

Depression im Kindes- und Jugendalter

Konzept:

David Althaus¹, Jan Hendrik Puls², Rita Wüst¹, Ulrich Hegerl¹, Ines Heinz¹

¹ Deutsches Bündnis gegen Depression e.V. /

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Leipzig AÖR

²Hochschulambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Universitätsklinikum Schleswig Holstein, Campus Lübeck

Münchener
Merkur,
5.5.10

Schatten auf der jungen Seele



Copyright: Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.

Wo zuvor Lebensfreude war, ist plötzlich Dunkelheit: Selbst Grundschulkinder können schon unter Depressionen leiden. BRN

Ablaufplan

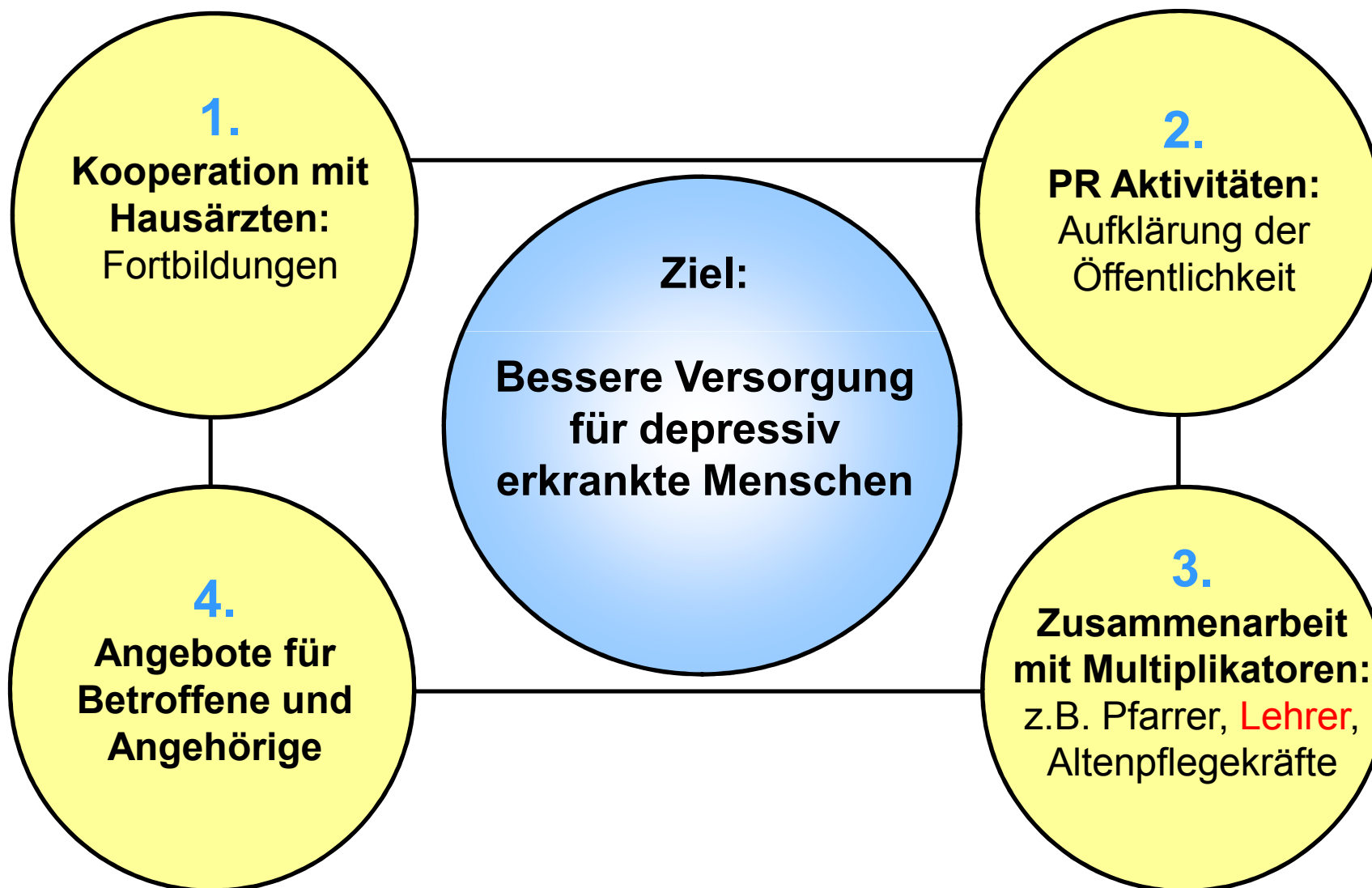
- Begrüßung / Vorstellung
- Häufigkeit und Verlauf
- Symptome und Ursachen
- Behandlungsmöglichkeiten
- Die Rolle der Lehrkräfte
- Suizidalität
- Thematisierung von Suizidalität im Unterricht

Begrüßung / Vorstellung

bündnis
gegen
DEPRESSION



Bündnis gegen Depression: 4-Ebenen-Aktionsprogramm



Antworten auf dringliche Fragen...

Kann ich Depression
bei einem Kind
erkennen?

Gibt es Depression
bei Kindern und
Jugendlichen
überhaupt?

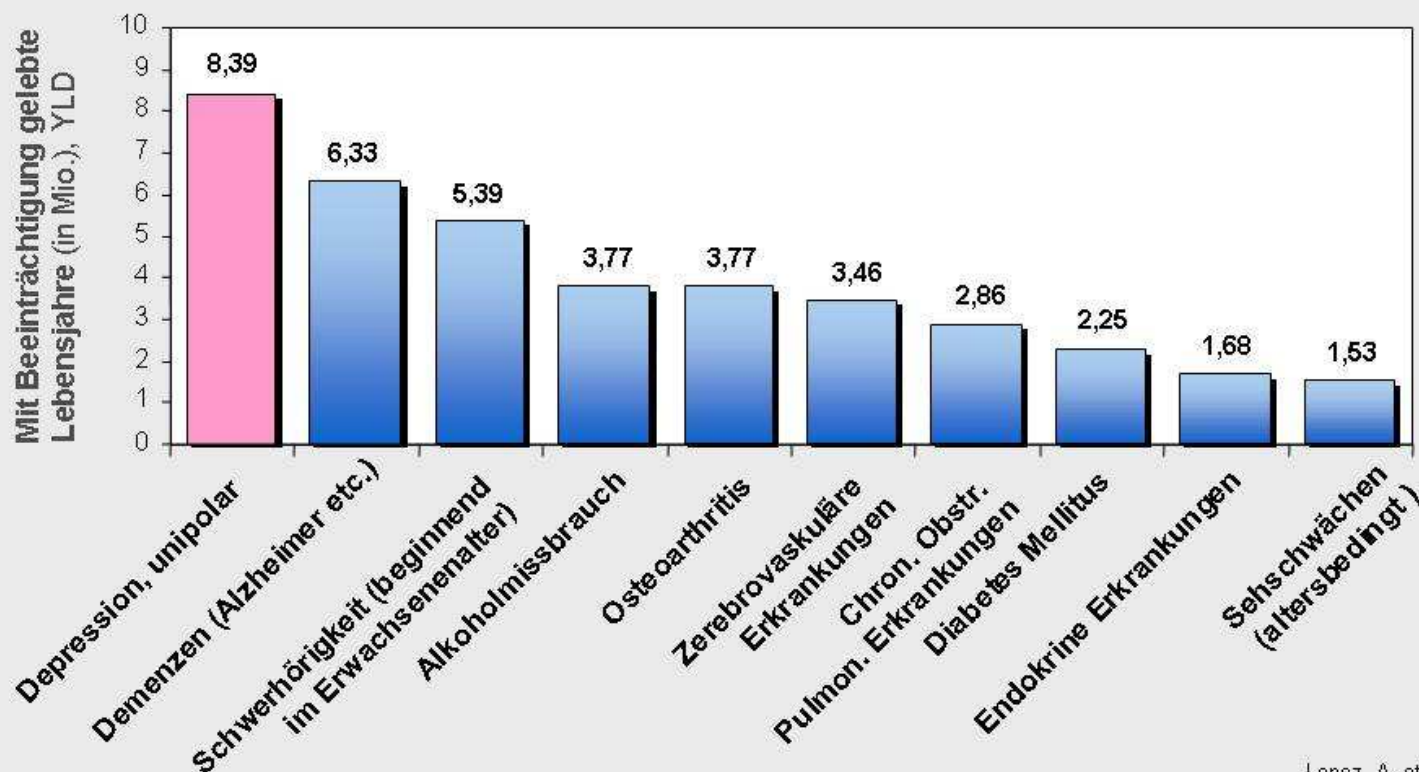
Welche Möglichkeiten
der Behandlung
gibt es?

Was können Angehörige der
Schulfamilie tun, wie können
sich Eltern verhalten?

Häufigkeit und Verlauf

Belastung durch Krankheiten in den entwickelten Ländern – 2006

Die 10 häufigsten Ursachen für mit Beeinträchtigung gelebte Lebensjahre (YLD) in den Industrieländern



Lopez A. et al., 2006

Epidemiologie in Deutschland



- Rund 5% der Bevölkerung leiden gegenwärtig unter einer depressiven Erkrankung
- Frauen doppelt so häufig betroffen wie Männer
- Erkrankung betrifft alle Altersgruppen

Ca. jede 4. Frau und jeder 8. Mann erkranken im Laufe des Lebens an einer Depression.

Diagnostisches und therapeutisches Defizit

Behandlungs-
dürftige
Depressionen:
ca. 4 Mio.

In hausärzt.
Behandlung

Korrekt
diagnostiziert

Adäquate
Therapie

Nach 3 Mon.
Behandlung
compliant



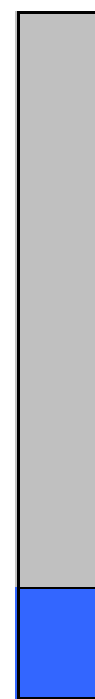
100%



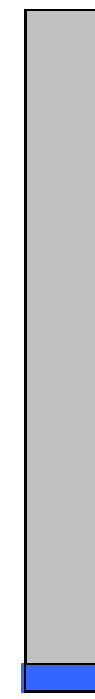
60-70%



35-50%



6-9%



2,5-4%

Depression bei Kindern und Jugendlichen: Gibt es das überhaupt?

- Depression: Häufigste psychische Erkrankung der gesamten Lebensspanne
- Häufigkeit im Grundschulalter: ca. 2-3%
- Häufigkeit im Jugendalter: ca. 4-8%
- Keine Geschlechtsunterschiede bei Kindern, ab Pubertät w>m
- Rückfallrisiko nach 5 Jahren 72 – 76,2%
- Risiko für Depression und andere psychische Störungen im Erwachsenenalter deutlich erhöht

Warum wird Depression bei Jugendlichen häufig übersehen?

Betroffene erkennen selbst nicht, dass sie depressiv sind

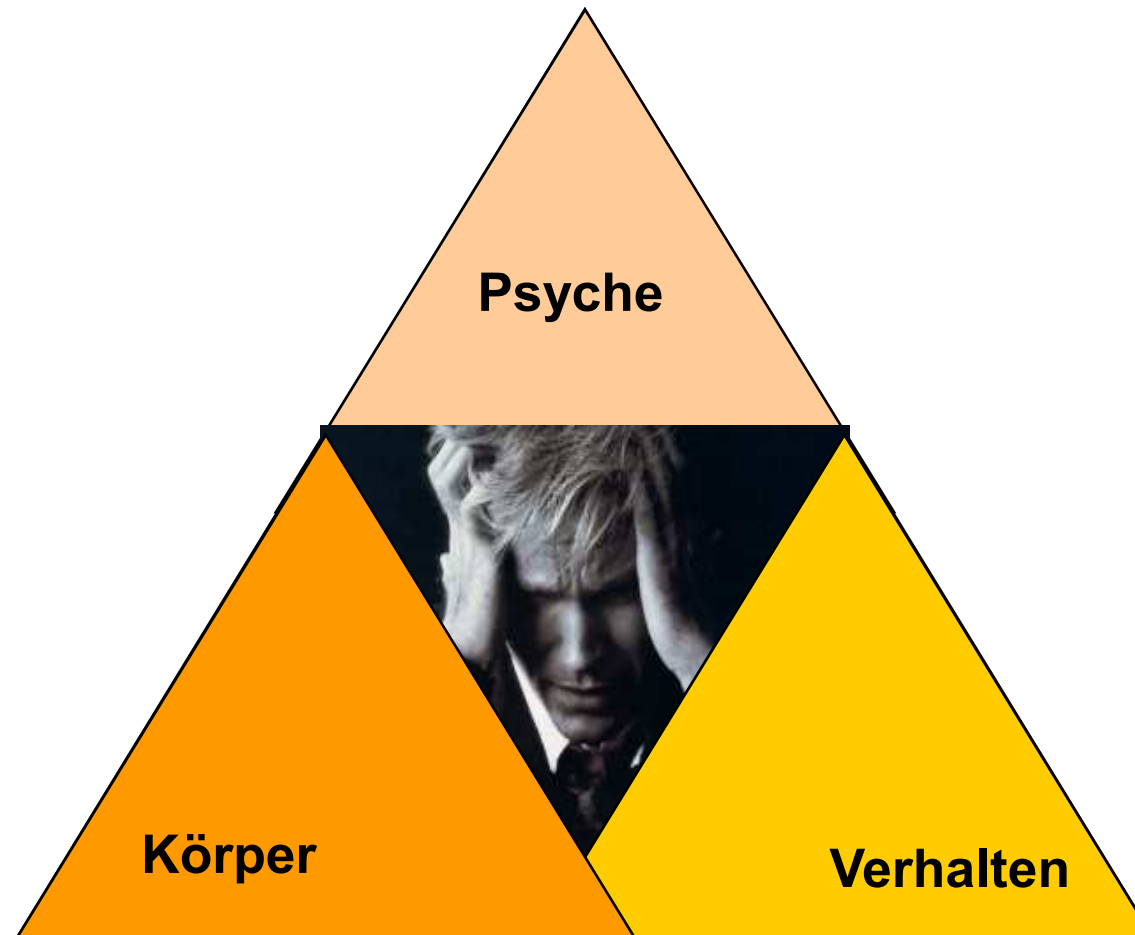
- Verhaltensauffälligkeiten manchmal im Vordergrund (z.B. gereiztes und aufsässiges Verhalten)
Folge: Eltern, Lehrer und Ärzte übersehen die Depression
- Angst der Betroffenen und Familien vor psychiatrischer Diagnose
- Einzelfälle unterscheiden sich oft stark im Erscheinungsbild
- Abgrenzung von „normaler“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

Symptome und Ursachen



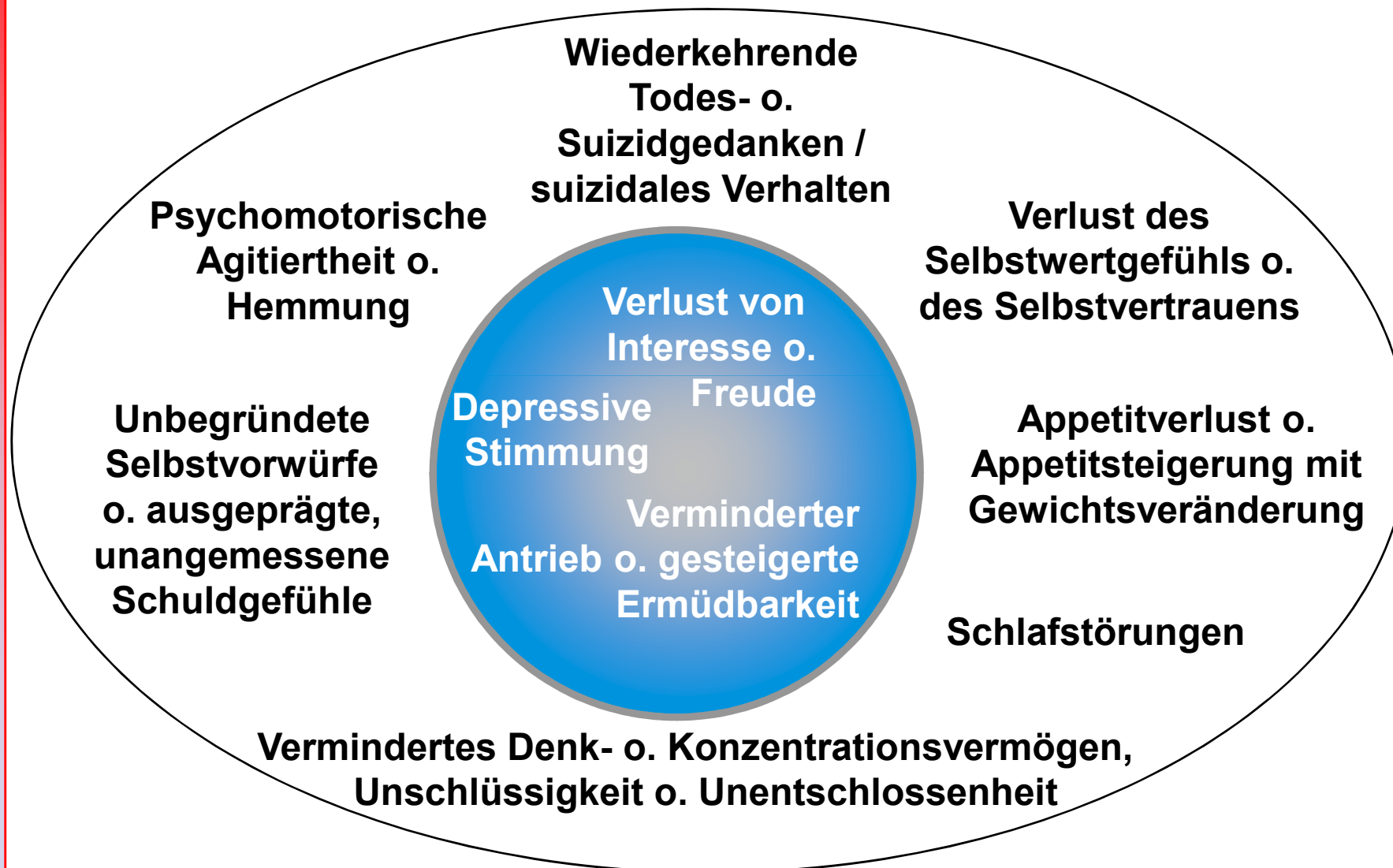
Gemalt von einem 17jährigern Jugendlichen in stationärer
Behandlung (schwere Depression, Suizidversuch).

Die verschiedenen Ebenen der Depression



Haupt- und Nebenkriterien nach ICD-10

(Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters)



Depression bei Kindern und Jugendlichen: Was sind die Besonderheiten?

- Bei Kindern ist ein untypisches Erscheinungsbild der Depression im Vergleich zu Erwachsenen eher die Regel als die Ausnahme
- Erst im Jugendalter findet sich eine 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 altersabhängig Besonderheiten zu beachten**

Symptome Im Kleinkindalter (1-3 Jahre)

- Wirkt traurig
- Ausdrucksarmes Gesicht
- Erhöhte Reizbarkeit
- Gestörtes Essverhalten
- Schlafstörungen
- Selbststimulierendes Verhalten: Schaukeln des Körpers, exzessives Daumenlutschen, genitale Manipulation
- Auffälliges Spielverhalten, reduzierte Kreativität und Ausdauer
- Spielunlust
- Mangelnde Phantasie

Symptome 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

Symptome bei Schulkindern

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

Symptome im Pubertäts- und Jugendalter

- Vermindertes Selbstvertrauen
- Apathie, Angst, Konzentrationsmangel
- Leistungsstörungen
- Gereiztheit und Aggressivität
- Über den Tag hinweg Schwankungen des Befindens
- Sozialer Rückzug
- Psychosomatische Störungen

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

- Häufig besteht eine 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 Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten**

Quelle: Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Depression bei Kindern & Jugendlichen: Diagnose

Es gibt keine eigene Kategorie für Depression bei Kindern innerhalb der Klassifikationskataloge (nur gemeinsam mit Störung des Sozialverhaltens)

Formal gelten gleiche Diagnosekriterien wie bei Erwachsenen (ICD-10: F32, F33, F34)

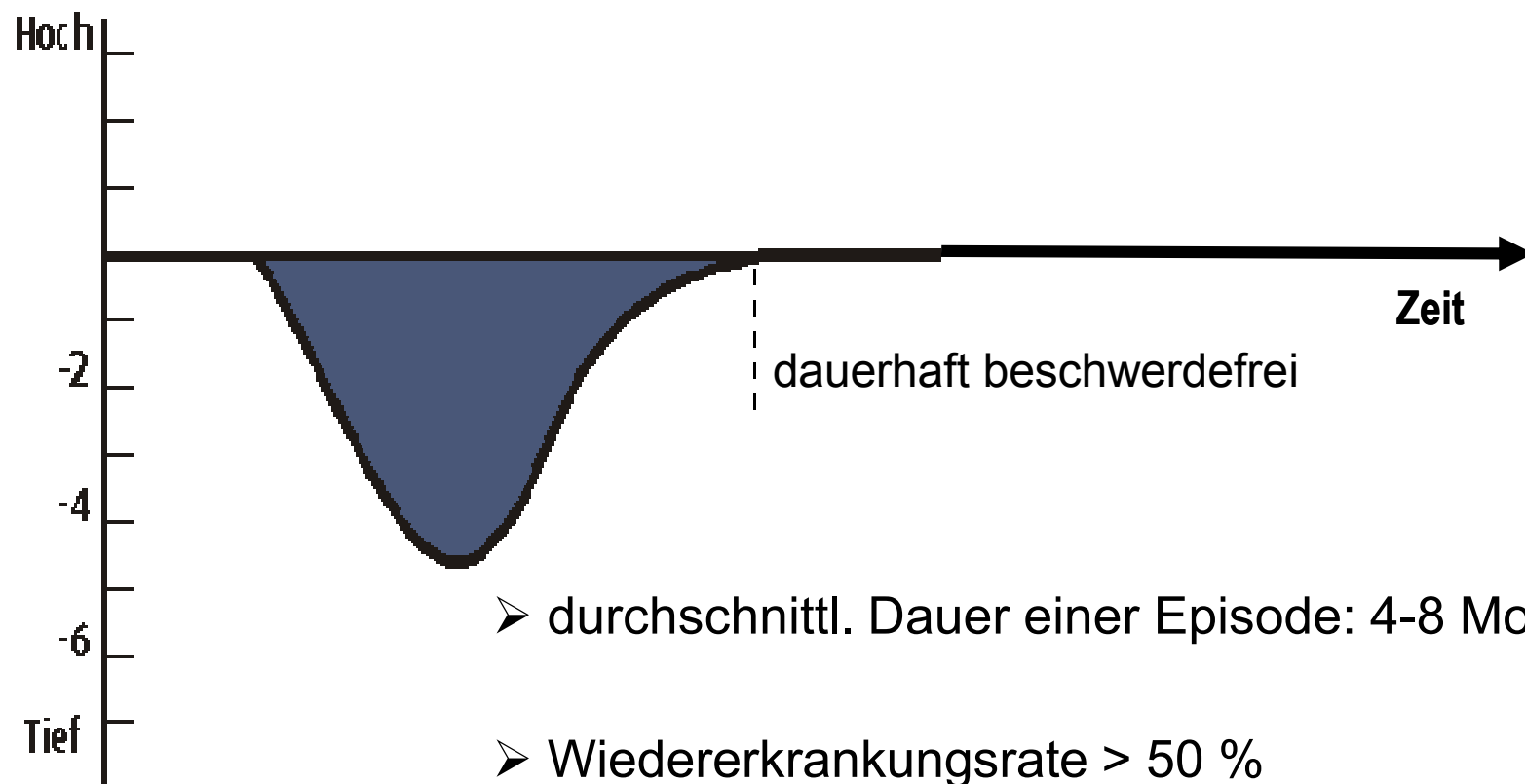
Merkmale einer Depression: Wichtiges Kriterium

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.

Beschreibung: Arten und Verlauf

Einzelne depressive Episode

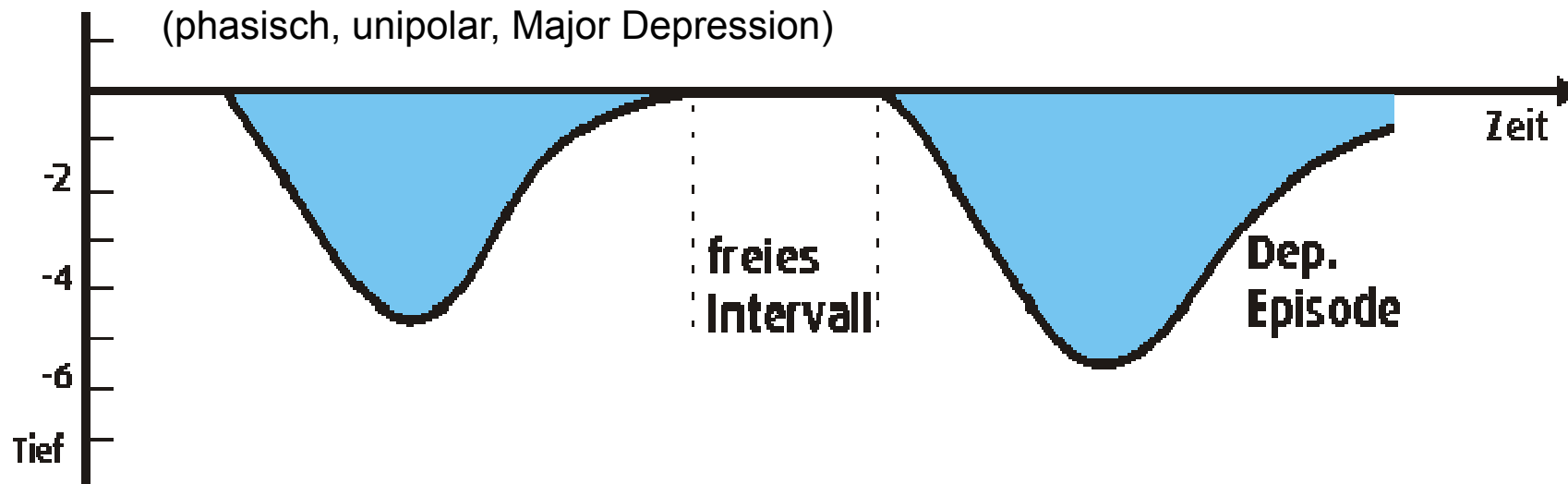
(knapp die Hälfte der Betroffenen erlebt nur eine einzelne depressive Phase)



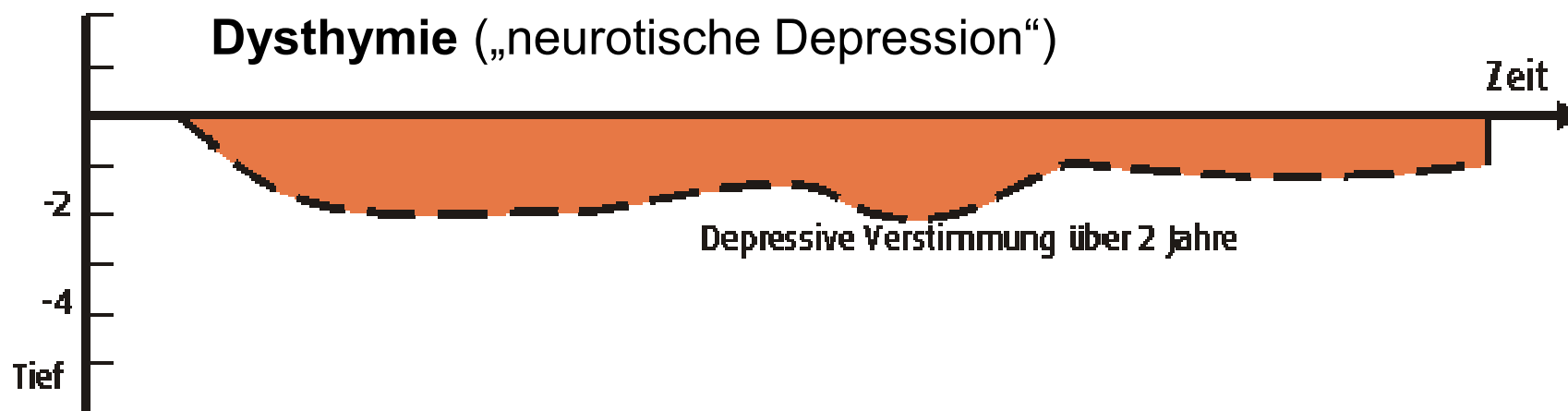
Beschreibung: Arten und Verlauf

Rezidivierende depressive Episode

(phasisch, unipolar, Major Depression)



Dysthymie („neurotische Depression“)

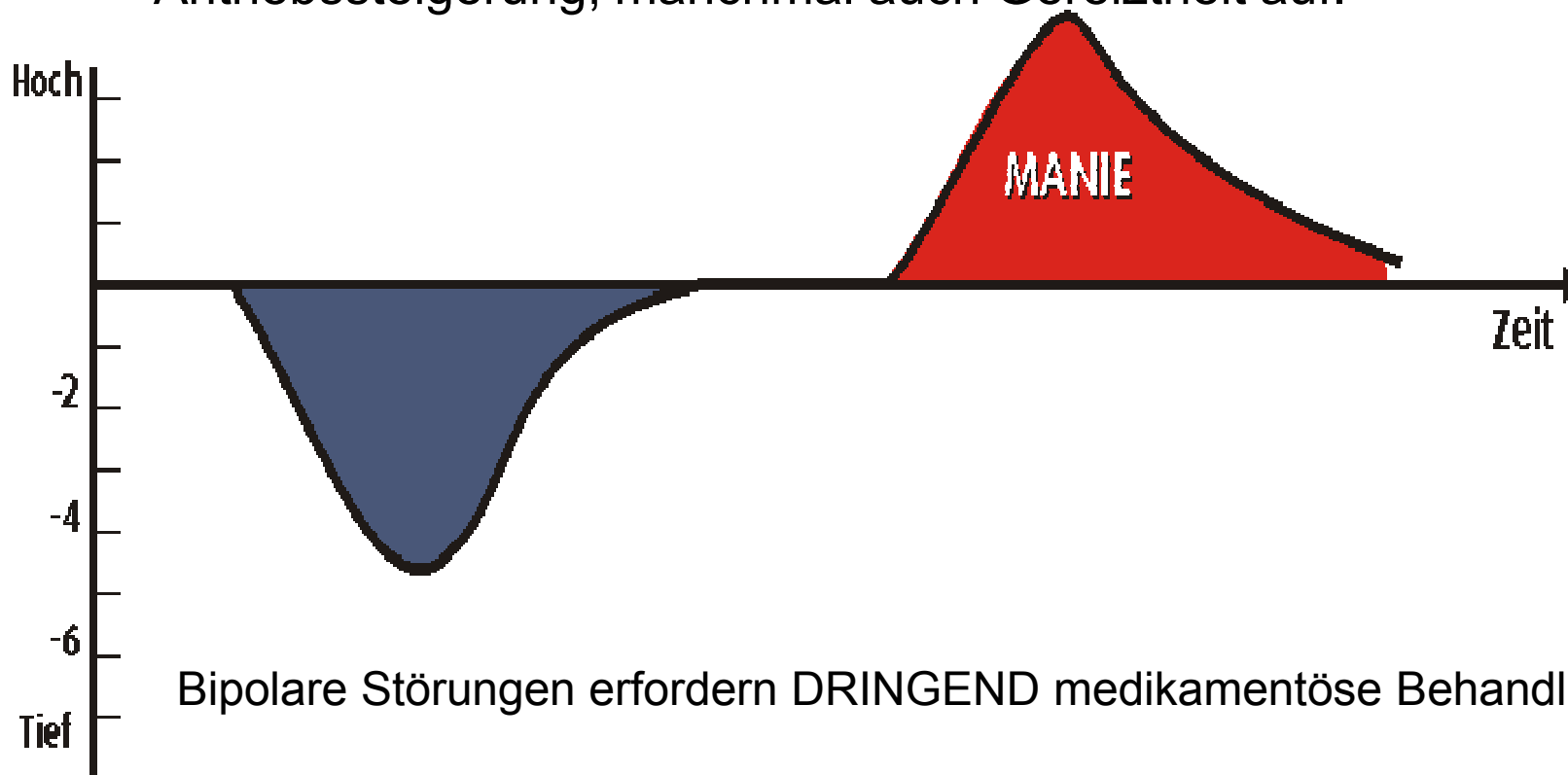


Beschreibung: Arten und Verlauf

Manisch Depressive Erkrankung

(Bipolare affektive Störung)

Neben depressiven Phasen treten Zustände von übermäßiger Aktivität, gehobener Stimmung und allgemeiner Antriebssteigerung, manchmal auch Gereiztheit auf.



Bipolare Störungen erfordern DRINGEND medikamentöse Behandlung.

Begleitende psychiatrische Störungen

- 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

Quelle: Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Differentialdiagnose

Ausschluss körperlicher Ursachen:

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

Daher: Eine ärztliche Untersuchung ist unverzichtbar!

Ursache der Depression – Ein Multikausales Modell

Ursachen:

Frühkindliche Erfahrungen
(Persönlichkeitsentwicklung)

Biologisch / genetische
Faktoren (Hirnstoffwechsel,
Stresshormone)

Lerngeschichtliche Aspekte
z.B. Erfahrung von
Selbstwirksamkeit,

Auslöser:

Situative Auslöser: kritische
Lebensereignisse,
systemische Aspekte, Stress,

Behandlungsmöglichkeiten

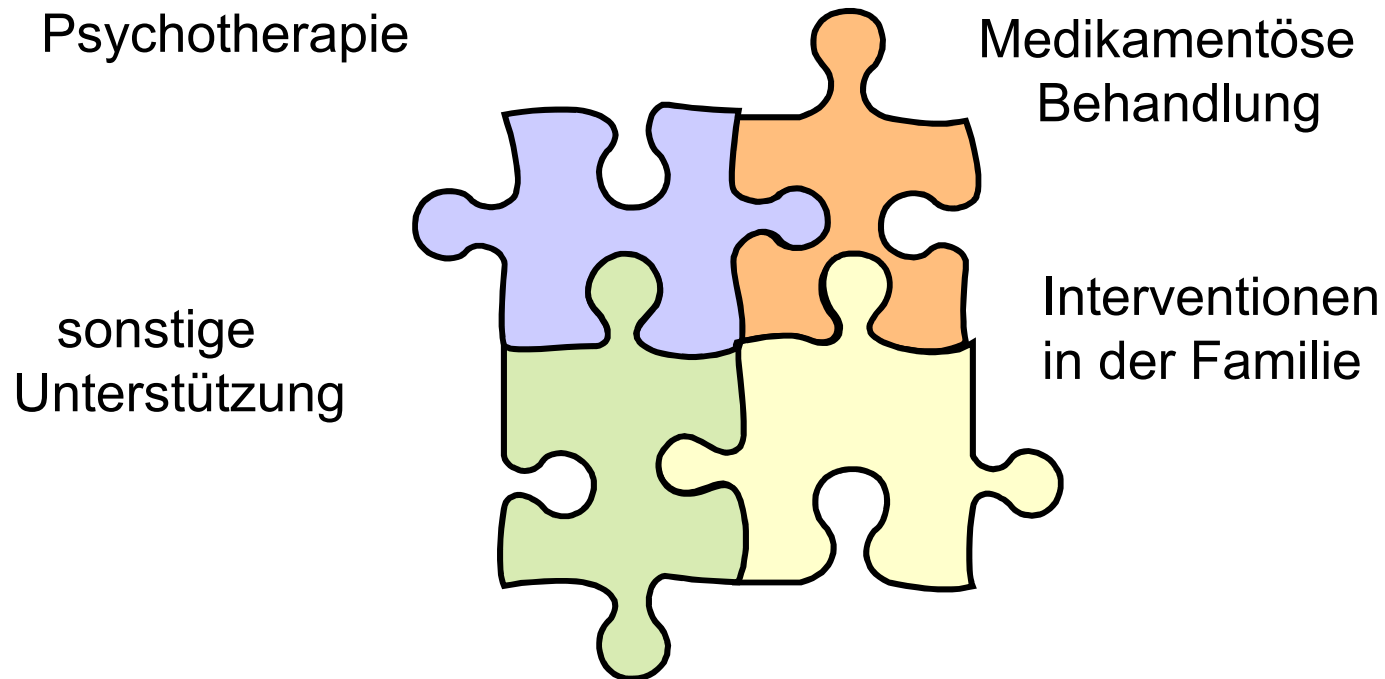
Allgemeines

- Ein depressives Kind ist nicht faul, nicht aggressiv oder unerträglich, weil es so sein will.
- Ein depressives Kind ist krank und braucht Hilfe.
- Ein depressives Kind ist auch kein Grund, an den elterlichen Fähigkeiten zu zweifeln, aber es ist ein Grund, fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Erster Schritt!

- **Erste Anlaufstelle für Eltern: Kinder- oder Hausarzt**
 - kennt Kind und die Familie schon länger, kann Veränderungen einordnen
 - kennt auch Spezialisten, die weiterhelfen können:
 - Kinderpsychiater und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten
 - Erziehungs- und Familienberatungsstellen (die für Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen besonders qualifiziert)

Die Säulen der Depressionstherapie bei Kindern und Jugendlichen



→ an individuelle Lebens- und Entwicklungssituation des Kindes angepasst,
d.h. Alter, schulisches und familiäres Umfeld zu berücksichtigen

Interventionen

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

Quelle: Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

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
- bei Suizidalität.

Quelle: Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Die Rolle der Lehrkräfte

Was können Lehrkräfte tun?

- Wenn Lehrkräfte eine längerfristige und deutliche **Veränderung** im Verhalten eines Schülers feststellen, sollten sie alarmiert sein
- Anzeichen sind z.B. Leistungseinbrüche, Konzentrationsstörungen, sozialer Rückzug, ständige Gereiztheit, häufige Traurigkeit, suizidale Äußerungen
 - ➔ **Lehrer müssen keine Diagnose stellen!**
- Ihr Eindruck einer Veränderung ist jedoch ein wichtiger Hinweis
- Sollte sich über längere Zeit hinweg der Verdacht einer psychischen Störung verstärken, dann kann Unterstützung und die die Vermittlung weiterer Hilfe notwendig sein
 - ➔ **Die Lehrkräfte selbst müssen und sollen keine therapeutischen Aufgaben übernehmen!**

Wie können Lehrkräfte unterstützen?

- Als Ansprechperson zur Verfügung zu stehen
- Vom Erstgespräch nicht zu viel erwarten! Statt gleich Lösungen zu suchen, zunächst einfach zuhören und sich ein Bild der Situation machen
- keine Verschwiegenheit versprechen
- Zurückhaltung des Jugendlichen ist normal. Geduldig sein; Schüler können sich eventuell erst im zweiten oder dritten Gespräch öffnen und Unterstützung annehmen
- Bei ernsthaften Problemen: möglichst Einbeziehung der Eltern
- Bei Bedarf: Vermittlung konkreter lokaler Hilfsangebote (Schulpsychologe, Sozialarbeiter, Beratungsstelle, Jugendamt, Kinder- und Jugendpsychiater oder Psychotherapeut)
- Suizidgedanken und Ankündigungen immer ernstnehmen und sofortige weitere Hilfe hinzuziehen

Gespräch unter vier Augen suchen

Aufbau einer ruhigen und vertrauensvollen Atmosphäre;
folgende Punkte behutsam erfragen:

- ➔ Am eigenen Eindruck anknüpfen („Mir ist in den letzten Wochen aufgefallen, dass Du... . Wie siehst Du das?“)
- ➔ Ist die Problematik auf schulischen Bereich begrenzt?
- ➔ Wie ist der Kontakt zu Freunden (sozialer Rückzug?)
- ➔ Gibt es noch Interessen und Momente der Freude?
- ➔ Gibt es Ansprechpersonen, denen er sich öffnen kann?
- ➔ Kann der Jugendliche sich selbständig Hilfe suchen?
- Bei Bedarf Unterstützung anbieten (weiteres Gespräch)

Demonstration / Fallbeispiel in Kleingruppen

Auswertung des Rollenspiels

Auswertung der exemplarischen Demonstration eines Gesprächs zwischen Schülerin und Lehrer/in bzw. Vater und Lehrer/in

Beobachtungen aus dem Plenum:

- Wahrnehmung und Einordnung **eigener** Gefühle.
- Was hat der Lehrer gut gemacht, was sehen Sie kritisch?
- Wie schätzen Sie den Fall ein?

Längerfristige Unterstützungsmöglichkeiten durch Schule / Lehrkräfte

- Bei Vorliegen einer ärztlich diagnostizierten Depression Abstimmung zwischen Eltern und Schule sinnvoll
- Geduld und Wertschätzung vermittelt Sicherheit
- Depression als Erkrankung mit Leistungsabfall akzeptieren!
 - 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

Wie können Eltern unterstützen?

- Gespräch suchen, Veränderungen ansprechen
- Informieren und Rat einholen
- Zustand Ernst nehmen, abklären!
- Behandlung unterstützen, Geduld, Fortschritte ohne Druck begleiten
- Für eigene Entlastung sorgen (z.B. Angehörigenhilfe)

Suizidalität

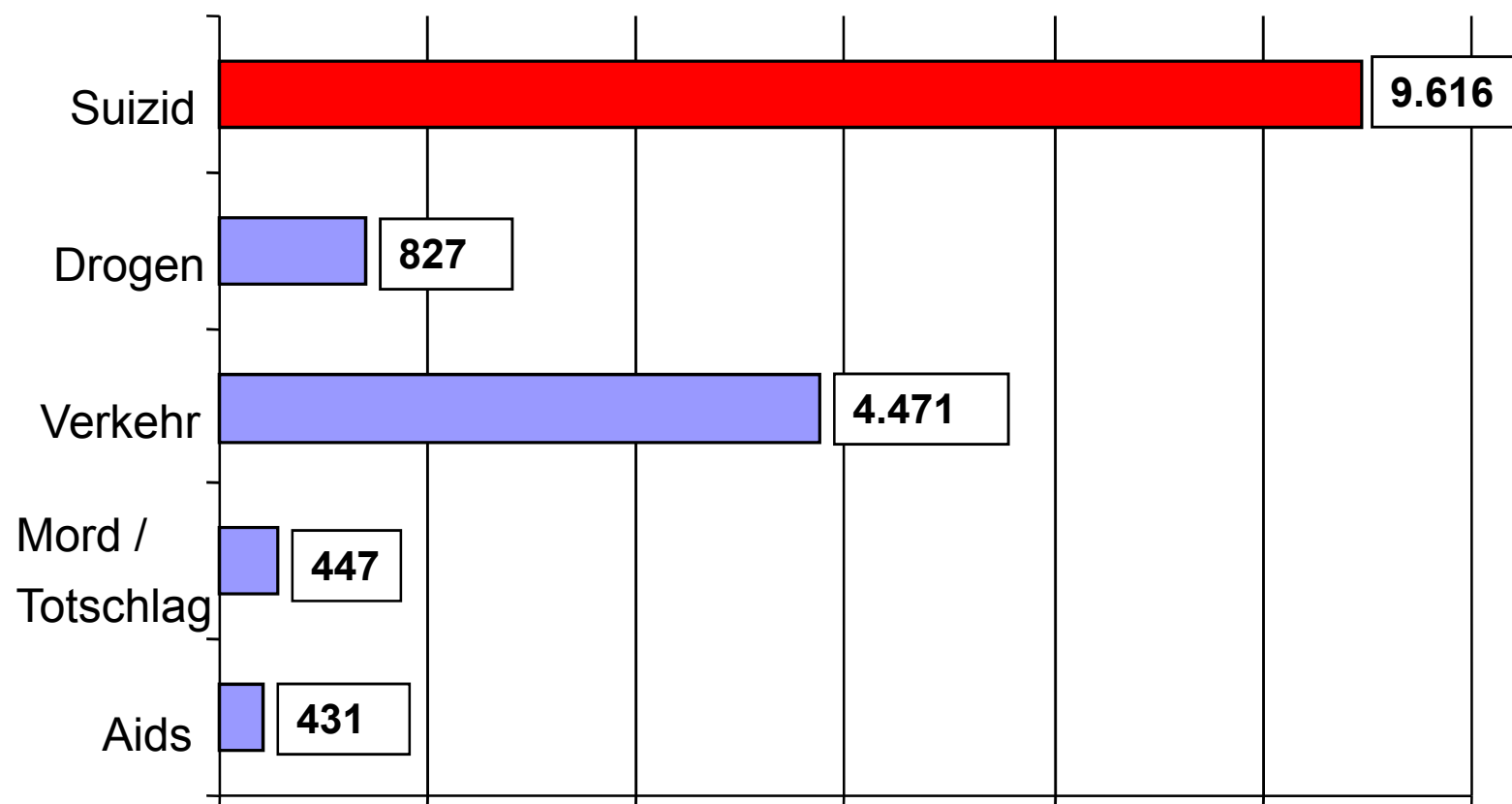
Depression und Suizidalität

bis zu 15 % mit schwerer, rezidivierender oder chronischer Depression versterben durch Suizid ¹

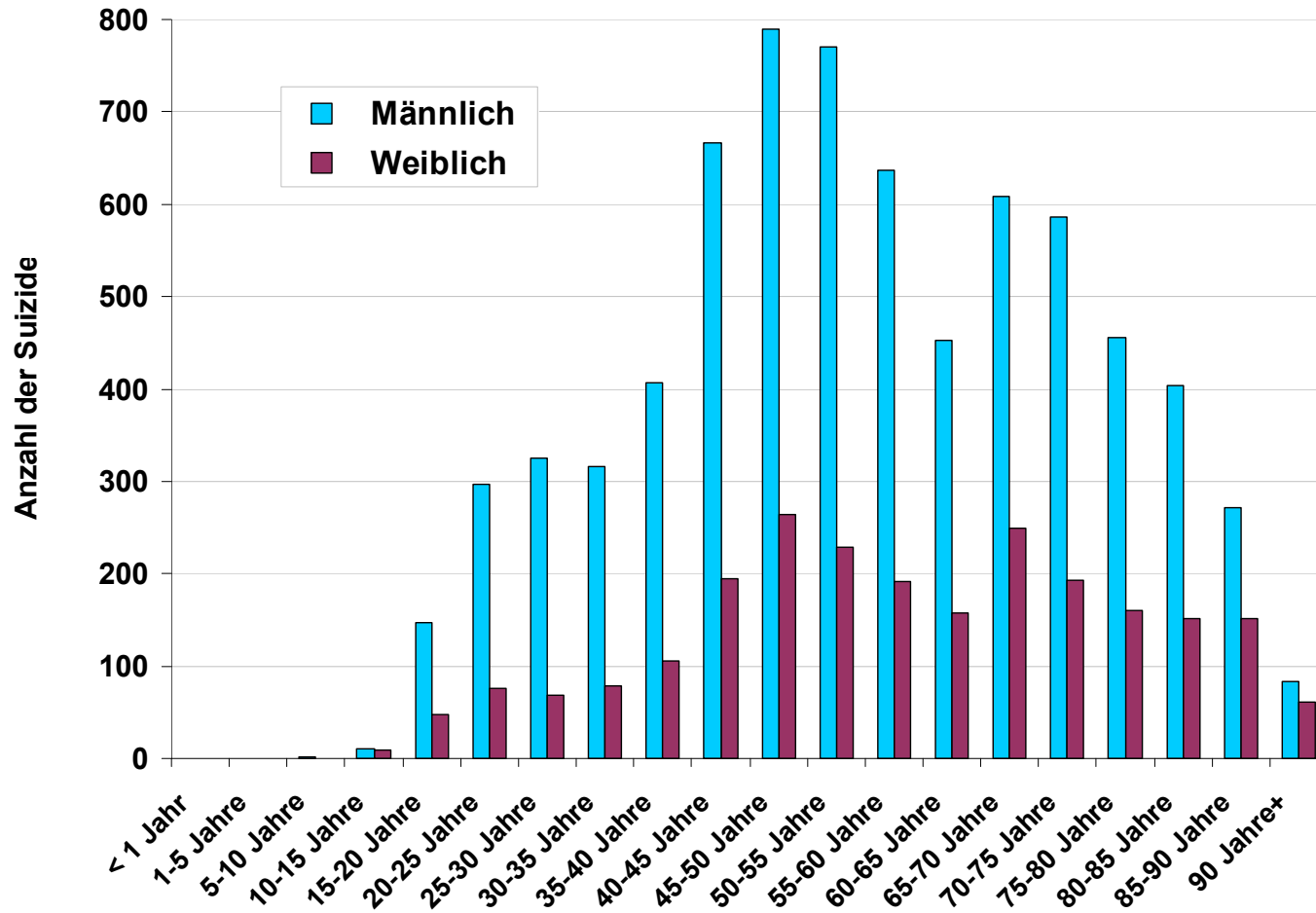
30 % der depressiven Patienten weisen mind. einen Suizidversuch auf ²

90 % der Suizidenten litten unter psychiatrischen Erkrankungen, am häufigsten Depression (40-60 %) ³

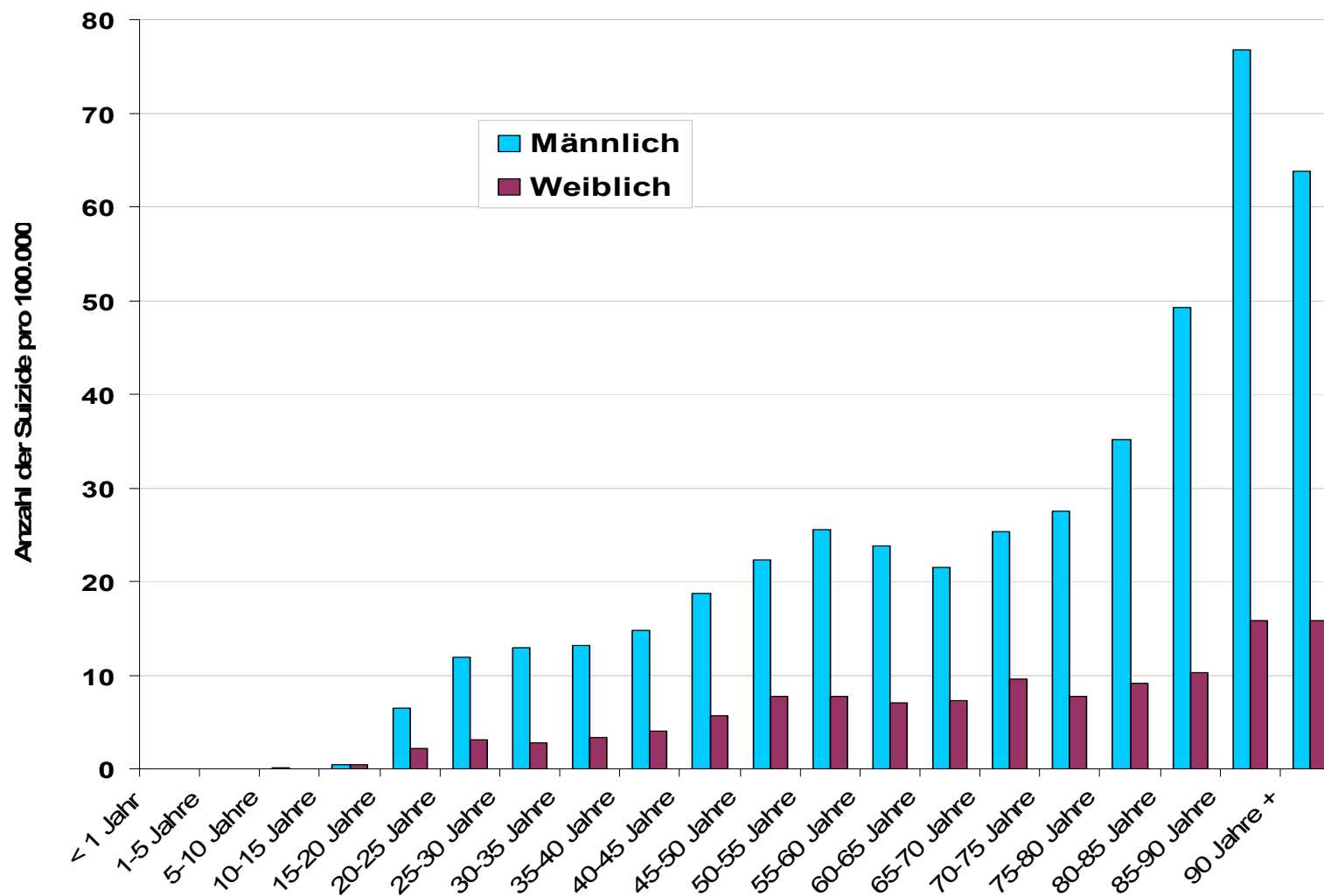
Todesursachen im Vergleich: BRD 2009



Suizide in Deutschland 2009

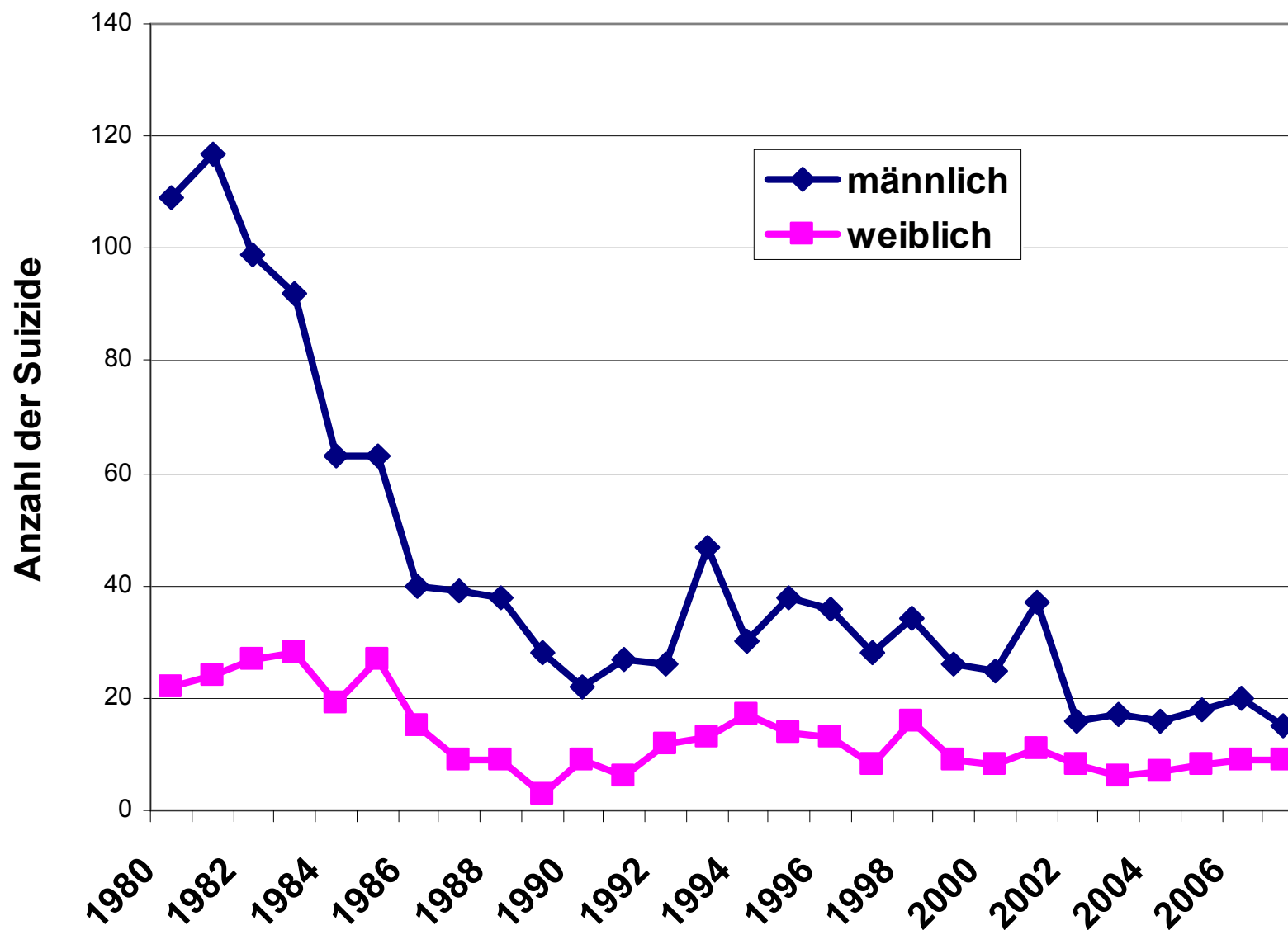


Suizidraten in Deutschland 2009

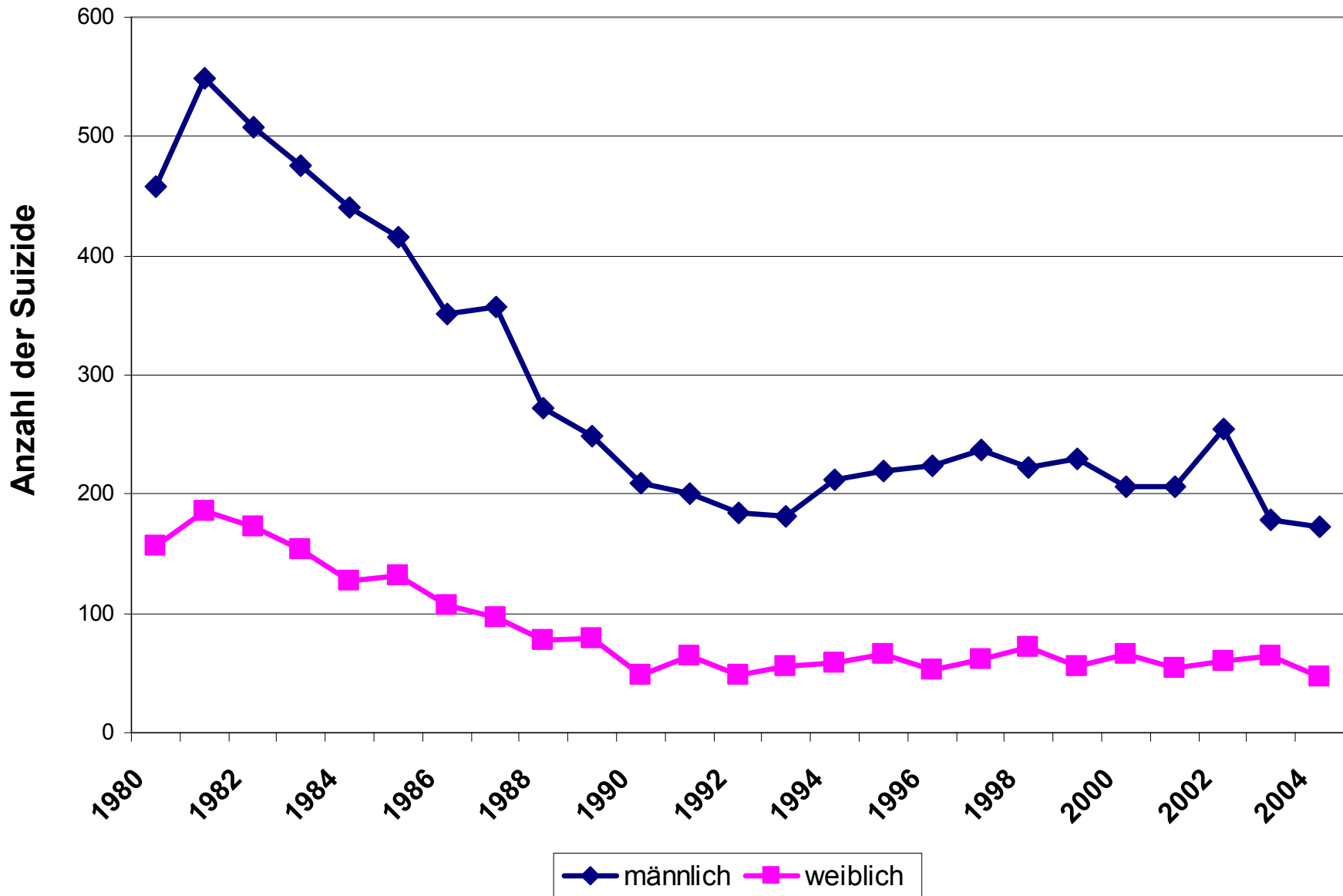


(Quelle: Bundesamt für Statistik/Gesundheitsberichterstattung des Bundes; 2009)

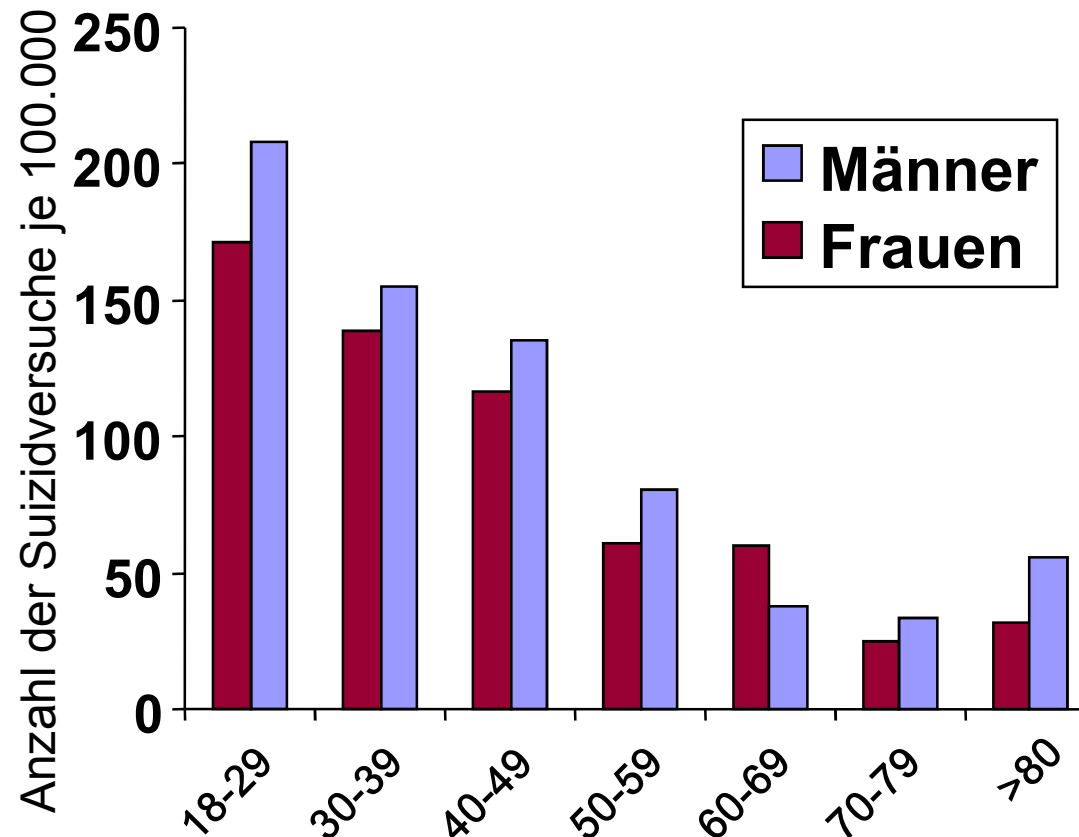
Kindersuizide in Deutschland (unter 15 Jahre)



Suizide in der Altersgruppe der 15-20 Jährigen



Ärztlich erfasste Suizidversuchsraten (ab 18 Jahre) in Nürnberg 2000-2001 (Dunkelziffer 30-50%)



Mädchen von 14-18 Jahren beginnen am Häufigsten suizidale Handlungen. Die Letalität ist dabei jedoch sehr niedrig.

Akute Suizidalität: Risikogruppen

- Suizide im Kindesalter sind sehr selten. Ab dem Alter von 15 Jahren nimmt die Suizidrate kontinuierlich zu. Insgesamt besteht bei Depression ein 7-20fach erhöhtes Risiko eines Suizides und ein 12-15fach erhöhtes Risiko eines Suizidversuches. Jungen haben im Vergleich zu Mädchen ein dreimal so hohes Suizidrisiko.
- Konkrete Suizidgefahr ist meist mit dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung verbunden (vor allem: Depression, Suchterkrankungen, Psychosen)
- Ein erhöhtes Risiko besteht, 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 von und Drohung mit Suizid
- Keine Distanzierung von Suizidideen/ Suizidversuch (auch nicht nach einem ausführlichen Gespräch)
- Jugendlicher hat ein Suizidarrangement getroffen, das eine Auffindung schwierig oder unmöglich macht

Wann ist Suizidalität gefährlich?

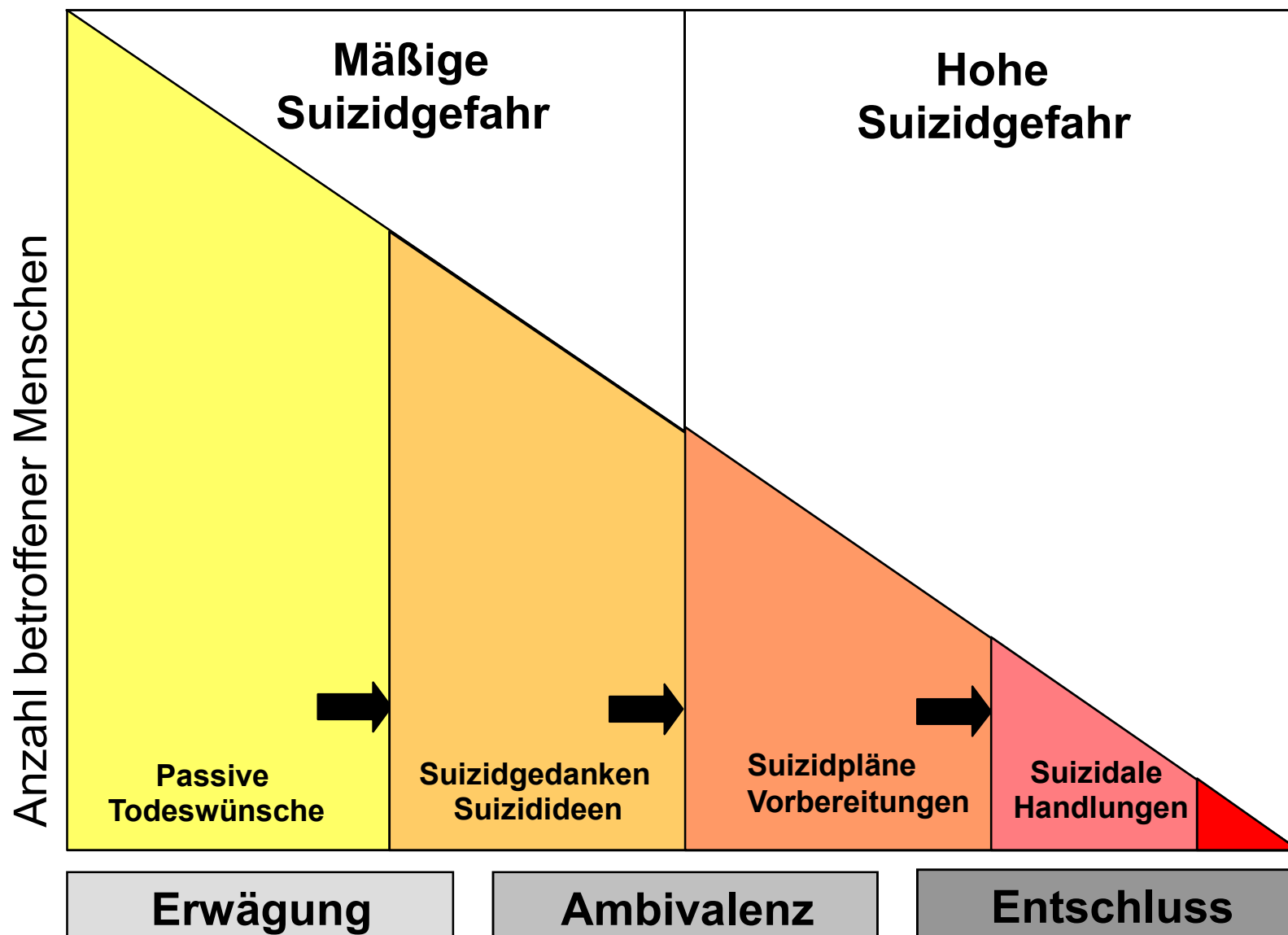
- Viele (nicht psychisch kranke) Menschen erleben im Laufe des Lebens Situationen, in denen sie sich mit der Möglichkeit des eigenen Todes beschäftigen
- Ein großer Teil berichtet in diesem Zusammenhang über passive Todeswünsche und Suizidgedanken
- Meist geht davon keine akute Gefahr eines Suizids aus. Risiko steigt erheblich, wenn Vorstellungen sehr drängend werden und konkrete Pläne gemacht werden
- Viele Jugendliche erleben in ihrer Entwicklung vorübergehende Phasen, in denen sie Suizidgedanken haben. In den meisten Fällen geht davon keine konkrete Gefahr aus
- **Aber: bei Verdacht sollte Suizidalität immer genau exploriert werden**

Thematisierung von Suizidalität

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

- das Gegenüber ganz auf den Einzelnen eingehen kann
- 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

Die verschiedenen Stadien von Suizidalität



Abklärung von Suizidalität: Kernfragen

Vom Allgemeinen zum Konkreten:

- passiver Todeswunsch?
- abstrakte Suizidgedanken?
- konkrete Suizidideen?
- aktive Planung?
- Vorbereitungen?
- Suizidankündigungen?
- frühere Suizidversuche

Für eine Bewertung entscheidend:

„Wie hoch ist der akute Handlungsdruck einzuschätzen“?

Abklärung von Suizidalität: Formulierungshilfen

- „Gibt es in Deiner derzeitigen schwierigen Situation auch Gedanken an den Tod?“
- „Was genau meinst Du damit, dass Tod sein besser wäre?“
- „Denkst Du dabei auch daran, Dir selbst etwas anzutun?“
- „An was denkst Du genau, wenn Du sagst, Du könntest Dich umbringen?“
- „Hast Du Dir die ... (z.B. Medikamente) schon besorgt?“
- „Wie oft und wie lange kommen die Gedanken an Suizid?“
- „Hast Du darüber schon mit Jemandem gesprochen?“
- „Hast Du schon einmal versucht Dir das Leben zu nehmen?“
- „Gibt es denn auch Dinge, die Dich am Leben halten?“

Vorgehen bei akuter Suizidalität

1. Zeitgewinn.

Suizidalität in der Regel kein Dauerzustand.

Akute suizidale Krise kann in relativ kurzer Zeit wieder abklingen.

- Kann eine suizidale Handlung verzögert werden, so erhöhen sich die Chancen deutlich, dass der Mensch überlebt.

2. Einfühlsam Zuhören.

Keine Lösungsvorschläge unterbreiten, geduldiges und verständnisvolles Zuhören reicht.

3. Zusätzlich Hilfe hinzuzuziehen.

Eltern (wenn möglich!) hinzuziehen. Gibt es (oder gab es) einen behandelnden Arzt / Therapeuten. Besteht ein Vertrauensverhältnis zum Kinderarzt/Hausarzt? Wo ist die nächste Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik oder Notfallambulanz?

- Gegebenenfalls zu Arzt oder in Notfallambulanz begleiten

Thematisierung von Suizidalität im Schulunterricht

Thematisierung von Suizidalität im Schulunterricht

Vorsicht vor Thematisierung von Suizid im Klassenverband!

- Thematisierung sollte nur durch geschulte Person stattfinden (z.B. durch Mitarbeiter von AK-Leben; www.ak-leben.de)
- Auch bei „gut gemeinter“ Thematisierung sind Folgen schwer einschätzbar weil kein Nachfragen beim Einzelnen möglich ist
- Bei manchen „gefährdeten“ Jugendlichen kann dadurch ein „Imitationseffekt“ ausgelöst werden (Werther-Effekt)
- Oft ist es günstiger, die Frage zu thematisieren, welche Hilfsangebote es gibt, wenn Jugendliche in einer Krise sind
- (siehe Infopaket für Lehrer - erhältlich beim Bündnis gegen Depression: „Keinen Plan mehr? Wer hilft Dir, wenn Du nicht mehr weiter weißt?“)

Wenn eine Klasse eine suizidale Handlung mitbekommt: Möglichkeiten der Thematisierung des Suizids

Es sollte vermieden werden:

- Den Suizidale Handlungen als *unverständlich*, geheimnisumwoben darzustellen und somit erst interessant zu machen.
(„Wo er doch alles hatte, was das Leben so zu bieten hat.“)
- Romantisierende Motive bzw. Ziele zu unterstellen.
(„Ewig vereint sein“; „Er war zu gut, zu sensibel für diese Welt.“)
- Zu schlichte und einfache Gründe anzubieten.
(„Die Mutter hat Schuld“; „Selbstmord wegen Übergewicht“)
- Die Haltung und Handlung des Suizidenten als heroisch, bewundernswert, billigend darzustellen.
(„In dieser Situation war es nur allzu verständlich, dass...“)

Wenn eine Klasse eine suizidale Handlung mitbekommt: Möglichkeiten der Thematisierung des Suizids

... wird ein Folgeeffekt geringer, wenn:

- Klar wird, dass hier jemand den Eindruck hatte, seine Probleme nicht lösen zu können.
- Deutliche Alternativen aufgezeigt werden, z.B. wo Hilfe erhältlich ist (z.B. Behandlung einer Depression)
- Eher Berichte folgen, in denen Bewältigungen aufgezeigt werden.
- Mehr Hintergrundinformation über Suizidgefährdung und ein mögliches Vorgehen gegeben werden.

Zusammenfassung

- **Auch Kinder und Jugendliche können depressiv sein.**
- **Die Diagnose muss von Fachleuten gestellt werden.**
- **Die Therapie kann mehrere Komponenten umfassen.**
- **Auch das Umfeld der Betroffenen kann zur Gesundung beitragen.**
- **Hinweisen auf Suizidalität muss nachgegangen werden.**

Materialien zur Unterrichtsgestaltung Sek I und II

- **„Nicht ganz normal?!“**
Psychische Erkrankungen verstehen
- **„Keinen Plan mehr?“**
Wer hilft dir, wenn du nicht mehr weiter weißt?
(→ Krisen bei Jugendlichen)
- **Richtlinien für das Verhalten in der Schule
nach einem Suizid (nach Michel)**

Weiterführende Literatur

- Döpfner, M. / Lehmkuhl, G. / Heubrock, D. (2000). **Ratgeber Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher.** Göttingen: Hogrefe-Verlag
- Kerns, L.L. (1997). **Hilfen für depressive Kinder.** Bern: Huber-Verlag.
- Graham, P. & Hughes, C. (1998). **Traurige Kinder verstehen.** Weinheim/Basel: Beltz-Verlag.
- Groen, G. / Petermann, F. (2002). **Depressive Kinder und Jugendliche.** Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Mattejat, F. / Lisofsky, B. (Hrsg.) (1998). **". . . nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker.,,** Bonn: Psychiatrie Verlag
- Reihe Familienpraxis (2002). **Utopia Blues. Depression, Manie und Suizid im Jugendalter.** Zürich: Verlag pro juventute
- Schütz, J. (2002). **Ihr habt mein Weinen nicht gehört. Hilfen für suizidgefährdete Jugendliche.** Freiburg: Herder.
- Käsler-Heide, H. (2001). **Bitte hört was ich nicht sage.** München: Kösel

*sie kann
wieder
lachen*

DEPRESSION

**ist
behandelbar**