

*Jutta Wallmeyer
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Beguinenstr. 6
44388 Dortmund
Tel.: 0231 2222 6666*

Depression bei Kindern

Zunächst ist die depressive Symptomatik abhängig vom Lebensalter der Kinder unterschiedlich in ihrem Beschwerdebild.

Je jünger die Kinder sind, desto mehr unterscheidet sich das Bild einer Depression vom dem im Erwachsenenalter.

Sie sind gekennzeichnet durch deutliche Veränderungen der Stimmungslage der Spielfreude, manchmal mit Angst gemischt. Die Kinder können dadurch in ihrer Entwicklung dadurch beeinträchtigt sein.

Bei Kleinkindern stehen dazu eher körperliche Beschwerden, wie Appetit-, Schlaf-, Wachstums-, und Entwicklungsstörungen oder Bauch- und Kopfschmerzen im Vordergrund. Kleine Kinder können nach einer Anfangsphase mit Schreien und Weinen zunehmend passiver und desinteressierter werden.

Wochen- oder monatelanges Gefühl von Müdigkeit, nichts genießen zu können, Grübeln, Schlafstörungen, das Gefühl der Unzulänglichkeit, Pessimismus, manchmal Klagsamkeit und Entscheidungsschwierigkeiten können Hinweise auf depressives Erleben bei Kinder und Jugendlichen sein.

Bei den 5 bis 6 Jährigen sind mangelnde Motorik, Lustlosigkeit, Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit und Aggressivität auffällig.

Im Schulalter berichten die Kinder dann auch über Traurigkeit, Schuldideen, Versagensängste in der Schule und ziehen sich aus altersentsprechenden Sozialkontakten zurück, manchmal treten erste Suizidgedanken auf.

Im Jugendalter stehen - manchmal verwechselt mit pubertären Verhaltensstörungen - eher Leistungsprobleme, sozialer Rückzug, Antriebs- und Interessensverlust sowie Zukunftsängste, Selbstwertprobleme und gegebenenfalls Suizidalität im Vordergrund. (nicht unähnlich der Erwachsenenendepression). Auch Reizbarkeit, geringe Frustrationstoleranz, Jähzorn und eher histrionisches Verhalten können bei Jugendlichen Ausdruck einer Depression sein.

Durch Nichtteilnahme am altersentsprechenden Alltag können Reifungsstörungen und Entwicklungsverzögerungen in der Sprache, Psychomotorik, Intelligenz und sozialen Reifung entstehen. Dadurch entsteht zwangsläufig ein weiterer Verlust an Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen.

Pubertätskrisen überlappen sich oft problematisch, wie etwa Autoritätskrisen, Identitätskrisen und nicht zu vergessen die nicht immer unproblematische altersentsprechende psychosexuelle Entwicklung.

Bei Jugendlichen bereitet dieser Teufelskreis nicht selten den Boden zu Alkohol, und oder Drogenmissbrauch und gleichzeitig Lebensmüdigkeit.

Häufigkeit: in westlichen Industrieländern liegt die Häufigkeit kindlicher Depressionen zwischen 1,9 und 3,4 % für Grundschul Kinder und zwischen 3,2 und 4,9 % im Jugendalter. Ab dem 13. Lebensjahr treten kindliche Depressionen deutlich häufiger auf.

Noch wichtig, weil nicht selten führt eine zunächst impulsiv- aggressive Verhaltensstörung, beispielsweise im Rahmen eines Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätssyndrom in 30 % der Fälle über zahlreiche Konflikte und damit schwindendem Selbstvertrauen im weiteren Verlauf zu einer depressiven Entwicklung.

Belastungsfaktoren bei Kindern- und Jugendlichen mit depressiven Erkrankungen sind:

- längere Trennungserlebnisse im ersten Lebensjahr und damit nicht geglückte Bindung
- an die erste Bezugsperson
- Verlust eines Elternteils
- konflikthafte Elternbeziehung und Scheidung
- alleinerziehender Elternteil
- psychische oder körperliche Erkrankung eines Elternteils
- Armut, niedriger Sozialstatus

Chronische Belastungen, wie Probleme in sozialen Beziehungen, Mangel an Freundschaften und Zuwendung, vom Kind empfundene geringe Attraktivität, schulische Über- oder Unterforderung Schulwechsel oder auch Misserfolge durch Teilleistungsstörungen können eine Depression auslösen.

Behandlung:

Unabhängig von der Wahl des psychotherapeutischen Verfahrens sind folgende Ziele der Depressionsbehandlung von Kindern und Jugendlichen zu erreichen:

- Abbau belastender Faktoren
- Aufbau positiver Aktivitäten in denen das Kind Erfolgserlebnisse hat
- Strukturierung des Alltags, auch des Lernens
- Förderung vorhandener Stärken, wie stützende Sozialkontakte, Förderung in der Schule etc.
- Training sozialer Kompetenz auch in Gruppen
- Erlernen neuer Problemlösungen, Fragen, statt Resignieren
- Steigerung der Selbstsicherheit und des Selbstwerts.

Zum Abschluss 2 kleine Fallbeispiele: Ein kleiner Junge(10 J) schreibt eine E- Mail, weil er seinen Vater kontaktieren möchte: „Mama hat mir deine E- Mail Adresse besorgt und ich wollte dir mal ein Foto von mir schicken und dich fragen ob du mir auch eins von dir schickst? Ich würde gerne mal sehen wer mein Vater ist und dich eigentlich gerne mal kennenlernen. Kannst du die das vorstellen? Vielleicht magst du mir ja auch deine Telefonnummer schicken und wir können mal telefonieren?“.....Antwort:“ kein Interesse“

Ein kleines Mädchen (9) Jahre ist traurig, anfangs auch ängstlich, spricht leise, spielt leise. Sie bringt keine Kinder mit aus der Schule, verabredet sich nicht. Sie kann schwer einschlafen, isst schlecht.

Sie musste nach Vernachlässigung durch die drogenkranke Mutter von einer Stadt in die andere ziehen zum Vater.....

In der Psychotherapie malt sie ein Jahr lang dunkle Wolken und schwarze Vögel, Schatten und graue Flächen bis sie schließlich altersentsprechende bunte Mädchenbilder malt. Angst und Trauer sind überwunden. Sie hat Freundinnen gefunden, spricht und telefoniert, ist selbstsicherer geworden.

Jutta Wallmeyer, 01. Dezember 2010