

# Der Hilfsverein für Psychischkranke des Kantons Luzern : "Mech schisst's a..." : Depression im Kindes- und Jugendalter

Autor(en): **Heinimann, Thomas**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Fachzeitschrift Heim**

Band (Jahr): **67 (1996)**

Heft 1

PDF erstellt am: **20.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-812413>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Der Hilfsverein für Psychischkranke des Kantons Luzern

## «MECH SCHISST'S A...»

# DEPRESSIONEN IM KINDES- UND JUGENDALTER

Referat von Dr. Thomas Heinimann, Leiter des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Luzern

**rr. Bereits liegt das Herbstseminar des Hilfsvereins für Psychischkranke des Kantons Luzern in Sursee lange Zeit zurück, doch die Thematik «Depressionen im Kindes- und Jugendalter» hat nichts von ihrer Aktualität eingebüsst und ergänzt unsere Berichte aus dem Drogenbereich. Die Zielsetzung der Tagung gilt nach wie vor: «In beängstigendem Masse nehmen die Depressionen bei Kindern und Jugendlichen zu. Wir möchten mit dem Seminar den Ursachen, den Hintergründen dieser Krankheit nachgehen. Was gibt es für Behandlungsmöglichkeiten? Welche Hilfeleistungen können wir den Betroffenen, den Eltern, den Lehrern oder den Bezugspersonen empfehlen? Fragen, die uns immer wieder beschäftigen. Depression – eine Krankheit – welche kein ‚Tabu‘ mehr sein darf – wir müssen darüber reden!»**

**M**it diesen Worten lud 1990 der Hilfsverein für Psychischkranke des Kantons Luzern nach Sursee zur Herbsttagung ein. Kompetente Referenten und Referentinnen setzten sich mit dem Thema der Depression im Kindes- und Jugendalter auseinander. Der Hilfsverein hat dann die Referate gesammelt und in einer Broschüre zusammengefasst, welche als «Schlussbericht» zum Preis von Fr. 10.– erhältlich ist. Wir haben vom Verein die Erlaubnis zum Abdruck des Referates von Dr. med. Thomas Heinimann erhalten.

Doch vorerst: Wer ist der Hilfsverein für Psychischkranke im Kanton Luzern? In der Festschrift zum 120-Jahr-Jubiläum schreibt Klaus Fellmann, Präsident, Regierungsrat des Kantons Luzern:

*1874 wurde der «Hilfsverein für arme Irre im Kanton Luzern» gegründet. 1994 wurde der «Hilfsverein für Psychischkranke im Kanton Luzern» 120 Jahre alt. Im Verlaufe dieser Zeit hat sich das Bild der Psychiatrie und das Verständnis für psychisch kranke Menschen in vielen Bereichen gewandelt. Der Verein hat sich während der vergangenen Jahrzehnte für die Verbesserung der Situation von psychisch kranken Menschen eingesetzt. War die Hilfe in früheren Jahren vor allem auf die finanzielle Unterstützung psychisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen ausgerichtet, verfügt der Verein heute neben einer Informationsstelle über verschiedene betreute und beglei-*

*tete Wohneinrichtungen mit 130 Plätzen. Psychisch Kranken Menschen Lebensraum zur Verfügung zu stellen, in welchem sie Sicherheit und Geborgenheit erfahren können, um in unserer Realität zu bestehen, ist ein wichtiger Zweck unseres Vereins.*

Zu den Institutionen und Fachstellen des Vereins gehören heute: Wohnheim Musegg, Luzern; Wohnheim Säli, Luzern; Wohnheim Kriens, Kriens; Wohnhaus Sonnenbühl, Kriens; Wohngemeinschaften, Luzern; Betreutes Wohnen, Luzern; Begleitetes Wohnen,

Luzern; Informationsstelle für Psychischkranke, Luzern. Die individuelle psychiatrische Betreuung in allen Wohnsituationen erfolgt extern. Die Anmeldung für die Aufnahme in einem der Wohnangebote kann telefonisch oder schriftlich vorgenommen werden bei:

Hilfsverein für Psychischkranke des Kantons Luzern, Geschäftsstelle, Pilatusstrasse 30, 6003 Luzern.

## Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Referat von Dr. med. Thomas Heinimann, Leiter des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Luzern

Ich möchte Ihnen im folgenden einen kurzen Überblick über Depressionen im Kindes- und Jugendalter ohne Anspruch auf Vollständigkeit geben. Ich werde mich vor allem mit der Symptomatologie im Kindes- und Jugendalter, möglichen ursächlichen Faktoren und einigen Aspekten der Behandlung befassen.

Depressionen oder etwas allgemeiner formuliert depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter (wobei mit Syndrom eine Gruppe regelmässig miteinander verknüpfter Symptome gemeint ist) haben in den letzten zirka 10 bis 15 Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Während die Existenz depressiver Syndrome im Jugendalter seit jeher unbestritten ist, gab es bis vor nicht allzu langer Zeit kontroverse Diskussionen darüber, ob es überhaupt echte kindliche Depressionen gibt.

Angaben zur statistischen Häufigkeit von depressiven Syndromen im Kindes- und Jugendalter sind einerseits selten und andererseits variieren die Daten zum Teil beträchtlich, da die verwendeten diagnostischen Kriterien oft recht verschieden sind. Weber und Kuhn fanden zum Beispiel in den 60er Jahren in der Schweiz in unabhängigen Studien

### TAGUNGSBERICHTE

zu beziehen bei:  
Hilfsverein für Psychischkranke  
des Kantons Luzern  
Geschäftsstelle,  
Pilatusstrasse 30,  
6003 Luzern  
Telefon 041-23 11 72

#### «Depressionen im Kindes- und Jugendalter»

(1990) mit Vorträgen von  
Dr. K. Laemmel, O. Eder, Dr. Th. Schiwow,  
Dr. T. Heinimann (Fr. 10.–)

#### «Psychiatrie im Wandel der Zeit»

(1994) mit Vorträgen von Prof. Dr. D. Hell,  
Prof. Dr. A. Uchtenhagen, Dr. R. Gysin,  
Dr. M. Erni (Fr. 10.–)

#### «120 Jahre Hilfsverein für Psychischkranke»

(1994) Jubiläumsschrift (Fr. 5.–)

#### «Macht Arbeitslosigkeit psychisch krank?»

(1995) mit Vorträgen von  
Dr. K. Laemmel, Prof. Dr. I. Udriš,  
Dr. R. Gass, A. Fankhauser (Fr. 10.–)

Häufigkeiten von depressiven Störungen von 3 Prozent respektive 13 Prozent. Seit 1980 werden in den USA und zum Teil auch bei uns neue diagnostische Kriterien für psychische Störungen verwendet, die sich nicht mehr auf theoretische Modelle und mögliche Ursachen beziehen, sondern die rein auf der phänomenologischen Ebene beobachtbare Symptome und Verhaltensweisen erfassen. Dadurch stehen uns vor allem aus den USA vermehrt Angaben zur Häufigkeit von depressiven Störungen zur Verfügung, die anzeigen, dass zunehmend häufiger Depressionen im Kindesalter diagnostiziert werden. Dieser Anstieg scheint nicht nur durch die exaktere diagnostische Erfassung bedingt zu sein, sondern durch eine reale Zunahme von depressiven Störungen. Laut einer amerikanischen Studie der 80er Jahre scheint die Häufigkeit von psychischen Störungen allgemein im Kindesalter nicht niedriger als 11,8 Prozent in einer untersuchten Bevölkerungsgruppe zu liegen.

Depressionen im Vorschulalter sind relativ selten (Häufigkeit bezogen auf die entsprechende Altersgruppe 1 bis 4 Prozent), im Kindesalter häufiger, wobei hier die Angaben beträchtlich divergieren (bis maximal 13 Prozent bei 9- bis 12jährigen Kindern), während für das Jugendalter Werte von 4 bis 5 (bis 10 Prozent) angegeben werden. Bezüglich Geschlechtsverteilung ist zu vermerken, dass es bis zur Pubertät kaum Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung gibt, während in der Pubertät und im Erwachsenenalter das weibliche Geschlecht deutlich stärker betroffen ist.

### Zur Symptomatologie und Diagnostik:

Vorerst ist eine Definition des vieldeutigen Begriffes Depression notwendig. Depressive Verstimmungen als normale Gemütsverfassung müssen einerseits von depressiven Symptomen bei einer psychischen oder körperlichen Störung oder Erkrankung und andererseits von eigentlichen Depressionen als depressives Syndrom unterschieden werden. Bei letzteren spielt die sogenannte endogene Depression eine besondere Rolle. Diese verläuft entweder monophasisch mit immer wiederkehrenden depressiven Schüben oder biphasisch, das heisst mit Wechsel mit manischen Phasen (mit gehobener Stimmung, übermäßigem Antrieb, Ideenflucht usw.). Die endogene Depression ist relativ selten und tritt meist erst in der Pubertät oder im jungen Erwachsenenalter erstmals auf.

Da die depressive Symptomatik bei Kindern alters- und entwicklungsab-

hängig und zum Teil auch durch das Geschlecht beeinflusst ist, kann diese von Fall zu Fall sehr verschieden sein, was unter Umständen bei der Diagnosestellung Schwierigkeiten bereiten kann. Diese kann recht einfach sein, wenn wie zum Beispiel bei der sogenannten anaklitischen Depression im Säuglings- und Kleinkindesalter eine relativ typische Symptomatik und ein

**“ Zunehmend werden häufiger Depressionen im Kindesalter diagnostiziert. ”**

klar erfassbares äusseres Ereignis vorliegt, nämlich eine längere Trennung von der primären Bezugsperson oder andere klar erkennbare Gründe. Die anaklitische Depression wurde 1946 von Spitz zum ersten Mal beschrieben und ist heute bei uns zum Glück selten geworden. Sie wird aber, wie wir beispielsweise von rumänischen Kinderheimen wissen, immer noch beobachtet, wenn es nach einer traumatischen Trennung im Säuglingsalter nicht möglich ist, dem Kind einen adäquaten Ersatz im emotionalen Bereich anzubieten. Ebenfalls oft relativ eindeutig ist die Diagnosestellung bei Jugendlichen, wenn sie bereits erwachsenähnliche Symptome aufweisen (also gedrückte, depressive Grundstimmung, eingeengtes Denken mit Grübeln, oft Schuldgefühle, allgemeine psychomotorische Dämpfung und Verlangsamung oder ängstlich/unruhiges Verhalten, unter Umständen Suizidgedanken). Abgesehen von diesen relativ klaren Diagnosestellungen kann es aber manchmal schwierig sein, die zu Grunde liegende depressive Störung zu erkennen. Ich gehe im folgenden auf einige für diese Altersgruppe spezifische Punkte näher ein:

1. *Je jünger das Kind ist, desto weniger kann es selbst seine Gefühlswelt, die grossen Schwankungen unterworfen ist, erfassen und/oder Auskunft darüber geben.* Für erwachsene Untersucher ist es schwierig bis unmöglich, die Gefühlswelt von Kleinkindern zu verstehen. Kinder können, je nach Entwicklungsstand, erst ab zirka 6 bis 8 Jahren relativ zuverlässige Angaben über den Verlauf respektive die Dauer von Stimmungen, Gefühlen, ihr Selbstwelterleben usw. geben. Bei jüngeren Kindern ist

man auf die Verhaltensbeobachtungen und Einschätzungen von Drittpersonen (Eltern, Kindergärtner/in, Lehrer/in) angewiesen. Die Angaben der Eltern, vor allem der primären Bezugsperson (also meist der Mutter) können zum Teil selbst von deren psychischen Verfassung abhängen. So wird eine depressive Mutter die Symptomatik ihres Kindes eventuell unter- oder dann überbewerten, weil ihr die gefühlsmässige Abgrenzung von ihrem Kind nicht genügend gelingt. Auf jeden Fall bleibt aber die Beobachtung von Drittpersonen ein wichtiger und integraler Bestandteil der diagnostischen Erfassung.

2. *Das klinische Bild ist insofern alters- und entwicklungsabhängig, als es bei Kleinkindern vor allem aus psychosomatischen Symptomen besteht, die dann mit zunehmendem Alter zugunsten der eigentlichen psychischen Symptomatik zurücktreten können.* Ein Kind in der Vorpubertät zeigt dann unter Umständen eine gemischte psychosomatische/psychische Symptomatik, während in der Pubertät im allgemeinen eher die psychischen Symptome im Vordergrund stehen. Der Begriff der sogenannten larvierten Depression aus der Erwachsenenpsychiatrie, mit dem ausgedrückt wird, dass körperliche Symptome im Vordergrund stehen respektive psychische Symptome versteckt sind, stimmt für das Kindesalter nicht, da von der Entwicklung her körperliche Symptome der eigentliche Ausdruck der depressiven Störung sind. Bei Jugendlichen sieht man aber nicht selten, dass die depressive Symptomatik hinter körperlichen Beschwerden oder anderen Auffälligkeiten, auf die ich noch zu sprechen kommen werde, versteckt ist. So gesehen wäre es berechtigt, auch bei Jugendlichen von einer larvierten Depression zu sprechen.

3. *Kinder und Jugendliche haben eine, je nach Alter und Persönlichkeitsstruktur, mehr oder weniger ausgeprägte Tendenz, innere Probleme und negative Gefühle in der Aussenwelt auszuhandeln, das heisst meist an ihren nächsten Bezugspersonen.* Hierin liegt ein grundlegender Unterschied zum Erwachsenenalter, wo dies meist ein innerpsychischer Prozess mit Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen und oft selbstaggressivem Verhalten ist.

Im Zusammenhang mit der erwähnten Tendenz, innerpsychische Pro-

bleme in der Aussenwelt zu agieren, spielt aggressives Verhalten oft eine wichtige Rolle. Kinder machen dann häufig ihre Eltern, meist die Mutter, für ihre negativen Gefühle verantwortlich. Es sind häufiger die Knaben, bei denen aggressive Verhaltensauffälligkeiten als Ausdruck der zugrunde liegenden depressiven Störung gefunden werden. Wir haben es also bei Kindern und vor allem auch bei Jugendlichen oft mit der Abwehr gegen schwer auszuhaltende, depressive Gefühle zu tun, die dann die vordergründige Symptomatik dominieren können (zum Beispiel: Stehlen oder allgemein delinquentes Verhalten, Drogenkonsum, Ess-Störungen und anderes).

4. Kinder und Jugendliche haben zum Teil noch deutliche Schwierigkeiten in ihrem Selbsterleben bezogen auf die Kontinuität ihrer Identität und Gefühlswelt. Dies kann dazu führen, dass depressive Kinder und Jugendliche von ihren negativen Gefühlen quasi überschwemmt werden, vor

**“Kinder machen häufig ihre Eltern, meist die Mutter, für ihre negativen Gefühle verantwortlich.”**

allem auch wenn diese für sie unerklärbar, unter Umständen schnell wechselnd und somit kaum kontrollierbar sind (wie beispielsweise bei einer ersten Phase einer endogenen Depression). Da der/die Jugendliche noch nicht über die Erfahrung und Gewissheit verfügt, dass solche depressive Phasen wieder abklingen, besteht oft eine erhebliche Suizidgefährdung.

Nach dieser Auflistung einiger typischer Merkmale möchte ich mich nun noch im einzelnen mit den beiden wichtigsten Altersabschnitten beschäftigen. Auf die anaklitische Depression und das Vorschulalter gehe ich nicht mehr respektive nicht näher ein.

### Späteres Kindesalter

Wie bereits erwähnt, ist in diesem Altersbereich die Symptomatik von depressiven Syndromen alters- und entwicklungsabhängig und zum Teil auch geschlechtsspezifisch. Vorübergehende Traurigkeit ist zu unterscheiden von

einem eigentlichen depressiven Affekt, der über einige Zeit (mehr als zwei Wochen) konstant anhält. Informationen darüber sind entweder vom Kind selbst zu erhalten oder dann bei jüngeren Kindern über die Beobachtungen der Eltern und anderer Drittpersonen. *Die fehlende Fähigkeit sich zu freuen ist, wenn vorhanden, ein besonders auffallendes Symptom*, ebenso wie über längere Zeit mehrheitlich geäußerte Gefühle von Langeweile und Leere. Depressive Kinder haben oft eine *schlechte Meinung von sich*, bezeichnen sich als dumm, nicht beliebt, und erhalten vielleicht von den Kameraden, die in der Regel gute Beobachter sind, abschätziges Übertönen, was sich wiederum auf das Selbstwörterleben negativ auswirkt. Kinder können, je nach Entwicklungsstand, aber auch schon *quälende Schuldgefühle* haben, was zusammen mit der Selbstwertproblematik wesentliche diagnostische Hinweise liefert. Der *soziale Rückzug* infolge von Kontaktschwäche, Gehemtheit und Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen ist oft ein einschneidender Faktor, der auch nach Abklingen der akuten depressiven Symptomatik weiterbestehen und so zu beträchtlichen sozialen Defiziten führen kann. Des weiteren können folgende Symptome Hinweise auf eine zugrunde liegende depressive Störung sein: *Ängste, Schulleistungsschwierigkeiten, Konzentrationsprobleme, allgemeiner Interesseverlust, übermässige Müdigkeit, verminderte Aktivität und Motorik oder auch Hyperaktivität und Aggressivität, Reizbarkeit, Verwahrlosungserscheinungen und clownhaftes Verhalten, vermehrtes Weinen und psychosomatische Beschwerden wie Schlaf- und Appetitstörungen, Bauch- und seltener Kopfschmerzen, Einnässen sowie oft auch Suizidgedanken*.

Die häufigsten Symptome sind gemäss einer Untersuchung des deutschen Kinderpsychiaters Nissen (1971), der 105 depressive Kinder und Jugendliche untersucht hat: Kontaktschwäche (bei 65 Prozent der Untersuchten), Angst (62 Prozent), Gehemtheit (58 Prozent), Isolierung (49 Prozent), Unsicherheit (43 Prozent), Überangepasstheit (40 Prozent), Aggressivität (38 Prozent), Schüchternheit (31 Prozent), Einnässen bei über 5jährigen Kindern (30 Prozent). Obwohl zu berücksichtigen ist, dass das untersuchte Kollektiv aus Kindern und Jugendlichen besteht, das heisst also die alters- und entwicklungspezifische Symptomatik von daher schon heterogen sein muss, fällt doch auf, dass die *«klassischen» psychischen Symptome wie Bedrücktheit, Grübeln, unmotiviertes Weinen* usw.

jeweils nur bei zirka 20 bis 25 Prozent der depressiven Kinder und Jugendlichen zu finden sind. Ich möchte betonen, dass diese aufgelisteten Symptome einzeln oder auch in Kombination sowohl bei anderen psychischen Störungen wie auch bei ansonsten unauffälligen Kindern vorübergehend auftreten können. Die Untersuchung von Nissen zeigt eine deutliche Diskrepanz der Symptomatik zwischen Knaben und Mädchen. Während die *Knaben* durch-

**“Vorübergehende Traurigkeit ist zu unterscheiden von einem eigentlichen depressiven Affekt.”**

schnittlich eher *verhaltensauffällig, aggressiv, gereizt und kontaktschwach* sind, zeigen die *Mädchen* eher eine *unauffällige und stille Symptomatik mit Hemmungen, Bedrücktheit, Folgsamkeit und Bescheidenheit*. Die depressiven Mädchen sind freundlich in ihrem Verhalten, tendenziell unauffälliger und angepasster, vielleicht auch eher den Erwartungen der Eltern und ihrer Umgebung allgemein entsprechend, so dass die Gefahr besteht, dass ihre Not und Hilfsbedürftigkeit übersehen wird. Die Knaben hingegen fallen eher mit ihren negativen, oft störenden Verhaltensweisen auf, was dazu führt, dass sie und ihre Familie unter Umständen zu einem früheren Zeitpunkt psychologisch-psychiatrische Hilfe erhalten.

Die unterschiedliche Symptomatik zwischen Knaben und Mädchen dürfte, neben anderen Faktoren, einer der Gründe dafür sein, dass im Kindesalter mehr Knaben kinderpsychiatrisch abgeklärt und behandelt werden als Mädchen, während im späteren Pubertätsalter das Verhältnis umgekehrt ist.

### Jugendalter

Wie erwähnt gleicht die Symptomatik zunehmend derjenigen von Erwachsenen und dennoch ist man in vielen Fällen nicht mit einer «Erwachsenensymptomatik» konfrontiert, sondern mit Verhaltensweisen und Symptomen, die man als Ausdruck der Abwehr gegen schwer auszuhaltende Gefühle von Bedrücktheit, Ohnmacht und Hilflosigkeit betrachten muss.

Die Pubertät ist bekanntlich für alle Jugendlichen eine Phase der oft krisenhaft verlaufenden Veränderungen im körperlichen, seelischen, familiären und

sozialen Bereich, wobei der Wunsch nach Autonomie und eigener Identität, verbunden mit der Trauer über den Abschied von der Kindheit, im Vordergrund steht. In dieser Phase kommt es zu oft schnell wechselnden Gefühlszuständen, die für die Jugendlichen, wie aber auch für ihr Umfeld, oft eine starke Belastung darstellen. Die Pubertät ist in vielen Bereichen eine Neuaufgabe der ersten Kindheit, was einerseits eine Chance für korrigierende Erfahrungen sein kann, andererseits aber

## “ Die Untersuchung zeigt eine deutliche Diskrepanz der Symptomatik zwischen Knaben und Mädchen. ”

auch die Gefahr von Dekompensationen durch das Aufbrechen bisher ungelöster, latent vorhandener Konflikte birgt.

*Depressive Syndrome in der Pubertät unterscheiden sich, abgesehen von der Symptomatologie, von denjenigen der Kindheit durch das Auftreten von endogenen Depressionen, den rapiden Anstieg von Suiziden respektive Suizidversuchen und den Drogenkonsum, der oft als Selbstheilungsversuch zu verstehen ist.* Die Suizidrate für Jugendliche und junge Erwachsene liegt gemäss einer WHO-Statistik (1980) in der Schweiz bei 22/100 000 im Alter von 15 bis 24 Jahren, während die Werte in der BRD (16,9) und Österreich (20,4) tiefer liegen. Die Zahl der Suizidversuche liegt um ein Vielfaches höher. Männliche Jugendliche begehen fast dreimal häufiger Suizid als weibliche Jugendliche, während die Rate der Suizidversuche bei den weiblichen Jugendlichen zirka viermal höher ist.

*Der Drogen- und Alkoholkonsum ist für viele Jugendliche ein hilfloser und meist zum Scheitern verurteilter Versuch, mit ihrer Einsamkeit, ihren unerträglichen Gefühlen und Schwierigkeiten besser fertig werden zu können.* Bei nicht wenigen Jugendlichen steht am Anfang ihrer «Drogenkarriere» eine depressive Störung im Vordergrund, die oft nicht erkannt wird, so dass mögliche therapeutische Hilfeleistungen nicht erbracht werden können. Wie bereits bei der Symptomatik der depressiven Syndrome in der Kindheit sind es meiner Erfahrung nach auch in der Pubertät eher die weiblichen Jugendlichen, die bezüglich ihrer Drogengefährdung lange Zeit nicht auffallen, so dass ihr Drogenkonsum oft erst zu einem relativ

späten Zeitpunkt entdeckt wird. Bei den männlichen Jugendlichen ist es im Gegensatz dazu häufig früher der Fall, dass eine Behörde (zum Beispiel Vormundschaftsbehörde oder Jugendanwaltschaft) wegen des sozial eher auffallenden Verhaltens (Delinquenz) eingreift und unter Umständen eine jugendpsychiatrische Begutachtung, ambulant oder stationär in einer Beobachtungsstation, in die Wege leitet.

Ich habe in meiner zweijährigen Tätigkeit als Psychiater in einer Beobachtungsstation und einem Durchgangsheim für weibliche dissoziale Jugendliche etliche Mädchen gesehen, die – meist aus Angst, Scham und mangelndem Vertrauen in echte Hilfe und Unterstützung – ihren Drogenkonsum lange Zeit geheimgehalten oder wenigstens bagatellisieren konnten. Als ihr Drogenkonsum nicht mehr länger zu verheimlichen war, standen die Sekundärfolgen des Drogenkonsums – körperliche und psychische Abhängigkeit, Beschaffungsdelinquenz, unter Umständen Prostitution und positiver HIV-Test – derart im Vordergrund, dass die therapeutischen Massnahmen sich danach richten mussten, wenn diese überhaupt noch zu sinnvollen Lösungsmöglichkeiten führen konnten. Die ursprüngliche, sehr oft depressive Problematik, die aber nicht oder nicht genügend als innere Not der Jugendlichen wahr- und ernstgenommen wird, kann zur Drogenabhängigkeit mit den allgemein bekannten Folgen führen: Randgruppensein, soziale Verelendung, Delinquenz, AIDS und allzuoft Tod.

Wenn man zu den offiziell und statistisch erfassbaren Suizidopfern noch all die jungen Drogentoten und eine unbekannte, aber vermutlich recht hohe Zahl von Unfallopfern aus latent suizidalen Impulsen heraus dazurechnen würde, käme man vermutlich auf eine recht hohe Zahl von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die in unserem Land sich jährlich aus bewussten oder unbewussten Suizidimpulsen heraus das Leben nimmt.

### Einteilung der Depression

Ich beziehe mich dabei auf die bewährte Einteilung in psychogene, körperlich bedingte und endogene Depressionen und nicht auf die eingangs erwähnten amerikanischen Diagnose-Kriterien (DSM III).

Laut Nissen (1971) sind 75 Prozent der Depressionen im Kindes- und Jugendalter psychisch, 10 bis 15 Prozent körperlich und 5 bis 10 Prozent endogen bedingt. Die psychogenen Depressionen können in reaktiv und neurotisch bedingte Formen eingeteilt wer-

den. Während bei den reaktiven Depressionen akute, traumatisierende oder über längere Zeit andauernde, überfordernde Ereignisse und Situationen depressionsauslösend sind, liegen den neurotischen Formen unverarbeitete, innerpsychische Konflikte in der Kindheit zugrunde, die später, bedingt durch aktuelle Schwierigkeiten, wiederbelebt werden und zu neurotischen Depressionen führen können.

Bei den körperlich bedingten Depressionen handelt es sich entweder um solche, die im Zusammenhang mit meist seit der Geburt vorhandenen, hirnorganischen Funktionsstörungen stehen oder um Begleitdepressionen bei Stoffwechselstörungen, Infektionen, Vergiftungen oder schweren chronischen Krankheiten. Gerade bei den chronischen, körperlichen Krankheiten steht die Behandlung der Grundkrankheit oft dermassen im Vordergrund, dass depressive Verstimmungszustände nicht oder nicht genügend beachtet werden. Ich erinnere mich beispielsweise an eine Jugendliche mit einer Suchtproblematik, die über Jahre hinweg wegen einer Nierenerkrankung immer wieder hospitalisiert wurde und die Diät einhalten musste. In der Pubertät kam es dann, nachdem von seiten der Nierenerkrankung schon längere Zeit keine Probleme mehr bestanden hatten, zu einer depressiv gefärbten Krise, wobei sich die depressive Symptomatik in Form von aggressivem Verhalten, Davonlaufen, Drogen- und Alkoholkonsum zeigte.

Bei den endogenen Depressionen spielen Vererbung und Konstitution, aber auch die Umweltbedingungen eine entscheidende Rolle.

### Mögliche Ursachen für Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Depressionen können in der Regel nicht auf eine alleinige Ursache zurückgeführt werden, sondern meist handelt es sich um eine Kombination von verschiedenen Faktoren individueller, familiärer und gesellschaftlicher Art. Ich gehe im folgenden auf einige dieser Faktoren ein, die bei der Entstehung vor allem psychogener Depressionen eine Rolle spielen können.

*Bei den individuellen und familiären Faktoren ist einerseits die frühkindliche Entwicklung, vor allem in Hinblick auf die Beziehung zu den Eltern respektive Elternersatzpersonen und andererseits die aktuelle persönliche, familiäre und auch soziale Situation zu berücksichtigen.* Die frühe Kindheit ist sehr wichtig, da in dieser Zeit die primäre Bezugs-

# Fusspflege im Heim

**Leitung:** Rahel Dossenbach Weber,  
dipl. Podologin, Wiesendangen

**Datum/Ort:** Donnerstag, 28. März 1996,  
13.30 bis 16.30 Uhr, Altersheim Limmat,  
Limmatstrasse 186, 8005 Zürich

**Unsere Füsse dürfen nicht vernachlässigt werden. Als MitarbeiterIn in der Pflege ist es wichtig, dass Sie einschätzen können, wann Ihre Pensionäre eine Fachkraft brauchen. Am Modell zeigen und üben wir jene Arbeiten, die Sie im Rahmen der Grundpflege selber ausführen können.**

## Inhalt:

- Kurzer Abriss über den Podologen-Beruf
- Pathologie (Fuss- und Nagelkrankheiten; am Dia erklärt)
- Praktisches Arbeiten (Nägelschneiden, Desinfektionen, Wundpflege)

**Zielpublikum:** PflegerInnen und HeimmitarbeiterInnen

**Methodik/Arbeitsweise:** Diavortrag,  
Fragenbeantwortung, Demonstration und Üben  
am Modell

**Teilnehmerzahl:** ist auf 15 beschränkt. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eintreffens berücksichtigt.

## Kurskosten:

- Fr. 120.- für persönliche Mitglieder des Heimverbandes
- Fr. 140.- für Teilnehmende aus Mitglied-Heimen
- Fr. 160.- für Nicht-Mitglieder

**Ameldung:** sobald wie möglich, spätestens bis 1. März 1996 an den Heimverband Schweiz, Kurssekretariat, Postfach, 8034 Zürich. Sofern die Anmeldung nicht mehr berücksichtigt werden kann, teilen wir Ihnen dies sofort mit; ohne Gegenbericht konnten wir Ihre Anmeldung berücksichtigen, und Sie erhalten die Kurseinladung spätestens eine Woche vor Kursbeginn.

## Anmeldung

Fusspflege im Heim – Kurs Nr. 28

Name/Vorname

genaue Privatadresse

Telefon P

Telefon G

Name und vollständige Adresse des Heims

Tätigkeit / Funktion im Heim

Unterschrift und Datum

Mitgliedschaft des Heims

Persönliche Mitgliedschaft

Bei Rückzug der Anmeldung nach Ablauf der Anmeldefrist müssen wir eine Annullationsgebühr von Fr. 50.- berechnen.

Wer sich später als 5 Tage vor Kursbeginn abmeldet, hat keinen Anspruch auf Erlass oder Rückerstattung des Kursgeldes.

# Der Mensch – ein Entwurf

**Leitung:** Paul Gmünder, Dipl.-Theol., Bildungsbeauftragter Heimverband Schweiz;  
Lisa Schmuckli, Philosophin, Publizistin, Dozentin an der Höheren Fachschule im Sozialbereich HFS Zentralschweiz

**Datum/Ort:** Montag, 1. April 1996, 9.15 bis 17.00 Uhr,  
Romerohaus, Kreuzbuchstrasse 44, 6006 Luzern

**«Was tun Sie», wurde Herr K. gefragt, «wenn Sie einen Menschen lieben?»  
«Ich mache einen Entwurf von ihm», sagte Herr K., «und Sorge, dass er ihm ähnlich wird».  
«Wer? Der Entwurf?» «Nein», sagte Herr K., «der Mensch». (B. Brecht)**

**Jeder Mensch lässt sich – bewusst oder unbewusst – in seinem Denken, Fühlen, Wollen und Handeln durch bestimmte Vorstellungen und Bilder über «den Menschen» leiten. Er macht nicht nur von sich selbst, sondern auch von seinen Mitmenschen Entwürfe. Wie nehmen Menschen sich gegenseitig wahr? Welche Selbst- und Fremdbilder liegen diesen Wahrnehmungen und Entwürfen zugrunde? Wie prägt das Geschlecht diese Selbst- und Fremdbilder?**

**Im Kontext der Institution «Heim» treffen die unterschiedlichsten Menschenbilder aufeinander und lösen nicht selten Konflikte aus: Heimkommission, Heimleitung, MitarbeiterInnen, HeimbewohnerInnen – sie alle bringen ihren eigenen Entwurf vom Menschen in den Alltag hinein.**

**Wird in der Alltagsroutine der Mensch oder aber der Entwurf der Institution «Heim» angepasst?**

**Das Seminar will zu Reflexionen über Selbst- und Fremdentwürfe anregen und dazu beitragen, mit Differenzen verständnisvoll und konstruktiv umzugehen.**

**Zielpublikum:** AbsolventInnen der Diplomausbildung für Heimleitungen sowie weitere Interessierte aus dem Heimbereich

**Teilnehmerzahl:** ist auf 30 beschränkt. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eintreffens berücksichtigt.

**Kurskosten:**

Fr. 185.– für persönliche Mitglieder des Heimverbandes  
Fr. 215.– für Teilnehmende aus Mitglied-Heimen  
Fr. 250.– für Nicht-Mitglieder  
zuzüglich Fr. 24.– (inkl. MWST)  
für Mittagessen, Mittagsgetränke, Begrüssungskaffee

**Anmeldung:** sobald wie möglich, spätestens bis 1. März 1996 an den Heimverband Schweiz, Kurssekretariat, Postfach, 8034 Zürich. Sofern die Anmeldung nicht mehr berücksichtigt werden kann, teilen wir Ihnen dies sofort mit; ohne Gegenbericht konnten wir Ihre Anmeldung berücksichtigen, und Sie erhalten die Kurseinladung spätestens eine Woche vor Kursbeginn.

## Anmeldung

Der Mensch – ein Entwurf – Kurs Nr. 2

Name/Vorname

genaue Privatadresse

Telefon P

Telefon G

Name und vollständige Adresse des Heims

Tätigkeit / Funktion im Heim

Unterschrift und Datum

Mitgliedschaft des Heims

Persönliche Mitgliedschaft

Bei Rückzug der Anmeldung nach Ablauf der Anmeldefrist müssen wir eine Annullationsgebühr von Fr. 50.– berechnen.

Wer sich später als 5 Tage vor Kursbeginn abmeldet, hat keinen Anspruch auf Erlass oder Rückerstattung des Kursgeldes.

# Arbeitsrecht und Arbeitsvertragsrecht

Seminar für alle Interessierten

**Leitung:** Dr. iur. Urs Hess, Rechtsanwalt und Notar,  
Luzern

**Teilnehmerzahl:** ist auf 30 beschränkt. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eintreffens berücksichtigt.

**Datum/Ort:** Dienstag, 2. April 1996, 9.30 bis 16.30 Uhr,  
Romerohaus, Kreuzbuchstrasse 44, 6006 Luzern

## Inhalt:

### Arbeitsrecht

- **Grundzüge des schweizerischen Arbeitsrechts**

### Arbeitsvertragsrecht

- **Grundzüge des Arbeitsvertragsrechts**
- **Vertragliche Regelung über:**
  - **Aufgaben und Leistungspflicht des Arbeitnehmers**
  - **Lohnzahlung und Entschädigung**
  - **Ferien, Freizeit und Urlaub**
  - **Sozialleistungen bei Krankheit und Urlaub**
  - **Weitere Sozialleistungen (BVG usw.)**
  - **Kündigungsrecht**

## Kurskosten:

- Fr. 185.- für persönliche Mitglieder des Heimverbandes
- Fr. 215.- für Teilnehmende aus Mitglied-Heimen
- Fr. 250.- für Nicht-Mitglieder
- zuzüglich Fr. 24.- (inkl. MWST) für Mittagessen, Mittagetränke, Begrüssungskaffee

**Ameldung:** sobald wie möglich, spätestens bis 1. März 1996 an den Heimverband Schweiz, Kurssekretariat, Postfach, 8034 Zürich. Sofern die Anmeldung nicht mehr berücksichtigt werden kann, teilen wir Ihnen dies sofort mit; ohne Gegenbericht konnten wir Ihre Anmeldung berücksichtigen, und Sie erhalten die Kurseinladung spätestens eine Woche vor Kursbeginn.

## Anmeldung

Arbeitsrecht und Arbeitsvertragsrecht – Kurs Nr. 18

Name/Vorname

genaue Privatadresse

Telefon P

Telefon G

Name und vollständige Adresse des Heims

Tätigkeit / Funktion im Heim

Unterschrift und Datum

Mitgliedschaft des Heims

Persönliche Mitgliedschaft

Bei Rückzug der Anmeldung nach Ablauf der Anmeldefrist müssen wir eine Annullationsgebühr von Fr. 50.- berechnen.

Wer sich später als 5 Tage vor Kursbeginn abmeldet, hat keinen Anspruch auf Erlass oder Rückerstattung des Kursgeldes.



Der Computer als Arbeitsgerät für Heimleiterinnen und Heimleiter

# Einführungskurs Word 6.0

Ein unkonventioneller Computerkurs auf der Basis von Werkstattunterricht und neuen Lernformen für Einsteigerinnen und Einsteiger

**Leitung:** Paul Biagioli, Heimleiter, Lachen;  
Christof Geser, EDV-Ausbildner, Wil

**Hinweis:** Wer sich vor einer Anmeldung gerne näher über den Kurs informieren möchte, wird gebeten, direkt mit dem Kurssekretariat (Tel. 01/383 47 07) in Verbindung zu treten.

**Datum:** 9. bis 11. April 1996,  
jeweils 09.30 bis 16.30 Uhr (Nr. 19a)

**Methodik/Arbeitsweise:** Werkstattunterricht, Gruppenunterricht, eigenständiges Lernen. Pro Person steht ein PC-Arbeitsplatz zur Verfügung.

Wiederholung: 16. bis 18. Oktober 1996, jeweils 09.30 bis 16.30 Uhr (Nr. 19b)

**Teilnehmerzahl:** ist auf 14 beschränkt. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eintreffens berücksichtigt.

**Ort:** Toggenburgische Kaufmännische Berufsschule, 9620 Lichtensteig

**Kurskosten:**  
Fr. 600.– für persönliche Mitglieder des Heimverbandes  
Fr. 700.– für Teilnehmende aus Mitglied-Heimen  
Fr. 800.– für Nicht-Mitglieder zuzüglich Verpflegung

Die Arbeit am Computer soll ein persönlicher Lernprozess werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bestimmen ihr Lerntempo selbst. Am Ende der drei Kurstage ist ein sicherer Umgang mit Word 6.0 sowie eine sinnvolle Verwaltung der Texte gewährleistet.

**Anmeldung:** sobald wie möglich, spätestens bis 1. März 1996 (19a) bzw. 6. September 1996 (19b) an den Heimverband Schweiz, Kurssekretariat, Postfach, 8034 Zürich. Sofern die Anmeldung nicht mehr berücksichtigt werden kann, teilen wir Ihnen dies sofort mit; ohne Gegenbericht konnten wir Ihre Anmeldung berücksichtigen, und Sie erhalten die Kurseinladung spätestens eine Woche vor Kursbeginn.

In der Leiterkombination von erfahrener Anwender und Methodiker liegt die Chance, den Computereinstieg anhand von konkreten Beispielen aus dem Heimalltag praxisbezogen zu erlernen.

## Anmeldung

Einführungskurse Word 6.0  Kurs 19a  Kurs 19b

Name/Vorname

genaue Privatadresse

Telefon P

Telefon G

Name und vollständige Adresse des Heims

Tätigkeit / Funktion im Heim

Unterschrift und Datum

Mitgliedschaft des Heims

Persönliche Mitgliedschaft

Bei Rückzug der Anmeldung nach Ablauf der Anmeldefrist müssen wir eine Annullationsgebühr von Fr. 150.– berechnen.

Wer sich später als 5 Tage vor Kursbeginn abmeldet, hat keinen Anspruch auf Erlass oder Rückerstattung des Kursgeldes.

person sich auf die Bedürfnisse und Wünsche des Säuglings gefühlsmässig einstellen muss, wodurch ein emotionaler Dialog entsteht, bei dem bewusste und unbewusste Phantasien, Wünsche und Erwartungen entscheidend modifiziert und gegenseitig angepasst werden. Vertrauen und Abhängigkeit, gefolgt von einem kontinuierlichen Prozess von Loslösung und Autonomie, sind wichtige Grundpfeiler für eine gesunde psychische Entwicklung. Wenn diese Prozesse auf gravierende Art und Weise gestört sind, kann sich dies unter Umständen zu einem späteren Zeitpunkt in einer vermehrten

## “ Die Pubertät ist in vielen Bereichen eine Neuauflage der ersten Kindheit. ”

Anfälligkeit für depressive und andere psychische Störungen auswirken. Die frühkindliche Beziehungsmodalität kann durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden: angeborene, körperlich bedingte Auffälligkeiten, die sich sekundär negativ auf die Beziehung (meist Mutter-Kind) auswirken oder dann Schwierigkeiten bei der Bezugsperson, die aufgrund zum Beispiel schwerer depressiver Verstimmungen sich nicht genügend auf den Säugling oder das Kleinkind einstellen kann. Es muss aber betont werden, dass solche Auffälligkeiten in den primären Beziehungen nicht in jedem Fall zu späteren psychischen Schwierigkeiten führen müssen, sondern es spielen auch andere Faktoren wie Konstitution, spätere Beziehungsmuster, allfällige Ersatzbezugspersonen und die aktuelle Lebenssituation eine entscheidende Rolle. Wenn man die Entwicklung im Kindes- und Jugendalter mit einem Hausbau vergleichen würde, so könnte man die ersten Lebensjahre quasi als Fundament bezeichnen: entweder ist das Fundament von Anfang an stabil genug oder es braucht später zusätzliche Stützen, um einen Sturm (wie zum Beispiel spätere Krisen) ohne respektive ohne größeren Schaden überstehen zu können.

Bei den familiären Faktoren ist unter anderem zu berücksichtigen, wie die Eltern mit ihrer Doppelfunktion als Ehepartner und Eltern umgehen. Die Erziehungshaltung der Eltern, die durch bewusste und unbewusste Erinnerungen und Wertmaßstäbe aus der eigenen Kindheit beeinflusst wird, ist ein zentra-

ler Aspekt. Zu rigide und einseitige Einstellungen wie auch inkonsequente, keine Grenzen setzende oder zwischen den Eltern stark divergierende Erziehungshaltungen können negative Folgen für die Entwicklung eines Kindes haben. Die Erziehungshaltung ist stark vom sogenannten Zeitgeist und soziokulturellen Einflüssen geprägt (zum Beispiel autoritäre oder antiautoritäre Erziehung).

*Chronische Ehespannungen können zu einem emotional wenig Sicherheit und Halt gebenden familiären Klima führen.* Kinder können als Ersatzpartner gebraucht, respektive missbraucht werden, was diese wiederum in Loyalitätskonflikte bringen kann. Psychische und andere schwerwiegende Probleme eines oder beider Elternteile können sich negativ auf die ganze Familie auswirken. Die bevorstehende Ablösung eines oder einer Jugendlichen aus der Familie kann für das ganze familiäre System etwas Bedrohliches darstellen, wenn der/die Jugendliche für die Erhaltung der Familie, die Ehebeziehung oder für das psychische Gleichgewicht eines Elternteils eine entscheidende Rolle hat.

Bei den *gesellschaftlichen Faktoren* kann ich wiederum nur auf einige der mir wichtig erscheinenden Punkte hinweisen. Wir leben bekanntlich in einer hektischen, schnell und radikal sich verändernden Welt, die gekennzeichnet ist durch Umweltverschmutzung und -zerstörung, potentiell atomare Gefährdung und andere äussere Bedrohungen sowie eine Unsicherheit bezüglich moralischer, ethischer, religiöser und familiärer Wertvorstellungen. Dies kann, vor allem bei sensiblen und kritischen Jugendlichen, zu Angst, Verunsicherung, oft auch Resignation und Hoffnungslosigkeit führen. Unsere Gesellschaft bietet den Kindern und Jugendlichen zwar viele Freiheiten und Möglichkeiten an, diese sind aber vorwiegend auf Konsum, Passivität und schlussendlich Anpassung ausgerichtet. Kreativität, Engagement und Identifikation mit Gleichgesinnten in bezug auf gemeinsame Ziele, Vorstellungen und Taten drohen einer zunehmenden Isolierung, Langeweile und Beziehungslosigkeit zum Opfer zu fallen.

*Äusserlichkeiten* – mehr Schein als Sein –, *Leistungsdruck* und *Versagensängste* sind, um nur einige zu nennen, Schlagworte, die unsere heutige hochzivilisierte, westliche Kulturgesellschaft charakterisieren. In dieser Zeit ist es für manche Jugendliche sehr schwer, ihren Platz in dieser Gesellschaft zu finden: zurück in die mehr oder weniger vorhanden gewesene Sicherheit und Geborgenheit der Kindheit können sie

nicht, und der Weg nach vorne in die Zukunft ist ungewiss, unsicher und oft auch bedrohlich. Das Jugendalter ist heute gegenüber früheren Zeiten und auch gegenüber anderen Kulturen verlängert (zum Beispiel wegen der längeren Ausbildungszeiten), was für gewisse Jugendliche sicher Vorteile und Chancen bringt, für andere aber auch eine gewisse Gefährdung, weil sie auf diesem langen Weg zwischen Kindheit und endgültiger Erwachsenenidentität oft alleine, ohne strukturierende Hilfen und Halt gebende Vorbilder sind. Wenn früh traumatisierte oder allgemein labile Jugendliche noch zusätzlich durch familiäre Probleme, Schul- und Beziehungsschwierigkeiten usw. verunsichert werden, kann es leicht zu depressiven Krisen oder anderen psychischen Schwierigkeiten kommen.

### Behandlungsmöglichkeiten

Ich hoffe, mit den bisherigen Ausführungen dargelegt zu haben, dass die Erkennung von depressiven Zuständen im Kindes- und Jugendalter zum Teil nicht so einfach ist, weil die Symptome oft nicht auf den ersten Blick auf eine Depression hinweisen. Es braucht deshalb vertiefte Abklärungen durch Fachleute aus dem Bereich Kinderpsychiatrie und -psychologie und Miteinbezug und Mitarbeit der Eltern, oft der ganzen Familie, der Kindergärtner und Kindergärtnerinnen, Lehrer und Lehrerinnen und je nachdem der Haus- und Kinderärzte/innen, der Erwachsenenpsychiatrie, des Schulpsychologischen Dienstes und allfällig schon involvierter behördlicher Instanzen usw. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Fachleuten aus verschiedenen Bereichen ist nicht nur für die diagnostische Phase, sondern auch für die Behandlung wichtig. Wenn beispielsweise bei der Abklärung eines Kindes mit einer depressiven Symptomatik deutlich wird, dass diese als reaktiv auf eine schwere, bisher unbehandelte psychische Problematik eines Elternteils anzusehen ist, so kann es beim Kind bereits zu einer deutlichen Entlastung kommen, wenn es gelingt, dem betreffenden Elternteil den Zusammenhang mit den eigenen Schwierigkeiten bewusst zu machen und ihn unter Umständen für eine eigene psychotherapeutische Behandlung zu motivieren. Oder umgekehrt kann es sinnvoll und nötig sein, dass die Kinderpsychiatrie von den Erwachsenenpsychiatern zugezogen wird, wenn es um die Betreuung oder Behandlung von Kindern psychisch kranker Eltern geht. Oder, um ein letztes Beispiel zu nennen, kann bei einer Abklärung her-

vorgehen, dass die depressive Symptomatik eines Kindes in direktem Zusammenhang mit Schulschwierigkeiten infolge intellektueller Überforderung steht, so dass in Zusammenarbeit mit den Eltern und der Schule notwendige

**“ Depressionen können in der Regel nicht auf eine alleinige Ursache zurückgeführt werden. ”**

Veränderungen vorgenommen werden müssen.

Es geht bei der Abklärungsphase also darum, die der depressiven Symptomatik zugrunde liegenden Probleme und Schwierigkeiten zu erfassen und notwendige Schritte und Therapien in die Wege zu leiten.

Wenn aus der Abklärung hervorgeht, dass eine psychiatrisch behandlungsbedürftige Depression vorliegt, dann ist zu entscheiden, ob eine Einzel- oder Familientherapie (eventuell kombiniert mit einer medikamentösen Behandlung) oder eine Elternberatung notwendig ist. Eine Einzeltherapie ist dann zu überlegen, wenn das Kind oder der/die Jugendliche eine bereits verinnerlichte, depressive Störung hat, die ohne Behandlung vermutlich zu einer chronischen Depression führen wird, die die weitere Entwicklung hemmt und gefährdet. Die Voraussetzungen für eine solche Therapie, die

regelmässig, meist mindestens einmal pro Woche über eine längere Zeit durchgeführt wird, sind neben der Therapiefähigkeit und je nach Alter auch Motivation ein einigermaßen stabiles Umfeld und eine gute Kooperation der Eltern oder Elternersatzpersonen. Bei Kindern ist neben der Einzeltherapie auch eine je nach Situation und Problematik der Familie mehr oder weniger intensive Elternberatung notwendig. Bei älteren Jugendlichen, die sich vielleicht auch selbst für eine Behandlung gemeldet haben, kann die Elternbeteiligung wegfallen oder nur sehr rudimentär sein.

Eine Familientherapie kann indiziert sein, wenn bei der Abklärung deutlich wird, dass das Kind oder der/die Jugendliche zwar Symptomträger/in ist, dass aber im Grunde genommen eine familiäre Problematik vorliegt.

Eine längere, medikamentöse Therapie mit Antidepressiva oder allenfalls auch niederpotenten Neuroleptika sollte nie alleine durchgeführt werden, sondern in Kombination mit und zur Unterstützung einer psychotherapeutischen Behandlung. Die Notwendigkeit und der Nutzen einer medikamentösen Therapie sollte sorgfältig abgewogen werden. Die Indikation für eine derartige Behandlung sollte einerseits im Hinblick auf das momentane Ziel und andererseits aber auch auf mögliche spätere, unter Umständen negative Auswirkungen hin geprüft werden. Solche potentiell negative Folgen könnten beispielsweise sein, dass die Familie und/oder das Kind sich auch bei späteren Krisen passiv/resigniert und vorwie-

gend hilflos verhält, statt sich aktiv um Lösungen und Konfliktbewältigungen zu bemühen. Durch sehr schnelle Medikamentenverschreibungen kann unter Umständen ein Verhaltensmuster unbeabsichtigt unterstützt werden, das ohnehin bei uns weit verbreitet ist, nämlich der Griff zu Medikamenten, Alkohol und Drogen in Spannungs- und Belastungssituationen. Dadurch kann ein schon vorhandenes Gefühl von Abhängigkeit und Hilflosigkeit noch verstärkt werden, was sich wiederum auf das Selbstwertgefühl und die seelische Befindlichkeit negativ auswirken kann. Trotz aller notwendigen Zurückhaltung sollten meines Erachtens Behandlungen mit antidepressiven Medikamenten bei Kindern und Jugendlichen aber nicht grundsätzlich abgelehnt werden. Es gibt klare Indikationen, so zum Beispiel schwere und vor allem auch endogene Depressionen, bei denen die medikamentöse Therapie erst die psychotherapeutische Arbeit ermöglicht.

Als Letztes möchte ich noch die Elternberatung erwähnen. Sie kann entweder als Begleitung und integraler Bestandteil einer Kindertherapie durchgeführt werden oder aber auch, vor allem bei kleineren Kindern oder bei noch nicht so gravierenden Störungen, als alleinige Behandlung.

*Die zunehmende Häufigkeit von Depressionen im Kindes- und Jugendalter ist etwas, was uns alle angeht, quasi ein Signal, das ernst genommen werden muss und Anlass sein soll, sich Gedanken über unsere Gegenwart und Zukunft zu machen.* ■

## Sektion Bern

# Führung als aktive Gestaltung von Prozessen und Veränderungen

## Seminar für leitende Mitarbeiterinnen mit Führungs- und Personalverantwortung

- Arbeitsinhalte:
- Allgemeine und spezielle Führungsfragen der TeilnehmerInnen
  - Mein Führungsverhalten; neue Führungsaspekte kennenlernen
  - Mein Umgang mit Mehrfachrollen
  - Schwierige Gespräche mit MitarbeiterInnen
  - Mein Verhalten in Konfliktsituationen
- Arbeitsform: Lernen anhand von Praxisbeispielen / Verarbeitung selbstgewählter Themen
- Leitung: **Peter Eggen**, Organisationsberater/Supervisor
- Zulassung: Kader-Mitarbeiterinnen
- Teilnehmerzahl: Maximal 14 Personen (Berücksichtigung nach Anmeldeungseingang)
- Termine: 20./21. Mai, 18. Juni, 3. September, 29. Oktober
- Kursorte: Hotel Meielisalp, Leissigen; Stiftung Tannacker, Moosseedorf
- Kosten: Fr. 1450.–. Für Mitglieder des HVS, Sektion Bern, Fr. 200.– Ermässigung
- Anmeldung: Heimverband Schweiz, Sektion Bern, Geschäftsstelle, Muristrasse 38, Telefon 031/351 24 74
- Auskünfte: Organisation: P. Rosatti, 3302 Moosseedorf, Telefon 031/858 01 12  
Inhalte: P. Eggen, 3322 Schönbühl, Tel. 031/859 73 85