es darauf ankommt, dass sich die Patienten gerade in diesen inneren Notsituationen mit allen Gefühlsaspekten gesehen und auch ausgehalten fühlen können. Hier ist auch die therapeutische Fähigkeit des Containings sehr beansprucht. Bei der Entscheidung – Halten in der therapeutischen Beziehung oder Einweisung in eine Klinik – handelt es sich um eine schwierige Gratwanderung. Jemanden zu früh in eine Klinik zu schicken, kann auch so erlebt werden, nicht ausgehalten zu werden, was die Symptomatik befördern könnte.

5.6 Medikation

Die kritische Haltung gegenüber Psychopharmaka in der psychoanalytischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen hat eine lange Tradition. Wohl deshalb wird auf den analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten von heranwachsenden Patienten oder den Eltern immer wieder deren eigene Abwehr (Vorbehalte z. B. wegen Nebenwirkungen) übertragen und von ihm Widerspruch gegenüber einer Medikation erwartet. Eine Entscheidung des Kindertherapeuten sowohl für als auch gegen eine Kombinationsbehandlung durch Medikamente ist jedoch in der Regel kontraproduktiv. Vielmehr gehören diese Aspekte in das analytische Durcharbeiten innerhalb der Psychotherapie. Besonders bei der Depression, deren frühe Fixierungen in der oralen Phase liegen können, spielen der Wunsch nach oraler Versorgung oder der Introjektion eines wie auch immer besetzten Objektes eine zentrale Rolle. Das Medikament kann auch als die besondere Form eines Übergangsobjektes durch Abstützung einer frühen Triangulierung zeitweise gegen Trennungsängste wirken. Dem Patienten muss erklärt werden, dass Medikation und Psychotherapie zusammengehören, was inzwischen auch von gesetzlicher Seite gefordert wird.

Ebenso gehören die kurativen Hilfen von Ärzten und Psychotherapeuten zusammen.

Es bedarf somit einer Aufgabenteilung und Zusammenarbeit zwischen Patient, Psychotherapeut, Hausarzt oder Kinder- und Jugendlichen-Psychiater. In diesem Dreieck besteht die Möglichkeit, mit dem Patienten einerseits seine Beruhigung und Sicherheit (z. B. die Einnahme von Antidepressiva) zu stärken und dabei die psychodynamische Funktion der Einnahme (z. B. im Sinne eines Übergangsobjektes) durchzuarbeiten. Es werden dann die verschiedenen Übertragungsaspekte des Patienten gegenüber Arzt und Psychotherapeut eine große Bedeutung haben, beispielsweise der zwischen versorgender bzw. versagender Mutter oder tren-

nendem bzw. ausgleichendem Vater. Auf dem Rücken des Patienten ausgetragene fachliche Meinungsverschiedenheiten sind Gift für dessen Stabilität, weil er weiter verunsichert wird und seine aus dem »Elternzwist« entstehenden agierenden Nebenübertragungen nicht in der Behandlung bearbeitet werden können. Es wiederholt und verfestigt sich beispielsweise ein neurotischer Konflikt, der mittels depressiver Verarbeitung abgewehrt wird.

Verschiedene Antidepressiva wirken unterschiedlich auf die veränderte Balance der Botenstoffe im Gehirn (Transmitter) und auf deren Rezeptoren ein (vgl. Website der DGKJP). Dabei steht nicht allein das depressive Symptom im Mittelpunkt, sondern bestimmte Antidepressiva wirken gezielt auf die eine Depression begleitenden Symptome wie Angst-, Zwangs- und Schlafstörungen. In der Behandlung Jugendlicher haben sich »als Medikamentengruppe mit einem günstigeren Kosten-Nutzen-Profil (...) selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), insbesondere Fluoxetin, erwiesen (Whittington et al., 2004)« (Abel, 2010, S. 58). So verweist auch die S3 Leitlinie der AWMF darauf, dass Fluoxetin derzeitig das in erster Linie zu empfehlende Antidepressivum für Kinder und Jugendliche ist. Die individuelle Reaktion des Patienten auf die Einnahme von Antidepressiva sollte in der Psychotherapie besprochen werden und in der Zusammenarbeit mit dem verschreibenden Facharzt eine Einigung über die Notwendigkeit eines hilfreichen pharmakologischen »Anschlebens« von Prozessen oder ein sinnvolles »Ausschleichen« aus dem Medikament erzielt werden. Insgesamt gilt, dass die Dosierung bei diesen Patienten in einem verringerten Maße als bei Erwachsenen nötig ist; unter acht Jahren kann keine Medikation empfohlen werden (vgl. AWMF S.3. Leitlinie).

5.7 Säuglings-Kleinkind-Elternpsychotherapie

Die psychoanalytische Behandlung von Säuglingen und sehr jungen Kindern (SKEPT) erfordert wesentliche Modifikationen der klassischen analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (vgl. Leitlinien Regulationsstörungen). Zum einen kann es nur einen Sinn machen, einen Säugling zusammen mit seinen primären Bezugspersonen zu behandeln. Winnicott bringt es auf den Punkt: »There is no Baby without a mother« (Winnicott, 1960). Zum anderen ist bei ganz kleinen Kindern die Spielfähigkeit erst im Entstehen begriffen. Der wesentliche Unterschied zur Einzelpsychotherapie ist, dass sich das Verstehen des Unbewussten aus dem aktuellen Beziehungsgeschehen zwischen Mutter bzw. Eltern und Kind erschließt und dass Eltern und Säugling bzw. Kleinkind als ein psychisch zusammenhängendes psychodynamisches System verstanden werden. So kommt es häufig vor, dass die Handlung eines Säuglings während des verba-

len Dialoges zwischen Therapeut und Mutter die unbewusste Bedeutung bzw. das Verdrängte inszeniert. Der Psychotherapeut gibt mit Hilfe der Verbalisierung seiner Wahrnehmung des Säuglings dem emotionalen Denken der Mutter bzw. des Vaters einen neuen Anstoß und verschafft somit der Bewusstwerdung von verdrängten Inhalten Raum. Die für diese Phase typische Regressionsbereitschaft und Reduzierung der psychischen Abwehr eröffnet besondere Chancen für die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen (vgl. Stern, 1998).

»Solange das Ich des Säuglings schwach ist, besitzen der Säugling und seine Mutter eine einzigartige Flexibilität, die sie befähigt, Störungen in ihrer Beziehung wieder in Ordnung zu bringen, wenn die emotionale Container-contained-Verbindung (wieder-)hergestellt ist« (Norman, 2004, S. 172).

In Bezug auf die Depressionsbehandlung ist es im Sinne von Prävention und von Chronifizierungsgefahr prognostisch günstig, wenn Eltern frühzeitig Hilfe suchen. In wenigen Fällen allerdings wird der Psychotherapeut wegen manifester Säuglingsdepression aufgesucht. Meist sind es Regulationsstörungen, die die Eltern in die Praxis führen, hinter denen sich dann aber nicht selten eine depressive Dynamik und bzw. oder eine postpartale Depression von Mutter oder auch Vater verbirgt.

Espasa spricht von schnellen Behandlungserfolgen, die im Eltern-Kind-Setting zu erzielen sind, sofern die zentrale Bedeutung von Entwicklungstrauer und die erhöhte Bereitschaft der Eltern zu starken Schuldgefühlen beachtet werden. Deren Bearbeitung bezeichnet er als Hauptziel der Behandlung. Behandlungstechnisch hebt er hervor, »wie wichtig es ist, die Deutungsarbeit auf die depressiven Affekte und insbesondere auf die infantile Omnipotenz zu zentrieren, die den aggressiven Phantasien am Ursprung der niederschmetternden Schuldgefühle zugeschrieben wird« (2001, S. 173).

5.8 Analytische Gruppenpsychotherapie

Die analytische Gruppenpsychotherapie ist nach Foulkes (1992) eine geeignete Behandlungsform für jede psychische Störung. Mit Hilfe von Spiegelung, Resonanz und Gruppenkohäsion liegt in der Gruppe selbst die psychotherapeutische Veränderungskraft. Der Gruppenleiter versteht sich als Teil der Gruppe. Foulkes bezeichnet seine Rolle metaphorisch als »Dirigent eines Orchesters«. Nicht die Übertragung auf den Leiter steht im Mittelpunkt der Deutungsarbeit, sondern die Übertragung auf die Gruppe. Für die Depressionsbehandlung ist die psychoanalytische Gruppe eine die Einzelanalyse ergänzende Behandlungsmethode. Nach Foulkes muss der Gruppenzusammensetzung große Aufmerksamkeit zukommen. Dabei gilt, für jedes Gruppenmitglied ein geeignetes Gegenüber zu finden

und dabei auf Altersgleichheit, soziale Herkunft, schulischen Status, Gleichgeschlechtlichkeit zu achten.

Depressiven Kindern und Jugendlichen ermöglicht die Gruppe auf der Peer-Ebene Spiegelung und Konfrontation, dem Sinne nach: ›Du fühlst Dich immer in die Anderen ein, brauchst nie etwas für Dich selbst.‹ Die Gruppe dient als Resonanzkörper: Wo ein anderes Gruppenmitglied an Aggressionsproblemen in der Gruppe arbeitet, klingen unweigerlich eigene Aggressionsthemen beim Depressiven an. Insgesamt bewegt sich die Gruppe wie ein psychischer Organismus dauernd zwischen paranoid-schizoider Position (narzisstische Thematik: ›Ich benutze die Gruppe‹) und depressiver Position (Einfühlungsthematik: ›Ich nütze der Gruppe‹) (vgl. Röpke, 2012). Diese Bewegung kann dem Depressiven dazu verhelfen, sich vom Primärobjekt, in diesem Fall übertragungsgemäß der Gruppe selbst, abzugrenzen und sein eigenes Ich, seine eigene Wirkmächtigkeit zu stärken. Das gilt für Kindergruppen genauso wie für Jugendlichengruppen, nur dass je nach Alter das Spiel oder die Sprache als Medium der Gruppenkommunikation gewählt werden. Eine spezielle Gruppenbehandlung mit Säuglingen und Müttern in postpartalen Krisen hat Pedrina (2006) als sehr wirksam beschrieben. Als herausragender Wirksamkeitsfaktor hat sich das gemeinsame Arbeiten am Abhängigkeits-Autonomiekonflikt der Mütter mit ihren Säuglingen herausgestellt.

6. Prognose, Evaluierung und Studien

6.1 Prognose

Im Kindes- und Jugendalter ist die Prognose der depressiven Erkrankung entscheidend abhängig von einer möglichst früh einsetzenden Behandlung, die Eltern bzw. nächste Bezugspersonen mit einbezieht.

Als prognostisch relevant gelten »Über-Ich-Faktoren wie Strafbedürfnis, Mitleid, Scherzen (zur Abwehr von Bestrafung), religiöse Haltungen und Selbstanklage als Zeichen von Schuldgefühlen« (Heigl, 1978, S. 97). Es-Faktoren sind je nach ihrer Ausprägung von Triebstärke und Vitalität im psychosexuellen Entwicklungsverlauf, einzuschätzen, z. B. bzgl. Masturbation, sexueller Hyperaktivität bzw. Hemmungen. Allerdings ist der Grad der Triebstärke von anderen prognostischen Kriterien nicht gut trennbar (vgl. ebd., S. 98).

Bestimmte Fähigkeiten des Kindes bzw. Jugendlichen betreffend, besteht eine zu geringe Selbsteinschätzung und Überempfindlichkeit Kritik gegenüber (vgl. ebd., S. 114).

Hauptabwehrmechanismus ist die Introjektion, gefolgt von Projektion, Identifikation und Reaktionsbildung. Letztere gestaltet sich ähnlich wie der Abwehrmechanismus des Ungeschehenmachens. Unerwünschte Angst machende Impulse werden in ihr Gegenteil verkehrt, und gerade auch Reaktionsbildungen werden dauerhaft und habitualisiert. Sie wurden früher vornehmlich der zwanghaften Struktur zugeordnet, Ermann fügt nachvollziehbar die depressive hinzu (vgl. Ermann, 1994, S. 53).

Für den Kontakt und Verhaltensstil sind Einverleibung, Verschmelzungstendenz und symbiotische Phantasien typisch. Manifestes Erleben und Verhalten wird vermieden, gegen Verselbstständigung besteht Widerstand, und Enttäuschungsaggression wird gerade auch während der Therapie signalisiert (vgl. Heigl, 1978, S. 158f).

Die Ausprägung von organischen Defekten und körperlichen Erkrankungen sowie ein optisch ungünstiges Erscheinungsbild stabilisieren den Schweregrad einer Depression. Das gilt auch für den Grad verringerter Intelligenz wie eingeschränkter Vitalität.

Bei Suizidgefahr sind Patienten, die klagend über ihre Suizidimpulse sprechen, sie eventuell auch appellativ zum Ausdruck bringen, weniger gefährdet als solche, die sie nicht benennen. Fehlende Affekte, Forderungen und Hassgefühle gegenüber dem Therapeuten können ein Hinweis darauf sein. Werden Behandlungsstunden häufiger versäumt, fehlt dem Therapeuten die Übersicht des inneren Erlebens des Patienten, der darüber ev. autoaggressive Tendenzen vermittelt. Die Stärke des Leidensdruckes und der Grad der Mentalisierungsfähigkeit sind einer günstigen Prognose förderlich. Die Prognose wird auch durch die psychische Grundstruktur und Begleitsymptome bestimmt.

In einer retrospektiven Studie (Nissen, 1971) zeigte sich bei über 40% der ehemals depressiven Kinder und Jugendlichen ein nur »mittlerer« oder sogar »schlechter« allgemeiner Entwicklungsverlauf (Nissen, 1994). Prognostisch ungünstig erweist sich dabei ein frühes Erkrankungsalter. »Das mag an einer höheren biologischen Vulnerabilität liegen, könnte aber auch damit zusammenhängen, dass der frühe Beginn der Erkrankung eine besonders wichtige Phase der psychomentalen Entwicklung unterbricht« (Eggers, Röpcke, 2004, S. 441). Schweregrad, Komorbidität, elterliche Depression, insbesondere der Mutter, gestörte Sozialkontakte und auch niedriger sozioökonomischer Status werden u. a. als Risikofaktoren für eine ungünstige Prognose genannt (ebd.).

Grabenstedt (2008) spricht die »subjektive Prognose« an, die den Beziehungsaspekt zwischen Analytiker und Therapeut betont und in engem Zusammenhang mit der »subjektiven Indikation« (nach Dantlgraber, 1982) steht. Für eine prognostische Einschätzung ist auch von Bedeutung, wie belastbar der Therapeut allgemein und aktuell in dieser Behandlung ist, ob er ausreichend behand-

lungstechnisch ausgerüstet ist und ob er mit einem nicht kommunizierfähigen Patienten prospektiv einen Entwicklungsraum fantasieren kann. Für den langen und mühsamen therapeutischen Prozess erscheint günstig, dass depressive Menschen gewohnt sind, »ungleich viel mehr Anstrengung als andere aufzuwenden, um überhaupt durch den Tag kommen zu können« (ebd., S. 128). Sie scheinen über ein inneres Kraftreservoir zu verfügen, was ihnen das Durchhalten einer Langzeittherapie erleichtern kann. Banck (2008) weist noch darauf hin, dass die therapeutische Arbeit als hilfreich eingeschätzt werden kann, wenn der Patient allmählich den Analytiker entidealisiert und sich mit dessen Unperfektheit und Begrenztheit identifiziert. Denn das bedeutet, dass er sich mit seiner Vergangenheit und mit seinen eigenen depressiven Verarbeitungsmöglichkeiten ausgesöhnt und omnipotente Fantasien aufgegeben hat. »Im Prozess der Entidealisierung des Analytikers kann der depressive Patient schließlich seine eigene Vitalität wiederfinden« (ebd., S. 150).

6.2 Evaluierung, Effektivität, Katamnese

Evaluierung der psychotherapeutischen Praxis bedeutet die wissenschaftliche Untersuchung ihrer Wirksamkeit mit dem Ziel einer Erhöhung der Effektivität. Psychodynamische Psychotherapie stützt sich bei der Überprüfung ihrer Effektivität bei Depressionsbehandlung auf naturalistische Studiendesigns. Deshalb kann sie im Evidenz-Klassifizierungsverfahren nicht auf randomisierte Studien zurückgreifen.

»Bestehende Evaluationssysteme sind in aller Regel an größeren organisatorischen Einheiten wie Kliniken oder Hochschulambulanzen (z. B. Hiller et al., 2011) ausgerichtet, die mittels struktureller und personeller Ressourcen einen wesentlich größeren Aufwand betreiben können« (Heider, Zaby, 2012).

Dennoch gibt es eine große Anzahl an publizierten Einzelfallstudien in nationaler und internationaler Fachliteratur, die die Nachhaltigkeit und Wirksamkeit der psychodynamischen Therapie von Depressionen beschreiben, jedoch bisher nicht systematisch ausgewertet sind. Die analytisch arbeitende Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie kann sich auf die lange und fundierte Theoriebildung der Psychoanalyse insgesamt stützen. Zudem durchlaufen analytische Psychotherapeuten eine lange und umfassende Selbstanalyse, was gerade bei den komplizierten Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen depressiver Pathologien von großem Nutzen ist. Dieser Prozess der Selbstreflexion wird praxisbegleitend in Form von Supervisions- und Intervisionsgruppen fortgesetzt. Die psychoanalytische Entwicklungstheorie hilft zu verstehen, wie vielschichtig sich gerade bei Kindern und Jugendlichen eine depressive Erkrankung zeigen kann.

Die dementsprechende Einordnung der Symptome und der depressiven Psychodynamik in die Entwicklungsphase (Differenzialdiagnostik) ist entscheidend für die Wirksamkeit der Behandlung (LZT und Wiedervorstellung, vgl. Adler-Corman, 2012). Der Behandlungserfolg in der analytischen Praxis durch katalanistische Gespräche mit dem Patienten und dessen Bezugspersonen wird im zeitlichen Abstand zum Behandlungsende überprüft.

6.3 Studien

- Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen. Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg und Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Heidelberg. Kronmüller, K. T. et al., 2004.
- Childhood depression: a place for psychotherapy: an outcome study comparing Individual Psychodynamic Psychotherapy and Family Therapy. Trowell, J., Tavistock Clinic London et al., 2007.
- Evaluation ambulanter psychoanalytischer Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Prof. Dr. S. Wiegand-Grefe, Dr. G. Romer, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (laufend).

7. Literatur

Abel, U. (2010): *Konzeption und Evaluation einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie bei Jugendlichen*. Tübingen (Dissertation).

Abelin (1986): Die Theorie der frühkindlichen Triangulierung. Von der Psychologie zur Psychoanalyse. In: Stork, J. (Hrsg.) (1986): *Das Vaterbild in Kontinuität und Wandel*, 45-72.

Abraham, K. (1924): Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen. In: *Ges. Schriften, Bd. II*. Frankfurt a. M. (Fischer), 32-102.

Adler-Corman, P. (2012): »Ich dachte, ich bleibe bei dir, bis ich groß bin.« Die analytische Behandlung einer kindlichen Depression und eine Wiederbegegnung nach zwölf Jahren. *Kinderanalyse*, H. 4/2012, 305-318

Alvarez, A. (2001): *Zum Leben wiederfinden. Psychoanalytische Psychotherapie mit autistischen, Borderline-, vernachlässigten und mißbrauchten Kindern*. Frankfurt a. M. (Brandes & Apsel).

Arbeitskreis OPD-KJ (Hrsg.) (2003): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual*. Bern.

- Balint, A. (1966): *Psychoanalyse der frühen Lebensjahre, Bd. 3*. München.
- Banck, G. (2008): Übertragung und Behandlungsverlauf. In: Will/Grabenstedt/Völkl/Banck: *Depression. Psychodynamik und Therapie*. Stuttgart, 129-149.
- Berberich, E. (2006): Depressive Eltern – depressive Kinder: Jedem seine eigene Depression. In: Willenberg, H./Schmidt, M. (Hrsg.): *Die vielen Gesichter der Depression. Trauer und Melancholie*. Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung, Frankfurt a. M.
- Bettge, S. et al. (2008): Depressive symptoms of children and adolescents in a German representative sample: results of the BELLA study. *European child & adolescent psychiatry*, 17, suppl 1, 71-81.
- Beutel, M. E. (2006): Trauer und Depression – aktuelle neurobiologische und therapeutische Zugangswege. In: Willenberg, H./Schmid, M.: *Die vielen Gesichter der Depression. Trauer und Melancholie*, DPV 2006.
- Bion, W. R. (1962): *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt a. M.
- Blos, P. (1967): The second individuation process of adolescence. *Psychoanal Q*, 16, 69-93.
- Bohleber, W. (1987): Die verlängerte Adoleszenz. Identitätsbildung und Identitätsstörungen im jungen Erwachsenenalter. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 21, 58-84.
- Bohleber, W. (2005): Zur Psychoanalyse der Depression. *Depression. Sonderheft Psyche*, Stuttgart, 781-788.
- Bohleber, W. (2009): Das Problem der Identität in der Spätmoderne – Psychoanalytische Perspektiven. In: King, V./Gerisch, B.: *Zeitgewinn und Selbstverlust. Folgen und Grenzen der Beschleunigung*. Frankfurt a. M., 202-220.
- Bowlby, J. (1983): *Verlust, Trauer und Depression*. Frankfurt a. M.
- Briggs, S./Lemma, A./Crouch, W. (2012): *Suizid und Suizidalität. Psychoanalytische Behandlung, Prävention und Therapie*. Frankfurt a. M.
- Bürgin, D./Steck, B. (1996): Über die Unmöglichkeit zu trauern bei Kindern trauerkranker Eltern. In: *Kinderanalyse*, H. 4/1996, 351-361.
- Cierpka, M./Windaus, E. (Hrsg.) (2007): *Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie*. Frankfurt a. M.
- Dannowski, U. et al. (2012). *Biol. Psychiatrie*, 71, 286-293.
- Diepold, B. (1984): Depression bei Kindern. Psychoanalytische Betrachtung. *Praxis der Kinderpsychologie*, 33.
- Diepold, B. (2005): Psychogene Aspekte der Depression bei Kindern. In: *Spiel-Räume, Erinnern und Entwerfen*. Göttingen.
- Döser, J. (2009): »Jetzt ist es zu spät.« Ein Beitrag zur Depression im Kindesalter, dargestellt am Initialtraum und seiner Verarbeitung. In: *Arbeitshefte Kinderpsychoanalyse – Depression im Kindes- und Jugendalter*. H. 42.
- Dornes, M. (2006): Kinder depressiver Eltern. In: Willenberg, H./Schmidt, M. (Hrsg.): *Die vielen Gesichter der Depression. Trauer und Melancholie*. Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung. Frankfurt a. M.
- Eggers, C./Fegert, J./Resch, F. (2004): *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Berlin.
- Erikson, E. H. (1956): Das Problem der Identität. *Psyche*, 10/1956, 114-176.
- Ermann, M. (1997): *Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*. Stuttgart.

- Erdheim, M. (1988): *Die Psychoanalyse und das Unbewusste in der Kultur*. Frankfurt a. M.
- Essau, A. C. (2007): *Depression bei Kindern und Jugendlichen*. München.
- Fegert, J. (2010): *Depression bei Kindern und Jugendlichen – Evidenz und Behandlungsstrategien zu einer »unbekannten« Störung*. Jahrestagung Kinder- und Jugendpsychiatrie. Weissenau.
- Fonagy, P./Target, M. (1995): Kinderpsychotherapie und Kinderanalyse in der Entwicklungsperspektive: Implikationen für die therapeutische Arbeit. *Kinderanalyse*, 3/1995, 150-181.
- Foulkes, S. H. (1992): *Gruppenanalytische Psychotherapie*. München.
- Freud, A. (1971): *Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung*. Stuttgart.
- Freud, A. (1936): *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Berlin.
- Freud, S. (1917): *Trauer und Melancholie*. Frankfurt a. M.
- Freud, S. (1905): *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Frankfurt a. M.
- Gehde/Emrich: *Psyche* 1998.
- Göttken, T./Klitzing, K. v. (2011): »Ich hasse den Kindergarten, weil da bin ich nicht alleine!« Psychoanalytische Kurzzeittherapie für Kinder mit emotionalen Symptomen und affektiven Störungen (PaKT). *Kinderanalyse*, H. 3/2011, 189-214.
- Göttken, T. (2012): Der Schatten des Objekts. Psychoanalytische und entwicklungspsychologische Modelle der Depression – früher und heute. Vortrag, gehalten auf der KWA, 11. 02. 2012, Frankfurt a. M.
- Grabenstedt, Y. (2008): Indikation und Prognose in der Depressionsbehandlung. In: Will/Grabenstedt/Völk/Banck: *Depression und Therapie*, 119-128.
- Green, A. (1983): Die tote Mutter. *Psyche*, H. 3/1983, 205-240.
- Golse, B. (1983): *L'enfant déprimé*. Paris.
- Gottschalch, W. (1988): *Narzißmus und Ödipus*.
- Heider, J./Zaby, A. (2012): *Psychotherapieevaluation: Empfehlungen für niedergelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten*. Stuttgart, New York.
- Heigl, F. (1978): *Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie*. Göttingen.
- Heinemann, E./Hopf, H. (2001): *Psychische Störungen in Kindheit und Jugend, Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie*. Stuttgart.
- Henseler, H. (1974): *Narzisstische Krisen: Zur Psychodynamik des Selbstmordes*. Opladen.
- Hirsch, M. (1998): *Schuld und Schuldgefühl*. Göttingen.
- Hüther, G. (2002): Und nichts wird fortan so sein wie bisher ... Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung. *AKJP*, H. 116.
- Hurry, A. (2002): *Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern*. Frankfurt a. M.
- Jacobson, E. (1978): *Depression*. Frankfurt a. M.
- Jacobson, E. (1943): Depression – The Oedipus Conflict in the Development of Depressive Mechanisms. *Psychoanal Q.*, 12, 541-560.
- Kaplan-Solms, K./Solms, M. (2003): *Neuropsychanalyse*. Stuttgart.
- Kaspar, S./Möller, H. J./Spahn, F. (2007): *Depression, Diagnose und Pharmakotherapie*. Stuttgart.

- Keren, M./Tyano, S. (2007): Depression in der frühen Kindheit. *Kinderanalyse*, H. 4/2007, 305-326.
- King, V. (2006): *Depression und Adoleszenz – intergenerationale Dynamiken*, 213-243.
- Klein, M. (1937): Psychogenese der manisch-depressiven Zustände. *Int. Ztschr. f. Psa*, XXIII, 275-305.
- Klengel, T. et al. (2013): Allele-specific FKBP5 DANN demethylation mediates gene-childhood trauma Interactions. *Nature neuroscience*, 16 (1), 33-41.
- Klitzing, K. v. (2005): Rivalen oder Bündnispartner? Die Rolle der Eltern bei der analytischen Arbeit mit Kindern – Eine Einführung in das Themenheft. *Kinderanalyse*, H. 2/2005, 113-122.
- Klitzing, K. v. (2007): Affektive Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Kinderanalyse*, H. 4/2007.
- Klitzing, K. v. (Hrsg.) (1998): *Psychotherapie in der frühen Kindheit*. Göttingen.
- Klitzing, K. v./Stadelmann (2011): Das Kind in der triadischen Beziehungswelt. *Psyche*, 9/10, 953-972.
- Kohut, H. (1976): *Narzißmus*. Frankfurt a. M.
- Kovacs, M. et al. (1984a): Depressive disorders in childhood 1. *A longitudinal prospective study of characteristics and recovery*. *Arch Gebn Psychiatry*, 41, 229-237.
- Kovacs, M. et al. (1984b): Depressive disorders in childhood 2. *A longitudinal prospective study of characteristics and recovery*. *Arch Gebn Psychiatry*, 41, 643-649.
- Kovacs, M. et al. (1988): Depressive disorders in childhood 3. *A longitudinal study of commorbidity with a risk for contact disorders: J Effect disord*, 15, 205-217.
- Küchenhoff, J. (1991): Eine Krypta im Ich. Zur Identifikation mit früh verstorbenen Angehörigen. *Forum der Psychoanalyse*, H. 7/1991.
- Kutter, P. (1997): *Moderne Psychoanalyse*. Stuttgart.
- Lang-Langer, E. (2009): *Trennung und Verlust. Fallstudien zur Depression in Kindheit und Jugend*. Frankfurt a. M.
- Laufer, M./Laufer, M. E. (1989): *Adoleszenz und Entwicklungskrise*. Stuttgart.
- Lebovici, S. (1990): *Der Säugling, die Mutter und der Psychoanalytiker*. Stuttgart.
- Leuzinger-Bohleber, M. et al. (2000): *Depression und Neuroplastizität. Psychoanalytische Klinik und Forschung*. Frankfurt a. M.
- Luby, J./Heffelfinger, L./Marakotsky, C. et al. (2003): Alterations in stress cortisol reactivity in depressed preschoolers relative to psychiatric and no-disorder comparison. *Archives of General Psychiatry*, 60/2003, 1248-255.
- Luby, J./Heffelfinger, L./Marakotsky, C. et al. (2004): Characteristics of depressed preschoolers with and without anhedonia evidence for a melancholic depressive subtyp in young children. *American Journal of Psychiatric*, 161/2004.
- Mahler, S. M. et al. (1975): *Die psychische Geburt des Menschen*. Frankfurt a. M.
- Mann, J. J. (2005): The medical management of depression. *N. Engl J Med.*, 353 (17), 1819-1834.
- Mehler-Wex, C./Kölch, M. (2008): Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Ärzteblatt*, H. 3/2008.
- Maiello, S. (1999): Das Klangobjekt, Über den pränatalen Ursprung auditiver Gedächtnis-spuren. *Psyche*, 53 (2), 137-157.

- Mentzos, S. (1995): *Depression und Manie*. Göttingen.
- Mentzos, S. (2006): Psychoanalytisch orientierte Psychodynamik und Therapie der Depression. In: Willenberg, H./Schmidt, M. (Hrsg.): *Die vielen Gesichter der Depression. Trauer und Melancholie*. Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung, Mai 2006, 152-162.
- Mentzos, S. (1984): *Neurotische Konfliktverarbeitung*. Frankfurt a. M.
- Mertens, W. (2005): *Psychoanalyse – Grundlagen, Behandlungstechnik und Anwendung*. Stuttgart.
- Mertens, W. (1996): *Entwicklung der Psychosexualität und Geschlechtsidentität, Bd. 2*. Stuttgart.
- Miller, A. (1979): *Das Drama des begabten Kindes*. Frankfurt a. M.
- Möller, H. J. (1997): *Therapie psychischer Erkrankung*. Stuttgart.
- Nissen, G. (1997): In: Eggers, C.: *Kinder und Jugendpsychiatrie*. Berlin.
- Norman, J. (2004): Der Psychoanalytiker und der Säugling. Eine neue Sicht der Arbeit mit Babys. *AKJP*, H. 122/2004, 272ff.
- Palacio Espasa, F. (2001): Der Ort der depressiven Konfliktualität in der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie. *AKJP*, H. 110/2001, 173-194.
- Paslakis, G. (2011): *Nervenarzt*, 82. Jg. 2011, 1439.
- Petrina, F. (2006): *Mütter und Babys in psychischen Krisen. Forschungsstudie zu einer therapeutisch geleiteten Mütter-Säugling-Gruppe*. Frankfurt a. M.
- Piontelli, A. (1996): *Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens*. Stuttgart.
- Quekelberghe, E. van/Haas, E. T. (2008): Olgas Trinksucht. Analyse eines zweijährigen Mädchens mit einem entlehnten melancholischen Introjekt. *Kinderanalyse*, H. 4/2008, 279-298.
- Rado, S. (1927): Das Problem der Melancholie. *Int. Ztschr f. Psa*, XIII, 439-455.
- Ravens-Sieberer, U./Wille, N./Bettge, S. et al. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 50, 871-878.
- Robertson, J./Robertson, J. (1989): *Separation and the very young*. London.
- Röpke, C. (2012): Die analytische Gruppenpsychotherapie für Kinder und Jugendliche. Wie kann sie unseren Patienten helfen? In: Springer, A./Janta, B./Münch, K. (Hrsg.): *Nutzt Psychoanalyse?*, 159-167.
- Rosenfeld, H. (1985): *Identifizierung und ihre Schicksale im Zusammenhang mit dem Nazi-Phänomen*. Referat IPA Hamburg 30.07.1985.
- Rotmann, M. (1978): Über die Bedeutung des Vaters in der ›Wiederannäherungsphase‹. *Psyche*, 32, 1105-1147.
- Salzberger-Wittenberg, I. (2002): *Psychoanalytisches Verstehen von Beziehungen*. Wien.
- Sandler, J./Joffe, W. G. (1980): Zur Depression im Kindesalter. *Psyche*, 31, 413-429.
- Schiepek, G. (2003): *Neurobiologie der Psychotherapie*. Stuttgart.

- Schier, K. (2003): Verlusttrauma und Todesproblematik in der Psychoanalyse eines 13-jährigen Jungen. *AKJP*, H. 103/2003, 359-379.
- Schier, K. (1999): Übertragungsphänomene in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie mit Kindern. Die Übertragung der Eltern. *AKJP*, H. 103/1999.
- Schmauch, U. (1993): *Kindheit und Geschlecht*. Basel.
- Schulte-Markwort, M. (2007): Depression und Suizidalität. In: Hopf, H./Windaus, E. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung, Bd. 5*. München.
- Seiffge-Krenke, I. (2012): *Therapieziel Identität*. Stuttgart.
- Seiffge-Krenke, I. (2007): *Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie mit Jugendlichen*. Stuttgart.
- Spitz, R. (1987): *Vom Kleinkind zum Säugling*. Stuttgart.
- Spitzer, M. (2005): *Musik im Kopf*. Stuttgart.
- Stern, D. N. (1998): *Die Mutterschaftskonstellation*. Stuttgart.
- Trowell, J./Joffe, I. et al.: Childhood Depression. A place for psychotherapy. An outcome study comparing Individual Psychodynamic Psychotherapy and Family Therapy. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 157-167.
- Tronick, E./Cohn, J./Shea, E. (1986): The transfer of affect between mothers and infants. In: Brazelton, B./Yogman, M.: *Affective development in infancy*. New York (Norwood), 11-26.
- Tyson, P./Tyson, R. L. (1997): *Lehrbuch der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie*. Stuttgart.
- Weimer, E. (2002): Die Integration des frühen Traumas. *Forum der Psychoanalyse*, H. 18/2002.
- Will/Grabenstedt/Völk/Banck (2008): *Depression. Psychodynamik und Therapie*.
- Will, Herbert (1993): *Zur Phänomenologie der Depression aus psychodynamischer Sicht*. Stuttgart.
- Windaus, E. (1999): Psychoanalytische Elternarbeit und szenisches Verstehen. *AKJP*, H. 103/1999, 307-338.
- Windaus, E. (2007): Depression im Kindes- und Jugendalter: Psychoanalytische Behandlungskonzepte in Verbindung mit frühen Traumatisierungen. *Kinderanalyse*, H. 4/2007.
- Winnicott, D. W. (1991): *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München.
- Winnicott, D. W. (1960): The theory of the parent-infant-relationship. *Journal of psychoanalysis*, 1960, 585-595.
- Winnicott, D. W. (1993): *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. München.
- Wurmser, L. (1997): *Die Maske der Scham. Die Psychoanalyse von Schameffekten und Schamkonflikten*. Berlin.
- Wöller, W./Kruse, J. (2002): *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*. Stuttgart.
- Zwiebel, R. (1997): *Der Schlaf des Analytikers*. Stuttgart.

Die Leitlinien der VAKJP

Düwell, H./Haar, R./Kalb, G./Neumann, B.: *Leitlinie Enuresis. AKJP*, H. 151, Jg. 3/2011, 399-418.

Borowski, D./Bovensiepen, G./Damasch, F./Hopf, H./Staufenberg, H./Steeck-Fischer, A.: *Leitlinie zu Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen. AKJP*, H. 146, Jg. 1/2010, 238-274.

Borowski, D./Hopf, H./Hüller T.: *Leitlinien Angst. AKJP*, H. 133, Jg. 1/2007, 81-103.

Borowski, D./Hopf, H./Hüller T./von der Marwitz, T./Schäberle, H.: *Psychoanalytische Grundbegriffe. AKJP*, H. 145, Jg. 1/2010, 99-135.

Berger, M./Freiberger, E./von Kalckreuth, B./Knott, M./Wiesler, C./Windaus, E.: *Leitlinien Regulationsstörungen, psychische und psychosomatische Störungen im Säuglings- und frühen Kleinkindalter. AKJP*, H. 132 Jg. 4/2006, 545-576.

Bauers, W./Düwell, H./Siebert, S./Streeck-Fischer, A.: *Leitlinie Persönlichkeitsstörung. AKJP*, H. 136, Jg. 4/2007, 561-612.

Bechtler, G./Hüls-Wissing, A./von der Marwitz, T./Ripke, G./Rippe, B./ Schmitt-Thatenhorst, R.: *Leitlinie Zwangserkrankungen. AKJP*, H. 134, Jg. 2/2007, 241-269.

Büse-Kastner, M./Dillhoff, K./Held, U.: *Leitlinie Enkopresis. AKJP*, H. 148, Jg. 4/2010, 533-557.

Korrespondenzadresse: Thomas Hüller, Blumenstr. 7, 60318 Frankfurt a. M.