

Depressive Störungen – Handlungsleitlinien für die Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Bezugspersonen

Stephan Jürgens-Jahnert Claudia Boeck-Singelmann Christiane Monden-Engelhardt Kerstin Zebiri
 Psychotherapeutische Psychotherapeutische Psychotherapeutische Erziehungs- und
 Praxis, Wetter Praxis, Düsseldorf Praxis, Eschborn Beratungsstelle, Wildau

Das Störungsverständnis depressiver Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter geht aus von einem Zusammenwirken anlagebedingter Faktoren, insbesondere neurophysiologischer Regulationssysteme, auf der einen Seite und erfahrungskorrelierter Einflüsse auf der anderen Seite. Zu letzteren zählen gravierende Verlusterfahrungen, die Güte der Bindung einschließlich der affektiven Bezogenheit sowie die Beachtung dieser Erfahrungen durch die wichtigen Bezugspersonen. Dieses personzentrierte, störungsspezifische Verständnis bildet die Grundlage für die Handlungsleitlinien Depression, die sich differenziert nach Altersstufen auf die Bereiche Diagnostik, psychotherapeutische Behandlung des jungen Patienten sowie die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen beziehen.

Schlüsselwörter: Leitlinie, Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter, Klientenzentrierte Psychotherapie, Bezugspersonenberatung

Depressive Disorders — Therapeutic Guidelines for Person-centered Psychotherapy with Children, Adolescents and Care Takers. The understanding of depressive disorders in childhood and adolescence is based on two interacting factors: On the one hand there are constitutional components, in particular neurophysiologic systems of regulation, and on the other hand there are influences that correlate to experience. The latter include experiences of severe loss, the quality of attachment including the affective relatedness as well as the response by the relevant care takers to these experiences. This person-centered disorder-specific understanding provides the basis of the guideline depression. Depending on age it is divided into different fields: diagnostics, psychotherapeutic treatment of the young patient, and working together with relatives and other care takers.

Keywords: therapeutic guidelines, depressive disorders in childhood and adolescence, client-centered psychotherapy, working together with relatives and other care takers

Stephan Jürgens-Jahnert, geb. 1951, Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Ausbilder in Personenzentrierter Beratung und Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG), tätig in freier Praxis mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Claudia Boeck-Singelmann, Dr. phil., geb. 1949, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Ausbilderin für Klientenzentrierte Psychotherapie (GwG) und Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG), niedergelassen in eigener Praxis für Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

Christiane Monden-Engelhardt, Dr. phil., geb. 1954, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichen-

psychotherapeutin, Ausbilderin in Personenzentrierter Beratung und Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG), tätig in freier Praxis mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, Supervision, Coaching, www.Monden-Engelhardt.de.

Kerstin Zebiri, Dr. paed., geb. 1961, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Ausbilderin in Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (GwG), langjährig tätig in Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Dozentin/Ausbilderin bei verschiedenen Ausbildungsstätten.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. Stephan Jürgens-Jahnert, Psychotherapeutische Praxis, D-35083 Wetter, Im Ketzgergrund 24, E-Mail: juergens-jahnertpraxis@web.de

1. Das Erscheinungsbild der Störung

Das Erscheinungsbild der depressiven Störung im Kindes- und Jugendalter verändert sich altersabhängig, folgende vier Bereiche können unterschieden werden (vgl. DGKJPP, 2007):

Table 1: Erscheinungsformen depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter

Im Kleinkindalter (1–3 Jahre)	Im Vorschulalter (3–6 Jahre)	Bei jüngeren Schulkindern	Im Pubertäts- und Jugendalter
Wirkt traurig Weint schnell Ausdrucksarmes Gesicht Erhöhte Irritabilität Wenig Explorationsverhalten/Neugier Auffällig pflegeleicht und angepasst Gestörtes Essverhalten Schlafstörungen Selbststimulierendes Verhalten: Jactatio capitis, exzessives Daumenlutschen, genitale Manipulation Auffälliges Spielverhalten Spielunlust Mangelnde Fantasie Verzögerte Sprachentwicklung	Weint schnell Trauriger Gesichtsausdruck Stimmungslabil Verminderte Gestik und Mimik Antriebsarm Wirkt oft abwesend Mangelnde Fähigkeit sich zu freuen Gestörtes Essverhalten Schlafstörungen Vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten Introvertiertes Verhalten, aber auch aggressives Verhalten Risikohaftes Verhalten Sprachentwicklungsrückstand Vegetative Beschwerden (Kopf-/Bauchschmerzen)	Weint schnell Verbale Berichte über Traurigkeit Antriebsarm Wirkt oft abwesend Negatives Selbstbild/Selbstwert Schuldgefühle Befürchtungen, dass Eltern nicht genügend Beachtung schenken Suizidale Gedanken Risikohaftes Verhalten Psychosomatische Störungen Schulleistungsstörungen Interessensverlust Erlebte Hilflosigkeit	Vermindertes Selbstvertrauen Apathie, Angst und Konzentrationsmangel Antriebsarm Pessimistisch Wirkt oft abwesend Negatives Selbstbild/Selbstwert Schuldgefühle Suizidalität Leistungsstörungen Interessensverlust Erlebte Hilflosigkeit Psychosomatische Störungen Stimmungsschwankungen Rückzugsverhalten

2. Diagnose/Differentialdiagnostik

Diagnostik ist ein integraler Bestandteil Personenzentrierter Psychotherapie (Jürgens-Jahnert, 2002). Sie geht von der Phänomenologie der vorliegenden Störung aus und versucht, die zugrunde liegenden Inkongruenzen aufzudecken. Durch das Fehlen ausreichender, genuin personenzentrierter Untersuchungsverfahren werden in der Praxis verschiedene Instrumente adaptiert.

2.1 Spezifika des Störungsbildes

Die Umschreibung depressiver Störungen im Kindesalter war lange Zeit umstritten (Nissen, 2002); sie ist jedoch durch Forschungen inzwischen akzeptiert. Je nach Entwicklung und Alter können die Symptome variieren und sich verändern (s. Tabelle 1). Im Jugendalter entsprechen die Symptome im Wesentlichen denen der Erwachsenen. Übereinstimmung besteht in folgenden kardinalen Symptomgruppen (Remschmidt, 2005):

1. Traurige, depressive Grundstimmung
2. Denkhemmung
3. Hemmung der Handlungsfunktionen

Die meisten Menschen erleben im Verlaufe ihres Lebens irgendwann einmal depressive Symptome. In der Pubertät sind sie häufig anzutreffen, ohne dass es sich um ein depressives Syndrom von Krankheitswert handeln muss. Für dessen Diagnose sind Dauer, Symptommuster, -anzahl und der Schweregrad der psychosozialen Beeinträchtigung entscheidend.

2.1.1 Epidemiologie

Alter: Nach Rutter (in: Remschmidt, 2005) sind depressive Verstimmungen im Kindesalter eher selten und nehmen in der Adoleszenz zu, wie auch depressive Erkrankungen. Laut Nissen (2002) sind Depressionen bei Kindern und Jugendlichen gleich häufig wie bei Erwachsenen, wurden früher oftmals „underdiagnosed“. Dabei liegt das Hauptmanifestationsalter depressiver Störungen zwischen dem 11. und 14. Lebensjahr.

Es wird von einer **Prävalenz** von in der

- Kindheit 0,5–2,5 %
- Jugendalter 2,0–8,0 %

ausgegangen (Harrington, 1994, in: Herpertz-Dahlmann, 1997, S. 232).

Bzgl. **Geschlecht** sind Jungen vor und Mädchen nach der Pubertät von depressiven Störungen häufiger betroffen, bei

Mädchen ist die Auftretensrate zunächst fast doppelt so hoch (Essau, 2002 zitiert nach Fröhlich-Gildhoff, 2004).

Die **Komorbidität** mit anderen Störungen ist hoch, insbesondere mit Angststörungen, Anpassungsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens. Generell sind depressive Symptome in klinischen Stichproben häufig; so enthalten nach Knölker, Matzejat und Schulte-Markwort (2007) neunzehn verschiedene nosologische Einheiten in der ICD-10 depressive Störungsbilder.

2.1.2 Klassifikation

In der ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2011) gibt es keine eigene Kategorie für die Klassifikation von depressiven Syndromen mit Krankheitswert für das Kindes- und Jugendalter, sondern nur eine, die sich an der Psychopathologie des Erwachsenenalters orientiert mit Ausnahme von F92.0 „Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung“. Die Kategorie F93 „Emotionale Störungen des Kindesalters“ enthält kein depressives Syndrom.

Klassifikation depressiver Syndrome nach ICD-10:

Organisch affektive Störungen (F06.3)

Als Verursachung wird eine zerebrale oder andere körperliche Störung angenommen.

Depressive Episode (F32.0–F32.3)

Eine depressive Episode liegt vor, wenn seit mindestens zwei Wochen eine gedrückte Stimmung, Verlust von Freude und Interesse und erhöhte Ermüdbarkeit vorherrschen. Auch können somatische und/oder psychotische Symptome zusätzlich vorhanden sein. Auf das jeweilige Alter der Kinder ist aufgrund der o. g. Gründe besonders zu achten.

Rezidivierende depressive Störung (F33.0–F33.3)

F33 liegt vor, wenn sich eine depressive Episode wiederholt. Dabei dauern die Episoden zwischen drei und zwölf Monaten. Es gibt für Kinder und Jugendliche bisher noch keine einheitlichen Kriterien bzgl. Definition, Symptomatik und Verlauf depressiver Störungen (DGKJPP, 2007).

Anhaltende affektive Störungen (F34)

Bei der Zykllothymia (F34.0) wechseln sich zahlreiche Perioden leichter Depression und gehobener Stimmung ab, bei der Dysthymia (F34.1) handelt es sich um eine chronische, aber leichtere depressive Verstimmung.

Anpassungsstörungen (F43.2)

Eine Anpassungsstörung kann nach belastenden Lebensereignissen wie dem Verlust einer Bezugsperson entstehen. Sie kann

sich in Form einer kurzen (F43.20) oder längeren (F43.21) depressiven Reaktion manifestieren, die sich mit Angst (F43.22) oder mit einer Störung des Sozialverhaltens (F43.25) mischen kann.

Bipolare affektive Störungen (F31)

Es treten depressive Episoden im Wechsel mit manischen oder hypomanischen Phasen auf.

2.1.3 Schweregradeinteilung

Bzgl. F32 und F33 gibt es für das Kindesalter noch keine einheitliche Schweregradeinteilung, sie erfolgt nach dem klinischen Bild der Beeinträchtigung. Nach der Pubertät kann für das Jugendalter die Schweregradeinteilung des Erwachsenenalters übernommen werden.

2.1.4 Klinisches Erscheinungsbild/Symptomatik

Die Symptomatik depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen ist sehr verschiedenartig. So zeigen sich Kinder oft überangepasst mit einer ausgeprägten Verleugnungstendenz und es besteht die Gefahr des Übersehens der depressiven Störung. Gleichzeitig bestehen oft große Schamgefühle. Bei jüngeren Kindern ist es daher wichtig, ihr Spiel-Verhalten (Unlust, schnelle Entmutigung, dysphorisches Abwehrverhalten), Essverhalten (Mäkeligkeit, reduzierter oder vermehrter Appetit) und Schlafverhalten (Ein-, Durchschlafstörungen, Früherwachen, Alpträume) zu beobachten. Auch können Bauchschmerzen und manchmal Fieberattacken insbesondere bei jüngeren Kindern auf Depressionen hinweisen. Bei älteren ist zusätzlich ihr Leistungsverhalten zu berücksichtigen (DGKJPP, 2007). Eine systematische multiaxiale kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik ist insofern angezeigt (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2006).

2.1.5 Leitsymptome

Die ICD-10 fordert für die Symptomatik eine Dauer von mindestens zwei Wochen. Von den nachfolgenden Leitsymptomen (DGKJPP, 2007) müssen die ersten drei immer vorhanden sein:

- Gedrückte Stimmung ohne deutliche Abhängigkeit von bestimmten Lebensumständen
- Verlust von Interesse oder Freude
- Erhöhte Ermüdbarkeit
- Verlust von Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl
- Unbegründete Selbstvorwürfe
- Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten
- Änderung der psychomotorischen Aktivität (Agitiertheit oder Hemmung), verminderter Antrieb
- Kopfschmerzen, gastro-intestinale Beschwerden

- Schlafstörungen (Ein-, Durchschlafstörungen, Früherwachen)
- Störungen des Appetits
- Vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen

Ferner sind die entwicklungs- und altersabhängigen Symptome zu beachten, vgl. Tabelle 1.

2.2 Abgrenzung zu anderen/ähnlichen Störungsbildern

Eine Depression im Kindes- und Jugendalter sollte von Störungen abgegrenzt werden, deren Erscheinungsbild Ähnlichkeiten aufweist: Angststörung, Bindungsstörung, akute Belastungsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, Autismus und Asperger (bis zum 3. Lebensjahr), beginnende Psychose sowie schizo-afektive Störung bei Jugendlichen.

2.3 Diagnostisches Vorgehen

Das diagnostische Vorgehen und die Auswahl der möglichen Verfahren orientiert sich am Alter des Kindes, seinem Entwicklungsstand und der jeweiligen Fragestellung.

Kleinkinder:

- Verhaltensbeobachtung
- Beobachtung des Interaktionsverhaltens des Kindes gegenüber Bezugsperson und Therapeutenperson
- Anamnese: Kind, Bezugsperson, leibliche Eltern
- Exploration

Vorschulkinder:

- Verhaltensbeobachtung, Beobachtung des Interaktionsverhaltens des Kindes gegenüber Bezugsperson und Therapeutenperson
- Anamnese mit Bezugspersonen, leiblichen Eltern sowie Exploration
- Fremdanamnese/Exploration Kindergarten: Erzieherinnen
- Malen
- Tests: z. B. Familie in Tieren, Baum-, Mensch-, Thomas-Erzähl-Test, Schweinchen-Schwarzfuß, SET, CAT

Schulkinder:

- Verhaltensbeobachtung, Beobachtung des Interaktionsverhaltens des Kindes gegenüber Bezugsperson und Therapeutenperson
- Anamnese, Exploration
- Fremdanamnese/Exploration Schule: Lehrer und Lehrerinnen
- Tests: Familie in Tieren, Baum-, Mensch-, Thomas-Erzähltest, Schweinchen-Schwarzfuß, SET, CAT, Kinderwelttest

(KWT), Childrens Depression Rating Scale (CDRS), Depressionstest für Kinder (DTK), Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ), Persönlichkeitstest für Kinder (PFK 9–14), Aussagenliste zum Selbstwertgefühl (ALS), Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (FEEL-KJ), Who am I u. a. Verfahren zum Selbstbild, Children's Behaviour Checklist (CBCL)

- Intelligenztestung wegen möglicher Über- oder Unterforderung

Jugendalter:

- Verhaltensbeobachtung, Anamnese, Exploration: siehe Schulkinder
- Tests: Aussagenliste zum Selbstwertgefühl (ALS), Persönlichkeitstest für Kinder (PFK 9–14), Childrens Depression Rating Scale (CDRS), Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ), SCL-90-R (Symptom-Checkliste), Familien-Brett, Lebenslinie, Intelligenztestung

Die angewandte Diagnostik sollte klären, inwieweit Entwicklungsbesonderheiten in folgenden Bereichen vorliegen (Remschmidt, Schmidt & Poustka 2006):

Achse I: Klinisch-psychiatrisches Syndrom

Achse II: Umschriebene Entwicklungsstörungen

Achse III: Intelligenzniveau

Achse IV: Körperliche Symptomatik

Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

Achse VI: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

3. Personzentriertes Störungsverständnis der Depression, Genese

Ausgangspunkt des Personzentrierten Erklärungsansatzes zur Entstehung depressiver Störungen ist die Vorstellung eines Zusammenwirkens biologischer, innerpsychischer und sozialer Faktoren (Fröhlich-Gildhoff, 2004). Die biologischen Faktoren lassen sich im Wesentlichen als anlagebedingt festgelegte Ausprägung des aus Aktivierung und Hemmung bestehenden neurophysiologischen Regulationssystems beschreiben. Die innerpsychischen Anteile entwickeln sich in der Interaktion mit der Umwelt und betreffen insbesondere folgende Bereiche:

- Unterstützung der kindlichen Emotionsregulation und Affektabstimmung
- Das Erfahren einer sicheren Bindung
- Das Erleben von Kontrolle und Selbstwirksamkeit

Aus biologischer Disposition und aus Beziehungserfahrungen bildet sich die Selbststruktur (Rogers, 1959a/2009), deren

Vulnerabilität oder Stärke in Abhängigkeit von der Ausprägung der Selbstregulation, der Qualität der Bindungsrepräsentationen, der Selbstwirksamkeits-/Kontrollüberzeugungen sowie der Handlungspotentiale beurteilt wird. Die Güte der Selbststruktur bestimmt maßgeblich die Fähigkeit zur Bewältigung sozialer Belastungssituationen (Jürgens-Jahnert, 2011), wobei die Ausprägung einer depressiven Störung zusätzlich von vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren beeinflusst wird.

Mehler-Wex und Kölch (2008) zeigten, dass sich im Vorfeld von depressiven Entwicklungen von Kindern und Jugendlichen bei rund 70 % kritische Lebensereignisse im Sinne schwerer Belastungen finden. Hier geht es insbesondere um Verluste, die Kinder in jungen Jahren erleiden, wie den Tod einer Bezugsperson, Trennung, chronische Streitsituationen in zerrütteten Familien oder psychische Erkrankung eines Elternteils.

Wie wirkt sich eine solche spezifische Belastungssituation nun auf die (Inkongruenz-)entwicklung eines später depressiven Kindes aus? Verlust- und Trennungserfahrungen führen bei der verbleibenden/hauptsächlich betreuenden Bezugsperson zu großer eigener emotionaler Belastung, zu Überforderung und möglicherweise psychischem Rückzug. Diese Bezugsperson wird über längere Zeit nur bedingt in der Lage sein, die Bedürfnisse und Gefühle ihres Kindes empathisch zu verstehen und prompt und angemessen zu reagieren. Typischerweise wird die Bezugsperson versuchen, ihre eigenen Gefühle vor dem Kind zu verbergen und ist damit selbst gehemmt und vermutlich inkongruent im eigenen Affektausdruck. Das Kind spürt die innere Not der Bezugsperson und ist irritiert, angstvoll und eventuell existentiell bedroht in seiner Trauer, kann aber diese Erfahrungen nicht symbolisieren.

In Familien ohne Verlusterfahrungen kann ein Kind eine depressive Störung entwickeln, wenn die Bezugspersonen aus anderen Gründen für das Kind psychisch schwer erreichbar sind, so z. B. aufgrund eigener unsicherer Bindungserfahrungen und anderer schwerwiegender Probleme. Von zentraler Bedeutung ist, dass die Bezugsperson über längere Zeit nicht in der Lage war, bedingungsfrei und empathisch die Bedürfnisse, Wünsche und Emotionen ihres Kindes zu verstehen. Aufgrund seines Bedürfnisses nach positiver Beachtung und entsprechend der Aktualisierungstendenz wendet sich das in einem inneren Spannungszustand und in diffuser Angst befindliche Kind immer wieder an seine Bezugsperson. Ist diese durch eigene Belastungen psychisch abwesend, erfährt das Kind unvollständige, verzerrte oder gar keine Symbolisierungen für seine Affekte. Es wird sich nun immer mehr allein gelassen, verloren und seinen Affekten ausgeliefert fühlen. Wut und Verzweiflung über diese Situation wird es als existentiell bedrohlich erfahren. Die damit verbundenen negativen Affekte können nicht ins Selbstkonzept integriert werden und bleiben abgespalten, u. a. aus Angst, damit die Bezugsperson ganz zu verlieren. Das

innere Erleben ist immer mehr durch Vernichtungsängste bestimmt, die Weiterentwicklung stagniert.

Das Kind wird zunehmend weniger eigene Bedürfnisse wahrnehmen und sich vermehrt damit beschäftigen, wie es trotz allem die Wertschätzung und Zuwendung der Bezugsperson erhalten kann. Vermutlich wird es diese am ehesten durch Leistungsziele (z. B. gute Schulnoten) zu erreichen versuchen oder durch deren Entlastung, indem es eigene Affekte unterdrückt oder ihr Verantwortung und Pflichten abnimmt. Erhält es damit Anerkennung von der Bezugsperson, so wird es im Sinne eines *circulus vitiosus* diesen Weg zu immer stärkerer Erfüllung der bei ihr vermuteten oder wahrgenommenen Wünsche gehen und sich vom eigenen inneren Erleben immer mehr abwenden.

Zudem wird das Kind Schuldgefühle entwickeln, wenn die Bezugsperson weiterhin psychisch belastet, abwesend und für es unerreichbar oder auch zurückweisend ist. Insbesondere Aggressionen und sich gegen diesen unerträglichen Zustand auflehrende Bedürfnisse müssen unterdrückt oder gehemmt werden, da ja das Kind existentiell auf die Bezugsperson angewiesen ist und um jeden Preis versuchen will, dieser nicht noch mehr Leid zuzufügen.

Haben die Kompensationsbemühungen des Kindes keinen Erfolg, wird es von der Bezugsperson, die sich selbst in ihrem Leid gefangen fühlt, wiederholt nicht oder nicht wertschätzend wahrgenommen oder sogar abgelehnt, wird es sich immer mehr zurückziehen. Es wird seine eigenen Bedürfnisse immer weniger leben und in der Folge auch nicht mehr wahrnehmen können. Mit der Zeit kann es auch seine Fähigkeit zur aktiven Beziehungsgestaltung verlieren, was seine soziale Isolation verstärkt. Soziale Beziehungen werden dann eher mit dem kompensatorischen Wunsch, von anderen anerkannt und gesehen zu werden, gelebt. Da das Kind sich inzwischen vom eigenen Erleben entfernt hat, geht es häufig um Anerkennung sozial erwünschter Leistungen.

Es entstehen Selbstzuschreibungen wie „ich bin nicht viel wert, ich kann nichts, mir gelingt nichts, ich bin ausgeliefert und hilflos, alle meine Bemühungen führen doch nur zu Misserfolgen und Versagen“ und „es gibt keinen Ausweg aus der Sackgasse, am besten wäre ich nicht mehr da“.

Diese durch die pathogene Interaktion geprägten Selbstzuschreibungen stehen im Widerspruch zu den organismischen Erfahrungen, die durch Wünsche und Bedürfnisse nach Eigenständigkeit bestimmt sind, zur natürlichen Tendenz des Menschen, sich zu entwickeln und zu entfalten. Darin sehen wir die typische Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung (Rogers, 1959/2009; Höger, 2006) für depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter, die durch Hemmung und Stagnation der Selbstaktualisierung bestimmt ist.

Erneute Anstrengungen des Kindes, die psychische Umgebung immer besser und feinfühlicher zu verstehen in der

Hoffnung, damit selbst in der inneren Not gesehen zu werden, müssen scheitern, da diese die psychische Not der Bezugsperson nicht wirklich lösen können. Das Kind erlebt sich schuldig an dieser seiner Situation, es verliert sein Empfinden für Selbstwirksamkeit und entwickelt ein negatives Selbstwertgefühl. Das wird es wiederum im Sinne depressiver Verzerrung als persönliches Versagen, mangelnde Fähigkeit und eigene Schuld symbolisieren, wodurch sich die erlebte Hilflosigkeit verbunden mit Zukunftsängsten verstärkt. Letztlich führt dies zu Mutlosigkeit, erhöhter Ermüdbarkeit, Antriebslosigkeit und immer stärkerem Rückzug. Der erlebte Widerspruch zwischen eigenen Ansprüchen und Fähigkeiten führt zur Inkongruenz (Biermann-Ratjen & Swildens, 1993; Biermann-Ratjen, 2006), wodurch der störungsspezifische Teufelskreis weiter verstärkt wird.

Der einzige Mechanismus, mit dem das Kind nun den Spannungszustand zumindest ein wenig auflösen kann, besteht darin, sich – wie oben beschrieben – überwiegend auf die Einfühlung in seine Bezugsperson, in andere zu konzentrieren und eigenes Erleben verzerrt wahrzunehmen oder zu verleugnen. Das Selbstkonzept bleibt deshalb unsicher und wenig differenziert, was eigene Wünsche, Bedürfnisse und Selbstverwirklichung angeht. Diese Entfremdung vom eigenen Erleben zeigt sich dann in depressiven Symptomen wie innerer Leere, Sinnlosigkeit und Apathie. Wiederholt sich im späteren Leben beispielsweise die Erfahrung des Verlassenwerdens durch eine Person, die den Selbstwert kompensatorisch stabilisierte, kommt es zum Zusammenbruch der Selbstachtung. Brechen Trauer und Enttäuschungswut unkontrollierbar hervor, verurteilt und bestraft sich die Person.

Anhand eines Fallbeispiels eines depressiven 11-jährigen Jungen beschreibt Hockel (2002) anschaulich die Symptomatik und einige exemplarische Sequenzen des Verhaltens von Kind und Therapeut in der Personzentrierten Psychotherapie.

4. Fallspezifische Therapieplanung

Im Folgenden wird der Prozess der Therapieplanung vom Erstkontakt bis zum Therapiekontrakt beschrieben.

4.1 Vorphase

Erstgespräch: Die Entscheidung über das Setting sollte nach dem Erstkontakt (i. d. R. telefonisch) getroffen werden; Literaturempfehlungen: Behr, 2006; Fröhlich-Gildhoff, 2003; Jürgens-Jahnert, 2002; Monden-Engelhardt, 2002.

Psychodiagnostik: siehe insbesondere 2.3.

Bei depressiven Patienten muss der hohe Anpassungsdruck und die Tendenz zu sozial erwünschten Antworten beachtet und

mit schambesetzter Zurückhaltung bezüglich Selbstschilderungen über die depressive Symptomatik vorsichtig umgangen werden!

Indikationsstellung: Sie erfolgt nach der Zusammenschau aller vorliegenden Informationen unter besonderer Berücksichtigung der Tendenz depressiver Kinder und Jugendlicher, sich unproblematisch darzustellen. Deshalb müssen Schilderungen der Eltern/Bezugspersonen bei der Entscheidung über Therapiebedarf beachtet werden. Die differentielle Indikation für Personzentrierte Psychotherapie erfolgt insbesondere beim Vorliegen von psychogenetisch relevanten Beziehungsstörungen in der Familie und/oder Störungen des kindlichen Entwicklungsprozesses. Die Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen ist die Regel, insbesondere bei Beziehungsstörungen und/oder Empathiedefiziten. Zudem muss abgeklärt werden, ob eine eigene Therapie für ein Elternteil sinnvoll bzw. erforderlich ist.

4.2 Therapieziele

Therapieziele beziehen sich sowohl auf die Besserung der Symptomatik als auch auf die Entwicklung der Persönlichkeit.

a) Allgemeine, auf das Kind oder den Jugendlichen bezogene Therapieziele:

- Integration und Verarbeitung der Trauererfahrung(en)
- Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und Wünsche und Unterstützung der Durchsetzung dieser
- Größere Selbstachtung und Selbstakzeptanz
- Erleben von Selbstwirksamkeit
- Verbesserung der Affektregulation
- Verbesserung der Abgrenzung von anderen
- Förderung eines angemessenen Erlebens und Ausdrucks von Aggression
- Verbesserung der Interaktionsregulation
- Stärkung der Selbststruktur/des Selbstkonzeptes
- Bessere Selbstaktivierung

b) Allgemeine, auf die Eltern oder Bezugspersonen bezogene Therapieziele:

- Förderung des empathischen Verstehens des Kindes/Jugendlichen
- Verbesserung der Beziehung zum Kind/Jugendlichen
- Akzeptanz der Eigenständigkeit der kindlichen/jugendlichen Persönlichkeit einschließlich ihrer depressiven Seite
- Verständnis für Probleme des depressiven Kindes/Jugendlichen in der Geschwisterkonstellation
- Auseinandersetzung mit eigenen depressiven Anteilen
- Aushalten und Annehmen von negativen Gefühlen wie Trauer, Wut und Ärger

Vorgehen: Die Therapeutin¹ erfragt die Veränderungswünsche/Therapieziele des Kindes/Jugendlichen sowie die der Eltern/Bezugspersonen. Aus diesen Patienteninformationen einerseits und ihren eigenen, sich aus dem Verfahren, ihrer Berufserfahrung und dem konkreten Fall ergebenden störungsspezifischen Zielvorstellungen andererseits entwickelt sie die fallspezifischen Veränderungsperspektiven, die sie dann mit den Betroffenen abklärt und vereinbart.

4.3 Planung der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

Beim Vorliegen einer Depression erhält die Zusammenarbeit mit den bedeutsamen Bezugspersonen des betroffenen Kindes einen besonderen Stellenwert. Zwar werden im therapeutischen Prozess korrigierende Beziehungserfahrungen möglich, doch wünschen sich die Kinder besonders von den ihnen nahe stehenden Bezugspersonen, in ihrem Sein akzeptiert und verstanden zu werden. Diese Menschen haben den Entwicklungsprozess des Kindes bis hier hin begleitet – wenn auch einige nur zeitweise – ihn jedoch maßgeblich geprägt und sie werden bei der Fortsetzung dieses Weges wieder einen besonderen Stellenwert erhalten.

Es gilt also, bereits sowohl im Erstgespräch mit den Bezugspersonen als auch im Erstkontakt mit dem Kind/Jugendlichen selber festzustellen, welche Personen einen besonderen Stellenwert haben, und ihre Einbeziehung zu planen. Zuerst einmal gehören hierzu beide Elternteile, egal, ob getrennt oder zusammen lebend. Es kann aber ebenso um die Einbeziehung der Stiefeltern, der Großeltern oder der Tagesmutter gehen. Lebt das Kind im Heim, kann ein besonderer Erzieher wichtig sein, in der Pflegefamilie die Pflegeeltern, immer jedoch eine vom Kind als bedeutsam erachtete Person (oder mehrere).

Zudem gilt es, neben der Erhebung des Bezugspersonenstatus (Trennung bzw. Verlust eines Elternteils, Zusammensetzung des Patchworks, in dem das Kind lebt u. a. m.) nach einer erblichen Belastung zu fragen und spezielle familiäre Vorerkrankungen zu erfassen.

Im Rahmen des Beziehungsaufbaus zur begleitenden Bezugsperson kann es wichtig sein, ihr zu erklären, warum die Einbeziehung weiterer Personen für eine effektive Psychotherapie notwendig ist. Es gilt, bei der/dem Sorgeberechtigten die Bereitschaft und Motivation zu entwickeln, die Einbeziehung der anderen Bezugspersonen zuzulassen. In diesem Zusammenhang kann es notwendig werden, einführend und verstehend bestehende Ängste zu mindern, auch, indem der Entwicklungsprozess des Kindes als der einer autonomen, durch ihre individuellen Beziehungserfahrungen geprägten Persönlichkeit transparent wird.

In Abhängigkeit von der jeweiligen Familienkonstellation kann sodann entschieden werden, inwieweit Gespräche mit einzelnen Bezugspersonen sinnvoll sind. Gegebenenfalls kann der Therapeut die Kontaktaufnahme – beispielsweise zum getrennt lebenden Elternteil – übernehmen.

Insgesamt ist in der Zusammenarbeit mit Bezugspersonen bei depressiven Kindern und Jugendlichen ein besonderes Augenmerk zu richten auf die Wahrung des Vertrauensverhältnisses zwischen dem Kind/Jugendlichen und der Therapeutin und der gleichzeitigen Verantwortung für die Entwicklung des Patienten und dessen Schutz. Hier kann ein Spannungsfeld für die Therapeutin dergestalt entstehen, dass sie einerseits ihr anvertraute Geheimnisse nicht mitteilen darf, andererseits jedoch im Falle insbesondere von suizidalen Risiken ihre Schweigepflicht durchbrechen und die Bezugspersonen zum Schutz des jungen Menschen informieren muss. Gleichzeitig kann sie eine solche Situation nutzen, um deren Umgang mit ihrer Verantwortung und ihren Handlungsspielraum zu fördern.

4.4 Kontraktbildung

Gibt es einen Konsens über Therapiebedarf und -ziele, wird dieser in einem Kontrakt mit dem Kind/Jugendlichen und den Eltern/Bezugspersonen verankert:

- Vereinbarung über Frequenz und Dauer der Therapie, über die Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen, über Schweigepflicht
- Klare, möglichst gegenseitige Regelungen über Ausfallstunden, welche der Therapeutin ausreichend Sicherheit gibt, dem jungen Menschen aber die Möglichkeit lässt zu spontanen sozialen Kontakten
- Aufklärung und Vereinbarung über Verhalten bei Suizidgefahr
- Regelung über Umgang mit eventueller antidepressiver Medikation.

¹ In diesem Text werden die weibliche und die männliche Form gleichberechtigt nebeneinander verwendet.

5. Handlungsleitlinien zur therapeutischen Arbeit mit dem Kind/Jugendlichen

Das therapeutische Vorgehen unterscheidet sich je nach Alter des Kindes und Therapiephase.

5.1 Für Kinder ab etwa drei Jahren bis zur Pubertät

Therapieeingangsphase – Beziehungsaufbau		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Explizite Akzeptanz und Wertschätzung, die dem Kind vermittelt: „Du bist o. k., es ist in Ordnung, wenn du hier herumschaust, wenn du nichts sagst.“ Das Kind entlasten: „Mir geht es gut in deiner Anwesenheit.“ Selbst behutsam Präsenz zeigen (nicht mit „emotionaler Präsenz“ überschütten, jedoch vorsichtige Selbsteinbringung „non- direktiv“)	Dosierte Aktivität; Vermittlung von Geborgenheit in der Spielebene; Eigenaktivität anregen, auch Alleinspiel; Aktives Regulieren, selbst etwas tun	Angebot, das wenig Eigenaktivität verlangt, z. B. Schaukelsessel; Rückzugsmöglichkeiten schaffen (Nest bauen); Malen (evtl. mit Musik); Sandspiel; Bewegungsspiele
Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Weiter wie Eingangsphase, wobei deutlicher: Präsenz und sich einbringen	Weiter wie Eingangsphase; auf Symbolisierungen organismischer Tendenzen am Rande der Gewährwerdung eingehen; Auf spezifische Themen achten, insbesondere Verlust, Trauer, Aggression, Schuld; Ressourcenaktivierung; Bedürfniswahrnehmung; Sinnesaktivierung (sinnliches Erleben anregen); Modell für Emotionalität; Konfrontation	Weiter wie Eingangsphase; Materialien zur Aktivierung des sinnlichen Erlebens anbieten: z. B. Schokoriegel, Knete, Ton, Musik, Krabbelsack o. ä. für Tasterleben; Materialien für den Ausdruck von Affekten, insbesondere Rollenspielmaterial; Aktive Hilfe bei Problembewältigung
Therapieabschlussphase – Ablösung Transfer in den Alltag braucht für Depressive ausreichend Raum.		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Freude darüber zeigen, dass neue Beziehungen aufgebaut werden konnten; Vertrauen in Ressourcen und Fähigkeiten des Kindes vermitteln; Unterstützen v. autonomen Bedürfnissen	Erfahren von Trennung und Trauer; Wertschätzender und akzeptierender Umgang mit Autonomietendenzen	Reduzieren der Kontakte (z. B. längere Pausen, dann 2–3 Sitzungen, 4–6 Wochen Pause, nochmals 2 Sitzungen)

5.2 Für Jugendliche und junge Erwachsene

Therapieeingangsphase – Beziehungsaufbau		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Explizite Akzeptanz und Wertschätzung, die dem Jugendlichen vermittelt: „Du bist o. k., es ist in Ordnung, wenn du hier herumschaust, wenn du nichts sagst und/oder von alltäglichen Situationen (wortkarg) berichtest.“	Dosierte Selbsteinbringung und Empathie; Berichte von anderen Jugendlichen im Sinne des Angebots von Empathie und Handlungsmöglichkeiten;	Angebot, das wenig Eigenaktivität verlangt, z. B. Schaukelsessel; Malen (evtl. mit Musik); Gemeinsam rausgehen („Spaziergang-Behandlung“);

Den Jugendlichen entlasten, sie/er muss nichts leisten, darf sich unbehaglich und fremd fühlen. Mir als Therapeutin geht es gut in seiner Anwesenheit; Selbst behutsam Präsenz zeigen (nicht mit „emotionaler Präsenz“ überschütten, jedoch vorsichtige Selbsteinbringung „non- direktiv“); Besonders Achten auf (verdeckte) suizidale Gedanken, Impulse, Wünsche; Im Falle v. Suizidalität: Krisenintervention	Vermittlung von Geborgenheit zum Beispiel durch Licht dimmen, Angebot von Keksen oder Getränk etc.; Angebot von Malutensilien, Aufgreifen von Interesse an Spielmaterialien (wenn vorhanden); Zu viel Blickkontakt vermeiden, selbst etwas tun	Geschichten erzählen
--	--	----------------------

Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien /-methoden
Weiter wie Eingangsphase; Sowohl stärkere Empathie als auch vermehrte Selbsteinbringung und Ansprechen des Beziehungserlebens	Weiter wie Eingangsphase; Auf Symbolisierungen organismischer Tendenzen am Rande der Gewährwerdung eingehen; Auf spezifische Themen achten, insbesondere Verlust, Trauer, Aggression, Schuld; Ressourcenaktivierung; Einfühlung in sich zeigende Bedürfnisse, Einstellungen und Wünsche; Empathie für Differenzierung des Selbsterlebens/Selbstkonzepts; Klärung von Selbst-Ideal; Eingehen auf perfektionistische/überhöhte Ich-Ideale; Eingehen auf Selbstvorwürfe, Schuldgefühle und Versagensüberzeugungen; Sinnesaktivierung (sinnliches Erleben anregen); Verdeutlichen des lebensgeschichtlichen Kontextes; Klärung der Inkongruenzen in Bezug auf die Bezugspersonen; Selbsteinbringung der Therapeutin in Bezug auf eigene emotionale Resonanz, Konfrontieren, Mitteilen von Ähnlichkeiten oder alternativer Erlebensweise; Bearbeitung ev. suizidaler Tendenzen	Weiter wie Eingangsphase, insbesondere bei Schweigezeiten; Materialien zur Aktivierung des sinnlichen Erlebens anbieten wie Essen, Kneten, Ton, Musik; Aktive Hilfe bei Problembewältigung; Entwerfen von Zukunftphantasien; Besonderheiten in Zielen und Ansprüchen klären und differenzieren; Lebenspanorama oder Lebensfluss-Bilder anregen; Von Schuldgefühlen entlasten

Therapieabschlussphase – Ablösung

Transfer in den Alltag braucht für Depressive ausreichend Raum.

Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien /-methoden
Freude darüber zeigen, dass neue Beziehungen aufgebaut werden konnten; Vertrauen in Ressourcen und Fähigkeiten der Jugendlichen vermitteln; Unterstützen von autonomen Bedürfnissen; Unterstützen von Selbstständigkeitstendenzen und Eigenständigkeit	Erfahren von Trennung und Trauer ansprechen; Wertschätzender und akzeptierender Umgang mit Autonomietendenzen; Ansprechen von Möglichkeiten, wie Jugendliche sich selbst aus depressiven Stimmungen helfen können; Rückfallprophylaxe	Reduzieren der Kontakte (z. B. längere Pausen, dann 2–3 Sitzungen, 4–6 Wochen Pause, nochmals 2 Sitzungen); Unterstützen von autonomen Problemlösefähigkeiten in den Zwischenzeiten; Zulassen von Trauer und Abschiedsschmerz im Vertrauen darauf, dass die Jugendliche ihren Weg weiter werden können; Erlaubnis zum Gehen und zum Wiederkommen (falls nötig) geben

6. Handlungsleitlinien für die begleitende Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen

In der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen unterscheidet sich das therapeutische Vorgehen je nach Alter des Kindes und Therapiephase.

6.1 Bezugspersonen von Kleinkindern (1–3 Jahre)

Die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen stellt den Schwerpunkt in der Therapie mit Kindern vom 1. bis zum ca. 3. Lebensjahr dar. Sitzungen mit dem Kind finden i. d. R. gemeinsam mit der/n Bezugsperson/en statt. Sie können per Video aufgezeichnet und ggf. im Nachhinein besprochen werden. Die Bezugspersonen sollten angeregt werden, ihre Feinfühligkeit und

Einfühlung in die kindlichen Bedürfnisse weiterzuentwickeln, um damit die Grundlagen für ein möglichst sicheres Bindungsverhalten zu fördern (Brisch & Hellbrügge, 2007). Oftmals ist das Resultat auch die Empfehlung einer eigenen Therapie für die Bezugsperson oder das Elternpaar, z. B. wenn durch das Kind eigene, unbewältigte Themen wiederbelebt werden oder generell eine Störung von Krankheitswert oder ein Paarkonflikt vorliegt. Besonderes Augenmerk ist auf die Bearbeitung von Verlust- und Trennungserfahrungen der Bezugspersonen zu legen. Ferner ist die Aufklärung der Eltern über problematische Verhaltensweisen des Kindes wichtig, wenn es sich um eine Frühgeburt handelt oder eine körperliche oder geistige Behinderung vorliegt. Gleichzeitig ist zu klären, wieweit die Eltern diese Herausforderung bewältigen.

Therapieeingangsphase – Beziehungsaufbau, ab Erstgespräch		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Akzeptanz der Hilfe suchenden Bezugsperson/en, ihrer Scham- und Schuldgefühle; Akzeptanz des Kindes in seinem So-Sein; Realisieren von Empathie für das Kind und die Bezugsperson/en; Wertschätzung der Sorge und des Bemühens, Hilfe aufzusuchen	Deutliche Präsenz; Strukturieren; Information; vertrauensvolle und verständnisvolle Atmosphäre schaffen	bedingungsfreie Anerkennung; ausgesuchte Spielmaterialien für gemeinsame Sitzungen (z. B. Bauklötze, Ball, Autos, Puppe, Tier/e, Bilderbuch)
Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Wie in der Eingangsphase; Präsenz, vermehrte Nähe und Intensität, „Arbeitsatmosphäre“; Engagement	Bezugsperson/en: Ressourcenaktivierung; Förderung der Wahrnehmung und des Erkennens der kindlichen Bedürfnisse und Wünsche; Akzeptieren der kindlichen Bedürfnisse und Wünsche; angemessenes Reagieren – auch zeitlich – auf die Bedürfnisse und Wünsche des Kindes – ggf. auch Grenzsetzung; Akzeptieren der depressiven Symptomatik; Förderung von Feinfühligkeit und Empathie; Förderung von Selbstexploration und Offenheit für eigene Gefühle und eigenes Erleben; Fördern des Verstehens eigener Blockaden und Wahrnehmungsverzerrungen; Information über den möglichen Verlauf der Krankheit; Sensibilisieren für Veränderungen im Verhalten des Kindes; Kind: Vermittlung von Akzeptanz; stimulieren; Alleinspiel anregen; selbst spielen; Zusammenspiel (Kind – Bezugsperson/en, Kind – Therapeut, alle)	Besprechen und Klären – unter Beachtung von bedingungsloser Anerkennung und einfühlendem Verstehen – konfliktbesetzter relevanter Themenbereiche (Beziehung zum Kind, Wunschkind, relevante eigene und/oder familiäre Erlebnisse/Ereignisse vor – um – nach der Geburt); Eingehen auf Selbstvorwürfe, Schuldgefühle und Versagensüberzeugungen; Rückmeldung über realisiertes Verhalten gegenüber dem Kind, besonders gelungener Interaktion; Konfrontieren – auch mit der Sichtweise des Erlebens des Kindes aus Therapeutesicht; Anregen von Stimulieren und Modellsein hierfür; Unterstützung eines bindungsfördernden alltäglichen Umgangs

Therapieabschlussphase – Ablösung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Vertrauen in die Ressourcen und Fähigkeiten der Bezugsperson und des Kindes zeigen; Unterstützung autonomer Bedürfnisse	Aufzeigen und Anerkennen der Veränderungen; Zukunftsperspektiven erörtern; Anregen von Netzwerken (Eltern-, Eltern-Kind-Gruppen ...); Klärung möglicher Restsymptomatik, Vulnerabilität und damit zusammenhängender künftiger Entwicklung und ggf. Empfehlungen; Rückfallprophylaxe	Reduzierung der Sitzungsfrequenz; Angebote zur Nachbetreuung

6.2 Bezugspersonen von Kindern ab 3 Jahre bis zur Pubertät

Therapieeingangsphase – Beziehungsaufbau		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Kontaktanbahnung; Aufklärung über Bedeutung der Bezugspersonenarbeit (auch: Unterschied zu Psychotherapie der Eltern); Wertschätzung ihrer Sorge um ihr Kind und dafür, Hilfe in Anspruch zu nehmen; Akzeptanz der depressiven Erkrankung durch die Eltern fördern; Entlastung der Eltern, dass auch der Therapeut Verantwortung für die Gesundheit ihres Kindes übernimmt, aber auch Klären ihrer Prozessverantwortung; der Therapeut verdeutlicht seine Neutralität; Empathie und Wertschätzung für aktuelle Probleme und damit verbundene eigene Themen der Eltern	Dosierte Aktivität: vorwiegend aktiv zuhören; Informieren; Vermittlung von Geborgenheit; Eigenaktivität in der Beziehung zum Kind anregen	Behagliche Atmosphäre schaffen; Störungen reduzieren (z. B. für die Beschäftigung oder Betreuung des Kindes sorgen, sofern die Eltern es mitbringen); evtl. Getränk anbieten
Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Weiter wie Eingangsphase, deutlicher: Präsenz und sich einbringen des Therapeuten	Förderung der elterlichen Empathie für das depressive Kind; Raum für eigene Sicht der Problematik des Kindes geben; eigene mit der Depression verbundene entwicklungsgeschichtliche Themen der Eltern transparent machen; Empathie in Beziehung Eltern-Kind unterstützen; Information über den phasenhaften Verlauf der Krankheit, mögliche Rückfälle sowie den Umgang damit klären; Rückmeldung der Therapeutin von ihrem Erleben des Kindes mit seinen Ressourcen; Sensibilisierung der Eltern für Veränderungen des Kindes; alternatives Umgehen der Eltern mit Kind anregen	Fragen, anregen, konfrontieren; aktive Unterstützung bei Problemlösungen (z. B. Lehrergespräch, Formular bearbeiten); Kinder abholen lassen, da sich kurz nach der Therapiestunde oft verändertes Verhalten zeigt; Fragen nach dem Ablauf des Alltags und Ritualen; gemeinsame Begegnungen mit dem Kind im Alltag anregen, z. B. neue Familienrituale; Unterstützen eines wohlwollend bezogenen Umgangs: Da-Sein und Sein-Lassen, ohne es allein zu lassen und ohne es auszufragen

Therapieabschlussphase – Ablösung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Vertrauen in die Ressourcen und Fähigkeiten des Kindes und der Bezugspersonen vermitteln; unterstützen von autonomen Bedürfnissen	Den Fokus auf positive Veränderungen beim Kind und im Lebensumfeld und familiären Kontext setzen; Perspektiven und zukünftige Entwicklungsverläufe verdeutlichen; die Bezugspersonen für das wechselnde Gleichgewicht zwischen Bindungswünschen und den Bedürfnissen nach Selbständigkeit und Rückzug beim Kind sensibilisieren; Hinweis, Gefühle ernst zu nehmen, ihre Äußerung zu fördern; den Umgang mit der Restproblematik und Vulnerabilität ansprechen; Rückfallprophylaxe	Aufklärung über die Bedeutung des Therapieabschlusses für ein depressives Kind; konkrete Empfehlungen für die Zukunft; Reduzieren der Kontakte; Erlaubnis zum Wiederkommen

6.3 Bezugspersonen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Gerade depressive Jugendliche und junge Erwachsene kommen häufig zunächst allein, auf Anraten oder in Begleitung eines Freundes/einer Freundin oder einer anderen Bezugsperson zum Therapeuten. Hier ist es wichtig, im Einvernehmen mit dem Jugendlichen die/den Sorgeberechtigten zu einem Bezugspersonengespräch einzuladen, wenn diese dafür ihre Zustimmung geben. Dabei sollten sie die Sicherheit erhalten, dass es keine negativen Konsequenzen für sie hat, wenn sie nicht zustimmen.

Die Gespräche sollten in Anwesenheit der Jugendlichen stattfinden und mit diesen vorbereitet werden. Es ist wichtig, Jugendliche zunächst über die Bedeutung der Gespräche aufzuklären, ihre Ängste in Bezug auf das Gespräch im Vorfeld mit ihnen zu klären, den Umgang mit der Schweigepflicht zu

regeln und dann eine informierte Zustimmung, „informed consent“ (Lehmkuhl & Lehmkuhl, 2003; Remschmidt & Warnke, 2003), zur Einladung ihrer Bezugspersonen zu erhalten (s. hierzu auch 5.2).

Je nach Entwicklungsstand und Lebenssituation ist bei volljährigen Jugendlichen/jungen Erwachsenen die Einbeziehung der Bezugspersonen weniger regelmäßig und eher situativ bei Bedarf erforderlich (z. B. akute suizidale Gefährdung, Wiedernäherung nach Kontaktabbruch). Inhaltlich entspricht der Umgang mit den Bezugspersonen, wenn sie in diesem Alter einbezogen werden, den unten aufgeführten Grundsätzen. Die Selbstverantwortung und Autonomieentwicklung der (erwachsenen) Jugendlichen soll jedoch stets respektiert und im Therapieverlauf gefördert werden. Bei jungen Erwachsenen kann oft (zunächst) ganz auf Bezugspersonengespräche verzichtet werden.

Therapieeingangphase – Beziehungsaufbau		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Akzeptanz und Wertschätzung der Bezugspersonen und Kontaktabbau; Klärung der unterschiedlichen Sichtweisen und Besorgnisse in Bezug auf die depressive Erkrankung des Jugendlichen; Aufklärung über die Bedeutung der Bezugspersonenarbeit; Wertschätzung des elterlichen Bemühens und ihrer Sorge, evtl. ihres Ersuchens um Hilfe; Verständnis und Akzeptanz für die depressive Erkrankung fördern; Entlastung der Eltern, dass nun auch der Therapeut Verantwortung für die Gesundheit des Jugendlichen/jungen Erwachsenen übernimmt; gleichzeitig klären, dass sie auch für ihr beinahe erwachsenes Kind (Prozess)verantwortung haben; der Therapeut ver-	Dosierte Aktivität: vorwiegend aktiv zuhören; Informieren; aktiver Schutz des Jugendlichen/jungen Erwachsenen, falls nötig; Unterstützung von ersten (Wieder-) Annäherungen zwischen Bezugspersonen und Jugendlichen, falls ein Beziehungsabbruch vorlag und dies bereits gewünscht wird	Behagliche Atmosphäre schaffen; auf Strukturierung achten; Störungen auch während des Gesprächs begrenzen; erste Sensibilisierung für Stimmungsqualitäten des Jugendlichen und der Bezugspersonen fördern und die gegenseitige Achtung und Berechtigung solcher Stimmungen fördern. (Wenn nötig, Begrenzen von „Warum-Fragen“ an den Jugendlichen.)

deutlich seine Haltung als Therapeut des Jugendlichen und als Interessensvermittler gegenüber den Bezugspersonen mit dem Schwerpunkt der altersgemäßen Unterstützung der jugendlichen (Autonomie)entwicklung; Empathie und Wertschätzung für aktuelle Problemlagen und damit verbundene eigene Themen/Inkongruenzen der Eltern		
Mittlere Therapiephase – Inkongruenzbearbeitung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Weiter wie Eingangsphase, deutlicher: Präsenz und sich einbringen; Empathie; aktiveres, mehr strukturierendes Verhalten des Therapeuten	Förderung der elterlichen Empathie für den depressiven Jugendlichen; mit der Entwicklung und Problematik des Kindes verbundene eigene entwicklungs-geschichtliche Themen der Eltern einer Transparenz zuführen; Information über den phasenhaften Verlauf der Krankheit, die Möglichkeit von Rückfällen und den Umgang damit; Rückmeldung des Therapeuten über sein Erleben des Jugendlichen mit seinen Ressourcen; alternativen Umgang der Eltern mit dem Jugendlichen anregen; Sensibilisierung der Eltern, Veränderungen des Jugendlichen (Verhalten, Bedürfnisse insbesondere nach Freiräumen und Selbständigkeit) zu sehen, ohne ihn/sie allein zu lassen	Fragen, anregen, konfrontieren; Fragen nach eigenen hilfreichen Bedingungen/Personen in der Jugend der Bezugspersonen als Anregung; Fragen nach Ablauf des Alltags und Ritualen; wenn vom Jugendlichen gewünscht, können gemeinsame Begegnungen mit dem Jugendlichen im Alltag gefördert werden; Unterstützen eines wohlwollend interessierten Umgangs mit dem Jugendlichen: Da-Sein und Sein-Lassen, ohne ihn allein zu lassen
Therapieabschlussphase – Ablösung		
Begegnungshaltung	Handlungsstrategien	Interventionsmedien/-methoden
Vertrauen in die Ressourcen und Fähigkeiten des Jugendlichen und der weiteren Entwicklung der (neuen, erwachseneren) Beziehung seinen Bezugspersonen gegenüber vermitteln; Unterstützen von autonomen Bedürfnissen	Den Fokus auf positive Veränderungen des Jugendlichen legen; Perspektiven für die zukünftige Entwicklung im Lebensumfeld und im familiären Kontext setzen; die Bezugspersonen für das wechselnde Gleichgewicht zwischen Bindungswünschen und Bedürfnissen nach Selbständigkeit und Rückzug beim Jugendlichen sensibilisieren	Empfehlungen für die Zukunft; Aufforderung, Gefühlsäußerungen ernst- und anzunehmen und ihre Äußerung zu fördern; den Umgang mit der Restproblematik und Vulnerabilität ansprechen; gemeinsam mit dem Jugendlichen eine Rückfallprophylaxe erarbeiten; Möglichkeiten für ein Wiederkommen ansprechen

7. Handlungsleitlinien für die Zusammenarbeit mit Bezugspersonen aus dem Lebensumfeld des Kindes

Im Sinne des ganzheitlichen, personenzentrierten Störungsverständnisses ist die Einbettung des Kindes/Jugendlichen in die Familie und deren Bezug zum sozialen, ethnischen und gesellschaftspolitischen Umfeld zu beachten. Bei Bedarf sollten Kontakte mit dem sozialen Umfeld nach Absprache mit Patient und Bezugspersonen erfolgen, um für die spezifischen Probleme und Bedürfnisse des depressiven Kindes/Jugendlichen zu sensibilisieren. Insbesondere bei einer (antidepressiven) Medikation ist es erforderlich, Kontakt zum verordnenden Arzt aufzunehmen.

Literatur

- Behr, M. (2006). Beziehungszentrierter Erstkontakt in der heilpädagogischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien. *PERSON*, 10, 2, 108–117.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie* (S. 93–116). Heidelberg: Springer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. & Swildens, H. (1993). Entwurf einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre im Rahmen des klientenzentrierten Konzepts. In J. Eckert, D. Höger, & H. W. Linster (Hrsg.), *Die Entwicklung der Person und ihre Störung*. Band 1. (S. 57–138). Köln: GwG-Verlag.
- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Kemper, F., Hensel, T. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.) (2002): *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Bd. 1: *Grundlagen und Konzepte*. (2., überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

- Boeck-Singelmann, C., Ehlers, B., Kemper, F., Hensel, T. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.) (2002): *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 2: Praxis und Anwendung.* (2., überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Boeck-Singelmann, C., Hensel, T., Jürgens-Jahnert, S. & Monden-Engelhardt, C. (Hrsg.) (2003): *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Bd. 3: Falldarstellungen.* Göttingen: Hogrefe.
- Brisch, K.-H. & Hellbrügge, T. (2007). *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- DGKJPP – Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.) (2007). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (3., überarb. Aufl., S. 57–71). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien.* (8., überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2003). Bezugspersonenarbeit im Rahmen der personzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, T. Hensel, S. Jürgens-Jahnert & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 3: Störungsspezifische Falldarstellungen* (S. 293–326). Göttingen: Hogrefe.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2004). Depression bei Kindern und Jugendlichen. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 35 (2), 101–110.
- Herpertz-Dahlmann, B. (1997). Depressive Syndrome und Suizidhandlungen. In H. Remschmidt (Hrsg.), *Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter* (S. 232–242). Stuttgart: Thieme.
- Hockel, C. M. (2002). Das Spielerleben als Entwicklungsraum – mit einem Fall von Depression im Kindesalter. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 1: Grundlagen und Konzepte* (2., überarb. und erw. Aufl., S. 211–235). Göttingen: Hogrefe.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen, & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie* (S. 37–72). Heidelberg: Springer.
- Jürgens-Jahnert, S. (2002). Therapieeinleitung und Diagnostik in der personzentrierten Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen: einige theoretische Überlegungen und praktische Anregungen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper, & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Anwendung und Praxis* (2., überarb. und erw. Aufl., S. 257–285). Göttingen: Hogrefe.
- Jürgens-Jahnert, S. (2011). Selbststrukturstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In C. Wakolbinger, M. Katsivelaris, B. Reisel, G. Naderer & I. Papula (Hrsg.), *Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder* (S. 83–106). Norderstedt: Books on Demand.
- Knölker, U., Mattejat, F., & Schulte-Markwort, M. (2007). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie systematisch* (4., neubearb. Aufl.). Bremen: UNI-MED.
- Lehmkuhl, G. & Lehmkuhl, U. (2003). Ethische Fragen in der Psychotherapie von Kindern, Jugendlichen und Familien – Empirische Ergebnisse aus der klinischen Praxis. In U. Lehmkuhl (Hrsg.), *Ethische Grundlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (S. 45–58). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Mehler-Wex, C. & Kölch, M. (2008): Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*, (3), 122–128.
- Monden-Engelhardt, C. (2002). Zur personzentrierten Psychotherapie mit Jugendlichen. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Band 2: Anwendung und Praxis.* (2., überarb. und erw. Aufl., S. 9–72). Göttingen: Hogrefe.
- Nissen, G. (2002). *Seelische Störungen bei Kindern und Jugendlichen.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Remschmidt, H. (Hrsg.) (2005). *Kinder- und Jugendpsychiatrie.* (4., neu bearb. und erw. Aufl.) Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H. & Warnke, A. (2003). Ethische Probleme in der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung. In U. Lehmkuhl (Hrsg.), *Ethische Grundlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.* (S. 29–44). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H., & Poustka, F. (Hrsg.) (2006). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO.* (5., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Rogers, C. R. (1959a/2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehung* (Orig. ersch. 1959a: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology. A study of science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context* (pp.184–256). New York: McGraw Hill). München: Reinhardt.