Im Blickpunkt: Erziehung

Ein Brief der Neuapostolischen Kirche Süddeutschland für Erziehende, Lehrkräfte und Amtsträger

Wenn Kinder und Jugendliche auffällig werden – Gedanken zu Depression und Resignation

Neuapostolische Kirche
www.nak-sued.de

Liebe Geschwister, liebe Eltern, Amtsträger und Lehrkräfte,

der letzte Brief beschäftigte sich ausführlich mit einem Thema, das die Entwicklung und Geschichte des Menschen wie ein dunkler Schatten begleitet: Aggression, insbesondere in ihrer Ausprägung bei Kindern und Heranwachsenden.

Nicht weniger aktuell ist ein Thema, das leider auch im Leben vieler Kinder und Jugendlicher eine zunehmende Rolle spielt: Depression. Ihre Auswirkungen spüren wir nicht zuletzt auch im kirchlichen Leben.

Bereits vor 20 Jahren ging man davon aus, dass in unserem Land nahezu fünf Millionen Menschen an Depressionen – im weiteren Sinn – erkrankt sind. Mittlerweile schätzt die Weltgesundheitsorganisation, dass bis zum Jahr 2020 Depressionen weltweit die zweithäufigste Volkskrankheit sein werden.

Doch nach wie vor wird dieses Thema zu wenig beachtet oder unterschätzt; Betroffene fallen deutlich weniger auf als Aggressive, da sie „nicht stören“. Nicht selten wird Depressivität verharmlost oder gar totgeschwiegen. Heute wissen wir, dass Depressionen, die nicht oder zu spät erkannt werden, für die Betroffenen und auch ihre Angehörigen oft schwere psychische und physische Folgen haben.

Aus der Sicht unseres Glaubens dürfen wir an diesem Tatbestand nicht einfach vorübergehen. Das Thema „Depression, Depressivität und Resignation “ verlangt von uns allen Aufmerksamkeit und die Bereitschaft zu helfen, denn bei dieser Erkrankung ist es wichtig, die ersten Anzeichen zu erkennen, um entsprechend handeln zu können.

Dieser Brief zeigt nun auf, an welchen Symptomen depressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen zu erkennen ist. Er schildert Hintergründe und gibt Hinweise, was getan werden kann bzw. getan werden sollte.

Für eure Bereitschaft, sich mit diesem Thema zu beschäftigen und das Anliegen dieses Briefes tatkräftig zu unterstützen, danke ich euch sehr.

Mit herzlichen Grüßen, euer

Michael Ehrich

Grundsätzliche Gedanken zum Schwerpunkt-Thema

Im vorhergehenden Brief „Im Blickpunkt: Erziehung“ (Nr. 16: „Wenn Kinder und Jugendliche auffällig werden – Gedanken zu Aggression und Gewalt“) wurde auffällig aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen thematisiert. Hier nun geht es um auffällig depressives / resignatives Verhalten, das von üblichen, „normalen“ Stimmungstiefs deutlich abweicht.
Auffällig depressives Verhalten erscheint vielen vielleicht nicht so problematisch wie aggressives Verhalten, stellt aber für die Betroffenen und ihr Umfeld eine nicht minder schwere Herausforderung dar.

© JPagetRFphotos – fotolia.com

Depression bzw. depressives Verhalten

Leichte depressive Verstimmungen bis hin zu schweren depressiven Störungen gehören zu den „affektiven Störungen“ (5, S. 47, 51ff.) und zu den häufigsten psychischen Erkrankungen, unter denen Kinder und Jugendliche leiden.
„Depression ist ein seelischer und körperlicher Leidenszustand, in dem einem Menschen durch seine Gefühle (‚Affekte‘) der alternative Zugang zum Leben verstellt ist. Er ist nicht nur ‚traurig‘ oder ‚enttäuscht‘ – er hat [im schlimmsten Fall] seinen Lebenswillen verloren“. (3, Folie 2) In Ergänzung zu dieser kurzen Definition bringt es ein einfacher Satz auf den Punkt: „Er kann nicht mehr wollen“ (ebd.), d.h. der Betroffene hat nicht mehr die Energie und innere Kraft, um sich zu motivieren und sich den Herausforderungen des Alltags zu stellen.
An anderer Stelle werden als Ausprägungen einer Depression allgemein auch tiefe Hoffnungslosigkeit, Ängste, Schmerzen, innere Unruhe, Nervosität und Dauerstressgefühle genannt. Diese können so weit gehen, dass Betroffene sich nicht mehr in der Lage sehen, ihren Alltag zu bewältigen. Selbst so einfache Dinge wie Zähneputzen oder Telefonieren erscheinen wie ein unüberwindbarer Berg. (4)
Diese Beschreibung lässt erahnen, in welch schlimmer seelischer Verfassung sich Betroffene befinden. Sie sind nicht „selber schuld“ oder „sollten sich halt zusammenreißen“, sondern sie brauchen Verständnis und professionelle Hilfe.

Jeder Mensch, auch Kinder und Jugendliche, durchlebt Zeiten, in denen er sich in einem gewissen Tief befindet. Depression als (beginnende) Krankheit unterscheidet sich durch die Dauer und den großen Leidensdruck deutlich von normalen Traurigkeits- und Frust-Gefühlen, die wieder vergehen. (4)

Häufigkeit

Das Risiko, an einer Depression zu erkranken, steigt bei Jugendlichen gegenüber Kindern an:

- Bei Kindern im Vorschulalter liegt die Häufigkeit bei ca. 1 Prozent.
- Im Grundschulalter sind knapp 2 Prozent der Kinder betroffen.
- Aktuell leiden hierzulande 3 -10 Prozent aller Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren unter einer Depression. (4)

© Tomsickova – fotolia.com

Problematik der Diagnosestellung

Da depressive Kinder und Jugendliche in aller Regel – im Gegensatz zu aggressiven – ihre Umwelt nicht stören, sondern sich meist ganz in sich zurückziehen, fallen sie zunächst weniger auf, ja sie werden nicht selten regelrecht „übersehen". Oft wird die Problematik von Eltern und Pädagogen gar nicht erkannt oder nicht ernst genommen.

Die Grenzen zwischen normaler Entwicklung und depressiver Symptomatik sind fließend, was eine klare Diagnose erschwert und dazu führt, dass Depressionen im Jugendalter, aber auch bei jüngeren Kindern oft nicht oder sehr spät erkannt werden.

Dies bestärkt häufig die Betroffenen in ihrem Grundgefühl, nicht wichtig zu sein, nicht geliebt zu werden, etc. (s. u.), und kann bewirken, dass sich ihre (Gefühls-)Lage dramatisch zuspitzt.

Frühzeitiges Erkennen entsprechender Anzeichen ist notwendig, um entgegenwirken zu können. Daher nachstehend einige nach Alter differenzierte Merkmale:

Depressive Symptome bei Kleinkindern (1 - 3 Jahre)

- vermehrtes Weinen, wirken traurig
- ausdrucksarmes Gesicht
- erhöhte Reizbarkeit, Irritabilität
- essen schlecht
- Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen oder übergroßes Schlafbedürfnis)
- überanhänglich, können schlecht alleine sein
- selbststimulierendes Verhalten: Schaukeln des Körpers, exzessives Daumenlutschen, genitale Manipulation
- Teilnahmslosigkeit, Spielunlust

Depressive Kleinkinder zeigen zudem häufig eine im Vergleich zu ihren Altersgenossen verzögerte Entwicklung. Sie lernen später laufen und sprechen, entwickeln geringere grob- und feinmotorische Geschicklichkeit, und auch kognitive Fähigkeiten können sich langsamer entwickeln.

Symptome im Vorschulalter (3 – 6 Jahre)

- trauriger Gesichtsausdruck
- verminderte Gestik und Mimik, psychomotorische Hemmung
- leicht irritierbar, stimmungslabil, auffällig ängstlich
- mangelnde Fähigkeit, sich zu freuen
- Teilnahmslosigkeit und Antriebslosigkeit, introvertiertes Verhalten
- vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten
- innere Unruhe und Gereiztheit zeigen sich in unzulänglichem / kontaktarmem, aber auch aggressivem Verhalten
- Ess- und Schlafstörungen
- Äußerungen derart, dass keiner mit ihnen spielen wolle, keiner sie liebe und keiner Zeit für sie habe (4)

Symptome jüngerer Schulkinder (6 – ca. 12 Jahre)

In diesem Alter treten die psychischen Symptome der Depression in den Vordergrund: Die Kinder sind niedergeschlagen, resigniert und ängstlich. Zudem kann Folgendes beobachtet werden:

- verbale Berichte über Traurigkeit
- Denkhemmungen, wie Konzentrationsschwierigkeiten und Gedächtnisstörungen
- Schulleistungsstörungen
- Zukunftsangst, Ängstlichkeit
- unangemessene Schuldgefühle und Selbstkritik
- psychomotorische Hemmung
- Appetitlosigkeit
- (Ein-)Schlafstörungen
- suizidale Gedanken (4)

Symptome im Pubertäts- und Jugendalter (12 – 17 Jahre)

Körperliche Symptome:

- psychosomatische Beschwerden (Kopfschmerzen),
- Gewichtsverlust
- Ein- und Durchschlafstörungen (häufig auch übermäßiges Schlafbedürfnis)

Im Vordergrund stehen die psychischen Symptome:

- vermindertes Selbstvertrauen (Selbstzweifel)
- Apathie, Lustlosigkeit, Konzentrationsmangel
- Stimmungsanfälligkeit
- rhythmische Schwankungen des Befindens
- Leistungsstörungen
- Gefühl, den sozialen und emotionalen Anforderungen nicht gewachsen zu sein, Gefahr der Isolation, des sozialen Rückzugs
- Anstieg von selbstverletzendem Verhalten sowie von Suizidgedanken und -versuchen (4). *Hierzu siehe auch „Im Blickpunkt: Erziehung" Nr. 16 (Aggressives Verhalten)*

Formal gelten die gleichen Diagnosekriterien wie bei Erwachsenen (nach ICD-10,7 – d.h. der von der Weltgesundheitsorganisation erstellten Klassifikation „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems"), jedoch zählen viele depressive Merkmale zu Bestandteilen normaler jugendlicher Entwicklung: „zu Tode betrübt, gereizt, verschlossen, gelangweilt, grüblerisch ... unzufrieden". (4)

Depression erkennen

Wenn sich etliche der o. g. altersbezogenen Symptomatiken über mehrere Wochen gemeinsam unverändert zeigen, ohne dass es zu einer Restabilisierung kommt, kann man nicht mehr von „normalen“ Verhaltensweisen sprechen (z. B. vorübergehende Reaktionen auf schlimme Verluste).
Zusätzlich zu den zuvor genannten altersbezogenen Symptomen kann einheitlich auf folgende Alarmzeichen geachtet werden:

- Rückzug von Hobbys und alterstypischen Aktivitäten
- extremer Leistungsabfall in der Schule
- extreme Veränderungen in Verhalten und Aussehen
- Weglaufen von Zuhause
- Alkohol- und Drogenmissbrauch
- exzessive Mediennutzung oder Spielsucht
- Selbstisolierung von Familie und / oder Gleichaltrigen (4)

Die entsprechende Diagnose sollte von einem Facharzt gestellt und außerdem sollten eventuelle körperliche Ursachen (z. B. Schilddrüsenerkrankung, Eisenmangel, Blutarmut) überprüft werden.
Depressionen sind kein Zeichen persönlichen Versagens, mit schwierigen Lebensumständen umgehen zu können. Ebenso wenig sind sie Zeichen von Glaubensschwäche oder mangelndem Gottvertrauen. Vielmehr sind Depressionen ein Zeichen besonderer konstitutionsbedingter (anlagebedingter) Verletzlichkeit und / oder ein Zusammentreffen mehrerer ungünstiger Zusammenhänge im persönlichen wie sozialen Bereich. Bei schwerer Ausprägung stellen sie eine Erkrankung dar, die fachkundiger Hilfe bedarf.

Mögliche Ursachen von depressivem Verhalten bei Minderjährigen

Obwohl sich depressives Verhalten im Vergleich zu aggressivem Verhalten nach außen hin in beinahe gegensätzlicher Ausprägung darstellt, sind hier häufig ähnliche Ursachen, Hintergründe und Zusammenhänge wie bei auffällig aggressivem Verhalten festzustellen – neben genetischen und biologischen Faktoren, wie Störungen des Hirnstoffwechsels oder der Stresshormone.
Ein wichtiger Schritt zum adäquaten Umgang mit depressivem Verhalten bei Minderjährigen ist das Erkennen der möglichen Ursachen und Zusammenhänge, die – wie auch bei aggressivem Verhalten – sehr unterschiedlich sein können:

Mögliche Ursachen / Zusammenhänge von Depression (siehe auch „Im Blickpunkt: Erziehung“ Nr. 16: „Aggressives Verhalten“)

1. Entwicklungsbedingte Hintergründe:

- Unterdrückte „Trotzphase“ im Kleinkindalter
- Unbewältigte Veränderungen in der (Vor-)Pubertät

2. Einige biologische Faktoren:

- AD(H)S im engeren Sinn
- Teilleistungsstörungen
- Sinneshypersensibilität (Überempfindsamkeit)
- körperliche oder psychische Erkrankungen / Behinderungen

3. Kognitive oder emotionale Überforderung

- Schulleistungsprobleme
- „Leistungsdruck“ im Kindergarten
- „Leistungsdruck“ im musischen, kirchlichen (!) oder sportlichen Bereich

© Miredi – fotolia.com

4. Störungen im sozialen Umfeld:

- familiäre Spannungen
- aggressive Erziehungspersonen
- massive Gewalterfahrungen / sexueller Missbrauch (siehe 7)
- unklare/überzogene/fehlende soziale Regeln im nächsten Umfeld
- massiver sozialer Druck in Gruppen (Kindergarten, Schule, Sport-/ Musik- / Kirchen-Gruppen)
- Verlust geliebter Bezugspersonen

Positive Einflussnahme auf relevante Zusammenhänge

Ad 1. Entwicklungsbedingte Hintergründe
Die „Trotzphase“ im Kleinkindalter dient u. a. einer adäquaten Autonomieentwicklung, wozu gehört, dass das Kind „unbedingt“ seinen Willen durchsetzen möchte, da es jetzt ganz bewusst erleben kann, wie es selbst Dinge und Menschen beeinflussen kann (1, S. 728).
Wird dieses Bedürfnis nachhaltig und massiv unterdrückt, kann dies zu einer schweren depressiven Haltung führen.
Dagegen ist hilfreiches Elternverhalten eine gesunde Balance zwischen dem Gewähren eines angemessenen Freiraums und klaren, passenden Grenzsetzungen mit einer verständnis- und liebevollen Grundhaltung für die Bedürfnisse des Kindes. Dies erleichtert dem Kind eine Erhöhung der Frustrationstoleranz. Ähnliches gilt für den Umgang mit der (Vor-)Pubertätsphase von Jugendlichen – auf entsprechend höherem und komplexerem Niveau (siehe 6).

Ad 2.: Biologische Faktoren
Zur Bewältigung der hier genannten Faktoren ist in den meisten Fällen die Inanspruchnahme von ausgewiesenen Fachkräften notwendig (die kann i. d. R. der Kinderarzt benennen), um entsprechende externe Therapien wie auch geeignetes Erzieherverhalten erarbeiten zu können.

Ad 3.: Kognitive oder emotionale Überforderung
Bei schulischen Problemen ist eine enge Zusammenarbeit mit kooperativen Lehrkräften, Schulpsychologen oder Schul-Sozialpädagogen zu empfehlen.
Erziehende sollten möglichst einen sicheren Rahmen bieten, der eine altersgemäße Problembewältigung für das Kind ermöglicht.

Schon im Kindergartenalter kann hoher Leistungsdruck zu innerem Rückzug führen.
Wird in sportlichen, musischen, kirchlichen oder Freizeit-Gruppen übermäßig Leistungsbewertung ausgeübt, stellt dies ein hohes Gefährdungsrisiko für depressive Entwicklungen dar. Es sollte auch diesbezüglich verantwortlich mit Minderjährigen umgegangen werden.

Ad 4.: Störungen im sozialen Umfeld

Auf unbewältigte familiäre Konflikte reagieren sensible, eher introvertierte Kinder besonders intensiv mit Schuldgefühlen, Ängsten, depressivem Verhalten. Auch Gewalt und sexueller Missbrauch können, neben vielen anderen Symptomen, zu stark depressivem Verhalten führen – betroffene Kinder benötigen hier kompetente fachliche Hilfe (siehe 6).
Auslöser für depressive Verstimmungen hohen Ausmaßes kann ebenso sozialer Druck in Gruppen in Form von Ausgrenzung und Mobbing darstellen. Hier sind v. a. die jeweiligen Gruppenleiter gefordert, die Gruppendynamik zu erkennen und entsprechend Einfluss zu nehmen; z. B. über Problem-Thematisierung, Schaffen von Problembewusstsein, Förderung des Gruppenzusammenhalts aller Gruppenmitglieder, Erstellen und Durchsetzen passender Gruppenregeln.
Verliert ein Kind eine geliebte Bezugsperson teilweise (Elterntrennung, gesundheitliche Schädigung) oder ganz (Tod, Elterntrennung), wird es i. d. R. je nach Intensität der Beziehung, der eigenen Konstitution und den Gesamtumständen mehr oder weniger in seinen inneren Grundfesten erschüttert (1, S. 818 ff.). Manche Kinder reagieren darauf mit ohnmächtiger Wut auf das Schicksal, häufig völlig missverstanden von der nächsten Umgebung, die stilles Trauern oder Verständnis für die Trauer (z. B. im Todesfall) der anderen Angehörigen erwartet oder unter Umständen Verständnis für eine eventuelle Elterntrennung einfordert. Diese Wut kann sich im Laufe der Zeit nach innen richten und zu einer depressiven Phase führen, vor allem wenn sich das Kind unverstanden fühlt und mit seiner Art zu trauern allein gelassen wird.

Angemessener Umgang mit von deutlich depressiven Verhaltensmustern geprägten Kindern

- Gesprächsbereitschaft
- Besonderes Verständnis und Einfühlungsvermögen
- Ängste und Beschwerden ernst nehmen
- Akzeptieren und Achten der kindlichen / jugendlichen Gefühle
- Angemessenes Loben, Vermitteln von Erfolgserlebnissen
- Aufbau positiver Aktivitäten
- Sich Zeit nehmen für das Kind / den Jugendlichen
- Vermeidung von Herabsetzung / Abwertung jeglicher Art
- Altersgemäße Entscheidungen und Eigenverantwortung unterstützen, das Kind / den Jugendlichen nicht wie einen Pflegebedürftigen oder wie ein viel jüngeres oder ein viel älteres Kind behandeln
- Nicht aufgeben, viel Geduld aufbringen
- Abbau belastender Faktoren
- Strukturierung des Alltags
- Förderung und Bewusstmachung vorhandener Ressourcen
- Training sozialer Kompetenzen
- Aufzeigen von Problemlösungsstrategien (3)
- Klare „Ich-Botschaften“ und angemessene Grenzsetzungen, die frei sind von Abwertungen der Person
- Positive Verstärkung bei erwünschtem Verhalten
- Behutsame Unterstützung bei Arbeitsorganisationen
- Möglichkeiten für körperliche Bewegung anbieten
- Ventil für aufgestaute Spannungen bieten, ohne sich oder jemand anderen zu schädigen

Das Angebot, Spannungen kontrolliert abzubauen, ist auch für Kinder besonders bedeutsam, die Aggressionen nicht nach außen, sondern gegen sich selbst richten, in der Fachwelt bekannt als:

Autoaggressives oder selbstverletzendes Verhalten

Dies ist häufig bei Kindern zu beobachten, die aggressionsgehemmt sind, unter psychischer und / oder physischer Gewalt, starkem inneren oder äußeren Druck oder Konflikten leiden.
Als weitere Ursachen können aber auch alle Faktoren gelten, die weiter oben im Zusammenhang mit nach außen gerichteter Aggression genannt sind, je nachdem, wie stark diese Faktoren inneren und äußeren Druck auf die Kinder und Jugendlichen ausüben und sie „gewöhnt“ sind, Affekte und Impulse grundsätzlich zu unterdrücken.
Mögliche Symptome reichen von exzessivem Nägelbeißen und Aufkratzen über Kopf- und Faustschlagen bis hin zu Haare ausreißen und „Ritzen“ (besser gesagt tiefes „Schneiden“) oder Suizidversuchen.
Je stärker und lang andauernder die Symptome auftreten, desto mehr benötigen die Betroffenen, meistens auch deren Eltern, fachkundige Hilfe, da sie sich in aller Regel in großer Not befinden.
Mit fachlicher Unterstützung können Ursachen möglicherweise geklärt und bearbeitet werden: Eltern können sich Verständnis und geeigneten Umgang mit der Situation erarbeiten.
Kinder und Jugendliche können sich über therapeutische Maßnahmen stabilisieren und lernen, besser mit ihrem Alltag, Spannungen und Problembewältigungen umzugehen.
Dies kann in Form von Elternberatungen, Einzel- und oder Gruppentherapien mit deren Kindern und / oder Familientherapien geschehen.

Fallbeispiel 1

Leonies Mutter macht sich ernste Gedanken wegen des Verhaltens ihrer Tochter: Seit einigen Monaten wirkt die neunjährige Leonie verändert. Sie isst weniger, ist fast jeden Tag müde, obwohl sie früh zu Bett geht, und lässt sich im Gegensatz zu früher nur ungern auf Spiele oder andere gemeinsame Aktivitäten ein. Vor kurzem hat sie sogar ihre einzige „richtig gute“ Freundin Madeleine abgewiesen, die sie zum Spielen abholen wollte – mit der lapidaren Äußerung: „Keine Lust! Außerdem muss ich noch was für die Schule machen.“ Dies findet die Mutter besonders auffällig, weil Leonie sich sonst immer freut, wenn sie mit Madeleine zusammen sein kann – zumal sie keine Geschwister hat, was sie stets bedauerte.
Selbst Leonies verschmitztes Lächeln ist kaum noch zu beobachten, und beim gemeinsamen Abendessen spricht sie nicht von sich aus, gibt nur einsilbige Antworten und möchte möglichst schnell wieder in ihr Zimmer.
Immer wenn ihre Mutter sie darauf anspricht und fragt, ob sie Probleme in der Schule (Leonie ist in der 4. Klasse) oder mit Freundinnen oder vielleicht körperliche Beschwerden habe, antwortet Leonie ausweichend und zieht sich in ihr Zimmer zurück. Dort liegt sie meist im Bett, mit Kopfhörern im Ohr, hört Musik und liest. Manchmal hört die Mutter sie im Schlaf stöhnen oder leise weinen. Leonie kann sich daran am nächsten Tag nicht erinnern – auch nicht, ob sie schlecht geträumt habe, wenn die Mutter sie danach fragt.
Als die Mutter mit Leonies Vater über ihre Besorgnis spricht, versucht er, ihre Bedenken abzutun. Leonie sei nun mal schon immer ein ruhiges, stilles Kind gewesen. Vielleicht komme sie ja auch schon in die Vorpubertät. Er sehe da keinen Handlungsbedarf. Dies beruhigt die Mutter keineswegs; sie ist enttäuscht über das aus ihrer Sicht mangelnde Interesse des Vaters an Leonies Entwicklung.
Schließlich lässt sich die Mutter einen Termin bei Leonies Klassenlehrerin geben, auch wegen der weiteren Schullaufbahn Leonies. Für die Eltern war an sich „von Anfang an“ klar, dass Leonie einmal das Abitur machen und einen akademischen Abschluss anstreben würde. Sie hatte bisher auch keine Schulschwierigkeiten, sie ist eine recht gute Schülerin, willig und fleißig – wobei ihre Mutter bisher auch jeden Tag viel mit ihr übte. Ab und zu wies die Mutter schon mal auf die „großartigen“ Leistungen von Leonies gleichaltriger Cousine hin, um Leonie anzuspornen. Die Cousine brachte meistens „1er“ heim, während es bei Leonie in der Regel „nur“ zu „2ern“ reichte, trotz intensiven abendlichen Übens (tagsüber ist dazu wenig Zeit, da beide Eltern berufstätig sind). Nachmittags wird Leonie von der Großmutter betreut, im Wechsel mit einer Tante, die beide auch mit Leonie üben, aber vieles anders erklären und bearbeiten als die Lehrkraft.
Diese meint im Gespräch, Leonie sei schon recht ruhig im Unterricht, aber sie sei ja noch nie eine laute, lebhafte Schülerin gewesen. Ihr selbst seien ruhige Kinder viel lieber als die frechen, vorlauten, die nie still halten könnten. Bei einigem Nachdenken müsse sie jedoch sagen, dass Leonie seit längerem wie abwesend in der Klasse sitze, schläfrig und desinteressiert wirke und auch ihre Leistungen nachgelassen hätten. Doch das sei harmlos im Vergleich mit anderen Schülern, die viel größere Probleme hätten. In der Pause stehe Leonie meist alleine herum oder ziehe sich in eine Ecke zurück – aber sie wolle vielleicht einfach nur ihre Ruhe. Das gebe sich alles wieder. Den Übertritt auf das Gymnasium könne sie schaffen, allerdings müsse sie sich in ihrer Leistungsbereitschaft steigern, um den höheren Anforderungen gerecht zu werden.
Der Vater fühlt sich, als die Mutter vom Gespräch mit der Lehrerin berichtet, in seiner Einschätzung bestätigt, dass die Mutter sich zu viele Gedanken mache. Doch solle „man“ wohl noch mehr Augenmerk auf Leonies Lernverhalten und ihre Leistungsergebnisse legen, damit sie das Gymnasium auch schaffe und das nicht auf die leichte Schulter nehme. Die Mutter beruhigt dies nicht, sie hat kein gutes Gefühl. So spricht sie nun auch mit dem Religionslehrer und der Kinderchorleiterin über ihre Bedenken.
Der Religionslehrer sieht Leonies Verhalten ähnlich wie die Klassenlehrerin. Leonie sei schon sehr ruhig, aber sie störe wenigstens nicht wie so manche anderen Kinder. Bei Gemeinschaftsaktivitäten ziehe sie sich eher zurück – da sei sie aber selbst schuld, wenn sie nicht besser integriert sei. Sie müsse eben auch mal auf andere zugehen. Außerdem könne sie sich im Religionsunterricht ruhig öfter melden und interessierter dabei sein.
Die Kinderchorleiterin teilt weitgehend die Bedenken der Mutter. In den Chorproben falle ihr auf, dass Leonie eher teilnahmslos wirke und trotz ihrer guten Stimme sehr leise singe, kaum mit den anderen Kindern rede und einen seltsam ausdruckslosen Gesichtsausdruck habe. Sie lasse es auch widerspruchslos geschehen, wenn andere Kinder sie ärgerten. Vor einem Jahr sei das noch anders gewesen. Da habe Leonie trotz ihres stillen Wesens fröhlich, aktiver und ausgeglichen gewirkt. Es sei gut, dass die Mutter sich gemeldet habe.
Als die Mutter diese Einschätzungen mit dem Vater bespricht, meint er, sie und die Kinderchorleiterin hörten halt „das Gras wachsen“. Es sei normal, dass Kinder mal eine schlechtere Phase hätten, das werde schon wieder. Es könne nicht jeder ein „Alleinunterhalter“ sein. Da hätten andere Eltern ganz andere Schwierigkeiten mit ihren Kindern als dieses von der Mutter herbeigeredete „Luxusproblem“.

Aufgaben und Impulse zu Fallbeispiel 1

1. Wie ist Leonies Verhalten einzuordnen? Worin sehen Sie den Grund für die Besorgnis der Mutter?
2. Welche Ursachen und Hintergründe könnten mit Leonies Verhalten in Zusammenhang stehen?
3. Was könnten die Eltern gegebenenfalls unternehmen?
4. Wie könnten Lehrkräfte und Kinderchorleiterin unterstützend tätig werden?

Fallbeispiel 2

Bis vor kurzem galt der 15-jährige Markus als ruhiger, freundlicher Junge, der nicht unbedingt im Mittelpunkt stehen will, aber auch keine Probleme hat, in Konzerten oder im Gottesdienst im Instrumentalkreis zu spielen oder im Tischtennisverein in der Liga um Punkte zu kämpfen. Inzwischen wirkt er wie ein anderer Mensch. Wenn er überhaupt noch Tischtennis spielt, tobt er entweder bei eigenen Fehlern oder schleicht wie in Zeitlupe herum. Meistens ignoriert er Einladungen zu Tischtennismatches oder Proben der Instrumentalgruppe. Wenn seine Eltern ihn ermutigen, daran teilzunehmen, geht er wortlos aus dem Zimmer, zieht desinteressiert die Schultern hoch oder schnauzt sie an, sie sollten ihn in Ruhe lassen.
Morgens kommt er kaum aus dem Bett – er, der als Frühaufsteher immer seinen länger schlafenden elfjährigen Bruder Robert neckte. Tagsüber wirkt Markus nun oft müde und abwesend. Häufig ist er in einer Ecke sitzend zu beobachten, ohne etwas zu lesen oder Musik zu hören, die Stirn in Falten. Von Robert wirkt er nur noch genervt, lehnt gemeinsame Aktivitäten mit ihm ab, schreit ihn an, er solle verschwinden, oder ignoriert ihn völlig.
Markus' Schulleistungen haben sich massiv verschlechtert. Er erzählt nichts mehr von seinem Schul- oder Freizeitalltag, weicht Fragen aus oder fordert lautstark seine Ruhe. So gut es geht, vermeidet er gemeinsame Mahlzeiten, er wirkt appetitlos und antriebsarm. Auch hat er stark abgenommen. Seine Mutter stellt fest, dass er häufig nach Alkohol riecht, wenn er aus seinem Zimmer oder auch von der Schule kommt. Hinweise darauf tut er unwirsch ab.
Als der Vater, auch auf Drängen der Mutter, mit ihm über sein Verhalten und seine Stimmung reden möchte, sagt Markus erst gar nichts. Dann meint er, was das Ganze denn solle, das habe doch eh' alles keinen Sinn. Außerdem solle der Vater nicht so tun, als ob er sich wirklich für ihn interessiere. Er habe doch nur seinen Job und sein Priesteramt im Kopf, nebenbei solle die Familie gefälligst gut funktionieren. Wie es ihm, Markus, gehe, interessiere doch keinen, weder in der Familie noch in der Kirche noch sonst jemand. Alles sei reines Geheuchle.
Die Eltern vereinbaren einen Termin mit Markus' Klassenlehrer. Dieser hält den Leistungsabfall von Markus für bedenklich, er habe wohl zurzeit andere Dinge im Kopf. Am Unterricht beteilige er sich so gut wie gar nicht, aber er störe auch nicht. Die Lehrkräfte hätten genug mit lärmenden, provozierenden Schülern zu tun, da könnten sie sich nicht auch noch um jeden ruhigen Schüler kümmern, der offensichtlich demotiviert sei. Markus sei alt genug, um zu wissen, was er für gute Schulleistungen tun müsse.
Verärgert über das Desinteresse des Lehrers, beschließen die Eltern, mit dem Jugendleiter zu reden, zu dem Markus immer einen guten Kontakt hatte.
Der Jugendleiter möchte bei einem Gespräch über Markus diesen dabei haben. Überraschend erklärt sich Markus – wenn auch widerwillig – zu einem gemeinsamen Gespräch bereit. Auf Nachfragen der Eltern meint der Jugendleiter, Markus habe sich tatsächlich etwas verändert, aber das sei in der Pubertät ja normal. Und es stimme schon, dass er sich seit einiger Zeit kaum mehr an Aktivitäten beteilige, auch sei er nicht mehr regelmäßig bei den Jugendabenden und Jugendgottesdiensten dabei. Markus bestätigt dies mürrisch mit den Worten: „Das bringt doch alles nichts. Bloß weil du als Amtsträger" – er meint den Vater – „einen Vorzeigesohn haben willst, geh' ich da nicht hin. Kannst du total vergessen!" Die Eltern sind betroffen. Der Jugendleiter versucht, die Situation zu entspannen, und erklärt, viele erlebten in der Pubertät solche Phasen. Auf die Bedenken der Eltern bezüglich Markus' Alkoholkonsums meint der Jugendleiter, dass ab und zu mal ein Gläschen Bier nicht so dramatisch sei, da gebe es Schlimmeres. Daraufhin schreit Markus: „Eben!!"
Als die keineswegs beruhigten Eltern nun den Vorsteher ansprechen, hört sich dieser ihre Sorgen an und zeigt Verständnis für sie. Vermutlich habe der Jugendleiter versucht, die Situation zwischen den Eltern und Markus zu entspannen, um nicht „noch mehr Öl ins Feuer zu gießen". Allerdings seien damit die Probleme damit nicht gelöst; Pubertät hin oder her, das geschilderte Verhalten von Markus gebe schon Anlass zu Sorge. Hier seien Fachkräfte gefragt, die sich mit solchen Problemen beschäftigten, gibt der Vorsteher zu verstehen; er sehe sich nicht in der Lage, ausreichend weiterhelfen zu können. Er nennt den Eltern die Adresse der zuständigen Jugend- und Familienberatungsstelle mit der Information, dass dort strenge Schweigepflicht herrsche und die Beratungsangebote kostenfrei zur Verfügung stünden. Falls Markus nicht dorthin gehen wolle, könnten sich dort erst mal die Eltern Rat holen, wie sie am besten mit der Situation umgehen könnten. Weiterhin bietet der Vorsteher an, mit den Eltern in Kontakt zu bleiben bezüglich der weiteren Entwicklung von Markus und der Betreuung durch die Beratungsstelle.

Die Eltern sind zwar dankbar, dass sie bei ihrem Vorsteher Verständnis gefunden und einen Hinweis für das weitere Vorgehen erhalten haben. Aber sie sind auch bedrückt und haben Schwierigkeiten damit, sich externen Fachkräften anzuvertrauen. Der Vater meint: „Ich hätte nie gedacht, dass wir ‚da' mal hin müssten. Ist es wirklich so schlimm um Markus bestellt? Was haben wir alles falsch gemacht?" Da fühlt sich die Mutter angegriffen, da sie den Hauptteil der Kindererziehung leistet: „Klar ist's schlimm mit Markus! Kein Wunder, wenn der Vater nie zu Hause ist und alles andere wichtiger ist als die Familie! Wo bleibt jetzt Gottes Segen und Hilfe?! Und das bei deinem Einsatz für die Kirche!" – Beide Eltern sind zutiefst verletzt und schweigen für den Rest des Tages.

Aufgaben und Impulse zu Fallbeispiel 2

1. Wie ist die Stimmungslage von Markus einzuschätzen? Ist die Besorgnis der Eltern und des Vorstehers berechtigt – oder eher die Einschätzung des Lehrers und des Jugendleiters?
2. Was könnte sich hinter Markus' Veränderungen und Verhalten verbergen? Was könnte ihm helfen?
3. Was ist von den gegenseitigen Vorwürfen der Eltern zu halten?
4. Wie könnten die Eltern sinnvoll mit der Situation umgehen, auch bezüglich der Inanspruchnahme einer Beratungsstelle?
5. Wie könnten die angesprochenen Amtsträger Markus und seinen Eltern eine Hilfe sein?

Zusammenfassung für uns

Auffällig depressives Verhalten von Kindern und Jugendlichen ist ein Signal für innere Hilflosigkeit, extreme Ängste und ein Gefühl der Ausweglosigkeit. Betroffene Kinder oder Jugendliche sind häufig nicht in der Lage, sich selbst aus ihrem inneren „Gefängnis" zu befreien.
Hier sind verständnisvolle, einfühlsame Erwachsene in ihrer Umgebung gefordert, die unnötige Belastungsfaktoren reduzieren und den Aufbau / die Stärkung der inneren, psychischen Widerstandskräfte, einer altersentsprechenden Selbstbestimmtheit (Autonomie) sowie eines gesunden Selbstwertgefühls unterstützen. Depressive Minderjährige brauchen zudem in besonderer Weise Vorbilder, die Verlässlichkeit, Transparenz in Wort und Tat sowie eine adäquate Bewältigung von Frustrationen vorleben.

© pololia – fotolia.com

Literatur:
1. Rolf Oerter, Leo Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, Beltz-Verlag 2002, 5. Auflage
2. Dorsch: Psychologisches Wörterbuch, Hans-Huber-Verlag 2004, 14. Auflage
3. Renate Crasemann: Power-Point-Präsentation, Vortrag „Depression im Kindes- und Jugendalter" am 31.08.2008 in Memmingen
4. Webseite: www.buendnis-depression.de (Stand 09/2012)
5. Helmut Remschmidt, Martin Schmidt (Hrsg.): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO
6. Elternbrief NAK Süddeutschland Nr. 12 und Nr. 15

Hinweis an die Amtsträger: Im Online-Portal NAKintern ist der von der NAKI herausgegebene „Leitfaden zur Seelsorge bei psychisch erkrankten Glaubensgeschwistern" bereit gestellt.

„Er [Elia am Horeb] aber ging hin in die Wüste eine Tagereise weit und kam und setzte sich unter einen Wacholder und wünschte sich zu sterben und sprach: Es ist genug, so nimm nun, Herr, meine Seele; ich bin nicht besser als meine Väter." (1. Könige 19,4)

Unser nächstes Thema:

- Welches Gottesbild vermitteln wir in unserer Erziehung?

Herausgeber:
Neuapostolische Kirche Süddeutschland, K.d.ö.R.
Michael Ehrich
Heinestraße 29, 70597 Stuttgart

Impressum
Im Blickpunkt: Erziehung
Ein Brief der Neuapostolischen Kirche Süddeutschland für Erziehende, Lehrkräfte und Amtsträger (Nr. 17)
„Wenn Kinder und Jugendliche auffällig werden – Gedanken zu Depression und Resignation"

© 2016 Nachdruck, auch auszugsweise, ist nicht gestattet.
Fotos: Fotolia

Neuapostolische Kirche
Süddeutschland