

DEPRESSION BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN ALS STRESS- UND BELASTUNGSSTÖRUNG

Workshop Netzwerkkonferenz 08.11.2023

Herzlich willkommen!

Prof. Dr. habil. Ronald Hofmann

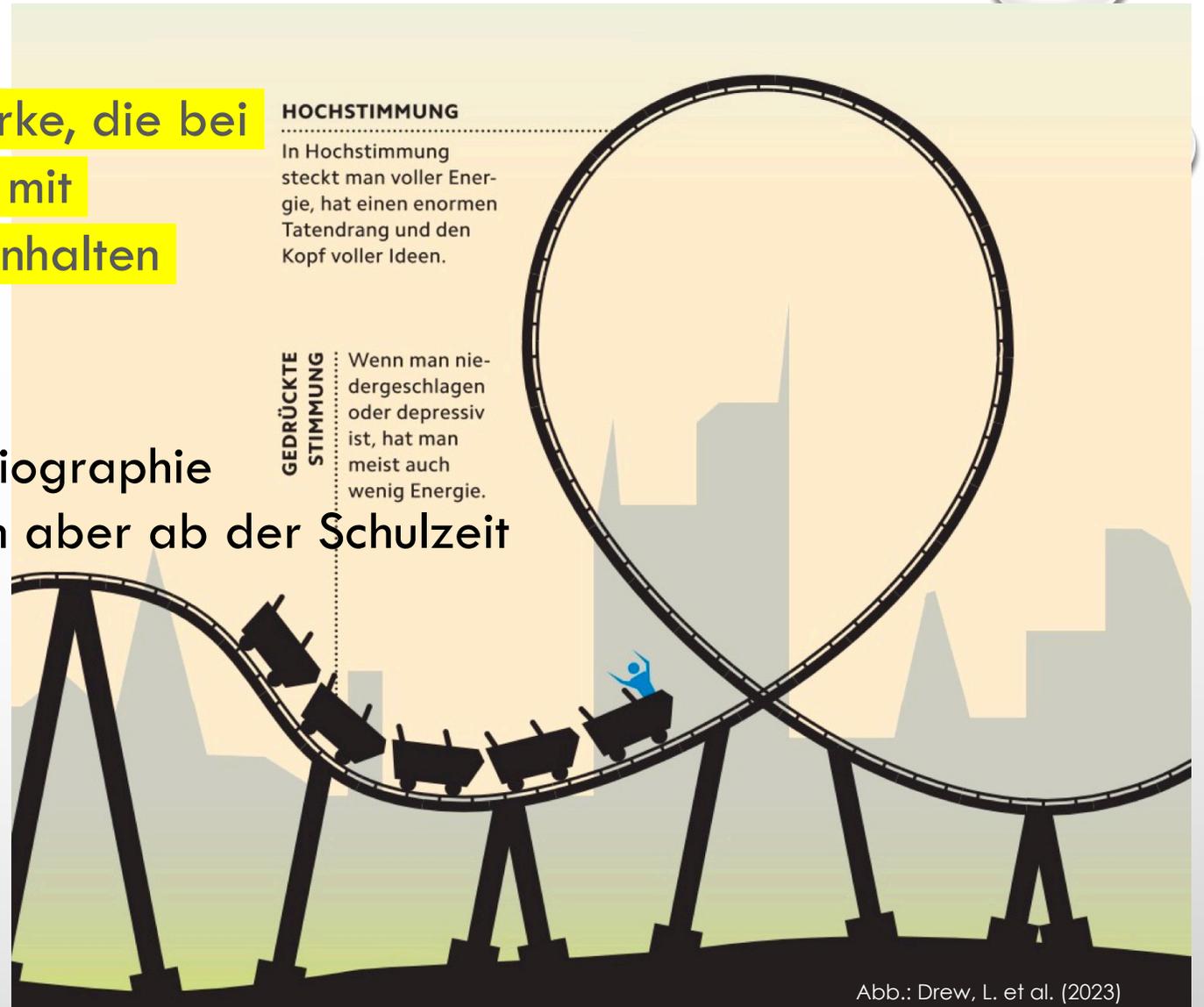


www.psychotherapie-hofmann.com

Stimmung, Emotionen, Affekte sind **Gefühlszustände** unterschiedlicher Stärke, die bei jedem von uns täglich spürbar sind und mit körperlichen Befindlichkeiten und Denkinhalten einhergehen

Jeder Mensch kennt (erinnert) in seiner Biographie vielleicht in der Kindheit (Kita), spätestens aber ab der Schulzeit depressive Stimmungen oder Emotionen: „depressed Mood“, „blues“
keine Lust/Niedergeschlagenheit

Achterbahn des Lebens



Klinisch relevante Depressionen unterscheiden sich von Stimmungen und Emotionen, eine **Affektive Störung -isoliert oder in Verbindung (Komorbidität) mit anderen Störungen**

hat:

typische Symptome (Krankheitszeichen)

anhaltende Zustände oder wiederkehrend Episoden

das Erleben, diesen Zustand nicht ändern zu können, ihn hinzunehmen (oder hinnehmen müssen)

Jedwede psychische Störung mit Funktionsbeeinträchtigung wird als Kontrollverlust erlebt.

ausgenommen bestimmte drogeninduzierte Zustände, Manien, psychotische Zustände (Wahn) u.ä.

Persönlichkeitsorganisationen, zum Beispiel subklinische „dunkle Triade“ Narzissmus, Psychopathie, Machiavellismus

Psychische Störungen nur als Defizitzustand zu verstehen und zu „behandeln“ ist ebenso eine Reduktion, wie dies lediglich ressourcenorientiert zu interpretieren.

Wir leben und entwickeln uns in wechselseitigen Anpassungs- und Austauschprozessen verschiedener Systeme.

„Störungen des Seelenlebens“ werden subjektiv und objektiv erlebt.

Der einfachste und verbindende Ausgangspunkt für ein Modell in der klinisch-medizinischen Psychologie und in der Medizin (hier insbesondere Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik) ist das **bio-psycho-soziale Modell**, nach dem selbstredend vielfältige Faktoren die Entwicklung von Krankheit oder Gesundheit eines Menschen beeinflussen. (Wirtz, 2021, S.1039).

Multikausalität

Insofern auch im allgemein klinischen Verständnis bei einer möglichen akuten oder wie bei einer Autismus-Spektrum-Störung der persistenten Symptombildung von einer Multikausalität auszugehen ist:

Äquifinalität von Symptomen:

- gleiche Risikofaktoren in der Entwicklung einer Person können zu verschiedenen späteren Störungen führen

Äquikausalität von Symptomen:

- verschiedene Ausgangsbedingungen können sich in der gleichen Störung niederschlagen

..., was zum Konstrukt der **Unspezifität von Symptomen** führt. (Spangler & Zimmermann, 1999)

Resilienz vs. Vulnerabilität/Salutogenese vs. Pathogenese

- **Resilienz** (*resilire*, lat.: abprallen, nicht anhaften), (Begriff: J. Block, 1952)
- Prozessverständnis von Anpassungsfähigkeit

Personelle Faktoren: Kontrollüberzeugung (nicht auf Glück oder Zufall vertrauen)

Aaron Antonovsky (1970) „sense of coherence“ (SOC, Kohärenzgefühl). ... eine „generalisierte Art, die Welt und das eigene Leben in ihr zu sehen“ (Goddemeier, 2019): Sinnhaftigkeit, Verstehbarkeit, Handhabbarkeit

Längsschnittstudie (Aspendorf, van Aken)/Temperamentfaktoren:
anpassungsfähig, belastbar, aufmerksam, tüchtig, geschickt, neugierig,
selbstsicher

Werner, E. (1977). The Children of Kauai, **Umweltfaktoren:** Familie, Kultur, Gemeinschaft, das soziale Umfeld

Klassifikation des depressiven Syndroms nach ICD-10 der WHO

• Zwei der drei Kernsymptome müssen über mindestens zwei Wochen vorliegen:

- deutliche und anhaltende depressive Stimmung
- Interessen- oder Freudeverlust
- verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit (zirkadianer Rhythmus gestört)

Darüber hinaus müssen weitere dieser Symptome vorliegen:

- wenig Selbstvertrauen und geringes Selbstwertgefühl
- Selbstvorwürfe und Schuldgefühle
- Konzentrationsschwierigkeiten und Unentschlossenheit
- Suizidgedanken und suizidales Verhalten
- psychomotorische Unruhe oder Hemmung
- Schlafstörungen
- Appetitverlust oder gesteigerter Appetit

Depressives Syndrom

unipolare Depression

Major Depression (DSM-5®)

Affekt <ul style="list-style-type: none">– Niedergeschlagenheit– Traurigkeit– Hoffnungslosigkeit– Verzweiflung– Gefühllosigkeit– Angst– Gefühl des Überfordertseins– Freudlosigkeit– Schuldgefühle	Motivation <ul style="list-style-type: none">– Interessenlosigkeit– Antriebslosigkeit– Misserfolgsorientierung– (Erlernete) Hilflosigkeit– Rigides Anspruchsniveau	Sozialverhalten <ul style="list-style-type: none">– Sozialer Rückzug– Verlust an sozialer Verstärkung– Klaghaftes Verhalten– Erhöhte Abhängigkeit– Geringe Bandbreite sozialer Kontakte
Motorik <ul style="list-style-type: none">– Psychomotorische Gehemmtheit und Aktivitätsminderung (bis zum depressiven Stupor)– Psychomotorische Agitiertheit– Gesichtsausdruck: traurig, erstarrt, nervös– Leise, verlangsamte Sprache	Körperliche Prozesse <ul style="list-style-type: none">– Appetitmangel– Gewichtsverlust– Schlafstörungen (meist Insomnie, selten Hypersomnie)– Chronische Müdigkeit, Schwäche– Diffuse Schmerzzustände oder Kopfschmerzen– Obstipation– Herzbeschwerden– Ohrgeräusche– Übelkeit und Magenbeschwerden– Schwindel und Kreislaufbeschwerden– Libidoverlust, Impotenz	Kognition <ul style="list-style-type: none">– Denkhemmung– Konzentrationsstörung– Gedächtnisprobleme– Schlechtes Auffassungsvermögen– Entscheidungsschwierigkeiten– Grübeln– Selbstzweifel, übertriebene Selbstkritik– Pessimismus– Katastrophisieren

Abb.:Beblo & Lautenbach, 2006

ICD-10 unterscheidet bei depressiver Symptomatik im Kindes- und Jugendalter in:

Affektive Störungen (F3)

- F31 **Bipolare affektive Störung** (manisch/depressiv) **somatisches Syndrom**
- F32 Depressive Episode (leichte, mittelgradige, **schwere**),
- F33 Rezidivierende depressive Störung (leichte, mittelgradige, **schwere**)
- F34 Anhaltende affektive Störungen (u. a. Dysthymia)

„altes“ Konstrukt der endogenen Depression

Ursachen
hirn-
organisch

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9)

- F92.0 Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung
- F92.8 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
- F 94.1 reaktive Bindungsstörung des Kindesalters

Neurotische, Belastung- und somatoforme Störungen (F43)

- F43.2 Anpassungsstörungen mit kurzen und langen depressiven Reaktionen
- F 43.0 akute Belastungsreaktion
- F 43.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Anpassungsstörungen

Ursachen
Umwelt

Dauer/Verlauf der klinisch relevanten Depression bei Kindern und Jugendlichen

Groen & Petermann (2013)

Mittlere Dauer: **1 Monat bis dreiviertel Jahr**

im Vergleich zu Erwachsenen remittieren Depressionen in dieser Altersspanne „schneller“
Nach 1- 2 Jahren war bei 90% der erkrankten Kinder und Jugendlichen die Stimmung wieder „gebessert“.

Das Wiederholungsrisiko unterscheidet sich jedoch nicht vom Erwachsenenalter:

25% „Rückfall“ nach einem Jahr

75% „Rückfall“ nach fünf Jahren

Zusammengefasst: ungünstige Prognose für spätere Depression (Erwachsenenalter), andere psychische Störungen, Suizidkontexte

Häufigkeiten der klinisch relevanten Depression

Groen & Petermann (2013), Nevermann & Reicher (2020)

Depressionen im **Kindes-** und Jugendalter sind keineswegs selten, sie werden nur selten erkannt.

Prävalenz

Kinder: 1-2 % Prävalenz (ohne Altersangabe)
weibliche und männliche Kinder ungefähr gleich betroffen

Jugendliche (**ab 12-15 Jahre beginnend**): steigend und $\%ual$ nahe dem
Erwachsenenalter

(frühes-
mittleres
Jugendalter) 8-10% Prävalenz, davon ca. 5% schwere Depressionen
weibliche Jugendliche erfüllen doppelt so häufig die Kriterien
der Depression

(Ursachen: hormonelle Einflüsse der Reifeentwicklung wirken möglicherweise früher/stärker/länger als bei männlichen Jugendlichen (Naninck, Lucassen & Bakker, 2011), Beispiel: postpartale Depression; Missbrauch und Gewalterfahrungen; soziokulturelle Rollenzuschreibung, Rollenverständnis)

Entwicklungspsychologische Aspekte der Depression

Ab welchem Alter kann ein Kind „depressiv krank“ werden ?

Depression als Systemstörung

Nevermann & Reicher (2020), S. 28

Somatisches (körperliches) System (z.B. Übelkeit, Kopfschmerzen)

Emotionales System (z.B. Gefühle der Traurigkeit, der Einsamkeit)

Kognitives System – Wahrnehmung und Denken (z.B. verzerrte Wahrnehmung, negatives Denken)

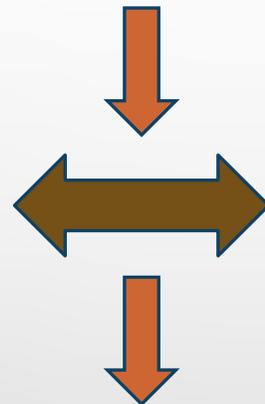
Verhaltenssystem (z.B. Lustlosigkeit, schlechte schulische Leistungen, Rückzug)

Entwicklungspsychologische Aspekte der Depression

Emotionales System (Fühlen)

Kognitives System (Wahrnehmung, Denken...)

Selbstkonzept



Gefühlsregulation

Austausch mit Umwelt
(soziale Kompetenzen)

Angeborene physiologisch (emotionale) Ausdrucksreaktionen

(Schneider& Lindenberger, 2012; S. 503/504)

aktuelle Bedürfnislage anzeigen und darauf gerichtet, Fürsorge-Pflegeverhalten zu aktivieren
handlungsregulierende Systeme (**Vorläuferemotionen**, Scroufe, 1996)

Schreien: signalisiert einen dringenden Bedarf z. B. nach Nahrung, Körperkontakt etc. (**Emotion Distress**)

Lächeln: markiert – zunächst als „Engeslächeln“ mit geschlossenen Augen – den Abschluss eines Spannungs-Entspannungs-Zyklus und signalisiert den Aufbau von Reizkontingenzen (**Emotion Wohlbehagen**)

(visuelle) Aufmerksamkeitsfokussierung mit leicht geöffnetem Mund: signalisiert die Neuartigkeit externer Stimulation (**Emotion Interesse**)

Schreckreflex mit aufgerissenen Augen und Körperanspannung: signalisiert eine bedrohliche Überstimulation (**Emotion Erschrecken**)

Naserümpfen mit Vorstrecken der Zunge, um Mundinhalt auszuspucken: signalisiert ungenießbare Nahrung (**Emotion Ekel**)

Regulationsfunktion von Emotionen

(Schneider& Lindenberg, 2012; S. 503/504/532)

an den interpersonellen Austausch und kognitiver Lernerfahrung zu sich selbst gebunden,
Emotionsentwicklung als Produkt sozialer Rückkopplungsprozesse im Entwicklungsverlauf

Freude (ab 2 Monate)

Ärger (ab 7 Monate)

Trauer (ab 9 Monate)

Furcht (ab 9 Monate)

Überraschung (ab 9 Monate)

Verlegenheit (ab 18 Monate)

Stolz (ab 24 Monate)

Scham (ab 30 Monate)

Schuld (ab 36 Monate)

Trost spenden (ab 24 Monate)

Verschiedene menschliche Basisgefühle (Ekman, 1988; Facial Action Coding System)

- Freude (Funktionslust)
- Trauer
- Überraschung die jeder Mensch von Natur aus haben soll (kulturübergreifende Hypothese) und die durch Mikroexpressionen(40-500 Millisec.) zum Ausdruck gebracht werden
- Angst
- Wut/Ärger
- Ekel
- Verachtung (später ergänzt) (2007)

Domasio (2003, S. 67f) unterscheidet in primäre oder universelle Emotionen (Ekman) und sekundäre oder soziale Emotionen

- Verlegenheit
- Eifersucht
- Schuld
- Stolz

Beginn der Entwicklung „des Selbst“

(Schneider& Lindenberger, 2012; S. 503/504/532)

- Die kognitive Repräsentation von individuellen Merkmalen, Fähigkeiten oder Überzeugungen wird als **Selbstkonzept** bezeichnet, und der Selbstwert resultiert **aus der eigenen Bewertung** dieser Aspekte.

Entwicklung von Ich und Selbst

erste Lebenswochen: Entstehung des Ich, das sich in der Trennung von eigenem Körper und Umwelt zeigt.

12 Monate: Anblick des eigenen Spiegelbildes führt zur Aktivitätssteigerung, aber ein Fleck im Gesicht wird nicht beachtet

15 -22 Monate: Entwicklung des Selbst, das sich u. a. im Experimentieren mit der eigenen Außenseite zeigt; ein Fleck im Gesicht wird nun erkannt

ab ca. 30 Monate: Verwendung des Personalpronomens „Ich“, um sich auf die eigene Person zu beziehen.

Selbsterleben als sozial-kognitiv-emotionale Entwicklungsleistung

Emotionen, wie

Scham (ab 30 Monate)

Schuld (ab 36 Monate)

(mögliche Basisgefühle der Depression)

setzen eine **objektive Selbstwahrnehmung** (kognitive Entwicklung) voraus und auch das **Bewusstsein, wie andere Personen** auf die eigene Person reagieren.

Mentalisierungstheorie

Affektspiegelung

(0 - 1 ½ Jahre) zuvorderst die „Selbst-Mentalisierung“, ein präverbales Empfinden eigener Befindlichkeiten und Zustände (primary awareness), oder aus der kognitiven Psychologie (Embodiment).

psychic equivalence mode: Innen = Außen

pretend mode (Als-ob-Modus): Innen- und Außenwelt entkoppelt

Playing-with-Reality

(1 ½ Jahre bis ca. ab 3 - 4 Jahre) Zustände dieser Entwicklung mentalisieren „Innen“ und „Außen“, erkennen der Realität (Kognition/Emotion), derart Zustände **bei sich und anderen** Fonagy, P. et al. (2002)

Die **Mentalisierungsfähigkeit** benötigt die Fähigkeit, die gerade vorherrschende physische Realität beiseitezulassen und sich auf die weniger zwingende Realität eines inneren Zustands zu konzentrieren, in dem der Andere sich befindet. Dies wird durch eine **sichere Bindung** gewährleistet.

Batemann & Fonagy (2008)

Wenn Eltern ihr Kind in angemessener Weise fördern, dann werden sie sich die Zeit für ausreichende Spiegelung, ganz besonders in der Zeit der **"Ich"-Entwicklung**, also in den ersten drei Jahren, nehmen.

Reddemann (2013)

Sozialisationsprozess: ca. ab **zwei/drei Jahren** erwächst die Fähigkeit eines Kindes **emotionale Reaktionen mit eigenen Leistungen** und **sozialen (Moral-) Erwartungen** zu verknüpfen.

Dies setzt Fähigkeit **soziale Austauschprozesse zu erkennen und zu regulieren**, sich sozial als Teil einer Gemeinschaft zu fühlen (**Joint commitment** (gemeinsame Verpflichtung/Engagement) und die Fähigkeit zur „**Perspektivübernahme**“ (Mentalisierung) voraus.

„**Soziales Funktionieren**“

(Ableismus, Dysableismus (ability): stereotype Denkmuster und Vorurteile, Vorbehalte, festgemacht an Leistungsfähigkeit/Störung eines Menschen

Wenn 3-jährige Kinder, egal welches Kulturkreises, es nicht schaffen auf Bitte eines Erwachsenen einen Turm aus Bauklötzern zu errichten, zeigen sie Anzeichen von Angst und Scham (Kagan, 2001).

Sozial-emotionale Entwicklung

Frei interpretiert: Moral ist die emotionale Verpflichtung eines Individuums gegenüber Werten/Normen/Sitten/Gebräuchen

Gefühl: gut oder schlecht zu sein, etwas falsch oder richtig zu machen

STUFENMODELL Piaget (1981)

Nach Jean Piagets Entwicklungstheorie kommt das Kind in einem Prozess aus einem **amoralischen Stadium** in ein Stadium des Respekts gegenüber unverletzlich scheinenden Regeln (**moralischer Realismus**).

1.

Die Stufe des **einfachen moralischen Realismus**: alles, was nicht bestraft wird, ist erlaubt und alles, was bestraft wird ist verboten

2.

Die Stufe der **heteronomen Moral** (=fremdbestimmte Moral): alles, was andere Personen für gut heißen und vormachen, ist erlaubt, was andere nicht für gut heißen, ist nicht erlaubt (ca. 2 ½/3 – **7/8 Jahre**) - Belohnung und Bestrafung, Gutheißen der Autorität

3.

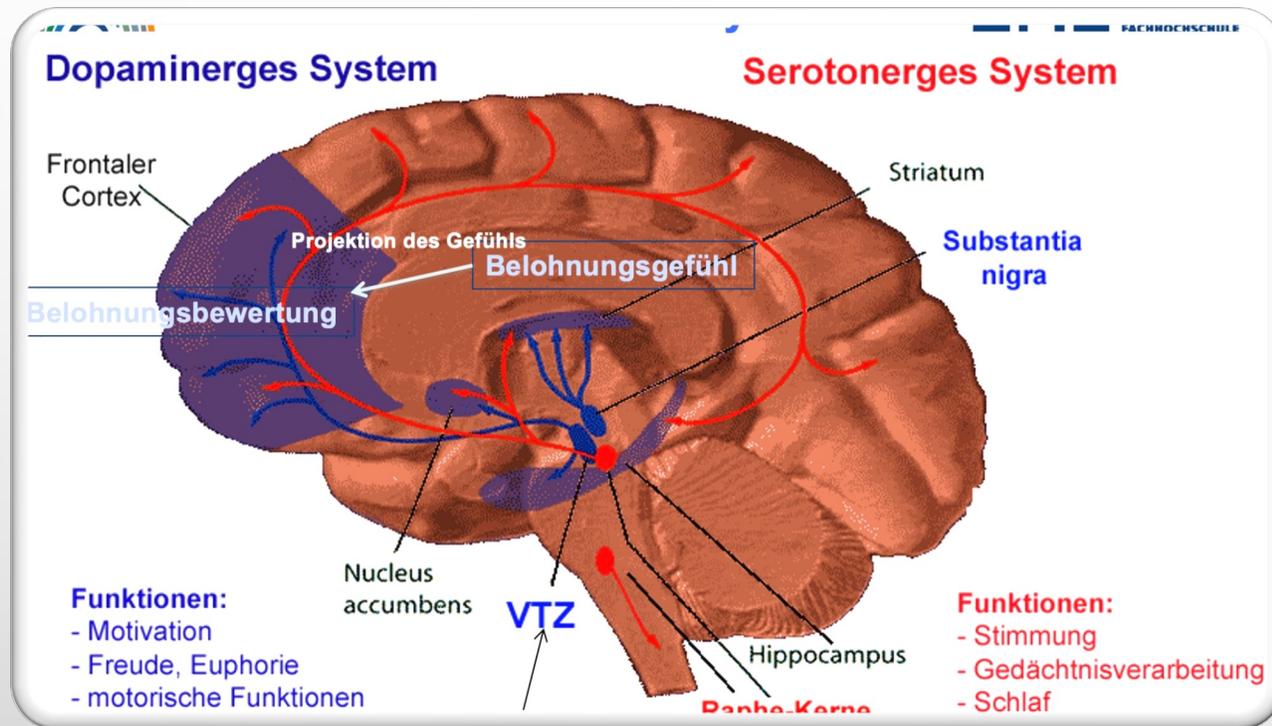
Die Stufe der **autonomen Moral** (=selbstbestimmte Moral): die Beurteilung des Verhaltens (**beginnend ab ca. 7/8 Jahre**), Einsicht in die Notwendigkeit - **subjektive Verantwortlichkeit** (Selbstbestimmungserleben) **Ich bin verantwortlich/ Ich bin gut/ Ich bin schlecht – BEWUSSTWERDEN**

**Fähigkeit kritischer Auseinandersetzung:
(nachdenkenden/reflektierenden/kontextuellen)**

eigene Person (Denken/Fühlen/Verhalten/Antizipieren)



**Umwelt (soziale Erwartungen, Einbindungen, Rückmeldungen,
„Belohnung“)**



ENTWICKLUNG DER BEWUSSTEN/WILLENTLICHEN HANDLUNGS- UND DENKSTEUERUNG

SELBST- UND HANDLUNGS- REGULATION

Depression bei jungen Kindern (3/4- **ab 6/7 Jahre**)

Umschriebene (unipolare) Depressionen bei jungen Kindern sind selten, sie mischen sich meist mit Verhaltensproblemen:

Beobachtbares Verhalten (eher internalisierende Verhaltensauffälligkeiten)

Ängstlichkeit

Gehemmtheit (sozialer Rückzug)

manchmal gereizte Varianten

Psychosomatische Phänomene

Kopfschmerz, Bauchschmerz

Depressives Denken

selten depressive Gedanken (keine depressiven Denkschemata)

im frühen/mittleren **Jugendalter (ab 12/15 Jahre)** eher „Vollbilder“ depressives Syndrom
und Komorbiditäten

Komorbidität der klinisch relevanten Depression

Groen & Petermann (2013), Kaess & Bürger (2023), Kamp-Becker & Bölte (2021)

unterschieden nach Schwerpunkten in Entwicklungsspannen:

Kindesalter

Depression und Bindungsstörung (gehemmtes Bindungsverhalten, Rollenumkehr

(Brisch, 2022 ; S. 177)

Depression und Ängste

Depression und Aggression

Depression und psychosomatische Störungen

Depression und Autismus-Spektrum-Störung

Depression und Traumatisierungen (Alter ab 3/4Jahre)

Depression und Lernstörungen (Minderwertigkeit, i.Z.m. Schule und Lernen)

Jugendalter

Depression und Essstörungen

Depression und Substanzenmissbrauch

Depression und Borderline-Persönlichkeitsorganisation

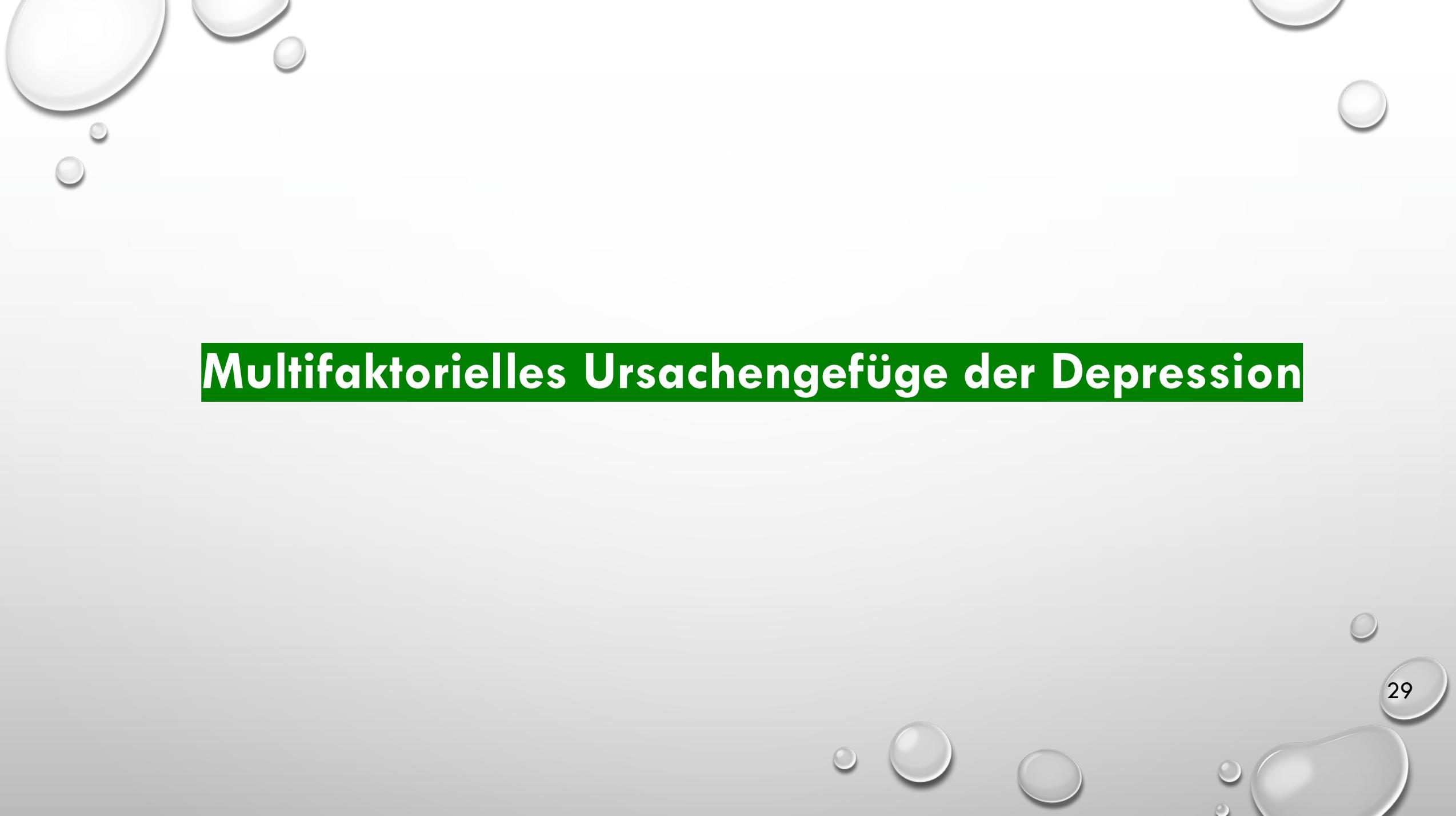
Depression und Autismus-Spektrum-Störung

Depression und Traumatisierungen

Bindung	Unsichere frühkindliche Bindungen führen zu verzerrten und unsicheren Arbeitsmodellen von sich und anderen.
Verhalten	Verstärkung durch angenehme Aktivitäten und positive Erlebnisse geht verloren.
Kognitiv	Die eigene Person, die Umwelt und die Zukunft werden verzerrt und betont negativ wahrgenommen und bewertet.
Selbstkontrolle	Die Möglichkeiten, das eigene Verhalten im Hinblick auf längerfristige Ziele zu organisieren und die Fähigkeiten zur Selbstbeobachtung, -bewertung und -verstärkung sind beeinträchtigt.
Psychodynamisch	Ein verlorenes Objekt wird introjiziert, Ärger und Wut darüber gegen sich selber gekehrt.
Interpersonell	Mangelnde soziale Fertigkeiten, zwischenmenschliche Schwierigkeiten und besondere Herausforderungen (z. B. nach Todesfällen, Entwicklungsübergängen und Rollenveränderungen) interagieren mit der Stimmung.
Sozial und umweltbezogen	Kritische Lebensereignisse und alltäglicher Stress können in Abhängigkeit von sozialer Unterstützung und persönlichen Copingfertigkeiten nicht bewältigt werden.
Neurobiologisch	Besonderheiten bei der synaptischen Reizübertragung, im Hormonhaushalt und in der Hirnanatomie begünstigen die Depression oder halten sie aufrecht.

Allgemeine theoretische Ansätze zur Entstehung von Depressionen

Theorie bestimmt Psychotherapie/Beratung



Multifaktorielles Ursachengefüge der Depression

Entwicklungsspanne der Kindheit und Jugend

Primäre Sozialisation

Frühe Regulation
Funktionsentwicklung

Bindung

Familiale Beziehungen

Schulisches Lernen/kognitive Leistungen

Sekundäre Sozialisation

Peers, vermittelnde „Autoritätspersonen“

Biologische
Entwicklung/Identitätsentwicklung

Spektrum Entwicklungsaufgaben
(Havighurst, 1984)

Kritische
Lebensereignisse

Entwicklung von Funktion und Struktur des Gehirns

Geburt

Bei der Geburt sind bereits etwa 100 Mio. Neuronen im Gehirn von Neugeborenen vorhanden – genau so viele wie bei Erwachsenen.

Kindheit

In den ersten Lebensjahren verdreifacht sich das Gehirngewicht von Kindern. Die Zahl der Synapsen, mit denen sich die Nervenzellen vernetzen, nimmt rasant zu.

Jugend

Während der Jugendzeit entstehen Verbindungen zwischen verschiedenen Gehirnarealen. Das Gehirn reift weiter heran und wird optimiert.

Abb.: Drew, L. et al. (2023)

Entwicklungsaufgaben des Kindesalters:

- Aufbau von emotionalem Grundvertrauen
- Entwicklung der Intelligenz
- Entwicklung von motor. u. sprachl. Fähigkeiten
- Entwicklung von grundlegenden sozialen Kompetenzen

Selbstständige
Leistungserbringung

Selbstständige
Gestaltung der
Sozialkontakte

Entwicklungsaufgaben des Jugendalters:

- intellekt. und soziale Kompetenz
- eigene Geschlechtsrolle u. Partnerfähigkeit
- Fähigkeit zur Nutzung des Warenmarktes
- Entwicklung eines Norm- und Wertesystems

Abb.: Wiki

Entwicklung als Passungsprozess

Systemisches Denken und das Konzept der Passung

Schneider & Lindenberger, (2012).S. 35

Menschliche Entwicklung ist ein Anpassungsprozess (Gleichgewichtsprozess)

in einem ständigen Austausch zwischen

physiologisch-körperlicher Entwicklung (zum Beispiel Entwicklung des Gehirns und seiner Funktionen) und

altersspezifischen Erwartungen von Anpassungsleistungen/Bewältigungszielen (zum Beispiel Entwicklungsaufgaben nach Havighurst, 1953).

Entwicklungsaufgaben haben einen biologischen, kulturellen, gesellschaftlichen und individuellen Ursprung.

Entwicklungsprobleme als Passungsprobleme

(Brandstädter, 1985; S- 5-12)

individuelle Bewältigungsstrategien (Copingstrategien), die sich nicht mit den Erfordernissen der Entwicklungsaufgaben „decken“.

Entwicklungs-/Passungsprobleme sind demnach Diskrepanzen zwischen:

Potenzialen (Dispositionen, Kompetenzen usw.) **eines Individuums** und

andererseits den **Anforderungen** im familiären, schulischen, subkulturellen Umfeld des Individuums, d. h. den dort existierenden alters-, funktions- oder bereichsspezifischen Standards sowie den Angeboten (Lern- und Hilfsangeboten, Ressourcen) in der Umwelt des Individuums.

Entwicklungs-/Passungsprobleme manifestieren sich in **nicht adäquatem Denken, Verhalten, Erleben (Coping) in verschiedenen Problembereichen:** schulische und berufliche Probleme, Selbstwertprobleme, Statusprobleme, Beziehungsprobleme... und führen demzufolge zu

entwicklungspsychologischen **Anpassungsstörungen.**



Brandtstädter, J. & Lindenberger (2007, S. 38)

Stress- und Belastungsstörungen

Vulnerabilitätsmodell (Diathese-Stress-Modell)

Diathese: besondere Bereitschaft des Organismus zu bestimmten krankhaften Reaktionen (Disposition für bestimmte Erkrankungen)

Vulnerabilität (vulnus lat. Wunde; vulnerare verwunden „Verwundbarkeit“ oder „Verletzbarkeit“)

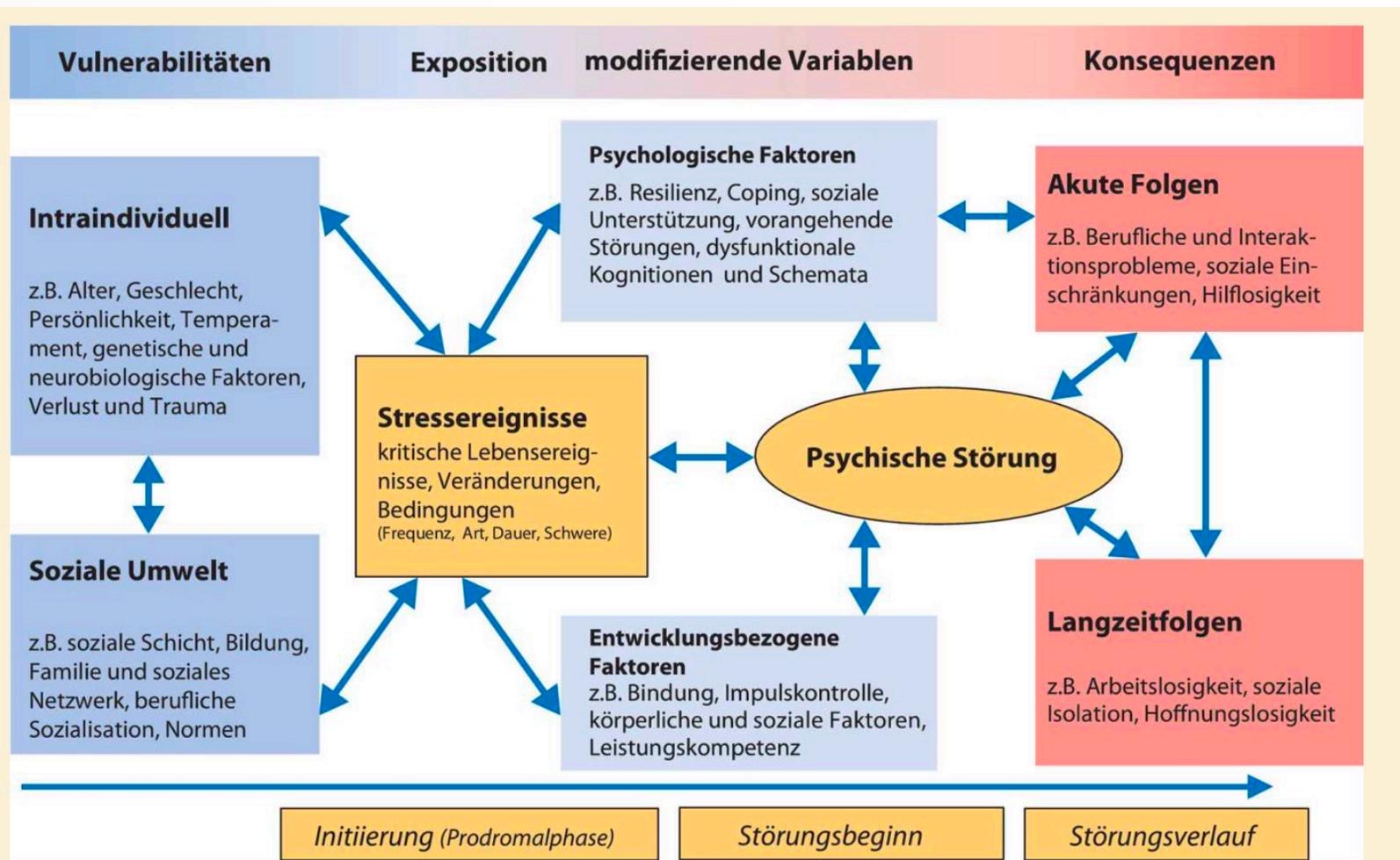


Abb.: Hoyer & Knappe (2020)

Wahrscheinlichkeitsmodell (psychischer) Erkrankungen

Wirkung von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung

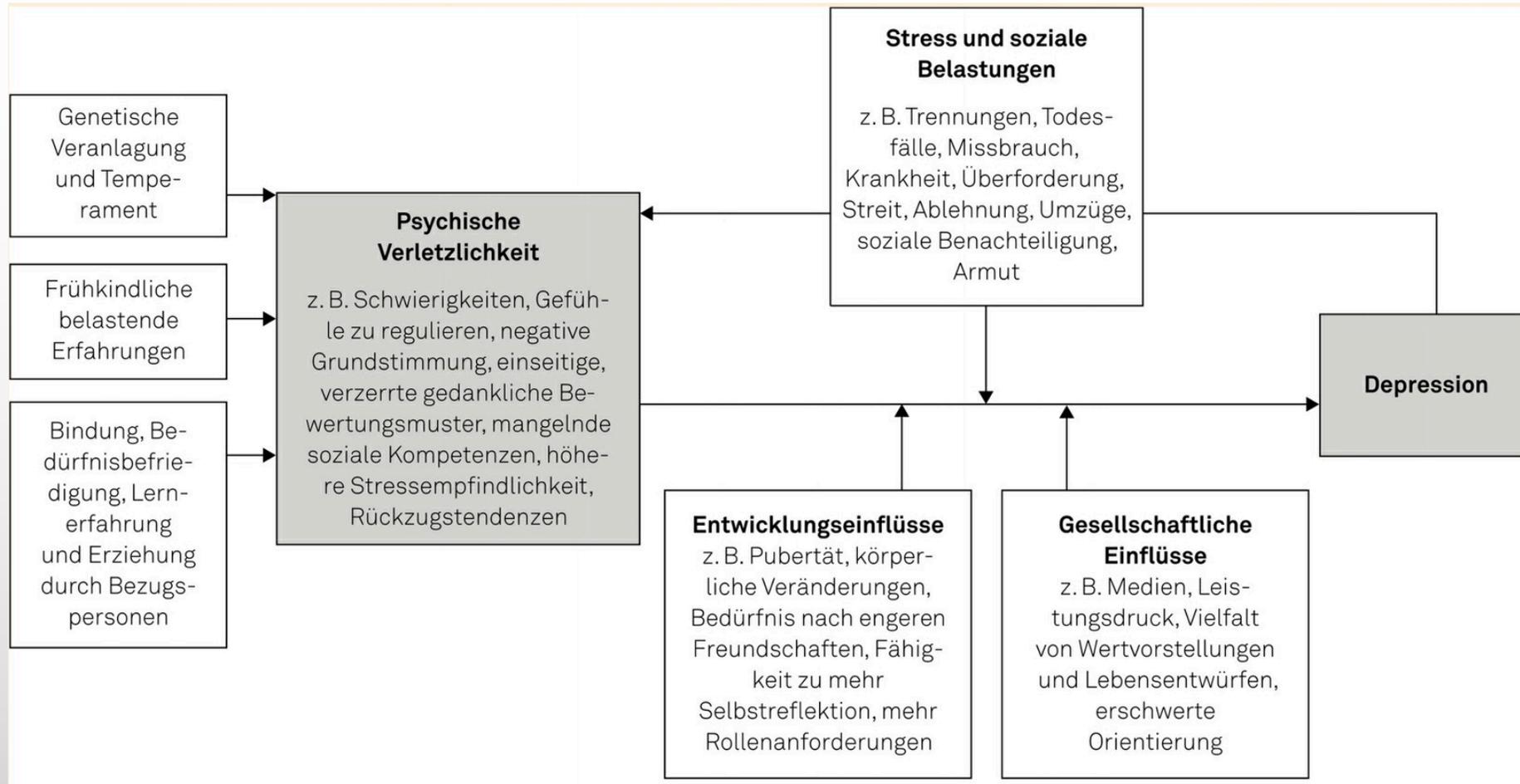


Abb.: Groen & Petermann (2019)

Mögliche Risikofaktoren für die Entwicklung affektiver Störungen

Biologische Risikofaktoren
Kognitiv-emotionale Risikofaktoren
Habituelle Risikofaktoren
Familiäre Risikofaktoren
Risikofaktor Bindungsbelastung/-störung
Kritische Lebensereignisse
Risikofaktoren aus sozialen Beziehungen
Gesellschaftliche Risikofaktoren

Hypothesen zu den Ursachen

Groen, G. & Petermann, F. (2013), S. 445

Biologische Risikofaktoren

- Alter (steigendes Risiko im Jugendalter)
- weibliches Geschlecht (in der Jugend und im Erwachsenenalter sind mehr Mädchen bzw. Frauen von einer Depression betroffen)
- hormonelle Veränderungen der Pubertät
- Anomalien im Hirnstoffwechsel (z.B. Mangel an biochemischen Überträgersubstanzen wie Serotonin, veränderte Empfindlichkeit postsynaptischer Rezeptoren)
- cerebrale Auffälligkeiten (z.B. Aktivität oder Größe kortikaler Bereiche)
- erhöhte biologische Stressempfindlichkeit
- genetische Übertragung von einem depressiv erkrankten Elternteil

Vererbung der Depression

- Leidet ein Familienmitglied an einer bipolaren Erkrankung, so ist das Risiko für eine depressive (unipolare und bipolare) Erkrankung bei Verwandten ersten und zweiten Grades erhöht.

Sind beide Elternteile betroffen, steigt das Risiko für eine Depression des Kindes besonders an.

Unipolare Depression

Verwandte Depressiver (Eltern oder Geschwister) haben ein bis zu drei- bis fünffach erhöhtes Erkrankungsrisiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, je nach Studie.

Bipolare Störung

Die familiäre Häufung scheint laut aktueller Forschung bei bipolaren Erkrankungen deutlich höher zu sein als bei unipolaren Depressionen.

Sekundäre Effekte depressiv erkrankter Eltern auf (depressive) Kinder und Jugendliche

Die Erkrankung der Eltern macht wiederholte Behandlungen notwendig (Trennungen)

Auswirkungen auf die Bindungsentwicklung (depressive Mütter spiegeln weniger/dysfunktional)

Erziehungsüberlastung (emotionale und allgemeine Vernachlässigung)

Kinder haben weniger Orientierung und Sicherheit

...

Hypothesen zur Neurobiologie der Depression

- Grundlage genetischer Phänomene (Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien), Kandidatenregionen auf den Chromosomen 1, 3, 4, 9, 10, 12, 13, 16, 18, 20, 21, 22 und X

Störung der Suszeptibilitätsgene (Reparaturgene)

Gene, die laufend damit beschäftigt sind, Fehler in der DNA zu entdecken und zu reparieren. Fehlen diese Gene oder sind sie durch Mutation oder Deletionen inaktiviert, kommt es zu einer Anhäufung von DNA-Fehlern

Gene, die in direktem Zusammenhang mit der synaptischen Konzentration von Serotonin, Noradrenalin und Dopamin stehen

Gene, die sich auf den Stoffwechsel der Neurotransmitter, die Signalweiterleitung in der Zelle und auf der Zelloberfläche, auf Zellwachstum, Zelldifferenzierung, Organellen- und Axonfunktion einer Nervenzelle und den zirkadianen Rhythmus auswirken

Genetische Disposition

... äußert sich in **Auffälligkeiten der Funktion und Struktur** von Zellen des Gehirns/bestimmter Gehirnarealen

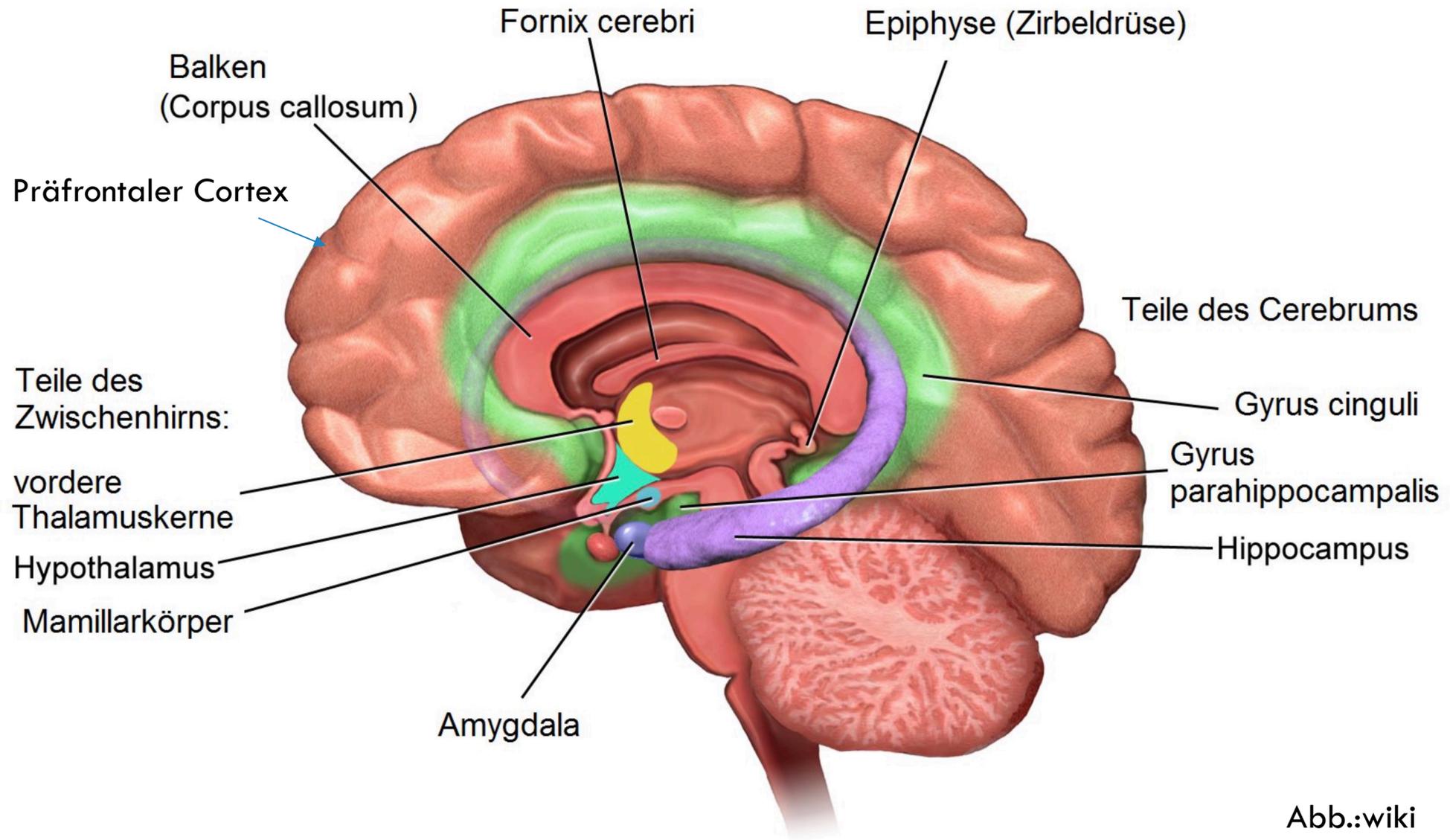
Funktion (bioelektrisch/biochemische Veränderung/Neurotransmitter)

- veränderte neuronale Plastizität/Konnektivität
- monoaminerge Dysregulation
- Auffälligkeiten der intra- sowie interzellulären Signalübertragung

Neuroanatomische Veränderungen der Neurone und Gliazellen im:

- limbischen System
- Hippocampus
- Amygdala
- präfrontale Kortex

Das limbische System



Hypothesen zu den Ursachen

Groen, G. & Petermann, F. (2013), Perrez (2005)

Kognitiv-emotionale Risikofaktoren

- ungünstige gedankliche Verarbeitungs- und Bewertungsmuster (selektiv negative Wahrnehmung und Informationsverarbeitung, einseitige Ursachenzuschreibung etc.)
- mangelnde Problemlösungsfertigkeiten (mangelnde kognitive Flexibilität)
- verzerrt-negatives Bild von sich, anderen und der Zukunft
- eingeschränkte Fähigkeit, depressive Gefühle zu regulieren
- dysfunktionaler Appraisalstil (emotionsauslösende Beurteilung von gut/schlecht; erwünscht/nicht erwünscht; nützlich/schädlich o.ä.)
- stabile (internale) Kausalattributionstendenz: Misserfolg, negatives Selbstbild
- negative Denkstile (**Überzeugungen**)
Themen: Schuld, Scham, Minderwertigkeit, Unzulänglichkeit, Hässlichkeit....

Erlernete Hilflosigkeit (Passivität) Seligman, 1975

Erwartung eines Individuums, bestimmte Situationen oder Sachverhalte nicht kontrollieren und beeinflussen zu können

frühere Erfahrungen der Hilf- und Machtlosigkeit (Kontrollverlust)
langanhaltende negative Bewertung (zum Beispiel Eltern)
Traumaerleben

eine ausgeführte Handlung und daraus resultierende Konsequenzen werden als unabhängig voneinander wahrgenommen (Überzeugung: ich kann tun, was ich will, nichts ändert sich)

Generalisierung dieser frühen Erfahrung (Manifestation motivationaler, kognitiver, emotionaler Defizite) auf alle Lebensbereiche.

Maier & Seligman (2016): Passivität wird nicht gelernt, sondern ist eine grundlegende (ungelernte) Reaktion auf länger anhaltende aversive Reize.

Erlernete Hilflosigkeit und Depression

Abramson, Seligman & Teasdale (1978)

pessimistischer Attributionsstil bei Menschen mit Depression:

- intern (persönlich): Sie sehen in sich (oder sich) selbst (als) das Problem und nicht in den äußeren Umständen (Zeiger der Schuld auf sich).
- global (generell): Sie sehen das Problem als allgegenwärtig und nicht auf bestimmte Situationen begrenzt.
- stabil (permanent): Sie sehen das Problem als unveränderlich und nicht als vorübergehend.

Attributionsstil: habituelle (stereotype) Voreinstellungen in Bezug auf die **Zuschreibung von Ursachen** für bereits eingetretene Ereignisse

Bestimmte Erwartungen sind vorgeprägt: „**selbsterfüllende Prophezeiung**“

Hypothesen zu den Ursachen

- **Habituelle Risikofaktoren** („Charakterstruktur“/Temperament)
- Prämorbidie Persönlichkeitsorganisation/ Persönlichkeitszüge

Typus Melancholicus (Tellenbach, 1961)

Prädisponierender Faktor in der Regel für eine endogene Depression

„Rigides Verhaftetsein“: später als Lebensprinzip (starre Strukturen)

Inkludenz: Einordnen in soziale Ordnungsvorgaben

Remanenz: Zurückbleiben in eigenen Selbstansprüchen (nicht zu genügen)

Gewissenhaftigkeit: überdurchschnittliches Empfinden des Gewissens, permanente Angst (in Schuld zugeraten)

Ordentlichkeit in mitmenschlichen Bezügen: Loyalität, Treue, Dienstwilligkeit

Ordentlichkeit im Arbeitsleben: Pflichtbewusst, Fleiß, Gewissenhaftigkeit

Hypothesen zu den Ursachen

Perrez (2005), S. 225

Familiäre Risikofaktoren

Risikofaktoren für die Entwicklung von Störungen (in) der Familie

Äußere Risikofaktoren

materielle Not und Armut

Wohnungswechsel, Migration, Flucht

Arbeitslosigkeit

chronisch belastete soziale Beziehungen (Zugang zu prekären Milieus)

Innere Risikofaktoren

chronische Krankheit oder Behinderung eines Elternteils oder Geschwisterkindes

„junge Mütter“ (zu frühes generatives Verhalten)

eingeschränkte familiäre Bewältigungsressourcen (Hilflosigkeit/Überforderung der Eltern)

Hypothesen zu den Ursachen

Perrez (2005), S. 225

Familiäre Risikofaktoren

Risikofaktoren (in) der Familie für die Entwicklung von Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Risikofaktoren von Subsystemen der Familie

Störungen des Elternpaares/gestörte Interaktion und Kommunikation

Störungen in Bezug auf Subsysteme (Mutter/Vater/Geschwister – Kind)

negativer Erziehungsstil in Bezug auf Depression der Kinder (Perrez, S. 223)

- feindliche und kalte Kommunikation in der Familie
- Ablehnung/Entwertung des Kindes
- Mangel an Unterstützung des Kindes
- Mangel an aktiver Partizipation bei der Lösung kindlicher Probleme
- emotionale Vernachlässigung
- Gewaltanwendung gegen Kinder

Hypothesen zu den Ursachen

Perrez (2005), S. 225

Familiäre Risikofaktoren

Risikofaktoren (in) der Familie für die Entwicklung von Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Störungen des Systems Familie als Risikofaktor

Disengagement in Couples an Families: Familien, deren Mitglieder sich sowohl emotional als auch psychisch voneinander entfernt haben

Symptomneurotische Familien: Spaltung innerhalb der Familie in "gesund" und "krank", Ausstoßung "kranker" Mitglieder Stabilisierung des Systems durch Symptombildung des Erkrankten, Kind als „Symptomträger“ (zum Beispiel Münchhausen by proxy)

Charakterneurotische Familien: Enger Zusammenschluss, gemeinsame Abwehr gegenüber der Außenwelt, Aufgeweichte intrafamiliäre Grenzen - "paranoide Festungsfamilie", "angstneurotische Sanatoriumsfamilie", "hysterische Showfamilie“, „koabhängige Familie“

(Richter, 1972)

Risikofaktor Bindungsbelastung/-störung

Mismatching in der Bindungsentwicklung (Interaktion Eltern-Kind)

Beeinflussung der Entwicklung des Selbstwertes und der emotionalen Regulation (negativer Gefühle)

Die auch evolutionstheoretisch basierte Bindungstheorien ist hier dem Verständnis „früher Prägung“ nahe, bei der Bezugspersonen-Kind-Austausch unmittelbar nach der Geburt als zuvorderst physiologisch-hormoneller Austausch stattfindet. (Ahnert, 2022).

Erst ab 3. Bis 6. Lebensmonat des Kindes (Phase des sozialen Wiederlächelns) wird das physiologische Bindungsprozess über sozial-emotionale Austauschkanäle ersetzt/ergänzt. Ein Prozess der bis ca. 3 Jahren des Kindes in eine Spezifik dieser Bezugspersonen-Kind-Interaktion hineinläuft (zielkorrigierte Partnerschaft) und bis ca. 6 Altersjahren andauern kann (**bindungssensibles Entwicklungsfenster**). (Brisch, 2022).

Die Qualität der Bindung eines Kindes an die Eltern ist ein starker Prädiktor für seine weitere Entwicklung und sein psychisches Funktionieren im Erwachsenenalter. (George, 2019).

Bindung ist biologisch fundiert. Bei der Bindung handelt es sich um ein wesentliches Merkmal der frühen Eltern-Kind-Beziehung. Die Erfahrungen des Kindes mit seinen Bindungspersonen finden ihren Niederschlag in psychischen Repräsentationen. Bestimmte Repräsentationen von frühen Bindungserfahrungen weisen einen Zusammenhang auf mit späterer psychopathologischer Auffälligkeit. (Schleiffer, 2015).

Insofern können bereits bei ca. 2 Jahre alten Kleinkindern frühe Lernerfahrungen der Eltern-Kind-Interaktion festgestellt werden, insbesondere die Qualität der Feinfühligkeit des elterlichen Verhaltens wird durch die Kinder gespiegelt. Die Reaktionen der Bindungsperson auf das Kind beeinflussen und modifizieren dessen Verhalten durch die affektive Spiegelung der Reaktionen der Bindungspersonen. Mit dem Begriff des **Containments** (Bion, 1992), eine Erweiterung des Verständnisses von **Feinfühligkeit** nach Ainsworth (1974, 1977), wird die Fähigkeit der Bindungsperson beschrieben, insbesondere negative Gefühle eines Kindes „aufzunehmen“ und das Kind angemessen zu trösten, insbesondere zu regulieren, **wie das Kind mit negativen Gefühlen (bei Trennung oder/und Stresssituationen jedweder Art) umzugehen lernt.**

Kalisch (2012)

- In der frühen Bindungsentwicklung, hier insbesondere im bindungssensiblen Entwicklungsfenster der ersten drei Lebensjahre, wird die Qualität von Vertrauen das **epistemische Vertrauen** (im weitesten Sinne das „Urvertrauen“) in Abhängigkeit von Bindungssicherheit oder Bindungsunsicherheit „geprägt“. Sperber et al. (2010)

Epistemisches Vertrauen ist das basale Vertrauen in eine Person als sichere Informationsquelle. Epistemisches Vertrauen bezieht sich auf die Quelle der Information (im Bindungskontext die primären Bindungspersonen) und auf den Kontext der Information (die Bindungsumstände wie Stabilität, Verlässlichkeit, Feinfühligkeit).

Wilson & Sperber, (2012)

Epistemisches Vertrauen ist „die Bereitschaft eines Individuums, die Kommunikation, die das Wissen einer vertrauenswürdigen Person vermittelt, **als für die eigene Person verallgemeinerbar und relevant zu betrachten“**. Fonagy & Luyten (2016)

Sichere/unsichere Bindung können als Schutz- bzw. Risikofaktor hinsichtlich der Entwicklung von psychopathologischen Symptomen betrachtet werden.

Eine sichere Bindung erhöht vermutlich die psychische Vulnerabilitätsschwelle für Belastungen, eine unsichere setzt sie herab.

Brisch (2022, S. 156-158)

Depressionen assoziieren mit unsicher ängstlichen Bindungen (Perrez, 2005, S. 223)

Kinder, die Misshandlung und Vernachlässigung in der frühen Kindheit erlebt haben, weisen häufiger unsicher gebundene Bindungsmustern auf als andere, die nicht misshandelt und vernachlässigt worden waren.

Besonders eine desorganisierte Bindung wurde wesentlich häufiger bei misshandelten (traumatisierten) Kindern gefunden, diese assoziieren mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, Agoraphobie (nach Trauma durch sexuellen Missbrauch in der Kindheit), bei Adoleszenten später mit suizidalem Agieren, **Depression**, Vulnerabilität für psychiatrische Erkrankungen, forensische Probleme (Delinquenz).

Desorganisierten Bindung kommt wegen ihres häufigeren Vorkommens in klinischen Stichproben eine besondere Bedeutung für die Entwicklung einer Psychopathologie zu. Brisch (2022, S. 156-158)

Hypothesen zu den Ursachen

Groen, G. & Petermann, F. (2013), S. 445

Risikofaktoren in sozialen Beziehungen/Beziehungen zu Gleichaltrigen

- geringere soziale Kompetenzen, geringe Anerkennung
- weniger enge Beziehungen und Kontakte zu Gleichaltrigen
- Ablehnung und Isolation, Ausgrenzung (passive Entwertung)
- Mobbing (aktive Entwertung)
- belastende Erfahrungen im Freundeskreis (wie z.B. Streit, Trennung, Tod, Krankheit)
- erste frustrierte Liebesbeziehungen
- „falscher“ Gruppendruck (Drogen, Alkohol, Kriminalität)

Hypothesen zu den Ursachen

Groen, G. & Petermann, F. (2013), S. 445

Kritische Lebensereignisse und Stress

- Trennungen und Verlusterlebnisse etwa durch den Tod eines Familienmitgliedes oder die elterliche Scheidung
- sexuelle und/oder physische Gewalt

Hypothesen zu den Ursachen

Gesellschaftliche Risikofaktoren

- Imaginäres Bedrohungs- und Unsicherheitserleben durch Ereignisse des gesellschaftlichen Wandels (dull rumbling, dumpfes Grollen)
- Konsequenzen gesellschaftlicher Maßnahmen (Corona)
- gesellschaftliche Spaltung und „Zwang zur Positionierung“/Feindbilder
- Einfluss von Medien auf Meinungsbildung (Angst generierende Informationen)

Praktische Tipps

- Depression ist eine „stille (wortlose) Störung“

Schwere der Depression/Erkennbarkeit

leichte Zustände (Hilferufe), schwere Zustände (Suizidgefahr) kaum zu erkennen

Schwierigkeit der Einschätzung „von außen“ ob Stimmungsepisode oder Depression

Depressionen sollten nicht als Makel, Unvermögen oder eine irgendwie geartete Schwäche interpretiert werden.

Wenn Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Rückzug und weitere Symptome ein gewisses Ausmaß erreicht haben, bekommt die Depression eine Eigendynamik und wird zu einer Krankheit, die Behandlungsbedürftig ist. Groen & Petermann (2019, S. 122)

- Wirkt das Kind oder der Jugendliche schon längere Zeit sehr traurig, bedrückt und niedergeschlagen?
- Reagiert es oft gereizt, fühlt sich schnell angegriffen und ungerecht behandelt?
- Wirkt es oft müde, schlapp und ohne Energie und Antrieb?
- Wirkt es in seinen Bewegungen, in der Gestik und Mimik oft sehr gehemmt? Oder wirkt es sehr unruhig, nervös und fahrig?
- Kann es sich über kaum noch etwas richtig freuen? Machen ihm auch eigentlich schöne, angenehme Dinge, die früher Spaß gemacht haben, keinen richtigen Spaß mehr?
- Zieht es sich oft zurück, ist lieber allein, wirkt gelangweilt und interessenlos?
- Vernachlässigt es Hobbys und sonstige Aktivitäten?
- Wehrt es Kontaktangebote immer mehr ab, hält sich aus familiären Aktivitäten stark heraus und geht Unternehmungen mit anderen Menschen immer weniger nach?
- Grübelt es viel, macht sich viele Sorgen?
- Traut es sich sehr wenig zu, wirkt mut- und hoffnungslos, hat wenig Selbstvertrauen?
- Sieht es sich, seine Umwelt und die Zukunft oft sehr pessimistisch und negativ?
- Kann es sich schlechter konzentrieren oder entscheiden als sonst?
- Lassen die schulischen Leistungen nach?
- Kann es schlecht ein- oder durchschlafen? Oder schläft es viel mehr als sonst und wirkt trotzdem müde?
- Hat es weniger Hunger und Appetit als sonst, isst es weniger und hat vielleicht schon abgenommen?
Hat es mehr Hunger und Appetit als sonst, isst es mehr, vielleicht auch aus Enttäuschung und bei schlechter Stimmung?
- Klagt es oft über körperliche Beschwerden und Schmerzen wie Bauchweh, Kopfschmerzen oder Übelkeit, ohne dass eine klare körperliche Ursache dafür vorliegt?
- Gibt es Hinweise auf massive Selbstzweifel und Äußerungen, dass das Leben keinen Sinn hat? Gibt es Äußerungen oder sonstige Anzeichen von Lebensmüdigkeit?

Groen & Petermann (2019, S. 119)

Signale

„Symptome sind unspezifisch“ !

Keine „Tür und Angelgespräche“, sich Zeit zu nehmen ist ein Signal

Gespräch dient der Verbalisierung/Signalisierung von Verständnis und Verstehen wollen

Frage nach dem Befinden

Fragen nach den Ursachen

keine (vorwurfsvollen) Intrusionen

Du bist doch nicht Schuld! (Betroffene sind davon tief überzeugt)

Warum hast du das und das nicht gemacht? (Betroffene fühlen sich nicht ernst genommen)

Ratschläge „Das wird schon“, „Hab dich nicht so“, „Dir fehlt doch gar nichts“ oder „Stell dich doch nicht so an“ **sind kontraproduktiv (verstärken Insuffizienzerleben)**

Elterngespräch vs. Vertrauen (Nichts zu verraten)

Gefahrenabwägung

Helfen sich selbst zu Helfen vs. „Sich selbst vor die Karre spannen“

Strukturierungsvorschläge helfen „Ordnung“ in die Denkwelt zu bringen (kleine Schritte)

Effekt abwägung

eigene Unterstützungsangebote (sich verstanden und sich nicht allein zu fühlen) sind Optionen

Nutzen- Machbarkeitsabwägung

Hilfsangebote organisieren (Beratung Kind, Eltern)

Psychotherapie (lange Wartezeiten)

Realitätsabwägung

SGB VIII § 8a Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen. Soweit der wirksame Schutz dieses Kindes oder dieses Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird, hat das Jugendamt die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder den Jugendlichen in die Gefährdungseinschätzung einzubeziehen (Abs.1)

Akute Selbstgefährdung (oder gleichzeitiger Fremdgefährdung) des suizidalen Kindes/Jugendlichen - Indikation zur stationären Behandlung (gegen dessen Willen)

S2k Leitlinie 028/031: Suizidalität im Kindes- und Jugendalter. dgkjp. Stand 05/2016.
<https://register.awmf.org>. abgerufen: 01.11.2023

○ Todesursachenstatistik (**Statistisches Bundesamt**)

Alter 5 bis 10 Jahre (2006-2011): 6 männlich, 1 weiblich

14,4% 14-15jährigen **Suizidgedanken** (Heidelberger Schulstudie, 2011; 5000 StP)

19,8% Mädchen

9,3% Jungen

8% 14-15jährigen mindestens einen **Suizidversuch** (Heidelberger Schulstudie, 2011)

10,8% Mädchen

4,9% Jungen

Stationär behandelte Patienten/Patientinnen 25,6% (ohne Geschlechtsangaben)

männliche Jugendliche häufiger vollendete Suizide als weibliche Jugendliche (harte-aktive Methode)

Basissuizidalität:

- suizidale Krise u./o. Suizidversuche in der Vorgeschichte
- suizidale Handlungen auch unter Hilfe- und Therapiebedingungen
- Störung der Impuls- und Aggressionskontrolle
- Hilflosigkeits- und Hoffnungslosigkeitseinstellung
- Suizide in der Familie bzw. bei Modellen
- Zugehörigkeit zu einer Risiko-Gruppe z.B. beim Vorliegen einer psychischen Störung, besonders belastende Lebenssituationen u.ä.

Erhöhte Suizidgefahr:

- Äußerung konkreter Todes- und Ruhewünsche
- Erkennung oder Äußerung konkreter Suizidideen und -Pläne
- keine glaubwürdige Distanzierung bei direktem Nachfragen nach Suizidalität
- fremdanamnestic werden suizidale Äußerungen berichtet, werden aber vom Betroffenen verneint
- tiefe Hoffnungslosigkeit, die im Gespräch nicht aufhellbar ist
- festgelegte konkrete Zeitpunkte und Rahmenbedingungen, die einen Suizid nahe legen bzw. begründen (z.B. Todestag eines geliebten Menschen)
- mehrere Krankheitsphasen einer psychischen Störung oder chronische psychische Erkrankung
- subjektiv aussichtslos erscheinende Situation
- Suizidanweisungen/-aufforderungen durch imperative Stimmen

Akute Suizidgefahr, wenn:

- eine konkrete Suizidabsicht geäußert wird
- eine Suizidhandlung geplant und bereits vorbereitet ist, eventuell auch abgebrochen wurde
- ein ausgeprägter Leidensdruck („seelischer Schmerz“) besteht und nicht mehr ertragbar erscheint (und damit hoher suizidaler Handlungsdruck gegeben ist)
- Autoaggressivität (selbst-aggressives Verhalten) vorliegt und das Kind/der Jugendliche nicht mehr steuerungs-fähig und damit nicht absprachefähig ist
- Gründe für ein Weiterleben bzw. gegen einen Suizidversuch nicht benannt werden können

Betreuungsgerichte

Unterbringungsrecht nach den jeweiligen Psychisch-Kranken-Gesetzen
(PsychKG) der Bundesländer (Unterbringungsgesetze)

Familiengericht

§ 1631b BGB Freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen

- (1) Eine Unterbringung des Kindes, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, bedarf der Genehmigung des Familiengerichts. Die Unterbringung ist zulässig, solange sie zum Wohl des Kindes, insbesondere zur Abwendung einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung, erforderlich ist und der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch andere öffentliche Hilfen, begegnet werden kann. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.
- (2) Die Genehmigung des Familiengerichts ist auch erforderlich, wenn dem Kind, das sich in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig in nicht altersgerechter Weise die Freiheit entzogen werden soll. Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

Antrag der Sorgeberechtigten (kooperative Eltern)

Die Behandelnden sollten eine kurze schriftliche Stellungnahme verfassen.

Entzug des Sorgerechtes (langwieriger Prozess)

Bis zum Eintreffen der richterlichen Genehmigung ist die Anwendung von Zwang zulässig, wenn sonst mit ihrem Aufschub Gefahr für den Patienten verbunden wäre.

Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG)

SGB VIII, § 42 - Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen

(1) Das Jugendamt ist berechtigt und verpflichtet, ein Kind oder einen Jugendlichen in seine Obhut zu nehmen, wenn

... eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen die Inobhutnahme erfordert und

a)
die Personensorgeberechtigten nicht widersprechen oder

b)
eine familiengerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann ...

Die Inobhutnahme umfasst die Befugnis, ein Kind oder einen Jugendlichen bei einer geeigneten Person, **in einer geeigneten Einrichtung oder in einer sonstigen Wohnform vorläufig unterzubringen...**

(5) Freiheitsentziehende Maßnahmen im Rahmen der Inobhutnahme sind nur zulässig, wenn und soweit sie erforderlich sind, um **eine Gefahr für Leib oder Leben des Kindes oder des Jugendlichen oder eine Gefahr für Leib oder Leben Dritter abzuwenden. Die Freiheitsentziehung ist ohne gerichtliche Entscheidung spätestens mit Ablauf des Tages nach ihrem Beginn zu beenden.**

(6) Ist bei der Inobhutnahme die Anwendung **unmittelbaren Zwangs erforderlich**, so sind die dazu befugten Stellen hinzuzuziehen.

Die **Schweigepflicht** für Sozialarbeiter und Sozialpädagogen mit staatlicher Anerkennung ist in **§203 StGB** geregelt. Danach wird mit Freiheitsstrafe (Freiheitsentziehung) oder mit Geldstrafe bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, insbesondere wenn es zum persönlichen Lebensbereich gehört, offenbart, das ihm in seiner Berufstätigkeit bekannt geworden ist.

Diese Schweigepflicht gilt außerdem für Angehörige anderer Berufe wie zum Beispiel Ärzte, Psychologen und für die Inhaber bestimmter Funktionen wie Berater in Ehe-, Erziehungs-, Familien- oder Suchtberatungsstellen (Beratungsstelle, Erziehungsberatung, Familienberatung, Sucht).

Diese Strafvorschriften werden nicht wirksam, wenn der Betroffene der Weitergabe seines Geheimnisses zugestimmt hat oder wenn ein Gesetz zur Weitergabe verpflichtet, etwa §34 StGB.

§ 34 Rechtfertigender Notstand

Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

Literatur/Abbildungen

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., Teasdale, J. D (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. In: *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 87, No. 1, S. 49–74.
- Ahnert, L. (2022). Bindung und Bonding: Konzepte früher Bindungsentwicklung. In: L. Ahnert (Hrsg.) *Frühe Bindung - Entstehung und Entwicklung*. München. Reinhardt. German Edition. Kindle Version. S. 90.
- Barsade, S. G. (2002): The ripple effect: Emotional contagion and its influence on group behaviour. *Administrative Science Quarterly*, 47, S. 644-675.
- Batemann, A.W. & Fonagy, P. (2008). *Psychotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept*. Gießen. Psychosozial.
- Beblo, Th. & Lautenbach, St. (2006). *Neuropsychologie der Depression*. Bern. Hogrefe.
- Brandtstädter, J. (1985). Entwicklungsprobleme des Jugendalters als Probleme des Aufbaus von Handlungsorientierungen. In D. Liepmann & A. Stiksrud (Hrsg.). *Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsprobleme der Adoleszenz*. Göttingen. Hogrefe. S. 5 -12.
- Brandtstädter, J. & Lindenberger, U. (Hrsg.). (2007). *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Ein Lehrbuch*. Stuttgart. Kohlhammer. S. 38.
- Brisch, K.H. (2022). *Bindungsstörungen*. Stuttgart. Klett Cotta.
- Damasio, Antonio R. (2003): *Ich fühle also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins*. 4. Aufl., München. Übersetzung aus dem Englischen (*The Feeling of what Happens. Body and Emotion in the Making of Consciousness*, 1999, New York).
- Drew, L. et al. (2023). *Das Gehirn*. München. Dorling Kinsley.
- Ekman, Paul (2007): *Gefühle lesen. Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren*, München. Übersetzung aus dem Englischen (*Emotions Revealed. Understanding Faces and Feelings*, 2003, London).
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117–140.
- Fonagy, P. & Luyten, P. (2016). A multilevel perspective on the development of borderline personality disorder. In: D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology: Maladaptation and psychopathology* (3rd ed., pp. 726–792). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Fonagy, P. et al. (2002). „Mit der Realität spielen“: Entwicklungsforschung und ein psychoanalytisches Modell. In: *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart. Klett Cotta. S. 258-294.

Literatur/Abbildungen

- George, C. (2019). Wie erleben sehr kleine Kinder die Trennung der Eltern. In: K.H. Brisch (Hrsg.) Bindung-Scheidung-Neubeginn - Möglichkeiten der Begleitung, Beratung, Psychotherapie und Prävention (German Edition). Klett-Cotta. Kindle-Version. S. 81-95.
- Goddemeier, Ch. (2019). Aaron Antonovsky: Vater der Salutogenese. Ärzteblatt. PP 18. August . 366
- Groen, G. & Petermann, F. (2013). Depressive Störungen. In: F. Petermann (Hrsg.) Lehrbuch der Klinischen Entwicklungspsychologie. Bern. Hogrefe. S. 439- 458.
- Groen, G. & Petermann, F. (2019). Wie wird mein Kind wieder glücklich? Praktische Hilfen gegen Depression. Bern. Hogrefe.
- Hatfield, E., Cacioppo, J.T. & Rapson, R. L. (1992). Primitive Emotional Contagion. M. S. Clark (Ed.). Review of Personality and Social Psychology: Emotion and Social Behaviour, Newbury Park, S. 151-177.
- Hoyer, J. & Knappe, S. (2020). Klinische Psychologie und Psychotherapie. Berlin. Springer.
- Kamp-Becker & Bölte, S. (2021). Autismus. München. Reinhardt utb. S. 31.
- Kaess, M. & Bürger, A. (2023). Persönlichkeitsstörung im Jugendalter. Kindheit und Entwicklung, 32 (1).1-3.
- Kalisch, K. (2012). Mentalisierung und Affektregulation – Wie sich das kindliche Selbst entwickelt. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 61 (5). S. 341.
- Naninck, E.F.G., Lucassen, P.J. & Bakker, J. (2011). Sex differences in adolescent depression: Do sex hormones determine vulnerability? Journal of Neuroendocrinology, 23, 383–392.
- Maier, St. F. & Seligman, M.E.P. (2016). Learned helplessness at fifty: Insights from neuroscience. In: Psychological Review. Band 123, Nr. 4, S. 349–367.
- Nevermann, Ch. & Reicher, H. (2020). Depression im Kindes- und Jugendalter. Erkennen-Verstehen-Helfen. München. C.H. Beck
- Perrez, M. (2005). Stressoren in der Familie und Familie als Stressor im Vorfeld der Entwicklung von Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In: F. Schlotzke et al. (Hrsg.).Störungen im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf. Klinische Psychologie Bd. 5. Göttingen. Hogrefe Verlag für Psychologie. S. 193-246.
- Reddemann, L. (2013).(Hrsg.) Zeiten des Wandels. Stuttgart. Kreuz. S. 28-36.
- Piaget, J.(1981). Das moralische Urteil beim Kinde. Berlin. Suhrkamp.
- Richter, H.-E. (1972). Patient Familie. Hamburg. Rowohlt.

Literatur/Abbildungen

- Schneider, W. & Lindenberger, U. (2012). (Hrsg.). Entwicklungspsychologie. Vormalis Oerter & Montada. Weinheim. Beltz.
- Seligman, M.E.P. (1975). Helplessness. On Depression, Development and Death. Freeman and Comp. San Francisco.
- Sodian, B. (2011). Theory of infancy. Child Development Perspectives. The Society for Research in Child Development. Vol. 5. N.1. pp 39.-43.
- , G. & Zimmermann, P. (1999). Bindung und Anpassung im Lebenslauf: Erklärungsansätze und empirische Grundlagen für Entwicklungsprognosen. In: R. Oerter & C. v. Hagen. (Hrsg.). Klinische Entwicklungspsychologie. Weinheim. Beltz. PVU. S. 170.
- Sperber, D., Clément, F., Heintz, C., Mascaro, O., Mercier, H., Origg, G., & Wilson, D. (2010). Epistemic vigilance. Mind & Language, 25, 359–393.
- Tellenbach, H. (2011). Melancholie: Problemgeschichte, Endogenität? Typologie. Pathogenese. Klinik. (German Edition). Berlin. Springer
- Warnke, A. & Hemminger, U. (1999). Der Umgang mit suizidalen Kindern und Jugendlichen. Psychotherapie 4 Jahrg., Bd.4, Heft 2. 164-171.
- Werner, E. (1977). The Children of Kauai. A longitudinal study from the prenatal period to age ten. University of Hawai'i Press.
- Wilson, D., & Sperber, D. (2012). Meaning and relevance. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wirtz, M. A. (2021). Dorsch Lexikon der Psychologie. Bern. Hogrefe.
- S2k Leitlinie 028/031: Suizidalität im Kindes- und Jugendalter. dgkjp. Stand 05/2016. <https://register.awmf.org>. abgerufen: 01.11.2023