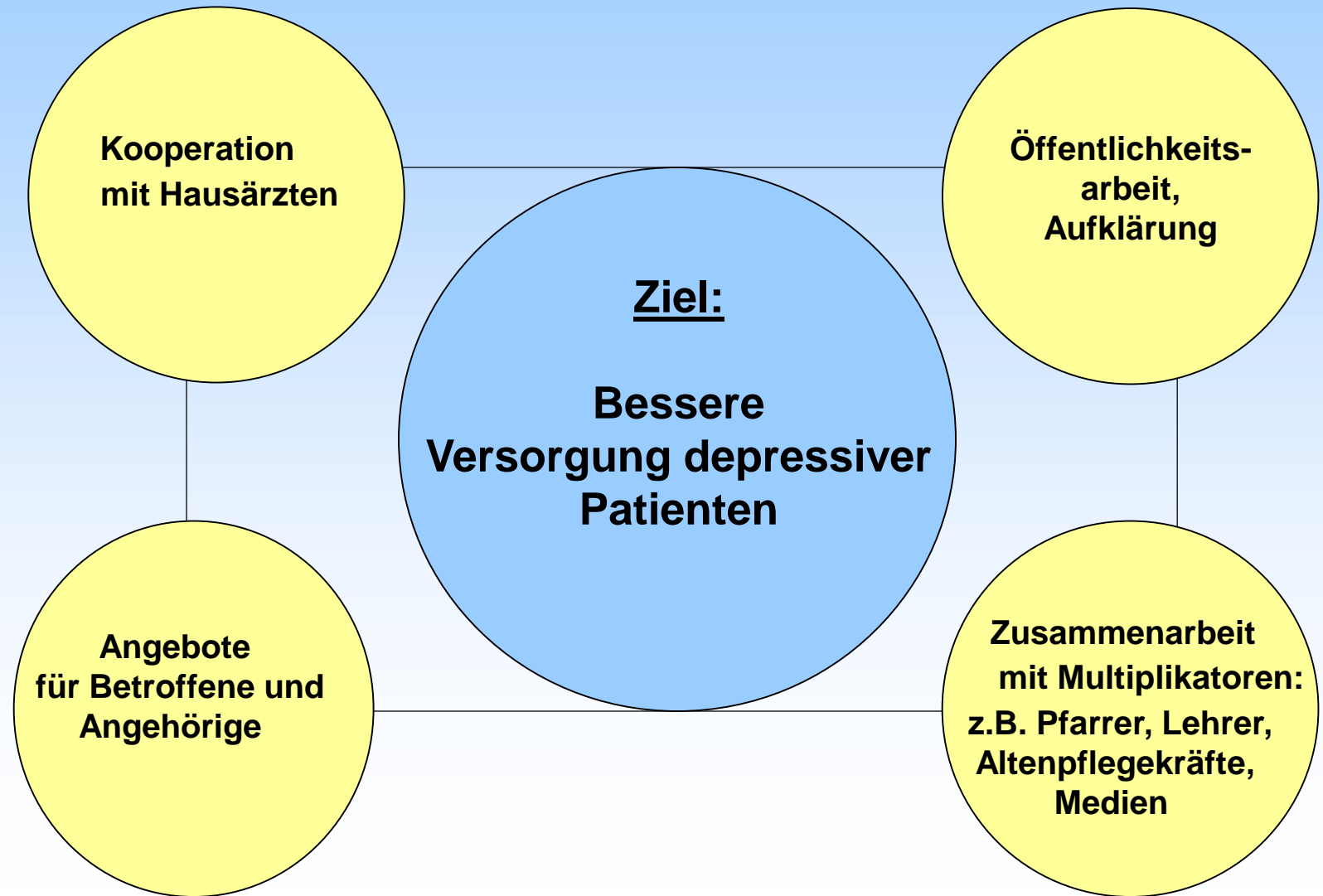


Bündnis gegen Depression: 4-Ebenen-Aktionsprogramm



Umweltfaktoren
(familiäre Situation, soziale Faktoren)

Biographische Faktoren
(Persönlichkeitsentwicklung,
Lebensereignisse)

Anlagefaktoren
(„Persönlichkeitsstruktur“, Intelligenz,
familiäre Belastung mit psychiatrischen
Erkrankungen)

Biologische Faktoren
(Neurotransmitter-Stoffwechsel, organische
Erkrankungen, Substanzen)

**Depressives
Syndrom**

```
graph LR; A[Umweltfaktoren] --> D((Depressives Syndrom)); B[Biographische Faktoren] --> D; C[Anlagefaktoren] --> D; E[Biologische Faktoren] --> D;
```

Depression bei Kindern Jugendlichen: Häufigkeiten

- Depressionsrate bei Vorschulkindern: unter 1% geschätzt
- Im Grundschulalter: weniger als 2% der Kinder betroffen
- Ab der Adoleszenz nehmen Neuerkrankungen deutlich zu
- 12-18% der Jugendlichen haben mindestens eine Episode einer klinisch relevanten Depression erlebt
- Mädchen sind doppelt bis dreimal so häufig betroffen wie Jungen
- Es besteht eine hohe Komorbidität mit anderen Störungen
- schwer zu beurteilen, inwiefern in den vergangenen Jahrzehnten Depression zugenommen hat

Warum wird Depression auch bei Jugendlichen dennoch häufig übersehen?

- Betroffene erkennen selbst nicht, dass sie depressiv sind
- Verhaltensauffälligkeiten manchmal im Vordergrund (z.B. gereiztes und aufsässiges Verhalten) Folge: Eltern, Lehrer und Ärzte übersehen die Depression
- Angst der Betroffenen und Familien vor psychiatrischer Diagnose
- Einzelfälle unterscheiden sich oft stark im Erscheinungsbild
- Abgrenzung von „normaler“ adoleszenter Entwicklung manchmal schwierig. Vorübergehende depressive Symptome sind als in Pubertät häufig und haben keinen Krankheitswert
- „Reiß Dich doch zusammen“ - Depression braucht keine Behandlung

Depression bei Kindern & Jugendlichen:

- Bei Kindern ist ein untypisches Erscheinungsbild der Depression im Vergleich zu Erwachsenen eher die Regel als die Ausnahme
- Im Jugendalter weitgehend Annäherung an Depressionskriterien, wie sie für Erwachsene formuliert wurden
- Wichtig: in der Pubertät finden sich depressive Symptome als Durchgangsstadium der normalen Entwicklung ohne Krankheitswert
- **Bei der Symptomatik von Depression im Kinder- und Jugendalter sind alterabhängig Besonderheiten zu beachten:**

Depression bei Kindern & Jugendlichen: Symptome

1. Im Kleinkindalter (1-3 Jahre)

- wirkt traurig
- ausdrucksarmes Gesicht
- erhöhte Irritabilität
- gestörtes Essverhalten
- Schlafstörungen
- selbststimulierendes Verhalten: „Jactatio capitis“, exzessives Daumenlutschen
- genitale Manipulation
- auffälliges Spielverhalten, reduzierte Kreativität und Ausdauer
- Spielunlust
- mangelnde Phantasie

Depression bei Kindern & Jugendlichen: Symptome

2. Im Vorschulalter (3-6 Jahre)

- trauriger Gesichtsausdruck
- verminderte Gestik und Mimik
- leicht irritierbar und äußerst stimmungslabil
- mangelnde Fähigkeit, sich zu freuen
- introvertiertes Verhalten, aber auch aggressives Verhalten
- vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten
- Essstörungen bis zu Gewichtsverlust/-zunahme
- Schlafstörungen, Alpträume, Ein- und Durchschlafstörungen

Depression bei Kindern & Jugendlichen: Symptome

3. Bei Schulkindern

- verbale Berichte über Traurigkeit
- suizidale Gedanken
- Befürchtungen, dass Eltern nicht genügend Beachtung schenken
- Schulleistungsstörungen
- Agitiertheit und dissoziales Verhalten

Depression bei Kindern & Jugendlichen: Symptome

4. Im Pubertäts- und Jugendalter

- vermindertes Selbstvertrauen
- Apathie, Angst, Konzentrationsmangel
- Leistungsstörungen
- Gereiztheit und Aggressivität
- über den Tag hinweg Schwankungen des Befindens
- psychosomatische Störungen
- Kriterien der depressiven Episode

Präpubertale versus adoleszente Depression

Anzeichen und Symptome für Depression	Präpubertäre Kinder	Adoleszens
Anhedonie	Weniger ausgeprägt	Stärker ausgeprägt
Hoffnungslosigkeit	Weniger ausgeprägt	Stärker ausgeprägt
Schlaf	Hyposomnie	Hypersomnie
Gewicht	Veränderungen wenig wahrscheinlich	Häufige Veränderungen
Suizid	Suizidversuche seltener mit tödlichem Ausgang	Suizidversuche mit tödlichem Ausgang
Erscheinungsbild	Erhöht depressiv	Weniger depressiv
Somatische Beschwerden	Erhöht	Reduziert
Ängste, Phobien, Halluzinationen	Erhöht	Reduziert

(Quelle: Rosenberg et al. (1992). Depression in the elderly)

Depression bei Kindern & Jugendlichen: Diagnose

- Keine eigene Kategorie für Depression bei Kindern innerhalb der ICD10 (nur gemeinsam mit Störung des Sozialverhaltens)
- Formal gelten gleiche Diagnosekriterien wie bei Erwachsenen (ICD10: F32, F33, F34)

Was ist bei der Diagnose von Depression bei Kindern und Jugendlichen besonders zu beachten?

- häufig ausgeprägte Verleugnungstendenz und große Schamgefühle bei depressiven Kindern
- Die Beobachtung von Spielverhalten, Essverhalten und Schlafverhalten ist bei jüngeren Kindern besonders wichtig
- Bei älteren Kindern: zusätzlich Beobachtung des Leistungsverhaltens
- Um eine sichere klinische Einschätzung vornehmen zu können, ist die Einbeziehung und Befragung von Eltern, Lehrern, Kindergärtnerinnen oder sonstigem Betreuungspersonal notwendig
- **Sichere Diagnose nur durch den Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**

Differentialdiagnose

Ausschluss körperlicher Ursachen:

- endokrine / hormonelle Störungen
(z.B. Schilddrüsenfunktionsstörung)
- neurologische Erkrankungen
- Viruserkrankungen
- Tumoren
- Autoimmunerkrankungen
- medikamentöse Ursachen

Daher: ärztliche Untersuchung unverzichtbar!

Merkmale einer Depression:

Wichtiges Kriterium

- die Veränderungen sind **nicht nur eine nachvollziehbare vorübergehende Reaktion** auf eine äußere Belastung (z.B. Verlustsituation), sondern zeigen eine **überdauernde Stabilität** über mehrere Wochen und Monate, ohne dass es zu einer Restabilisierung kommt.

Depressive Symptomatik auch bei:

- Angststörungen
- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen (häufiger bei Jungen)
- Störungen im Sozialverhalten mit introvertiertem oder auch agitiertem Verhalten (häufiger bei Jungen)
- Teilleistungsschwächen (häufiger bei Jungen)
- Essstörungen (häufiger bei Mädchen)
- Persönlichkeitsentwicklungsstörungen
- Drogen- und Alkoholmissbrauch (v.a. bei Jugendlichen)
- Zwangsstörungen

Intervention

Die Therapie wird in der Regel als komplexe Behandlung durchgeführt. Sie kann folgende Interventionen umfassen:

- Alters- bzw. entwicklungsadäquate Aufklärung des Kindes/Jugendlichen sowie der Eltern
- Interventionen in der Familie (ggf. einschließlich Familientherapie) zur Verminderung der Symptomatik, Beziehungsklärung und -verbesserung
- Aufklärung und Beratung des/der Klassenleiters/Klassenleiterin bzw. des/der Erziehers/Erzieherin und ggf. Intervention in der Schule
- Psychotherapeutische Maßnahmen
- Pharmakotherapie zur Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik

Behandlungsmodus

Die Behandlung kann meist ambulant durchgeführt werden. Eine stationäre oder teilstationäre Therapie kann sinnvoll sein bei:

- mangelnden Ressourcen in der Familie bzw. in der Schule oder besonders ungünstigen psychosozialen Bedingungen
- besonders schwer ausgeprägten komorbiden Störungen
- unzureichendem ambulanten Therapieeffekt
- latenter oder manifester Suizidalität.

Psychotherapie

Die Effizienz von kognitiver Verhaltenstherapie und Interpersoneller Therapie gilt als gesichert

- Eine Erhöhung der Effizienz durch zusätzliche Familientherapie ist nicht belegt
- Überlegenheit der Familientherapie gegenüber Kontrollbehandlungen ebenfalls bisher nicht gesichert
- Zu spieltherapeutischen und tiefenpsychologischen Behandlungen depressiver Kinder und Jugendlicher liegen keine kontrollierten Studien vor.

**Aber: bislang fehlende Wirksamkeitsnachweise bedeuten nicht
abschließend fehlende Wirksamkeit!**

Pharmakotherapie

- Immer als Teil eines therapeutischen Gesamtplans nach eingehender kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und Erhebung des körperlichen Status
- Besonders bei schweren Formen und bei Suizidalität zu erwägen
- Selektive-Serotonin Wiederaufnahmehemmer: Medikation der Wahl
- Bei Nichtansprechen der Medikation Wechsel in eine andere Medikamentengruppe
- Engmaschige Betreuung und Beobachtung bei Suizidgefahr!
- Bei den im Jugendalter eher seltenen schweren rezidivierenden Formen ist eine Phasenprophylaxe mit Carbamazepin oder Lithium indiziert

Aufklärung und Beratung der Lehrer

- Beratung der Erzieher und Lehrer mit Einverständnis der Eltern, wenn in Kindereinrichtungen/ Schulen Beeinträchtigungen durch die Symptomatik spürbar sind
- Die Aufklärung und Beratung der Eltern und Erzieher/Lehrer oder anderer wichtiger Bezugspersonen umfasst:
 - Information hinsichtlich der Symptomatik, der vermuteten Ursachen und des vermutlichen Verlaufs sowie der Behandlungsmöglichkeiten
 - Beratung hinsichtlich pädagogischer Interventionen zur Bewältigung von Krisen, insbesondere durch Schaffung von Erfolgserlebnissen und Förderung der Integration in die Gruppe.

Depression und Suizidalität sind eng mit einander assoziiert

- ca. 15 % mit schwerer Depression versterben durch Suizid
- ca. 25 % weisen einen Suizidversuch auf
- ca. 70 % haben Suizidgedanken
- 90 % der Suizidenten litten unter psychiatrischen Erkrankungen, am häufigsten Depression (40-70 %)

Psychische Störungen bei Suizidalität (nach Walrath et al. 2001)

- **Depression (30-96% Rate in verschiedenen Studien)**
- **Störungen des Sozialverhaltens mit aggressivem Verhalten (bis zu 50% der Fälle)**
- **Anpassungsstörungen und akute Belastungsreaktionen (bei stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten zu 25%)**
- **Alkohol- und Drogenmissbrauch (20-65% in verschiedenen Studien)**
- **Affektive und schizophrene Psychosen**
- **Persönlichkeitsstörung (Boderlinesyndrom, narzistische Persönlichkeitsstörung)**

Suizidrate in der Bundesrepublik Deutschland

- Durch Suizid starben in der Bundesrepublik Deutschland im Durchschnitt der Nachkriegsjahrzehnte etwa 20 von 100 000 Einwohnern.
- Im Gebiet der alten Bundesländer begingen 1996 insgesamt 9378 Personen Suizid. Diese Zahl beinhaltet :
 - 3 Kinder im Alter zwischen 5 und 10 Jahren,
 - 37 Kinder im Alter zwischen 10-14 Jahren und
 - 222 Jugendliche im Alter zwischen 15 und 19 Jahren, davon 178 männliche und 44 weibliche.
- In der letztgenannten Altersgruppe ist in der Bundesrepublik der Suizid die zweithäufigste Todesursache, häufiger ist nur der Unfalltod im Straßenverkehr.

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2002)

Todesfälle zwischen zehnten und 20. Lebensjahr

<u>Gesamt</u>	403
Suizid	54
männlich	46
weiblich	8
unter 15. Lj.	3
Unfall	266

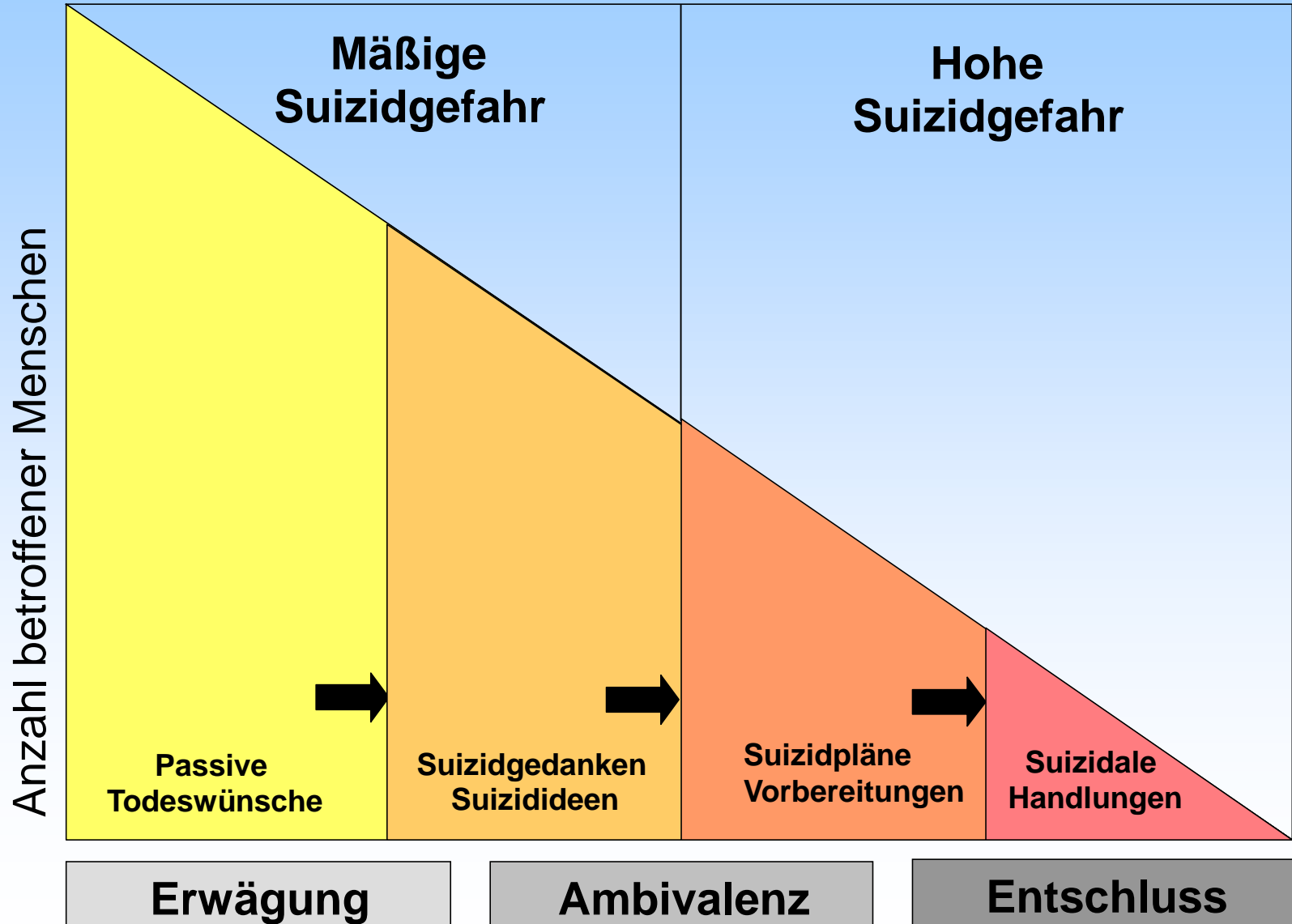
Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen I

- Suizidversuche, auch als Parasuizide bezeichnet, sind im Jugendalter um ein Vielfaches häufiger als Suizide.
- Mädchen unternehmen häufiger als Jungen Suizidversuche
- bis zu 30% der Jugendlichen haben Selbstmordgedanken
- Zu beachten ist, dass ein Suizidversuch, der zur klinischen Behandlung führt, in über 25% der Fälle wiederholt wird.

Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen II

- Am häufigsten sind sie innerhalb der ersten sechs Monate nach dem ersten Suizidversuch.
- 15% der Betroffenen wiederholen diesen innerhalb einer Jahresfrist.
- Von den Jugendlichen, die einen Parasuizid begangen haben, nehmen sich im weiteren Lebensverlauf 4% das Leben.
- Ihr Risiko, einen Suizid zu begehen, ist somit mehr als 100 fach höher als in der Normalbevölkerung.

Die verschiedenen Stadien von Suizidalität



Präsuizidale Bedingungen, Auslöser und Risikofaktoren

- Chronische und zugleich akut aktualisierte Konflikte im Elternhaus oder Freundeskreis
- Versagenserlebnisse in der Schule und am Arbeitsplatz
- Enttäuschungen in den Beziehungen zu aktuell subjektiv wichtigen Bezugspersonen
- Das Zerschneiden einer Liebesbeziehung oder engen Freundschaft bewirken Suizidalität, wenn außerhalb dieser einen Bindung kein alternativer, tragfähiger, mitmenschlicher und vor allen Dingen kein familiärer Halt besteht.

Präsuizidales Syndrom

- Ein Gefühl von Ohnmacht, des Unverstandenseins und des mangelnden Selbstwertes
- Initiativenlosigkeit und soziale Isolierung
- Gegen die eigene Person gerichtete Aggressionen
- Konkrete Vorstellungen zur Durchführung des Suizids
- Dysphorische Verstimmungen und -insbesondere bei Kindern - psychosomatische Beschwerden wie Schlafstörungen, Appetitlosigkeit und Müdigkeit

Suizidmethoden bei Kindern und Jugendlichen

- 24 % erhängen
- 24 % erschießen
- 22 % vergiften
- 12 % ertränken sich.
- 28 % sonstige

Weitere Methoden sind:

Sturz aus großer Höhe, Öffnen von Pulsadern,
sich vor einen Zug legen

Gründe für Suizidversuche bei Jugendlichen (Eigenangaben)

(nach Boegers et al.(1998); aus Herpertz-Dahlmann 2001, S. 719)

<u>Gründe für Suizidversuche</u>	<u>Primärer Grund (%)</u>
Sterben wollen	28
Erleichterung eines unerträglichen Gefühlszustandes	18
Zeitweiliges Entfliehen aus einer unlösbaren Situation	13
Jemandem seine Verzweiflung mitteilen	9
Herausfinden, ob man wirklich geliebt wird	5
Jemandem ein schlechtes Gewissen bereiten	4
Jemandem zeigen, wie sehr man ihn geliebt hat	2
Hilfe zu bekommen	1
Andere	18

Auslösende Ereignisse für schwere Suizidversuche 13- bis 24-jähriger (%)

(nach Beautrais et al. (1996), n=129, aus: Holtkamp, Herpertz-Dahlmann, 2001, S. 722)

Auslösende Ereignisse	%
Zwischenmenschliche Probleme	27
Ende einer Partnerschaft	24
Finanzielle Probleme	9
Probleme mit dem Gesetz/der Polizei	7
Schulprobleme	6
Probleme am Arbeitsplatz	4
Andere	19

Verlauf und Prognose nach Suizidversuch

- **Patienten mit psychischen Störungen haben ein höheres Risiko**
- **78 % waren vorher in Beratung**
- **25 % der psychiatrischen Patienten (Katamnesezeitraum: 5 Jahre)**
- **Risiko erhöht bei: Alkoholismus, Depression, Psychose, Dissozialität**
- **Suizidversuch im Jugendalter (4% Lebenszeitprävalenz)**

Wiederholungsrisiko I

nach Hawton (1986)

- Anhaltende Suizidgedanken und Suizidplanung
- Frühere Suizidversuche
- Psychiatrische Störungen, insbesondere Depression, Persönlichkeitsstörung, Psychose und Wahn
- Alkoholismus in der Familie
- Gestörte Beziehung zu Familienmitgliedern und engsten Bezugspersonen

Wiederholungsrisiko II

nach Hawton (1986)

- Trennung von den Eltern
- Chronische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten
- Alkohol- und Drogenmissbrauch
- Soziale Isolation
- Schlechte Schulleistungen
- Wunsch des Patienten nach stationärer Aufnahme

Selbstverletzungen

- Habituelle Selbstverletzungen ohne Tötungsabsicht und ohne mögliche Todesfolge wie etwa das habituelle Ritzen und Schneiden in die Haut bei Jugendlichen als Spannungsabfuhr, als provokative Handlung, als ritualisierte Handlung oder auch das Piercing sind nicht als suizidales Verhalten zu werten.
- Im Einzelfall kann die Abgrenzung allerdings schwierig sein.

Schlußfolgerungen

- "Wer über den Selbstmord spricht, macht keinen."
- **Falsch.** Acht von zehn Selbstmördern haben ihr Vorhaben zuvor unmissverständlich angedeutet.
- "Ein fehlgeschlagener Versuch zeigt, dass es nicht ernst gemeint war."
- **Falsch.** Jeder Dritte versucht erneut, sich das Leben zu nehmen. Jeder Zehnte stirbt schließlich durch eigene Hand.
- "Wer sich umbringt, ist eben verrückt."
- **Auch falsch.** "Wer an Suizid denkt, hat nicht immer gleich eine psychiatrische Erkrankung, sondern ist zunächst todunglücklich, braucht Hilfe."

Akute Suizidalität: Risikogruppen

- Suizide im Kindesalter sehr selten. Ab dem Alter von 15 nimmt die Suizidrate kontinuierlich zu
- Jungen im Vergleich zu Mädchen: dreimal so hohes Suizidrisiko
- Konkrete Suizidgefahr meist mit dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung verbunden (vor allem: Depression, Suchterkrankungen, Psychosen)
- Erhöhtes Risiko wenn
 - Suizide und/oder Suizidversuche in der Familie oder im Freundeskreis bereits vorgekommen sind (Modellcharakter)
 - Jugendliche bereits Suizidversuch hinter sich haben
- Suizidversuche werden am häufigsten von jüngeren Menschen gemacht. Die Hauptrisikogruppe sind Mädchen von 14-18 Jahren (häufig „appellativer“ Suizidversuch; „Hilfeschrei“)

Indikatoren für akute Suizidgefahr

- Drängende Suizidgedanken
- Schwere depressive Verstimmung mit großer Hoffnungslosigkeit
- Auslöser häufig akute Krisen (z.B. Verlustsituationen, Schulversagen, Gesetzeskonflikte, Traumatisierung)
- (subjektiv) starker Handlungsdruck
- Jugendlicher reagiert ausgesprochen gereizt oder ist agitiert
- zunehmender sozialer Rückzug
- Ankündigung/ Drohung von Suizid
- Keine Distanzierung von Suizidideen/ Suizidversuch (auch nicht nach einem ausführlichen Gespräch)
- Jugendlicher hat ein Suizidarrangement getroffen, das eine Auffindung schwierig oder unmöglich macht

Thematisierung von Suizidalität:

Die Thematisierung von Suizidalität ist für Betroffene meist eine Entlastung, wenn:

- der Gegenüber ganz auf den Einzelnen eingehen kann (Authentizität der Lehrkraft)
- ein vertrauliches Gespräch unter vier Augen stattfindet
- das Gegenüber keine Angst vor dem Thema hat
- der Jugendliche seine Gefühle zeigen darf
- bei Bedarf konkrete Hilfe vermittelt wird

Thematisierung von Suizidalität:

Aber: Vorsicht vor Thematisierung von Suizid im Klassenverband!

- auch bei gut gemeinter Vermittlung sind Folgen schwer einschätzbar weil kein Nachfragen beim Einzelnen möglich ist
- bei manchen „gefährdeten“ Jugendlichen kann dadurch ein „Imitationseffekt“ ausgelöst werden (Werther-Effekt)
- günstiger: Frage thematisieren, welche Hilfsangebote es gibt, wenn Jugendliche in einer Krise sind

Depression und Suizidalität: Umgang mit Betroffenen

- Suizidankündigung ernstnehmen (als Notsignal verstehen)
- Suizidalität offen ansprechen
- Bagatellisierung oder Dramatisierung vermeiden
- Vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre schaffen
- Hoffnung vermitteln
- Feste Vereinbarungen treffen
- Schulpsychologin hinzuziehen

Umgang mit Betroffenen: akute Gefährdung

- Hilfe durch Dritte hinzuziehen
- Gegebenenfalls zu Arzt oder in Notfallambulanz begleiten
- Bei akuter Gefahr: Einweisung auch gegen Wunsch des Betroffenen möglich (mit Polizei, Notarzt, Schularzt, Gesundheitsamtsarzt)
- rechtliche Aspekte (Polizei; Selbstgefährdung)

Was Angehörige wissen sollten

- Depression ist eine echte Erkrankung, keine Simulation
- Depression ist behandelbar
- Antidepressiva und psychotherapeutische Begleitung sind heute bewährter Standard von Therapie
- Besserung der Symptomatik, Wiedererlangen der Arbeits- und Beziehungsfähigkeit sind Therapieziele
- Behandlung einer Depression braucht Zeit und Geduld
- Depressives Nicht-leisten-können ist echtes Nicht-können, kein Nicht-wollen
- Gemeinsame Aktivitäten sind hilfreich
- Suicidalität muss als Notsignal beachtet und ernst genommen werden

Grundelemente hilfreichen Umgangs

1. Empathie
 - Verständnis, Nähe, Geduldiges Zuhören
- Akzeptanz
 - Zulassen der Klage und des depressiven Verhaltens
- Wertschätzung
 - sprachliche und nichtsprachliche Zuwendung „emotionaler Beistand“
- Hoffnung
 - stellvertretend vermitteln z.B. durch Geduld
- Verstärkung
 - Bekräftigen „gesunder Reaktionen
- Aktivierung
 - körperliche Aktivierung, gemeinsame Planung, Tagesstruktur
- Suicidprävention
 - Offenheit, Alternativen ermöglichen
- Realitätsprüfung
 - besonders bei Hilflosigkeitseinstellung

Problematisches Verhalten gegenüber depressiven Menschen

2. Nicht-ernst-nehmen des depressiven Erlebens, Vorwürfe
 - Appelle: wie „sich zusammenreißen“ oder „es leichter nehmen“
 - Ratschläge für diese oder jene wichtige Entscheidung
 - Kranksein ausreden - Wohlsein einreden; „schön“ zu reden, bagatellisieren
 - Argumentieren oder Diskutieren wer „Recht“ hat; Rechthaberei
 - Kritisierendes Verhalten und Besserwisserei, Schuldzuweisungen
 - Überredungsversuche z.B. bei Wahnideen oder starker Einengung im Denken
 - Abwertung des Erlebens oder der eigenen Erklärungsversuche; Ironie

Problematisches Verhalten gegenüber depressiven Menschen

- Versprechungen, was allen helfen wird; aufgesetzter Optimismus
- Übergroße Nähe (Umsorgen) ebenso wie unterkühlte Distanziertheit (Beziehung abbrechen)

Wirkungen depressiven Fühlens, Denkens und Verhaltens auf die Angehörigen und Familie

- depressive Herabgestimmtheit belastet und provoziert ⇒ Ärger
- “ “ zieht das Familienklima ⇒ Lustlosigkeit herunter
- depressive Leere und Interessenlosigkeit erzeugt mangelnde eigene Resonanz
- “ “ “ “ zwingt zur Umverteilung von Pflichten und Aufgaben
- “ “ “ “ führt zur emotionalen und sexuellen Frustration
- depressive Freudlosigkeit erstickt die eigene Freude und Lust ⇒ Last-Stimmung

Wirkungen depressiven Fühlens, Denkens und Verhaltens auf die Angehörigen und Familie

- Aktivitätsverlust führt zu Hilflosigkeitsgefühlen und Niedergeschlagenheit
- “ überfordert häufig ⇒ Sich-im-Stich-gelassen Gefühle
- negative Gedanken machen die Aufrechterhaltung eigenen optimistischen Denkens schwierig
- depressive Selbstentwertung führt zu eigenen Selbstzweifeln
- depressive Angst verstärkt eigene Ängste

Was können Lehrkräfte tun, wenn der Verdacht besteht, dass ein Schüler depressiv ist?

- Wenn Lehrkräfte eine längerfristige und deutliche Veränderung im Verhalten eines Schülers feststellen, sollten sie allarmiert sein
 - z.B. Leistungseinbrüche, sozialer Rückzug, ständige Gereiztheit, häufige Traurigkeit etc.
- **Sie müssen keine Diagnose stellen können**; ihr Eindruck einer Veränderung ist jedoch ein wichtiger Hinweis
- Sollte sich der Verdacht einer psychischen Störung verstärken, Vermittlung weiterer Hilfe und Unterstützung notwendig
 - ➔ **Die Lehrkräfte müssen und sollen nicht therapeutische Aufgaben übernehmen!!!**

Was können Lehrkräfte tun, wenn der Verdacht besteht, dass ein Schüler depressiv ist?

Gespräch unter vier Augen suchen

- Aufbau einer vertrauensvollen Atmosphäre
- Den Schüler nicht bedrängen oder unter Druck setzen
- Die Befindlichkeit des anderen erfragen
- Den eigenen Eindruck mitteilen und „validieren“
 - ➔ Handelt es sich nur um vorübergehende adolezente Krise?
 - ➔ Ergeben sich Hinweise auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung?
- Bei Bedarf Unterstützung anbieten

Wie können Lehrkräfte konkret unterstützen?

- Als Ansprechperson zur Verfügung zu stehen
- Wenn möglich, Einbeziehung der Eltern (es sei denn, das Kind ist z.B. Opfer von Misshandlung und elterlicher Gewalt)
- Vermittlung konkreter lokaler Hilfsangebote (z.B. Schulpsychologe, Beratungsstelle, Kinder- und Jugendpsychiater oder -psychotherapeut)
- Suizidgedanken und Ankündigungen immer ernstnehmen
- Bei akuter Suizidgefahr sofortiges Hinzuziehen weiterer Hilfe (z.B. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Krisendienst, etc.)

Längerfristige Unterstützungsmöglichkeiten durch Lehrkräfte

- Gelassenheit und Wertschätzung der Lehrkraft gibt dem Betroffenen Sicherheit
- Bei Vorliegen einer ärztlich diagnostizierten Depression Information der anderen Lehrkräfte und Abstimmung des Vorgehens
- Depression als Erkrankung akzeptieren (der Schüler ist nicht voll leistungsfähig, geminderte Konzentration etc.)
 - Einbindung des Schülers in den Unterricht, ohne zu überfordern
 - Schonraum bieten, ohne störendes Verhalten hinzunehmen
 - Einbindung in Klassengemeinschaft fördern
- Ermutigung kleine Schritte zu tun, um Probleme zu bewältigen
- positive Rückmeldungen auch bei kleinen Erfolgen

Weiterführende Literatur

Literatur für Eltern, Erzieher und Lehrer:

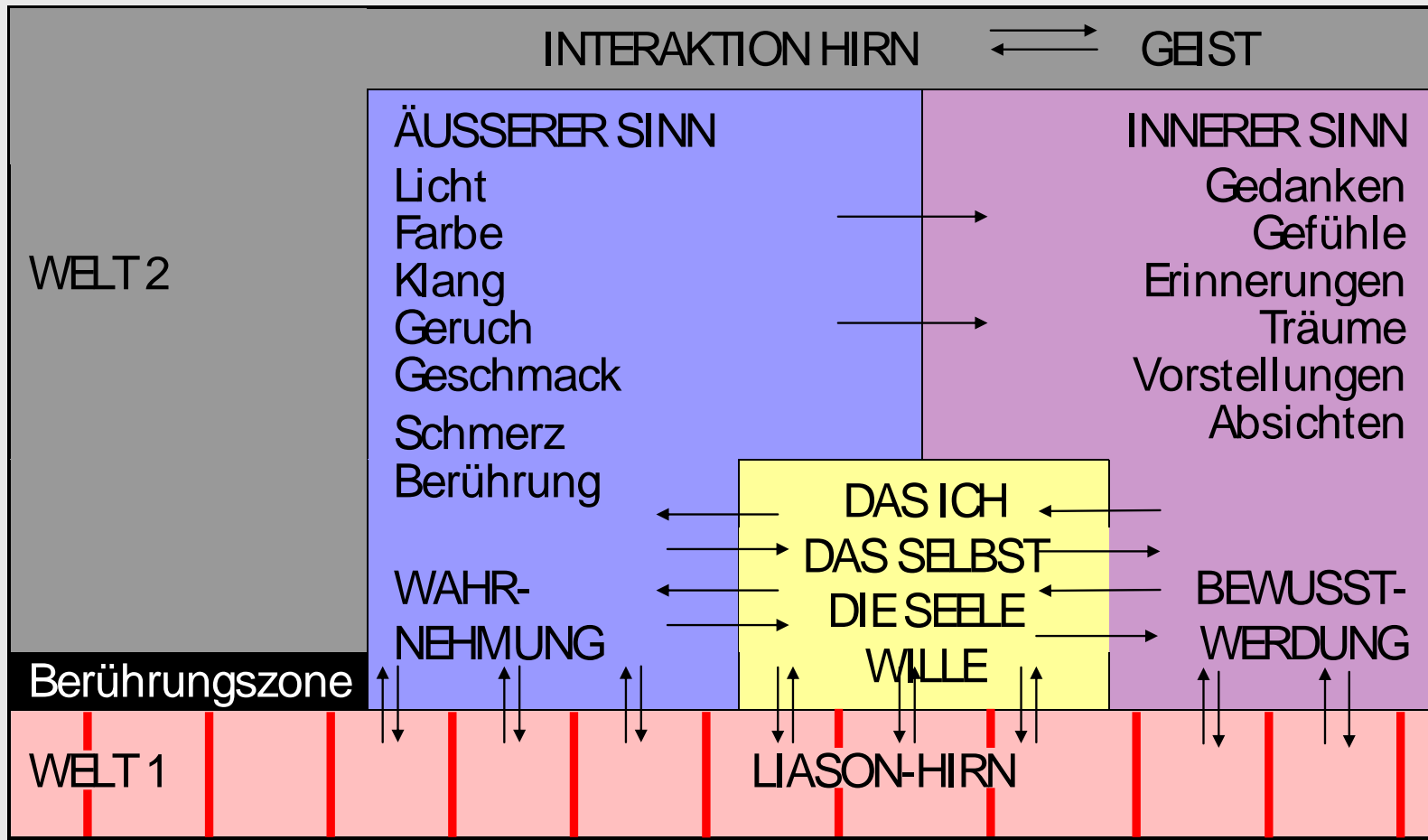
- Manfred Döpfner et al. :** Ratgeber Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen - Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2000
- Kerns, L.L.** Hilfen für depressive Kinder. Huber-Verlag, Bern 1997
- P. Graham C. Hughes:** Traurige Kinder verstehen. Beltz-Verlag, Weinheim und Basel 1997

Zur Vertiefung:

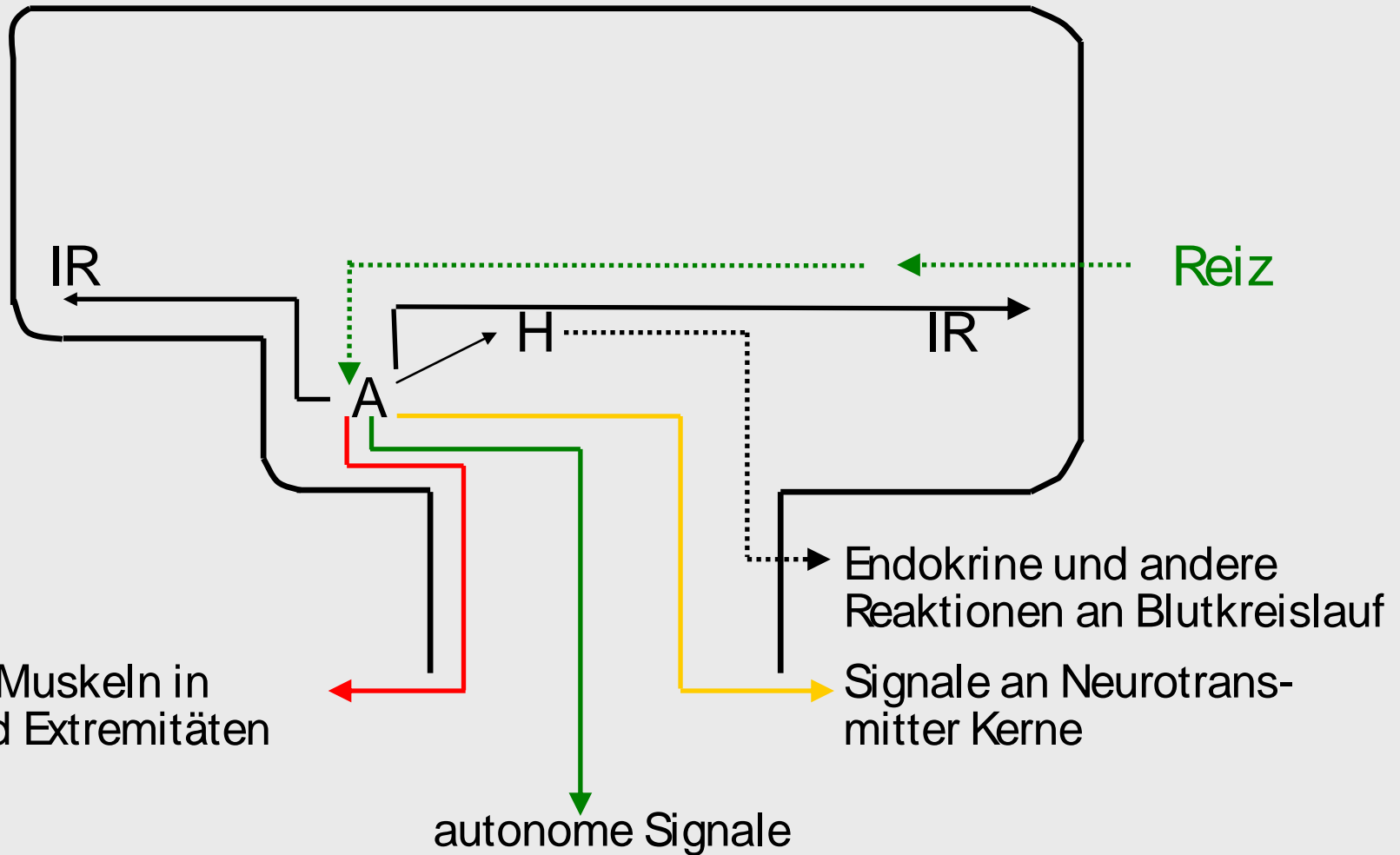
- Groen und Petermann:** Depressive Kinder und Jugendliche. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2002

EXTRASEITEN

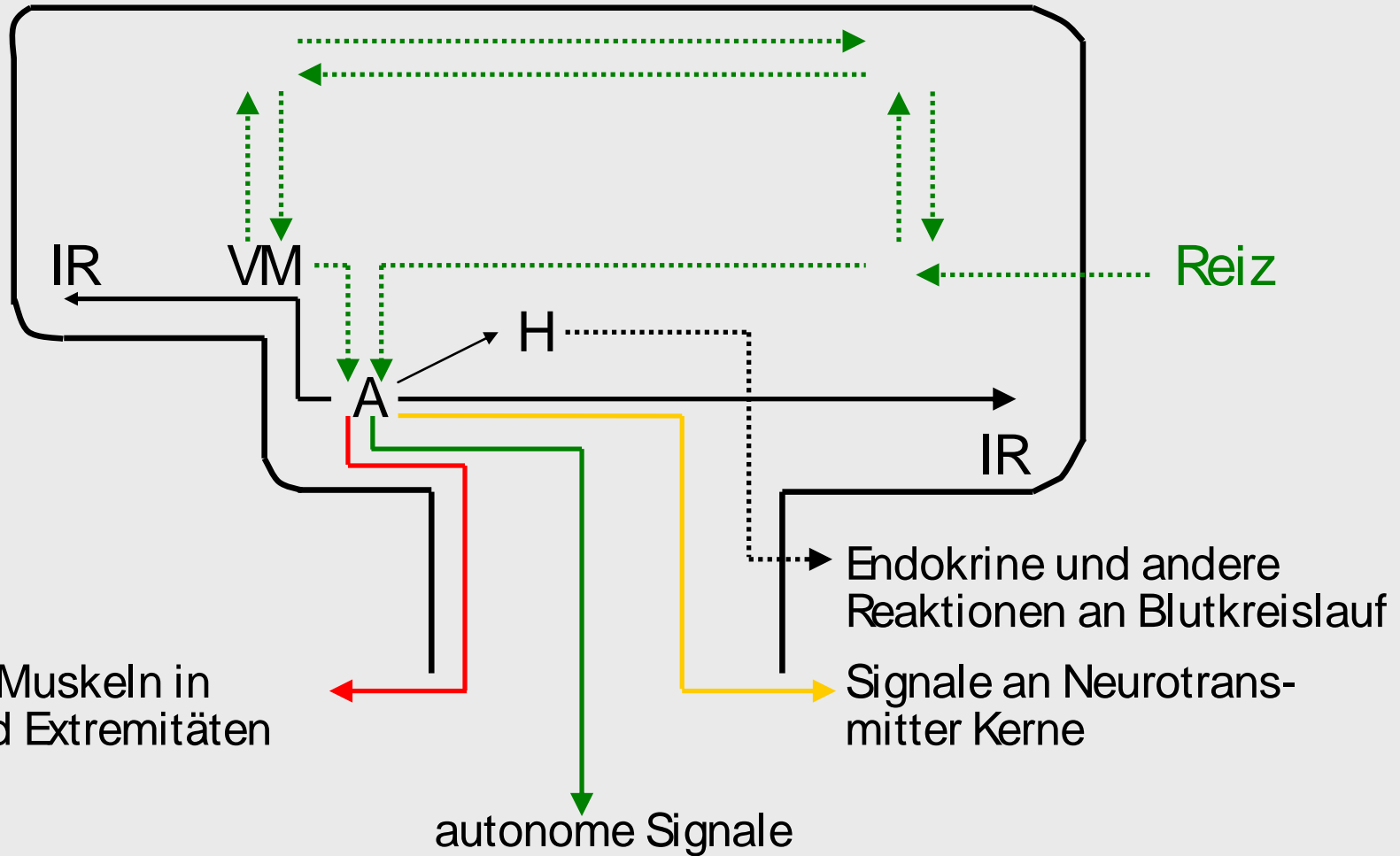
Informationsfluss zwischen Gehirn und Geist



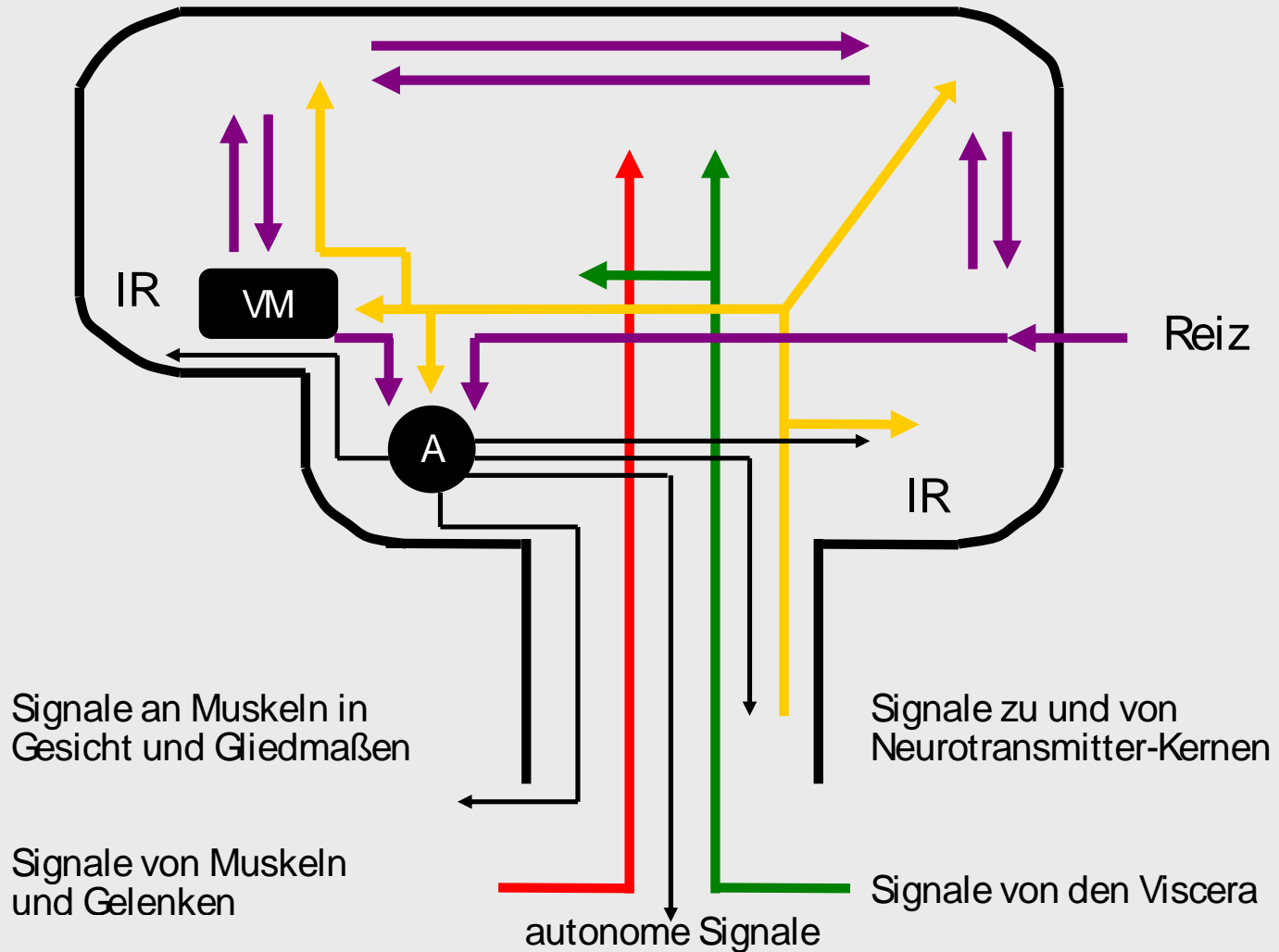
Gefühle und Empfindungen



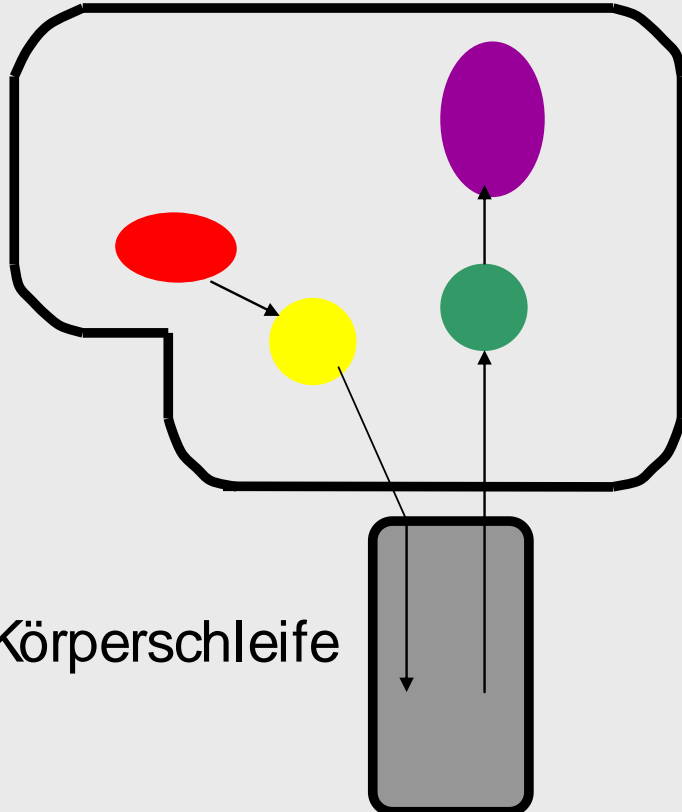
Gefühle und Empfindungen



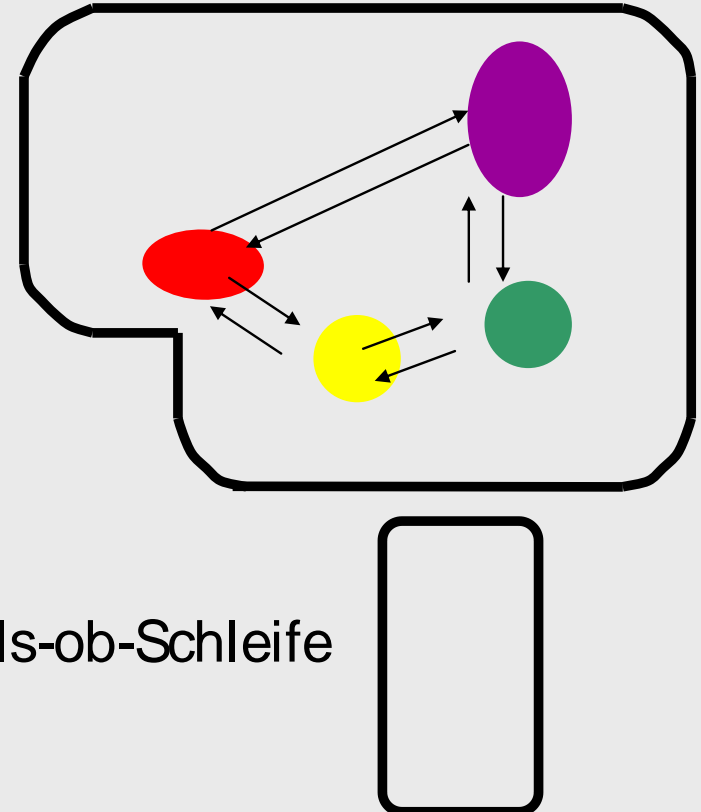
Der Empfindungsprozess



Der Körper als Bühne der Gefühle

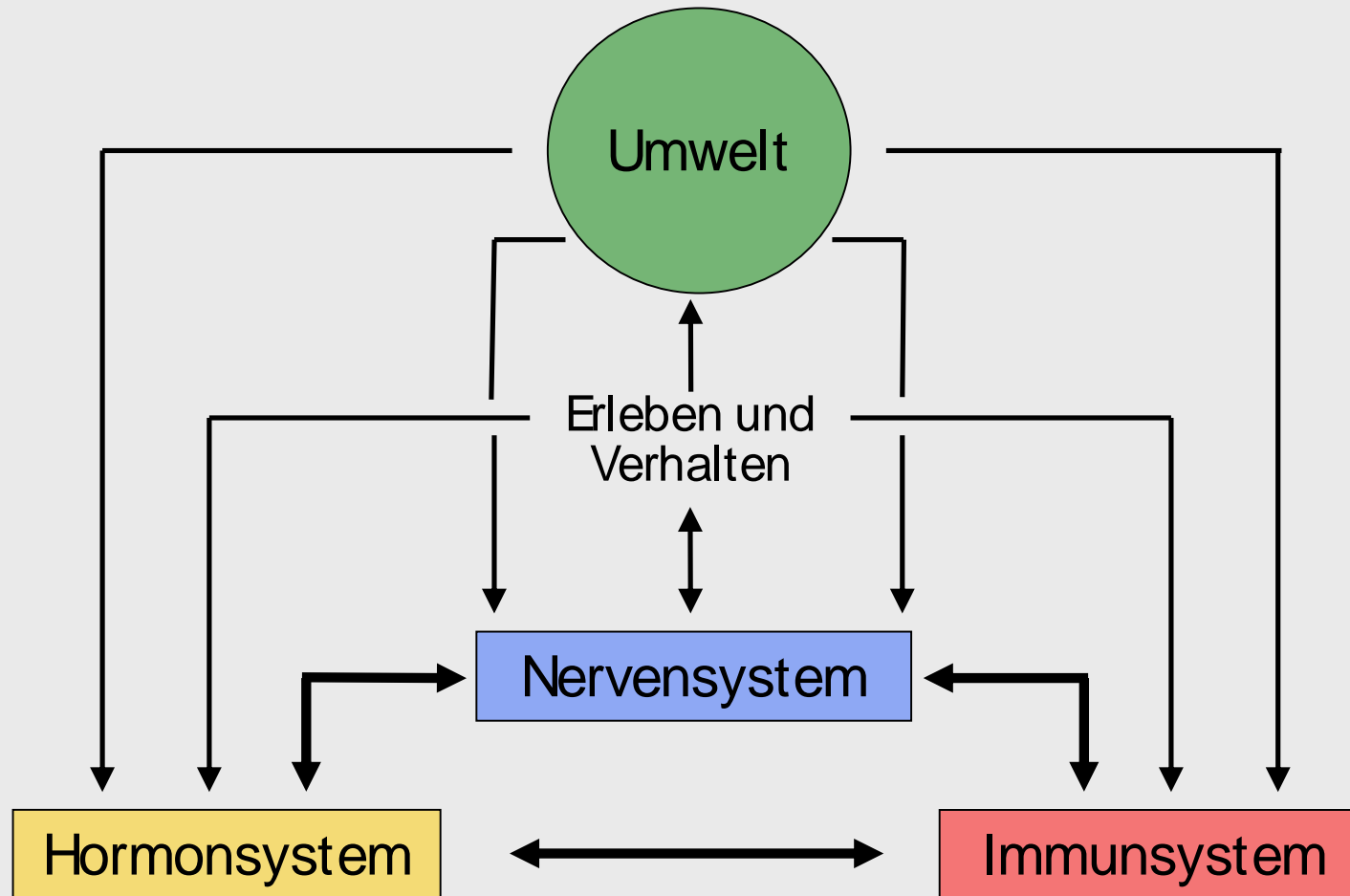


Körperschleife



Als-ob-Schleife

Schematische Darstellung der wechselseitigen Zusammenhänge zwischen den körperlichen Subsystemen, dem Erleben und Verhalten und der Umwelt



nach Ader, Cohen & Felten, 1987