

Tiefpunkte. Ein Film über die Selbstwahrnehmung junger Menschen mit Depressionen

© Medienprojekt Wuppertal 2010

Experteninterview mit Dr. med. Khalid Murafi

Facharzt für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Inhalt

Was ist überhaupt eine Depression?	1
Ist es möglich, verschiedene Arten von Depressionen zu benennen?	3
Was ist eine bipolare Störung?	5
Wie verbreitet sind depressive Störungen?	6
Welche weiteren Störungsbilder treten bei Depressionen gehäuft auf?	7
Wie können Angehörige Anzeichen einer depressiven Störung erkennen?	9
Wie gefährlich sind Depressionen?	11
Wie verhalte ich mich richtig, wenn ich befürchte, ein Kind oder Jugendlicher ist suizidal?	12
Was macht junge Menschen seelisch krank?	14
Welche Bedeutung hat dabei der Faktor Familie?	16
Wie können junge Betroffene selbst Hilfe finden?	18
Welche therapeutischen Ansätze helfen bei Depressionen?	18
Wie kann man Kinder und Jugendliche vor depressiven Störungen schützen?	22

Was ist überhaupt eine Depression?

Grundsätzlich kann man sagen, dass eine Depression ein Zusammenkommen von verschiedenen Symptomen ist und im Grunde sehr unterschiedlich aussehen kann. Es gibt aber einige Kriterien, die ähnlich sind, wenn man von Depressionen spricht. Man merkt, irgendwas ist unterdrückt, etwas ist vermindert, etwas ist reduziert, das ist so der eine Teil von Depressionen, das kann sein die eigene Vitalität, Lust, Antrieb und Freude etwas zu machen. Es kann sein, dass es schwer fällt, Ideen zu haben, auch der Gedankengang kann reduziert sein, das heißt, man denkt langsamer, man verliert leichter den Faden, man kann sich schlechter konzentrieren. Man hat weniger Appetit, hat vermindertes Interesse an Sexualität und ist auch nicht mehr so aufnahmefähig. Die Dinge um einen herum erscheinen einem entweder nichtssagend oder leer. Man kann nur schwer erfreut oder ein abgelenkt werden.

Und neben diesem Verminderungsteil – wobei ich jetzt vor allem Dinge benannt habe, die Betroffene selbst beschreiben würden – gibt es auch einen Verminderungsteil, den vor allem das Gegenüber wahrnimmt. Die Mimik ist reduziert, die Sprachmelodie kann reduziert sein, also leise oder weniger modulierbar im Ausdruck. Die Gestik ist reduziert, der Gang ist reduziert, also hängende Schultern, Kopf nach vorne, die Schultern ein bisschen nach vorne geschoben, langsamerer Gang, behäbigerer Gang, schwerer Gang. Der Ausdruck der Augen ist verändert, oft vor sich hinstarren, leerer Ausdruck, also auch da eine Verminderung.



Es gibt auf der anderen Seite Symptome, die mit einer Aktivierung einhergehen. Gerade im Kindes- und Jugendalter sehen wir das sehr häufig. Wir beobachten also eine Aktivierung, dass zum Beispiel eine erhöhte Gereiztheit da ist. Eine Fliege an der Wand macht mich schon gereizt. Ich werde sauer, ich werde aggressiv, ich werde impulsiv. Ich kann schlecht schlafen, ich muss grübeln, ich mache mir viele negative Gedanken. Ich fühle mich innerlich unruhig, ich fühle mich angespannt. Mir drängen sich Gedanken auf, dass ich nicht mehr leben möchte, dass ich lebensmüde bin. Alles wird negativ beurteilt. Ich beziehe viele Dinge, die eigentlich gar nicht so viel mit mir zu tun haben, auf mich, im negativen Sinne aber. Die gucken mich an, die denken schlecht über mich, die reden über mich.

Neben dieser Grübelneigung kann ich teilweise auch so ein unbestimmtes Aktivierungsgefühl haben, weiß aber gar nicht wohin damit. Das kann auch mit einer motorischen Unruhe einhergehen, also dann ganz das Gegenteil von dem, was ich vorhin dargestellt habe. Also Beinwackeln, allgemeine motorische Unruhe, man kann nicht still sitzen bleiben, man muss rumlaufen, man kommt überhaupt nicht zur Ruhe. Man kann sich auf nichts konzentrieren, man kann sich auf nichts einlassen, muss ständig etwas Neues anfangen, kann nichts zu Ende bringen. Wenn man genau hinguckt, dann ist es so ähnlich wie bei den Verminderungssymptomen: Man hat keine gerichtete Funktionalität mehr, das heißt, die gerichtete Funktionalität ist reduziert.

In den meisten Fällen gibt es Mischbilder dieser beiden Aspekten. Das eine ist eine Depression, in der bin ich starr und still und kann mich nicht nach vorne bewegen. Und das andere kann eine Depression sein, in der bin ich ganz aktiviert aber ich bin so auf der Stelle schwingend, rauf und runter und links und rechts. Aber ich kann eben auch keine Fahrt aufnehmen, keine Richtung für diese Überaktivierung ausgestalten. Und damit komme ich nirgendwo hin und bleibe da, wo ich bin, gehe nicht in die Schule, kann nicht zur Arbeit, kann nicht zu Freunden, kann keine Dinge, die mir wichtig sind, pflegen und voranbringen.

Häufig kommen noch – und das wird oft übersehen und ist oft auch die Erstsymptomatik – körperliche Beschwerden dazu. Es gibt einen ganz starken Zusammenhang zwischen einer depressiven Erkrankung und bestimmten Körperfunktionen. Das kann im hormonellen Bereich sein, zum Beispiel wenn Schilddrüsenhormone nicht ausreichend produziert werden, kann es zu einer Depression kommen. Wenn die Sexualhormone nicht ausreichend produziert werden – zum Beispiel beim Mann das Testosteron – kann es zu einer Depression kommen. Solche Dinge spielen eine Rolle.

Aber umgekehrt hat auch eine Depression Wirkung auf diese Körpersysteme. Das heißt also, ich habe scheinbar nur psychische Symptome, aber auch zum Beispiel Appetitverlust, was ein sehr wichtiges Symptom ist. Angedeutet habe ich schon den Verlust, sexuell aktiv zu sein. Aber auch Schmerzsymptome, im Besonderen Muskelschmerzen an den Armen, an den Schultern, an den Beinen. Die Muskeln, die Körperteile scheinen mir schwer, kaum zu bewegen, Rückenschmerzen, Nackenschmerzen, Kopfschmerzen, aber auch Herzbeschwerden, Atembeschwerden, Herzstolpern, Herzrasen, Herzaussetzer. Ich bin dann als Patient sehr sensibilisiert für meine Körperfunktionen. Das Atmen fällt mir schwer, ich habe auch Druckgefühle im Brustkorb, im Hals, im Bauch, Bauchbeschwerden, im Besonderen auch gynäkologische Beschwerden bei den betroffenen jungen Frauen, das kann eine Rolle spielen.



Das heißt also auch, hier ist ganz leicht die Möglichkeit, eine depressive Entwicklung gerade im Kindes- und Jugendalter zu übersehen, weil man abweichend vom Klischee eben nicht ein Kind da sitzen hat, das keine Mimik hat, auf der Bettkante sitzt und sagt, ich will nicht mehr leben, sondern ein Kind, das gereizt ist, das aggressiv ist, das mit sich überhaupt nichts mehr anzufangen weiß, keinen klaren Gedanken mehr fassen kann, Schulversagen zeigt und nebenbei noch „Körpersymptome“ hat, also eine Schmerzsymptomatik, zum Beispiel Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen, und dann nicht zur Schule geht, und sich dann eben auch nicht mit Freunden trifft, und sich eben nicht zu Hause dann irgendwie gut selbst zu beschäftigen weiß, sondern irgendwie versucht, zur Ruhe zu kommen, sich zurückzieht, aber fast die Wände hochgeht.

Ist es möglich, verschiedene Arten von Depressionen zu benennen?

Ja, das ist möglich, ist aber schwierig, weil die Depression im Grunde so was wie eine gemeinsame Endstrecke ist, die ganz unterschiedliche Ursachen haben kann.

Im Grunde kann man heute davon ausgehen, dass das einfachste Modell das biologische Modell ist. Wenn man aber die biologischen Ursachen als Grundlage für eine Depression betrachtet, stellt sich heraus, dass es mehrere gibt. Also nicht nur das, was ganz schnell zitiert wird, das Genetische, also eine genetische Veranlagung, dass es Angehörige gibt, die auch depressive Erkrankungen schon hatten. Wir stellen fest, dass da übrigens auch weiter zu gucken ist. Also man muss zum Beispiel, wenn man ein Kind oder einen Jugendlichen kennen lernt und rausfinden möchte, ob eine genetische Belastung da ist, auch andere Erkrankungen in der Familie abfragen. Also zum Beispiel Angsterkrankungen, Zwangserkrankungen, ganz wichtig nachzufragen sind auch Schizophrenien, also wahnhaftige Erkrankungen, weil all diese psychiatrischen Erkrankungen in der Endstrecke ebenfalls eine Depression bewirken können. Das heißt also zum Beispiel: Angst, Zwang und depressive Erkrankungen haben den gleichen Stoffwechsel, der betroffen ist, also den vom Serotonin abhängigen Stoffwechsel. Oder auch die Schizophrenien, die eher mit dem Dopamin, einem anderen Botenstoff im Gehirn zusammenhängen, können depressive Störungen hervorrufen. Das heißt also, einen Eindruck davon zu bekommen, ob in einer Familie solche Erkrankungen vorliegen, ist sehr wichtig und kann ein wichtiger Bedingungsfaktor sein.

Wir wissen heute, dass die Erblichkeit bezogen auf die psychiatrischen Erkrankungen doch sehr hoch ist. Bei einem erstgradigen Angehörigen, also einem Elternteil zum Beispiel, liegt die Wahrscheinlichkeit allein durch diese genetische Mitbedingung bei 15% Risiko für das betroffene Kind. Und das geht weit bis zu 75% Risiko zum Beispiel bei zwei Elternteilen, die eine solche Erkrankung haben. Insofern ist das mit Sicherheit ein wichtiger Faktor, der eine Rolle spielt und auch gut erkannt ist, und eben mit dem biologischen Hintergrund, den Stoffwechselproblemen in den Gehirnfunktionen, die hinter der Depression stehen, zu tun hat.

Biologisch ist aber auch zum Beispiel der Einfluss von Drogenkonsum. Und hier kann Cannabis im Besonderen eine große Rolle spielen, was dann später zu Depressionen führt. Aber auch andere aktivierende Substanzen, also Amphetamine, Kokain oder auch Opiate oder Halluzinogene, also Pilze zum Beispiel, Pilzgifte wie Meskalin. Halluzinogene Stoffe können auch eine affektive Erkrankung, also zum Beispiel eine Depression, aber auch das Gegenteil von Depressionen, also Manien hervorrufen.



Man kann auch davon ausgehen, dass Traumata, also chronische Traumatisierungen, das ständige Hervorrufen von Angstzuständen, das ständige Hervorrufen von Anspannungszuständen, von Wachsamkeitszuständen im Gehirnstoffwechsel zu einem solchen Stress führt, dass ständig eine übermäßige Ausschüttung von aktivierenden Botenstoffen stattfindet. Heute wissen wir, dass das sehr mit dem sogenannten Kortisonsystem im Körper, das auch viele Körperfunktionen mitreguliert, zu tun hat. Wenn der Spiegel dieser aktivierenden Stressstoffe die ganze Zeit sehr hoch ist, kann das auch einen Einfluss haben. Wenn sich das auf das sich entwickelnde Gehirn des Kindes auswirkt, dann kann das zu einer Depression führen.

Insofern könnte ich jetzt sagen, es gibt lebensgeschichtlich bedingte Faktoren, nämlich Traumata, die zu Depressionen führen können. Aber im Grunde hat das ein ganz intensives biologisches Korrelat. Natürlich muss ein Kind oder ein Jugendlicher befragt werden nach lebensgeschichtlichen Faktoren, um daraus ableiten zu können, dass eben ein solcher Lebensfaktor mit einer Rolle spielt. Aber ich weiß um das biologische Korrelat an dieser Stelle.

Es gibt noch andere Dinge, die lebensgeschichtlich bedingt sind, die sind aber nicht vergleichbar mit chronischem Stress. Gemeint sind Faktoren, die etwas mit Konflikten zu tun haben, und zwar Konflikte, bei denen es im Besonderen darum geht, die eigene Vitalität, den eigenen Willen, die eigene Aggressivität – also mir etwas holen, etwas nehmen, etwas durchsetzen – zu regulieren, so dass ich die Brücke hinkriege zwischen dem Weg in mein eigenes Leben und gleichzeitig den Geboten oder den vermeintlichen Geboten zum Beispiel meiner Eltern.

Das heißt, ich will auf der einen Seite keinen verschrecken mit meiner eigenen Vitalität, meine Eltern nicht verunsichern, meine Eltern nicht enttäuschen. Gleichzeitig habe ich aber zum Beispiel Wut und Ärger im Rahmen der Ablösungskonflikte oder ich habe Enttäuschungen in mir, kann die aber nicht benennen, will meine Eltern damit nicht belasten. Ich habe das Gefühl, ich will eigentlich aus dem Elternhaus heraus, ich will mein eigenes Leben leben, gebe mir aber dafür noch nicht die Erlaubnis, weil ich dann die Sorge habe, dass meine Eltern darunter leiden könnten, dass sie das nicht aushalten, mich als Kind zu verlieren. Und dann kommt es sozusagen konfliktbedingt zu einer Repression meiner eigenen Vitalität, meines Dranges mich weiterzuentwickeln, meines Dranges mich ins Leben zu bringen und auch aggressiv mich durchzusetzen. Und das kann sich dann eben auch von einer Repression in eine Depression entwickeln.

Wenn man sich dann bei diesen Patienten mit deren Idee von Suizidalität beschäftigt, geht es nicht um die Idee, nicht mehr leben zu wollen, weil mein Leben so schlecht war. Vielmehr steht dahinter der Gedanke, ich darf eigentlich mein Leben, jetzt wo ich es beginnen könnte, gar nicht erst beginnen, weil ich bisher ja auch nicht mein eigenes Leben gelebt habe, sondern versucht habe, auch für andere eine Funktion, eine Rolle zu erfüllen. Das heißt, es geht nicht darum, ich töte mich jetzt und beende damit mein Leben, sondern ich töte mich, bevor ich mein Leben leben kann und weil ich mir das nicht erlaube, weil ich mir das nicht zutraue, weil ich Angst habe, dann Angriffen, Ablehnungen und Abwertungen ausgesetzt zu sein. Und in diesem Zusammenhang entsteht eine ganz andere, von außen betrachtet ähnlich aussehende Form von Depression.

Interessant ist, dass dieser Ablösungsprozess auch wieder interagiert mit einem ganz wichtigen biologischen Aspekt, nämlich dem der zeitlich bedingten „Hirnauflösung“ bei Jugendlichen. Die Pubertät hat ja mit vielen Veränderungen zu tun, körperlich, hormonell etc. Aber eben auch im Gehirn gibt es eine Veränderung, die sehr interessant ist. In Abhängigkeit von der Begabung



kommt es zu einer Teilauflösung der Nervenzellverbindungen im Gehirn. Unser Gehirn ist von Anfang an mit einer bestimmten Anzahl von Nervenzellen ausgestattet und das Wachstum des Gehirns und das Wachstum unserer Reife und unseres Wissens unsere Erfahrung, unsere Persönlichkeit ist nur noch Vernetzung miteinander. Wenn man dann kein Kind mehr sein muss, sondern jemand Neues wird für sich selbst, also die Persönlichkeit, die man dann werden soll, dann lösen sich bei durchschnittlich begabten Menschen bis zu 30% dieser Zellverbindungen wieder auf, um sich neu orientieren zu können. Und das ist ja auch ganz wichtig am Übergang, um neu lernen und jemand Neues werden zu können.

Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung sehen wir, dass dieser Prozess kaum stattfindet. Bei überdurchschnittlich begabten Kindern und Jugendlichen läuft dieser Prozess in einem Übermaß ab, und zwar bis zu 50%! Das erklärt deren erhöhte Irritabilität und auch die Empfänglichkeit zum Beispiel für depressive Störungen genau in dieser Phase, weil eine gewisse Stabilität verloren geht, Unsicherheit entsteht und das nicht immer nur zum Vorteil genutzt werden kann. Man kann sich das vorstellen wie beim Fußball: Standbein und Spielbein, das Standbein wird destabilisiert oder mehr stabilisiert als üblicherweise. Und dann ist es schwierig, die Balance zu halten und eine Festigkeit zu erreichen. Man hat zwar den Vorteil, dass man flexibler in dieses neue Leben einsteigen kann. Aber wenn dann eine Depression kommt, ist sie oft schwerwiegend, etwas intensiver und geht auch mit vielen anderen „Themen“ einher in dieser Ablösungsphase. Also da gibt es einen biologischen Hintergrund, der auch diese Konfliktphase mit begleitet. Und bis sich das dann mal beruhigt, also so ab dem zwanzigsten Lebensjahr aufwärts, können viele Krisen entstehen.

Insofern gibt es vor diesem Hintergrund dieser ganz unterschiedlichen Möglichkeiten, in der „Endstrecke Depression“ symptomatisch zu landen, ein sehr weites Feld und es ist ganz wichtig, auch für die Behandlung und den Einsatz der unterschiedlichen Behandlungsoptionen, dass man genau auch diese Komplexität vor Augen hat. Das ist auch für die Patienten selbst wichtig, um selbst einschätzen zu können, welcher Teil von mir, welcher Bedingungsteil wirkt jetzt gerade wirkt. Ist es ein lebensgeschichtlicher Teil, ist es eher mein biologischer Teil? Geht es darum, dass Winter ist und ich einen Lichtmangel habe und darunter leide, also eine sehr saisonal bedingte Depression habe? Bin ich gekränkt worden, führt das zu einer Depression? Habe ich Ängste, führt das zu einer Depression? Habe ich Leistungsversagensängste, führt das zu einer Depression?

Das alles im Blick zu haben ist nicht einfach. Aber wenn man versucht, das auch dem Patienten näher zu bringen, dann ist ihre Einschätzungsmöglichkeit und auch Reaktionsmöglichkeit deutlich erweitert und ihre Selbststabilisierungsmechanismen werden damit auch unterstützt. Insofern ist das ein großes Feld mit ganz unterschiedlichen Bedingungsfaktoren.

Was ist eine bipolare Störung?

Wenn eine biologische Bedingtheit der Depression vorliegt, haben wir grade auch im Jugendalter gar nicht so selten eine allgemeine Beeinträchtigung der Affektregulation. Wenn der Bereich im Gehirn, der dafür zuständig ist, in Abhängigkeit von den Erlebnissen Affekte auszulösen und zu regulieren und nicht überschießen zu lassen – dass man auch sich selber beruhigen kann, dass



man seine Affekte für sich behalten kann, dass ich ein Gefühl auch vor dem anderen verbergen kann, in seiner Funktion beeinträchtigt ist, also „etwas instabil“ ist, kann diese Instabilität auch in beide Richtungen wirksam werden oder einen Effekt haben.

Das heißt, schon kleinste Anlässe, die vielleicht zu Trauer führen oder zu Niedergeschlagenheit oder Enttäuschung, nehmen einen ausweitenden Charakter an und können nicht gegenreguliert werden. Ich kann meine Stimmung nicht auf einem ausgeglichenen mittleren Niveau stabilisieren und rausche dann ganz stark in eine Depression ab, der ich dann völlig ohnmächtig und hilflos gegenüberstehe.

Auf der anderen Seite kann es aber auch sein, dass diese Affektregulationsproblematik sich in die andere Richtung entwickelt, also Euphorie, ausgeprägte, intensive Selbstüberzeugung, ganz starke Kreativität, sprunghaftes Denken, Gedankenrasen, kein Schlafbedürfnis mehr, Enthemmung, teilweise sexualisiert, Enthemmung im aggressiven Bereich, Enthemmung im Bereich Risikoabwägung, man erlaubt sich alles, man schämt sich nicht und ist sozusagen auch dann in die andere Richtung, was man dann Manie nennt, enthemmt. Auch hier funktioniert die Selbstregulation nicht. Ich kann mich nicht sozial adäquat verhalten, nicht, wie es meiner Persönlichkeit, meinen Erfahrungen und der Situation entspricht, sondern überschießend.

Ganz bedeutsam ist, dass diese Kombination bei Jugendlichen gar nicht so selten ist. Im Jugendalter und im Kindesalter sehen die manischen Störungen nicht so aus, wie im Erwachsenenalter – so mit „Himmel hoch jauchzend“ und auf der siebten Wolke und eigentlich für jeden erkennbar – sondern interessanterweise zeigt sich das manchmal nur durch einen Wechsel von Depression mit ausgeprägter Gereiztheit und Aggressivität. Da fehlt also der euphorische Teil. Man sieht aber, dass da trotzdem Stimmungsschwankungen vorhanden sind, die ohne äußere Auslöser offensichtlich durch die Jugendlichen, die davon betroffen sind, erlebt werden. Und erst später wird aus diesem aggressiv Gereizten etwas Euphorisches und noch später dann wirklich etwas Manisches. Insofern muss man das im Blick haben, um das im Besonderen bei Kindern und Jugendlichen zu sehen, die eine Depression haben, die diese aggressive Problematik haben und gleichzeitig Erstgradangehörige, die schon eine bipolare Störung haben oder mit Manien aufgefalle sind.

In der bipolaren Störung kann es im Jugendalter auch zu weiteren psychotischen Symptomen kommen, zu Sinnestäuschungen, vermehrtem negativem Selbstbezug, also fast Paranoia, und auch zu Ängsten. Man sieht aber, dass sich das in den meisten Fällen verliert. Ältere Erwachsene haben nach dem 25. Lebensjahr seltener psychotische Symptome. Wenn es so ist, dass die Sinnestäuschung und die Störungen des Ichs, dass man z.B. das Gefühl hat, dass Gedanken gelesen werden können, im Verlaufe der Altersentwicklung stärker in den Vordergrund kommen, gleichzeitig die Stimmungsschwankungen bleiben und man dann vielleicht sogar in der Familiengeschichte auch schizophrene erkrankte Vorfahren hat, dann spricht man von einer schizoaffektiven Psychose.

Im Jugendalter kann das mit psychotischen Symptomen einhergehen. Aber wenn es eine reine bipolare Erkrankung ist, verliert sich das meistens im Weiteren. Also muss man dann nicht so einen ganz großen Schrecken bekommen, wobei die Erkrankung selbst natürlich auch schon Leid genug erzeugt.



Wenn man auf der Autobahn 240 km/h fährt und man kommt in eine Baustelle und fährt 80, dann denkt man, man steht, obwohl man ja immer noch 80 fährt. Und diese Relativität des Erlebens spielt auch bei der bipolaren Störung eine große Rolle. Denn wenn sie sozusagen von ihrem Affekt her, von ihrem Gefühl her 240, 280, nein 300 km/h gefahren sind, also manisch waren, und dann kommt der Switch und das ganze kippt plötzlich in eine Depression und sie rauschen von ganz oben nach ganz unten runter, dann ist die Spanne, die Höhe des Falls extrem. Das große Problem ist, dass diese Patienten massiv gefährdet sind durch Suizidalität, weil sie nämlich noch den Antrieb aus der manischen Phase haben, also alles umzusetzen, was ihnen als Idee kommt. Und dann kippt die Stimmung, die Gedanken werden schwarz und negativ und suizidal und dann reicht dann meist noch der Antrieb aus, um sich dann auch etwas anzutun, so dass das Risiko für bipolare Patienten, tatsächlich sich zu suizidieren in solchen suizidalen Phasen, doch etwas erhöht ist im Verhältnis zu den „überwiegend depressiven“ Patienten.

Wie verbreitet sind depressive Störungen?

Man geht heute davon aus, dass in der Endstrecke, also auch vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Ursachen, um die 5 % depressive Erkrankungen entwickeln während der Phase Kind oder Jugendlicher und junger Erwachsener. Das ist im Verhältnis zu anderen psychiatrischen Erkrankungen, zum Beispiel der Schizophrenie (ca. 1 %), relativ hoch.

Welche weiteren Störungsbilder treten bei Depressionen gehäuft auf?

Das mit den Störungsbildern ist ein Problem, weil auch die Depression erst mal ein Symptomzusammenhang ist und man natürlich versucht, das mit einer Überschrift zusammenzufassen.

Aber der Begriff der Depression ist mit Sicherheit nicht so klar umfasst, wie der Begriff „bipolar“. Das ist eine relativ gut beschreibbare und isolierte Störung, bei der wir heute davon ausgehen, dass sie primär biologisch bedingt ist. Wenn man von anderen Störungsbildern spricht, sind es letztendlich auch Symptome, die in diesen Komplex der unterschiedlichen Ursachen mit hineinragen können. Zum Beispiel psychotische Störungen können eine Rolle spielen. Schizophrenien, die dazu führen, dass man auch wahnhaftige Symptome hat, Sinnestäuschungen hat, Denkstörungen hat, Gedankenabreißen, Gedankenrasen, aber auch Gedankeneingebungsgefühle und eben Ich-Störungen. Der andere kann meine Gedanken lesen, kann mich manipulieren, aber auch wahnhaftige Aspekte, dass ich paranoid werde, dass ich denke, alle haben sich gegen mich verschworen, dass ich das Gefühl habe, ständig beobachtet zu sein, auch in meinem geschützten Raum, bis hin zu Entfremdungsgefühlen, ich bin nicht in meinem richtigen Körper, ich bin nicht der, der ich bin, die Welt ist nicht die, wie sie mir erscheint.

Andere Störungen die auftreten, oder andere Symptomkomplexe, sind bei Mädchen, aber mittlerweile auch vermehrt bei den Jungen, die Essstörungen. Hier gibt es sowohl Essstörungen, die in ein



übermäßiges Essverhalten, also Essattacken mit deutlicher Gewichtszunahme, gehen. Das kennen wir ja aus dem Alltag – das Frustessen. Dann gibt es natürlich auch durch die Depression bedingt einen Antriebsmangel, was Bewegung betrifft, so dass Übergewichtigkeit schneller stattfinden kann. Manchmal ist im Rahmen einer Depression aber auch eine sogenannte binge eating disorder, also eine mit ausgeprägten impulsiven Essattacken einhergehende Störung vorhanden, die zu deutlichem Übergewicht führt. Sehr häufig sind Essattacken und Erbrechen kombiniert, also eine bulimische Erkrankung, die zusätzlich eine Rolle spielt.

Hier wird oft im Rahmen einer Depression dieser aggressive Teil kompensiert. Das heißt also vom Ablauf her, erst eine intensive Essattacke, da bin ich dann aggressiv, da nehme ich mir, was ich will, folge meiner Lust – gerade bei den konfliktbedingten Depressionen spielt das dann eine Rolle – mache das, wobei mich keiner kontrollieren kann, bin maßlos, wo ich mich die ganze Zeit im Rahmen der Depression übermäßig begrenze und abschneide. Darf es dann aber nicht bei mir halten, darf nicht daran wachsen, darf es mir nicht gönnen und mache was Schlimmes, also etwas, was zu Schuld- und Schamgefühlen führt, und erbreche es wieder. Und beides ist hoch aktiv, aggressiv und geht mit viel Energie einher. Das führt dann auch zur Erschöpfung, aber eben auch zur Beruhigung und letztendlich auch zur Ausbremsung meiner tatsächlich vorhandenen aggressiven Impulse. Da geht es dann nicht nur darum, dass ich meine aggressiven Impulse gegenüber den anderen Menschen, die mir bedeutsam sind, zum Beispiel [gegenüber] meinen Eltern, ausbremse und damit diese mit aggressiven Anteilen, die ich in mir spüre, zu Recht oder zu Unrecht konfrontiere, sondern es geht auch manchmal darum, zum Beispiel Suizidalität zu vermeiden, weil die Anspannung, die im Rahmen einer Depression in mir entstehen kann, oder auch eine innere Unruhe, also die aktivierenden Symptome einer Depression, damit gut reguliert werden können. Zumindest eine gewisse Zeit. Das große Problem ist gerade bei den bulimischen Störungen, dass diese eine Eigendynamik entwickeln und zu fast suchartigem Charakter führen können und dann, selbst wenn die Depression gut behandelt ist, zu einer eigenen Störung geworden sind, die dann noch einer Behandlung bedarf.

Von der Dynamik sehr ähnlich ist das selbstverletzende Verhalten, wobei das im Rahmen von depressiven Störungen noch ein komplexeres Feld ist. Wir nennen das oft auch parasuizidale Handlung, also nicht eine suizidale Handlung, sondern para, also daneben. Man kann sich das vorstellen wie ein Glas, das halb voll oder halb leer ist. Ich tendiere bei dem selbstverletzenden Verhalten eher dazu, ohne es bagatellisieren zu wollen, davon zu sprechen, dass das Glas halb voll ist. Denn für viele Patienten wäre vielleicht auch die Alternative, gerade wenn es depressive Patienten sind, die sich selbst verletzen, sich zu suizidieren. Und dann ist die Kontrolle über diesen Impuls und die Umlenkung dieses Impulses, um die suizidale Anspannung zu reduzieren in Richtung eines dann hoffentlich kontrollierten selbstverletzenden Verhaltens, eigentlich eine große Leistung. Um zu überleben, um weiter zu machen und um trotzdem auch zum Ausdruck zu bringen – das hat ja vor allen Dingen für die Umwelt auch einen aggressiven Aspekt – dass es eine Verletzung gibt, dass es eine Not gibt.

Wir sehen Abhängigkeitserkrankungen im Rahmen von nicht ausreichend erkannten und nicht behandelten depressiven Erkrankungen. Dort wird auf der einen Seite der Versuch gemacht, die überaktivierenden Anteile der Depression mit Cannabis zu beruhigen oder sich mit Alkohol zu entängstigen, alle Sorgen zu vergessen, sich selbst wieder frei zu machen von allem was die Depression an einbindenden aber auch überaktivierenden Dingen hat. Und dann gibt es oft einen Teufelskreis, der dann mit dem aktivierenden Drogenkonsum einhergeht. Das heißt also, man kann ent-



weder im Rahmen der Depression Dinge nicht tun, oder man kann durch den Drogenkonsum, also Cannabis oder Alkohol, Dinge nicht mehr tun. Zum Beispiel Sexualität, Schule, Freunde, Party. Und dann konsumiert man zusätzlich Amphetamine, Kokain usw., also aktivierende Substanzen. Deshalb muss man auch sehr genau hinschauen bei Patienten, die primär mit einer Suchtproblematik kommen oder mit einem Drogenkonsum im Jugendalter, ob sowohl in Folge als auch primär eine Depression, also eine affektive Erkrankung oder auch eine manische, also eine bipolare Erkrankung, dahinter steckt. Man muss die Grunderkrankung unbedingt behandeln, da man sonst natürlich auch beim Gegenüber wenig Engagement finden wird, mit der Suchtproblematik ein Ende zu finden. Das ist im Grunde oft eine Selbstmedikation der betroffenen Patienten.

Bezogen auf die konfliktbedingten Störungen sehen wir auf der einen Seite die sogenannten narzisstischen Störungen. Das sind ganz oft begabte Kinder, die in ihrer Kleinkindzeit oder Grundschulzeit eigentlich ganz gut erfolgreich sein konnten, wo dann aber eine große Diskrepanz zwischen dem Glauben an sich selbst und diesen Fähigkeiten entsteht. Auf der anderen Seite ist diese hohe Anspruchshaltung, der verminderte Selbstwert und das Gefühl, ich müsste jemand anderes sein als ich bin, damit ich von den anderen zu Recht geliebt werde. Das führt zu einer großen Spannung und kann sich dann auch depressiv äußern.

Wir sehen auch depressive Störungen bei den Patienten, die Konflikte haben, die sie sich nicht bewusst machen dürfen, die sich dann, früher hat man hysterisch gesagt, heute histrionisch, etwas selbst und den anderen vorspielen. Das ist kein Lügen oder Simulieren, da ist alles hoch dramatisch, alles hochintensiv, dahinter ist dann aber entweder eine hohe Irritation, eine ganz starke Verunsicherung oder oft auch eine große Depression. Nur wird das dann aber nicht erkannt, weil die Patienten zum Beispiel erzählen, wie traurig sie eigentlich sind und gleichzeitig man das Gefühl hat, sie haben ein Lächeln auf den Lippen und alles ist super und man denkt, sie spielen einem was vor. Wenn man dann vier Meter neben sie geht und noch mal ganz genau hinschaut, wird man feststellen, dass sie tieftraurig sind, aber selbst mit den Geschichten und Konflikten, die dahinter stehen, nicht in Kontakt kommen können oder dürfen. Deswegen: Das einzige, was in der Hysterie wirklich stimmt, ist die Intensität. Und manchmal können die Symptome einen Hinweis geben. Auch diese Störungen gehen mit Depressionen einher.

Traumatisierungen spielen sehr oft eine Rolle bei Depressionen, sowohl emotionaler Art, also mit starken Zurückweisungen, Nichtbeachtung, Überforderung, Überstimulation, aber auch durch elterliche Themen, die vielleicht in der frühen Kindheit eine Rolle gespielt haben. Hier wissen wir auch, dass neben den genetischen Faktoren, also wenn ich ein Elternteil hab, das eine affektive Erkrankung hat, gleichzeitig auch die Sozialisierung im Kontext von Eltern, die affektiv erkrankt sind, einen Risikofaktor bedingt. Das heißt also, wenn mein Vater oder meine Mutter nicht auf mich reagieren kann, wenn ich gerade bespaßt werden will, oder auf etwas fröhlich zeige und ich nicht deuten kann, dass diese Reduktion der Mimik nicht ein Ausdruck ist, dass es ihm oder ihr nicht gefällt, sondern dass es ein Ausdruck ist seiner oder ihrer mangelnden Reaktionsfähigkeit, dann wirkt das auch zurück und kann das Risiko, selbst eine Depression zu entwickeln, sogar verdoppeln.

Traumatisierungen können aber auch ganz konkret Gewalterfahrungen und sexuelle Grenzverletzungen sein. Bei den Gewalterfahrungen spielen die intensiven Erlebensfaktoren, insbesondere Angst, wie Lebensbedrohlichkeitsgefühle mit ganz viel Stressstoffausschüttung, eine große Rolle. Bei den sexuellen Grenzverletzungen kommen hier noch in einem weiter erhöhten Maße Konflikte



hinzu. Diese ergeben sich oft dadurch, dass innerhalb von Beziehungen, die für die Patienten relevant sind, sei es inner- oder außerfamiliär, die sexuellen Grenzverletzungen zu ganz starken Konflikten führen, die auch nicht benannt werden dürfen, die tabu sind, die zu eigenen Schuld- und Schamthemen führen und die gerade dann, wenn ich sexuell aktiv werde, also im Übergang zur Pubertät und in mein eigenes Erwachsenenalter, reaktiviert werden und dann unerlaubt sind, weil sie eben auf der Konfliktebene mit den alten Themen verbunden sind und nicht gelebt werden dürfen. Dadurch kommt es wieder zu einer Repression, zu Depression und das führt zu einer oft deutlichen Einschränkung der Patienten, was ihren weiteren Lebensgang angeht.

Wie können Angehörige Anzeichen einer depressiven Störung erkennen?

Das ist eine schwierige Frage, weil wir mehrere Stränge haben. Auf der einen Seite gibt es ganz adäquate Reaktionen auf Belastungsfaktoren: auf Anforderungen in der Schule, im Freundeskreis, in der Familie. Natürlich kann man da traurig sein, kann man sauer sein, kann man erregt sein, gekränkt, verletzt. Es gibt gleichzeitig das andere Thema der Entwicklung. Das Kind ist ja im Rahmen einer Entwicklung zu einer Person hin ständiger Veränderung unterworfen. Aber es ist schon eine Sache des Ausmaßes der Reaktionsweisen. Es ist mit Sicherheit ein Fehler, gerade im Jugendalter davon auszugehen, das ist alles Pubertät, das wächst sich aus. Und bei einem Kind, das deutlich Schwierigkeiten hat mit Gleichaltrigen adäquat Kontakt aufzunehmen, sei es im aggressiven oder im sich zurückziehenden und unsicheren Sinne, ist erst mal genauer zu betrachten, was dahinter steht, denn primär können wir davon ausgehen, dass Kinder in die Welt gehen wollen, was erleben wollen, ankommen wollen und Kontakt haben wollen.

Das ist ja das Schöne, dass man sehen kann, dass gesunde Kinder erst mal ganz vital in die Welt gehen und dass verschiedene Lebensaspekte dazu führen, dass sich das reduziert oder wandelt. Aber wenn ein Kind ganz vital war – z.B. im Kindergarten oder im ersten, zweiten Schuljahr – und plötzlich ein Bruch kommt, zum Beispiel ein Leistungsknick, vermehrte Rückzügigkeit – nicht nur innerhalb der Familie, sondern auch bezogen auf den Freundeskreis oder der Schule – dann sollte man mit Sicherheit hellhörig werden. Oder wenn ein Kind so gar nicht an den Start gekommen ist, es zwar keine große Veränderung gegeben hat, aber es schon immer schwierig war. Das kann tatsächlich schon sehr früh losgehen.

Manchmal kann man das nur im Nachhinein so richtig beurteilen. Ein schwer beruhigbares Schreibaby, ein Baby schon mit Fütterstörungen, ein Baby mit Schlafstörungen und wenn es dann eine familiäre Anamnese gibt dafür, dass es psychiatrische Erkrankungen in der Familie gibt, dann sollte man durchaus, ohne den Teufel an die Wand zu malen, das Kind etwas genauer beobachten, was die weiteren Entwicklungsschritte betrifft, und sensibilisiert sein für die Frühzeichen einer Depression. Und gerade im Kindesalter geht es ja nicht mit den klassischen depressiven Symptomen einher, sondern eben mit Aggressivität, Hyperaktivität, Konzentrationsstörungen und all diesen Dingen. Spätestens im Grundschulalter sind weitere Hinweise Spielunlust, Schlafstörungen, Appetitstörungen, Selbstzweifel und Weinerlichkeit. Manchmal beschäftigen sie sich mit tiefsinnigen Fragen, leiden etwas mehr an der Welt, reagieren feinfühler. Die Kinder haben einen kleinen Magnetismus für Probleme, erkennen diese bei ihren Eltern und in der Welt etwas deutlicher und



reagieren etwas sensibler darauf. Das sind so Dinge, die einen schon dafür sensibilisieren können, gerade auf das Thema Depression zu reagieren.

Wenn Kinder sich äußern, dass sie keine Lebenslust mehr haben, wenn sie suizidale Äußerung machen, wenn sie plötzlich Brücken abbauen, die eigentlich für sie wichtig waren, wenn sie Hobbys aufgeben die ihnen wichtig waren, Dinge nicht mehr vertreten, die ihnen wichtig waren, muss man sehr intensiv hinschauen und auf jeden Fall reagieren und versuchen, es anzusprechen.

Das große Problem mit Kindern, die aus unterschiedlichen Gründen depressive Erkrankungen haben, ist, dass sie oft auch die Idee haben: „Ich darf keinem zur Last fallen!“, und dann oft alleine auf das Nachfragen, gerade der Eltern, die für sie die wichtigsten Bezugspersonen sind, keine offene Auskunft geben. Sie machen aus ihrem Herzen eine Mördergrube und sind nicht einfach zugänglich und offen. Manchmal ist die vertraute Freundin mehr einbezogen, die dann oft aber auch hilflos und ohnmächtig ist, weil sie gesagt bekommt, dass sie es keinem weitersagen soll. Ich denke, da muss man eventuell frühzeitig jemanden von außen dazu nehmen. Manchmal gibt es da so was wie Paten, die vielleicht ganz gut dazu geeignet sind, oder andere Vertrauensperson, Ältere, Erwachsene, von denen man weiß, dass das Kind sich da – ohne stark verbunden zu sein oder sich verpflichtet zu fühlen – offener äußern kann. Das wäre wichtig. Und insofern glaube ich, dass man dann auch frühzeitig reagieren kann. Zumindest kann man abklären, ob dahinter etwas Schwerwiegenderes liegt, schwerwiegende Konflikte, schwerwiegendere Symptomatiken. Und das ist ganz wichtig, viele der Symptome, die bei der Depression eine Rolle spielen, werden nicht spontan benannt, sondern erst auf Nachfragen deutlich.

Nehmen wir als Beispiel die Denkstörung, dass man eine Grübelneigung hat oder dass man schlecht schlafen kann. Das wird immer so abgetan: „Ich will ja nicht schlafen, ich muss ja noch lesen abends!“ Wenn man dann nachfragt, merkt man, dass die Betroffenen die ganze Zeit grübeln, sie haben viele Schuldthemen, Insuffizienzthemen. Oder sie sind nicht wach, weil sie noch was zu tun haben oder weil sie grübeln müssen, sondern weil sie allgemein aktiviert sind, sie kommen überhaupt nicht zur Ruhe, kommen gar nicht runter. Das erfährt man erst durch gezieltes Nachfragen und das ist dann auch in den meisten Fällen den Experten vorbehalten, die richtigen Fragen zu stellen. Dann macht man aber interessanterweise die Erfahrung, dass Kinder und Jugendliche entgegen der allgemeinen Meinung total gut zugänglich sind, sehr offen berichten und eigentlich froh sind, dass sie in einem Kontext, in dem sie selbst sich nicht verpflichtet fühlen, Rücksicht zu nehmen, endlich auch mal die richtigen Fragen gestellt bekommen und damit auch ein Wort für das finden, was sie erleben. Deswegen ist es sehr interessant, dass die Krankheitseinsicht oft bei Kindern und Jugendlichen, die betroffen sind, viel größer ist als zum Beispiel die Akzeptanz für die Eltern, weil das auf Seiten der Eltern dann doch immer auch mit Schuldgefühlen verbunden ist.

Wie gefährlich sind Depressionen?

Wenn ich nach dem Gefährlichkeitsaspekt gefragt werde, gibt es zunächst einmal natürlich das, was für jeden einleuchtend ist, nämlich die Selbsttötung. Man weiß heute, dass sich bei den schwerwiegenden depressiven Erkrankungen bis zu 15% der Menschen im Rahmen ihrer



Erkrankung frühzeitig töten. Als Folge einer Erkrankung eine erhöhte Todesrate oder reduzierte Lebenserwartung von 15% ist im Verhältnis zu anderen somatisch körperlich bedingten Krankheiten eine sehr hohe Rate. Es gibt auch viele schwere körperliche Erkrankungen, die mit frühzeitigem Ableben einhergehen, aber nicht im gleichen Maße wie diese 15 %.

Es gibt andere Erkrankungen wie „Psychosen“ oder die „Borderline-Störung“, aber auch die „Anorexie“, also Magersucht, wo diese Rate ähnlich ist. Die schweren psychiatrischen Erkrankungen ähneln sich, was Risikofaktoren angeht. Aber die Depression, die weiter verbreitet ist als die anderen bekannten Störungen, hat eben doch – wenn sie ein intensives Ausmaß hat – ein ähnliches Risiko und ist sie mit Sicherheit nicht zu vernachlässigen und zu bagatellisieren.

Es gibt aber andere Risikofaktoren und Gefahren: das ist die Selbstmedikation im Sinne von Drogenkonsum, das sind die, sozusagen in sekundärer Folge, anderen Entwicklungen von Störungen, also zum Beispiel Essstörungen oder selbstverletzendes Verhalten, die dann wieder eine Eigendynamik oder Suchtdynamik entwickeln und dann schwer aufzugeben sind.

Eine besondere Gefahr – und da muss ich sagen, das berührt mich, was die Depression angeht, am meisten – ist, dass es zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Umsetzung der eigenen Potentiale kommt. Das heißt also, da werden Lebensgeschichten unterbrochen, da werden Persönlichkeitsanlagen nicht entfaltet oder abgeschnitten und bei einer nicht ausreichend erkannten und nicht ausreichend behandelten Depression bis hin ins Erwachsenenalter muss man davon ausgehen, dass es zu einer deutlichen Reduktion der Entfaltungsmöglichkeiten des Menschen gekommen ist und damit die primäre Persönlichkeit oder die Anlage zur Primärpersönlichkeit deutliche Einschnitte erfährt.

Und das, muss ich sagen, ist nicht nur bedauerlich, sondern das ist ein wirklicher Gefahrenfaktor. Deswegen kann man nicht warten kann und sagen: „Ja, da warten wir mal, bis er erwachsen ist, wenn er dann noch depressiv ist, dann ist es eine richtige Depression und dann müssen wir uns kümmern...“, sondern man muss sehr offensiv und auch ein Stück aggressiv Depressivität benennen und behandeln, auch im Kindes- und Jugendalter. Und erst in den letzten Jahren kommen wir dazu, dass es überhaupt möglich ist, denn lange Zeit war es tabu, davon auszugehen – das hat auch was mit unserem Wunschenken zu tun – dass ein Kind, was doch eigentlich eine heile Kindheit haben und fröhlich und vital sein soll, auch depressiv sein kann, aber es ist so.

Wie verhalte ich mich richtig, wenn ich befürchte, ein Kind oder Jugendlicher ist suizidal?

Es gibt durchaus Kriterien, um das Ausmaß der Suizidalität und auch die Risikostruktur zu beurteilen. Ganz wichtig ist, dass so eine Angst, die Suizidalität eines Kindes oder des Jugendlichen anzusprechen, nicht berechtigt ist. Früher gab es immer die Sorge: „Man spricht es gar nicht erst an, man fragt gar nicht erst nach, sonst bringt man das Kind oder den betroffenen Menschen noch auf die Idee!“ Man weiß heute durch viele Untersuchungen, dass das Gegenteil der Fall ist. Das Ansprechen, genauer Nachfragen, gemeinsam Einschätzen, auch Benennen lassen von Suizidalität ist eher entlastend, schafft wieder Verbindung, schafft wieder Kontakt, denn die Endstrecke des



Verlaufes in Richtung Suizid, also Selbsttötung, ist Entkopplung. Da sage ich nichts mehr, da mache ich nur noch, da teile ich mich nicht mehr mit, da mache ich nichts mehr deutlich. Es geht manchmal sogar so weit, dass es noch mal ganz zur Beruhigung kommt, die betroffenen Patienten noch mal munter werden, erleichtert, gelassen, weil der Entschluss gefasst ist. Und deswegen ist alles, wodurch noch die darin liegende Dramatik, noch das Ringen um das Leben gerade bei betroffenen Kindern und Jugendlichen deutlich wird, sehr ernst zu nehmen und aufzugreifen und auf keinen Fall zu bagatellisieren!

Manchmal ist es auch so, dass der suizidale Gedanke vorhanden ist, es aber gar nicht darum geht, dass ich mich morgen suizidieren möchte, sondern dass ich einfach thematisieren möchte, dass solche Gedanken in mir vorhanden sind. Und dafür brauche ich Raum. Und wenn ich den Raum verweigere und auch nicht zulassen kann, sondern nur sage: „Das halte ich nicht aus“, dann entsteht weniger Raum und damit mehr Gefahr, mehr Risiko, für die entkoppelte Endstrecke, die einsam stattfindet.

Ich hab aber viel Verständnis dafür, dass es natürlich für Eltern ganz schwierig ist, das unter Evolutions- und archaischen Aspekten unnatürliche Thema zu behandeln, dass ihr Kind sich suizidieren möchte oder suizidale Gedanken hat, lebensmüde ist. Und wie gesagt, es geht gar nicht um einen Bilanz-Suizid, so wie oft bei Erwachsenen, sondern es geht darum, den Mut für das eigene Leben zu entwickeln, die Entscheidung für das eigene Leben, Hoffnung für das eigene Leben, das erreichen zu können, das zu tun, dafür die Kraft zu finden. Ich sterbe, bevor ich lebe – oder ich lebe gar nicht erst! Werde erst gar nicht in meine neue Phase hinein geboren! Das zu verhindern, sind ja ganz andere Themen, und dass das für Eltern schwierig ist, kann ich mir gut vorstellen. Ich glaube, Eltern sollten dann im höchsten Maße elterlich sein, indem sie es aufgreifen, aber nicht selber behandeln und deutlich machen – das darf man auch – dass das eine Überforderung darstellt. Hier zu bagatellisieren und zu sagen: „Das macht mir gar nichts, kannst ruhig erzählen, ist ja easy...“ wird sowieso nicht als glaubwürdig von den Kindern und Jugendlichen wahrgenommen. Wenn man sich diese Überforderung im Kontakt mit dem Kind eingesteht, vermeidet das auch, dass man es bagatellisieren muss. Man darf es also auch benennen, dass man damit überfordert ist und ohnmächtig und hilflos. Aber man muss auch deutlich machen, dass man sich natürlich Hilfe dazu nimmt und dass man nicht möchte, dass das Kind stirbt, dass man eine Unterstützung geben möchte. Und wenn die Unterstützung bedeutet, dass ich mich als Elternteil zurücknehme und für einen anderen Menschen, der aus einem professionellen oder vertrauten Kontext des betroffenen Kindes oder Jugendlichen kommt, dann einen Raum schaffe.

Diese Präsenz der Eltern und die gleichzeitige Zurücknahme, damit ein Raum für das Kind und sein Thema entsteht, ist die entscheidende Kombination. Denn damit kann ich dem Kind mein Anliegen deutlich machen, mein „Präsentsein“, mein „Dableiben“, mein „Nichtflüchten“, aber auch einräumen, dass das ein Thema ist, das mich überfordert. Und damit gebe ich schon ganz viel Signal. Ganz wichtig ist eine professionelle Ein- und Abschätzung der Suizidalität. Hier gibt es ganz bestimmte Faktoren – es gibt sehr viele Untersuchungen dazu – ganz spezifische Fragestellungen, die stattfinden können und sollten, um zu einer fachlichen Einschätzung von Suizidalität zu kommen. Meine Erfahrung ist, dass Jugendliche, wenn sie merken, dass es ernsthaft betrieben wird all diese Dinge zu erfahren und vom Gegenüber nicht das Thema ist: „Du darfst nicht suizidal sein, sondern ich bin jetzt wirklich interessiert daran, wo du stehst mit deiner Suizidalität und wie du dahin kommst und woher du eigentlich kommst,“ das sehr offen benennen. Es ist nicht so, dass die



Jugendlichen sich nicht äußern, sondern sie sind auch interessiert daran, das zu teilen, ohne dass es bewertet wird im Sinne von moralischer Bewertung oder Erschrecken oder Panik in den Augen.

Insofern ist das mit Sicherheit immer ein ernstzunehmendes Thema. Das gilt auch für die Neigung zum Beispiel bei Mädchen, die das sehr intensiv und sehr häufig vortragen in allen möglichen Kontexten. Oder für Jungen, die ständig, wenn sie frustriert sind und ihren Willen nicht durchgesetzt bekommen, davon sprechen: „Dann bring ich mich um“ usw. Es lohnt sich, das ernst zu nehmen, vielleicht ein Stück auf einer anderen Ebene. Wenn ein Kind oder ein Jugendlicher nichts anderes mehr hat als Mittel und sich so ohnmächtig und hilflos fühlt, dass er ganz schnell sein Leben ins Spiel bringen würde, dann ist es auch ein Grund, genauer hinzugucken, und vielleicht mit dem Kind daran arbeitet, dass es ein größeres Spektrum hat, anstatt „Alles oder Nichts“, bezogen auf den Umgang mit Frustration, mit Konflikten, miteinander und im sozialen Kontext. Also insofern ist im Grunde dann jede Äußerung ernst zu nehmen und aufzugreifen. Einfach zu ignorieren und zu bagatellisieren macht mit Sicherheit keinen Sinn.

Der Wunsch, der manchmal von den Jugendlichen geäußert wird, dass sie von den Angehörigen oder Eltern danach nicht gefragt werden wollen, dass sie das nichts angehe, ist, denke ich, im Kern zu respektieren. Aber nicht zu respektieren ist, dass dann nichts passiert! Da müssen Eltern auch klar sein und deutlich sagen: „Du kannst nicht hier Suizidalität äußern“... oder: „Ich hab da einen Brief gelesen, den du hast liegen lassen und da steht das drin, oder du machst Zeichnungen mit Grabsteinen und Datum drin usw. Was wäre ich für ein Elternteil, wenn ich darauf nicht reagieren würde? „Dass du das jetzt mit mir nicht direkt verarbeiten möchtest oder dass das nicht zwischen uns Thema ist, das kann einen Grund haben, aber trotzdem möchte ich sicherstellen, dass da ein Raum für dich entsteht und dann werde ich mich auch aus elterlicher Haltung dir gegenüber zurücknehmen können. Aber ich kann das nicht ungesehen sein lassen“.

Insofern glaube ich, eine klare Positionierung, klare Präsenz der Eltern, ohne das Bedürfnis zu haben, es selber regulieren zu müssen und selber die Ohnmacht überwinden zu müssen, das wäre eine gute Haltung im Kontext zur Suizidalität.

Was macht junge Menschen seelisch krank?

Neben den Faktoren, die ich jetzt ganz spezifisch auf die Depressionen benannt habe, glaube ich, gibt es heutzutage vor allen Dingen eine Diskrepanz. Auf der einen Seite haben wir eine Überstimulation an Anforderungen, an Eindrücken, an zu verarbeitendem Material, was auch mit Bedeutung besetzt ist. Es geht also nicht nur um „neutrale Reize“ visueller Art oder akustischer Art, sondern die Dinge sind auch aufgeladen, haben Bedeutungen. Es geht im Jugendalter um Entwicklungsaufgaben, das heißt, ich muss meine Aggressivität integrieren können, ich muss meine Sexualität integrieren können, ich muss eine neue Identität entwickeln.

Und alle diese Aufgaben, die Emotionsregulation, die Beziehungsregulation wird überstimuliert mit Anforderungen. Im sexuellen Bereich kann ich heute ab elf im Internet Pornos gucken und denke vielleicht, *das* ist Sexualität, aha!



Oder ich sehe in Filmen vorgemacht: Was bedeutet Aggressivität? Eigentlich wird mir ja nur Gewalt dargestellt, aber nicht nur im Spiel abstrahiert mit einem Holzsword, sondern so konkretisiert und so in den Alltag hineinprojiziert, dass ich mich schlechter davon distanzieren kann und ebenfalls überstimuliert werde. Und so bekomme ich eigentlich die ganze Zeit die Möglichkeit, ein Stück virtueller Erfahrungen zu machen und überstimuliert zu werden mit bedeutsamen Themen, die in meiner Entwicklung auch bedeutsam, für Menschen bedeutsam sind, ohne dass ich aufgrund der realistischen Inszenierung genügend Abstand kriegen kann.

Ich würde sogar sagen, dass es nicht so ein Problem wäre, wenn das begleitet würde, also wenn ein Erwachsener daneben sitzt und dann sozusagen den Spielcharakter und die Abstraktion und die Verarbeitungsbegleitung sicherstellen würde. Das wäre noch mal was anderes. Und mit Sicherheit ist es etwas anderes, ob ich Monster totschieße, die es nicht gibt, oder ob ein Jugendlicher in einen Konflikt mit einem anderen Jugendlichen in einem Film jemand anderen erschießt. Oder wenn Sexualität auf eine so abstruse, absurde Weise präsentiert wird, dass sie eben keinen Bezug zu mir selbst herstellen kann oder ganz nah an mir ist, also zum Beispiel was das Alter in pornografischen Szenen angeht.

Da ich aber letztendlich darüber nur wenig Kontrolle habe heute als Eltern, muss ich erst Mal davon ausgehen, dass mein Kind – und das ist ja kein böser Wille, aber auch unvermeidbar meines Erachtens – diesen Dingen ausgesetzt wird und sich dann eben nicht traut, zu fragen oder davon zu erzählen, weil es die Sorge hat, dass es dann verboten wird, restriktiv behandelt wird und es damit ja auch nicht mit den anderen mithalten kann. Das heißt, es gibt ja auch ständig eine Idee davon, dass man alles können, wissen, schon erlebt haben muss.

Diese Diskrepanz führt dazu, dass auf der einen Seite Überstimulationen und auf der anderen Seite Unterversorgung stattfindet. Es ist mit Sicherheit heute ein zusätzlicher Faktor, dass für viele ein „Nein“ auch nicht mehr möglich ist: Ich sage „Nein“ zu der Leistungsanforderung, ich sage „Nein“ zu dir, zu dem, was du von mir willst! Ich sage „Nein“, ich will gar nicht mit Dir gehen, ich will gar keinen Sex haben, ich will gar keine Drogen haben, ich will dem nicht auf den Schädel hauen, ich will jetzt nicht klauen. Sondern es muss zu ständigen „Ja’s“ führen und das Einzige, was ich mir dann selber erlaube, ist dann vielleicht eine Depression.

Das heißt, dann kann ich „Nein“ sagen, dann kann ich sagen, „Ich kann nicht,“ anstatt „Ich will nicht.“ Und „Ich kann nicht“ hat eine andere Bedeutung. Und wenn ich dann noch so depressiv werde, dass ganz offensichtlich wird, dass ich nicht kann, dann habe ich mir sozusagen einen Raum geschaffen, in dem ich mich entziehen kann, in dem ich mich all diesen Anforderungen entziehen kann, weil ich durch sie überfordert bin.

Damit meine ich keinen bewussten Prozess, also nicht die Entscheidung: „Ach, ich mach jetzt mal auf depressiv, dann können die anderen mir leichter verzeihen, dass sie jetzt von mir ein ‚Nein‘ bekommen.“ Sondern ich glaube, dass es oft in der Endstrecke bei Überstimulation und gleichzeitiger emotionaler und begleitender Unterversorgung gerade bei den Jugendlichen und Kindern mit biologischen Faktoren und anderen Risikofaktoren, die also vulnerabel [verletzlich] sind, zu einem erhöhten Risiko in unserer Gesellschaft für Depressionen kommt.



Welche Bedeutung hat dabei der Faktor Familie?

Das ist ganz schwierig zu beantworten! Also eigentlich einfach, aber es gibt immer so eine kleine Hemmung bei mir, weil ich immer die Sorge habe, dass, wenn man das benennt, was jeder vermutet, nämlich dass der familiäre Kontext eine große Bedeutung hat, dann eigentlich nur ein Reflex stattfindet, keiner mehr zuhört und dass die Leute sich schuldig fühlen. Dass Eltern sich schuldig fühlen, dass Angehörige sich schuldig fühlen, dass sie etwas gemacht haben, was dem Kind geschadet hat, dass sie etwas unterlassen haben, was dem Kind geholfen hätte.

Ich muss vorwegschieben, weil mir das ein Anliegen ist und weil das auch meine Erfahrung ist: Wenn man die betroffenen Familien fragt, ob sie wirklich gewollt hätten, dass ihr Kind depressiv wird und sie sich deswegen so und so verhalten haben, dann habe ich noch keine Eltern erlebt, die mir diese Frage wirklich aus reinem Herzen hätten mit „Ja“ beantworten können. Die meisten leiden ja unter Schuldgefühlen und Schamgefühlen und sind hilflos und ohnmächtig und hätten es gerne anders gemacht. Oft sind sie aber selbst transgenerational aus Kontexten entwachsen, in denen das Leben jetzt auch nicht so viel einfacher war.

Die glückliche heile Familie, dass alles rosig ist und so, das werden wir auch so schnell nicht finden. Wenn man genau hinguckt, hat jeder sein Päckchen zu tragen. Es gibt ja auch viele Faktoren, die erst mal zusammenkommen müssen, damit überhaupt eine Erkrankung entsteht. Es ist also nicht so einfach, dass man sagt: „Ja, wir haben Konflikte in der Familie, oh Gott, jetzt werden alle depressiv“, sondern es gibt viele Familien, in denen Konflikte sind, aber es gibt bestimmte Konstellationen, wo so viel zusammenkommt, dass es dann in der Endstrecke – anderes als die Natur eigentlich vorgesehen hat – eben zu einer Erkrankung kommt.

Aber eigentlich ist der Mensch erst mal ganz munter aufgestellt und Kinder sind auch ziemlich robust, also da kann schon ein bisschen was schief laufen, ohne dass da sofort alle Kinder umknicken und seelische Erkrankungen entwickeln. Das heißt aber auch, wenn es dazu kommt, muss man schon genau hingucken, weil dann wirklich vieles zusammenzukommen scheint und familiäre Faktoren spielen eine Rolle. Die genetischen Aspekte hatte ich angesprochen. Dass, wenn Eltern seelisch erkrankt sind, die Sozialisierung auch verändert ist, ist nahe liegend, dass also dann die Reaktionsweisen, die Begleitungsmöglichkeiten eingeschränkt sein *können* – nicht *müssen*!

Das heißt also nicht automatisch, dass jeder Elternteil, der psychiatrisch erkrankt ist, seine Elternfunktion nicht ausreichend wahrnehmen kann. Aber es gibt eben auch ein Risiko, dass Eltern sich dann im Rahmen ihrer eigenen Erkrankung nicht so verhalten können, wie sie eigentlich sein wollen als Mutter oder als Vater.

Die frühe Sozialisierung, also die ersten anderthalb Jahre sind hoch bedeutsam, das heißt also, hier wird das Kind eigentlich an sich selbst herangeführt, über die Resonanz, die wir dem Baby geben. Es lernt durch uns erst seine Affekte kennen. Es lernt durch unsere übertriebene Wiederholung, wenn wir Laute nachmachen, Mimik nachmachen und uns einfühlen. Das Baby schreit, wenn es irgendeinen Diskomfort hat, irgendwas nicht so richtig läuft, aber es kann sein, dass die Hose voll ist, der Zahn kommt, Schmerzen sind, Fieber ist, man Hunger hat und so weiter und so fort. Und wir müssen uns als Erwachsener einfühlen und überlegen, ja was hat es denn? Und dann machen wir die Gestik und Mimik mit Lauten dazu: „Oh, jetzt bist du traurig“, oder „Oh, das tut aber weh“, oder „Oh, jetzt freust du dich.“ Und erst über diese Resonanz – also nicht Spiegelung, spiegeln



wäre ja auch schreien – kommt der Säugling überhaupt erst in die Lage, sich selber zu verstehen und selber einen differenzierteren Ausdruck zu finden für die unterschiedlichen Affektlagen, die in einem Menschen möglich sind. Wenn diese Sozialisierung ausbleibt und nicht gut funktioniert, kann es auch zu einer deutlichen Beeinträchtigung kommen, was später die Affekterkennung und Affektregulation angeht.

Dann spielen neben diesen Faktoren die Traumata eine Rolle. Die können eben auch innerfamiliär stattfinden oder eine familiäre Konstellation ist so, dass ein Schutz des Kindes nicht ausreichend möglich ist. Es kann aber auch sein, dass der Familie alles zur Verfügung steht, was man braucht und trotzdem Traumata stattfinden.

Ohnmacht- und Hilflosigkeitsgefühle in Familien und auch die Schuld- und Schamgefühle auf Seiten der Eltern spielen oft eine Rolle, die sich auf das Kind auswirken. Wenn zum Beispiel das Kind das Signal bekommt, dass die Mutter unter einem hohen Anspruch, eine gute Mutter zu sein, steht, dann wird das Kind auch nur wenig mitteilen wollen, dass irgendetwas nicht im grünen Bereich ist, dass man sich Veränderungen wünscht, dass es unter irgendetwas leidet, was die Eltern als Reaktion zeigen.

Auch solche Faktoren können zum Beispiel zu narzisstischen Konfliktlagen – hoher Selbstanspruch, niedriges Selbstwertgefühl – führen. Tabuthemen innerhalb der Familie, im Besonderen im emotionalen Bereich, in der Kommunikation untereinander, können mit Sicherheit auch zur Belastung der Kinder führen.

Kinder sind hochsensitiv. Gerade die, die auch depressiv werden können, kriegen mit, dass es irgendeine Diskrepanz gibt zwischen dem Geäußerten und dem Wahrgenommenen. Also wenn ich frage: „Mama, ist irgendetwas nicht in Ordnung?“ aber Mama lächelt mich an und tut so als ob alles in Ordnung wäre, aber ich sehe im Hintergrund schon, es gibt Belastungsfaktoren, sei es Ehestreitigkeiten, Trennungssituationen der Eltern, auch das kann sich negativ auswirken. Muss es aber nicht, das ist ganz wichtig!

Insofern spielen auch Geschwisterkonstellationen, Geschwisterrivalität mit Sicherheit eine Rolle. Erkrankte Geschwister zum Beispiel können einen Konflikt hervorrufen, weil dann darf ich vielleicht nicht so Gas geben, ist gar kein Raum für mich da, muss die Eltern eher unterstützen, muss mich zurücknehmen, habe von Anfang an gelernt, mich zurückzunehmen. Wenn ich aber von meiner Vitalität her eigentlich eine kleine Rakete bin, ist das schwierig zu regulieren und dann neige ich dazu, mich auszubremsen, damit ich nicht überschiesse. Oder ich wechsele zwischen Überschiesßen und Ausbremsen, weil ich das nicht richtig zu regulieren gelernt habe.

Insofern kann ich Ihnen hier nur ganz wenige Beispiele bringen, die der Komplexität einer Familie in keiner Weise gerecht werden, um deutlich zu machen, natürlich ist es so. Um dafür zu werben, von dem Thema Schuld loszukommen, möchte ich einfach noch mal sagen, wenn es anders wäre, also wenn ein Kind innerhalb einer Familie groß werden könnte und es würde überhaupt gar keine Rolle spielen, wie die anderen sich verhalten und das Kind würde darauf überhaupt nicht reagieren, wäre das ja auch komisch. Dann würden sich auch alle Beteiligten seltsam vorkommen. Dann würden sie wahrscheinlich nicht mehr von Familie sprechen. Also bedingt schon der Begriff Familie diese Wechselseitigkeit im guten als auch im negativen Sinne.



Ein Aspekt, der mir bezogen auf diese familiären Dinge noch wichtig wäre, ist, dass man die Erfahrung macht, dass gerade bei den konfliktbedingten depressiven Erkrankungen eine Veränderung auf Seiten der Patienten von Symptomen hin in Richtung Gesundheit oft auch Folgen innerhalb der Familie hat; manchmal positive, manchmal aber auch Verschiebungen, dass also dann auch andere Familienmitglieder plötzlich Konflikte deutlicher erkennen, deutlicher sehen.

Und was auch wichtig ist: Es ist nicht nur so, dass Eltern auf das Kind wirken, sondern auch das Kind auf die Eltern. Wenn ich zum Beispiel ein biologisch bedingt erkranktes Kind habe, wo die Eltern alles richtig machen und alles OK ist, aber es kann nicht reagieren, es ist nicht so resonant und es lächelt mich nicht an und es kann mit meinen Spielangeboten gar nichts anfangen, weil es eine Depression hat, oder es kann auf meine Erziehungsmaßnahmen, die gut sind, nicht reagieren, weil es eine bipolare Störung hat und manisch ist und sich überhaupt nicht selbst beruhigen und kontrollieren kann.

Ich hatte eine solche Patientin, die hat, ich glaube, 170 Entschuldigungsbriefe an ihre Eltern geschrieben, weil sie das, was sie wollte, gar nicht hat regulieren können, bis erkannt worden ist, dass sie eine bipolare Störung hat. Man hat immer gedacht, es wäre ein böses Kind oder die Eltern wären nicht konsequent genug und nicht erziehungskompetent. Also muss man auch wissen, manchmal sieht man dann auch Familien, weil die Erkrankung leider erst zu spät erkannt wird, die vielleicht sieben, acht, neun, zwölf, vierzehn Jahre nach einem Kind mit einer psychiatrischen Erkrankung vor einem auftauchen. Dann ist es leicht gesagt, na ja, da haben die alles falsch gemacht und warum regen sie sich denn so auf, warum sind die denn nicht gelassener, und da hätten sie doch ein bisschen einfühlsamer sein können...

Ich denke, man sollte gerade bei Depressionen bei Kindern und Jugendlichen auch viel Verständnis für die Familie mitbringen, auch wenn Sachen schief gelaufen sind.

Wie können junge Betroffene selbst Hilfe finden?

Es ist auf Grund der Bedarfslage und der Angebotslage auf der einen Seite schwierig, Hilfe zu finden, das muss man schon sagen, das ist schon ein Teil.

Auf der anderen Seite glaube ich, dass, wenn ein Kind oder ein Jugendlicher selbstständig hilfesuchend ist – also nicht durch Eltern irgendwo hingebacht wird – und sich irgendwo meldet, alleine dieser Umstand schon so viel Eindruck machen, dass diesem Kind mit Sicherheit entgegen aller Wartelisten sofort geholfen wird. Wenn sich bei mir ein Kind selbst meldet, ist das schon eine besondere Situation. Das Kind hat ja dann begriffen, dass eine Notsituation entstanden ist und es hat begriffen, dass es Hilfe braucht und nicht mehr alleine klar kommt. Und das ist, wie soll ich sagen, schon so ein Reifegrad und schon so eine Unterstützungsbedeutung – natürlich sind auch die anderen Kinder unterstützungswert, klar – dass mit Sicherheit da auch leicht Hilfe möglich wird.



Das Internet ist mit Sicherheit eine Quelle, in der ich aus meiner Region, wo ich dann bin, Zugang finde zu Hilfen und Angeboten. Das können über das Jugendamt Erziehungs-, Beratungsstellen sein, das können immer erste Ansprechpartner sein, also zuständige Sachbearbeiterinnen oder Sachbearbeiter im Jugendamt als Ansprechpartner, wo einfach nur eine Anfrage gestartet wird: „Mir geht's nicht gut, mir geht's auch nicht gut in den häuslichen Kontexten, ich brauche Unterstützung und ich brauche Hilfe“.

Und ich glaube, dass heute auch im Internet eine Selbstdiagnose möglich ist, das funktioniert nicht immer perfekt und gut. Ein Kind kann schon so ab dem zwölften Lebensjahr aufwärts mit entsprechender Medienkompetenz und normaler durchschnittlicher Begabung sich selber auf die Spur kommen, dass das vielleicht so etwas sein kann wie eine Depression, oder dass es einen seelischen Konflikt hat. Das wissen die Kinder ja auch von sich. Und dass es dann entsprechende Hilfsangebote eben auch für Kinder und Jugendliche gibt und die auch mittlerweile über das Internet kontaktierbar sind. Ich glaube, dass ein hilfesuchendes Kind und ein hilfesuchender Jugendlicher mit Sicherheit schnell Hilfe finden wird.

Mehr Sorgen machen mir die Kinder und Jugendlichen, die in dieser Not sind und gar keine Idee davon haben, auch im Rahmen ihrer Erkrankung also so hilflos sind, dass sie sogar unfähig sind, auf die Idee zu kommen, sich Hilfe zu suchen. Diese Kinder sind angewiesen auf offene Augen und Ohren ihrer sozialen Umgebung. Da geht es nicht alleine, dass ein schulunfähiges Kind einfach nicht mehr zur Schule kommt oder ein sozial nicht mehr angepasstes Kind einfach nur aus dem sozialen Kontext weggeschickt wird und man sich nicht mehr kümmert. Sondern da geht es auch darum – ohne den Teufel an die Wand zu malen und dann überall jetzt nur noch jedes Kind mit Depressionen zu sehen – schon auch durch professionelle andere pädagogische Kontexte, in denen sich Kinder bewegen wie Schule, Vereine etc. so hinzugucken, dass niederschwellig Angebote gemacht werden.

Was ja heute auch zunehmend stattfindet durch Schulsozialarbeiter oder Schulpsychologen, das ist mit Sicherheit hilfreich. Wo alte Familien- und Dorf- und Lebensgemeinschaftsstrukturen sich einfach auflösen, da müssen wir das leider professionalisieren, weil da eben nicht mehr ein ganzes Dorf mit drauf guckt auf so ein Kind, wenn es dann auffällig wird. Dafür möchte ich auch schon werben, dass solche Institutionen und Einrichtungen unterstützt werden, aber dass man Kindern auch sehr niederschwellig in der Schule nicht nur Sexualkunde vermittelt, sondern vielleicht auch mal ein Törn in jeder Schule stattfindet über drei Schulstunden, sei es in welchem Fach auch immer – Sozialwissenschaften oder so – wo darauf hingewiesen wird: „Wir wollen euch vermitteln, wenn ihr mal in Not seid, was wir für euch nicht hoffen, dass ihr jemals in Not kommt, [dann] könnte Not so und so aussehen, und dann habt ihr die und die Möglichkeit euch Hilfe zu holen und euch Rat zu holen und euch zu informieren.“

Das halte ich für mindestens genauso wichtig wie Aufklärung im sexuellen Bereich oder bezogen auf Infektionsgefahren im Rahmen von sexueller Aktivität. Das gibt es leider nicht und das halte ich für etwas, was eine sehr einfache Methode, Kinder für die Thematik schnell sensibilisieren würde und damit die Schwelle, sich selbst Hilfe zu suchen, mit Sicherheit erniedrigen würde.



Welche therapeutischen Ansätze helfen bei Depressionen?

Wie man, was die Ursachen angeht, differenzieren muss, gibt es auch in Abhängigkeit von den Ursachen unterschiedliche therapeutische Ansätze.

Biologisch bedingte Erkrankungen, die einen genetischen Aspekt haben, haben eine sehr gute Chance, auch auf eine adäquate Medikation anzusprechen, also eine antidepressive Medikation oder eine sogenannte stimmungsstabilisierende Medikation, was sich noch mal unterscheidet. Man muss gerade bei Jugendlichen auf eine aktivierte Depression achten, die mit Übererregung einhergeht. Dort können Sie dann kein Medikament geben, was üblicherweise bei einer verengten, stillen, ruhigen Depression eingesetzt wird, weil es ja aktivieren würde und damit die Situation noch verschlechtern würde und dann oft auch Suizidalität erhöht. Denn damit wird dann die Überdrehung zu stark, dass es kaum aushaltbar ist für die Patienten.

Man muss also genau gucken, wenn man ein Antidepressivum wählt, ob man eher eines nimmt, was beruhigend wirkt oder aktivierend, das hängt davon ab, wie die Situation des Patienten ist, gerade zum Zeitpunkt der Diagnosestellung.

Die Stimmungsstabilisatoren, da gibt es auch unterschiedliche, sind vor allen Dingen geeignet bei affektiven Erkrankungen, die auch einen bipolaren Aspekt haben, wo die Stimmung ständig schwankt, wo die Kontrolle sehr schwer fällt, wo es auch impulsives Verhalten gibt. Aber diese Medikamente wirken interessanterweise auch bei hoher Suizidalität, so dass man dann auch einen antisuizidalen Effekt durch die Stimmungsstabilisatoren erreichen kann.

Medikamente helfen auch als Einstieg bei lebensgeschichtlich bedingten, im besonderen bei traumatisch bedingten Depressionen, weil hier der Stoffwechsel auch derart beeinträchtigt ist durch die Lebensgeschichte, dass es auf der Ebene gerade des Serotonin-Stoffwechsels zu einer Verbesserung auch der Therapiefähigkeit kommt, und dann für den Einstieg vorübergehend meistens eine beruhigende Medikation hilfreich sein kann. Es gibt dann in Abhängigkeit von den Symptomen auch noch Unterschiede, was die Medikamente angeht. Zum Beispiel gibt es Antidepressiva, die bei Patienten, die eher körperliche Symptome haben im Rahmen ihrer Depression etwas besser helfen. Es gibt Antidepressiva, die bei Patienten, die eher Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen haben oder noch zusätzlich Angststörungen haben, etwas besser helfen. Das heißt, gerade die Behandlung der Depression mit ihrem großen Spektrum und Unterschiedlichkeiten hat mittlerweile auch durch die Forschung ein größeres Spektrum an unterschiedlichen Medikamenten für die jeweiligen individuellen Konstellationen hervorgebracht, sodass das genau abgewogen werden muss.

Auf keinen Fall ist eine Selbstmedikation möglich, also dass man sagt: „Meine Freundin nimmt ein Antidepressivum, und ich bin ja auch depressiv, dann nehme ich mal das gleiche.“ Das kann sehr schief gehen und das bedarf dringend der fachärztlichen Begutachtung, um das richtige Medikament bei einer großen Auswahl von unterschiedlichen Stoffen und unterschiedlichen Indikationen, also Ursachen und Gründen, zu nehmen. Dass das abgewogen wird, ist sehr wichtig.

Die medikamentöse Behandlung ist ein Teil. Es gibt daneben noch andere Aspekte, die ganz wichtig sind und auch ins Biologische und in das Psychische hineingreifen. Das ist zum Beispiel die Empfehlung, so weit wie möglich Bewegung, Sport. Alle möglichen Dinge, die den Lebensalltag gestal-



ten, sollten rhythmisiert werden. Das heißt also, Nahrungsaufnahme soll rhythmisiert werden, also nicht morgens nichts essen, mittags nichts essen und dann nur abends essen oder morgens ganz viel und dann den ganzen Tag nichts mehr. Sondern alles sollte eine Gleichmäßigkeit haben, eine Verteilung, eine Normalisierung sozusagen, eine Gleichförmigkeit erreichen. Alles, was mit Schwankungen zu tun hat, sollte vermieden werden. Es sollte ausreichend Schlaf stattfinden können, das ist sehr wichtig. Und auch zu der Zeit, wo man üblicherweise schläft. Ganz häufig kommt es zu einer Tag-Nacht-Umkehr, das heißt, die Patienten sind nachts aktiv und schlafen tagsüber, was Gift ist für jemanden, der eine affektive Erkrankung hat und es damit zu einer deutlichen Verschlechterung des weiteren Krankheitsverlaufes kommt.

Bei Patienten, die auch saisonal mitbedingte Depressionen haben, kann durchaus eine spezifische Lichttherapie helfen. Das ist jetzt nicht jedes Licht, sondern das sind spezielle Lampen, die man zum Beispiel einsetzen kann. Auch hier hat man Effekte nachgewiesen, dass das hilfreich ist.

Man kann natürlich dann schon den nächsten Schritt machen und versuchen Angehörige mit einzuspannen, also etwas abzunehmen, da wo etwas nicht mehr geht; aber auch dafür zu sensibilisieren, wie der Umgang mit den depressiven Angehörigen stattfinden kann. Wenn der Patient ständig das Gefühl hat, dass alle eigentlich von ihm erwarten, dass er jetzt wieder funktioniert, oder dass die anderen es nicht aushalten, dass er nicht funktioniert, oder dass sie gar nicht verstehen können, dass er nicht funktioniert, wo doch eigentlich alles in Ordnung ist und so weiter und so fort, ist es sehr wichtig, die Umgebung gut aufzuklären, dass eben genau diese klassischen Fehler nicht passieren und der Patient nicht immer mehr in eine Anspannung gerät und in einen Selbstzweifel und damit mehr in die Isolation getrieben wird im Umgang mit seiner Erkrankung.

Weitere wichtige Faktoren sind dann die Psychotherapien und die haben unterschiedliche Teile. Auch bei den rein biologisch bedingten Depressionen ist Psychotherapie notwendig, und zwar einmal, um eine so genannte sekundäre Neurotisierung zu vermeiden. Die Patienten müssen sich ja auseinandersetzen mit ihren Misserfolgserfahrungen und schreiben diese sich auch im Rahmen der Depression oft schuldhaft zu und denken, dass ist jetzt keine psychische Erkrankung, sondern sie sind einfach nur nicht stark genug. Sie denken, sie sind Versager, sie bringen es einfach nicht und sie sind selbst schuld und deswegen ist es ja kein Wunder, dass alle sich von ihnen zurückziehen und dass sie rausgeflogen sind und in der Schule nicht mehr klar kommen und so weiter. Dieses Denken ist natürlich im Rahmen der Depression ganz intensiv und wenn die Depression dann abklingt, lässt das etwas nach, aber trotzdem bleiben diese Erfahrungen zurück: „Ich habe versagt und ich habe schuldhaft versagt.“

Das muss mit einer Psychotherapie begleitet werden. Eine nur reine Medikation ist da nicht sinnvoll. Dadurch entsteht dann auch so etwas wie Psychoedukation, das heißt, gerade bei den affektiven Erkrankungen ist es total wichtig, dass die Patienten Experten für ihre Störungen sind. Dass sie sehr gut wissen, was da eigentlich passiert, dass sie Strategien entwickeln können, auch vorsorglich im Sinne von Rückfallprophylaxe, zum Beispiel was die Schlafregulation angeht. Dass sie Strategien entwickeln können, wie sie vielleicht depressive Episoden verkürzen können, dass sie Notfallsysteme haben, an wen sie sich wenden können, wenn sie suizidal sind, dass also all das stattfinden kann, und sie gute Kenntnisse haben, damit sie eben so weit wie möglich selber mitregulieren können und ihren Lebenslauf, bezogen auf Stimmungsschwankungen aber auch depressive Episoden im Besonderen, wieder so weit es eben möglich ist mit beeinflussen können.



Da wird auch ein Wirksamkeitsgefühl wieder erfahren, denn gerade bei den biologisch bedingten Depressionen ist es ja ein völliges Ausgeliefertsein. Es gibt jetzt keinen Anlass an dem Morgen, wo ich aufstehe und plötzlich eine depressive Episode habe. Und dieses Ausgeliefertsein, und ständig das Gefühl haben, es könnte wieder um die Ecke kommen, ist ja auch furchtbar auszuhalten und insofern ist da Kenntnis und Wissen sehr hilfreich.

Ein bisschen muss man, bezogen auf diesen Aspekt, auf junge erwachsene Patienten achten, die sich ihrer Problematik gewahr werden. Da kann Psychoedukation dazu führen, dass sie, wenn sie sich ganz klar darüber werden und gute Krankheitseinsicht haben, hoffnungslos werden, dass sie einfach damit nicht klar kommen, eine Erkrankung zu haben, die vielleicht ein Leben lang gilt und zu behandeln ist und darin nochmal auch außerhalb einer depressiven Episode in Verzweiflung und Unsicherheit geraten. Gerade sehr kluge Patienten, die sich dann der Konsequenzen, die auch eine affektive Erkrankung haben kann, gewahr werden, sind dann auch gefährdet, genau in dieser Phase suizidal zu werden. Das muss gut begleitet werden, da reicht es also nicht nur, ein Heftchen abzugeben, wo alles drin steht.

Bezogen auf die Traumafolgeerkrankungen und die konfliktbedingten Depressionen ist vor allen Dingen dann, wenn diese auch noch im Kontext mit weiteren beginnenden Störungen wie Essstörungen, Selbstverletzungen etc. einhergehen, eine Psychotherapie spezifisch je nach Situation und Stand des Patienten im Rahmen seiner Konfliktodynamik durchzuführen. Da gibt es Patienten, zum Beispiel wenn eine Essstörung im Vordergrund steht, die Depression schon OK ist und sie von der Essstörung auch loskommen wollen, aber es nicht so richtig funktioniert, weil es schon so einen Suchtcharakter hat, bei denen verhaltenstherapeutische Programme sehr gut helfen.

Auch für bestimmte Aspekte der Depression gibt es verhaltenstherapeutische Programme. Wenn ich Verhaltenstherapie sage, dann heißt es nicht, man therapiert das Verhalten, sondern das ist eine spezifische, ganz klar ausgewiesene untersuchte Technik, die man in bestimmten Reihenfolgen während eines Therapieprozesses anwendet.

Übrigens sind da die Studien so, dass die Kombination von Medikation und Verhaltenstherapie für bestimmte Formen der Depression sich als sehr effektiv erwiesen hat. Dann gibt es aber auch individuelle Situationen, die eher eine – das ist wieder eine spezifische Technik – personenzentrierte Gesprächspsychotherapie notwendig machen oder eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bis hin sogar zu einer analytischen Psychotherapie. Und man muss daneben noch Aspekte gerade bei den traumatisierten Patienten berücksichtigen, die auch unabhängig von der Depression auftauchen. Zum Beispiel immer wieder Erinnerungen an die Traumata, Albträume, Schlafstörungen, die auch dadurch bedingt sind, allgemeine Ängstlichkeit etc. Diese Aspekte müssen ganz spezifisch durch spezifische Techniken behandelt werden, damit das nicht überlappt und man im Grunde zwar die Depressionen ganz gut behandelt, aber die Traumafolgen, die sonst noch eine Rolle spielen, unbehandelt bleiben.

Das heißt, hier gilt wieder das Gleiche, wie insgesamt bei der Behandlung von seelisch erkrankten Kindern und Jugendlichen, dass man sich erlauben muss, die differenzierten Aspekte, die zu einer solchen Erkrankung führen, genau anzugucken und dafür auch ein differenziertes Repertoire zur Verfügung stellt, damit es auch individualisierte Antworten gibt und man nicht auf die Idee



kommt, wenn irgendwo Depression drüber steht, dann gibt es unten eine Antwort und dann führt das dazu, dass der Patient deutlich entlastet wird.

Ich glaube, wenn man das so auf den Weg bringt, dass man dann grade bei Kindern und Jugendlichen – und das ist dann etwas, das wieder Hoffnung macht – mit dem frühzeitigen Beginn einer solchen adäquaten Behandlung dann deutlich die Prognose verbessern kann und es eben auch ein Stück verzögern oder auch mit verhindern kann, dass es bei den Patienten zu einer chronischen schwerwiegenden Erkrankung kommt, die sein Erwachsensein in einem hohen Maße beeinträchtigt.

Da spielen uns sozusagen auch die Zeit und die natürliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ein bisschen in die Hände, denn durch diese Entwicklungsprozesse ins Erwachsenenalter beruhigen sich auch viele Aspekte. Gleichzeitige adäquate Therapien bis zu diesem Zeitpunkt, wo das dann abgelöst wird durch auch ein Stück Beruhigung, was so den Hirnstoffwechsel und diese Umbruchprozesse angeht, können die Prognose deutlich verbessern und damit auch die Krankheitsrate innerhalb des Erwachsenenalters deutlich reduzieren.

Man hat bei der bipolaren Erkrankung zum Beispiel festgestellt, dass eine Behandlung im Kindes- und Jugendalter effektiver ist als im Erwachsenenalter – also häufigere Ansprechraten hat – und die Prognose in Bezug auf die Erkrankung dadurch deutlich verbessert wird.

Wie kann man Kinder und Jugendliche vor depressiven Störungen schützen?

Ich glaube, wenn man Risikokonstellationen kennt und, ohne es herbeizureden und herbeizudenken und zu ängstlich zu sein, dafür sensibilisiert ist, dann kann man mit Sicherheit ein Stück Sensitivität mitbringen in den gesamten Entwicklungsbegleitungsprozess von solchen Kindern, die zum Beispiel genetische Risikofaktoren haben, und früh intervenieren, um einen wirklichen Ausbruch der Erkrankung mindern oder lindern zu helfen.

Ich bin der Meinung, dass gesellschaftlich bedingt diese Aspekte Reizüberflutung und gleichzeitig Unterversorgung sehr bedeutsam sind. Deswegen bin ich sehr dafür, dass es viele Räume gibt, wo Kinder und Jugendliche lernen und sich üben können in Affekterleben und Affektdifferenzierung und -regulation. Dafür braucht es aber erstmal Räume, in denen das auch alles stattfinden kann, und die stehen heute eben nicht mehr im gleichen Maße zur Verfügung, aufgrund der Passivität im Aufnehmen oder aufgrund der Begrenzung der Räume und der Leistungsorientierung, die im Vordergrund steht.

Das kann meines Erachtens einen prophylaktischen Aspekt haben, aber für mich ist ganz klar die so genannte Sekundärprävention – das heißt dann, wenn Erkrankungen aufgetreten sind, diese so früh wie möglich zu erkennen und so früh wie möglich adäquat zu behandeln – einer der wichtigsten Pfade, um schwerwiegende Krankheitsverläufe verhindern zu können.

Wenn wir es dann noch schaffen können, dass es nicht mehr dazu kommt, dass Kinder in unserer Gesellschaft traumatisiert werden oder in emotional missbräuchliche Verhältnisse kommen oder



primär in seltsame Rollenkonflikte gebracht werden innerhalb ihrer Familien, weil es auch den Eltern gut geht und auch diese in stabilen emotionalen und psychischen Situationen leben könnten, dann wäre das mit Sicherheit erfreulich und hilfreich.

Aber ich denke, das Leben hat eben auch diesen Teil der Wechselwirkungen innerhalb von Familien zwischen Eltern und Kind und auch den Generationen davor. Diese Komplexität werden wir mit Sicherheit nicht immer abwenden und verhindern können. Deswegen ist mir das Früherkennen und Frühbehandeln so wichtig.

