

Branik, Emil

## **Depressive Syndrome in der Adoleszenz**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 39 (1990) 4, S. 126-132

urn:nbn:de:bsz-psydok-34042

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# INHALT

## Erziehungsberatung

GERLICHER, K./SCHNEIDER, H./RUDERT, R.: Wartezeiten an bayerischen Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstellen – Ergebnisse einer Erhebung 1988 (Waiting Times in Bavarian Youth- and Family-Counseling Centers. Results of a Study Completed in 1988) . . . . .	55
--	----

## Familientherapie

HEEKERENS, H. P.: Familiendiagnostik und Evaluationsforschung (Family Diagnostik and Evaluation Research) . . . . .	2
---	---

## Forschungsergebnisse

GOLDBECK, L./GÖBEL, D.: Stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Analysen an einer Inanspruchnahmepopulation (Stationary Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Analysis of an Inpatients Population) . . . . .	87
GREISER, W./BRÖTZ, A.: Über den Zusammenhang von sozialer Unterstützung mit Spannungszuständen und Alkoholkonsum bei Jugendlichen (The Context of Social Support, Stress and Alcohol Consumption by Students) . . . . .	306
HOBRÜCKER, B.: Die Technik der Nachbefragung in der stationären Behandlung aggressiver Verhaltensstörungen im Kindesalter (Interviewing as a Therapeutic Technique following Children's Aggressive Acts during Inpatient Treatment) . . . . .	38
JANSEN, F./STREIT, U./STREIT, A.: Veränderung der Kreislaufaktivierung in Lern- und Leistungssituationen bei leistungsgestörten Kindern (Changes in Cardiovascular Activity during Learning in Children with Learning Problems) . . . . .	244
KLAUER, K. J.: Denktraining für Schulanfänger: Ein neuer Ansatz zur kognitiven Förderung (Training to Think for Preschoolers and First Grade Children: A new Approach to Fostering of Cognitive Development) . . . . .	150
KÜSCH, M./PETERMANN, F./HARTMANN, H./ROHMANN, U.: Soziale Interaktion mit autistischen Kindern: Ansatz einer störungsspezifischen, therapieorientierten Diagnostik (Social Interaction with Autistic Children: Application of a Disorder-specific and Intervention-orientated Assessment) . . . . .	114
LEMPF, R./PIETSCH-BREITFELD, B.: Die Intelligenzstruktur hypermotorischer Kinder: Vergleichende Untersuchung an 2229 HAWIK-Profilen (Intelligence Test Profiles of Hyperkinetic Children. Retrospective Evaluation of 2229 HAWIK Profiles) . . . . .	80
LÖSER, H./SCHMITT, G. M./GRÄVINGHOFF, K.: Sind Kinder mit Alkoholembryopathie trockene Alkoholiker? – Eine Untersuchung zum Risiko der Suchtentwicklung (Development of Addiction in Children with Fetal Alcohol Syndrome [Alcohol Embryopathy]) . . . . .	157

LOTZGESELLE, M.: Schuphobisches Verhalten – Entstehungsbedingungen und Verläufe (Schoolphobic Behaviour – Aetiological Circumstances and Courses) . . . . .	18
STEINMÜLLER, A./STEINHAUSEN, H. C.: Der Verlauf der Enkopresis im Kindesalter (The Course of Encopresis in Childhood) . . . . .	74

## Identität

DIEPOLD, B.: Ich-Identität bei Kindern und Jugendlichen (Ego-Identity during Childhood and Adolescence) . . . . .	214
LINDNER, W. V.: Begegnung mit Fremden (Encounter with the Alien) . . . . .	210
OCKEL, H.: Beziehungen zwischen individueller und kollektiver Identitätssuche (Relations Between Personal and Collective Search for Identity) . . . . .	203
REITER, L.: Identität aus systemtheoretischer Sicht (Identity from a System Theoretic Point of View) . . . . .	222

## Praxisberichte

HUCK, W.: Wiederspiel und Abbild der nationalsozialistischen Vergangenheit in der Psychotherapie jugendlicher Patienten (Repetition of Specific Nazi Patterns in the Psychotherapy of Juvenile Patients) . . . . .	180
KILIAN, H.: Psychodiagnostik als Möglichkeit für systemische Intervention? Einige Gedanken zu Tests und systemischem Ansatz (Psychological Tests as a Possibility for Systemic Intervention? Some Considerations on Tests and the Systemic Approach) . . . . .	300
DE LORME, I.: Haben psychodynamische Überlegungen bei Hirnabbauprozessen noch ihre Berechtigung? (Are Psychodynamic Considerations Still Appropriate in Cases of Degenerative Brain Process?) . . . . .	172
LUDE, W./ADAM, G./ADAM, A.: Integratives pädagogisch-therapeutisches Vorgehen in der stationären gruppen-therapeutischen Arbeit mit verhaltensauffälligen Jugendlichen (An Integrated Educational-therapeutic Approach in Inpatient Group Therapy with Behaviourally Disturbed Adolescents) . . . . .	293
MANGOLD, B.: Einflüsse der systemischen Familientherapie auf die Organisation und Arbeitsweise einer psychotherapeutischen Kinderabteilung (Influences of Systemic Family Therapy on the Organisation and Working of a Psychotherapeutic Unit) . . . . .	94

## Psychotherapie

SCHLÖSSER, A. M.: Übergangsobjekt und Objektbeziehung (Transitional Object and Object Relation) . . . . .	6
---	---

## Übersichten

BRANIK, E.: Depressive Syndrome in der Adoleszenz (Depressive Syndromes in Adolescence) . . . . .	126
FINGER, P.: Die Sterilisation geistig Behinderter nach § 1905 BGB in der Fassung eines Entwurfs des Betreu-	

ungsgesetzes (BtG) (The Sterilization of the Mentally Handicapped According to Para. 1905 BGB [Civil Code] in the Version of the Betreuungsgesetz) . . . . .	132	SCHMIDT, M. H.: Wichtige kinderpsychiatrische Forschungsfelder – Rückblick und Ausblick (Important Research Topics in Child Psychiatry – Review and Preview . . . . .	330
FRANKE, U.: Theraplay – eine direkte kommunikative Spieltherapie („Theraplay“ – A Directive Communicative Play Therapy) . . . . .	12	SCHÖNFELDER, T.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Integrative Perspektiven (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: Integrative Perspectives) . . . . .	364
HARTKAMP, N.: Einige Befunde der Säuglingsbeobachtung und der neueren Entwicklungspsychologie (Some new Findings in the Area of Infant Observation and Current Developmental Psychology) . . . . .	120	SPECHT, F.: Die Zusammenarbeit der beteiligten psychosozialen Systeme bei der Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher (The Care of Mentally Disturbed Children and Juveniles: Cooperation Between the Relevant Psychosocial Systems) . . . . .	347
REHM, H./PFITZNER, R.: Die Diagnose „Adoleszentenkrise“ im Spiegel der Rorschach-Diagnostik (The Diagnostic Category „Adolescent Crisis“ from the Point of View of Rorschach-Tests) . . . . .	283	ZAUNER, J.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Der Beitrag der Psychoanalyse (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Contribution of Psychoanalysis) . . . . .	358
REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M. H./STRUNK, P.: Gewalt in Familien und ihre Verhinderung. Zugleich ein Plädoyer für die Abschaffung des elterlichen Züchtigungsrechtes (Violence in Families and the Prevention. Also a Pleading for Abolition of Parental Right to inflict Punishment) . . . . .	162	<b>Tagungsberichte</b>	
SCHAUENBURG, H.: Zur familiären Bewältigung des Gilles de la Tourette-Syndroms (Coping with Tourette-Syndrome in the Family) . . . . .	167	Bericht über die Jahrestagung der Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP) vom 27.–29. Oktober 1989 in Stuttgart: Körpererleben in der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie . . . . .	61
SEIDLER, G. H.: Rumpelstilzchen auf der Couch – ein Ensemble von Scham-, Identitäts- und Vaterthematik (Rumpelstiltsken on the Couch. An Encounter of the Subjects Shame, Identity and Father) . . . . .	261	Bericht über das 3. Forschungssymposium zum Thema „Developmental Psychopathology“ der WHO European Child Psychiatrists Research Group in Marburg vom 1. bis 4. 10. 1989 . . . . .	62
STEINHAUSEN, H. C.: Diagnose und Klassifikation im Spannungsfeld von Beschreibung und Interpretation (Diagnosis and Classification: Suspended Between Description and Interpretation) . . . . .	255	Bericht über die letzte Tagung der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR in Leipzig vom 7.–9. 2. 1990 . . . . .	229
SUESS, G. J.: Arbeit mit Scheidungsfamilien – Überlegungen aus der Sicht der Bindungstheorie und kontextuellen Therapie (Working with Divorcing Families – Considerations from the Perspective of Attachment Theory and Contextual Therapy) . . . . .	278	Bericht über die Fachtagung „Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ vom 2.–3. März 1990 in Heidelberg anlässlich des 65. Geburtstages von Prof. Müller-Küppers . . . . .	230
ULLRICH, G.: Psychosoziale Versorgung in der Medizin: Eine Frage des „management bias“? (Psychosocial Care in Medical Settings: a Question of „Management Bias“?) . . . . .	249	Gründung einer Gesellschaft für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters der DDR . . . . .	231
VOLL, R.: Neurotische Delinquenz im Jugendalter (Neurotic Delinquency in Adolescence) . . . . .	52	Bericht über die Tagung anlässlich des 40jährigen Bestehens der Erziehungsberatungsstelle des Vereins für Erziehungshilfe e.V., Marburg . . . . .	232
WALTHER, J. U.: Genetik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Genetics in Child Psychiatry) . . . . .	45	2. Europäisches Symposion: Frühe Hilfen für behinderte Kinder in der Europäischen Gemeinschaft . . . . .	310
<b>Wissenschaftliche Grundlagen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung</b>		<b>Buchbesprechungen</b>	
LEMP, R.: Die historische Perspektive kinderpsychiatrischer Forschung im Spannungsfeld zwischen Natur- und Geisteswissenschaft (The Historical Perspective in Childpsychiatry Between Sciences and Humanities) . . . . .	325	ANGERMEYER, M. C./KLUSMANN, D. (Hrsg.): Soziales Netzwerk – Ein neues Konzept für die Psychiatrie . . . . .	313
MARTINIUS, J.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Biologisch-psychiatrische Aspekte (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Contribution of Biological Psychiatry) . . . . .	353	ANSELMANN-SEYDLER, S.: Die Rolle des Lehrers im Krankenhaus . . . . .	104
REMSCHMIDT, H.: Grundsätze zur Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher (Principles of the Care of Psychologically Disturbed Children and Juveniles) . . . . .	338	BAUMGARTEN-WEYMAR, S./TEWES, U./WOLFF, G.: Vom Recht am Kind. Leitfaden für familienrechtliche Auseinandersetzungen . . . . .	379
ROTHHAUS, W.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Die systemische Perspektive (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Systemic Perspective) . . . . .	361	BETTELHEIM, B.: Der Weg aus dem Labyrinth . . . . .	100
		BOEHNKE, K./MACPHERSON, M. J./SCHMIDT, F. (Hrsg.): Leben unter atomarer Bedrohung. Ergebnisse internationaler psychologischer Forschung . . . . .	371
		BOSCOLO, L./CECCHIN, G./HOFFMANN, L./PENN, P.: Familientherapie – Systemtherapie. Das Mailänder Modell: Theorie, Praxis und Konversation . . . . .	28
		CAPLAN, G.: Bevölkerungsorientierte Familienpsychiatrie . . . . .	314
		CECI, S. J./ROSS, D. F./TOGILA, M. P. (Eds.): Perspectives on Children's Testimony . . . . .	238
		DOLD, P.: Szeno-Familientherapie . . . . .	101

EGGERS, C./LEMP, R./NISSEN, G./STRUNK, P.: Kinder- und Jugendpsychiatrie . . . . .	378	LUKESCH, H./NÖLDER, W./PEEZ, H. (Hrsg.): Beratungsaufgaben in der Schule . . . . .	105
EICKHOFF, F. W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse Bd. 24 u. 25 . . . . .	312	MAAR, M./BALLHAUS, V.: Papa wohnt jetzt in der Heinrichstraße . . . . .	65
ELL, E.: Psychologische Kriterien bei der Sorgerechtsregelung und die Diagnostik der emotionalen Beziehungen . . . . .	315	MEYER, J.: Philipp Henry Lord Stanhope. Der Gegenspieler Kaspar Hausers . . . . .	64
ELL, E.: Psychologische Kriterien bei der Regelung des persönlichen Umgangs . . . . .	315	MIETZEL, G.: Wege der Entwicklungspsychologie - Kindheit und Jugend . . . . .	139
ENZMANN, D./KLEIBER, D.: Helfer-Leiden. Streß und Bournout in psychosozialen Berufen . . . . .	313	NEUHÄUSER, G./STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Geistige Behinderung . . . . .	380
FEDOR-FREYBERGH, P. G. (Hrsg.): Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen . . . . .	64	NIEDERBERGER, J. M./BÜHLER-NIEDERBERGER, O.: Formenvielfalt in der Fremderziehung . . . . .	193
FEIEREIS, H.: Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie . . . . .	102	NIES-DIERMANN, H./PAUSEWANG, I.: Die subjektive Wertung der leiblichen Herkunft und ihre Bedeutung für die Eltern-Kind-Interaktion. Dargestellt am Beispiel der Adoptionsfamilie . . . . .	377
FREEDMAN, A. M./KAPLAN, H. I./SADOCK, B. J./PETERS, U. H. (Hrsg.): Psychiatrische Probleme der Gegenwart . . . . .	382	NISSEN, G. (Hrsg.): Somatogene Psychosynndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter . . . . .	381
FRIESE, H. J./TROT, G. E. (Hrsg.): Depression in Kindheit und Jugend . . . . .	194	NITZSCHKE, B. (Hrsg.): Freud und die akademische Psychologie . . . . .	140
GARZ, D.: Sozialpsychologische Entwicklungstheorien. Von Mead, Piaget und Kohlberg bis zur Gegenwart . . . . .	271	OLSON, B./RETT, A.: Linkshändigkeit . . . . .	142
GRISSEMAN, H.: Lernbehinderung heute. Psychologisch-anthropologische Grundlagen einer innovativen Lernbehinderten-Pädagogik . . . . .	66	PAPP, P.: Die Veränderung des Familiensystems . . . . .	29
HÄRLE, G.: Männerweiblichkeit. Zur Homosexualität bei Klaus und Thomas Mann . . . . .	63	PETERMANN, F./PETERMANN, U.: Training mit aggressiven Kindern, 4. Aufl. . . . .	142
HEEKERENS, H. P.: Familientherapie und Erziehungsberatung . . . . .	270	PETERMANN, U./PETERMANN, F.: Probleme im Jugendalter - Psychologische Hilfen . . . . .	316
HEIGL-EVERS, A./WEIDENHAMMER, B.: Der Körper als Bedeutungslandschaft. Die unbewußte Organisation der weiblichen Geschlechtsidentität . . . . .	236	PETERMANN, F./BODE, U./SCHLACK, G. (Hrsg.): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche: Eine interdisziplinäre Aufgabe . . . . .	382
HENZE, K. H.: Chronische Krankheit in der Adoleszenz . . . . .	237	PÖLDINGER, W. (Hrsg.): Angst und Angstbewältigung . . . . .	64
HIRSCH, M. (Hrsg.): Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens . . . . .	375	RAUSCHENBACH, B./WEHLAND, G.: Zeitraum Kindheit - Zum Erfahrungsraum von Kindern in unterschiedlichen Wohngebieten . . . . .	375
HÖRMANN, G./NESTMANN, F. (Hrsg.): Handbuch der psychosozialen Intervention . . . . .	30	RETZLAFF, I. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder - Mißhandlung und sexueller Mißbrauch Minderjähriger . . . . .	105
INSTITUT FÜR ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE ZÜRICH-KREUZLINGEN (Hrsg.): Psychoanalyse im Rahmen der demokratischen Psychiatrie, Bd. III/IV . . . . .	195	ROUTH, D. K. (Ed.): Handbook of Pediatric Psychology . . . . .	31
ISKENIUS-EMMLER, H.: Psychologische Aspekte von Tod und Trauer bei Kindern und Jugendlichen . . . . .	370	SACHSE, R./HOWE, J. (Hrsg.): Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie . . . . .	102
JUNGE, H.: Heimerziehung im Jugendhilfeverbund. Konzepte und Konsequenzen . . . . .	272	SALZGEBER, J.: Familienpsychologische Begutachtung . . . . .	315
KAISER, P.: Familienerinnerungen - Zur Psychologie der Mehrgenerationenfamilie . . . . .	100	SCHLEIFFER, R.: Elternverluste - Eine explorative Datenanalyse zur Klinik und Familiendynamik . . . . .	103
KARCH, D./MICHAELIS, R./RENNE-ALLHOFF, B./SCHLACK, H. G.: Normale und gestörte Entwicklung. Kritische Aspekte zu Diagnostik und Therapie . . . . .	374	SCHNEIDER, W.: Zur Entwicklung des Meta-Gedächtnisses bei Kindern . . . . .	28
KAST, V.: Wege zur Autonomie . . . . .	235	SEEHAUSEN, H.: Familien zwischen modernisierter Berufswelt und Kindergarten . . . . .	272
KELLER, H. (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung . . . . .	314	SOLNIT, A. J. et al. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child. Vol. 44 . . . . .	107
KERSTING, H. J./KRAPOHL, L./LEUSCHNER, G.: Diagnose und Intervention in Supervisionsprozessen . . . . .	31	SPECK, O./THURMAIR, H. (Hrsg.): Fortschritte der Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder . . . . .	192
KOELLA, W. P.: Die Physiologie des Schlafes. Eine Einführung . . . . .	33	STAATSWINSTITUT FÜR FRÜHPÄDAGOGIK UND FAMILIENFORSCHUNG (Hrsg.): Handbuch der integrativen Erziehung behinderter und nicht behinderter Kinder . . . . .	380
KÖNIG, C. (Hrsg.): Gestörte Sexualentwicklung bei Kindern und Jugendlichen. Begutachtung, Straffälligkeit, Therapie . . . . .	373	STEPHAN, U. (Hrsg.): Langzeittherapie im Kindes- und Jugendalter . . . . .	33
KOHNSTAMM, R.: Praktische Kinderpsychologie. Die ersten 7 Jahre . . . . .	379	THIMM, W. et al. (Hrsg.): Ethische Aspekte der Hilfen für Behinderte . . . . .	237
KÜHLER, T.: Zur Psychologie des männlichen Kinderwunsches. Ein kritischer Literaturbericht . . . . .	106	THOMÄ, H./KÄCHELE, H. (Hrsg.): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 2: Praxis . . . . .	30
LEBER, A./TRESCHER, H. G./WEISS-ZIMMER, E.: Krisen im Kindergarten. Psychoanalytische Beratung in pädagogischen Institutionen . . . . .	32	TÖLLE, R.: Psychiatrie, 8. Aufl. . . . .	66
		VERBAND KATHOLISCHER EINRICHTUNGEN DER HEIM- UND HEILPÄDAGOGIK (Hrsg.): Verbundsysteme in der Jugendhilfe . . . . .	272
		VOSS, R. (Hrsg.): Das Recht des Kindes auf Eigensinn . . . . .	376
		WALTER, J. (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch im Kindesalter . . . . .	194

WEIDEMANN, D.: Leben und Werk von Therese Benedek (1982-1977) - Weibliche Sexualität und Psychologie des Weiblichen . . . . .	235	ZIELKE, M./STURM, J./MARK, N. (Hrsg.): Die Entzauberung des Zauberbergs. Therapeutische Strategien und soziale Wirklichkeit . . . . .	104
WEISS, H.: Familie und Frühförderung . . . . .	192	ZUSCHLAG, B./THIELKE, W.: Konfliktsituationen im Alltag . . . . .	32
WEISS, L./KATZMANN, M./WOLCHIK, S.: Bulimie - Ein Behandlungsplan . . . . .	372	<b>Editorial:</b> 202, 324	
ZANK, S.: Zur Entwicklung des Lösungsmittelschnüffels bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen . . . . .	370	<b>Autoren der Hefte</b> 25, 63, 98, 139, 190, 233, 266, 311, 367	
ZEPF, S./HARTMANN, S.: Psychoanalytische Praxis und Theoriebildung: Verstehen und Begreifen - Eine erkenntnistheoretische Untersuchung . . . . .	141	<b>Diskussion/Leserbriefe:</b> 233, 267	
		<b>Zeitschriftenübersicht:</b> 26, 98, 191, 268, 368	
		<b>Tagungskalender:</b> 34, 67, 108, 143, 196, 239, 274, 318, 384	
		<b>Mitteilungen:</b> 35, 68, 109, 144, 196, 240, 275, 318, 384	

Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.  
(Ärztl. Direktor: Prof. Dr. P. Strunk)

## Depressive Syndrome in der Adoleszenz

Von Emil Branik

### Zusammenfassung

Eingangs werden die Definitionsprobleme des Depressionsbegriffes wie auch die Klassifikationsprobleme und die Heterogenität der depressiven Syndrome aufgezeigt. Die besondere klinische Wichtigkeit depressiver Zustandsbilder bei Adoleszenten wird mit epidemiologischen Daten belegt. Eine Fallskizze illustriert sowohl die Klassifikationsprobleme als auch einen Teil der phasentypischen Konflikte und psychischen Anforderungen in der Adoleszenz. Es folgt ein Abriss über das psychoanalytische Verständnis der depressiven Zustände unter besonderer Bezugnahme auf diese Altersstufe. Die Auswertung der angeführten Arbeiten mündet in die Forderung einer interdisziplinären Forschung, um die nach wie vor nicht gelösten grundlegenden Fragen der depressiven Störungen anzugehen und die Einzelerkenntnisse besser zu integrieren.

### 1 Einführung

Durch die Erstellung diagnostischer Klassifikationssysteme, die Zunahme epidemiologischer Daten, die biologische Forschung und die Anwendung sozialwissenschaftlicher Methoden wurde in den letzten beiden Jahrzehnten die Erforschung psychiatrischer Erkrankungen nachhaltig beeinflusst und die Reliabilität und Vergleichbarkeit der Ergebnisse erhöht. Doch nach wie vor „macht die konkrete, am klinischen Zustandsbild orientierte und möglichst umgreifende Verwendung des Begriffs Depression eine kurze und dabei allgemein zutreffende Definition dessen, was mit ihm gemeint ist, unmöglich“ (KIELHOLZ und HOLE, 1973). Dies wird auch durch die weitgehend undifferenzierte Verwendung der Begriffe „Depression“, „depressive Erkrankung“, „depressives Syndrom“, „depressives Zustandsbild“ und „Depressivität“ in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis

und Literatur belegt. Während im Vordergrund der Betrachtungen der kindlichen Depression vor allem die Fragen standen, ob sich ihre Ausdrucksformen von denen des Erwachsenenalters unterscheiden, oder ob es gar die Depression im Kindesalter überhaupt geben kann, schien es den meisten Autoren nicht schwerzufallen, die depressiven Syndrome der Adoleszenz in die diagnostischen Kategorien der depressiven Syndrome bei Erwachsenen einzureihen.

Im folgenden werde ich zuerst versuchen, die Problematik des Begriffes „Depression“ darzustellen. Dann werde ich einige epidemiologische Daten aufführen, deren Streubreite und Vieldeutigkeit u.a. eben mit den noch offenen Fragen der Definition des Depressionsbegriffes zusammenhängen. Nach einer Fallskizze möchte ich schließlich einige psychodynamische Aspekte der depressiven Zustände unter besonderer Bezugnahme auf altersspezifische Probleme der Adoleszenz skizzieren.

### 1.1 Allgemeines zum Begriff „Depression“

Der Begriff Depression wird so vielfältig verwendet, daß wir darunter bestenfalls ein klinisches Syndrom verstehen, und er an sich keinerlei ätiologische, pathogenetische, prognostische oder therapeutische Implikationen gestattet. Selbst die Grenzen der Symptomatologie sind damit nicht scharf gezogen, da sich auch in der Adoleszenz Depressionen durch andere als typische Formen manifestieren (z. B. Delinquenz, riskantes Verhalten, Ruhelosigkeit und herabgesetzte Konzentration, Aggressivität, Drogenabusus, somatische Klagen, sexuelle Promiskuität; PARRY-JONES, 1985). Das Problem der sogenannten depressiven Äquivalente ist also nicht nur auf die Kindheit beschränkt. Meiner Ansicht nach entsteht die Verwirrung in der Diskussion der „depressiven Äquivalente“ wohl deshalb, weil sich dieser Begriff auf psychodynamische und entwicklungspsychologische Betrachtungsebenen bezieht (Abwehr, Symptomverschiebung, Regression auf aus früheren Entwicklungsstufen stammende, z. B. körperliche Ausdrucksformen), während die klassische, an das triadische System der psychiatrischen Nosologie angelehnte Einteilung auf ätiologischen und phänomenologischen Gesichtspunkten basiert. Die in Deutschland übliche Anwendung dieses Systems auf Kinder und Jugendliche kann nur eine grobe Orientierung bieten, zumal depressive Symptome wesentlich vom Lebens- und Entwicklungsalter, der Intelligenz und Geschlecht abhängen (NISSEN, 1971, 1985). Nach der genannten triadischen Einteilung fand NISSEN (1971) bei einer Gruppe stationär aufgenommener depressiver Kinder und Jugendlichen, daß bei ca. 75% psychogene, 10 bis 15% somatogene und 5 bis 10% konstitutionelle Depressionen vorlagen. (Wie in dieser, so wird in vielen Untersuchungen hinsichtlich vieler Fragestellungen und Aussagen keine scharfe Grenze zwischen Kindern und Jugendlichen gezogen. Ferner sei darauf hingewiesen, daß eine strenge Abgrenzung von endogenen, somatogenen und psychogenen Ursachen der klinischen Erfahrung widerspricht, wo wir häufig ein Zusammenwirken vielfältiger

Variablen vorfinden, deren saubere Trennung bis heute nicht möglich ist.)

Auch das ansteigende Bemühen und Wissen der biologischen Psychiatrie konnte bislang keine Abhilfe bei den Schwierigkeiten in der Diagnostik und Zuordnung depressiver Syndrome schaffen. Es ist noch kein endogener biologischer Marker bekannt, der beispielsweise eine affektive Psychose exakt charakterisiert. Sogar der erhoffte prädiktive Wert zustandsabhängiger Marker für den therapeutischen Erfolg mit Medikamenten oder eine mögliche Exazerbation ließ sich kaum verifizieren (BONDY ET AL., 1988; SHAFFER, 1985; vgl. auch BÜRGIN, 1986; CYTRYN u. MCKNEW, 1979; MCCORNVILLE u. BRUCE, 1985). Trotz moderner genetischer Untersuchungsmethoden konnten die heterogenen psychiatrischen Erkrankungen durch keines der bisher bekannten genetischen Schemata erklärt werden (BONDY ET AL., 1988).

Zusammenfassend legen die biologischen Befunde vielmehr nahe, daß selbst diejenigen Syndrome, die wir als endogene Depression zusammenfassen (dies gilt übrigens auch für die Schizophrenie), Ausdruck sowohl biologisch als auch genetisch verschiedener Krankheiten sein können, und es steht noch nicht abschließend fest, ob affektive Erkrankungen genetisch, umweltbedingt, durch beides oder keines davon verursacht werden (BECK, 1967/1980; ferner ANGOLD, 1988).

Diese Feststellungen über die klinische und sehr wahrscheinlich auch biologische und genetische Heterogenität der depressiven Syndrome (ganz abgesehen von entwicklungsbedingten und reaktiven Faktoren) werfen die Frage nach der Nützlichkeit und Aussagekraft unserer psychiatrischen Klassifikationssysteme (z. B. DSM III) auf. Sie blenden schon auf der Ebene der Klassifikation viele Fragen aus; beispielsweise fordert das DSM III für die Diagnose einer Depression neben Dysphorie oder Anhedonie das Vorhandensein von mindestens 4 von 8 weiteren zusätzlichen Symptomen; wir wissen nicht, ob sich Patienten, die nur 3 dieser Symptome vorweisen, signifikant von jenen unterscheiden, die die geforderte Anzahl erfüllen (SHAFFER, 1985). Psychodynamische Aspekte zur Ätiologie sind im DSM III überhaupt nicht berücksichtigt, die biologische Orientierung hat ein eindeutiges Übergewicht; es ist klar auf die Indikation zur Pharmakotherapie bzw. die Überprüfung ihrer Effizienz ausgerichtet (vgl. HOFFMANN, 1985). Andererseits ermöglichen die Klassifikationssysteme die Festsetzung operationalisierbarer Kriterien, wodurch die Vergleichbarkeit verschiedener Forschungsergebnisse erleichtert wird.

Die obige Feststellung unterschiedlicher Symptomatik der Depression bei verschiedenen Altersgruppen führt zu der Frage, ob depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter Vorläufer depressiver Erkrankungen im Erwachsenenalter sind. Dies ist nicht der Fall, dafür sind Stimmungsschwankungen in der Kindheit und Schizophrenie im Jugend- bzw. Erwachsenenalter statistisch hoch signifikant assoziiert (NISSEN, 1971; REMSCHMIDT, BRECHTEL, MEWE, 1973). Allerdings sollte beachtet werden, daß 20% aller manisch-depressiven Phasen sich vor dem 20. Lebensjahr manifestieren (nach NISSEN, 1985).

## 2 Epidemiologie

Affektive Störungen in der Adoleszenz haben schon quantitativ eine große Bedeutung. Die statistischen Angaben über die Häufigkeit von Depressionen variieren allerdings ziemlich stark, da sie in direkter Beziehung zu ihrer psychopathologischen Definition, wie auch den Untersuchungsmethoden, der Größe und Auswahl der Stichprobe, der Altersgruppe u. a. stehen. Weitgehend gesichert ist ein starker Anstieg depressiver Syndrome aller Art in der Adoleszenz im Vergleich zur Kindheit, noch stärker ist der Anstieg der Suicidversuche und erfolgter Selbstmorde (GRAHAM, RUTTER, 1985; SHAFFER, 1986; ALONSO-FERNANDEZ, 1988; REMSCHMIDT, SCHWAB, 1978). (Ob Suicidhandlungen tatsächlich mit Störungen der Stimmung streng korrelieren, wovon z. B. SHAFFER [1986] ausgeht, kann an dieser Stelle nicht diskutiert werden.) So treten im Alter von 14 Jahren ca. 3,5 Suicide pro 100 000 und im Alter von 19 Jahren an die 20 Suicide pro 100 000 auf (nach einer Graphik bei SHAFFER, 1986). Von einer der wenigen Untersuchungen der Prävalenz von depressiven Syndromen in einer Gemeindepopulation, nämlich der Isle of Wight-Studie (RUTTER ET AL., 1970, 1976), wird angeführt (nach SHAFFER, 1986): Die Prävalenz unter 10- bis 11jährigen von 1,4% steigt auf annähernd 4% unter 14- bis 15jährigen (ein mit einer Erwachsenenpopulation vergleichbarer Wert). Doch es gibt eine ganze Reihe von Arbeiten, die einen wesentlich höheren Anteil an depressiven Syndromen anführen (nach einer Zusammenstellung von ANGOLD, 1988, 15 bis 49%!); SHAW (1988) schätzt nach seiner Auswertung der Studien das Vorhandensein von adoleszenten Depressionen auf 5 bis 10%. BÜRGIN (1986) führt Untersuchungen von KASHANI an, wonach die Kriterien einer „major depressive disorder“ von 4% der Adoleszenten erfüllt werden. Diese weit gestreuten Zahlen zeigen besonders deutlich, wie sehr die Ergebnisse von der Definition des Depressionsbegriffes, der diagnostischen Einordnung, der Untersuchungsmethode und dem Alter abhängig sind.

### 3 Zum klinischen Verständnis der adoleszenten Depression

Die bisherigen Ausführungen haben zumindest angedeutet, daß es bis heute nicht gelungen ist, die verschiedenen depressiven Syndrome voneinander sicher abzugrenzen, da weder über ihre Ätiologie, noch ihre Pathogenese Einigkeit herrscht. Es herrscht nicht einmal ein genereller Konsens bezüglich des Verhältnisses zwischen einer Depression als Krankheitseinheit und normalen Stimmungsschwankungen (vgl. z. B. BECK, 1967/1980; EICKE-SPENGLER, 1977), wobei gerade diese Unterscheidung für die Einordnung affektiver Phänomene in den Bereich der Pathologie dringend erforderlich wäre. Mit anderen Worten: Die Frage, ob eine depressive Verstimmung und die Depression als Krankheitseinheit nur zwei Pole eines Kontinuums oder aber zwei grundsätzlich ver-

schiedene Kategorien darstellen, kann bisher nicht befriedigend beantwortet werden.

Dieses Problem trifft mit besonderer Schärfe in der Adoleszenz auf. Vor allem psychoanalytische Arbeiten führen an, daß traurige oder dysphorische Verstimmungen, herabgesetztes Selbstwertgefühl und Selbstunsicherheit, Gefühle der Isolation, Einsamkeit und Leere, Ängste, Selbstmordphantasien, Reizbarkeit, sozialer Rückzug, aggressive Ausbrüche u. a. schon im Rahmen einer normalen Entwicklung vorkommen und krisenhafte Zuspitzungen und Verlängerungen solcher phasenspezifischer Störungen keineswegs in eine Krankheit münden müssen. Andererseits gibt es bestimmte Verhaltensformen und innerpsychische Bedingungen, die ziemlich sicher darauf hinweisen, daß die betreffenden Jugendlichen unbehandelt im Erwachsenenalter psychische Abnormitäten zeigen werden. Da wir – wie dargestellt – den relativen Effekt konstitutioneller Faktoren auf die psychologische Entwicklung nicht genau bestimmen können und einfache Erklärungsversuche eines so komplexen Phänomens wie der Depression in der Adoleszenz mit Skepsis betrachtet werden müssen, möchte ich mich jetzt den innerpsychischen Bedingungen zuwenden, deren Verständnis brauchbare Hilfe für den klinischen Umgang leisten kann.

#### 3.1 Fallbeispiel

Die nachfolgende Fallskizze soll einerseits klinisches Anschauungsmaterial für die nachfolgenden Ausführungen liefern, andererseits die bereits dargelegten Klassifikationsprobleme und Komplexität der depressiven Syndrome in der Adoleszenz illustrieren.

Ein 12jähriger Junge, hier Dorian genannt, wird wegen akuter Suicidalität als Notfall in die Klinik eingewiesen, nachdem er bereits 6 Wochen zuvor einen Suicidversuch verübt hatte. Ein ambulanter Therapieversuch ist gescheitert. Nach Angaben der Mutter hielten die Schwierigkeiten seit einem Dreivierteljahr an, als ihr Mann und Vater des Jungen aus der gemeinsamen Wohnung ausgezogen war. Dorian habe stark in der Schule nachgelassen, sich zurückgezogen, die bis dahin ausgeübten sportlichen Aktivitäten wie auch Kontakte zu Schulkameraden aufgegeben, sich von anderen abgelehnt gefühlt, sich hinter Kopfhörern mit lauter Musik verschanziert, sei mürrisch, reizbar und motorisch unruhig gewesen und habe öfter mit Selbstmord gedroht. Somit erfüllt Dorian die DSM-III-Kriterien einer typischen (major) depressiven Störung: Es lagen eine dysphorische Verstimmung wie auch Anhedonie, ferner nahezu jeden Tag und länger als zwei Wochen lang eine psychomotorische Agitiertheit, Verlust an Interesse und Freude, Gefühle der Wertlosigkeit, verminderte Konzentrationsfähigkeit und wiederkehrende Todes- und Suicidgedanken vor.

Nun zeigte Dorian in den ersten beiden Tagen in der Klinik und besonders in der Zweiersituation mit mir ein wütendes Verhalten und verdrehte die Realität, indem er seine Einweisung und sein „Eingesperrt-Sein“ als einen Grund anschuldigte, sich „um die Ecke zu bringen“. Als er anlässlich seiner sofortigen Forderung nach freiem Ausgang bei gleichzeitiger Weigerung zu versprechen, daß er sich nichts antue, erlebt hat, daß ich ihm Grenzen setzen und seine Aggression unbeschadet aufnehmen und mit ihr ohne Eskalation umgehen kann, schlug seine Stim-

mung um; er wurde – vorerst – ein aktives, neugieriges und intellektuell reges Mitglied der Stationsgemeinschaft.

Das von Dorian gebotene klinische Bild und der Verlauf sprechen nur wenig für die Annahme einer endogenen, adultomorphen, phasischen Verstimmung, zumal im weiteren Behandlungsverlauf die Stimmung in direktem Zusammenhang mit emotionalen und beziehungsgebundenen Ereignissen schwankte. Die Annahme einer reaktiven Depression infolge der Trennung der Eltern erscheint naheliegend. Die aktuelle familiäre Situation und die damit verbundenen Trauerprozesse sind sicher wichtig und auch der Beginn der therapeutischen Beziehung hat gezeigt, daß Dorian in der Übertragung versucht, mich in die väterliche Position zu bringen und sich dadurch zunächst zu stabilisieren. Auch die Angaben der Eltern haben bestätigt, daß Dorian's Unterwerfung unter den autoritären Vater, der mit seiner bestimmenden Erziehung u. a. auch sein Interesse an Dorian dokumentierte, sein Gleichgewicht und seine Selbstwertregulation gestützt hat.

Doch auf einer tieferen Ebene ist von der ersten Stunde an ein noch wichtigerer und grundsätzlicherer Konfliktbereich sichtbar geworden und wurde im Behandlungsverlauf immer zentraler. Er hängt mit der beginnenden Pubertät zusammen (Dorian onaniert bereits, hat wohl auch Ejakulationen). Schon in der ersten Therapiestunde zeichnete Dorian beim Squiggeln zwei kämpfende Tiere, eine Schlange und eine Raubkatze mit unbestimmten Geschlechtsmerkmalen, die sich zufällig begegnet seien und aus dem Erschrecken und der Angst heraus angreifen. Neben anderen Aspekten möchte ich hier auf den Übertragungsaspekt hinweisen: Dorian und ich sind uns auch zufällig begegnet und er drückt in der Zeichnung seine Angst vor unkontrollierter triebhafter Spannungssteigerung und Entladung aus; doch er zieht schließlich einen Strich zwischen die beiden Tiere: Man könne sie auch trennen (er wußte übrigens bereits, daß mein zweiwöchiger Urlaub kurz bevorstand).

Auch im weiteren Verlauf ließ sich seine Furcht vor ungleichen, ihn bedrängenden oder unterwerfenden Übergriffen vernennen. Beispielsweise vergaß er mehrfach seine ihm ansonsten wichtigen Therapiestunden, um mir dann bei meinen Deutungsversuchen vorzuwerfen, ich würde ihn ausquetschen wie eine kleine verschrunpelte Zitrone. Bisweilen erlebte er mein Bemühen um Verständnis seiner Innen- und Konfliktwelt, das vielleicht nicht zurückhaltend genug war, als ein „Ausleuchten seiner Gehirnzellen“. In einem Traum haben Ärzte einer Klinik in seinem Mund schmerzhaft gebohrt und an seinen Zähnen herumgerissen.

Gleichzeitig kamen immer wieder Klagen, Ängste und Wut in bezug auf körperliche Vorgänge, Untersuchungen und Empfindungen zum Ausdruck. Hier muß ich ergänzen, daß Dorian etwas schlacksig, unproportional wirkt und sich durch eine Anomalie im Gesichtsbereich subjektiv sehr beeinträchtigt fühlt.

Es hat sich herauskristallisiert, daß Dorian's psychische Ressourcen nicht ausreichen, um die phasentypischen Anforderungen der Pubertät – zumal nach dem Zusammenbruch der Familie – zu bewältigen. Hinsichtlich seiner frühen Entwicklung sei hier noch angeführt, daß die Mutter ihre frühe Beziehung zu ihm als kühl und ambivalent schildert und er schon als Kind Symptome gezeigt hatte (massive Wutausbrüche, Enuresis, Encopresis). Seine aktuellen psychischen Symptome, die als eine typische depressive Störung gemäß DSM III imponiert haben, sind der Ausdruck des Zusammenbruchs seiner psychischen Entwicklung und seiner Selbstwertregulation im Sinne der Unfähigkeit, die jetzt gefährlich werdenden Triebregungen, Körperveränderungen und Veränderungen in der Beziehungsform zu den Eltern zu integrieren (vgl. LAUFER und LAUFER, 1984). Die Übertragungsentwicklung und die Kenntnis des familiären Kontextes

lassen auch auf Ängste vor triebgeladener Übererregung in den Beziehungen zu beiden Eltern schließen.

Die Pubertät ist nicht zuletzt ein körperlicher Vorgang. Dorian richtet seine ganze Wut gegen seinen Körper, der ihm als die Quelle seiner Pein erscheint, und wird sogar bereit, ihn zu vernichten (vgl. LAUFER und LAUFER, 1984).

### 3.2 Einige Aspekte des psychoanalytischen Verständnisses der depressiven Zustände in der Adoleszenz

In diesem Rahmen kann ich mich nur auf einige wenige, aus meiner Sicht jedoch essentielle Aspekte des psychoanalytischen Verständnisses der adoleszenten Depression beschränken. Ich setze mit LAUFER (1975) voraus, daß Verhalten und Entwicklung nicht zufällig sind, sondern Folgen der individuellen Geschichte. Die gesamten „äußeren“ Erklärungen über die Schwierigkeiten in der Adoleszenz (z. B. erhöhte Anforderungen seitens der Gesellschaft, wie auch höhere Verantwortlichkeit ihr gegenüber u. v. a. m.) sind nicht unwichtig, doch entscheidend sind die Reaktionen des Jugendlichen auf diese Anforderungen.

Die von FREUD (1917) und ABRAHAM (1912, 1916, 1924) begründete und von der Erforschung der Melancholie ausgehende psychoanalytische Theorie der Depression hat eine Akzentverschiebung erfahren. Beide haben zwar die Bedeutung des Verlustes der Selbstachtung für den depressiven Mechanismus schon gesehen, doch reihte sie erst FENICHEL (1945) den bekannten Einflüssen der oralen Fixierung und des aus der Identifizierung mit einem verlorenen und ambivalent geliebten Objekt stammenden Hasses gegen sich selbst gleichwertig ein. BIBRING (1952) versuchte dann die Depression unter Herausarbeitung des ich-psychologischen Aspektes von der mehr triebpsychologisch verankerten intimen Verbindung mit Oralität und Aggression zu trennen. Er betrachtete die Depression als einen gefühlsmäßigen Ausdruck der Hilflosigkeit des Ichs, die durch sein Scheitern hervorgerufen wird, seine narzißtischen, vom Ich-Ideal und Über-Ich gesteckten Ziele zu erreichen. Die Depression sei eine Ich-Reaktion analog der Angst. Hierauf aufbauend definierten SANDLER und JOFFE (1965) die Depression als eine psychobiologische affektive Grundreaktion auf einen seelischen Schmerz. Sie tritt dann auf, wenn das Individuum das Gefühl hat, des Wohlergehens, d. h. eines Idealzustandes des Selbst, beraubt worden zu sein. „Ein bedeutsamer Aspekt ist dabei das Gefühl, etwas, das für die narzißtische Integrität entscheidend wichtig ist, verloren zu haben bzw. nicht erreichen zu können. Hand in Hand damit geht ein Gefühl von Hilflosigkeit und Unfähigkeit, den Verlust ungeschehen zu machen.“ Somit hat ein Objektverlust an sich nicht die früher angenommene primäre Bedeutung für die Auslösung der Depression, sondern nur insofern als das verlorene Objekt der Garant des Idealzustandes des Selbst gewesen war. Dies entspricht übrigens der klinischen Erfahrung, daß man nicht bei jedem Depressiven einen realen oder phantasierten Objektverlust findet, sondern wie GRUNBERGER (1965) darlegt, bleibt das Gefühl der De-

pression gleich, egal welchen Ursprungs die Unzulänglichkeit war: Eine reale narzißtische Wunde, der Verlust eines Objektes, das die narzißtische Unzulänglichkeit des Subjektes kompensiert hat oder die Unfähigkeit, die eigenen Triebansprüche zu befriedigen. Die bei depressiven Reaktionen schon in den ursprünglichen Theorien herausgearbeitete Rolle der Aggression erscheint jetzt in neuem Licht. Neben anderen Aspekten (z. B. Wut auf das frustrierende Objekt oder Schuldgefühle aufgrund der Unerreichbarkeit unrealistischer Idealnomen) tritt die Wut auf das eigene Selbst auf, weil es unbefriedigend ist und deshalb gehaßt wird. Auch LORAND (1967) unterstreicht die Bedeutung des Selbstgefühls bei depressiven Adoleszenten, wobei er die hierbei regelmäßig anzutreffenden Gefühle der Identitätsdiffusion und schließlich die Wurzel der Depression den Störungen der frühen Identifikationsprozesse und hier insbesondere der Ich-Idealbildung zuschreibt.

GRUNBERGER (1965) führt die Entwicklung der Depression explizit auf die frühe Mutter-Kind-Beziehung zurück, wobei eine unzureichende narzißtische Bestätigung, welche die unvermeidbaren Versagungen im Prozeß der Individuation auffangen und mildern sollte, die Fixierungsstelle bestimmt. Die durch die unzureichende narzißtische Bestätigung verlorene Vollkommenheit wird auf ein idealisiertes Objekt – den Vater – projiziert, welches dann als Stütze des Ich-Ideals dient. Das Scheitern der narzißtischen Bestätigung bringt die Scham des Ichs angesichts seines Ich-Ideals hervor. Die Depression wäre dann eine Erkrankung des Ichs angesichts seines Konfliktes mit dem Ich-Ideal. Die Aggressivität des Depressiven hat nach GRUNBERGER projektiven Charakter, er bekämpft am Objekt diejenigen Eigenschaften, die von seinem eigenen Ich-Ideal verworfen werden. Das Auftreten von Selbstanklagen zeigt das Versagen dieses Mechanismus auf, der das Subjekt von Selbsterstörung geschützt hat.

Um nun die Bezüge der eben skizzierten theoretischen Vorstellungen zur Pathogenese der depressiven Zustände bei Jugendlichen deutlicher aufzuzeigen, möchte ich einige der wichtigsten Aufgaben anführen, welche die Jugendlichen in dieser Lebensphase bewältigen müssen (vgl. FREUD, 1905; ANNA FREUD, 1958; BLOS, 1962; LORAND, 1967; und im folgenden insbesondere LAUFER, 1965, verkürzt zitiert aus BOHLEBER, 1982):

- a) Die einsetzende physiologische Reifung und der damit verbundene Trieb Schub drohen das noch infantile Ich des Adoleszenten zu überwältigen. Es kommt zu einer Umstrukturierung des Körperbildes. Die Veränderungen des Körpers und die Ausbildung physisch reifer Genitalien müssen integriert werden.
- b) Nach Wiederaufleben ödipaler Strebungen in der Pubertät muß die infantil-libidinöse Bindung an den gegengeschlechtlichen Elternteil gelöst werden. Die bestehenden Identifizierungen mit den Elternfiguren müssen einer Revision unterzogen werden, wodurch sie allmählich an Bedeutung verlieren. Übernahme von Peer-group-Idealen und Haltungen.

- c) Finden eines heterosexuellen Liebesobjektes. Vorstufen dazu sind Onaniephantasien und das Ausprobieren von Beziehungen ohne allzu große Festlegungen.
- d) Integration der präödipalen und ödipalen Identifikationen, der inneren und äußeren Ideale zu einer stabilen Identität. In diese Identität gehen auch die infantilen Tribschicksale und die traumatischen Erfahrungen ein.

Wir finden in dieser Aufstellung eine Vielzahl von potentiellen Konfliktquellen und Kristallisationspunkten, die eine depressive Entwicklung auslösen können, wenn eine entsprechende Disposition besteht und keine Hilfen zur Verfügung stehen. Gemäß den obigen Ausführungen und des eingeschränkten Rahmens möchte ich nur einige, das Selbstgefühl bedrohende Aspekte aufzeigen:

Auf dem Hintergrund des wiederbelebten Ödipuskomplexes, dessen verbotene infantile Strebungen erneut verdrängt werden müssen, kommt es zu einer Libidoverschiebung von den Objekten auf das Selbst. Die Loslösung des Jugendlichen von den bis dahin stützenden Elternfiguren kann wie ein Verlust erlebt werden, zumal neue Beziehungen zu Altersgenossen zunächst oft flüchtig, probierend, wechselhaft, narzißtisch und damit labil sein dürften.

Die beängstigenden Veränderungen des eigenen Körpers, die mit denen von Altersgenossen verglichen werden, die nagenden Befürchtungen und Zweifel, ob man normal ist oder nicht, und schließlich die relative Ohnmacht, seinen Körper an eventuelle vorbestehende Idealvorstellungen heranzubringen, sind wichtige Quellen affektiver Störungen oder gar des Selbsthasses (vgl. LAUFER/LAUFER, 1984). Vor allem in der Spätadoleszenz wird das Gefühl der Unausweichlichkeit, Irreversibilität und Festlegung bezüglich der sexuellen Identität auch auf andere wesentliche Bereiche (z. B. Beruf) ausgedehnt (vgl. LAUFER/LAUFER, 1984), so daß u. U. schmerzliche Entidealisierungsprozesse vom Selbst und Objekten stattfinden müssen (vgl. BOHLEBER, 1982).

Die geläufigen Schwierigkeiten, ein heterosexuelles Objekt zu finden bzw. zu halten, sind häufige Auslöser von Verstimmungen oder auch Suicidhandlungen in der Adoleszenz (vgl. REMSCHMIDT/SCHWAB, 1978; LAUFER/LAUFER, 1984), da die Fähigkeit zu heterosexuellen Beziehungen aus vielen Gründen ein subjektives Maß des eigenen Wertes, Erwachsenseins und der Normalität darstellt.

Die Reifungsprozesse in der Adoleszenz sollten schließlich in eine stabile Identität münden. Das von ERIKSON (1956) beschriebene klinische Bild der Identitätsdiffusion, das man in verschiedener Intensität bei den meisten Jugendlichen beobachten kann, wenn sie sich den dargestellten Anforderungen gegenübersehen, jedoch keineswegs in die Krankheit führen muß, hat in vielen Facetten eine verblüffende Ähnlichkeit mit der Beschreibung eines depressiven Zustandes.

Allein nach diesen skizzenhaften und sicher unvollständigen Ausführungen zu den psychodynamischen An-

gelpunkten depressiver Zustände gehen wir als Kliniker nicht fehl, der schon in der normalen Entwicklung auftretenden psychischen Krise in der Adoleszenz für die endgültige Persönlichkeitsbildung höchste Wichtigkeit beizumessen. Sie stellt an sich keine Krankheit dar, doch kann die Art der Bewältigung der adoleszenten Konflikte in vielen Fällen als der Scheideweg in psychische Gesundheit oder Krankheit angesehen werden.

#### 4 Schlußbemerkungen

Ich hoffe zumindest angedeutet zu haben, daß das Phänomen der depressiven Syndrome in der Adoleszenz außerordentlich komplex ist und die bisherigen Konzeptualisierungsversuche der Spannweite der klinischen Bilder und deren Verständnis nur unzureichend gerecht werden konnten. Dies wird durch die neueren Forschungsergebnisse der Säuglingsforschung, der biologischen Psychiatrie, der Lerntheorie und der Psychoanalyse unterstrichen. Die Tendenz geht dahin, die Depression als eine psychobiologische affektive Grundreaktion auf seelischen Schmerz einzustufen (SANDLER u. JOFFE, 1965), bei dessen Verursachung die Diskrepanz zwischen Ideal-Selbst und Real-Selbst eine herausragende Rolle spielt. Die Symptome sind also der Ausdruck oder die Endstrecke von biologisch, lebensgeschichtlich, kognitiv und psychodynamisch determinierten Regulationsvorgängen. Im klinischen Alltag bleibt es uns nicht erspart, angemessene therapeutische Antworten auf die depressiven Symptome des jeweils individuellen Jugendlichen in ihrer ganzen phänomenologischen und pathogenetischen Vielfalt zu suchen. Die noch unzureichende Integration der Einzelerkenntnisse aus den verschiedenen Forschungsrichtungen weist auf die Notwendigkeit hin, interdisziplinäre Forschungsarbeit zu intensivieren und unreflektierte Methodeneinseitigkeit zu überwinden.

#### Summary

##### *Depressive Syndromes in Adolescence*

First the difficulties with the concept of depression, its definition and with the classification and heterogeneity of the depressive syndromes are pointed out. The particular clinical importance of depressive states, especially of adolescents, is shown by means of epidemiological data. A case report illustrates the classification problems and a part of the typical conflicts and psychic demands in adolescence. Then follows a short survey on the conception of depressive states in psychoanalysis, with special reference to this age group. The evaluation of the given studies calls for interdisciplinary research, in order to tackle the still unsolved questions concerning depressive conditions and to improve the coordination of separate findings.

#### Literatur

- ABRAHAM, K. (1912): Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände. In: Gesammelte Schriften, Bd. 1, 146–162; Frankfurt: Fischer, 1982. – ABRAHAM, K. (1916): Untersuchungen über die früheste prägenitale Entwicklungsstufe der Libido. In: Gesammelte Schriften, Bd. 2, 3–31; Frankfurt: Fischer, 1982. – ABRAHAM, K. (1924): Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido aufgrund der Psychoanalyse seelischer Störungen. In: Gesammelte Schriften, Bd. 2, 32–102; Frankfurt: Fischer, 1982. – ALONSO-FERNANDEZ, F. (1988): Die Zunahme depressiver Syndrome in der Adoleszenz. In: FRIESE, H.-J. u. TROTT, G. E. (Hg.): Depression in Kindheit und Jugend, 32–39; Bern: Huber. – ANGOLD, A. (1988): Childhood and Adolescent Depression. I. Epidemiological and Aetiological Aspects. *British Journal of Psychiatry*, 152, 601–617. – BECK, A. T. (1967/1980<sup>8</sup>): Depression. Causes and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. – BIBRING, E. (1952): Das Problem der Depression. *Psyche*, 6, 81–101. – BLOS, P. (1962): Adoleszenz. Eine psychoanalytische Interpretation. Stuttgart: Klett-Cotta, 1983<sup>3</sup>. – BOHLEBER, W. (1982): Spätadoleszente Entwicklungsprozesse. In: KREJCI, E. u. BOHLEBER, W. (Hg.): Spätadoleszente Konflikte. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – BONDY, B., ACKENHEIL, M., MÜLLER-SPAHN, F., HIPPIUS, H. (1988): Biologische Marker endogener Psychosen. *Nervenarzt*, 59, 565–572. – BÜRGIN, D. (1986): Depression in Children and Adolescents. *Psychopathology* 19, suppl. 2, 148–155. – CYTRYN, L., MCKNEW, D. H. (1979): Affective Disorders. In: NOSHPITZ (ed.): *Basic Handbook of Child Psychiatry*, Vol. 2, 321–340; New York: Basic Books. – EICKE-SPENGLER, M. (1977): Zur Entwicklung der psychoanalytischen Theorie der Depression. *Psyche*, 31, 1079–1125. – ERIKSON, E. H. (1956): Das Problem der Identität. *Psyche*, 10, 114–176. – FENICHEL, O. (1945): Psychoanalytische Neurosenlehre. Bd. 2, 272–309; Frankfurt: Ullstein, 1983. – FREUD, A. (1958): Adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 13, 255–278. – FREUD, S. (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. *GW*, Bd. 5, 27–145. – FREUD, S. (1917): Trauer und Melancholie. *GW*, Bd. 10, 427–446. – GRAHAM, P., RUTTER, M. (1985): Adolescent Disorders. In: RUTTER, M./HERSOV, L.: *Child and Adolescent Psychiatry*, 351–367; Oxford: Blackwell Scientific Publ. – GRUNBERGER, B. (1976): Studie über die Depression. In: GRUNBERGER, B. (1965): *Vom Narzißmus zum Objekt*, 235–269; Frankfurt, 1976. – HOFFMANN, S. O. (1985): Können wir mit dem DSM III leben? *Forum der Psychoanalyse*, 1, 320–323. – KIELHOLZ, P., HOLE, G. (1973): Depression. In: MÜLLER, CH.: *Lexikon der Psychiatrie*, 111–116; Berlin: Springer. – LAUFER, M. (1965): Assessment of Adolescent Disturbances. *Psychoanalytic Study of the Child*, 20, 99–123. – LAUFER, M. (1975): *Adolescent Disturbance and Breakdown*. Hammonds-worth: Penguin Books. – LAUFER, M., LAUFER, M. E. (1984): *Adolescence and Developmental Breakdown*. New Haven: Yale Univ. Press. – LORAND, S. (1967): Adolescent Depression. *Int. Journal Psycho-Analysis*, 48, 53–60. – McCONVILLE, M. B., BRUCE, R. T. (1985): Depressive Illness in Children und Adolescents: A Review of Current Concepts. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, 119–129. – NISSEN, G. (1971): *Depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer. – NISSEN, G. (1985): Affektive Psychosen. In: REMSCHMIDT, H., SCHMIDT, M. H.: *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*, Bd. 2, 310–322; Stuttgart: Thieme. – NISSEN, G. (1985): Depressive Syndrome. In: REMSCHMIDT, H., SCHMIDT, M. H.: *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*, Bd. 3, 119–139; Stuttgart: Thieme. – PARRY-JONES, W. L. (1985): Adolescent Disturbance. In: RUTTER, M., HERSOV, L.: *Child and Adolescent Psy-*

- chiatry, 584-598; Oxford: Blackwell Scientific Publ. – REMSCHMIDT, H., BRECHTEL, B., MEWE, F. (1973): Zum Krankheitsverlauf und zur Persönlichkeitsstruktur von Kindern und Jugendlichen mit endogenen-phasischen Psychosen und reaktiven Depressionen. *Acta Paedopsychiatrica*, 38, 2-17. – REMSCHMIDT, H., SCHWAB, TH. (1978): Suicidversuche im Kindes- und Jugendalter. *Acta Paedopsychiatrica*, 43, 197-208. – SANDLER, J., JOFFE, W.G. (1965): Zur Depression im Kindesalter. *Psyche*, 34, 413-429, 1980. – SCHOENBACH, V. J., GARRISON, C.Z., KAPLAN, B.H. (1984): Epidemiology of Adolescent Depression. *Public Health Review*, 12, 159-189. – SHAFFER, D. (1985): Depression, Mania and Suicidal Acts. In: RUTTER, M., HERSON, L.: *Child and Adolescent Psychiatry*, 698-719; Oxford; Blackwell Scientific Publ. – SHAFFER, D. (1986): *Developmental Factors in Child and Adolescent Suicide*. In: RUTTER, M., TIZARD, C., READ, P. (ed.): *Depression in Young People: Issues and Perspectives*, 383-396; New York: Guilford Press. – SHAW, J.A. (1988): *Childhood Depression*. *Med. Clinics North America*, 72, 831-845.
- Anschr. des Verf.: Dr. med. Emil Branik, Abt. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Klinikum der Albert-Ludwigs-Universität, Hauptstr. 5, 7800 Freiburg i. Br.