
Bulimie

Wahrnehmen und bewerten

● Merkmale

Jugendliche, die unter einer Bulimie leiden, zeigen zwei charakteristische Verhaltensweisen: Zum einen beschäftigen sie sich ständig mit Essen und unterliegen Heißhungerattacken, die sich wiederholen und während derer sie große Mengen an Nahrung in sehr kurzer Zeit zu sich nehmen. Diese Heißhungerattacken und die dadurch ausgelösten Essanfälle haben zu dem Begriff Bulimie geführt, der von den altgriechischen Wörtern „Bous“ (deutsch: Ochse oder Stier) und „Limos“ (deutsch: Hunger) abgeleitet ist, so dass man Bulimie mit Ochsenhunger übersetzen kann. Die Betroffenen können den Heißhungerattacken nicht widerstehen, obwohl sie sich ihrer schämen und sich vor den Folgen – dem Dickwerden – fürchten.

Deshalb versuchen die Jugendlichen zum anderen, dem dick machenden Effekt des Essens durch verschiedenartige Gegenmaßnahmen entgegenzusteuern. So führen sie beispielsweise im Anschluss an einen Essanfall selbst ein Erbrechen herbei, indem sie einen Finger in den Hals stecken, was zu dem Begriff der „Ess-Brech-Sucht“ geführt hat. Zu demselben Zweck nehmen die Jugendlichen zuweilen große Mengen von Abführmitteln oder Appetitzüglern ein oder vollziehen in anderer Weise einen Medikamentenmissbrauch, indem sie beispielsweise Schilddrüsenpräparate oder harntreibende Mittel benutzen. Oder sie fasten vorübergehend, meist bis zum Auftreten der nächsten Heißhungerattacke.

Die meisten Jugendlichen, die unter einer Bulimie leiden, haben eine große Furcht vor dem Dicksein, und das jeweilige Körpergewicht und die Figur haben einen hohen Einfluss auf die Selbstbewertung. Häufig findet sich in der Vorgeschichte von Jugendlichen mit bulimischem Verhalten eine Magersucht.

Eine Besonderheit ist bei manchen essgestörten Diabetikerinnen zu beobachten. Sie nehmen eine bewusste Reduktion der für sie notwendigen Insulindosis vor, um durch eine massive Zuckerausscheidung über den Harn eine Gewichtsabnahme zu erreichen. Diese Maßnahme ist ein besonders gefährlicher Versuch, ein Dickwerden zu verhindern.

● Häufigkeit

Die Häufigkeitsangaben über die Bulimie bei Jugendlichen sind nicht sehr zuverlässig. Schon die Definition der Bulimie ist nicht scharf zu fassen, und es bestehen deshalb Abgrenzungsschwierigkeiten gegenüber anderen Stö-

rungen wie beispielsweise der Magersucht. Hinzu kommt, dass Jugendliche mit bulimischem Verhalten – ebenso wie Erwachsene – ihre Schwierigkeiten meist zu verheimlichen suchen. Deshalb muss man eine nicht unerhebliche Dunkelziffer annehmen. Insgesamt wird zurzeit davon ausgegangen, dass zwischen 2 bis 4,5% der jungen Frauen von der Störung betroffen sind, auf die Gesamtbevölkerung bezogen zwischen 0,5 und 1,0%. Einige Gruppen von Jugendlichen weisen eine höhere Zahl von bulimischen Essstörungen auf. Hierzu gehören Modells, aber auch Leistungssportlerinnen.

Über die Zunahme der Störung liegen für die letzten Jahrzehnte ebenfalls keine eindeutigen Daten vor. Erfahrene Fachleute sind jedoch der Meinung, dass die Bulimie über die Jahre – ausgehend von 1975 bis heute – zugenommen hat. Zu berücksichtigen ist dabei, dass in Deutschland der Begriff Bulimie erst relativ spät verwandt wurde. Bulimisches Verhalten wurde lange Zeit der Anorexie zugerechnet, aber auch unter Krankheitsbildern wie Depression, Selbstmordversuch oder Borderline-Persönlichkeitsstörung eingeordnet.

● Verlauf

Die Bulimie beginnt in der Regel später als die Anorexie. Die Mehrzahl der Betroffenen zeigt bulimisches Verhalten erstmals zwischen 16 und 19 Jahren – der Erkrankungsgipfel liegt bei 18 Jahren. Bulimische Essstörungen im Kindesalter, das heißt unter 14 Jahren, sind eher selten.

● Geschlechtsverteilung

Wie kaum eine andere psychosomatische Störung weisen die Essstörungen eine Geschlechtsspezifität und eine Dominanz des weiblichen Geschlechtes auf. Von denjenigen, die unter Bulimie leiden, sind nur etwa 10 bis 15% männlichen Geschlechts. Unter den Jugendlichen, die in Therapie kommen, ist der prozentuale Anteil männlicher Jugendlicher noch geringer und liegt unter 10%. Alles in allem wird man sagen können, dass Mädchen mehr als zehnmal so häufig betroffen sind als Jungen.

● Risiken

Jugendliche mit bulimischen Verhalten neigen zwischen ihren Heißhungerattacken zu einem Diätverhalten. Infolgedessen kommt es – ähnlich wie bei der Magersucht – auch bei dieser Störung in Zeiten stark eingeschränkter Kalorienzufuhr zu endokrinen Veränderungen (beispielsweise einem Ausbleiben der Regelblutung), die allerdings verschwinden, wenn die Kalorienaufnahme wieder ausreichend ausfällt. Aber auch bei einem bulimischen Verhalten können – wenn auch in geringerem Umfang als bei der Magersucht – gravierende medizinische Komplikationen auftreten. Kommt es bei einer Bulimie zu einem gehäuften Erbrechen, so kann das eine chronische Verminderung des Kaliumspiegels im Blut und eine Veränderung des Säure-Basen-Haushaltes zur Folge haben. Dies kann wiederum Herz-Rhythmusstörungen

auslösen, letztlich mit der Gefahr eines Herzstillstandes, und zu einem chronischen Nierenversagen führen.

- **andere Verhaltensauffälligkeiten**

Jugendliche mit einer Essstörung weisen neben der Kernsymptomatik eine hohe Bandbreite von weiteren psychischen und psychosomatischen Störungen auf. Depressive Verstimmungen sind typische Begleitsymptome einer Bulimie. Die Jugendlichen zeigen häufig eine gedrückte Stimmungslage und sind darüber hinaus leicht irritierbar. Ihr Selbstwertgefühl ist oft gering ausgeprägt, und sie klagen über Gefühle der Hoffungslosigkeit und Schuld. Nicht selten wird auch von Schlafstörungen und Konzentrationsschwierigkeiten berichtet. Ebenso findet sich eine hohe Zahl an Angsterkrankungen bei bulimischen Essstörungen von Jugendlichen. Generell findet sich bei jungen Menschen mit bulimischem Verhalten eine Häufung von affektiven Störungen. Ladendiebstähle sind allein deshalb nicht selten, weil die Betroffenen Schwierigkeiten haben, ihre Essattacken zu finanzieren. Manche zeigen zudem ein impulsives Verhalten, neigen beispielsweise zu einem impulsiven Konsumieren von Alkohol und Drogen und auch zu Selbstmordversuchen.

Zuordnen und verstehen

- **bulimisches Erleben**

Berichte von Betroffenen über ihr Erleben in Zusammenhang mit ihrem bulimischen Verhalten machen ein grundlegendes Dilemma deutlich: Zum einen schildern sie Gefühle von Wohlempfinden, Befriedigung und Beruhigung, wenn sie ihrem Heißhunger durch Essen von großen Mengen an Nahrungsmitteln nachgeben. Sie berichten, dass sie für kurze Zeit eine sehr angenehme Entspannung und Entlastung empfinden und dass vorher wahrgenommene Probleme in den Hintergrund treten würden.

Schon bald nach der übermäßigen Nahrungsaufnahme aber wird ein unangenehmes Völlegefühl wahrgenommen, und die Angst vor dem Dickwerden tritt auf. Diese verbindet sich mit dem Gefühl, schon wieder einmal versagt zu haben und nicht in der Lage gewesen zu sein, das eigene Verhalten zu kontrollieren. Das löst den Impuls aus, das Geschehene rückgängig zu machen und durch ein selbst ausgelöstes Erbrechen die zuvor aufgenommenen Mengen wieder abzugeben. Im Anschluss daran treten Gefühle der Scham auf, die eigene Person wird abgewertet; manche Jugendliche berichten, dass sie sich zu diesem Zeitpunkt regelrecht verachten.

- **unentrinnbare Kreisprozesse**

Unabhängig davon, wie es dazu gekommen sein mag: Hat eine Jugendliche ein bulimisches Verhalten entwickelt, so gerät sie in einen nahezu unentrinn-

baren gedanklichen Kreisprozess, bei dem man – wie in allen solchen Kreisprozessen – keinen Anfang und kein Ende mehr erkennen kann. Solche Gedanken lauten beispielsweise: Ich esse große Mengen, weil mich das entspannt und entlastet. – Ich fühle mich angespannt und belastet, weil ich so große Mengen esse. Oder: Ich schäme mich und fühle mich als Versager, weil ich so große Mengen esse. – Ich esse so große Mengen, weil ich mich schäme und als Versager fühle. Oder: Weil ich meine Essattacken nicht kontrolliere, hat mein Freund mich verlassen und eine andere zur Freundin genommen. – Weil mein Freund mich verlassen und eine andere zur Freundin genommen hat, kann ich meine Essattacken nicht kontrollieren.

Solche rekursiven Prozesse finden sich in vielfältiger Ausgestaltung, je nach individueller Lebenserfahrung und Lebenssituation in Familie und Gleichaltrigengruppe. Stets jedoch entwickelt das bulimische Verhalten eine hohe Eigendynamik. Die Betroffenen sind in einen ständigen Kampf um das Essen verwickelt. Sie kämpfen um Kontrolle und erleben immer wieder einen Kontrollverlust. Sie entwickeln Angst vor dem nächsten Essanfall und unternehmen doch große Anstrengungen, um ihren Heißhunger zu befriedigen. Immer mehr richten sie ihre Aufmerksamkeit auf bulimische Zeiten, alle anderen Themen treten zurück. Die Pflege der Beziehungen zu den Gleichaltrigen wird vernachlässigt, da die Jugendlichen zunehmend damit beschäftigt sind, Nahrung zu besorgen und in großen Mengen zu sich zu nehmen, und weil sie alleine sein möchten, um unbeobachtet die Nahrung wieder erbrechen zu können. Solche rekursiven Prozesse finden sich in vielfältiger Ausgestaltung, je nach der individuellen Ausprägung der Störung beim Einzelnen. Oft ziehen sie sich zurück, leiden aber unter ihrer Einsamkeit. Doch auch die übrigen altersgemäßen Aufgaben werden von vielen vernachlässigt, sei es die Schule, sei es die Entwicklung altersgemäßer Perspektiven und Pläne.

● die geheime Bulimie

Vielen Jugendlichen gelingt es über lange Zeit, ihr bulimisches Verhalten geheim zu halten. Allerdings kostet es sie meist große Anstrengungen, dafür zu sorgen, dass niemand das Beschaffen der Nahrungsmittel und die Maßnahmen der Kalorienreduktion, das Erbrechen oder den Tablettenmissbrauch bemerkt. Mit ihrer Scham und ihren Versagenserlebnissen sind sie allein. Nur ihr Rückzugsverhalten wird oft kritisiert, ebenso wie der häufig zu beobachtende Leistungsabfall in der Schule.

● die öffentliche Bulimie

Wird die Bulimie öffentlich, verändern sich die dynamischen Prozesse. Oft kommt es zu heftigen Auseinandersetzungen in der Familie. Es wird versucht, die zur Verfügung stehenden Nahrungsmittel einzuschränken und das Erbrechen oder die Medikamenteneinnahme zu kontrollieren. Häufig eska-

liert das Bemühen um Verschleierung auf Seiten der Jugendlichen und das Streben nach Aufdeckung auf Seiten der Eltern und Angehörigen. Die Atmosphäre innerhalb der Familie wird zunehmend angespannt, Kritik und Vorwürfe bestimmen immer stärker das Familienklima. Nicht selten kommt es zu lang anhaltenden, starren Verhaltensmustern auf beiden Seiten, die das Problemverhalten eher aufrechterhalten, als dass sie es beenden.

Einen anderen Akzent erhält diese Dynamik, wenn das bulimische Verhalten als eine Krankheit gewertet wird, für die die Jugendliche nicht verantwortlich sei. Sie steht gleichermaßen im Mittelpunkt der Familie; aber sie bekommt nun eher positive Zuwendung und Aufmerksamkeit. Das schafft zwar oft Erleichterung. Die Fürsorge der Eltern und sonstigen Angehörigen führt aber auch zu einem Erleben des Eingengtseins und verhindert notwendige Schritte der Ablösung. Zudem wird eine Krankheit in der Regel nur der erkrankten Person zugeordnet, und es geht leicht das Bewusstsein dafür verloren, dass alle Familienmitglieder an der Lösung des Problems durch Änderung des eigenen Verhaltens mitwirken können.

● **soziokulturelle Einflüsse**

Bei der Bulimie stehen viele Themen im Mittelpunkt, die in hohem Maße durch die jeweiligen soziokulturellen Gewohnheiten und Normen bestimmt werden: Essen als bloße Nahrungsaufnahme oder als familiäre Gemeinschaftshandlung; die Quantität und die Qualität der Nahrungsmittel; Vorstellungen über das „richtige“ Körpergewicht und die beste, schönste Figur für eine Frau oder einen Mann. Man könnte sagen: Die Kernmerkmale der Bulimie: Essen und Übergewicht auf der einen Seite, Gewichtsabnahme und Idealfigur auf der anderen Seite stimmen überein mit wichtigen gesellschaftliche Themen in den westlichen Industrienationen.

● **Überflussbedingungen**

So hat die Bulimie unter anderem viel zu tun mit der zunehmenden Zahl übergewichtiger Menschen in der westlichen Welt. In diesen Ländern herrschen Überflussbedingungen. Gerade Nahrungsmittel mit hohem Kaloriengehalt sind preiswert und daher für jeden zugänglich. Dies bedingt eine erhöhte Zufuhr von Fett und niedermolekularen Kohlehydraten. Gleichzeitig sind körperliche Bewegung und körperliche Anstrengung stark zurückgegangen. In den letzten 50 Jahren hat es infolgedessen eine deutliche Zunahme des durchschnittlichen Körpergewichtes gegeben. Untersuchungen aus jüngster Zeit belegen zudem, dass die Zahl der übergewichtigen Menschen weiter drastisch zunimmt. Doch während es früher im Laufe der menschlichen Stammesgeschichte durchaus sinnvoll war, ein höheres Körpergewicht zu erlangen, um so für Notzeiten mit Nahrungsknappheit und Hungersnöten Reserven zu bilden, ist dies heute überflüssig. Gegenteilig stellt das Übergewicht für den Einzelnen eher eine Belastung und ein Risiko im Hinblick auf Krank-

heiten dar. Auf der Basis dieser Faktoren vollzog sich in den vergangenen Jahrzehnten eine Veränderung des Schönheitsideals hin zum schlanken Körper und zur schmalen Figur.

● **junge Frauen in unserer Gesellschaft**

Dieses Schlankheitsideal unserer Kultur trifft vor allem die jungen Mädchen und Frauen. Denn das Leitbild der Frau misst den Wert der Person an ihrer Erscheinung, ihrem Gewicht, ihrer Figur und der äußerlichen Attraktivität. Viele Jugendliche bemühen sich, diesem gesellschaftlich vermittelten Schlankheits- und Schönheitsideal zu genügen. Sie orientieren sich an entsprechenden Modellen (Topmodells) und stehen unter hohem Druck, diesem Idealbild nahe zu kommen. Denn Schlankheit wird in unserer Gesellschaft nicht nur verbunden mit Schönheit und Attraktivität, sondern zugleich mit Anerkennung, Leistungsfähigkeit und Erfolg.

● **das Schönheitsideal in unserer Kultur**

Auch früher gab es schon das Schönheitsideal des schlanken Körpers, vornehmlich von Frauen. Aber die so genannte „Wespentaille“ früherer Frauen beispielsweise wurde nicht so sehr mittels individueller Selbstkontrolle durch Diät erreicht. Vielmehr wurden externe Mittel der Körperformung – beispielsweise das Korsett – eingesetzt. Heute scheint dagegen ein Diätverhalten für heranwachsende Mädchen die gesellschaftlich geforderte Form der Selbstkontrolle zu sein. So zeigen Untersuchungen, dass 54% der elf- bis achtzehnjährigen Mädchen schon einmal eine Diät gemacht haben. Selbst bei den sieben- bis dreizehnjährigen Mädchen berichten immerhin bereits 37%, Maßnahmen zur Gewichtsreduktion angewandt zu haben.

Körpergewicht ist vor allem ein Problem für Frauen: In Frauenmagazinen erscheinen ungefähr 63-mal häufiger Artikel über Diäten und 8-mal häufiger über Körperformen als in den Männermagazinen. Und 20% aller „normalen“ Frauen überessen sich einmal im Monat, von 90% werden oder wurden Schlankheitsdiäten durchgeführt und 10% aller Frauen haben bereits einmal Abführmittel oder das Erbrechen als eine Methode der Gewichtsabnahme genutzt. 70% aller Frauen sind unzufrieden mit ihrem Körper und beabsichtigen abzunehmen. Nach diesen Daten scheint es fast unnormal, wenn junge Mädchen sich keine Sorgen um ihr Gewicht machen und weder Kalorien zählen noch Diätplänen folgen.

● **Diätverhalten als Eintrittskarte**

Diäten könnte man aber geradezu als Eintrittskarten zur Bulimie bezeichnen. Denn in 80% der Fälle geht dem bulimischen Verhalten ein Diätversuch voraus, was allerdings nicht zu der Annahme veranlassen darf, dass umgekehrt auf eine Diät zu einem ähnlich hohen Prozentsatz eine Bulimie folgt. Aber Ergebnisse der Forschungen zum Übergewicht haben deutlich gemacht, dass

ein Diätverhalten einerseits einen unkontrollierten Konsum großer Nahrungsmengen mit hohem Kaloriengehalt – sprich: Essanfälle – auslösen kann und zum anderen – wenn dann gegessen wird – zu einer verbesserten Nahrungsauswertung führt. Diese Selbstregulierungstendenz des Körpers bewirkt unter anderem den berühmten Jojo-Effekt von Diäten (siehe: Übergewicht). Das bedeutet: Plötzliches Fasten legt mit hoher Wahrscheinlichkeit die Grundlage für die nächste Heißhungerattacke und führt langfristig zur Gewichtszunahme.

● **Beeinträchtigung der Bedürfniswahrnehmung**

Abgesehen hiervon birgt ein Diätverhalten, das die Signale des Körpers missachtet, ein hohes Risiko. Werden sowohl die Essenszeit als auch Nahrungsmenge und -qualität unabhängig von Hunger und Sättigungsgefühlen willkürlich bestimmt, so wird allmählich verlernt, die Signale des eigenen Körpers wahrzunehmen und zu beachten. Mit der Zeit werden Bedürfnisse allgemein nicht mehr wahrgenommen, nicht nur Körpergefühle, sondern auch emotionale Prozesse. Dies ist bei Personen mit bulimischem Verhalten ein häufiger Befund, wobei meist nicht mehr geklärt werden kann, inwieweit diese Wahrnehmungsstörung Folge des bulimischen Verhaltens ist oder inwieweit sie bereits gegeben war, bevor bulimisches Verhalten gezeigt wurde, und sein Auftreten gefördert hat.

● **Prozess der Identitätsfindung**

Die Bulimie tritt schwerpunktmäßig während der Zeitspanne der Adoleszenz auf. In dieser Lebensphase stehen die Jugendlichen in dem Prozess ihrer Identitätsfindung, der mit der Beantwortung der Fragen verbunden ist: Wer bin ich? – Wie sehe ich mich? – Wie sehen mich die anderen? In dieser Phase sind junge Menschen verunsichert, was insbesondere für Mädchen gilt, da für sie der Prozess der Identitätsfindung in unserer Gesellschaft unter erschwerten Bedingungen verläuft. Die Anforderungen an die weiblichen Jugendlichen sind durch unterschiedliche Erwartungshaltungen gekennzeichnet. Einerseits werden von ihnen traditionelle Merkmale wie Einfühlungsvermögen, Emotionalität, Rücksichtnahme, Fürsorglichkeit und Selbstlosigkeit erwartet. Andererseits werden neue und entgegengesetzte Anforderungen an die jungen Mädchen herangetragen: Sie sollen erfolgreich, sachlich, durchsetzungsfähig, unabhängig und leistungsorientiert sein. Ein Großteil der jungen Frauen versucht, diesen unterschiedlichen Erwartungen gerecht zu werden und setzt sich damit erheblich unter Stress. Und interessanterweise werden in verschiedenen Untersuchungen das Bemühen, die unterschiedlichsten Rollenmodelle zu verwirklichen, als ein typisches Merkmal bulimischer junger Frauen gefunden.

● **erschwerende Bedingungen für ein kontrolliertes Essverhalten**

In unserer Gesellschaft haben sich die Essgewohnheiten gravierend verändert. Wenn früher in den Familien zu bestimmten Tageszeiten gemeinsam

gegessen wurde, war damit auch eine gewisse Kontrolle des Essverhaltens und der Qualität der Nahrung verbunden. Heute ist es fast üblich geworden, dass man die meisten Mahlzeiten allein zu sich nimmt. Es wird von einer Individualisierung der Nahrungsaufnahme gesprochen, die verlangt, dass jeder Einzelne über sein Essverhalten, die Nahrungsmenge und die Art der Nahrung selbst entscheidet und darüber Kontrolle hält. Dies ist für Jugendliche schwer angesichts der vielen Fastfood-Anbieter gerade in der Nähe von Schulen und der Versuchungen durch Pommes Frites mit Mayo oder Ähnlichem. Aber auch das Elternhaus beeinflusst das Essverhalten: Steht dort zu jeder Tageszeit Essen zur Verfügung? Wird am Abend vor dem Fernseher regelmäßig Süßes oder Salziges geknabbert?

● **Lösungsstrategie Bulimie**

Bulimisches Verhalten kann aber auch eine Lösungsstrategie von Mädchen, jungen Frauen und jungen Männern für andere Probleme sein, die zunächst mit dem Essen nichts zu tun haben. So kann eine große Traurigkeit, ein Sich-allein-fühlen oder eine depressive Störung am Anfang der bulimischen Entwicklung stehen. Essen wird dann als ein Weg angesehen, sich zumindest für eine kurze Zeit Befriedigung und Zufriedenheit zu schaffen. Andere erleben Fasten als ein Gefühl von Kontrolle, das ihnen Sicherheit gibt und damit zumindest zeitweilig der Angst- und Problembewältigung dient. Solche Lösungsversuche helfen aber nur kurzfristig und tragen immer die Gefahr in sich, dass sie im Sinne des „Mehr-desselben“ kontinuierlich gesteigert und schließlich selbst zu dem vorherrschenden Problem werden. Allzu leicht kommt es damit zu einer bulimischen Entwicklung, die dann der Steuerung entgleitet.

● **sexueller Missbrauch**

Es ist immer wieder diskutiert worden, ob ein sexueller Missbrauch ein spezifischer Risikofaktor für die Bulimie ist. Eine australische Studie weist darauf, dass etwa 13% der jungen Frauen mit bulimischem Verhalten einen sexuellen Missbrauch in ihrer Familie erlitten haben. Die Auswirkungen desselben erwiesen sich jedoch nicht als spezifisch für die Bulimie. Auch andere Untersuchungen ergaben, dass ein sexueller Missbrauch sich bei Menschen mit bulimischem Verhalten deutlich häufiger findet als bei solchen, die derartige Erfahrungen nicht machen mussten. Die Ergebnisse legen insgesamt die Annahme nahe, dass ein sexueller Missbrauch eine Vielzahl von Störungen bedingen kann und sich weniger in Richtung auf eine ganz spezifische Störung auswirkt. Sexueller Missbrauch scheint demnach ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Bulimie zu sein; andere psychiatrische Störungen weisen jedoch eine vergleichbare Häufigkeit von Missbrauchserfahrungen auf. Der sexuelle Missbrauch erhöht offensichtlich die Vulnerabilität für die Entwicklung einer bulimischen Störung nicht zuletzt durch die Beeinträchtigung der psychischen Entwicklung all-

gemein und die massive negative Auswirkung auf das Selbstwertgefühl der Mädchen.

● **genetische Einflüsse**

Zwillingsuntersuchungen ergaben, dass bei eineiigen Zwillingen eine höhere Rate an bulimischem Verhalten festzustellen war als bei zweieiigen Zwillingen. Das hat zu der Hypothese einer biologischen Veranlagung für die Entwicklung einer Bulimie geführt. Allerdings bleibt bei der Bewertung solcher Untersuchungsergebnisse immer das gleiche Problem: Zwillingsuntersuchungen verweisen nicht nur auf eine genetische Disposition, sondern auch auf eine relativ hohe Bedeutung familiärer Umwelteinflüsse. Wird aber davon ausgegangen, dass eine genetische Disposition für die Störung gegeben ist, so stellt sich die Frage, was vererbt wird. Diese Frage kann heute auch nicht ansatzweise beantwortet werden. Diskutiert wird zurzeit, ob bei der Bulimie eine affektive Instabilität, ein Hang zur Hyperaktivität oder eine Disposition zu Kontrollverlusten als genetische Belastung vorliegen könnten. Insgesamt lässt sich zurzeit sagen: Ein spezifischer Vererbungsfaktor liegt nicht vor. Möglicherweise wird jedoch die Vulnerabilität für eine bulimische Entwicklung in irgendeiner Weise genetisch beeinflusst.

Lösungen anregen und möglichen machen

● **Signale wahrnehmen**

Eine Reihe von Signalen, die das Essverhalten der Jugendlichen betreffen, kann auf eine Bulimie hinweisen. Achten Sie darauf, ob Ihr Kind dazu neigt, Mahlzeiten ausfallen zu lassen, ob es sehr wenig isst, häufig betont, es habe schon gegessen und Ähnliches. Sind sie manchmal überrascht, dass bestimmte Lebensmittel bereits aufgebraucht sind? Ist der Kühlschrank leer, obwohl Sie doch vor kurzem erst eingekauft haben? Sind Süßigkeiten verschwunden? Neigt Ihre Tochter dazu, alleine essen zu wollen? Oder fallen Ihnen plötzlich bei der Entsorgung von Müll leere Schachteln oder Flaschen von Medikamenten auf? Zieht sich Ihr Kind in auffälliger Weise von der Gruppe der Gleichaltrigen zurück? Wirkt es depressiv, selbstunsicher, macht es Anmerkungen darüber, dass es sich als zu dick erlebt? All dies können Hinweise darauf sein, dass Ihr Kind Schwierigkeiten mit seinem Essverhalten hat und einer Unterstützung bedarf. Dies alles sind möglicherweise Hinweise auf eine Bulimie, die geheim gehalten wird.

● **die Zeiten zwischen den Heißhungeranfällen**

Bei der öffentlichen Bulimie lösen zumeist die Heißhungeranfälle heftige Reaktionen der anderen Familienmitglieder und auch Maßnahmen der Kontrolle der Nahrungsmittel aus. Mehr Aufmerksamkeit sollte jedoch den Zeiten zwischen den Heißhungeranfällen gewidmet werden. Dann sollten Sie in je-

der Weise dafür sorgen, dass die Jugendliche ein gesundes, normales Essverhalten einhält. Auch wenn sie angibt, keinen Hunger zu haben, sollte sie regelmäßig zumindest kleine Essensmengen zu sich nehmen. Auf diese Weise lässt sich am ehesten der nächste Heißhungeranfall vermeiden und der Ess-Brech-Kreislauf unterbrechen.

● **Informationsgespräche suchen**

Sprechen Sie mit Ihrer Tochter über die Auswirkungen von Diätverhalten und Maßnahmen zum Fasten. Vermitteln Sie ihr, dass die Essattacken mit dem vorausgegangen Fasten eng zusammenhängen, weil der Körper in der beschriebenen Weise zur Selbstregulation greift. Sprechen Sie Ihre Tochter aber auch auf ihre emotionalen Bedürfnisse an (siehe auch: Magersucht). Versuchen Sie, in ein Gespräch darüber zu kommen, wie Ihre Tochter ihre augenblickliche Lebenssituation, die Herausforderungen und Belastungen erlebt.

● **Esskultur fördern**

Versuchen Sie, innerhalb Ihrer Familie – soweit das möglich ist – regelmäßige Mahlzeiten einzuhalten, an der alle Familienmitglieder teilnehmen. Planen Sie dafür genügend Zeit ein und vermeiden Sie, dass es nur hastig eingenommene Mahlzeiten in Ihrem Hause gibt. Sorgen Sie für eine entspannte Atmosphäre beim Essen, vermeiden Sie in dieser Zeit Problemgespräche. Bestehen Sie auf der Teilnahme an der regelmäßigen Mahlzeit, auch wenn bei Ihrer Tochter eine Heißhungerattacke vorangegangen sein sollte.

● **Unterstützung der Identitätsfindung**

Der Beginn einer Bulimie liegt meist im Jugendalter. Es ist die Lebensphase der Identitätsbildung. In dieser Zeitspanne, die weit reichende Veränderungen des Körpers mit sich bringt, muss sich das junge Mädchen vielfältigen Entwicklungsaufgaben stellen: Es muss lernen, die Veränderung des eigenen Körpers und des Aussehens anzunehmen. Es muss sich mit dem Frauenbild unserer Gesellschaft auseinandersetzen, mit den Erwartungen, die an ein Mädchen und eine Frau gestellt werden und muss seine eigene Rolle finden. Eng verbunden damit muss es sich mit seiner Geschlechtsidentität auseinandersetzen und sein Verhältnis zu Jungen und Männern entwickeln. Es muss die unterschiedlichen Rollenerwartungen an Frauen wahrnehmen und für sich persönlich entscheiden, in welcher Weise sie den in sich widersprüchlichen Erwartungen begegnen will. Sieht sie sich eher als fürsorgliche, rücksichtsvolle, selbstlose Frau oder möchte sie sachlich, unabhängig, durchsetzungsfähig und leistungsorientiert sein? Definiert sie sich eher über ihr Aussehen und ihre Attraktivität oder über Leistung und Erfolg? Oder gelingt es ihr, beides miteinander zu verbinden? Es ist keine leichte Aufgabe für Eltern und andere Erwachsene, Mädchen in dieser persönlichen Auseinandersetzung zu unterstützen. Am ehesten dürfte das gelingen, wenn die

Erwachsenen offen und vorurteilsfrei die persönlichen Entscheidungen des Mädchens begleiten und ihre Stärken unabhängig von Rollenstereotypen wahrnehmen und fördern.

● **Ablösung ermöglichen**

Im Gesamtkomplex der bulimischen Störung ist die Ablösung des Mädchens von seiner Herkunftsfamilie ein häufiges Thema. Eltern sollten gemeinsam die Frage erörtern, inwieweit sie ihr Kind gehen lassen können. Oder hat ein Ehepartner Schwierigkeiten, den Ablösungsprozess zu unterstützen? Er bedeutet ja auch eine erhebliche Änderung in der ehelichen Beziehung und geht immer mit einem Verlust erleben einher. Vertrauen Sie Ihrer Tochter, und unterstützen Sie ihre Aktivitäten außerhalb der Familie auch dann, wenn diese für Sie besorgniserregend sind. Das bedeutet jedoch nicht, dass Sie nicht über Ihre Sorgen sprechen sollten. Erläutern Sie vielmehr, was Beunruhigung in Ihnen auslöst. Diese offene Kommunikation ermöglicht im Übrigen Ihrer Tochter oder auch Ihrem Sohn, sich bei Ihnen Rat zu holen, wenn wirklich Probleme auftreten sollten. Für Sie selbst als Eltern heißt dies, dass Ihre Beziehung zu Ihrem Kind eine andere Qualität bekommt; aber Sie „verlieren“ Ihr Kind nicht.

● **Gefühle ausdrücken lernen**

Jugendliche mit einem bulimischem Verhalten haben oft einen erschwerten Zugang zu ihren Gefühlen und Bedürfnissen und können mit dem eigenen emotionalen Erleben nicht umgehen. Diese Schwäche oder Störung drückt sich dann im Essverhalten aus, das aber nur die Arena ist, in der das eigentliche Problem ausgetragen oder mehr noch verschleiert wird. Gefühle oder emotional getragene Probleme werden durch das vorherrschende Thema Essstörung in den Hintergrund gedrängt, und die Auseinandersetzung mit dem eigenen Gefühlsleben wird überflüssig gemacht. Verhalten Sie sich in diesen Fällen als Modell. Drücken Sie Ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse aus, und versuchen Sie, Ihrer Tochter oder Ihrem Sohn aktiv zuzuhören. Das „aktive Zuhören“ beinhaltet unter anderem, sich in die andere Person hineinzusetzen und zu versuchen, ihre Gefühle zu erfassen und auch in Worte zu kleiden. Motivieren Sie immer wieder dazu, dass Ihr Kind sowohl unangenehme Gefühle wie Ärger, Frustrationen oder ein Erleben von Benachteiligung, aber auch positive Gefühle ausspricht. Dies ist kein leichter Prozess, da Jugendliche mit bulimischem Verhalten ihre Gefühle nicht mehr wahrnehmen. Oft bleibt es unklar, ob dies im Rahmen der bulimischen Störung verlernt wurde oder ob sie es noch nie gelernt hatten.

● **mit dem Überfluss umgehen**

Unsere Überflussgesellschaft – jederzeit stehen den Jugendlichen Nahrungsmittel zur Verfügung – bringt eine neue Erziehungsaufgabe für Eltern und Erzieherinnen mit sich. Kinder und Jugendliche müssen lernen, kompetent

mit dem Überangebot umzugehen. Eltern müssen die Aufgabe übernehmen, ein gesundes Essverhalten zu vermitteln. Damit sollte möglichst frühzeitig begonnen werden. Ein Drängen zum Essen – auch wenn es aus Besorgnis erfolgt – ist zu vermeiden. Frühzeitig sollten Kinder auch daran herangeführt werden, sich bei Tisch selber zu bedienen. Ein Aufladen von Essensmengen seitens Erwachsener und möglicherweise noch der Anspruch: „Du musst den Teller leer essen“ missachtet die Bedürfnisse, die das Kind hat. Das Kind sollte auch nicht lernen, den Eltern zuliebe zu essen, weil es damit das Gefühl für die eigenen Bedürfnisse verlernt und die Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühlen beeinträchtigt wird. Essen ist immer eine Vergünstigung und ein Recht, keine Pflicht. Gleichzeitig ist es wichtig, dass Kinder lernen, die unterschiedliche gesundheitliche Qualität von Nahrungsmitteln einzuschätzen und auch die unterschiedliche Geschmacksqualität von Nahrungsmitteln und die Qualität der Nahrungszubereitung wahrzunehmen.

● **Modellverhalten**

Das Essverhalten der Familienmitglieder und insbesondere der Eltern wirkt auf das Kind als Modellverhalten. Zu fragen ist also: Was lernt das Kind in seiner Familie an dem Modell der übrigen Mitglieder? Wird das Essen in sich hineingeschlungen oder an einem schön gedeckten Tisch genossen? Werden vornehmlich Lebensmittel mit hohem Kaloriengehalt zu sich genommen? Wird innerhalb der Familie ständig an etwas „herumgeknabbert“, ob an Süßem oder Salzgem?

● **kein nebenbei Essen**

Eltern sollten darauf achten, dass ein Kind nur eine Tätigkeit ausübt: Entweder isst es, oder es macht seine Schulaufgaben. Eine Nahrungsaufnahme, die ständig nebenbei läuft, hat leicht zur Folge, dass das Sättigungsgefühl zu spät wahrgenommen wird. Auch ist damit nur ein geringes Genuss erleben verbunden mit der Folge, dass mehr gegessen wird als notwendig. Auch in dieser Hinsicht wirken sich gemeinsame Mahlzeiten in der Familie günstig aus.

● **Reflexion des eigenen Regulierungsverhaltens**

Da das Schlankheits- und Schönheitsideal in unserer Kultur vornehmlich Mädchen und junge Frauen belastet, ist das Verhalten der Mutter oder anderer weiblicher Personen im nahen Umkreis der Jugendlichen wegweisend. Erzieherinnen sollten ihr Essverhalten reflektieren, um sich bewusst zu machen, auf welche Art und Weise sie selbst ihre Essgewohnheiten regulieren. Welche Bedeutung wird der körperlichen Erscheinung zugemessen, und welche Methoden werden angewandt, um das angestrebte Ziel zu erreichen? Wird immer wieder eine Diät begonnen, dann aber abgebrochen und kurze Zeit später wieder ein neuer Versuch unternommen? Ist ein Missbrauch von Medikamenten damit verbunden? Wird in exzessiver Weise Sport getrieben,

um abzunehmen? Werden Menschen, die übergewichtig sind, abgelehnt und diskriminiert?

● **Druck vermeiden**

Wie Untersuchungen gezeigt haben, unterscheiden sich Mädchen mit bulimischem Verhalten von anderen dadurch, dass sie einem erhöhten Druck von Seiten der Eltern im Hinblick auf ihr Gewicht ausgesetzt waren. Verbunden war damit ein negatives Körpererleben. Sie fühlten sich als zu dick, führten eine übermäßige Gewichtskontrolle durch und gerieten allmählich in den Kreislauf der Bulimie.

Angesichts der Dominanz des Schlankheitsideals in unserer Gesellschaft und angesichts der Tatsache, dass ein hohes Körpergewicht eine Belastung in gesundheitlicher und psychischer Hinsicht darstellt, sollten Eltern ihre Kinder durchaus zu einer bewussten und regulierten Nahrungsaufnahme anhalten. Sie sollten aber niemals Druck ausüben. Üblicherweise haben die Jugendlichen das Schlankheitsideal bereits verinnerlicht und versuchen, ihm zu entsprechen. Sollten sie nicht schlank sein, so erleben sie im Alltag entsprechende Konsequenzen. Schlanke Mädchen werden in der Regel bevorzugt. Übergewichtige werden leichter abgelehnt und diskriminiert. Der Druck der Eltern würde die Schwierigkeiten nur erhöhen und die Jugendliche eher in Richtung auf ein Verhalten drängen, das das Entstehen einer Bulimie begünstigt.

● **fachliche Unterstützung**

Die vielfältigen Variablen, die zur Verstärkung und Aufrechterhaltung einer Bulimie führen, legen eine rasche Inanspruchnahme von fachlichen Hilfen nahe. Ein zu langes Hinauszögern einer Behandlung erschwert den Therapieprozess und macht nicht nur negative körperliche Auswirkungen wahrscheinlich, sondern verfestigt die Problemkonstellation.

Grundsätzlich müssen zwei Problembereiche bei der Behandlung Berücksichtigung finden. Zum einen müssen Anstrengungen unternommen werden, das gestörte Essverhalten in der dargestellten Art und Weise zu verändern. Zum anderen sind psychosoziale Themen und Probleme zu bearbeiten, die auslösend, mitbedingend, verstärkend oder aufrechterhaltend von Bedeutung sind. Die therapeutischen Interventionen sind also auf den Einzelnen auszurichten, auf seine individuelle Situation und seine persönlichen Perspektiven. Sie haben aber auch den Kontext zu berücksichtigen und die Familie oder andere wichtige Bezugspersonen in die gemeinsame Problemlösung mit einzubeziehen.

● **weitere Informationen**

Weitere nützliche Informationen sind bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in 51101 Köln, www.bzga-essstoerungen.de, zu erhalten und unter den Internet-Adressen www.essprobleme.de und www.bulimie-zentrum.de zu finden.

Weitere Stichworte:

Angst (Band 1)
Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung (Band 1)
Depressive Störungen
Magersucht
Posttraumatische Verhaltensstörung
Stehlen (Band 1)
Störungen des Sozialverhaltens
Übergewicht
Verhaltensstörungen nach sexuellem Missbrauch
Zwangsstörungen

Literatur

- Böning, V. (2000): ausbrechen. Bulimie verstehen und überwinden. Hamburg, Urban und Fischer
- Gröne, M. (2000): Wie lasse ich meine Bulimie verhungern? 3. Aufl. Heidelberg, Carl Auer Systeme
- Herpertz, S., Kochar, M., Senf, W. (1997): Bulimia nervosa beim männlichen Geschlecht. Z. Psychosom. Med. Psychoanal. 43: 39 – 56
- Janssen, P. L., Senf, W., Meermann, R. (1997): Klinik der Essstörungen, Magersucht und Bulimie. Frankfurt/M., Fischer
- Kämmerer, A., Klingspor, B. (Hrsg.) (1989): Bulimie. Zum Verständnis einer geschlechtsspezifischen Essstörung. Stuttgart, Kohlhammer
- Kuntz, B., Groze, V., Yates, W. R. (1992): Bulimia: A Systemic Family History Perspective. Families in Society, 73(10), 604-612
- Reich, G., Cierpka, M. (1997): Psychotherapie der Essstörungen, Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Stuttgart, Thieme
- Riese-Gierolstein, W. (1993): Anorektische Bulimie – oder: wenn Sich-Ablösen zum Kotzen ist. In: Hahn K., Müller F.W. (Hrsg.): Systemische Erziehungs- und Familienberatung. Wege zur Förderung autonomer Lebensgestaltung. Mainz, Matthias Grünewald: 92-101

- Russinger, U. (1992): Systemische Einzeltherapie mit einer Klientin mit bulimischem Verhalten. Ungestillter Hunger oder die Sehnsucht, »Löcher im Inneren zu stopfen«. *systeme* 6(2): 33-43
- Russinger, U. (1995): Systemische und hypnotherapeutische Ansätze in der Therapie von Klientinnen mit bulimischem Verhalten. *systeme* 9(2): 67-78
- Schmidt, G. (1989): Bulimie aus systemischer Sicht. In: Kämmerer, A., Klingspor. B. (Hrsg.): *Bulimie*. Stuttgart, Kohlhammer
- Schmidt, U., Treasure, J. (2000): *Die Bulimie besiegen. Ein Selbsthilfe-Programm*. Weinheim, Beltz
- Schwartz, R.C., Barrett, M.J. (1985): Family Therapy for Bulimia. In: Garner, D.M., Garfinkel, P.E. (ed.): *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York, Guilford: 280-310
- Stüdemann, M., Dietzel, K., Koch, B., Lesemann, K., Mews, M. (1991): Systemische Therapie der Bulimie im stationären Kontext. *Zeitschrift für systemische Therapie* 9(3): 201-212
- Vandereycken, W., Meermann, R. (2000): *Magersucht und Bulimie. Ein Ratgeber für Betroffene und ihre Angehörigen*. Stuttgart, Huber
- Weber, G., Gröne, M. (1989): Schritte zu einem Leben, das nicht mehr zum Kotzen ist. Ein systemisches Einzelgespräch. *Kontext* 16: 65-92
- Willenberg, H., Bassler, M., Krauthauser, H. (1998): Familiendynamische Konstellationen als ätiologischer Faktor bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. *System Familie* 11(1): 3-9

Depressive Störungen

Wahrnehmen und bewerten

● Trauer und Niedergeschlagenheit

Trauer, Niedergeschlagenheit und Unglücklich-Sein gehören zum Leben von Kindern und Jugendlichen ebenso wie zu dem von Erwachsenen. Kinder reagieren traurig, wenn sie durch den Umzug ihrer Familie ihre besten Freunde verlieren, sie sind niedergeschlagen, wenn sie die selbst gesteckten Ziele nicht erreichen, und sind unglücklich über den Tod eines lieben Tieres oder naher Angehöriger. Jugendliche verzweifeln an ihren Misserfolgen in der Schule. Sie entwickeln eine hohe Reizbarkeit, sind mit nichts zufrieden und ziehen sich traurig auf sich selbst zurück, wenn die Freundin oder der Freund sie verlassen hat. All solche Gefühle sind wahrscheinlich notwendig, um auf der anderen Seite Glück zu empfinden, Freude zu spüren, Zuversicht zu erleben und voller Aktivität das Leben zu leben.

● depressive Episoden

Die Symptome einer Depression sind nicht notwendigerweise abnorm. Sie ähneln normalen Sorgen und normaler Bedrücktheit. Abnorm sind sie in ihrer Dauer und ihrer Ausprägung. So spricht man erst dann von einer depressiven Episode, wenn die wichtigsten Anzeichen über 14 Tage anhalten und den ganzen Tag ausgeprägt vorhanden sind.

● Freud- und Interesselosigkeit

Depressive Kinder verlieren das Interesse an den Aktivitäten, die ihnen bisher Spaß gemacht hatten. Jüngere Kinder sind selbst auf neues Spielzeug nicht mehr neugierig, und vor allem das Spiel mit Gleichaltrigen scheint ihnen keinen Spaß mehr zu machen. Jugendliche ziehen sich aus ihrem Freundeskreis zurück. Sie verabreden sich nicht mehr mit Gleichaltrigen und machen auch keine Pläne mehr für das Wochenende. Die Sportgruppe wird gemieden. Häufig werden Kinder, die früher oft im Mittelpunkt standen, zu Außenseitern, die nun auch von den anderen geschnitten werden. Der Rückzug wird zuweilen damit begründet, dass die anderen oberflächlich und uninteressant seien. Die zugrunde liegende Traurigkeit wird wortreich verborgen.

● Appetitverlust

Manchmal erkennt man eine depressive Entwicklung daran, dass Jugendliche ihre Essgewohnheiten ändern: Ihre früheren Lieblingsgerichte interessieren sie nicht mehr. Überhaupt können sie sich nicht mehr auf das Essen freuen. Sie stochern lustlos auf ihrem Teller herum und lassen die Hälfte der Mahlzeit liegen. In seltenen Fällen kann es aber auch zu längeren Phasen deutlich gesteigerten Appetits und erheblicher Gewichtszunahme kommen.

● **Energiemangel**

Oft wirken diese Kinder und Jugendlichen lustlos und träge. Sie sprechen einsilbig mit monotoner Stimme und raffen sich nur widerstrebend zu irgendwelchen Aktivitäten auf. Werden Entscheidungen von ihnen gefordert, schieben sie diese Tage und Wochen lang vor sich hin und sind letztlich doch davon überzeugt, die falsche Entscheidung getroffen zu haben.

● **Erleben von Hoffnungslosigkeit**

Die Kinder und Jugendlichen erleben eine tiefe Hoffnungslosigkeit und ein Gefühl, nicht wollen zu können oder auch nicht wollen zu wollen. Erfüllt von Hilflosigkeit fehlt ihnen das Gefühl, das eigene Leben verantwortlich gestalten zu können. Sie sind auch in ihrer Lebensführung stark beeinträchtigt: Sie können sich nur schwer aufraffen, notwendige Dinge zu erledigen. Alles scheint ihnen sinnlos. In der Schule können sie sich nicht mehr konzentrieren, und es kommt zu einem deutlichen Leistungsabfall.

● **Schlafstörungen**

Ein weiteres Merkmal sind Schlafstörungen. Die Kinder und Jugendlichen brauchen lange, um abends einzuschlafen, wachen nachts oft auf und leiden unter Alpträumen. Am Tag sind sie müde und bei irgendwelchen Aktivitäten rasch erschöpft. Immer mehr verlagern sie ihre Aktivitäten in die späten Abendstunden, in denen sie sich besser fühlen als am Vormittag, und gelangen so zu einer Verschiebung des Tag-Nacht-Rhythmus. Wenn seitens der Eltern keine Kontrollen erfolgen, bleiben solche Jugendlichen zuweilen bis spät in die Nacht vor dem Fernseher sitzen, ohne sich für die Sendung sonderlich zu interessieren, und können morgens nicht aufstehen oder legen sich am Tag zum Schlafen hin.

● **reizbare Verstimmtheit**

Eine reizbare Verstimmtheit ist gerade bei depressiven Kindern und Jugendlichen häufig zu beobachten und ein wichtiges Merkmal in dieser Altersgruppe. Sie hängen lustlos herum, reagieren aber wütend und ausfallend, wenn sie – freundlich – angesprochen werden. Manche neigen zu immer wieder erneuten Streitereien um Kleinigkeiten. Man spürt, dass sie selbst mit sich unzufrieden sind. Bei den Menschen ihrer Umgebung lösen sei ein Gefühl der Hilflosigkeit aus: Alle gut gemeinten Ansprachen und Anregungen sind unerwünscht und werden abgewehrt. Andererseits ist es für die Erwachsenen schwer auszuhalten, den Jugendlichen in seinem offensichtlichen Unglücklichsein leiden zu sehen und nichts zu tun.

● **Selbstzweifel und Schuldgefühle**

Depressiv gehemmte Jugendliche neigen dazu, sich die Sorgen ihrer Mitmenschen zu Eigen zu machen. Alle Gespräche bekommen ein unendlich schweres Gewicht. Überall entdecken sie nur noch Probleme und Bedrohun-

gen. Auseinandersetzungen innerhalb der Familie werden als schreckliches Ereignis gewertet, insbesondere wenn ihr Verhalten der Anlass ist. Sie leiden darunter, dass nach ihrer Überzeugung die anderen Familienmitglieder unter ihnen leiden, und steigern sich in die Überzeugung, dass ohne sie die anderen Familienmitglieder viel glücklicher wären. Zwar sind sie manchmal wütend auf die Eltern; aber wegen dieser Wut fühlen sie sich auch wieder schuldig.

● **aggressives Verhalten**

Zu beachten ist, dass manche depressive Kinder und Jugendliche nach außen gar nicht traurig erscheinen und auch nicht über Unglücklichsein klagen. Vielmehr kann ihre depressive Verstimmtheit in einer hohen Gereiztheit, in Wutanfällen und aggressivem Verhalten zum Ausdruck kommen und durch diverse Schulprobleme in Erscheinung treten.

● **Halluzinationen und Wahnvorstellungen**

In seltenen Fällen hören depressive Jugendliche Stimmen, die ihnen sagen, dass sie schlecht oder wertlos seien, oder die ihnen sogar befehlen, sich das Leben zu nehmen. Auch wahnhaftes Denken kann im Zusammenhang mit einer Depression bei Jugendlichen auftreten. Häufig beziehen sich diese wahnhaften Gedanken auf Handlungen, die als unverzeihlich und schlecht bewertet werden, beispielsweise auf sexuelle Vorstellungen und Handlungen oder auf Ängste vor schweren Strafen.

● **Säuglinge**

Depressive Kinder und Jugendliche reagieren in Abhängigkeit von ihrem Alter und Entwicklungsstand unterschiedlich. Depressive Säuglinge werden weinerlich, wollen nicht mehr essen, verlieren an Gewicht, entwickeln Schlafstörungen und Jaktationen, werden schließlich apathisch und bleiben in ihrer körperlichen Entwicklung zurück. Ein solches Bild findet man bei schweren Vernachlässigungen, beispielsweise bei Kindern drogenabhängiger oder schwer depressiver Mütter (siehe: Probleme von Kindern psychisch kranker oder suchtkranker Eltern).

● **Kleinkinder**

Depressive Kleinkinder haben Schwierigkeiten mit dem Ein- und Durchschlafen, verweigern häufig das Essen und lehnen es ab, sich trösten zu lassen.

● **Kindergartenkinder**

Kindergartenkinder verweisen ebenfalls mit Ein- und Durchschlafstörungen sowie mit häufigem und lange anhaltendem Schreien auf eine depressive Entwicklung. Sie können nicht spielen, zerstören viel und einige koten wieder ein. Auch essen sie schlecht, und manche bleiben sogar im Wachstum

zurück (psychosozialer Minderwuchs). Auch wird über Körperbeschwerden geklagt.

● **Schulkinder**

Solche Körperbeschwerden sind bei depressiven Schulkindern besonders häufig und treten als Bauch- und Kopfschmerzen in Erscheinung. Darüber hinaus kommt es wiederum zu Schlafstörungen und Appetitmangel. Die Kinder machen sich Sorgen um banale Angelegenheiten. Sie weinen viel. Sie haben keine Freunde und leiden unter Gefühlen von Einsamkeit. Gelegentlich kommt es zu kleinkindhaften Verhaltensweisen wie beispielsweise einem erneuten Einnässen. In der Schule werden sie oft gehänselt. Sie haben Schulschwierigkeiten, zeigen Hausaufgabenprobleme und entwickeln Leistungsdefizite. Auch die Schulphobie ist in diesem Zusammenhang zu nennen.

● **Jugendliche**

Bei depressiven Jugendlichen ist man weniger auf die eigenen Beobachtungen wie bei den jüngeren Kindern angewiesen, da sie über die eigenen Gefühle schon besser reflektieren und diese auch beschreiben können. Generell stehen eine allgemeine Gehemmtheit und Kontaktschwäche, Interesselosigkeit, Gefühle der Hoffnungs- und Sinnlosigkeit, Veränderungen des Schlaf-Wach-Rhythmus und Veränderungen des Körpergewichtes im Vordergrund. Es kann eine allgemeine Gleichgültigkeit auftreten, die oft mit einer Vernachlässigung der Kleidung und der Hygiene einhergehen. Nicht selten kommt es zum Missbrauch von Alkohol und illegalen Drogen sowie zu Selbstmordgedanken und Selbstmordhandlungen.

● **Anpassungsstörungen**

Zwei besondere Formen depressiver Störungen werden von den depressiven Episoden abgegrenzt: Die Anpassungsstörung und die Dysthymie. Wenn depressives Verhalten in leichter Ausprägung innerhalb von ein bis zwei Monaten nach dem Erleben einer besonderen Belastung – wie dem Tod eines Elternteils, einem erzwungenen Schulwechsel, dem Verlust eines Freundes oder einer Freundin, einer sonstigen entscheidenden Lebensveränderung oder nach einer schweren körperlichen Krankheit – auftritt, spricht man von einer Anpassungsstörung. Sie kann einen Monat bis mehrere Monate anhalten, dauert aber definitionsgemäß nicht länger als zwei Jahre an. Die depressiven Reaktionen treten bei der Anpassungsstörung häufig vermischt mit Angst auf. Grundsätzlich ist bei einer Anpassungsstörung der Zusammenhang mit einer auslösenden Belastung offensichtlich, die depressive Symptomatik leichter ausgeprägt und die Dauer der depressiven Reaktion begrenzt.

● **Dysthymie**

Von einer Dysthymie spricht man, wenn die depressive Stimmungslage der Kinder und Jugendlichen mindestens ein Jahr lang anhält, allerdings von

tage- oder wochenlangen symptomfreien Perioden unterbrochen wird. Monatelang fühlen sich die Jugendlichen müde und depressiv, alles ist für sie anstrengend und nichts wird genossen. Grübeln, Schlafstörungen und Minderwertigkeitsgefühle werden beklagt. Auch bei der Dysthymie – sie wurde früher als neurotische Depression bezeichnet – liegt in der Regel eine erkennbare traumatisierende Erfahrung vor.

● Häufigkeit

Depressive Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen werden in den letzten Jahren zunehmend häufiger festgestellt, wobei unklar ist, ob dieser Befund durch eine echte Zunahme oder durch eine erhöhte Aufmerksamkeit bedingt ist. Zurzeit wird bei Vorschulkindern eine Auftretenshäufigkeit von etwa 1%, bei Schulkindern von 2% und im Jugendalter von 4 bis 5% angenommen. Der Anstieg im Jugendalter scheint enger mit den allgemeinen Pubertätsproblemen als mit dem chronologischen Alter in Zusammenhang zu stehen.

Vom Jugendalter an ist die Depressionsrate bei Mädchen zwei- bis dreimal höher als bei Jungen. Ursache für diesen Unterschied sind offensichtlich die geschlechtsspezifischen Sozialisationsbedingungen, die dazu führen, dass Mädchen durch belastende Lebensereignisse wie etwa eine Trennung der Eltern stärker beeinträchtigt werden als Jungen. Im Übrigen beurteilen sich Kinder und Jugendliche in Befragungen interessanter Weise deutlich häufiger als depressiv, als Eltern und Lehrer dies annehmen und angeben.

● Verlauf

Bei den meisten Kindern und Jugendlichen dauert eine ausgeprägte Depression sieben bis neun Monate. Bei einer Minderheit von sechs bis 10 Prozent bleibt sie allerdings über eine noch längere Zeit bestehen. Eine Depression kann im Kindes- und Jugendalter wiederholt auftreten. Das Risiko für eine erneute Episode beträgt 40% innerhalb der nächsten zwei Jahre bzw. 70% innerhalb der nächsten fünf Jahre. Bei der Dysthymie scheinen die Wiederauftretensraten insgesamt noch höher zu sein. Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen haben auch als Erwachsene ein deutlich erhöhtes Risiko für erneute depressive Störungen.

● depressives Erleben und Verhalten wahrnehmen

Die depressive Problematik eines Kindes oder Jugendlichen wird leicht übersehen. Sie verhalten sich zurückgezogen, „angepasst“ und fallen niemandem störend auf. Viele Erwachsene sind sehr geprägt von der Idee der „glücklichen Kindheit“ und können sich nicht vorstellen, dass Kinder und Jugendliche über lange Zeit und in solchem Ausmaß traurig, unglücklich, verzweifelt und hoffnungslos sein können. Dabei wird übersehen, dass Kinder eine Unmenge schwieriger Aufgaben zu bewältigen haben, für deren Lösung sie die

notwendigen Techniken der Problembewältigung und Konfliktlösung erst lernen müssen. Eltern fällt es oft besonders schwer, dies wahrzunehmen, zumal sie meist – und das in der Regel zu Recht – der Überzeugung sind, alles für das Kind Notwendige und noch vieles mehr getan zu haben. Andererseits wissen Kinder und Jugendliche oft selbst nicht, was genau mit ihnen los ist, und sie finden selbst keine Worte für ihren Zustand. Zuweilen spüren sie auch, dass sie ihre Eltern sehr belasten würden, wenn sie ihre Depressivität erkennen ließen, und äußern deshalb ihre Gefühle nicht.

Häufig sind es dann Hinweise seitens der Schule, manchmal auch Beobachtungen von Freunden und Bekannten, die auf das Problem aufmerksam machen. Es ist dann wichtig, nicht zu zögern und möglichst bald eine Fachfrau oder einen Fachmann zu Rate zu ziehen und gemeinsam zu bewerten, wie die unterschiedlichen Beobachtungen einzuordnen sind. Diese Fachperson wird ausführlich mit den Eltern und dem Kind sprechen und neben anderem möglicherweise auch Fragebögen einsetzen, beispielsweise das Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche ab 8 Jahren (DIK) oder den Depressionstest für Kinder von 9 – 13 Jahren (DTK). Für Jugendliche ab 16 Jahre kommt auch die allgemeine Depressionsskala (ADS) in Frage.

● **belastete Geschwister**

Die gesamte Familie gerät in Aufruhr, wenn ein Kind depressives Verhalten zeigt. Die „Depression“ ist als Gast in der Familie ständig anwesend. Geschwister können sich schuldig fühlen, sobald sie sich selbst gut fühlen und fröhlich sind. Manchmal sind sie aber auch wütend, weil sie anders behandelt werden, als das Kind, das sich depressiv zeigt. Oft müssen sie mehr Aufgaben und Pflichten übernehmen, weil das depressive Kind dies nicht kann und die Eltern durch die Auffälligkeiten dieses Kindes sehr belastet sind. Das kann dazu führen, dass Geschwister depressiver Kinder sehr früh selbstständig werden. Aber die Gefahr besteht, dass ihre eigenen Bedürfnisse nach Zuwendung und Aufmerksamkeit nicht ausreichend erfüllt werden.

● **Essstörungen**

Ein enger Zusammenhang besteht zu der Magersucht und der Bulimie. Insbesondere bei der Magersucht ist allerdings oft unklar, ob die Depression Auslöser für das magersüchtige Verhalten war oder ob das magersüchtige Verhalten die Depression bedingt hat. In jedem Fall bessert sich bei den meisten magersüchtigen Jugendlichen die depressive Verstimmung, sobald sie wieder ein jeweils einigermaßen angemessenes Körpergewicht erreicht haben. Bei ihnen ist die Gewichtszunahme die beste Form der Depressionsbehandlung. Antidepressiv wirkende Medikamente bringen zumeist keine Besserung.

● Drogenmissbrauch

Der Missbrauch von Alkohol und illegalen Drogen ist bei depressiven Jugendlichen sehr häufig. Die Jugendlichen machen quasi mit der Einnahme der Drogen einen Behandlungsversuch und sind bestrebt, ihr depressives Problem mit dem Drogenkonsum zu lösen. Dies hilft auch für kurze Zeit, leider jedoch mit der Folge, dass der depressive Zustand anschließend um so schlimmer erlebt wird. Allerdings bieten die ebenfalls drogenmissbrauchenden Jugendlichen in der „Szene“ vor Ort dem depressiven Jugendlichen insofern Erleichterung, weil sie kaum Forderungen stellen und in der Regel selbst dazu neigen, inaktiv in den Tag zu leben. Beide Faktoren tragen dazu bei, dass sich ein Teufelskreis entwickelt, der zu einer Drogenabhängigkeit führen kann.

Zuordnen und verstehen

● Vielfalt von Bedingungen

Depressives Erleben und Verhalten entwickelt sich unter sehr unterschiedlichen Bedingungen, die in vielfältiger Weise zusammenwirken, die Entwicklung der Symptomatik auslösen, aufrechterhalten und verstärken, sie gegebenenfalls aber auch lindern. Spezifische familiäre oder andere psychosoziale Ursachen für Depressionen gibt es demgegenüber nicht. Stets ist ein Erklärungs- und Verstehensansatz erforderlich, der eine ganze Reihe unterschiedlicher Faktoren und Bedingungen erfasst und berücksichtigt.

● Überforderung bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben

Kinder und Jugendliche haben je nach Alter und Entwicklungsstand spezifische Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Im Jugendalter, in dem depressive Störungen häufiger auftreten, stehen beispielsweise folgende Entwicklungsaufgaben im Vordergrund: die Annahme der in diesem Alter sich vollziehenden körperlichen Veränderungen, die Nutzung der veränderten Möglichkeiten des Körpers, die Übernahme der weiblichen oder männlichen Geschlechtsrolle, die Ablösung vom Elternhaus, die Vorbereitung auf eine berufliche Ausbildung und die Entwicklung eines eigenen Wertesystems und eines ethischen Bewusstseins. Ob Kinder und Jugendliche in der Lage sind, ihre jeweiligen Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, hängt von ihren persönlichen Stärken ab, die sie im Laufe des Lebens ausbilden konnten, insbesondere von ihren Problemlöse- und Bewältigungsstrategien, aber auch von den Einflüssen wichtiger Unterstützungssysteme wie Familie und Gleichaltrigengruppe. Werden Kinder und Jugendliche bei der Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben überfordert, kann sich eine depressive Symptomatik entwickeln, die sich wiederum ungünstig auf den weiteren Entwicklungsprozess auswirkt.

● „starke“ Kinder

Menschen reagieren auf belastende Ereignisse jedoch sehr unterschiedlich. So gibt es Kinder, die unter sehr ungünstigen Verhältnissen aufwachsen und durch mannigfache Ereignisse in ihrer Entwicklung behindert werden, die aber trotzdem ihre Entwicklungsaufgaben bewältigen und keine Verhaltensprobleme entwickeln. Ein genauerer Blick auf die Persönlichkeitsmerkmale, Verhaltensweisen und Umweltbedingungen dieser Kinder kann helfen, Kinder mit depressiven und anderen Störungen besser zu verstehen.

Man hat deshalb die Kinder und Jugendlichen, die Lebenskrisen ohne langfristige Beeinträchtigung meisterten, mit solchen verglichen, die das nicht schafften, und dabei folgende Unterschiede festgestellt: Die „starken“ Kinder und Jugendlichen hatten eine stabile emotionale Beziehung zu einem Erwachsenen. Wenn es kein Elternteil war, dann übernahmen die Großeltern, ein Onkel, eine Tante, eine Nachbarin oder eine Lehrkraft diese Rolle. Die Kinder und Jugendlichen konnten Menschen benennen, die ihnen als soziales Vorbild dienten und ihnen zeigten, wie Probleme konstruktiv gelöst werden können. Und schließlich hatten diese Kinder und Jugendlichen schon früh Leistungsanforderungen bewältigen müssen. Sie hatten beispielsweise für ein jüngeres Geschwister gesorgt oder ein Amt in der Schule, in der Kirche oder einer sonstigen Institution übernommen.

● depressive Eltern

Depressiven Müttern und Vätern fällt es schwer, die Aufmerksamkeit, Sensibilität und Empfindsamkeit zu zeigen, die für einen guten Kontakt zwischen Säugling und Eltern so wichtig sind. Im Vorschulalter sind sie in der Möglichkeit eingeschränkt, mit ihren Kindern zu spielen und sie angemessen zu versorgen. Bei Schulkindern sind depressive Eltern nur in begrenztem Umfang in der Lage, sich mit den schulischen Aktivitäten, den Freundschaften und den Interessen ihrer Kinder auseinander zu setzen. Kommen die Kinder in die Pubertät, fehlt ihnen häufig die Kraft, angemessene Grenzen zu setzen und über gemeinsames Tun positive Aktivitäten zu fördern.

● Kinder depressiver Eltern

Aufgrund solcher Faktoren tragen Kinder und Jugendliche aus Familien mit depressiven Eltern oder einem depressiven Elternteil ein besonderes Risiko, selbst eine depressive Symptomatik zu entwickeln. Depressive Verhaltensmuster werden von den Kindern erlernt. So kann man beobachten, dass solche Kinder und Jugendlichen mit Gefühlen wie Trauer oder Wut Probleme haben und es ihnen schwer fällt, ein emotional ausgeglichenes Verhalten zu zeigen. Säuglinge und kleinere Kinder, deren Eltern unter Depressionen leiden, scheinen zudem größere Schwierigkeiten damit zu haben, Bindungen zu ihren Eltern und auch zu anderen Erwachsenen aufzubauen. Die

späteren Beziehungen dieser Kinder und Jugendlichen sind oft durch Konflikte, Instabilität und Unzufriedenheit geprägt.

Kinder depressiver Eltern fühlen sich sehr gebunden und verpflichtet. Manche sehen sich gezwungen, ihre Eltern zu versorgen, zu schützen und zu trösten. Sie konzentrieren sich mehr auf diese selbstgestellten Aufgaben als darauf, die eigenen Gefühle wahrzunehmen, die altersgemäßen Spiele zu spielen und die altersgemäßen Probleme zu lösen. Ärger und Wut über das Verhalten der Eltern und die belastende familiäre Situation kommt in ihnen auf. Gleichzeitig verbieten sie sich ein solches Erleben und entwickeln Schuldgefühle sowie ein negatives Selbstbild und denken: Ich bin schlecht, weil ich wütend auf meine Mutter bin, die doch krank ist. (Siehe auch: Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern.)

● **Verlust durch Tod oder Trennung**

Auffällig viele depressive Kinder hatten in frühen Jahren Trennungen zu verkraften. Sie haben eine wichtige Bezugsperson durch Tod oder die Scheidung der Eltern verloren und keinen angemessenen Ersatz gefunden. Dies trifft nahe liegender Weise solche Kinder besonders hart, die zu diesem Menschen ein besonders enges Verhältnis hatten und deren Selbstachtung von dieser Person abhängig war. Solche Kinder sind oft noch nicht in der Lage, das, was sie an Liebe und Zuwendung von dieser Person vor dem Verlust erfahren hatten, als Schatz in sich zu bewahren und ihn als Grundlage dafür zu nutzen, sich nach dem Prozess der Trauer anderen Menschen und anderen Zielen wieder zu öffnen.

● **Bewältigung emotionaler Belastungen**

Weibliche und männliche Jugendliche unterscheiden sich in der Art, wie sie versuchen, mit emotionalen Belastungen fertig zu werden. Männliche Jugendliche suchen am ehesten Ablenkung und vermeiden unangenehme Situationen. Weibliche Jugendliche tendieren dazu, soziale Unterstützung zu suchen und die Probleme ausführlich zu besprechen. Sie entwickeln eher eine grüblerisch sich wiederholende Beschäftigung mit ihrem Problem und damit eine Strategie, die die Aufmerksamkeit auf die Beeinträchtigung der eigenen Stimmung lenkt und damit zu einer verschärften Wahrnehmung des eigenen Unglücklichseins führt. Dies wird als möglicher Grund für die erhöhte Anfälligkeit von Mädchen für Depressionen angesehen.

● **kognitive Verzerrungen**

Depressive Kinder und Jugendliche neigen zu „falschem Denken“, das sie besonders aktivieren, wenn sie sich durch Stress belastet fühlen. Negative Gedanken über die eigene Person („Ich bin schlecht“), über die Umwelt („Alle sind gegen mich“) und über die Zukunft („Wahrscheinlich werden mich heute wieder alle hänseln“) steuern ihre gesamte Wahrnehmung und bestimmen

das Verhalten. Sie neigen zu willkürlichen Schlussfolgerungen („Meine Mutter redet mehr mit meiner Freundin als mit mir; also liebt sie mich nicht“), neigen dazu, Details überzubewerten („Mein Vater spielt mit meiner Schwester; er ist glücklicher, wenn er bei ihr ist als bei mir“), oder verallgemeinern vereinzelte Ereignisse („Jürgen hat meine Freundin zum Tanzen aufgefordert; er hält mich für hässlich und unattraktiv“). In ähnlicher Weise erhalten kleinere Beobachtungen und Ereignisse eine ganz unangemessene Bedeutung (Das selbst gemalte Bild ist in einem Detail nicht voll gelungen; deshalb ist das ganze Bild schlecht) und positive Leistungen werden abgewertet („Ich kann zwar Klavierspielen; aber es kommt nicht aus dem Herzen; deshalb ist es wertlos“). Die Kinder und Jugendlichen sehen sich als Verursacher negativer Ereignisse („Ich bin schuld daran, dass sich meine Eltern ständig streiten“), und das eigene Verhalten wird mit dem anderer verglichen und abgewertet („Die anderen sind toll und machen alles wunderbar; ich selbst bin zu nichts richtig fähig“).

● **Kontrollüberzeugung**

Menschen unterscheiden sich durch ihre Überzeugung, die Ereignisse ihres Lebens in ihrem Sinne beeinflussen zu können oder aber den Einflüssen anderer bzw. dem Wirken des Schicksals mehr oder weniger stark ausgeliefert zu sein. Depressiven Kindern und Jugendlichen fehlt die Überzeugung, die meisten Dinge in ihrem Leben selbst steuern zu können. Vielmehr haben sie das Gefühl, von übermächtigen Kräften außerhalb ihres Einflussbereiches – von anderen Personen oder schicksalhaften Ereignissen – kontrolliert zu werden.

● **erlernte Hilflosigkeit**

Die Vorstellung, dass depressives Verhalten aus erlernter Hilflosigkeit entstehen kann, geht auf Tierversuche in den 60iger Jahren zurück, in denen Hunde Stromschlägen ausgesetzt wurden. Die Tiere versuchten zunächst, einem durch Stromschläge verursachten Schmerzreiz zu entkommen. Als sie jedoch erkannten, dass sie den Schlägen nicht enttrinnen konnten, gaben sie schließlich auf. Einige Zeit später brachte man dieselben Tiere in eine Situation, in der sie den Stromschlägen hätten entkommen können. Aber die Tiere machten nicht einmal mehr den Versuch, diese Chance zu nutzen. Sie hatten verlernt, das Problem aktiv zu bewältigen, hatten eine Haltung der erlernten Hilflosigkeit entwickelt.

Ein Kind, das immer wieder negativen Ereignissen (Vorwürfen, Einschüchterungen, Gleichgültigkeit und anderem) ausgesetzt ist und die Erfahrung macht, dass es auch durch besondere Anstrengungen daran nichts ändern kann, lernt Entsprechendes: Es macht mit der Zeit die Erfahrung, dass die Dinge geschehen, ohne dass sie durch eigenes Verhalten kontrolliert und beeinflusst werden können. Es entwickelt eine Haltung erlernter Hilflosigkeit als

Grundlage für depressives, inaktives Verhalten: Je stärker das Kind erwartet, dass etwas Schlimmes passiert (das heißt: je stärker seine Misserfolgs-erwartung ist), und je stärker es davon überzeugt ist, dass es nichts dagegen tun kann, umso depressiver wird es.

● körperliche Belastungen

Es gibt körperliche Erkrankungen, die bei längerem Bestehen die Leistungsfähigkeit eines Kindes oder Jugendlichen erheblich beeinträchtigen und damit auch Grundlage für eine depressive Entwicklung werden können. Dabei handelt es sich um chronische Infektionen beispielsweise der Mandeln und der Nasennebenhöhlen, um Erkrankungen des Blutbildes (Anämie), Erkrankungen der Leber, der Niere oder Schilddrüsenerkrankungen.

Häufiger noch sind chronische Erkrankungen wie Diabetes, Asthma, Mukoviszidose und Anfallsleiden Anlass für eine depressive Entwicklung. Diese Krankheiten schränken die Möglichkeiten des Kindes oder Jugendlichen ein, genauso wie alle anderen Kinder zu handeln und Aktivitäten aufzunehmen. Sie müssen ständig auf ihre Erkrankung Rücksicht nehmen und müssen zu- meist Medikamente einnehmen, die möglicherweise mit ihren Nebenwirkungen ihre Lebensfreude beeinträchtigen. Sie müssen sich eventuell mit der Frage auseinandersetzen, ob sie heiraten und Kinder bekommen wollen. Sie wissen, dass sie möglicherweise nicht so alt werden wie die Menschen, die nicht ihre Krankheit haben. Solche Kinder und Jugendliche brauchen mehr an positiver Aktivität und Bewältigung, um die jeweils anstehenden Entwicklungsaufgaben erfolgreich zu meistern und nicht depressiv zu werden.

● familiäre Belastungen

Familiäre Belastungen können in ähnlicher Weise die Bewältigung der jeweils anstehenden Entwicklungsaufgaben erschweren. Dabei kann es sich um häufige Umzüge handeln, die von dem Kind fordern, sich immer wieder in neue Umwelten einzuleben, neue Freunde zu finden und neuen schulischen Anforderungen zu entsprechen. Aber auch Arbeits- und Geldprobleme der Eltern oder ständige Konflikte und Auseinandersetzungen der Eltern können solche Belastungen darstellen. In ähnlicher Weise wirkt ein negativ gespanntes Familienklima: Jahrelange Kritik oder Demütigung kann dem Kind das Gefühl geben, dass es zu nichts taugt und unnütz ist. Doch ein zu starkes Beschützen und Unselbstständighalten kann die gleiche Botschaft vermitteln, indem es dem Kind die Fähigkeit abspricht, unabhängig zu handeln und Eigenverantwortung zu übernehmen. Und selbstverständlich können gravierende traumatische Erlebnisse wie ein sexueller Missbrauch – insbesondere wenn sich ein solcher über längere Zeit erstreckte und bei dem Mädchen das Erleben von Wehr- und Hilflosigkeit auslöste – depressive Entwicklungen auslösen.

● **schulische Belastungen**

Auch eine chronische Überforderung in der Schule kann in ähnlicher Weise wirksam werden. Dies geschieht beispielsweise, wenn Kinder und Jugendliche nicht in der ihrem intellektuellen Leistungsmöglichkeiten entsprechenden Schulform beschult werden. Möglicherweise sind sie aber auch aufgrund von Teilleistungsschwächen (Lese-Rechtschreibschwäche oder Rechenschwäche) nicht in der Lage, die geforderten Leistungen zu erbringen, ohne dass seitens der Eltern oder Lehrer auf ihre Leistungsproblematik Rücksicht genommen wird.

● **aufrechterhaltende Faktoren**

Depressives Verhalten löst in der Umwelt starke Reaktionen aus und beeinflusst die Beziehung in einer Familie oder einer sonstigen Lebensgruppe in hohem Maße. Das offensichtliche Leiden, die Inaktivität und Interesselosigkeit der depressiven Kinder und Jugendlichen lösen Aktivitäten aus, die hilfreich und unterstützend gedacht sind. Sie können von den depressiven Menschen meistens aber nicht angenommen werden, was bei den anderen im Laufe der Zeit zu Hilflosigkeit, aber auch zu Ärger und Wut führt. Darüber hinaus treten bei den Menschen, die mit dem depressiven Kind oder Jugendlichen zusammenleben, – insbesondere Eltern – Schuldgefühle und Schuldideen auf, in irgendeiner Weise für das Unglücklichsein der Kinder und Jugendlichen mit verantwortlich zu sein. Zwischen allen Beteiligten entwickeln sich im Laufe der Zeit stabile Verhaltensmuster, unter denen alle leiden, die aber nur noch schwer geändert werden können.

● **Bitte um Zuwendung und Hilfe**

Eine andere Möglichkeit, depressives Verhalten zu verstehen, besteht darin, es als einen Versuch anzusehen, Unterstützung von anderen zu bekommen. Leicht aber stößt dieses Verhalten die anderen zurück. Es entwickelt sich dann ein Teufelskreis, aus dem alle Beteiligten nicht mehr entkommen: Je heftiger das Kind durch sein depressives (Ausdrucks-)Verhalten um Zuwendung und Hilfe zu bitten versucht, umso unwilliger reagieren die Familienmitglieder, die Freunde und sonstigen Helfer. Deren Unterstützungsangebote erhalten dann oft einen widerwilligen Unterton. Das depressive Kind hört den sehr aufmerksam und erlebt den Versuch der Unterstützung als wertlos. Umso mehr muss es nun beweisen, wie sehr es leidet, was dann wiederum von der Umwelt leicht als demonstrativ empfunden wird – eine Interaktion, die nur endet, wenn es einem der Beteiligten gelingt, aus dem Teufelskreis auszusteigen.

● **„keiner kann helfen“**

Einen anderen, aber nicht weniger problematischen Akzent erhält die Interaktion der depressiven Jugendlichen mit ihren Familienangehörigen und Helfern, wenn sie ihr depressives Erleben und Verhalten als ihr eigenes Pro-

blem erklärt, bei dem keiner helfen kann. Da sie aber gleichzeitig durch ihr Ausdrucksverhalten in hohem Maße zur Hilfe aufruft, löst sie bei den anderen das Erleben aus, helfen zu müssen, ohne helfen zu können. Erst wenn die Angehörigen wagen, ihre Gefühle der Hilflosigkeit auszusprechen, ergibt sich in solchen Fällen die Chance, die Beziehung zu verbessern, was zu meist auch zu einer Verringerung der depressiven Symptome führt.

Lösungen anregen und möglich machen

● elterliche Unterstützung

Die wichtigste Quelle der Hilfe für ein depressives Kind oder eine depressive Jugendliche sind ihre engsten Bezugspersonen, in der Regel also ihre Eltern. Sie kennen ihr Kind, sie lieben ihr Kind, und sie sind diejenigen, die für das Kind in erster Linie wichtig sind. Was sie tun und sagen hat deshalb die größte Wirkung auf das Kind. Allerdings kann es geschehen, dass das depressive Verhalten eines Kindes Eltern sehr verunsichert, sie rat- und hilflos macht. In solchen Fällen sollten Eltern nicht zögern, sich von Fachleuten beraten zu lassen oder aber gemeinsam mit dem Kind zu einer Familientherapeutin zu gehen. Sie wird allen Beteiligten helfen, ihre Stärken zu nutzen und sie gemeinsam zur Lösung der bei dem Kind aufgetretenen Schwierigkeiten einzusetzen.

● aktiv zuhören

Beschwichtigende Kommentare, die vielleicht als Trost gedacht sind („Du kannst doch unmöglich deshalb so traurig sein“ oder „Komm schon, du hast das Leben noch vor dir“ oder „Nimm doch nicht alles so ernst“), helfen dem Kind nicht, sondern machen alles nur noch schlimmer. Das Kind fühlt sich unverstanden und mit seinen Problemen allein gelassen. Hören Sie vielmehr genau zu, wiederholen Sie das Gesagte mit Ihren Worten, und fragen Sie, ob Sie alles richtig verstanden haben. Mildern Sie dabei die Problembeschreibung nicht ab, sondern übertreiben Sie sie eher in negativer Hinsicht. Das nämlich ermöglicht dem Kind nicht nur, sich verstanden zu fühlen, sondern motiviert es, den eigenen Blick darauf zu werfen, dass vielleicht doch nicht alles ganz so schlimm ist.

● das Gespräch suchen

Depressive Kinder ziehen sich oft schweigend zurück. Suchen Sie dann das Gespräch mit ihm. Versuchen Sie es aber nicht auszuquetschen („Was ist los?“ „Warum bist du in letzter Zeit immer so mürrisch?“), denn das Kind weiß das meist auch nicht genau. Formulieren Sie vielmehr Ihre Beobachtungen („Ich habe den Eindruck, du bist immer noch sehr traurig“), und sprechen Sie auch Ihre Vermutungen aus („Ich habe den Eindruck, du musst immer noch an deine Freunde an unserem letzten Wohnort denken und dar-

an, wie glücklich du mit ihnen warst“). Das Kind wird sich wahrscheinlich verstanden fühlen. Gleichzeitig zeigen Sie ihm, wie man über Gefühle reden kann und dass dies eher erleichtert, als dass es alles noch schlimmer machen würde.

- **auf die Stärken bauen**

Setzen Sie auf die Stärken Ihres Kindes, heben Sie diese hervor, und reden Sie darüber. Jedes Kind hat besondere Fähigkeiten und positive Eigenschaften. Wenn Sie diese zum Thema machen, helfen Sie dem Kind mehr, als wenn Sie über seine Schwächen und Probleme sprechen. Lassen Sie das Kind am Abend darüber reden, was ihm gut gelungen ist und wo es zumindest einen ganz kleinen Erfolg gehabt hat. Wenn Sie dieses „Auf-die-Stärken-bauen“ konsequent verfolgen, wird sich mit der Zeit auch die Blickrichtung des Kindes ändern. Probleme löst man nicht, indem man über Probleme redet, sondern indem man über das redet, was an die Stelle der Probleme treten soll, und über die möglicherweise winzig kleinen Elemente dieses positiven Zustandes, die auch jetzt schon auftreten.

- **familiäre Entlastung**

Überlegen Sie, welche familiären Bedingungen das Kind belasten, und suchen Sie mit ihm gemeinsame Lösungen. Sprechen Sie offen beispielsweise über die Arbeitslosigkeit des Vaters oder der Mutter, und überlegen Sie, wie jeder – auch das Kind – dazu beitragen kann, mit weniger Geld auszukommen. Oder sprechen Sie ebenso offen über Ihren Schmerz, Ihre Trauer, Ihre Wut und Ihren Zorn darüber, dass Sie von Ihrem Ehepartner verlassen wurden, und überlegen Sie, wie Sie – eventuell gemeinsam mit Ihrem Kind – sich trotzdem von Zeit zu Zeit schöne Stunden machen können. Führt der Schmerz oder der Zorn über die Trennung dazu, dass Sie es kaum ertragen können, wenn Ihr Kind positiv über Ihren ehemaligen Ehepartner spricht? Reden Sie mit Ihrem Kind darüber, wie schwer das für Sie ist. Bemühen Sie sich, in diesen und ähnlichen Fragen mit dem Kind ganz offen zu sprechen, und suchen Sie gemeinsam mit ihm nach Lösungen, die für beide erträglich sind. Mit Hilfe Ihres Zutrauens, dass das Kind selbst viel zu der für Ihre besonderen Verhältnisse passenden Lösungen beitragen wird, stärken Sie das Kind in seinem Kampf gegen depressive Gefühle.

- **schulische Entlastung**

Zuweilen ist es notwendig, genau darauf zu schauen, ob das Kind den schulischen Anforderungen tatsächlich gewachsen ist. Entspricht die Schulform seiner Intelligenzkapazität? Liegen Teilleistungsstörungen vor, zum Beispiel eine Lese-Rechtschreibschwäche oder eine Rechenschwäche? Ist das Kind durch eine Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung daran gehindert, die erwarteten Schulleistungen zu erbringen? Erlebt es seitens der Eltern einen hohen Druck im Hinblick auf schulische Erfolge? Kinder spüren oft eine der-

artige Erwartungshaltung der Eltern, auch wenn diese immer wieder betonen, dass Schulleistungen für sie gar nicht so wichtig seien. Sie halten solche Beteuerungen für freundliche Zugeständnisse, die aber „in Wirklichkeit“ nicht so gemeint seien, so dass Eltern überlegen müssen, auf welche Weise sie ihre Überzeugung trotzdem vermitteln können (beispielsweise durch ein besonderes Interesse für nicht-schulische Aktivitäten des Kindes).

● **Selbstachtung stärken**

Eltern sollten alles tun, um die Selbstachtung ihres Kindes zu stärken. Kinder mit Selbstachtung wissen um ihre Fähigkeiten, treffen eigene Entscheidungen, übernehmen Verantwortung für ihr Verhalten, ertragen Frustrationen und verfügen über eine vielfältige Gefühlswelt. Selbstachtung fördert man, indem man die Gefühle des Kindes achtet und ihm mit Respekt begegnet, indem man die eigenen Erwartungen an das Verhalten des Kindes deutlich ausdrückt und auf der Einhaltung gemeinsamer Regeln eindeutig besteht. Selbstachtung wächst bei dem Kind, wenn es das Interesse der Eltern an seiner Person spürt, an seinen Leistungen und Erfolgen, aber auch an seinen Misserfolgen und den daraus resultierenden Überlegungen, wie sie beim nächsten Mal zu vermeiden sind.

Eltern sollten niemals von ihrem Kind verlangen, dass es etwas einsieht („Du musst doch einsehen, dass das vernünftig ist“). Kinder haben ein Recht auf ihre Gefühle und ein Recht darauf, dass sie irgendwelche Dinge, die die Eltern für vernünftig halten, überhaupt nicht einsehen. Eltern sollten ihre Erwartungen formulieren und darauf bestehen. Sie sollten mit zunehmendem Alter fordern, dass das Kind Aufgaben im gemeinsamen Haushalt übernimmt und für bestimmte Bereiche die Verantwortung hat. Auch das fördert die Selbstachtung des Kindes. Und schließlich sollten Eltern möglichst viele und mit zunehmendem Alter immer mehr Gelegenheiten nutzen, dem Kind die Möglichkeit zu geben, eigenverantwortlich zu entscheiden, gegebenenfalls auch einmal Entscheidungen für die ganze Familie zu treffen (beispielsweise über das Ziel des Sonntagsausfluges).

● **positive Denkmuster trainieren**

Kognitiven Verzerrungen lässt sich entgegenwirken, indem man mit dem Kind positive Denkmuster trainiert. So kann man mit dem Kind überlegen, warum die Freundin nicht wie erwartet angerufen hat, was ihr dazwischen gekommen sein könnte oder was sie sonst daran gehindert haben könnte, um der willkürlichen Schlussfolgerung entgegenzuwirken: „Meine Freundin mag mich nicht mehr.“ Auch kann man mit dem Kind trainieren, die bedeutsamen Merkmale einer Situation angemessen zu werten und kleinere negative Details (den Ärger des Vaters über ein von dem Kind umgestoßenes Glas) nicht überzubewerten und dadurch dem gesamten Geschehen einen negativen Anstrich zu geben. Man kann mit dem Kind darüber reden, dass eine Einzel-

erfahrung („Im Weitsprung bin ich nicht gut“) keineswegs zu dem Schluss berechtigt: „Ich bin eine schlechte Sportlerin“, und nach Bereichen suchen, in denen es sportlich ganz gut abgeschnitten hat. In ähnlicher Weise kann man mit dem Kind trainieren, andere kognitive Verzerrungen zu vermeiden und Lebenserfahrungen angemessen zu bewerten.

- **verlernte Hilfslosigkeit**

Eltern sollten Gelegenheiten suchen, dem Kind vor Augen zu führen, dass es – mal in kleinem, mal in größerem Umfang – in der Lage ist, seine Lebensumstände selbst zu bestimmen. Sie sollten den Einsatz hervorheben, den ein Kind für das Erreichen eines Erfolges erbracht hat, um bei einer solchen positiven Gelegenheit darauf hinzuweisen, dass Erfolge nicht Glückssache sind, sondern das Ergebnis von Einsatz und Ausdauer. Eltern sollten auch Gelegenheiten suchen, eigene Erfolge in Anwesenheit des Kindes zu genießen und sie zugleich mit der intensiven Arbeit und Anstrengung in Verbindung zu setzen, die sie dafür aufgebracht haben. Denn Eltern sind ein wichtiges Vorbild für das Kind auch in der Art ihrer Kontrollüberzeugungen. Sie sollten ebenso über den eigenen Misserfolg vor dem Kind sprechen und beispielsweise darüber, dass sie sich ärgern, nicht genug Arbeit in diese Aufgabe investiert zu haben.

- **soziale Fertigkeiten trainieren**

Viele depressive Kinder und Jugendliche sind schon mit frühen Jahren eher schüchterne, zurückgezogene Kinder gewesen, die wenig Sozialkontakte hatten und sich im Umgang mit Gleichaltrigen schon immer schwer getan haben. Mit ihnen kann man üben, soziale Situationen richtig einzuordnen und das Verhalten anderer Menschen dabei richtig zu verstehen, die Bedürfnisse und Gefühle anderer wahrzunehmen, eine Unterhaltung zu führen, sich mit jemanden anzufreunden und mit Konflikten umzugehen. Man kann sie auch darauf aufmerksam machen, wie sehr sie durch ihr eigenes Verhalten – beispielsweise ihren mürrischen Gesichtsausdruck und den unfreundlichen Tonfall ihrer Stimme – das Verhalten der anderen selbst negativ beeinflussen und Ablehnungsreaktionen selbst hervorrufen. Man kann sie anregen, einfach ein anderes Verhalten einmal auszuprobieren (auch wenn es „unecht“ ist), um sich selbst die Möglichkeit zu geben, andere Erfahrungen zu machen. Gegebenenfalls sollten die Erwachsenen überlegen, in welchen Gruppen ihr Kind am ehesten akzeptiert wird, und ihm dann dabei helfen, den Mut zu fassen, in eine solche Gleichaltrigengruppe zu gehen.

- **Problemlösefähigkeiten trainieren**

Wenn depressive Kinder vor einem Problem stehen, fallen ihnen nur wenige Lösungsmöglichkeiten ein. Sie unterschätzen die eigenen Möglichkeiten und neigen zu einem Alles oder Nichts (wenn es nicht sofort klappt, wird es nie klappen). Darum ist es nützlich, mit den Kindern gemeinsam darüber nach-

zudenken, welche kleinen Ziele auch schon gut sind, und mit ihnen gemeinsam Ideen zu sammeln, welche vielen unterschiedlichen Möglichkeiten es gibt, solch ein Ziel zu erreichen. Wägen Sie mit dem Kind die Schwierigkeiten, die Risiken und die Chancen, das Ziel zu erreichen, ab. Regen Sie es an, sich einen Plan zu machen und diesen zu verfolgen. Schauen Sie sich mit ihm an, was bei der Verfolgung des Planes gelingt und was nicht, und helfen sie ihm, seine Strategie gegebenenfalls zu ändern.

● **Kinder stark machen**

Wenn man Kindern helfen will, eine Stärke zu entwickeln, die es ihnen möglich macht, Lebenskrisen ohne langfristige Beeinträchtigung zu meistern, sollte man sich an Forschungen darüber orientieren, wie sich solche starken Menschen verhalten.

Zum ersten schämen sich solche Menschen ihrer Trauer, ihrer Tränen, ihrer Wut und ihrer Ängste nicht und versuchen nicht, ihre Gefühle zu unterdrücken. Zum zweiten denken sie nicht lange darüber nach, warum ihnen irgendetwas zugestoßen ist, sondern stellen sich auf eine schwierige und schmerzhaft Zeit ein und richten ihren Blick in die Zukunft. Sie grübeln nicht unentwegt über ein Problem nach, sondern sind sogar im tiefsten Schmerz in der Lage, nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Drittens versuchen sie erst gar nicht, Schwierigkeiten im Alleingang zu lösen, sondern schauen nach Menschen aus, mit denen sie über ihre Sorgen sprechen können. Sie meiden Personen, die nur Sprüche klopfen (wie: „Die Zeit heilt alle Wunden“, „Anderen geht es noch schlechter als dir“, „Das Leben geht weiter“), sondern suchen solche Menschen, die ihnen Mut machen und sie an ihre Stärken erinnern. Viertens überwinden starke Menschen nach einiger Zeit das Opfergefühl und wenden sich von einem „Ich-kann-nicht“ zu einem „Ich-will-es-versuchen“. Und schließlich geben sich starke Menschen für die Schwierigkeiten in ihrem Leben nicht vorwiegend selbst die Schuld, sondern erkennen auch, was andere oder die Umstände dazu beigetragen haben. Sie sehen beispielsweise, dass sie unter wesentlich ungünstigeren familiären Umständen aufgewachsen sind als andere, und können damit erkennen, dass sie Vieles trotzdem geschafft haben.

● **Psychotherapie**

Nicht die Depression – ein Begriff, unter dem man bestimmte Beobachtungen und Erfahrungen zusammenfasst –, sondern die Störungen des Verhaltens und Befindens, unter denen das Kind – und mit ihm die ganze Familie – leidet, werden psychotherapeutisch behandelt. Die Maßnahmen werden also immer auf den Einzelfall orientiert und beziehen die wichtigen Personen der Umwelt – Eltern, Geschwister, Freunde und Bekannte, Lehrerinnen, Ausbilderinnen – je nach Bedarf mit ein. In der Familie geht es um das Erlernen einer offenen Kommunikation und um das Finden von familiär jeweils pas-

senden Techniken zur Bewältigung von Meinungsverschiedenheiten. Für die Jugendliche geht es darum, die depressiven Denkschemata zu verändern, depressionstypische Gedanken zu hemmen und durch positive Denkmuster zu ersetzen. Sie lernt, emotionales Befinden, Denkabläufe und Handlungsweisen zu kontrollieren, so dass sie depressiven Entwicklungen entgegenwirken kann.

● **medikamentöse Behandlung**

Während leichtere depressive Zustände durch Medikamente relativ schlecht zu behandeln sind, wird in schweren Fällen eine medikamentöse Behandlung durch einen Kinder- und Jugendpsychiater notwendig sein. Dabei wird man heutzutage in erster Linie zu den so genannten selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) greifen, deren Nebenwirkungen geringer sind als die der früher üblichen tri- und tetrazyklischen Antidepressiva (die nach neueren Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen auch nur Placebo-Wirkung haben). Zu beachten ist jedoch, dass der stimmungsaufhellende Effekt erst nach ein bis drei Wochen auftritt, während mögliche Nebenwirkungen wie Übelkeit, Schlafstörungen und Unruhe möglicherweise sehr bald bemerkt werden. Die medikamentöse Behandlung sollte in der Regel über mehrere Monate durchgeführt werden. Ein Absetzen des Medikamentes nach eingetretener Besserung soll niemals schlagartig erfolgen, da sonst die Gefahr besteht, dass die Depression gleich wieder auftritt. Anzumerken ist, dass diese Antidepressiva nicht zu einer Abhängigkeit führen. Blutbildkontrollen müssen während der Einnahme regelmäßig erfolgen.

● **stationäre Therapie**

Ist die depressive Episode stark ausgeprägt und werden zusätzlich noch Selbstmordgedanken geäußert oder sind Selbstmordhandlungen durchgeführt worden, ist eine stationäre Behandlung meist unverzichtbar. Auch hierbei ist die Mitwirkung der Eltern oder der gesamten Familie wichtig, gegebenenfalls auch ein Einbezug von Lehrerinnen und Ausbilderinnen. In der Stationsgruppe hat die Jugendliche gute Gelegenheit, ihr Sozialverhalten zu trainieren, neue soziale Verhaltensweisen zu lernen und ihr Kontaktverhalten zu verbessern. In den Gesprächen mit den Therapeutinnen und Betreuerinnen hat sie die Chance, anhand der täglichen, gut zu beobachtenden Begegnungen mit Gleichaltrigen und Erwachsenen an einer Veränderung ihrer kognitiven Bewertungen und ihres Verhaltens zu arbeiten.

Weitere Stichworte:

Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (Band 1)

Angst (Band 1)

Daumenlutschen (Band1)

Drogensucht
Einkoten (Band 1)
Einnässen (Band 1)
Furcht (Band 1)
Jaktationen (Band 1)
Lese-Rechtschreibschwäche (Band 1)
Probleme von Kindern psychisch kranker Eltern
Rechenschwäche (Band 1)
Schüchternheit (Band 1)
Schulangst (Band 1)
Schulphobie (Band 1)
Selbstmordhandlungen
Selbstverletzendes Verhalten
Trennungsangst (Band 1)
Zwangsverhalten

Literatur

- Altherr, P. (1993): Depression. In: Steinhausen, H. C., Aster, M. von (Hrsg.): Handbuch der Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen. Weinheim, Beltz: 239 – 265
- BDI – Hautzinger, M. (1995): Beck-Depressions-Inventar (BDI). 2. Aufl. Bern, Huber
- DIKJ – Stiensmeier-Pelster, J., Schürmann, M., Duda, K. (1989): Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ). Göttingen, Hogrefe
- DTK – Rossmann, P. (1993): Depressionstest für Kinder (DTK). Bern, Huber
- Essau, C.A., Petermann, U. (2002): Depression. In: Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. 5. Aufl., Göttingen, Hogrefe: 291 – 322
- Goodman, R., Scott, St., Rothenberger, A. (2000): Kinderpsychiatrie kompakt. Darmstadt, Steinkopff
- Harrington, R. (2001): Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen. Göttingen, Hogrefe
- Kerns, L. L. (1997): Hilfen für depressive Kinder: Ein Ratgeber. Bern, Huber
- Linares, J., Campo, C. (2003): Familientherapie bei Depression. Heidelberg, Carl-Auer-Systeme
- Michels, H.-P. (2003): Depression im Jugendalter – Diagnostik und Behandlung. In: Michels, H.-P., Borg-Laufs, M. (Hrsg.): Schwierige Zeiten. Beiträge zur Psychotherapie mit Jugendlichen. Tübingen, dgvt: 71 – 114

- Nuber, U. (1999): Das Konzept „Resilienz“: So meistern Sie jede Krise. *Psychologie heute* (5): 20 – 27
- Rabenschlag, U. (2000): Wenn Kinder nicht mehr froh sein können. Depressionen bei Kindern erkennen und helfen. Freiburg, Herder
- Reiter, L. (1988): Auf der Suche nach einer systemischen Sicht depressiver Störungen. In: Reiter, L., Brunner, E.J., Reiter-Theil, S.: *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Berlin, Springer: 77 – 96
- Remschmidt, H. (1992): *Psychiatrie der Adoleszenz*. Stuttgart, Thieme
- Rossmann, P. (2002): Depressive Störungen. In: Esser, G. (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Stuttgart, Thieme: 263 – 276
- Schäfer, U. (1999): *Depressionen im Kindes- und Jugendalter: Ein kurzer Ratgeber für Eltern, Erzieher(innen) und Lehrer(innen)*. Bern, Huber
- Schmidt, G. (2001): Systemisch-hypnotherapeutische Konzepte für die Kooperation mit depressiv definierten Menschen und ihren Beziehungspersonen. *Psychotherapie im Dialog* 2: 418 – 430
- Wiesner, M., Reitzle, M. (2001): Prävention depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung* 10: 248 – 257