

Chancen und Hindernisse der Depressionsbehandlung von Jugendlichen in der Gruppe

Daniela Lanner, Freya Füller
Prien, 26.04.24

Gliederung

1. Depression bei Jugendlichen: Besonderheiten in Symptomatik und Diagnostik
2. Fallbeispiele: Homogenität und Heterogenität
3. Gruppenkonzept Depressionsbewältigungstherapie bei Jugendlichen
4. Hindernisse und Grenzen
5. Positives Feedback und Fortschritte

1. Depression bei Jugendlichen

Erhebliches Entwicklungsrisiko

Prävalenzraten :

- 5,4% der Kinder und Jugendlichen zwischen 7 und 17 Jahren zeigen Anzeichen für eine depressive Störung ⁽¹⁾
- Diagnostizierbare Erkrankung ⁽²⁻⁵⁾:
 - 0,5 bis 2,1% im Vorschulalter,
 - 3,4% im Grundschulalter,
 - 3,2 bis 8,9% im JugendalterHäufigkeit steigt ab Jugendalter deutlich an
jeder 10. Jugendliche hat bis zum 18. Lebensjahr eine depressive Episode erlebt ⁽⁶⁾
- Geschlechterverhältnis vor Pubertät ausgeglichen, ab Adoleszenz mehr Mädchen
- Rezidivraten bis zu 72% innerhalb von 5 Jahren

Mögliche Gründe für Zunahme psychischer Störungen bei Jugendlichen

**Instabilität der
Bezugsperson**

**Missverhältnis
körperlicher und
seelischer
Reifung**

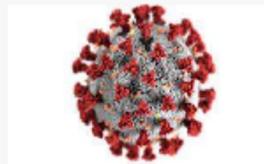
Leistungsdruck



Mobilität und Migration

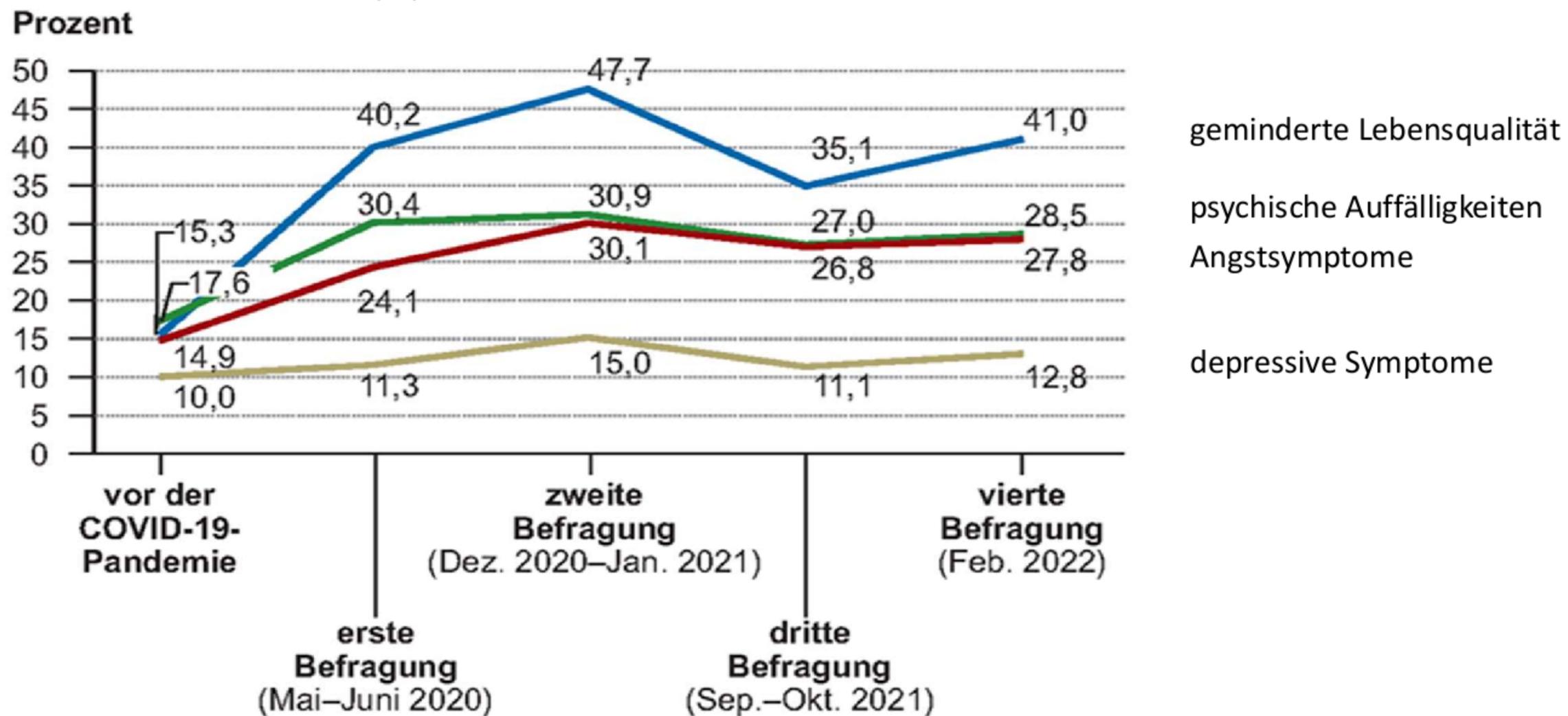


Corona-Pandemie



**Soziale Medien
und
Mediennutzung**

Lebensqualität und psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen vor und während der Pandemie – COPSY Studie (%)



Coronapandemie

Psychische Gesundheit von Kindern verschlechtert

Im Zusammenhang mit der Coronapandemie berichten Kinder und Jugendliche in Deutschland vermehrt von psychischen und psychosomatischen Auffälligkeiten.



Von den Auswirkungen des Lockdowns waren Kinder durch Schulschließungen besonders stark betroffen.

sonstigen psychischen Auffälligkeiten. Betroffen sind vor allem Kinder aus sozial schwächeren Familien.

Das sind die wesentlichen Ergebnisse der COPSY-Studie, in der Wissenschaftler des Universitätsklini-

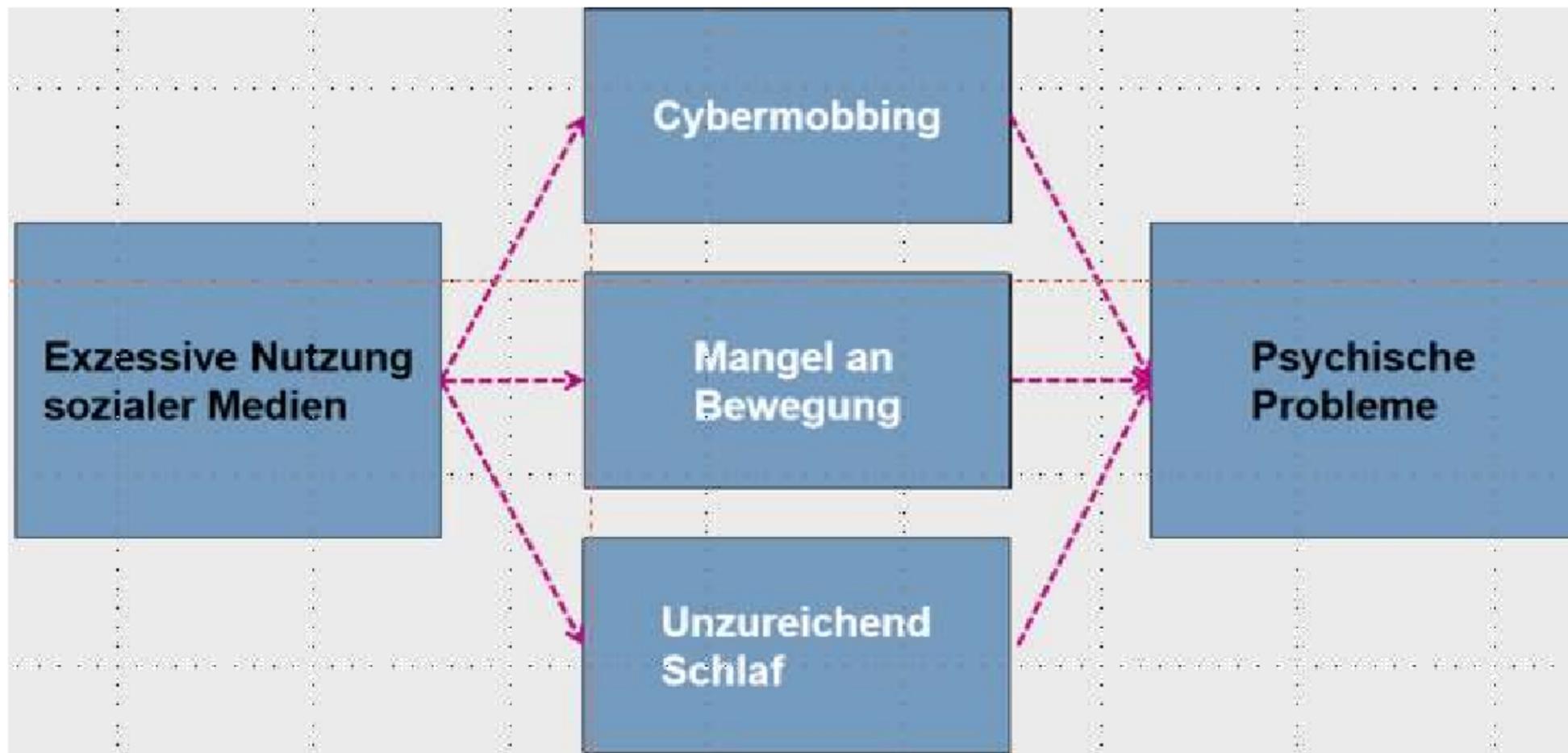
kums Hamburg-Eppendorf (UKE) die Auswirkungen und Folgen der Coronapandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland untersucht haben (<http://www.uke.de/copsy>). Für die Studie COPSY (Corona und Psyche) wurden im Mai und Juni mehr als 1 000 Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 17 Jahren und mehr als 1 500 Eltern online befragt.

Um Aussagen darüber treffen zu können, wie sich die Werte im Vergleich zu der Zeit vor Corona verändert haben, verglichen die Wissenschaftler die aktuellen Werte mit vorher erhobenen Daten bundesweiter Studien. „Die Studie hat gezeigt, dass die Herausforderungen der Pandemie und die damit im sozialen Leben einhergehenden Veränderungen die Lebensqualität und das psychische Wohlbefinden von

Kindern und Jugendlichen verringern und das Risiko für psychische Auffälligkeiten erhöhen“, erläuterte Prof. Dr. phil. Ulrike Ravens-Sieberer, Leiterin der Studie und der Forschungsgruppe „Child Public Health“ am UKE.

Laut den Daten stieg das Risiko für psychische Auffälligkeiten von rund 18 Prozent vor Corona auf 31 Prozent während der Krise. Die Kinder und Jugendlichen zeigten häufiger Auffälligkeiten wie Hyperaktivität, emotionale Probleme und Verhaltensprobleme. Auch psychosomatische Beschwerden traten während der Coronapandemie vermehrt auf. Vor allem Kinder, deren Eltern einen niedrigen Bildungsabschluss beziehungsweise einen Migrationshintergrund haben, erlebten die coronabedingten Veränderungen als äußerst schwierig, so die UKE-Wissenschaftler. **aha**

Wieso führt exzessive Mediennutzung zu psychischen Problemen?



Ätiologie:

- Multifaktorielles Modell aus genetischen, neurobiologischen, persönlichen, sozialen und familiären Faktoren
- Deutliche familiäre Häufung, Erblichkeit bis zu 50-70% ^(2,7)
- Protektive Faktoren: positives Familienklima, Erleben von Selbstwirksamkeit, unterstützende soziale Beziehungen ^(4,8)

Diagnostik:

- Kriterien nach ICD-10 orientieren sich am Erwachsenenalter,
- klinisches Bild bei Kindern und Jugendlichen teilweise deutlich abweichend
- Schweregrad nicht primär anhand Anzahl der Haupt- und Zusatzsymptome, sondern nach Schwere der Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung und psychosozialer Risiken nach MAS

- Auswahl depressiver Symptome nach Entwicklungsalter

► Tab. 2 Auswahl depressiver Symptome nach Entwicklungsalter.

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

- Sekundär häufig Leistungsabfall in der Schule, teilweise Schulabsentismus
- Kognitive Leistungstestung in Akutphase kontraindiziert

Suizidalität:

- ab Schulalter suizidale Gedanken und Impulse, vor 10. Lebensjahr eher selten
- Anzeichen für erhöhtes Suizidrisiko beachten
- Zuverlässige Absprachefähigkeit bei starker Impulsivität nur begrenzt gegeben → stationäre Behandlung erwägen

Komorbidität:

- Insgesamt sehr häufig, alle Formen der Angststörungen, auch Zwangsstörungen Essstörungen, somatoforme Störungen und substanzassoziierte Störungen
- Im Vor- und Grundschulalter externalisierende Erkrankungen

Behandlung:

Größte Evidenz für VT Verfahren, gefolgt von IPT

2. Fallbeispiele

Louisa, 17 Jahre

- Erster stationärer Aufenthalt wegen depressiver Symptomatik, Trauma, sozialen Ängsten
- Seit ca. 4 Jahren Entwicklung der depressiven Symptomatik
- Suizidversuch im April 2021 mit Tabletten (Ibuprofen), regelmäßiges nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten
- Mehrere stationäre Aufenthalte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Krisenintervention
- Tod des Vaters vor 1 Jahr
- Lebt gemeinsam mit der Mutter und zwei jüngeren Schwestern, besucht die Berufsschule
- Familienanamnese: Großmutter ms habe sich in PT befunden

2. Fallbeispiele

Florian, 15 Jahre

- Erster stationärer Aufenthalt wegen einer schweren depressiven Symptomatik und sozialen Ängsten
- Zunehmender sozialer Rückzug seit 2 Jahren
- Schüler am Gymnasium, sehr unregelmäßiger Schulbesuch
- Sozial gut eingebunden, spielt aktiv im Verein Fußball
- Lebt zusammen mit einer 13-jährigen Schwester bei den leiblichen Eltern
- Ausgeprägte Versagens – und Zukunftsängste
- Familienanamnese: leer

Seline, 16 Jahre

- Zweiter stationärer Aufenthalt wegen depressiver Symptomatik, Anorexie und sozialen Ängsten
- Beginn der Symptomatik vor 3 Jahren
- Sie habe sich sehr zurückgezogen, habe keine Freunde, keine Hobbies
- Lebt bei den Eltern zusammen mit einem älteren Bruder
- 10. Klasse Realschule abgebrochen, aktuell kein Schulbesuch
- Die Essstörung habe Seline Sinn und Halt gegeben, sie aber auch in die Depression geführt
- Familienanamnese: Mutter Depression

Anna, 18 Jahre

- Stationärer Aufenthalt wegen depressiver Symptomatik, PTSD, Essstörung NNB
- Seit 3 Jahren regelmäßige stationäre Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Regelmäßiges selbstverletzendes Verhalten und emotionale Instabilität
- Emotionale und körperliche Gewalt durch die Mutter, sexuelle Übergriffe, Mobbing
- Abbruch der Schule
- Lebt beim Vater, 5 leibliche Geschwister, 3 Halbgeschwister
- Familienanamnese: psychiatrische und psychosomatische Diagnosen (Depression, ADHS, Sucht) bei allen Familienmitgliedern

3. Gruppenkonzept Depressionsbewältigung bei Jugendlichen

Allgemeines:

- Besonderheiten in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen beachten
 1. Kinder und Jugendliche sind „in Entwicklung
 2. Kinder und Jugendliche sind von ihrem Lebensumfeld abhängig
 3. Kinder und Jugendliche kommen oft nicht aus eigenem Antrieb in Therapie.
 4. Kinder und Jugendliche stellen eine Beziehung her zum Therapeuten als Person
 5. Kinder und Jugendliche befinden sich bezüglich ihrer Kommunikations-, Reflexions- und Introspektionsfähigkeit „in Entwicklung“.

3. Gruppenkonzept Depressionsbewältigung bei Jugendlichen

- Durchführung von Aktivierungsspielen wird von den Jugendlichen positiv aufgenommen, können flexibel integriert werden
- Therapeutische Spiele/Kleingruppenarbeit helfen Inhalte zu vertiefen und wirken „Frontalunterricht“ entgegen
- „Vertiefungsaufgaben“ am Ende der Stunde bieten motivierten Patienten Anregungen wie sie zwischen den Stunden an der Umsetzung der Theorie arbeiten können
- Patienten fragen ob sie wissen warum sie im DBT-J angemeldet wurden
- Informationsblatt für Eltern

3. Gruppenkonzept Depressionsbewältigung bei Jugendlichen

- Allgemeiner Ablauf der einzelnen Stunden:

Eingangsrunde (Gefühl, Umsetzung, Fortschritte) zu Beginn der Stunde

Feste Pause nach ca. 45 Min.

bei Bedarf Auflockerungsspiele oder zusätzliche Kleingruppenübungen

Zielerunde am Ende

Vertiefungsaufgaben bis zur nächsten Stunde

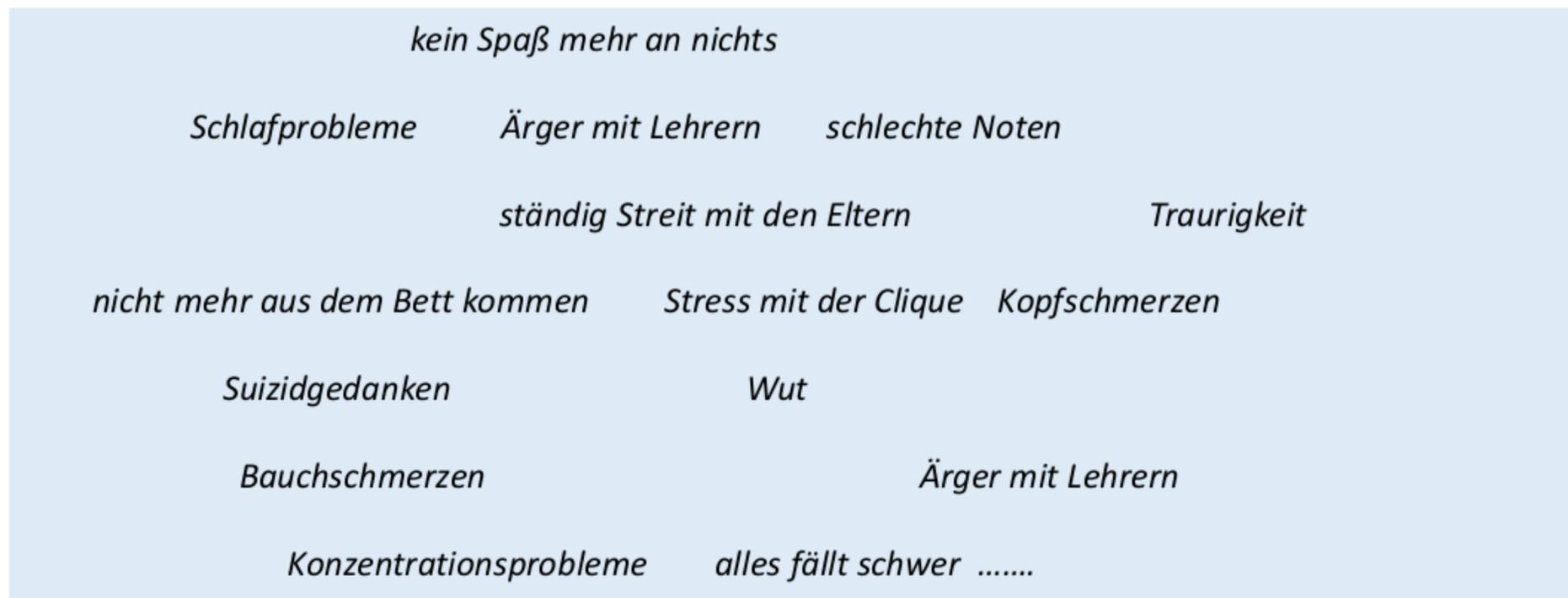
→ Sicherstellen, dass jede Patientin zu Wort kommt und sich beteiligt/beteiligen muss

3. Gruppenkonzept Depressionsbewältigung bei Jugendlichen

Konzept	Inhalt	Theoretischer Hintergrund
1. Sitzung	Psychoedukation	Störungsmodell KVT
2. Sitzung	Aufbau positiver Aktivitäten	Verstärkerverlustmodell
3. Sitzung	Umgang mit Lob und Erfolg	Verstärkung/Selbstmanagement
4. Sitzung	Kognitive Therapie	Denkfehler, Umstrukturierung
5. Sitzung	Funktionalität und Beziehungsanalyse	Modell (IPT)
6. Sitzung	Probleme lösen	Interpersonelle Fertigkeiten (IPT)
7. Sitzung	Teen Tipps	Fertigkeiten und Rollenspiele (IPT)
8. Sitzung	Rückfallprophylaxe	Rollenspiele und Notfallkoffer (IPT)

1. Stunde: Psychoedukation „Was ist eigentlich los mit mir?“

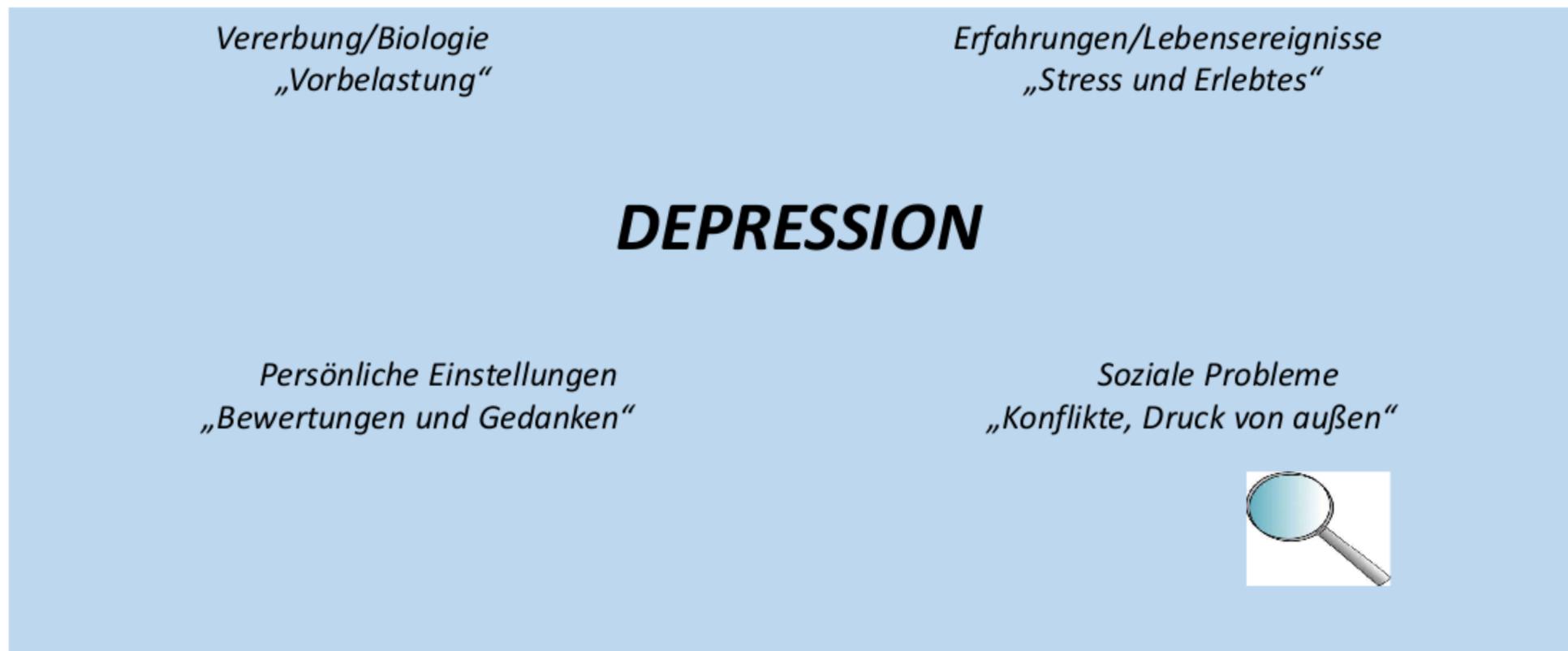
- Vorstellungsrunde: „Kennenlernaufstellung“ nach variablen Kriterien
- Symptome einer Depression auf Flipchart sammeln: „Wie du eine Depression bei dir erkennen kannst?“



- Unterschiede zu „normaler“ Traurigkeit („normaler“ Pubertät):
 - unangenehme Gefühle stärker ausgeprägt und halten länger als zwei Wochen
 - Mehrere Bereiche sind gleichzeitig betroffen: Stimmung, Gefühle, Interesse, Antrieb, Motivation, Gedanken, Konzentration, Selbstvorwürfe, Selbstvertrauen, Verhalten und körperliche Symptome wie innere Unruhe, Schlafstörungen, Appetitverlust
 - Man kann seinen Alltag nur noch begrenzt bewältigen
 - Es entwickeln sich zusätzliche Probleme: unregelmäßiger Schulbesuch, Leistungen verschlechtern sich, sozialer Rückzug, Abbrechen von Freundschaften, Konflikte...
- „Haben Sie den Eindruck, dass Sie im DBT richtig sind?“

Dreieck „Denken – Fühlen – Handeln“ als Kreislaufmodell vorstellen

Störungsmodell am Flipchart: „Wie eine Depression entsteht“





Was mein Depressionsmonster füttert:

Was ich Belastendes erlebt habe:

Was ich über mich und die Welt denke:

Biologische Vorbelastung:

Mit wem ich Stress oder Streit habe:



2. Stunde: Verstärkerverlustmodell „Wer soll gewinnen?“

Aufbau positiver Aktivitäten

- Ressourcensammlung auf Karteikärtchen
 - „Was liebst du zu tun?“
- Einfluss von angenehmen Aktivitäten auf Stimmung und umgekehrt

Verstärkerverlustmodell

- passive Abwärts- und aktiver Aufwärtsspirale

Beispiel für die Abwärtsspirale

Du fühlst dich
traurig, erschöpft
und innerlich leer

Du hast keine Kraft und keine Lust
mehr auf deine Hobbys und Freunde

Du triffst weniger
Verabredungen oder
sagst diese ab

Dir fehlen positive
Erlebnisse und der
Kontakt zu anderen

Deine Stimmung wird
noch schlechter, du
kannst dich immer
schwerer aufraffen

Du machst nur noch
das Nötigste

Du ziehst dich zurück und bist
fast nur noch alleine

Deine Stimmung sinkt auf
den Tiefpunkt



Beispiel für die aktive Aufwärtsspirale



Stimmung und Antrieb verbessern sich,
du hast wieder mehr Lebensfreude

Du findest aus deiner
Isolation heraus und kannst
deine eigenen Erfolge auch
wahrnehmen

Du erlebst wieder öfter
schöne Dinge und Erfolge

Du tust bewusst häufiger aktiv etwas,
das dir Spaß macht und triffst dich
mit deinen Freunden

Nächstes Mal kannst du
dich leichter aufraffen

Deine Stimmung
verbessert sich ein wenig

Du bist abgelenkt, erlebst
etwas Schönes und hast
vielleicht sogar Spaß

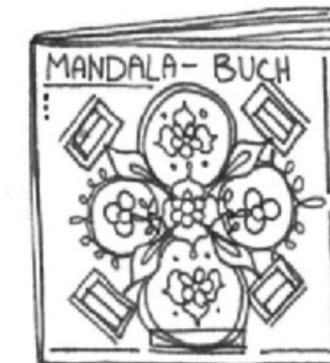
Du überwindest dich und raffst
dich zu einer Aktivität auf

Deine Stimmung ist auf dem Tiefpunkt

Ressourcenarbeit : AB Positive Aktivitäten

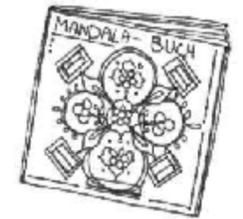
→ Was hilft mir dabei, mich zu überwinden?

- Zettel aufhängen zur Erinnerung
- In Plan/ Kalender eintragen?
- Handywecker
- Verabredungen fest ausmachen?
- Motivationssätze
- Erinnerungssymbole aufhängen
- Sich das Ziel vor Augen führen – was motiviert mich?



MEINE POSITIVEN AKTIVITÄTEN,

die ich in dieser Woche ausführen werde



Ziele setzen und Aktivitäten planen:

Kriterien für ein gutes Ziel werden erarbeitet:

- **S** – spezifisch
- **M** – messbar
- **A** – attraktiv
- **R** – realistisch
- **T** – Teilziele setzen

Was ich tun werde: _____
 Wann: _____
 Mit wem: _____
 Meine Belohnung: _____

Was ich tun werde: _____
 Wann: _____
 Mit wem: _____
 Meine Belohnung: _____

Was ich tun werde: _____
 Wann: _____
 Mit wem: _____
 Meine Belohnung: _____

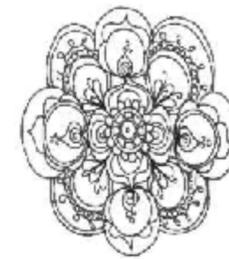
3. Stunde: Selbstwerterleben und negative Gedanken: „Was mich stark macht“

sich selbst stärken

- Übung Komplimente geben
- Psychoedukation zum Selbstwerterleben
- Verstärkerliste und Lobtagebuch

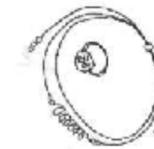
Negative Gedanken erkennen:

Einführung in das Thema durch Bearbeitung der Comics



Gegenstände:

Sich eine Kleinigkeit kaufen: Postkarte,
Bonbon, Schokolade
Armband (-anhänger)
besonderes Duschgel
Maskottchen, Kuscheltier ...



Murmeln in ein Glas legen, das sich mit jeder Belohnung immer mehr füllt

Baum-Bild: für jeden Fortschritt ein Blatt dazu malen

Mandala- Buch: für jeden Erfolg ein Mandala ausmalen

Serie anschauen: für jede neue Aktivität eine Episode ansehen

Menschen:

Sich Lob einholen: jemandem von der Aktivität/dem Erfolg erzählen
Jemanden um eine Umarmung bitten
Mit jmd. Zeit verbringen, mit dem ich lange schon mal wieder zusammen sein wollte



Orte:

Arbeitsblatt 3.a
Verstärkerliste
oder
„wie ich mich belohnen kann“

Negative Gedanken erkennen:

Einführung in das Thema durch Bearbeitung der Comics





Folgende Fragen sollen in der Gruppe bearbeitet werden:

- Was fällt dir bei Ninas Gedanken auf?
- Wie denkt Nina über sich und über die anderen?
- Warum sind Ninas Gedanken nicht realistisch bzw. nicht wahr?
- Wieso sind sie für Nina nicht hilfreich?
- Wie beeinflussen Ninas Gedanken ihr Verhalten und ihre Gefühle?
- In welchen Situationen kennst du ähnliche Gedanken?
- Hast du eine Idee, woher diese Gedanken kommen?
- Hast du schon dein ganzes Leben lang so gedacht?



4. Stunde: Denkfallen und Kognitive Umstrukturierung: „Mein Gefängnis im Kopf“

Negative Gedanken und Denkfallen erkennen

- **Übertriebene Verallgemeinerungen (Generalisieren)**

Aus den Erfahrungen in einer Situation werden Rückschlüsse auf ähnliche, zukünftige Situationen gezogen. Dies kann auch auf bestimmte Verhaltensweisen der eigenen Person bezogen sein (im Sinne einer „Ettikettierung“). Hinweis darauf geben häufig Wörter wie „immer“, „alle“,...:

→ Das passiert immer mir. Ich bin ein totaler Versager. Niemand mag mich.

- **Schwarz-Weiß Denken**

Alles wird nur in gut & schlecht eingeteilt und Teilerfolge werden nicht gesehen.

→ Wer nicht für mich ist, ist gegen mich! Wenn ich nicht immer Zeit für meine Freunde habe, dann bin ich ein schlechter Freund. Entweder habe ich jetzt eine gute Note in Mathe oder ich kann meinen Abschluss gleich vergessen.

- **Personalisieren**

Etwas auf sich beziehen, was vielleicht gar nichts mit einem zu tun hat:

→ Mein Mitpatient ist heute sehr schlecht gelaunt, ich muss was falsch gemacht haben. Meine Freundin hat keine Zeit sich mit mir zu treffen: sie mag mich nicht mehr. Meine Eltern trennen sich, weil ich keine gute Tochter bin.

Sollte -/Müsste-Aussagen

Aufgrund sehr hoher Erwartungen ist es fast unmöglich diese zu erfüllen:

→ Ich sollte immer freundlich und gut drauf sein. Ich hätte das eigentlich besser machen müssen. Ich sollte meine Gefühle nie zeigen. Ich sollte mich anders fühlen.

- **Voreilige oder falsche Schlussfolgerungen**

Aus einer Tatsache wird ein subjektiver, negativer Schluss gezogen. Oftmals werden dabei auch Gefühle mit Tatsachen verwechselt:

→ Ich habe um Hilfe gebeten: ich bin eine Belastung für mein Umfeld. Ich war schon wieder schlecht drauf: jetzt bin ich den anderen bestimmt zu viel geworden. Meine Mitschülerin hat mich nicht zu ihrem Geburtstag eingeladen, also mag sie mich nicht mehr.

Negative Gedanken verändern

Hedonistische Disposition – ABC-Modell

A (Auslösende Situation)

Eine Mitpatientin grüßt mich nicht.

B (Bewertung)

„Ich habe etwas falsch gemacht und sie mag mich nicht mehr“

C (Konsequenz)

Traurig, Rückzug, Selbstab-
wertung

Selbstab-

**Erreiche ich damit das, was ich mir eigentlich wünsche?
Hilft mir der Gedanke dabei, das zu erreichen, was ich mir wünsche?**

JA

NEIN

Alternative Konsequenz: (C')

Gelassen bleiben können, weiter mit anderen im Kontakt bleiben.

Alternative hilfreiche Bewertung, um C' erreichen zu können: (B')

Vielleicht ging es ihr nicht gut. Sie hat mich vielleicht gar nicht gesehen. Ich frage sie mal.

5. Stunde: Funktionalität und Beziehungsanalyse „Die Depression an meiner Seite“ (alternativ: Brief an Depression)

faul sein dürfen

Schonung

In Ruhe gelassen werden



*Auszeit,
nicht in die Schule müssen*

*Nicht wütend sein
müssen*

Soziales Netz

- Beziehungskreise und Beziehungsanalyse
- Kraftgeber und Krafträuber
- Merkmale kraftgebender Beziehungen sammeln
- Wichtigste Kraftgeber Person vorstellen
- Hilfreiche Fragen

Wer ist mir besonders wichtig?

Mit wem läuft's gut? Mit wem nicht so gut?

Welche Erwartungen habe ich an diese Person?

Welche Veränderung wünsche ich mir?

Was würden ich in sozialen Kontakten gerne wieder können?



6. Stunde: Probleme lösen und Aufbau interpersoneller Fertigkeiten - „Probleme – nein danke!“

6 Schritte um zwischenmenschliche Probleme zu lösen

1. Schritt: Um welches Problem geht es?
2. Schritt: Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten
3. Schritt: Lösungsmöglichkeiten diskutieren
4. Schritt: Entscheidung über die beste(n)
Lösungsmöglichkeit(en)
5. Schritt: Planung der Umsetzung („Rollenspiel“)
6. Schritt: Überprüfen, ob die Schritte eingehalten wurden

7. Stunde: Teen Tipps und Rollenspiel – „Üben, üben, üben“

Kommunikationsstrategien in zwischenmenschlichen Gesprächen → Teen Tipps

1. Timing
2. Give to get
3. I-Statements
4. Be specific
5. Solution Ideas
6. Don't give up

Üben im Rollenspiel

- Beispielsituationen vorschlagen

Streit in der Familie um Regeln bzw. Pflichten

Rückkehr in die Schule/ an den Arbeitsplatz nach Klinikaufenthalt

Mobbing/ abwertende Kommentare durch Gleichaltrige

Diagnostik- und Anwendungsphase, Feedback nach festen Regeln

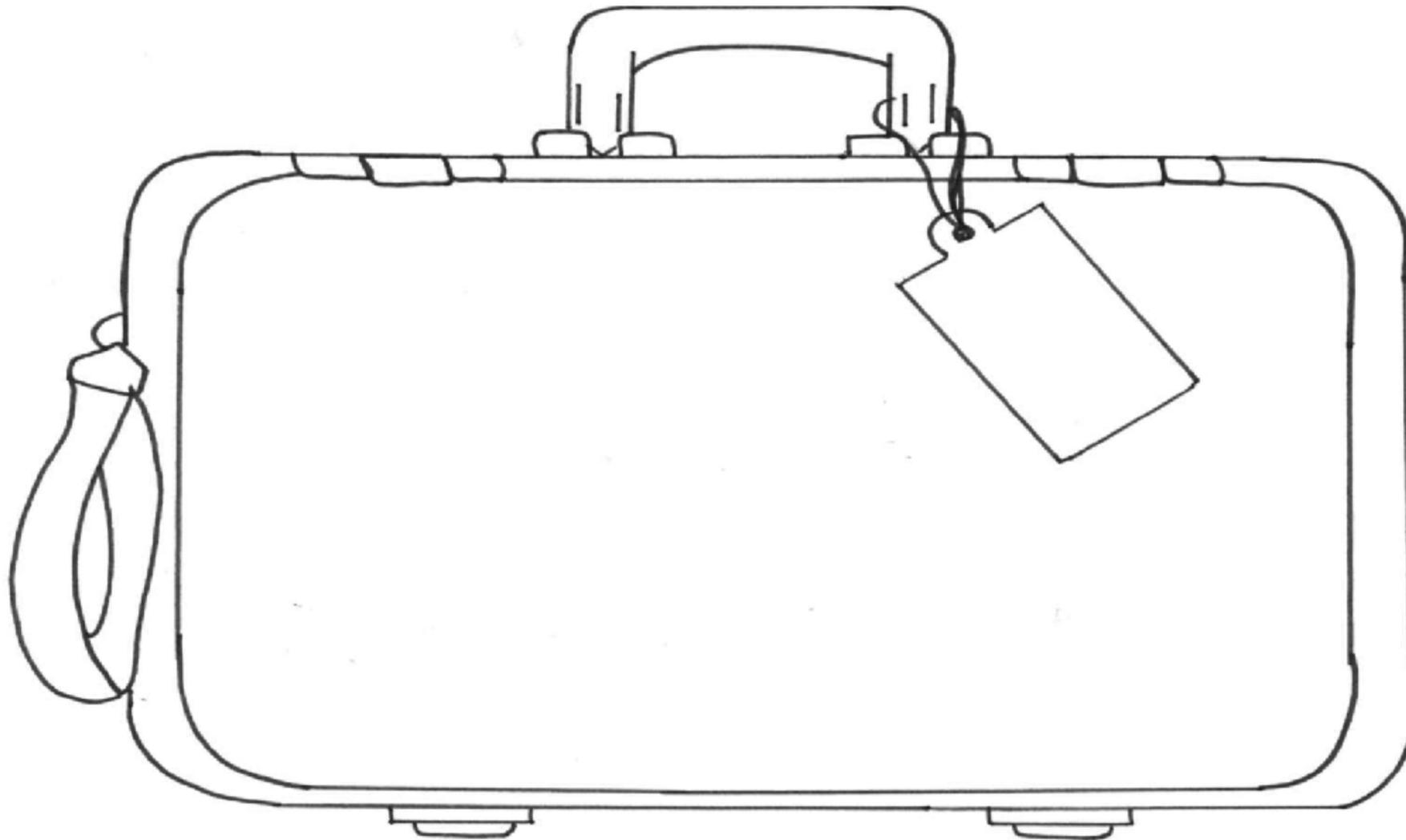
- **8. Stunde: Rollenspiele und Rückfallprophylaxe – „Blick zurück und nach vorne“**

Weitere Rollenspiele

Rückfallprophylaxe: „Ich packe meinen Koffer und nehme mit....“

- Inhalte aus dem DBT-J Kurs wiederholen und ergänzen lassen
- *Was war für mich wichtig?*
- *Was will ich in Zukunft anders machen?*
- *Was habe ich gelernt?*

Notfallkoffer packen



4. Hindernisse und Grenzen

- Indikation nicht ausreichend abgeklärt oder transparent mit PatientInnen besprochen
- Hohe Funktion der Symptomatik im sozialen Kontext
- Fehlende gesunde Strategien zur funktionalen Emotions- und Bedürfnisregulation
- Überforderung durch hohe Therapiedichte in Gruppen (konzeptuelles Problem)
- Komorbiditäten je nach Schweregrad zum Teil sehr hinderlich („Es darf mir nicht besser gehen, ich bin es nicht wert, dass es mir besser geht!“)
- Interaktion und Verzahnung mit restlichem Therapieprogramm teilweise nicht gegeben
- mangelnde Offenheit durch nicht-therapeutische „Nebenschauplätze“
- mangelnde Bereitschaft in Rollenspielen schwierige Situationen zu üben
- Ähnlichkeiten mit Schulsituation und Frontalunterricht können Ähnlichkeiten in der Haltung der PatientInnen auslösen
- (übertriebene) Sorge andere mit der eigenen Symptomatik zu „triggern“

5. Positives Feedback und Fortschritte

- Entlastung durch Erkenntnis mit Symptomatik „nicht alleine“ zu sein
- Ähnliche Probleme im Jugendalter mit Eltern und Peers reduzieren das Gefühl „nicht normal“ zu sein
- Konkrete Vereinbarungen von Zielen und Zielebilanzrunden fördern Motivation und Veränderungsbereitschaft
- Unterschiedliche Schweregrade und Fortschritte in der Therapie aus Perspektive anderer PatientInnen oftmals hilfreicher als die psychoedukativen Informationen
- Fokus auf Ressourcen wird von PatientInnen als positiv erlebt (v. a. angenehme Aktivitäten und Kraftgeber)
- Notfallkoffer zur Rückfallprophylaxe hilfreicher als theoretisches Therapiematerial
- Über die Dauer der Gruppentherapie werden häufig schon erste Veränderungen der Stimmung und des Antriebs wahrgenommen

Literaturangaben

- (1) Ravens-Sieberer U, Wille N et al. Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2007; 50: 871–878
- (2) Mehler-Wex C, Kölch M. Depressive Störungen im Kindesund Jugendalter. Dtsch Arztebl 2008; 105: 149–155
- (3) Schulte-Markwort M, Forouher N. Affektive Störungen. In: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M et al., Hrsg. Entwicklungspsychiatrie. Stuttgart, New York: Schattauer; 2003: 609–636
- (4) Knölker U, Mattejat F, Schulte-Markwort M. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie systematisch. 4. Aufl. Bremen: Unimed; 2007
- (5) Whalen DJ, Sylvester CM, Luby JL. Depression and anxiety in preschoolers: A review of the past 7 years. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2017; 26: 503–522
- (6) 6] Groen G, Petermann F. Was wirkt in der Therapie der Depression bei Kindern und Jugendlichen wirklich? Kindheit und Entwicklung 2007; 17: 243–251
- (7) Schosser A, Kindler J, Mossaheb N et al. Genetische Aspekte affektiver Erkrankungen und der Schizophrenie. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 2006; 7: 19–24
- (8) Klasen F, Otto C, Kriston L et al. Risk and protective factors for the development of depressive symptoms in children and adolescents: results of the longitudinal BELLA study. Eur Child Adolesc Psychiatry 2015; 24: 695–703

Danke für eure Aufmerksamkeit

