



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Depressive Kinder und Jugendliche im Kontext Schule. Eine religionspädagogische Reflexion

Verfasserin

Verena Fink

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Theologie (Mag. theol.)

Wien, im April 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 012

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Katholische Religionspädagogik

Betreuerin:

Dr. Andrea Lehner-Hartmann

Vorwort

Im Sommer 2011 hatte ich die Möglichkeit im Rahmen des Lehrgangs „Psychotherapeutisches Propädeutikum“, welchen ich begleitend zu meinem Studium belege, ein Praktikum in einer sozialpädagogischen und sozialtherapeutischen Jugendwohngemeinschaft zu absolvieren. Diese Einrichtung ist spezialisiert auf Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen. Ich hatte viel Kontakt mit diesen Jugendlichen und durfte sie in ihrem Alltag begleiten und diesen mit ihnen gestalten. Einer der Jugendlichen war schwer depressiv. Dieser junge Mann hatte aufgrund zweier Suizidversuche bereits zwei Aufenthalte in der Kinderpsychiatrie, sowie in verschiedenen Krisenzentren hinter sich. Ich habe mir oft die Frage gestellt, wie ich mich als Lehrerin verhielte, wenn ich solche Jugendliche in der Klasse hätte.

Diese Erfahrung, das prinzipielle Interesse an psychosozialen Zusammenhängen und die Frage, wie ich dieses Interesse mit meinem Studium der Religionspädagogik verbinden kann, haben mich zum Thema dieser Arbeit geführt.

Großer Dank gilt meiner Familie und meinen Freunden, die mich auf meinem Weg immer wieder unterstützt und motiviert haben. Dank gilt auch meiner Diplomarbeitsbetreuerin Dr. Andrea Lehner-Hartmann, die mich mit ihrer offenen und engagierten Art während meines Arbeitsprozesses gut begleitet hat.

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	7
1.TEIL DAS PHÄNOMEN DER DEPRESSION	9
1.1 Depression-Was ist das?	9
1.2 Verschiedene Gesichter depressiver Störungen	10
1.2.1 Die Grenze zwischen gesund und krank	15
1.3 Klinische Merkmale einer Depression	16
1.3.1 Klassifikation	17
1.3.2 ICD 10	17
1.3.3 ICD 10 Klassifikation bei Kindern und Jugendlichen	19
1.3.4 DSM IV	20
1.4 Epidemiologie und Prävalenz	20
1.4.1 Kritischer Umgang mit Zahlen	21
1.5 Komorbidität	22
1.5.1 Ursachen von Komorbidität	23
1.5.2 Unterschiede in Geschlecht und Entwicklung	23
1.6 Suizidalität	24
1.7 Risikofaktoren für Depression	26
1.7.1 Biologische Faktoren	26
1.7.2 Familiäre Faktoren und Eltern-Kind-Interaktion	26
1.7.3 Kritische Lebensereignisse	27
1.7.4 Gesellschaftliche Faktoren	27
1.7.5 Protektive Faktoren	28
1.8 Theorien zur Entstehung von Depression	29
1.8.1 Psychoanalytische Theorien	29
1.8.2 Biologische Theorien	30
1.8.3 Kognitiv-emotionale Theorien	31
1.8.4 Lerntheorien	32
1.8.5 SAD (Seasonal Affektiv Disorder)	33
1.8.6 Multifaktorielle Modelle	33
1.8.7 Verlauf	34
1.9 Interventionen	35
1.9.1 Psychopharmakotherapie	35
1.9.1.1 Natürliche Antidepressiva	37
1.9.2 Kognitive Verhaltenstherapie	37
1.9.3 Interpersonelle Therapien und Familientherapien	38
1.9.4 Psychoanalytische Therapie	38
1.9.5 Stationärer Aufenthalt	39
Zwischenbilanz	40

2. TEIL SCHULKLIMA UND SCHULUMWELT IN IHRER BEDEUTUNG FÜR BEFINDEN UND VERHALTEN VON KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT PSYCHISCHER BEEINTRÄCHTIGUNG. FOKUS DEPRESSION. 42

2.1	Die Schulzeit und ihr Einfluss auf Schülerinnen und Schüler	42
2.1.1	Pubertät	44
2.2	Die Lebenswelt als erlebte Wirklichkeit	44
2.2.1	Der Begriff des Befindens im Lebensraum Schule	47
2.2.2	Wechselwirkung zwischen innerschulischen und außerschulischen Verhalten	48
2.3	Schul - Depressionen als Resultat schulischer Überforderung	49
2.3.1	Schulische Schwierigkeiten im Lernen und Verhalten	50
2.3.2	Negative Generalisierungstendenz	51
2.3.3	Mängel in sozialen Beziehungen	51
2.3.4	Individuell-depressives Verhalten	52
2.4	Schulschwierigkeiten in Wechselwirkung mit sozialer Umwelt & anderen Faktoren	53
2.4.1	Selbstkonzept, Leistungsdruck und fehlende emotionale Qualität	54
2.5	Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule	55
2.5.1	Die Schülerin bzw. der Schüler als „unitas multiplex“	56
2.5.2	Bewältigungskonzepte, soziale Netzwerke und Selbstwirksamkeitsüberzeugung	57
2.6	Chancen und Grenzen	59
Exkurs:	Depression bei Kindern & Jugendlichen und die österreichische Gesundheitspolitik	60

3. TEIL DEPRESSIVE KINDER UND JUGENDLICHE ALS SUBJEKTE RELIGIONSPÄDAGOGISCHEN HANDELNS 63

3.1	Religiöse Erziehung und die Herausforderungen einer modernen Gesellschaft	63
3.1.1	Zeichen der Zeit: Die Situation der Menschen in der heutigen Welt	64
3.1.2	Individualisierung und Pluralität	65
3.1.3	Depression - ein Zeichen der Zeit?	66
3.1.4	Kirche als Lerngemeinschaft	67
3.1.5	Schulischer Religionsunterricht als „locus theologicus“	68
3.1.6	Kinder und Jugendliche als Produzenten von Theologie	69
3.2	Herausforderungen für religionspädagogisches Handeln	70
3.2.1	Subjektorientierte Religionspädagogik	71
3.2.1	Theologische Begründung des Subjektansatzes	73
3.2.2	Subjekt – Werdung versus Subjekt - Sein	74
3.2.3	Identität & Fragment: Die Unabschließbarkeit von Bildungsprozessen (H. Luther)	75
3.3	Bildung und Hoffnung – gesellschaftskritische Aspekte	77
3.3.1	„Das, was uns unbedingt angeht“ (Tillich)	79
3.4	Chancen und Grenzen für den Religionsunterricht in der Depressionsprävention	81
3.4.1	Religionsunterricht und dessen allgemeine Bildungsrelevanz	82

3.4.2	Religiöse Erziehung als Impuls für Veränderung	83
3.4.3	Möglichkeiten im Religionsunterricht auf Depression einzugehen	85
3.4.4	Zwei Beispiele für den Unterricht	86
3.4.5	Die Rolle der Religionslehrerinnen und Religionslehrer	87
3.4.6	Wichtige Punkte für Depressionsprävention im Religionsunterricht (nach Ritzer)	90
Exkurs: Wenn Lehrkräfte Therapeuten sein wollen		90
Zusammenführung		92
QUELLENVERZEICHNIS		95
Internetquellen		100
Bilderverzeichnis		101
ABSTRACT		102
LEBENS LAUF		103

Einleitung

Aktuelle Untersuchungen der WHO bringen europaweit Belege für eine erhöhte Prävalenz von psychischen Erkrankungen. Depressive Erkrankungen werden dabei von der WHO als „leading causes of disability worldwide“¹ identifiziert. Das Phänomen der Depression spielt im gesellschaftlichen Leben eine immer gewichtigere Rolle und sollte daher auch dementsprechende Aufmerksamkeit bekommen. Auch der schulische Bereich wird von dieser Thematik nicht ausgeklammert. So ist die Frage nach dem Umgang mit depressiven Schülerinnen und Schülern sehr brisant. Die Tatsache, dass sich die Depression im Kindes- und Jungendalter entwickelt, festsetzt und maßgeblich die Entwicklung der Erwachsenenpersönlichkeit beeinflusst, sollte die Relevanz von Präventionsarbeit im Kindes- und Jungendalter zu einem zentralen Anliegen der Pädagogik machen.

Vor diesem Hintergrund wird im ersten Kapitel auf das Phänomen der Depression bei Kindern und Jugendlichen näher eingegangen und genauer erforscht. Dafür wird aktuelle Fachliteratur herangezogen. Es soll dadurch geklärt werden, wie sich Depression im Kindes- und Jungendalter zeigt, wie diese klassifiziert wird und welche Entstehungs- und Interventionstheorien es dazu gibt. Dazu werden Vergleiche verschiedener Theorien angestellt, die vor allem im Bereich Entstehung und Intervention von Depression als Möglichkeiten vertreten werden. Es wird deutlich, dass die Depression bei Kindern und Jugendlichen erst vor einigen Jahren als eigenständiges Krankheitsbild anerkannt wurde und auch negative Konsequenzen für die psychische Gesundheit im Erwachsenenalter haben kann.

Im zweiten Kapitel wird dieses Wissen in Zusammenhang mit dem Kontext Schule gebracht. Wie sich Schule auf psychisches Befinden auswirkt, wird anhand von Forschungsergebnissen dargestellt. Schülerinnen und Schüler verbringen in einer wichtigen Entwicklungsphase ihres Lebens enorm viel Zeit in der Schule, die demzufolge auch Einfluss auf das Befinden und die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen hat. Ein positives Befinden kann dabei stabilisierend auf die psychische Gesundheit wirken. Einerseits wird aufgezeigt unter welchen Voraussetzungen in der Schule präventiv gegen psychische

¹ WHO: WHAT IS DEPRESSION? http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
(Stand: 20.Dez. 2011)

Krankheiten gehandelt werden kann, andererseits soll auch analysiert werden, wo die Grenzen von Prävention und Intervention im schulischen Bereich liegen.

Aufbauend auf diese Erkenntnisse wird im dritten Kapitel geprüft und reflektiert, welche Konsequenzen sich daraus für einen zeitgerechten Religionsunterricht ergeben und wie weit im Religionsunterricht auf die Herausforderung von depressiven Schülerinnen und Schülern eingegangen werden kann. Eine Kirche, die sich zum Auftrag gemacht hat „Zeichen der Zeit“ zu erforschen, um sich selbst besser zu verstehen und um die Tradition in neuem Lichte lesen zu können, muss sich auch neuen gesellschaftlichen Herausforderungen stellen. Dazu zählt sicherlich die Depression. Schule kann dabei als Erkenntnisort für die Theologie dienen, da sich in den verschiedenen Erfahrungen und Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen auch die Bedürfnisse der Welt widerspiegeln. Der religiöse und weltanschauliche Pluralismus fordert einen zeitgemäßen Religionsunterricht auf, die Schülerinnen und Schüler als Subjekte ihrer eigenen Lebenswirklichkeit wahrzunehmen und sie auf ihrem Glaubensweg zu begleiten und zu unterstützen. Diese Sicht wirft auch neues Licht auf den Umgang mit depressiven Kindern und Jugendlichen.

Im Anschluss daran werden auch gesellschaftskritische Aspekte angesprochen. Wie Menschen leben, steht unter anderem in Zusammenhang mit der Gesellschaft. Folglich wird kritisch die Frage aufgeworfen, welche gesellschaftlichen Strukturen hinter einer Depression stehen können.

Schließlich werden Möglichkeiten von Depressionsprävention, sowie deren Grenzen und Gefahr im Religionsunterricht aufgezeigt. Dabei wird die Schwierigkeit angesprochen auf gewisse Themen angesichts depressiver Kindern und Jugendlichen einzugehen. Ebenso wird die Rolle der Lehrerinnen und Lehrer, vor allem die Rolle der Religionslehrerinnen und Religionslehrer, beleuchtet. Abschließend wird die Arbeit durch eine Zusammenführung abgerundet.

1. Teil Das Phänomen der Depression

In diesem ersten Teil soll zunächst geklärt werden, was unter Depression bei Kindern und Jugendlichen zu verstehen ist. Um ein differenziertes Bild von Depression zu erlangen, wird die Frage gestellt, wie Depression erkannt werden kann, wie sie klassifiziert wird und auf welche Weise unterschiedliche Entstehungstheorien und Therapiemöglichkeiten beschrieben werden.

1.1 Depression-Was ist das?

Depressive Reaktionen bzw. kürzer oder länger andauernde traurige Verstimmungen erlebt jeder Mensch. Sie sind normale Lebensäußerungen und als solche individuell stark verschieden. Zustände wie zum Beispiel Traurigkeit, Unglücklich-Sein, Lustlosigkeit oder Antriebsschwäche, die durch eine belastende Lebenssituation entstehen, brauchen im Normalfall keine psychotherapeutische oder medikamentöse Behandlung. Vielmehr werden diese Zustände nach einiger Zeit meist mit Hilfe von Trost, Ablenkung und Unterstützung nahe stehender Personen bewältigt.²

Wenn markante Zustände jedoch länger anhalten und von weiteren typischen Symptomen begleitet werden, beeinflussen diese das Erleben und Verhalten und beeinträchtigen schulische Leistungen, Freizeitaktivitäten, freundschaftliche und familiäre Beziehungen.³ Klinische Depression bzw. depressive Störungen zeichnen sich durch ihre Unkontrollierbarkeit aus. Weder Anstrengung noch Willenskraft schaffen es die Funktionstüchtigkeit des Betroffenen aufrecht zu erhalten. Somit bleiben die Symptome der Depression über einen längeren Zeitraum stabil.⁴

Im Unterschied zur natürlichen Reaktion der Trauer stehen daher bei Depressionen „angeschuldigte Ursachen sowie Schwere und Dauer der Verstimmung in einem abnorm diskrepanten Verhältnis“.⁵ Laut der Weltgesundheitsbehörde betrifft die Depression beide Geschlechter in jedem Alter und allen Lebensumständen.⁶ Vor wenigen Jahrzehnten vertraten viele Psychiater noch die Meinung, Kinder hätten nicht die kognitiven und

² VGL. KNÖLKER ET AL., 1997, 355

³ VGL. GROEN/PETERMANN, ⁶2008, 427

⁴ VGL. ESSAU, 2002, 17

⁵ NISSEN/TROTT, ³1995, 135

⁶ VGL. WHO: DEPRESSION, www.who.int (STAND: 25.OKT.2011)

affektiven Voraussetzungen zur Entwicklung einer Depression.⁷ Heute ist jedoch anerkannt, dass Kinder und Jugendliche grundlegende Merkmale von Depression aufweisen können, die auch bei Erwachsenen diagnostiziert werden.⁸

Die Symptomatik der Depression kennt allerdings altersbedingte Unterschiede. Vor allem bei Kleinkindern und im Kindesalter zeigen sich die Symptome eher im somatischen Bereich. Je älter die Kinder werden, umso mehr Ähnlichkeiten gibt es zu den Symptomen der erkrankten Erwachsenen, bei denen sich die Krankheit mehr im Bereich des Denkens und Bewertens zeigt.⁹ Es ist daher problematisch eine allgemein gültige Beschreibung für die Symptomatik depressiver Kinder und Jugendlicher anzugeben. „Depressive Kinder und Jugendliche sind nach außen oft weniger auffällig und anhand ihres Verhaltens schlechter zu erkennen“,¹⁰ als depressive Erwachsene. Vor allem bei Kindern und Jugendlichen gibt es viele verschiedene Erscheinungsbilder, die im nächsten Kapitel genauer beschrieben werden.

1.2 Verschiedene Gesichter depressiver Störungen

Da sich diese Arbeit im Wesentlichen auf Depressionen bei Kindern und Jugendlichen in der Schule bezieht, ist es mir ein Anliegen zu skizzieren, wie sich die verschiedenen depressiven Symptome zeigen können. Zu bedenken ist dabei, dass sich diese oft schwer von typischem, normal pubertärem Verhalten unterscheiden lassen, worauf in einem späteren Kapitel noch genauer eingegangen wird. Das erste Kapitel soll zu einer Sensibilisierung führen. Dazu werde ich im Folgenden einige Merkmale genauer beschreiben und mich dabei vor allem auf Christiane Nevermann und Hannelore Reicher und deren Werk „Depressionen im Kindes und Jugendalter (2001)“¹¹ beziehen, worin sie zentrale Merkmale anschaulich darstellen.

a) Traurigkeit und/oder Gereiztheit

Traurigkeit zeigt sich bei Kindern oft in ihrem gereizten Verhalten. Des Öfteren verweigern diese Aktivitäten in der Schule und Zuhause, und können gleichzeitig den „coolen“

⁷ VGL. HERPERTZ-DAHLMANN, 1997, 232

⁸ VGL. ESSAU/PETERMANN, 2008, 241

⁹ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 18-21

¹⁰ GROEN/PETERMANN, 2008, 428

¹¹ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 18-36

Jugendlichen spielen. Die Traurigkeit wird zu einem inneren Belastungsfaktor, mit dem das Kind nicht umgehen kann. Dieser Zustand kostet dem Organismus zusätzlich viel Kraft und Energie, wodurch es oft zu Zuständen wie „Ausgebrannt Sein“ und „innerer Erschöpfung“ kommt. Bei einer länger andauernden gereizten (traurigen) Phase kann es zu Verständigungsproblemen in der Familie und in der Schule kommen. Die täglichen kleinen Ärgernisse und Streitereien gelten als besonderer Risikofaktor bei der Entwicklung von Depression.¹² Die Ernsthaftigkeit der Symptome zeigt sich in der Verbindung von zwei Variablen. Erstens ist darauf zu achten wie lange pro Tag das Kind die Symptome zeigt. Die zweite Dimension betrifft die Dauer der Episoden in Tagen, Monaten und Wochen. Je länger und öfter die beiden Zeitdimensionen auftreten, umso ernsthafter ist die Störung.¹³

b) Pessimismus – Negatives Denken

Pessimismus und das nach dem amerikanischen Psychologen und Wissenschaftler Seligman sogenannte „Katastrophendenken“ sind wesentliche Merkmale von Depression. Wenn Jugendliche die Zukunft trostlos, die Vergangenheit voller Niederlagen und den Moment unerträglich wahrnehmen und sich selbst nicht zumuten die Situation verbessern zu können, entstehen gedrückte Stimmung, der Mangel an Energie und weitere somatische Symptome depressiver Störungen. Nevermann und Reicher beziehen sich hier vor allem auf Seligman, der meint, Pessimismus unterdrücke die Fähigkeit, sich gegen depressive Entwicklungen zu wehren.¹⁴ Negatives Denken kann daher Depression verstärken und gleichzeitig ein wichtiges Merkmal derselben sein.

c) Wut

Wut bei Kindern hat möglicherweise einiges mit niedergedrückter Stimmung zu tun. Depression kann auch auf eine „nach innen gerichtete Wut“ aufgrund erfahrener Verluste zurückzuführen sein. Nevermann erwähnt den Psychoanalytiker John Bowlby, der die These vertritt, Wut sei ein Versuch Ereignisse der Trauer rückgängig zu machen und von der Traurigkeit loszukommen. Wutreaktionen bei Kindern und Jugendlichen sind auch in Situationen der subjektiven, psychischen Überforderung zu erkennen. Wut ist daher oft ein

¹² VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 25

¹³ VGL. STARK, 1990, 7

¹⁴ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 26

Hilfeschrei „Ich kann nicht mehr!“.¹⁵ Wut ist ein wesentliches Kennzeichen einer laivierten (maskierten) Depression und wird oft verkannt. Daher ist es geboten die Gründe von Wut zu hinterfragen, vor allem wenn kein unmittelbarer Auslöser festgestellt werden kann.

d) Das Gefühl nicht geliebt zu werden

Das Gefühl geliebt zu werden, innere Nähe und emotional Beziehung zu Eltern oder anderen Bezugspersonen zu erleben, sind wesentlich für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Wenn dieses Grundbedürfnis gestärkt ist, dann können Kinder und Jugendliche Vertrauen und Optimismus aufbauen und verschiedene Entwicklungsaufgaben gut lösen. Ein dauerhaftes Gefühl, nicht geliebt zu sein, bringt Gefühle der Wertlosigkeit und des Versagens mit sich, was wiederum das Fundament für eine gesund psychische Entwicklung des Kindes entzieht. Neben depressivem Verhalten erscheinen soziale Störungen wie Aggressivität und Gewaltbereitschaft, als Abwehr gegen Traurigkeit und Verletzungen, als mögliche Konsequenzen des Gefühls nicht geliebt zu werden.¹⁶ Hand in Hand mit dem Gefühl, nicht geliebt zu werden, geht das Gefühl der Wertlosigkeit und der negativen Selbstbewertung bzw. ein geringes Selbstwertgefühl. Die negative Selbstbewertung spielt im Besonderen in der Schule eine wesentliche Rolle, wo oft durch negative Bemerkungen zur eigenen Leistungsfähigkeit („Ich bin zu blöd, zu dumm...“) eine negative Selbsteinschätzung signalisiert wird. Deutliche Wertschätzung und Anerkennung der Handlungserfolge bei Kindern und Jugendlichen kann ein vorbeugender Schutzfaktor gegen Depression sein. Insbesondere sollten Lehrpersonen auf die persönliche Bedeutsamkeit der Schülerinnen und Schüler hinweisen und eine deutliche Rückmeldung ihrer Fähigkeiten gewährleisten.¹⁷ Bereiche, wo die positive Selbstüberzeugung als Grundlage eines guten Selbstwertgefühls am besten gefördert werden kann, sind die Familie und in insbesondere auch die Schule, wo es grundsätzlich um Leistung und Beurteilung geht.

e) Hilf-und Hoffnungslosigkeit

Studien besagen, dass ca. siebzig Prozent depressiver Kinder und Jugendlicher Hoffnungslosigkeit erleben. Sie fühlen sich entmutigt, weil sie keine Lösung für ihre

¹⁵ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 26

¹⁶ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 27

¹⁷ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 27-29

Probleme sehen, nicht für jetzt und auch nicht in der Zukunft.¹⁸ Nevermann und Reicher sehen einen möglichen Ausgangspunkt dieser Entwicklung in der dauerhaften Nichtbewältigung schulischer Anforderungen und in massiven Problemen in der Familie, wie Gewalterfahrung, ständige, schwere Konflikte, etc. Der Verlust einer geliebten Person kann ebenso zu der beschriebenen Symptomatik führen. Hoffnungslosigkeit erhöht darüber hinaus das Suizidrisiko.¹⁹ Selbstmord ist für viele depressiv erkrankte Menschen der letzte Ausweg aus ihrer subjektiv hoffnungslosen Lage, weswegen dem Thema Suizidalität besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. (Vgl. Kapitel „Suizidalität“)

f) Konzentrationsschwierigkeiten

Laut Stark weisen bis zu 77% depressiver Kinder Konzentrationsschwierigkeiten auf. Er meint, dass sich die betroffenen Kinder in ihrer negativen Gedankenwelt verlieren und durch diese Vorbelastung die Geschehnisse der Außenwelt schwerer aufnehmen können.²⁰ Der Rückgang schulischer Leistungen durch die Konzentrationsschwäche mindert wiederum das Selbstwertgefühl und stärkt die Hoffnungslosigkeit. Ebenso können infolgedessen Probleme durch Unverständnis in der Familie auftauchen. Verschiedene Symptome beeinflussen und verstärken sich gegenseitig, wie es hier am Beispiel der Konzentrationsfähigkeit deutlich gemacht wird.

g) Schuldgefühle

Schuldgefühle sind oft subjektive Selbstzuschreibungen ohne realistischen Hintergrund. „People only feel guilty when they believe they caused the unfortunate outcome.“²¹ So glauben beispielsweise Scheidungskinder häufig, sie seien schuld an der Trennung. Nach Nevermann und Reicher erhalten Schuldgefühle nach *„drei Bedingungen einen Signalcharakter für eine mögliche depressive Symptomatik: wenn sie ungewöhnlich lange andauern (täglich bzw. mehrere Male in der Woche), wenn sie auftreten, obwohl feststeht, daß das Kind die Situation objektiv gar nicht verursacht haben kann; und wenn das Kind*

¹⁸ VGL. STARK, 1990, 14

¹⁹ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 29-30

²⁰ VGL. STARK, 1990, 15

²¹ STARK, 1990, 13

*glaubt, dafür bestraft werden zu müssen.*²² Studien zufolge sollen 50% der Kinder mit depressiven Störungen inadäquate Schuldgefühle zeigen.²³

h) Antriebslosigkeit, Verlust an Interesse und Freude

Symptome wie der Verlust von Freude, Antrieb, Motivation und Interesse widersprechen im Großen und Ganzen der Natur von gesunden Kindern. Speziell bei plötzlich auftretenden Merkmalen, die im Gegensatz zum vorhergehenden Verhalten stehen, sind für die Wahrnehmung depressiver Störungen leitend. Es sei hier jedoch auch angemerkt, dass es gerade im Jugendalter schwer zu eruieren ist, ob es sich um eine depressive Störung handelt, oder sich doch nur typische emotionale Schwankungen zeigen.²⁴ Die schlimmste Form der Lustlosigkeit wäre die Unfähigkeit, für irgendetwas Freude oder Interesse zu empfinden.²⁵ In diesem Zustand sind Schülerinnen und Schüler ganz besonders schwer zur Mitarbeit am Unterricht zu motivieren.

i) Sozialer Rückzug aus Beziehungen

Sozialer Rückzug ist vor allem dann erkennbar, wenn der Kontakt und die Intensität der Beziehungen zurückgehen. Fast 75% der Schulkinder mit „Major Depression“ ziehen sich sozial auffallend zurück.²⁶ Isolationstendenzen zeigen sich auch oft in der Familie. Die Devise lautet: „Lieber alleine Zuhause als Verwandtenbesuche und Wochenendausflüge.“ Laut Untersuchungen liegt ein Grund dafür im Mangel sozialer Kompetenz. Dadurch entsteht ein Defizit an positiven Rückmeldungen und positiver Verstärkung, wodurch wiederum Verlust und Ablehnung von Freunden und vorhandenen sozialen Kontakten verstärkt wird. Die Entwicklung von altersentsprechenden sozialen Kompetenzen ist wichtig, um das Verhalten in einer Gruppe zu lernen, in der Konflikte und Lösungen gemeinsamer Probleme zentral sind. Im Grunde leiden Kinder, wenn sie keine sozialen Beziehungen haben und sich keiner Gruppe zugehörig fühlen.²⁷ Beziehungen zu gleichaltrigen und ein stabiler Freundeskreis stellen eine wesentlichen Schutzfunktion gegen Depression dar.

²² NEVERMANN/REICHER, 2001, 31

²³ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001,31

²⁴ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 32

²⁵ VGL. STARK, 1990, 11

²⁶ VGL. STARK, 1990, 16

²⁷ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 33-34

j) Körperliche Beschwerden

Somatische Beschwerden, von Bauchschmerzen bis Verdauungsproblemen, sind sehr häufig bei Kindern. Darum sollte ein zuständiger Arzt aufgesucht werden, um die Ernsthaftigkeit der Symptome zu untersuchen. Prinzipiell sind psychische Probleme, darunter auch Möglichkeiten einer depressiven Verstimmung, erst in Betracht zu ziehen, wenn die Beschwerden nach dem Einsatz von Medikamenten und Arztbehandlungen nicht weniger werden. Die körperlichen Beeinträchtigungen wirken sich auch negativ auf Schulleistungen aus. Außerdem kann auch an der Sprache psychische Verlangsamung festgestellt werden. Die Sprache wird dann schwerfällig, monoton und leise. Teilweise sind auch Sprachausdruck und Sprachumfang beeinträchtigt. Nach Nevermann und Reicher sind die Sprache, das Denken und die Bewegung depressiver Kinder und Jugendlicher verlangsamt.²⁸ Diese Anzeichen sind relativ einfacher zu beobachten. Der verminderte Sprachausdruck vermittelt einem Beobachter Desinteresse und Lustlosigkeit, was auf eine depressive Störung hinweisen kann.

k) Schlafstörungen

Schlafstörungen sind ganz wesentliche Merkmale einer Depression. Auch Kerns meint: „Sleep disturbance is one of the most common symptoms of depression.“²⁹ Depressive Kinder und Jugendliche können schwer Schlaf finden, oder sie haben ein hohes Schlafbedürfnis. Ebenso tritt bei den Betroffenen oft ein Morgentief auf,³⁰ was beispielsweise das frühzeitige Aufstehen für die Schule erschwert.

1.2.1 Die Grenze zwischen gesund und krank

„Depression“ ist ein sehr breit gefächertes Begriff und kann auf verschiedenen Ebenen verwendet werden. Der Begriff findet im Alltag ebenso seine Anwendung („sei nicht so depressiv!“) wie im klinischen Bereich, wo Depression eine Diagnose beschreibt. Dazwischen gibt es viele Auf- und Abstufungen.³¹ Alle oben beschriebenen Symptome können auch Bestandteil einer normalen jugendlichen Entwicklung sein. Diese Lebensphase fällt mit der Pubertät zusammen, in der Fragen nach dem Tod und dem Sinn des Lebens gestellt

²⁸ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 34-35

²⁹ STARK, 1990, 22

³⁰ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 35

³¹ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 19

werden. Auch schulische Probleme und auffällige Verhaltensweisen müssen nicht ausschließlich auf eine Depression hinweisen, sondern können Entwicklungsschritte zum Erwachsenwerden sein. Daher sind auf Summe, Dauer und Ausprägung der Symptome ein besonderes Augenmerk zu legen. Bei einer Diagnose muss auch auf eventuelle Tagesschwankungen und Stimmungsschwankungen geachtet werden.³² Die Grenzen zwischen Krankheit und den alltäglichen „gesunden“ Schwankungen sind bei Kindern und Jugendlichen schwer zu unterscheiden und bedürfen daher einer sensiblen, aufmerksamen Wahrnehmung.

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff „depressive Störung“ im Allgemeinen für Kinder und Jugendliche verwendet, die unterschiedliche Ausprägungen aufweisen. Das heißt, dass im Großen und Ganzen alle Kinder und Jugendlichen mit depressiver Verstimmung gemeint sind und nicht nur jene mit klinischer Diagnose. Um das Phänomen der Depression zu verstehen, gegebenenfalls damit umzugehen, bzw. auch zwischen klinischer Depression und leichter depressiver Verstimmung unterscheiden zu können, wird nun die klinische Depression genauer erläutert.

1.3 Klinische Merkmale einer Depression

Essau nennt vier grobe Kategorien für die Einteilung klinischer Merkmale einer Depression:

- „Stimmung (Affekt): traurig, niedergedrückt, unglücklich, leer, besorgt, reizbar.
- Kognition: Verlust von Interesse, Konzentrationsschwierigkeiten, geringes Selbstwertgefühl, negative Gedanken, Unentschlossenheit, Schuldgefühle, Suizidgedanken.
- Verhalten: psychomotorische Verlangsamung oder Erregung, Weinen, sozialer Rückzug, Abhängigkeit, Suizid.
- Somatisch (körperlich): Schlafstörungen (Schlaflosigkeit oder vermehrtes Schlafbedürfnis), Müdigkeit, vermindelter oder gesteigerter Appetit, Gewichtsverlust oder –zunahme, Schmerzen, Störungen der Verdauungstraktes, Libidoabnahme.“³³

³² VGL. SCHÄFER, 1999, 16-17

³³ ESSAU, 2002, 17

Diese einzeln angeführten Merkmale sollen verdeutlichen, dass es sich bei der depressiven Erkrankung um ein miteinander verbundenes Gesamtsystem handelt. Die Kombination mehrerer Symptome ergibt eine diagnostische Einheit.

Wenn ein Kind körperliche Beschwerden hat, beeinflusst das auch seine Emotionen. Beispielsweise könnten Betroffene lustlos und traurig werden und soziale Kontakte meiden. Dadurch könnten sich wiederum die körperlichen Beschwerden verstärken,³⁴ was aufs Neue das soziale Umfeld beeinflussen und die Leistungsfähigkeit mindern kann. Die einzelnen Symptome wirken demgemäß miteinander und beeinflussen sich gegenseitig, sodass ein komplexes System entsteht, welches in der Diagnose „Depression“ zusammengefasst wird.

1.3.1 Klassifikation

Psychiatrische Krankheitsbilder werden im ICD10 (International Classification of Disease) international klassifiziert. Das ICD 10 wurde von der WHO herausgegeben und findet weltweit Verwendung. Ein weiteres Klassifikationssystem ist das DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), welches vor allem im anglo-amerikanischen Raum Anwendung findet. Im deutschsprachigen Raum wird offiziell der ICD 10 verwendet.

1.3.2 ICD 10

Im ICD 10 werden die depressiven Episoden als sogenannte „affektive Erkrankungen“ geführt. Hier wird grundsätzlich zwischen depressiven Erkrankungen und manischen Phasen unterschieden. Wenn beide Phasen abwechselnd auftreten, leiden Menschen unter bipolaren Störungen. Im Folgenden wird aber auf die manischen Episoden nicht näher eingegangen.

Depressive Episoden können zusätzlich in wiederkehrende, rezidivierend depressive Störungen und depressive Reaktionen (z.B. Anpassungsstörungen) unterschieden werden. Letztere können kürzerer oder längerer Natur sein.³⁵

³⁴ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 22

³⁵ VGL. SCHÄFER, 1999, 9

Prinzipiell unterscheidet der ICD 10 depressive Episoden in drei Schweregraden: leicht, mittel, schwer (mit oder ohne psychotischen Symptomen). Diese depressiven Episoden sind nach Kriterien definiert:

1. Depressive Stimmung
2. Verlust von Interesse oder Freude
3. Verminderter Antrieb oder erhöhte Ermüdbarkeit
4. Verlust von Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl
5. Unbegründete Selbstvorwürfe
6. Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten
7. Vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen
8. Änderungen der psychomotorischen Aktivität mit Agitiertheit oder Hemmung
9. Schlafstörungen jeder Art
10. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung³⁶

Für die Diagnose einer depressiven Störung müssen Kriterien 1-3 vorhanden sein. Bei einer leichten Form sollen vier, bei einer mittleren Form sechs und bei einer schweren Form acht dieser zehn Kriterien nachweisbar sein.³⁷

Dysthymia bezeichnet weniger schwerwiegende, aber dafür langanhaltende Symptome (der ICD 10 spricht von zwei Jahren, der DSM IV von mindesten einem Jahr), wie Selbstwertminderung, Trauer, Hoffnungslosigkeit oder Niedergeschlagenheit.³⁸ Diese werden im ICD 10 als F34.1 angeführt. (Vgl. Abbildung 1) Bei Anpassungsstörungen (F43.2) können ebenso depressive Verstimmungen auftreten. Eine wesentliche Rolle für diese Symptomatik spielen vor allem emotionale Reaktionen auf belastende Ereignisse und Veränderungen im Leben, wie Scheidung, Tod, Unfall, Emigration, u.a.³⁹

Die folgende Abbildung soll die Theorie veranschaulichen und leichter verständlich machen. Im ICD 10 hat jedes Krankheitsbild eine bestimmte Bezeichnung. Unter „F3“ findet man die „Affektiven Störungen“, die für die Depression relevant sind. Die wichtigsten

³⁶ VGL. KNÖLKER ET AL., 1997, 356

³⁷ VGL. KNÖLKER ET AL., 1997, 356

³⁸ VGL. GROEN/PETERMANN, 2008, 430

³⁹ VGL. GROEN/PETERMANN, 2008, 430

psychischen Störungen mit depressiver Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen sind in der folgenden Abbildung aufgelistet.

F31	Bipolare affektive Störung
F32	Depressive Episode
F33	Rezidivierende depressive Störung
F34.0	Anhaltende affektive Störung (u.a. Zylothymia, Dysthymia)
F43.2	Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung
F92.8	Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen

Abbildung 1: Wichtige psychische Störungen mit depressiver Symptomatik nach ICD10, entnommen aus: GROEN/PETERMANN, ⁶2008, 430

1.3.3 ICD 10 Klassifikation bei Kindern und Jugendlichen

Für Kinder und Jugendliche gibt es im ICD 10 keine spezifischen Kategorien mit Ausnahme der Störung des Sozialverhaltens. Die Klassifikation orientiert sich also stark an der Psychopathologie des Erwachsenenalters.⁴⁰ Daher ist eine spezifische Diagnose bei Kindern und Jugendlichen defizitär, undifferenziert und gemischt.⁴¹ Nach Groen und Petermann kann das „Symptombild bei Kindern und Jugendlichen mit zwei altersspezifischen Diagnosen klassifiziert werden. Mit der Diagnose *Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (F92.0)* wird ein Störungsbild umfasst, bei dem trotziges, aggressives oder dissoziales Verhalten gleichzeitig mit deutlichen depressiven Symptomen einhergeht (...) Die Diagnose *Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotion (F92.8)* kann verwendet werden, wenn neben Aggression, Trotz oder Dissozialität verschiedene emotionale Auffälligkeiten, wie Ängste, Traurigkeit, Rückzug, soziale Unsicherheit und möglicherweise weitere eher unspezifische Symptome wie Schulvermeidung, Leistungseinbrüche und selbstverletzende Verhaltensweisen auftreten.“⁴² Mit diesen altersspezifischen Diagnosen kann die Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen grundsätzlich in vielen Fällen besser beschrieben werden. Sie ersetzen jedoch nicht eine differenzierte Diagnostik für Kinder und Jugendliche.

⁴⁰ VGL. STEINHAUSEN, ⁶2006, 182

⁴¹ VGL. GROEN/PETERMANN, ⁶2008, 430

⁴² GROEN/PETERMANN, ⁶2008, 430

1.3.4 DSM IV

Die Klassifikation nach DSM IV unterscheidet zwischen „Major-Depression“ und „Minor-Depression“. Die Major-Depression umfasst schwere depressive Episoden und die Minor-Depression beschreibt die leichteren Episoden wie beispielsweise depressive Reaktionen.⁴³

In der amerikanischen Klassifikation wurden die Kriterien für Kinder und Jugendliche nur geringfügig geändert. Statt „depressiver Verstimmung“ spricht man von Reizbarkeit, da sich die Belastung der Betroffenen oft als Reizbarkeit äußert und die Annahme besteht, dass Jugendliche keine subjektiv negative Gefühlslage zum Ausdruck bringen. Eine andere geringfügige Änderung ist der Austausch von dem Kriterium *Gewichtsverlust* gegen *Ausbleiben der erwarteten Gewichtszunahme*.⁴⁴

Im Großen und Ganzen ist zu erkennen, dass die Klassifikation depressiver Symptomatik in der Mehrheit der Fälle nicht eindeutig ist. Vor allem im Kindes- und Jugendalter gibt es hinsichtlich spezifischer Kategorien Mängel. Die Orientierung der Klassifikation an der Psychopathologie des Erwachsenenalters kann jedoch nach Steinhausen auch auf die Verhältnisse bei Jugendlichen gut angewandt werden.⁴⁵

1.4 Epidemiologie und Prävalenz

Die Epidemiologie als Wissenschaft beschäftigt sich mit „der Entstehung, Verbreitung, Bekämpfung u. den soziale Folgen von Epidemien, zeittypischen Massenerkrankungen u. Zivilisationsschäden.“⁴⁶ Die Prävalenz ist ein Teilgebiet der Epidemiologie und zeigt die Anzahl der betroffenen Individuen zu einem bestimmten Zeitpunkt oder über einen bestimmten Zeitraum und in einer bestimmten Population hinweg an.⁴⁷

Bei Kindern mit depressiven Störungen wird eine Häufigkeit von 1-2% angenommen. Ab dem Jugendalter steigt die Prävalenz der Depression deutlich und ist vergleichbar mit der Häufigkeit bei Erwachsenen. Groen und Petermann sprechen auch davon, dass jeder zehnte Jugendliche mindestens eine depressive Episode erlebt.⁴⁸ Herpertz-Dahlmann unterstreicht diese Beobachtung. Bei Jugendlichen mit depressiven Störungen steigt die

⁴³ VGL. SCHÄFER, 1999, 9-10

⁴⁴ VGL. ESSAU, 2002, 19

⁴⁵ VGL. STEINHAUSEN, ⁶2006, 182

⁴⁶ DUDEN, 2002, 274

⁴⁷ Vgl. DUDEN: Prävalenz, <http://www.duden.de/rechtschreibung/Praevalenz> (Stand: 15.Nov.2011)

⁴⁸ VGL. GROEN/PETERMANN, ⁶2008, 431

Prävalenz auf 2% bis 8% an, während sie in der Kindheit 0,5% bis 2,5% beträgt.⁴⁹ Schulte-Markwort, Richterich und Forouher belegen durch zahlreiche Studien, dass die Prävalenz depressiver Erkrankungen ab dem 12. Lebensjahr markant ansteigt.⁵⁰ In der Bremer Jugendstudie nach Essau 2000⁵¹, sollen sogar 17,9% aller Jugendlichen schon einmal an einer depressiven Störung erkrankt sein. Die empirischen Studien bestätigen die Tendenz einer Zunahme von Depression im Jugendalter. Eine weitere Interpretation der Ergebnisse legt den Beginn der Depression bei Erwachsenen im Jugendalter nahe.⁵²

Eine andere einschlägige Tendenz zeigt, dass jugendliche Mädchen, entsprechend der Frauen im Erwachsenenalter, die Kriterien einer Depression doppelt so häufig erfüllen als junge Männer.⁵³ Vor der Pubertät hingegen ist die Prävalenz der Depression gleich häufig verteilt.

Laut Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit wurden in Österreich im Jahr 2002 rund sieben Millionen Mal von niedergelassenen Ärzten Psychopharmaka verordnet, wobei es sich bei 53% der Fälle um Antidepressiva handelte, Tendenz steigend.⁵⁴ Diese Angaben über Psychopharmaka sind altersunspezifisch.

1.4.1 Kritischer Umgang mit Zahlen

Studien über Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sind oftmals gekennzeichnet von unterschiedlichen Auftretensraten. Essau und Petermann vermuten als Gründe dafür verschiedene Techniken der Erhebung. Es ist ein Unterschied, ob ich einen Selbstbeurteilungsbogen oder ein strukturiertes oder halbstrukturiertes Interview verwende. Eine weitere Rolle spielen auch die Informationsquellen. Wer wurde befragt? Es ist ein Unterschied ob Eltern, Lehrer, Freunde, Gleichaltrige oder Kinder und Jugendliche selbst befragt werden. Ebenso können das Alter der Versuchspersonen sowie der Gebrauch unterschiedlicher Diagnosekriterien das Ergebnis der Studien beeinflussen.⁵⁵ Stark nennt als zusätzliche Gründe für die Differenz der Prävalenzraten von Depression einerseits die unterschiedlichen Populationen, die untersucht wurden, und ebenso die Fragestellung und

⁴⁹ VGL. HERPERTZ-DAHLMANN, 1997, 232

⁵⁰ VGL. SCHULTE-MARKWORT ET AL.,²2007, 774

⁵¹ Die Bremer Studie ist eine von Essau durchgeführte Studie, die in ihrer Habilitationsschrift veröffentlicht wurde.

⁵² VGL. ESSAU, 2002, 48

⁵³ VGL. GROEN/PETERMANN,⁶2008, 431

⁵⁴ VGL. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT: Kurzinfo zum Österreichischen Psychiatriebericht 2004, 4

⁵⁵ VGL. ESSAU/PETERMANN,² 2008, 243

die Motivation der Studie.⁵⁶ Die oben beschriebene meist undifferenzierte Klassifikation bei Kindern und Jugendlichen verstärkt mögliches Schwanken der Prävalenzraten.⁵⁷

Nach Essau wurden in den letzten Jahren viele epidemiologische Studien an Kindern und Jugendlichen durchgeführt, die mit spezielleren Techniken, sowie standardisierten Interviews⁵⁸ genauere Angabe ermöglichen sollen. Dennoch muss ein Bewusstsein geschaffen werden, dass Zahlen, Daten und Fakten vor allem im Bereich der Depression wichtig, jedoch schwer einheitlich zu erheben sind.

1.5 Komorbidität

Bei einer Diagnose spielt die Komorbidität eine ganz wesentliche Rolle. In Fremdwörterbüchern wird die Komorbidität als ein zusätzliches Krankheits- oder Störungsbild der Grunderkrankung bezeichnet, welches diagnostisch abgrenzbar ist. Komorbiditäten können in manchen Fällen als Folgeerkrankungen mit der Grunderkrankung zusammenhängen.⁵⁹

„Depressionen kommen selten in ihrer ‚reinen‘ Form vor. Man kann von den verschiedenen Grundformen die gehemmte, die agitierte, die larvierte, die somatisierte und die psychotische Depression unterscheiden.“⁶⁰ Diese Grundformen überlappen sich je nach Tendenz oft mit anderen Erkrankungen. Knapp 80% präpubertärer, depressiver Kinder weisen eine zusätzliche Diagnose auf. Dabei sind die häufigsten komorbiden Störungen Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens. Bei depressiven Jugendlichen sollen sogar 75% unter Angststörungen leiden und bei 33% muss mit einer Störung des Sozialverhaltens gerechnet werden. Ein weiteres, wesentliches komorbides Symptom ist die akute und latente Suizidalität⁶¹, worauf später noch genauer eingegangen wird.

Essau versucht den Anteil der komorbiden Störungen noch differenzierter zu erfassen, wonach die Betroffenen zusätzlich an Angststörungen (21%), Verhaltensstörungen (12,4%), Störungen durch Substanzkonsum (21%) und an Essstörungen (2,6%) leiden.⁶²

⁵⁶ VGL. STARK, 1990, 44

⁵⁷ VGL. KNÖLKER ET AL., 1997, 356

⁵⁸ VGL. ESSAU, 2002, 45

⁵⁹ VGL. ONLINE FREMDWÖRTERBUCH: KOMORBIDITÄT, <http://www.fremdwort.de/suche.php?term=Komorbidit%E4t>, (Stand: 23.Jän. 2012)

⁶⁰ SCHULTE-MARKWORT ET AL., 2007, 776

⁶¹ VGL. SCHULTE-MARKWORT ET AL., 2007, 776

⁶² VGL. ESSAU, 2002, 63

Die Berechnung des prozentualen Anteils von komorbiden Störungen bereitet Schwierigkeiten bei der Klassifikation, da komorbide Störungen sich immer wieder im Wechselspiel mit der Depression befinden, sich bedingen, verstärken oder gegenseitig auslösen.

Depressive Kinder und Jugendliche mit komorbiden Störungen werden mit größerer Wahrscheinlichkeit von Eltern, Lehrern und Bezugspersonen in Behandlung geschickt, da zeitgleich externalisierende störende Verhaltensweisen vorliegen,⁶³ die nach außen leichter erkannt werden können. Diese Form der Depressionen, die sich hinter Verhaltensauffälligkeiten oder somatischen Beschwerden verstecken oder einher gehen, nennt man auch lavierte (maskierte) Depressionen.

1.5.1 Ursachen von Komorbidität

Als mögliche Ursachen von Komorbidität referiert Essau den Vorschlag von Caron und Rutter: Wenn mehrere Störungen gleichzeitig auftreten, kann das folgende Ursachen haben:

1. Sie können aus überlappenden Risikofaktoren resultieren.
2. Ein krankheitsbedingter Faktor setzt sich auf unterschiedliche Weise fest.
3. Durch eine Störung kann eine weitere Störung begünstigt werden.
4. Störungen können auf andere Störungen zurückzuführen sein.
5. Komorbidität existiert aufgrund überschneidender diagnostischer Kriterien.⁶⁴

Fest steht eine gegenseitige komplexe Beeinflussung der Störungen, die zu komorbiden Störungen und Krankheiten führen können.

1.5.2 Unterschiede in Geschlecht und Entwicklung

Weiteren Studien in Bezug auf komorbide Störungen belegen Unterschiede in Geschlecht und Entwicklung, die im Zusammenhang mit einer *Major Depression* auftreten können. So treten bei Kindern Depression zusätzlich häufig Verhaltensstörungen, Trotzverhalten und Angststörungen auf, während bei Jugendlichen Drogen- und Alkoholmissbrauch sowie Essstörungen Thema sind. Eine weitere Differenzierung gibt es im Geschlecht. Aggressives Verhalten und andere Verhaltensstörungen treten bei Burschen häufiger als komorbide

⁶³ VGL. ESSAU, 2002, 69

⁶⁴ VGL. ESSAU, 2002, 70

Störung auf als bei Mädchen. Umgekehrt leiden Mädchen häufiger unter Angst und Depression.⁶⁵

Schließlich können depressive Symptome bei organisch bedingten Erkrankungen auftreten, beispielsweise bei Schilddrüsenerkrankungen, Blutzuckererkrankungen, Hirntumoren, Kampfanfällen, Chorea Huntington, Meningitis, Anämie etc. Interessant ist auch die Tatsache, dass nach Schäfer die Einnahme von Medikamenten wie Ritalin, Cortison, durch einige Antibiotika und durch die Antibabypille depressive Symptome ausgelöst werden können.⁶⁶ Die Tatsache, dass viele depressive Kinder und Jugendliche zusätzliche Störungen, geschlechterspezifische Verhaltensweisen und individuelle Einflussfaktoren aufweisen, macht das Erkennen einer Depression für Bezugspersonen zu einer schwierigen Aufgabe. Die Symptomatik kann übersehen oder verkannt werden.⁶⁷

1.6 Suizidalität

Da Suizidalität ein ganz wesentliches Merkmal von Depression sein kann, sollte diesem Thema nun ein eigener, kurzer Abschnitt gewidmet sein.

Während Suizidalität im Kindesalter sehr selten vorkommt, ist das Jugendalter die Lebensphase, in der Selbstmordrate am höchsten ist. Becker und Meyer-Keitel sprechen sogar von der zweithäufigsten Todesursache bei Jugendlichen. Die häufigste Ursache sind Verkehrsunfälle. Suizidalität sei auch das häufigste Symptom bei psychischen Störungen, obwohl Selbsttötungsabsichten auch bei psychisch Gesunden in akuten Belastungsstörungen vorkommen können.⁶⁸ Nach Nevermann und Reicher finden die häufigsten vollendeten Suizide zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr statt, wobei Männer doppelt so häufig durch Suizid sterben als Frauen.⁶⁹ Der vollendete Suizid ist bei männlichem Geschlecht häufiger, während bei Frauen die Zahl der Suizidversuche größer ist. Herpertz-Dahlmann sieht die mögliche Ursache darin, dass Männer härtere Methoden wählen (Schusswaffen und Erhängen) als Frauen, die statistisch gesehen eher zur Vergiftung und zum Sprung aus der Höhe tendieren.⁷⁰ Über durchgeführte Suizidversuche gibt es keine amtlichen Statistiken. Trotzdem ist davon auszugehen, dass die Zahl der

⁶⁵ VGL. ESSAU, 2002, 66

⁶⁶ VGL. SCHÄFER, 1999, 19-21

⁶⁷ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 64

⁶⁸ VGL. BECKER/MEYER-KEITEL, 2008, 445

⁶⁹ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 78

⁷⁰ VGL. HERPERTZ-DAHLMANN, 1997, 237

Suizidversuche im Jugendalter um das Dreißigfache höher liegt, als die Zahl vollendeter Suizide. Grundsätzlich muss Suizidalität nicht durch eine Depression ausgelöst werden, jedoch besteht im Falle einer Depression erhöhtes Risiko suizidalen Verhaltens. Andere Ursachen von Suizidalität können Angststörungen, dissoziale Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Störungen mit Alkohol- und Drogenabusus sein.⁷¹

Das familiäre Umfeld spielt dabei auch eine markante Rolle. So lassen sich in einer Familie von Patienten oftmals erhöhte psychiatrische Auffälligkeiten und ein bestrafender und gleichgültiger Elternteil ausfindig machen. Zusätzlich besteht der erhöhte Verdacht auf körperliche und sexuelle Misshandlungen.⁷²

Zu unterscheiden ist ebenfalls zwischen Suizidanslässen und Suizidursachen. Ein Anlass kann prinzipiell jede Botschaft sein, die die Bereitschaft zum Suizid verstärkt. Dieser Anlass kann stark subjektives Empfinden sein und ist aus diesem Grund schwer zu verhindern und zu erkennen. Daher ist es schwierig mit depressiven und suizidalen Kindern und Jugendlichen umzugehen. Es verlangt sehr viel Verantwortungs- und Feingefühl.⁷³ Signale für Suizidgefahr sind sozialer Rückzug, Gedanken über Tod und Suizid, realisierbare Tötungspläne, Abschiedsbriefe, ein plötzlicher Umschwung der Stimmung und des Antriebs u.a. Der Entschluss zur Selbsttötung senkt die Traurigkeit und entlastet, das kann vor allem festgestellt werden, wenn Unruhe und Getriebenheit die depressive Energielosigkeit ablöst.⁷⁴

In der Schule können durchaus zu solchen „Botschaften“ gesendet werden, die ein suizidales Verhalten fördern, ohne dass sich Lehrer oder Mitschüler dessen bewusst sind. Herpertz Dahlmann unterstreicht die hohe Rückfallrate: „bis 50% der Jugendlichen, die eine Suizidversuch hinter sich haben, wiederholen ihn; 4-10% verlaufen tödlich. Präventive Maßnahmen sind daher unbedingt erforderlich.“⁷⁵ Es ist infolgedessen unerlässlich ein Bewusstsein für Suizidalität zu schaffen.

⁷¹ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 79-81

⁷² VGL. HERPERTZ-DAHLMANN, 1997, 238

⁷³ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 88

⁷⁴ VGL. SCHÄFER, 1999, 25

⁷⁵ VGL. HERPERTZ-DAHLMANN, 1997, 240

1.7 Risikofaktoren für Depression

In Bezug auf die Entstehung von Depression geht man heute von einem komplexen Zusammenspiel biologischer, sozialer und psychischer Faktoren aus. Bei diesen Faktoren, die im Folgenden verkürzt dargestellt werden, ist es oft schwierig herauszufinden, ob diese der Depression vorausgehen, Folge oder Begleiterscheinungen sind, oder ob sie zum Andauern der Störung beitragen.⁷⁶

1.7.1 Biologische Faktoren

Bei biologischen Risikofaktoren spielen Alter, Geschlecht und genetische Übertragung eine Rolle. Im Jugendalter schreitet die kognitive Entwicklung fort und die Jugendlichen sind in der Lage mehr über sich selbst und ihre Zukunft zu reflektieren. Grundsätzlich ist dies auch die Zeit der Pubertät, wo viel hormonelle Veränderungen von statten gehen, die wiederum auf die Stimmung wirken. Daher ist das Jugendalter eine kritische Phase, was die Entstehung einer Depression anbelangt.

Das weibliche Geschlecht ist ein weiterer Risikofaktor. Im Erwachsenenalter und im Jugendalter sind mehr Frauen bzw. Mädchen von Depressionen betroffen. Essau und Petermann berichten von zwei- bis dreimal höheren Depressionsraten bei Mädchen im Jugendalter. In der präpubertären Zeit ist die Depressionsrate zwischen Mädchen und Jungen ausgewogen.⁷⁷ Eine mögliche Erklärung dafür ist die Erziehung, in der die Mädchen oft ein stärkerer emotionaler Umgang mit Problemen zugeschrieben wird. Sie sind selbstkritischer und sensibler, weisen daher günstigere Voraussetzungen für Depression auf. Darüber hinaus ist anzumerken, dass Mädchen häufiger Opfer von Missbrauch und Misshandlungen sind als Burschen.⁷⁸ Mädchen nehmen in der Gesellschaft eine andere Rolle ein als Burschen und unterliegen daher anderen gesellschaftlichen Erwartungen. Zusätzlich sind auch hormonelle Unterschiede zu bedenken.

1.7.2 Familiäre Faktoren und Eltern-Kind-Interaktion

Zu den genetischen Faktoren ist zu sagen, dass Kinder depressiver Eltern, nach Essau, ein sechsmal erhöhtes Risiko haben an Depression zu erkranken als Kinder nicht-depressiver

⁷⁶ VGL. GROEN/PETERMANN, ⁶2008, 432

⁷⁷ VGL. ESSAU/PETERMANN, ²2008, 244

⁷⁸ VGL. GROEN/PETERMANN, ⁶2008, 432-434

Eltern. Auch bei Angehörigen von Jugendlichen mit einer schweren Depression treten depressive Störungen signifikant öfter auf, sowie bei Alkohol- und Drogenmissbrauch oder Angststörungen im näheren sozialen Umfeld.⁷⁹ Die geringe Bindungsqualität zwischen Eltern und Kind, die sich durch wenig emotionale Verfügbarkeit und Unterstützung, mangelnde Fürsorge, Kommunikation und Empathie, Ablehnung, Vernachlässigung und Strafen auszeichnet, verhindert eine „gesunde“ Bindung zu den Bezugspersonen. Dazu kommen familiär-belastende Rahmenbedingungen, wie Armut, Missbrauch, Misshandlungen, Ehestreitigkeiten oder eine psychische Erkrankung eines Elternteils, sowie traumatische Erlebnisse von Verlust, Trennung, Scheidung und Tod, die den Nährboden, auf dem sich die Krankheit ausbreiten kann, düngen.⁸⁰ Meier und Minirth führen Studien an, die besagen, dass 85% aller schweren Depressionen durch Lebensbelastungen ausgelöst werden.⁸¹ Dazu zählen auch eigene somatische Erkrankungen, Trennungen, schulische Misserfolge, Überforderung, etc.

1.7.3 Kritische Lebensereignisse

Ungünstige Lebensereignisse, wie im vorigen Punkt schon angesprochen wurde, sind oftmals Auslöser von depressiven Episoden. Essau und Petermann berichten von Studien, die zeigen, dass depressive Kinder und Jugendliche öfter schwierigen Lebenssituationen ausgesetzt sind als Gleichaltrige. Im Umgang mit Arbeitslosigkeit der Bezugspersonen, Schulwechsel, Beendigung einer wichtigen Freundschaft u.a., neigen depressive Individuen eher zu einer ungünstigen Bewältigung wie Alkoholmissbrauch, Selbstisolation, Weglaufen, etc.⁸² Bei kritischen Lebensereignissen spielen die persönlichen Bewältigungsstrategien eine Rolle. Diese führen dazu, dass das gleiche Lebensereignis von Kindern und Jugendlichen ganz unterschiedlich erlebt und verarbeitet werden kann.

1.7.4 Gesellschaftliche Faktoren

Kerns spricht auch die gesellschaftlichen Faktoren an, die einen Anstieg depressiver Störungen bei Kindern verstärken. Kerns nennt in diesem Zusammenhang unter anderem die Verstädterung, das Auseinanderfallen der Großfamilien bzw. prinzipielle Änderungen in

⁷⁹ VGL. ESSAU, 2002, 119

⁸⁰ VGL. GROEN/PETERMANN, ⁶2008, 433

⁸¹ VGL. MEIER/MINIRTH, ²1995, 97

⁸² VGL. ESSAU/PETERMANN, ⁶2008, 247

der Familienstruktur, die geographische Mobilität, Bildungs- und Berufschancen für Frauen. 1991 sollen, nach Kerns, in den USA 58% der Mütter von Kindern unter sechs Jahren berufstätig gewesen sein. Kerns erwähnt auch die Erfahrungen aus seiner eigenen psychiatrischen Praxis, in der er immer wieder feststellt, dass Kinder nicht das Gefühl haben jemanden an ihrer Seite zu haben, den sie um Rat oder Unterstützung bitten könnten. Solche Stressfaktoren spielen zwar eine große Rolle, können das Phänomen Depression jedoch nicht vollständig erklären.⁸³ Diese Beobachtung Kerns korreliert mit der Bindungstheorie von Bowlby, auf die später noch genauer eingegangen wird.

1.7.5 Protektive Faktoren

Trotz der oben angeführten, belastenden Faktoren muss es bei Kindern nicht grundsätzlich zu depressiven Verstimmungen kommen. Sogenannte protektive Faktoren sind schützende Eigenschaften des Kindes und positive Umweltbedingungen. Dank dieser können sich Kinder trotz widriger Umstände gut und psychisch unauffällig entwickeln. Solche protektive Faktoren können beispielsweise das Temperament des Kindes, annehmende Erwachsene, wie Großeltern und Lehrer sein.⁸⁴ Wustmann meint, dass diese Schutzfaktoren protektiv und risikomildernd wirken. Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer psychischen Störung wird gesenkt und soziale Kompetenz bzw. gesunde psychologische Merkmale und Eigenschaften gefördert.⁸⁵ Lawrence Kerns zählt in seinem Buch „Hilfen für depressive Kinder“ einige Merkmale auf, die als protektive Faktoren ausgewiesen werden können. Er schreibt:

„Zu den persönlichen Merkmalen, die sich für die Kinder positiv auswirkten, gehörten: ein intaktes Zentralnervensystem; ein hohes Maß an Aktivität und Eigeninitiative; eine positive Lebenseinstellung; ein Mangel an schädlichen Gewohnheiten; Autonomie und Befähigung zur Selbsthilfe; kommunikative Kompetenz, Konzentrationsfähigkeit und angemessene Kontrolle eigener Impulse; besondere Interessen und Hobbys; positives Selbstkonzept; die Überzeugung, daß man selbst den Lauf der Ereignisse beeinflussen kann (internal locus of control); sowie der Wunsch, die eigene Lage nach Möglichkeit zu verbessern.“⁸⁶

⁸³ VGL. KERNS, 1997, 59-60

⁸⁴ VGL. SCHÄFER, 1999, 36

⁸⁵ VGL. WUSTMANN, 2004, 44

⁸⁶ KERNS, 1997, 54

1.8 Theorien zur Entstehung von Depression

Es gibt kein evidenten Wissen darüber, wie Depression genau entsteht. Es gibt jedoch viele differenzierte Ansätze, Vermutungen und Studien darüber. Therapeutische Schulen haben jeweils verschiedene Erklärungsmodelle für die Erkrankung, die sich teilweise ergänzen und ineinandergreifen. Ein kurzer Überblick über die wichtigsten Ansätze folgt.

1.8.1 Psychoanalytische Theorien

Die Theorie der klassischen Psychoanalyse, ausgehend von Freud, sieht die mögliche Ursache von Depression in einem echten oder vorgestellten Verlust einer geliebten Person. Die nach einem Verlust aufkommende Wut wird nicht auf die verlorene Person gerichtet, sondern auf sich selbst, was zum Entstehen von Traurigkeit führt.⁸⁷ Beispielsweise können oben genannte familiäre Faktoren (Scheidung, Umzug, etc.) solche Verluste darstellen.

Schlüsselworte seiner Theorie sind *Objektverlust*, *Introjektion* und *Störung des Selbstwertgefühls*. Letzteres unterscheidet Depression von Trauer,⁸⁸ da Objektverlust und Introjektion alleine noch zu keiner Depression führen. Andere bekannte Psychoanalytiker, deren Ansätze in dieser Arbeit aber nicht näher ausgeführt werden können, erweitern Freuds Theorie. Stellvertretend möchte ich drei dieser Ansätze kurz erwähnen.

Edith Jacobson spricht von der Diskrepanz zwischen Selbsteinschätzung und Selbstideal als Ursache von Depression. Betroffene Personen halten den Wunsch zu ihrem eigenen Ideal zu werden, unerreichbar.⁸⁹ Heinz Kohut nennt als Ursache mangelnde Spiegelung, Teilhabe, Ruhe und Sicherheit eines idealisierten Erwachsenen. Das Kind erlebt keine freudige Reaktion auf seine Existenz. Folglich entstehe aus einer fehlenden identifikatorischen Teilhabe an Ruhe und Sicherheit des idealisierten Objekts eine Schulddepression.⁹⁰

Bowlby, der Vater der Bindungstheorie, zeigt großes Interesse an der Mutter-Kind-Beziehung und postuliert, dass Säuglinge die angeborene Neigung besitzen, sich auf soziale Interaktionen einzulassen. Er wies auf dieses zentrale Bedürfnis von kleinen Kindern hin. Eine feste und sichere Bindung an die Mutter oder anderen Bezugspersonen wirken sich vorteilhaft auf eine Reihe kognitiver und sozialer Fähigkeiten aus. Nach Bowlby zeigen

⁸⁷ VGL. KERNS, 1997, 60

⁸⁸ VGL. MENTZOS, 1995, 31

⁸⁹ VGL. KERNS, 1997, 61

⁹⁰ VGL. MENTZOS, 1995, 21

Kinder, die diese Voraussetzungen nicht haben, partielle Deprivation (Schuldgefühle, Depression, Bedürfnis nach Liebe oder Rache) oder eine vollständige Deprivation (Teilnahmslosigkeit, Mangel an authentischen Gefühlen, Konzentrationsstörungen, u.a.).⁹¹

Im Unterschied zu biologischen Ursachen spielen in den genannten Theorien auch Phantasien eine Rolle, die genauso relevant sein können wie reale Ereignisse. Ausschlaggebend ist die subjektive Wahrnehmung der betroffenen Person. Da diese Wahrnehmung die Innenwelt des Patienten betrifft, kann sie für Beobachter unverständlich bleiben.⁹²

1.8.2 Biologische Theorien

Biologische und biochemische Theorien nehmen an, dass die Ursache der Depression an der Verminderung von Botenstoffen, sogenannter Neurotransmitter, liegt. Schäfer erklärt diese Abläufe anschaulich und für Laien verständlich: Es liegt ein geringer Spiegel der Neurotransmitter Noradrenalin, Serotonin und Dopamin vor. Im menschlichen Gehirn arbeiten durchschnittlich 25 Milliarden Nervenzellen miteinander. Jede dieser Nervenzellen hat einen Zellkörper, der durch das sogenannte Axon mit anderen Nervenzelle verbunden ist. Die Axone verzweigen sich und es entsteht ein großes Netz. Die Nervenzellen verständigen sich untereinander im synaptischen Spalt, der als Schaltstelle agiert und sich zwischen den Enden der Axone befindet. Dort werden Botenstoffe zur Kontaktherstellung ausgeschüttet. Diese Botenstoffe befinden sich danach im synaptischen Spalt, und werden folglich von den Rezeptoren der angedockten Zellen bzw. der Rezeptoren der eigenen Zelle wieder aufgenommen. So können Informationen und Reize übermittelt werden. Bei einer Depression kommt es zu einer Störung des Stoffwechsels von Neurotransmittern, vor allem kommt es zur Verminderung von Noradrenalin und Serotonin, was Ungleichgewicht zur Folge hat. Diese Botenstoffe sind vor allem für Stimmung, Schlaf, Appetit, Sexualtrieb maßgebend. Antidepressiva sollen die Balance im Hirnstoffwechsel wieder herstellen.⁹³

Die folgende Graphik soll den beschriebenen Zustand verdeutlichen. Die roten Punkte stellen das Serotonin dar, dessen Konzentration im synaptischen Spalt bei depressiven Menschen vermindert ist. Durch Antidepressiva werden Rezeptoren blockiert, um die Konzentration des Serotonins zu erhöhen.

⁹¹ VGL. FONAGY, 2003, 12-15

⁹² VGL. KERNS, 1997, 61-62

⁹³ VGL. SCHÄFER, 1999, 32-33

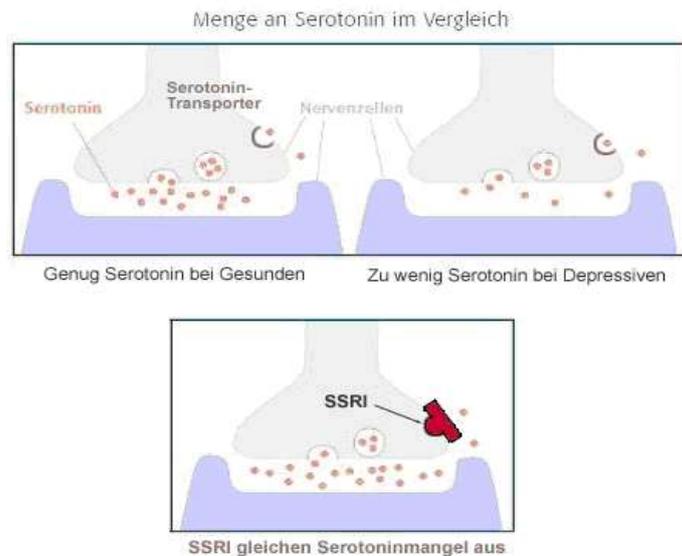


Abbildung 2: Serotonin Haushalt im Vergleich. Quelle: <http://www.bipolar.at/alphamedi/SSRI.gif>, am 22.November 2011

Trotzdem ist unumstritten, dass nicht nur biologische, sondern auch psychosoziale Faktoren bei der Entstehung der Depression wichtig sind. Gemeinsam mit den neurobiologischen Theorien bilden sie die Grundlage für die Entstehung der Depression.⁹⁴

1.8.3 Kognitiv-emotionale Theorien

Bei den kognitiven Theorien spielen ungünstige gedankliche Verarbeitungs- und Bewertungsmuster sowie verzerrte negative Bilder von sich selbst, von anderen und der Zukunft eine wesentliche Rolle. Kognitive Theorien beschreiben depressive Menschen vor allem in der negativen Einstellung zur Umwelt, zu sich selbst und zur Zukunft und sehen darin Ausgangspunkte, die zu einer Depression führen.⁹⁵ Es kommt zu einer selektiv negativen Wahrnehmung und Informationsverarbeitung, einseitigen Zuschreibungen von Ursachen, mangelnden Problemlösefertigkeiten und negativer Affektivität und Emotionsregulation.⁹⁶ Groen und Petermann verwenden den Begriff der „depressiven Brille“, der veranschaulicht, dass betroffene Jugendliche die Umwelt mit sehr negativen Denkmustern wahrnehmen und so die depressiven Symptome verfestigen. Positives wird herabgewürdigt, Negatives überbewertet und für schlechte Erfahrungen wird die Schuld

⁹⁴ VGL. SCHÄFER, 1999, 32-33

⁹⁵ VGL. KERNS, 1997, 62

⁹⁶ VGL. GROEN/PETERMANN, 2008, 433

ausschließlich bei sich selbst gesucht.⁹⁷ „Dadurch werden die Kognitionen von depressiven Personen einseitig negativ, extrem, kategorisch und absolut. Schließlich dient eine solche verzerrte Wahrnehmung und Informationsverarbeitung einer depressiven Person dazu, ihre negativen Ansichten über sich selbst, über ihre Umwelt und Zukunft aufrechtzuerhalten.“⁹⁸

Konzentrationschwierigkeiten stellen ein weiteres Problem dar. Kerns erklärt, dass depressive Kinder und Jugendliche sich sehr schwer tun über längere Zeit ihre Konzentration aufrecht zu erhalten. Dies zeigt sich beispielsweise bei Gesprächen, bei Sendungen in Fernsehen, beim Lesen u.a. Diese Tatsache bringt natürlich einen massiven Nachteil für die Schule mit sich. Es kommt zu einem Leistungsabfall in der Schule, welcher für die Kinder frustrierend ist. Nach Kerns gibt es Untersuchungen die besagen, dass 45% aller Fälle von Schulverweigerung in Zusammenhang mit Depression stehen.⁹⁹

1.8.4 Lerntheorien

Diese Theorie geht davon aus, dass der Mangel an positiver Verstärkung zu Depressionen führt. Positive Verstärkungen können Lob, Beachtung, ein Lächeln, Belohnung etc. sein. Depression kann auch dann entstehen, wenn diese positive Verstärkung ausbleibt oder durch Tod oder Trennung nicht mehr verfügbar ist.¹⁰⁰

Bekannt ist auch die Theorie der erlernten Hilflosigkeit von Seligman.

„Nach der Theorie von Seligman erlebt das depressive Individuum Erfolg und Mißerfolg als völlig unabhängig vom eigenen Zutun und Verhalten, welches ein Gefühl völliger Hilflosigkeit und eine negative Haltung bezüglich zukünftiger Ereignisse provoziert. Depressive Individuen leben in ständiger Erwartung, daß ihnen negative Ereignisse zustoßen, die sie nicht kontrollieren können.“¹⁰¹

Kinder können Hilflosigkeit erlernen, indem sie ständig mit unabwendbaren Erfahrungen von Missbrauch, Vernachlässigung, körperlichen Schmerzen und Einschüchterung konfrontiert sind. Das Kind kann nichts tun um diesen Ereignissen auszuweichen. Weder Weinen, Flehen, Kämpfen noch Vermeidung verbessern die Lage. Die eigenen Handlungen

⁹⁷ VGL. GROEN/PETERMANN, ⁶2008, 434-435

⁹⁸ ESSAU/PETERMANN, ²2008, 254

⁹⁹ VGL. KERNS, 1997, 44

¹⁰⁰ VGL. KERNS, 1997, 62

¹⁰¹ HERPERTZ-DAHLMANN, 1997, 234

werden als nutzlos empfunden. Je stärker die erlebte Hilflosigkeit und je größer die Erwartung, dass etwas Schreckliches passiert, umso depressiver wird das Kind dieser Theorie zu Folge.¹⁰² Kritisch gewürdigt wurde diese Theorie unter anderem von Mentzos. Er meint, dass diese Annahmen zwar ihre Berechtigung haben, jedoch nur einen Nebenaspekt darstellen. Das Wesentliche der Depression mit ihren verschiedenen Ausformungen lasse sich mit dieser Theorie nicht befriedigend darstellen.¹⁰³ Diese Kritik zeigt indirekt auf, dass die Begrenzung auf eine Entstehungstheorie für die Erklärung von Depression nicht ausreichend ist. Daher sind multifaktorielle Entstehungstheorien, auf welche im Folgenden noch eingegangen wird, beliebte Zugänge zur Frage der Ursachen von Depression.

1.8.5 SAD (Seasonal Affektiv Disorder)

SAD ist ein weit verbreiteter Subtyp der Depression. Er ist abhängig von der Jahreszeit und tritt meist in der kalten und dunklen Herbst- und Winterzeit auf, in der die Tage kürzer sind. Diese Art der Depression legt sich aber meist von selbst wieder, wenn im Frühling die ersten Sommerstrahlen zurückkehren.¹⁰⁴ Die typischen Symptome dafür sind Heißhunger auf Kohlenhydrate, Gewichtszunahme, großes Schlafbedürfnis und Energielosigkeit. Im Zusammenhang mit diesem Phänomen zeigen sich Lichttherapien (direkte Lichtbestrahlung der Netzhaut) wirksam.¹⁰⁵ Im Volksmund spricht man auch von einer Herbstdepression.

1.8.6 Multifaktorielle Modelle

Einzelne Modelle und Theorie zur Entstehung von Depression sind aus verschiedenen Schulen entstanden. Sie erklären viele wichtige Aspekte aus der Sicht ihrer eigenen Tradition. Heute spricht man in Bezug auf Entstehungsmodelle weniger von einzelnen Theorien, sondern vielmehr von multifaktoriellen Modellen, die das Zusammenwirken von mehrerer Faktoren und Theorien verdeutlichen.

Essau beschreibt in ihrem Buch „Depressionen bei Kindern und Jugendlichen“ solche Modelle. Unter anderem erwähnt sie das multifaktorielle Modell von McCauley und seinem Forschungsteam (1995), welches hier exemplarisch skizziert werden soll. Das Modell zeigt die Wechselwirkung und das Zusammenspiel von den oben genannten Faktoren und

¹⁰² VGL. KERNS, 1997, 64-65

¹⁰³ VGL. MENTZOS, 1995, 30

¹⁰⁴ VGL. KERNS, 1997, 70

¹⁰⁵ VGL. SCHULTE-MARKWORT ET AL., ²2007, 789-790

Theorien. Nach McCauley et al. sind genetische Faktoren und die frühe Lebenserfahrung sowie kognitive Faktoren, die das Selbstbild und die Wahrnehmung der Umwelt beeinflussen, zentral für die Entstehung von Depression. Ebenso wichtig sind Familie, Umwelt und entwicklungspezifische Stressmuster durch belastete Lebensbedingungen sowie das Verhalten und die Affekte der Eltern. Diese Faktoren beeinflussen den Bindungscharakter der Kinder, was wiederum die positive Entwicklung des Kindes fördert oder unterbindet. In diesem Modell wird auch deutlich, dass belastende Lebensereignisse die Erkrankung der Depression stark negativ verstärken bzw. auslösen. Die Prävalenz von Depression steigt maßgeblich im Jugendalter. In diesem Alter müssen die Jugendlichen viele Herausforderungen bewältigen: Abnabelung von den Eltern, Identitätssuche, Leistungsdruck, Schulwechsel und Ähnliches. Diese werden den individuellen Unterschieden in Charakter, familiären Umfeld, kognitiver Verarbeitung von Erfahrungen, soziokultureller Herkunft, biologischer Anfälligkeit und psychosoziale Fertigkeiten entsprechend, unterschiedlich bewältigt.¹⁰⁶ Es wäre zu kurz gegriffen das Störungsbild der Depression zu verallgemeinern und auf eine Theorie zu reduzieren. Der allgemeine Konsens geht dahin, dass viele Einflussfaktoren, Auslöser, Ressourcen und die Biographie ganz maßgebend für die Entstehungstheorie und folglich auch für die Behandlung sind.

1.8.7 Verlauf

Depressive Störungen haben eine individuelle Dauer und Intensität. Der Durchschnittswert der Dauer beträgt einige Monate bis zu einem knappen Jahr. Das frühe und mittlere Jugendalter ist die Zeit, in der Depression in vielen Fällen das erste Mal auftritt. Jugendliche erholen sich im Normalfall schneller als Erwachsene, trotzdem bleibt ein großes Risiko wieder depressiv zu werden. Groen und Petermann sprechen von einem Langzeitrisiko nach einer Depression im Kindes- und Jugendalter und postulieren auch ein erhöhtes Risiko unter anderen psychischen Störungen zu leiden.¹⁰⁷ Schulte Markwort, Richterich u.a. erwähnen eine zusätzliche Verschlechterung der Prognose depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter durch komorbide Störungen und familiäre Belastungen.¹⁰⁸ Während leichtere depressive Verstimmungen insgesamt eine günstige Prognose erfahren und gut auf therapeutische Maßnahmen ansprechen, so ergaben Langzeitstudien, dass

¹⁰⁶ VGL. ESSAU, 2002, 116-118

¹⁰⁷ VGL. GROEN/PETERMANN, ⁶2008, 432

¹⁰⁸ VGL. SCHULTE-MARKWORT ET AL., ²2007, 792

schwere depressive Störungen in diesem Alter ein höheres Risiko für affektive Störungen, Suizidalität, Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter darstellen. Es kann also durchaus von einer gewissen Kontinuität der Erkrankung gesprochen werden.¹⁰⁹ Im Großen und Ganzen ist es jedoch schwierig, einen einheitlichen Verlauf der Krankheit festzustellen. Was aber gut erforscht wurde, ist die Tatsache, „daß in einem hohen Prozentsatz unabhängig von Geschlecht, Alter und Erstmanifestation eine hohe Persistenz bis in das Erwachsenenalter besteht.“¹¹⁰

Essau und Petermann machen auch auf die psychosozialen Beeinträchtigungen aufmerksam. Sie meinen, depressive Kinder hätten eine schlechtere psychosoziale Anpassung als nicht depressive und somit größere Schulschwierigkeiten, schlechtere Durchschnittsnoten und schlechteren Bezug zum Lehrpersonal. Nach einer Verbesserung und Genesung der Krankheit können die Betroffenen in der Schule wieder aufholen.¹¹¹ Insofern spielen Prävention und Diagnostik im frühen Alter eine große Rolle.

1.9 Interventionen

Es gibt keinen Konsens, wie eine Depression am besten behandelt werden soll. Jede Depression muss individuell untersucht werden, um adäquate Behandlungsmethoden zu wählen. Dabei sind der Schweregrad der Depression und die individuelle Krankheitsgeschichte in den Blick zu nehmen. Die Behandlungsmethoden sind auch immer abhängig von der Entstehungstheorie. Die wichtigsten Interventionsmöglichkeiten bei Kindern und Jugendlichen sollen hier kurz dargestellt werden.

1.9.1 Psychopharmakotherapie

Während die medikamentöse Behandlung depressiver Patienten mit Antidepressiva gut erforscht, und deren Wirksamkeit bestätigt ist, so ist im Bereich des Kindes- und Jugendalters einmal mehr Aufholbedarf nötig. Trotzdem ist auch bei Kindern und Jugendlichen, die SSRIs (Selektive Serotonin Wiederaufnahme Hemmer, vgl. Abbild 2, Kapitel 1.8.2) einnehmen, die Wirksamkeit, bei relativ geringen körperlichen Nebenwirkungen, belegt.¹¹² SSRIs sind die neueste Generation der Antidepressiva.

¹⁰⁹ VGL. STEINHAUSEN, ⁶2006, 189

¹¹⁰ KNÖLKER ET AL., 1997, 370

¹¹¹ VGL. ESSAU/PETERMANN, ²2008, 249

¹¹² VGL. GROEN/PETERMANN, ⁶2008, 436

Nebenwirkungen von SSRIs können nach Nevermann und Reicher vor allem Übelkeit, Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Schlafschwierigkeiten und innere Unruhe sein.¹¹³

SSRIs sind die Antidepressiva, die bei Depressionen am häufigsten verschrieben werden. Laut Groen und Petermann soll es in den letzten Jahren jedoch Hinweise gegeben haben, dass SSRIs vermehrt Suizidgedanken hervorrufen.¹¹⁴ Die Wirksamkeit anderer Antidepressiva im Jugendalter, wie MAO Hemmer und Trizyklische Antidepressiva (Vorläufer der SSRIs) sind nicht gut erforscht. Diese Antidepressiva versuchen ebenfalls den Serotonin und Adrenalinhaushalt zu beeinflussen, jedoch durch andere biochemische Prozesse. Solange es im Kinder und Jugendbereich wenig Nachweise für Nebenwirkungen und potentielle Toxizität gibt, empfehlen Schulte-Markwort u.a. sich darüber gut zu informieren.¹¹⁵

Wissenswert ist auch die Tatsache, dass Antidepressiva erst nach ca. vier Wochen bei Erwachsenen und laut Nevermann und Reicher erst nach ca. 2 Monaten bei Kindern und Jugendlichen wirken.¹¹⁶ Nichtsdestotrotz scheint, nach Groen und Petermann, der Einsatz von Psychopharmaka bei schweren Depressionen, Beeinträchtigung im psychosozialen Bereich und bei erfolgloser kognitiver Verhaltenstherapie angemessen. Die medikamentöse Behandlung sollte jedoch immer unter fachärztlicher Begleitung sowie umfangreicher Beratung und Informationsgesprächen mit den Erziehungsberechtigten, nach Möglichkeit auch mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen, stattfinden.¹¹⁷

Nach Laux u.a. sind Psychopharmaka in der Behandlung von seelischen Erkrankungen dringend nötig. Er plädiert für eine Kombination von Psychotherapie und Medikamenten, um ein optimales Therapieziel zu erreichen. Ein zentrales Problem sieht er in der Indikationsstellung. So werden Psychopharmaka oft leichtfertig und unmittelbar verschrieben und anderen Patienten zu ihrem Nachteil vorenthalten. Daher ist die Relevanz einer Psychopharmaka-Therapie abhängig von der Art der psychischen Störung.¹¹⁸ Eine individuelle Diagnostik und medikamentöse Abklärung spielen im Bereich der Depression, sowie auch bei anderen Erkrankungen, eine große Rolle.

¹¹³ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 226

¹¹⁴ VGL. GROEN/PETERMANN,⁶2008, 436

¹¹⁵ VGL. SCHULTE-MARKWORT ET AL.,²2007, 789

¹¹⁶ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 224

¹¹⁷ VGL. GROEN/PETERMANN,⁶2008, 436

¹¹⁸ VGL. LAUX ET AL.,⁴1993, 4

1.9.1.1 Natürliche Antidepressiva

Bei weniger schweren Depressionen ist die Wirkung des pflanzlichen Antidepressivums „Johanneskraut“ nachgewiesen. Johanneskraut soll ähnliche Wirkung haben, wie die trizyklischen Antidepressiva, jedoch mit viel weniger unerwünschten Nebenwirkungen.¹¹⁹

Im Kindes- und Jugendalter wurden noch keine fundierten Studien über die Wirksamkeit des Johanneskrauts festgestellt, jedoch sollen offene Studien gute Verträglichkeit und Wirksamkeit bestätigen.¹²⁰

Andere natürlichere Interventionen sind die bereits erwähnte Lichttherapie und der Schlafentzug. Die Lichttherapie beinhaltet ein ein- bis zweistündiges Sitzen vor einer speziellen Lampe und wird vor allem bei SAD (saisonal abhängige Depression) Patienten angewendet. Schlafentzug ist eine weitere untersuchte Möglichkeit Stimmungsverbesserungen hervorzurufen.¹²¹ Diese Therapie ist besonders bei Patienten mit Morgentief und Tagesschwankungen wirksam. Wie die Wachtherapie genau wirkt, ist noch nicht geklärt.¹²²

1.9.2 Kognitive Verhaltenstherapie

In einigen Studien konnten durch kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter signifikante Erfolge nachgewiesen werden.¹²³ Die kognitive Verhaltenstherapie arbeitet mit genauer Struktur, Hausaufgaben und Bearbeitung ganz spezieller Ziele. Dazu gehören kognitive Umstrukturierung und Selbstkontrolltherapie. Der Zusammenhang von Verhaltensmustern, Gedanken und Gefühlen soll erarbeitet werden. Fehlangepasste Gedanken werden erkannt, reflektiert und verändert. Bei der Selbstkontrolle geht es um die Beobachtung der eigenen Person in bestimmten Situationen, sowie die Fähigkeit sich erreichbare Ziele zu setzen.¹²⁴ Weitere wichtige Punkte sind das Planen und die Förderung von Freizeitaktivitäten. Rückzug, Passivität und Vermeidung werden durch positive Verstärkung umgekehrt. Zusätzlich sollen soziale Kompetenzen gefördert und Problemlösefähigkeit erworben werden, die zu Selbstbewusstsein und Kontrollüberzeugung führen können. Als zusätzliche

¹¹⁹ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 227

¹²⁰ VGL. SCHULTE-MARKWORT ET AL., ²2007, 788

¹²¹ VGL. SCHULTE-MARKWORT ET AL., ²2007, 789-791

¹²² VGL. SCHÄFER, 1999, 68-69

¹²³ VGL. SCHULTE-MARKWORT ET AL., ²2007, 791

¹²⁴ VGL. ESSAU, 2002, 159-160

verhaltenstherapeutische Intervention nennt Essau das Entspannungstraining, welches die mit Depression oft einhergehende Angst der Kinder und Jugendlichen reduzieren soll.¹²⁵

Die Kognitive Verhaltenstherapie versucht Denkmuster, die zu Depression führen, zu korrigieren, um die Stimmungslage zu verbessern. Die Therapie dauert durchschnittlich drei bis vier Monaten mit einer Sitzung pro Woche.¹²⁶ Prinzipiell versucht die Verhaltenstherapie, mehr als andere Therapieformen, an den Symptomen zu arbeiten.

1.9.3 Interpersonelle Therapien und Familientherapien

Dieser Therapieansatz geht davon aus, dass depressive Symptome immer auch im Zusammenhang mit ungünstigen zwischenmenschlichen Beziehungen stehen. Das familiäre Miteinander steht daher im Mittelpunkt. Rollenmuster, Kommunikation, Beziehungsmuster und familiäre Belastungen werden besprochen. Die Familienmitglieder sollen befähigt werden auf die Symptome und Schwierigkeiten des Kindes besser einzugehen und ihre Rolle zu reflektieren, um positive Interaktionen in der Familie zu ermöglichen.¹²⁷ In den meisten Fällen leidet ja nicht nur das betroffene Kind, sondern das ganze familiäre Umfeld, wodurch das Familienleben verändert wird.¹²⁸ Speziell im Fall von Kindern und Jugendlichen ist immer der Einbezug der Familie empfohlen.

1.9.4 Psychoanalytische Therapie

In einer große Studie über psychodynamische und psychoanalytische Interventionen bei depressiven Störungen wurde veröffentlicht, dass 82% der Kinder und Jugendlichen am Ende einer zweijährigen Behandlung keine depressiven Symptome mehr hatten. Der Erfolg wird vor allem der hochfrequenten Behandlung (4-5 Sitzungen pro Woche) zugeschrieben.¹²⁹ Mentzos schreibt den Erfolg der psychoanalytischen Behandlung der intensiven therapeutischen Beziehung zu: „Es sind vorwiegend neue Beziehungserfahrungen, die dem Patienten mit dieser therapeutischen Beziehung ermöglicht werden. Sie machen den Hauptanteil des therapeutischen wirksamen Prozesses aus.“¹³⁰ Es ist das „Angebot eines lebendigen Dialogs“, mit dessen Hilfe das Kind aus

¹²⁵ VGL. ESSAU, 2002, 160-161

¹²⁶ VGL. KERNS, 1997, 185

¹²⁷ VGL. GROEN/PETERMANN, ⁶2008, 440

¹²⁸ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 221

¹²⁹ VGL. SCHULTE-MARKWORT ET AL., ²2007, 791

¹³⁰ MENTZOS, 1995, 122

seinem inneren Rückzug geholt werden soll. Psychoanalytische Ansätze stellen eine sichere Umgebung sowie Stützung des Selbstwertgefühls des Kindes in den Mittelpunkt.¹³¹ Kerns sieht die psychoanalytische Therapiekonzeption im Auftrag Symptome als Ausdruck eines inneren Konflikts zu erkennen, Einsicht über die Entstehung und schließlich ein stabiles „Selbst“ zu erlangen, welches einen Kompromiss mit konfliktreichen inneren Strebungen und Spannungen eingehen kann.¹³² Im Unterschied zur Verhaltenstherapie, welche stark am Symptom orientiert ist, stehen hier unbewusste Ursachen im Mittelpunkt.

1.9.4.1 Spieltherapien

Speziell bei der psychoanalytischen Therapie mit Kindern ist Spieltherapie oft die Methode der Wahl. Gefühle und Gedanken in Worte zu kleiden stellt sich in diesem Alter oft als sehr schwierig heraus. Zum Handwerkszeug analytischer Kindertherapeuten gehören adäquate Spielsachen. Das Kind soll freie Hand haben zu malen, zu basteln, mit Puppen zu spielen etc. Hier hat das Kind die Möglichkeit auf seine eigene Art seinen inneren Konflikt auszudrücken.¹³³ Diese Art von Therapie ist ohne konkreten Plan, ohne Struktur und nicht direktiv. Für das Kind soll eine angenehme, sichere Atmosphäre geschaffen werden, in welcher es auch unterdrückte und gelegnete Gefühle ausdrücken kann. Der Therapeut sollte dadurch die Perspektive des Kindes auf die Welt wahrnehmen lernen.¹³⁴

1.9.5 Stationärer Aufenthalt

In Sachen Intervention bei depressiven Kindern und Jugendlichen stellt sich vor allem bei schweren Fällen die Frage nach professioneller Hilfe und stationärer Behandlung. Anlässe dafür wären vor allem die Selbst und Fremdgefährdung durch das Verhalten des Kindes, wobei die Suizidgefahr den Hauptanlass darstellt. Weitere Gründe sind grobe Probleme zu Hause, in der Schule oder im Freundeskreis. Ein stationärer Aufenthalt könnte für Entlastung auf beiden Seiten sorgen und stellt eine gute Intervention dar, wenn der Zustand der Betroffenen intensive psychotherapeutische und kontrollierte medikamentöse Behandlung erfordert.¹³⁵

¹³¹ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 220

¹³² VGL. KERNS, 1997, 172-173

¹³³ VGL. KERNS, 1997, 176

¹³⁴ VGL. ESSAU, 2002, 180-181

¹³⁵ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 207-208

Kerns versucht Vor- und Nachteile stationärer Behandlungen zu benennen. Als Nachteil sieht er unter anderem die soziale Stigmatisierung für die Betroffenen selbst, aber auch für die Eltern, die diese Intervention als Anklage und Versagen der elterlichen Verantwortung und Fürsorge interpretieren. Ein weiterer Punkt ist auch das Krankenhausmilieu allgemein. Es gibt wenig Bewegungsspielraum, weswegen die Autonomie des Kindes eingeschränkt ist. Durch andere beeinträchtigte Kinder kann eine Gruppendynamik entstehen, die für die jungen Patienten schädigend sein kann. Nicht zuletzt ist es für Eltern schwierig, in die Behandlung miteinbezogen zu werden, wenn die Distanz nach Hause groß ist.¹³⁶

Vorteile der stationären Behandlung sind vor allem dann zu nutzen, wenn das Verhalten der Betroffenen sich selbst und das Umfeld stark beeinträchtigt. Ruhepausen, Struktur und Orientierung sollen für die nötige Stütze sorgen. Eine intensive Beobachtung und Behandlung auf medikamentöser und therapeutischer Ebene sowie körperliche Untersuchungen sollen wesentlich zur Verbesserung beitragen. Das Kind ist abgeschirmt von Reizen der Umwelt, welche unter Umständen zur Verschlechterung oder Aufrechterhaltung der Erkrankung beigetragen haben. Abwertungen, Konflikte, Drogenmissbrauch und ungesunde familiäre Kommunikationsmuster werden unterbrochen und die gewonnene Distanz als begrenzte Pause angesehen. Nicht außer Acht zu lassen sind aber auf alle Fälle gesunde Entwicklungsaufgaben, wie beispielsweise Beziehungen zu Gleichaltrigen und Loslösung von den Eltern etc., deren Bewältigung der stationäre Aufenthalt nicht unterbinden soll.¹³⁷

Grundsätzlich ist ein stationärer Aufenthalt in vielen Fällen durchaus sinnvoll und angebracht. Bei schweren Fällen ist es oft die einzige Möglichkeit. Trotzdem sollten auch mögliche negative Konsequenzen und die Wünsche des Kindes nicht ignoriert werden. An und für sich sollten immer Fachärzte oder fachspezifische Therapeuten darüber beraten und entscheiden.

Zwischenbilanz

Depressionen bei Kindern und Jugendlichen können eine große Beeinträchtigung für die Betroffenen und deren Umfeld bedeuten. Meistens wird keine reine Depression diagnostiziert, da oft andere psychische Auffälligkeiten mit dieser Diagnose einhergehen.

¹³⁶ VGL. KERNS, 1997, 210-211

¹³⁷ VGL. KERNS, 1997, 211-216

Die Depression, in ihren verschiedene Facetten und Ausprägungen, ist ein schwer greifbares Phänomen, mit vielen Auf- und Abstufungen, die sich in verschiedenen Störungsbildern zeigen. Die Grenze zwischen gesund und krank kann nicht so leicht gezogen werden. Dass die exakte Einteilung sehr schwierig ist, zeigt sich auch in den gängigen Klassifikationsmodellen.

Es gibt einige in dieser Arbeit angeführte Theorien über die Entstehung von Depression, die im Gesamtbild gute Erklärungen und Begründungen liefern, jedoch immer auch auf den individuellen konkreten Fall zugeschnitten werden müssen. Ebenso verhält es sich mit den Interventionsformen. Verhaltenstherapie kann die Heilung für einige Betroffene bedeuten und für andere wiederum ohne Effekt bleiben. So ist es auch mit anderen angeführten Behandlungsformen. Daher ist eine einfühlsame individuelle Behandlung und Begutachtung jedes depressiven Individuums erforderlich, um auf die speziellen Bedürfnisse eingehen zu können.

Für Tölle ist die Einsicht wesentlich, dass es *die* Depression nicht gibt: „Jeder Betroffene hat seine Depression mit individueller Färbung. Dabei lassen sich bestimmte Formen von Depression erkennen, die sich wesentlich voneinander unterscheiden. Andererseits ist den Depressionstypen manches gemeinsam, sowohl im Erscheinungsbild als auch in der Behandlungsweisen.“¹³⁸ Trotz der hohen Individualität dieser Krankheit können jedoch auch markante einheitliche Merkmale beschrieben werden, die beim Erkennen und Behandeln von großer Bedeutung sind. Insofern lohnt sich eine Auseinandersetzung mit diesem Krankheitsphänomen und dessen Bedeutung für Erkrankte und deren Umwelt.

¹³⁸ TÖLLE, 2000, 9-10

2. Teil Schulklima und Schulumwelt in ihrer Bedeutung für Befinden und Verhalten von Kindern und Jugendlichen mit psychischer Beeinträchtigung. Fokus Depression.

Im ersten Abschnitt wurde das Phänomen Depression beschrieben, um ein besseres Verständnis darüber zu erlangen. Diese Thematik hat auch für pädagogisches Handeln immer größere Relevanz, da die Anzahl der Erkrankten stark im Steigen ist. Depression ist eine Erscheinung, die immer häufiger diagnostiziert wird, daher sollten Lehrerinnen und Lehrer zumindest ein Basiswissen über die Krankheit, ihre Ursachen und Erscheinungsformen haben. Dieses Wissen kann sie befähigen, dementsprechend empathisch und reflektiert zu handeln bzw. auch nötige Maßnahmen zu setzen. Das bedeutet nicht, dass sie therapeutisches oder ärztliches Knowhow besitzen müssen. Gleichwohl kann jedoch das Erkennen der Störung und ein achtsames Umgehen mit betroffenen Schülerinnen und Schülern vieles verbessern. Im besten Fall wird dem betroffenen Kind und den Lehrerinnen und Lehrern einiges an negativen Erfahrungen und Kommunikationsproblemen erspart. Der Krankheitsverlauf kann durch Verständnis, Information und Beratung unter Umständen in eine heilsame Richtung geleitet werden. Dieser zweite Teil versucht allgemeine Befindlichkeitstendenzen depressiver Schülerinnen und Schüler darzustellen und generelle Handlungsanweisungen und Handlungsempfehlungen für den Umgang mit diesen zu geben.

2.1 Die Schulzeit und ihr Einfluss auf Schülerinnen und Schüler

Die Schulzeit ist für Kinder und Jugendliche eine wesentliche Phase in ihrem Leben. Schülerinnen und Schüler verbringen enorm viel Zeit in der Schule, welche demnach auch deren Entwicklung zu einem bestimmten Teil prägt. Nach Achermann et al. sollen es sogar um die 15000 Stunden sein, die Kinder und Jugendliche in einer entscheidenden Phase ihrer Entwicklung in der Schule verbringen.¹³⁹ Fend beschreibt die Schule für alle Kinder und Jugendliche, die in unserer Kultur aufwachsen, als einen „entscheidenden Lebens- und Erfahrungsraum“. Mündliche und schriftliche Leistungen, soziale Äußerungen und Spiegelungen sowie Rückmeldungen auf persönliche Verhaltensweisen beeinflussen die Art

¹³⁹ VGL. ACHERMANN ET.AL, 2006, 15

der Lebensbewältigung und üben starken Einfluss aus.¹⁴⁰ Die Schule strukturiert Lebensräume, sie gibt Ziele vor und prägt Lebensentscheidungen wie auch berufliche Möglichkeiten. Die Erfahrungen, die Schülerinnen und Schüler in der Schule machen, haben daher großen Einfluss auf deren Entwicklung.

Die Schule kann jedoch im Bereich der Entwicklung große Gefährdungen mit sich bringen. Sie kann bestärkend wirken, wenn gewisse Kompetenzen gefördert werden, wie zum Beispiel das angemessene Verfolgen von Zielen und Aufgaben. Ebenso kann es aber auch sein, dass Schülerinnen und Schüler keinen emotionalen Bezug zu schulischen Angeboten und Anforderungen bekommen und so keinen für sie sinnvollen Platz in der Schule finden. Schule dient nicht nur zur Wissensvermittlung, sondern leistet auch einen ganz wesentlichen Beitrag zur Persönlichkeitsentwicklung.¹⁴¹ Fend sieht das Bildungswesen als ganz zentrales Element für die Entwicklung der Person, er meint: „Wir können in unserer Kultur und auf unserer historischen Stufe der gesellschaftlichen Entwicklung die Genese der Person nicht verstehen, wenn wir ihre Entwicklung im Kontext des Bildungswesens außer Acht lassen.“¹⁴²

Die Jugendzeit ist auch eine Phase des Umbruchs, in der sich die Jugendlichen vom Elternhaus lösen, selbst erwachsen werden und darum mit vielen Entwicklungsaufgaben und spezifischen Problemen der Lebensbewältigung konfrontiert sind.¹⁴³ Oerter und Dreher nehmen an, dass es sich bei der Jugendzeit „um eine konzentrierte Phase multipler Bewältigungsleistungen handelt, die sowohl auf Resultaten früherer Aufgaben beruhen, als auch Determinanten für die Auseinandersetzung mit Anforderungen des Erwachsenenalters darstellen“. Seitens der Schule muss diese Tatsache berücksichtigt werden.

Es gilt daher festzuhalten, dass die Lebenswelt Schule die Entwicklung der Schülerpersönlichkeit stark beeinflusst. Sie kann mit einer förderlichen bzw. eher weniger förderlichen psychischen Entwicklung in Zusammenhang gebracht werden und Einfluss auf die Persönlichkeitsstruktur im Erwachsenenalter nehmen.

¹⁴⁰ VGL. FEND, 1997, 1-2

¹⁴¹ VGL. ACHERMANN ET AL., 2006, 15

¹⁴² FEND, ³2005, 331

¹⁴³ VGL. MEIER, 2004, 187

2.1.1 Pubertät

Die Abgrenzung zwischen depressiven und pubertierenden Jugendlichen ist nicht immer einfach. Die Pubertät ist die Lebensphase, in der große körperliche und psychische Entwicklungen sowie körperlich-hormonelle Veränderungen stattfinden und dadurch die Aufmerksamkeit auf die eigene Person lenken.¹⁴⁴ Jugendliche vergleichen sich in dieser Phase immer wieder mit Gleichaltrigen, wodurch das Selbstwertgefühl verbessert oder verringert wird. Mitschka spricht von einem „Chaos der Gefühle, Erfahrungen und Wünsche“¹⁴⁵, in dem sich Jugendliche nicht selten unverstanden fühlen. In ihrer Suche nach der eigenen Identität agieren sie oftmals egozentrisch. Ängste, Seelenschmerz und aggressive Reaktionen sowie soziale Isolierungstendenzen und erlebte Einsamkeit sind in dieser Phase keine Seltenheit.¹⁴⁶ Die Abgrenzung zu anderen Menschen ermöglicht aber auch Beziehungen, die selbst gewählt sind und die Entwicklung des Ich-Gefühls stärken.¹⁴⁷ Schließlich kann festgehalten werden, dass Pubertät eine Krise darstellt, in der körperliche und psychische Entwicklungen aufeinander Wirkung ausüben.¹⁴⁸

Viele Merkmale einer Depression können auch normale Merkmale der Pubertät sein. Das sollte Bezugspersonen und Pädagoginnen und Pädagogen bewusst sein, um Vorurteile und Stigmatisierungen zu verhindern. Bei Verdacht auf eine Depression kann beispielsweise ein Schulpsychologe hinzugezogen werden, bevor eine eigenmächtige Diagnose gestellt wird, wofür Lehrerinnen und Lehrer nicht ausgebildet sind. Außerdem unterstreicht Baacke: „Der pädagogisch Handelnde (...) wird (...) nicht umhin können, die subjektive Erlebhaftigkeit jedes einzelnen Lebensschicksals, mit dem er zu tun hat, angemessen zu beachten.“¹⁴⁹

2.2 Die Lebenswelt als erlebte Wirklichkeit

Was verstehen wir unter Lebenswelt? Eine anerkannte Definition von Lebenswelt liefern Schütz und Luckmann, die in der philosophischen Tradition der Phänomenologie¹⁵⁰ stehen:

¹⁴⁴ VGL. MITSCHKA, ⁴1996, 11-13

¹⁴⁵ VGL. MITSCHKA, ⁴1996, 17

¹⁴⁶ VGL. MITSCHKA, ⁴1996, 17-21

¹⁴⁷ VGL. BAACKE, ⁹2003, 41-42

¹⁴⁸ MITSCHKA, ⁴1996, 16

¹⁴⁹ BAACKE, ⁹2003, 40

¹⁵⁰ Die Schule der Phänomenologie sieht die Lebenswelt als „jene vorwissenschaftliche Welt, in der wir alle naiv leben und handeln, ohne unser Handeln jeweils zu bedenken. Die Lebenswelt bestimmt Husserl als die raumzeitliche Welt der Dinge, so wie wir sie in unserem vor- und außerwissenschaftlichen Leben erfassen und

„Die Lebenswelt ist der Inbegriff einer Wirklichkeit, die erlebt, erfahren und erlitten wird. Sie ist aber auch eine Wirklichkeit, die im Tun bewältigt wird und die Wirklichkeit, in welcher – und an welcher – unser Tun scheitert... Der Alltag ist jener Bereich der Wirklichkeit, in dem uns natürliche und gesellschaftliche Gegebenheiten als die Bedingungen unseres Lebens unmittelbar begegnen, als Vorgegebenheiten, mit denen wir fertig zu werden versuchen müssen.“¹⁵¹

Die Lebenswelt ist nach dieser Definition eine wiederkehrende, unausweichliche Wirklichkeit, an der ein Mensch teilhat. In diese Wirklichkeit hinein kann der Mensch, vermittelt durch seinen Körper, wirken. Gleichzeitig werden dem Menschen in seinen Handlungsmöglichkeiten durch die Handlungen anderer Menschen, anderer Ereignisse und Umstände Grenzen gesetzt, die er als Widerstand wahrnimmt. Dieser Bereich der Handlungsmöglichkeiten in der alltäglichen Lebenswelt ist der einzige Bereich, in dem sich eine gemeinsame kommunikative Umwelt gestalten lässt.¹⁵² Wirklichkeitsordnungen werden „nicht durch eine etwaige ontologische Struktur ihrer Objekte, sondern durch den Sinn unserer Erfahrung konstituiert“¹⁵³. Schütz und Luckmann sprechen daher auch von „geschlossenen Sinngebieten“, sie meinen: *„Subjektiv sinnvoll sind also nur Erlebnisse, die über ihre Aktualität hinaus erinnert, auf ihre Konstitution befragt und auf ihre Position in einem zuhandenen Bezugsschema ausgelegt werden.“¹⁵⁴* Solche geschlossene Sinngebiete können beispielsweise religiöse Welten, empirische Welten, Phantasiewelten etc. sein. In Verbindung mit Depression könnte hier auch die „depressive Verstimmung“ angeführt werden.

Das bedeutet, *„solange unsere Erfahrungen am gleichen Erlebnis- bzw. Erkenntnisstil teilhaben, solange sie also in einem geschlossenen Sinnbereich bleiben, dauert für uns die Wirklichkeit dieser Erfahrung an. Nur wenn wir von unserem Lebensplan her motiviert sind, eine andere Einstellung anzunehmen („ich darf nicht weiter vor mich hinträumen, ich muss arbeiten“) oder wenn wir durch einen „fremden“ Eingriff gestört werden (...), wenn wir also einen spezifischen Schock erfahren, der die Grenzen des für uns augenblicklichen „realen“,*

über die erfahrene hinaus als erfahrbar wissen. Die Reflexion setzt erst dann ein, wenn Probleme auftreten. Reflektierend sollen sie gelöst werden. Insoweit entspringt jede Wissenschaft einer Lebenspraxis, die Fragen aufwirft, auf die sie – interessiert an lebensweltlicher Intaktheit – befriedigend antworten möchte.“ (Grunder, 2001, 6)

¹⁵¹ SCHÜTZ/LUCKMANN, 1984, 11

¹⁵² VGL. SCHÜTZ/LUCKMANN, 1979, 25

¹⁵³ SCHÜTZ/LUCKMANN, 1979, 49

¹⁵⁴ SCHÜTZ/LUCKMANN, 1979, 38

*geschlossenen Sinngebiets sprengt, müssen – oder „wollen“ wir den Realitätsakzent auf ein anderes Sinngebiet verlegen“.*¹⁵⁵ Schütz und Luckmann sprechen in ihrem Konzept von der Versenkung in Phantasiewelten, in denen man sich nicht mehr mit der Außenwelt konfrontieren muss. Die vorhin genannten Widerstände der Umwelt müssen in solchen nicht mehr bewältigt werden. Dieses Phantasieren bilde ein in sich abgeschlossenes System, in dem jede Absicht zur Handlung fehle.¹⁵⁶

Das heißt, wir leben in unserer eigenen subjektiven Wirklichkeit, haben aber immer Anteil an einer gewissen Intersubjektivität - einem gesellschaftlichen Zusammenhang, der uns gemeinsames Leben und Kommunikation ermöglicht. Wir erleben auf Grund von Erfahrungen, Einstellungen und Prägungen unsere eigene subjektive Lebenswelt, die immer wieder mit anderen Lebenswelten in Berührung kommt und somit die Möglichkeit zu einer Weiterentwicklung bietet.

In Anlehnung an dieses Modell können wir depressive Verstimmungen als eigene abgeschlossene „Sinnbezirke“ verstehen. Die Betroffenen fühlen sich überfordert mit den Anforderungen des Alltags und grenzen sich daher ab. Reicher und Nevermann sprechen vom Fehlen des nötigen Optimismus, von Lustlosigkeit und dem Leiden an der negativen Selbstbewertung. Bei Kindern und Jugendlichen kommen eher leichte depressive Verstimmungen, aber ebenso chronifizierte Störungen (dysthyme Störungen) vor. Seltener treten bei Kindern und Jugendlichen schwere Depressionen (Major Depression) auf, wodurch die Bewältigung des Schulalltags zu einer kompletten Überforderung führen kann und betroffene Schülerinnen und Schüler oft zu aktiven Schulverweigerern zählen.¹⁵⁷

Schule kann und soll in dieser Hinsicht einen wesentlichen Beitrag leisten. Sie kann den Schülerinnen und Schülern Angebote machen, sich mit ihren „Sinnbezirken“ auseinanderzusetzen, kann motivieren und provozieren und sie zu einer intensiven Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenswelt bringen. Problematisch wird es dann, wenn diese Lebenswelten geschlossene Sinnbereiche bleiben, eine Interaktion mit der Umwelt bzw. eine Wechselbeziehung abgeblockt wird und somit die Chance auf Entwicklung verwehrt bleibt.

Depressiv verstimmte Menschen sehen die Welt wie durch eine „depressive Brille“ und unterliegen daher einer ganz spezifischen Weltwahrnehmung, die einer gesunden Selbst-

¹⁵⁵ SCHÜTZ/LUCKMANN, 1979, 50-51

¹⁵⁶ VGL. SCHÜTZ/LUCKMANN, 1979, 54-55

¹⁵⁷ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 118-119

und Fremdwahrnehmung schädigend entgegenwirkt. Dennoch ist Depression eine erlebte Wirklichkeit für Betroffene, welche ernst zu nehmen ist, auch wenn diese Lebenswelt für Außenstehende als nicht nachvollziehbar erscheint.

2.2.1 Der Begriff des Befindens im Lebensraum Schule

Der Begriff des Befindens kann auf viele Bereiche bezogen werden. In der Psychologie lässt sich Befindlichkeit als „allgemeiner Begriff für die momentane Gesamtheit aller Stimmungen und Empfindungen und die emotionalen Zustände einer Person“¹⁵⁸ beschreiben. Für Eder gewinnt die Selbstwahrnehmung und Selbstbewertung in Bezug auf das Befinden eine zentrale Bedeutung. In Anlehnung an Lewin, der den Lebensraum als „individuelle Welt, so wie sie für eine Person besteht“¹⁵⁹, beschreibt, sieht Eder das Befinden als „*affektive wertende Selbstwahrnehmung einer Person in ihrem Lebensraum*“.¹⁶⁰ Aus diesem Grund ist die subjektive Sicht bzw. das Wahrnehmen des eigenen Lebensraumes konstitutiv für das Befinden. In Bezug auf Schule, die ein Teilbereich des gesamten Lebensraumes ist, sieht er Befinden als „*die affektiv-wertende Selbstwahrnehmung schulbezogener Merkmale der eigenen Person und der Beziehungen zu den relevanten Elementen der schulischen Umwelt*“.¹⁶¹

In Zusammenhang mit Depression bei Schülerinnen und Schülern ist diese Begriffsdefinition von großer Bedeutung. Wie im ersten Teil erwähnt, geht Depression meist mit einer negativen Selbstbewertung und Weltwahrnehmung einher. Betroffene erleben sich selbst und ihre Lebenswelt, somit auch die Zeit in der Schule, als negativ.

Das Befinden unterliegt immer einer subjektiven Bewertung. Es liegt zwischen zwei Polen: positiv oder negativ, günstig oder ungünstig, etc. Während die positive Bewertung des Befindens mit dem Gesundheitsbegriffs der WHO weitgehend korreliert (Gesundheit als „Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“¹⁶²), kann negatives Befinden nicht sofort als Krankheit gewertet werden, sondern sich auf viele Zwischenebenen beziehen. Es ist beispielsweise auch zwischen aktueller Befindlichkeit und habituellen Befinden zu unterscheiden: Während aktuelle Befindlichkeit eher

¹⁵⁸ Tewes/Wildgrube, 1992, 45

¹⁵⁹ Lewin, 1963, 31

¹⁶⁰ Eder, 1995, 16

¹⁶¹ Eder, 1995, 16

¹⁶² Lohaus, 1993, 7

situationsgebunden bzw. –abhängig ist, ist das habituelle Befinden als überdauernder Zustand einer Person definiert.¹⁶³ Letzteres ist in Bezug auf eine Depression bedeutender. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass für das Befinden jeder Schülerin und jedes Schülers dem schulischen Lebensraum individuelle Bedeutung zukommt. Trotzdem gibt es Hypothesen über Gemeinsamkeiten des Denkens und Fühlens im Lebensraum Schule, die relevante Dimensionen der Selbst- und Lebensweltwahrnehmung darstellen.¹⁶⁴

2.2.2 Wechselwirkung zwischen innerschulischen und außerschulischen Verhalten

Die emotionale Gestimmtheit von Schülerinnen und Schülern wird maßgeblich von deren Persönlichkeit bestimmt, dennoch ist auch Schule als Lebensbereich ein wichtiger Einflussfaktor. Denn die dort erfahrenen Emotionen werden nach und nach verinnerlicht,¹⁶⁵ und tragen zur Entwicklung der Kinder und Jugendlichen bei. „Schulische Leistungserfolge verschaffen soziale Anerkennung, insbesondere aber auch das Gefühl, die im Leben gestellten Aufgaben meistern zu können, Kontrolle darüber auszuüben und dem Leben nicht nur hilflos ausgeliefert zu sein.“¹⁶⁶

Eder sieht es als Sorgepflicht der Erwachsenengesellschaft, schädigende Einflüsse von der Lebenswelt der Schülerinnen und Schülern fernzuhalten und diese positiv zu gestalten. Dazu gehört auch der Schutz vor jeglicher Art psychischer und physischer Belastungen. Eder vertritt die Annahme, dass mit großer Wahrscheinlichkeit durch positives Befinden Aufgaben in der Schule besser und leichter erledigt werden können. In empirischen Studien wurde gezeigt, dass ein gutes Klima in der Schule nicht nur positiv auf das Lernverhalten der Schülerinnen und Schüler wirkt, sondern auch Einfluss auf deren außerschulisches Leben hat.¹⁶⁷ Daher kommt Eder zu der These: „*Je besser das Befinden in der Schule, desto günstiger ist das innerschulische und außerschulische Verhalten der Schülerinnen und Schüler.*“¹⁶⁸

In seinem Forschungsbericht über das Befinden von Schülerinnen und Schülern im Auftrag des BMUK (1995) kommt Eder zum Resultat, dass es bedeutende Gemeinsamkeiten

¹⁶³ VGL. EDER, 1995, 16-17

¹⁶⁴ VGL. EDER, 1995, 17

¹⁶⁵ VGL. EDER, 1995, 54

¹⁶⁶ OPP, 1999, 235

¹⁶⁷ VGL. EDER, 1995, 158

¹⁶⁸ EDER, 1995, 158

zwischen schulischem Befinden und den von ihm untersuchten Kriterien (Mitarbeit und Störung im Unterricht, das Ausmaß der häuslichen Lernzeit, der Gebrauch von Medikamenten, abweichendes, schulisches und außerschulisches Verhalten: Schulschwänzen, Alkohol- und Nikotingenuss) gibt. So lässt sich argumentieren, dass positives Befinden in der Schule die Schülerinnen und Schüler unterstützt, ihre schulischen Aufgaben zu erfüllen und gleichzeitig auch eine wesentliche Bedeutung für Medikamenten- und Suchtprophylaxe hat. Daher plädiert Eder für eine erhöhte Aufmerksamkeit um die Förderung positiven Befindens in der Schule zu gewährleisten.¹⁶⁹ Die Themen Medikamente und Sucht haben gerade im psychischen Bereich eine große Tragweite. Eders Plädoyer trifft einen wichtigen Punkt, jedoch muss auch klar sein, dass Schule nicht alles Negative und Störende fernhalten kann. Sie ist ein lebendiger Lebensraum, der keine abgekapselte, heile Welt sein kann. Das widerspricht aber natürlich nicht der Tatsache, dass es wichtig ist, ein positives Befinden für Schülerinnen und Schüler und für Lehrerinnen und Lehrer anzustreben.

2.3 Schul - Depressionen als Resultat schulischer Überforderung

Knölker et al. sehen als Ursache einer sogenannten „Schuldepression“ vor allem die Überforderung von Kindern und Jugendlichen. Der Ursprung dieser Überforderungen liegt meist in übersteigerten Leistungserwartungen bzw. Leistungsforderungen von Eltern oder auch von Kindern selbst. So nennt er beispielsweise Kinder, die ins Gymnasium gehen, den Ansprüchen dieser Schulform aber nicht entsprechen können. In Ausnahmefällen kann aber auch eine Unterforderung zu einer Depression führen. Zusätzlich zu einer inadäquaten Schulform können unerkannte Teilleistungsschwächen wie Legasthenie und Dyskalkulie, neben anderen psychiatrischen oder psychosomatischen Symptomen Auslöser für depressive Verstimmungszustände sein.¹⁷⁰ Viele verschiedene Faktoren spielen eine Rolle. Schule stellt einen Faktoren dar. Sie kann die Depression verstärken oder mindern. Nissen und Trott meinen, dass Depression ihren Ursprung nicht in der Schule hat, diese jedoch depressive Verstimmungen durch ungünstige Schulverhältnisse begünstigen kann. In ihrem Buch „Psychische Störungen im Kindes- Jugendalter“¹⁷¹ betonen sie Folgendes:

¹⁶⁹ VGL. EDER, 1995, 164-165

¹⁷⁰ VGL. KNÖLKER ET AL., 1997, 365-366

¹⁷¹ VGL. NISSEN/TROTT, ³1995

„Die Schul-Depressionen sind meistens Resultat einer schulischen Überforderung. Aber schon vor der Einschulung werden innere Reaktionsmechanismen strukturiert; sie gehören zu einem genetisch verankerten oder peristatisch erworbenen persönlichkeits-eigenen Emotionsinventar. Aber ebenso wie niemand eine angeborene geistige Behinderung nur deshalb als „Schulschwachsinn“ bezeichnen würde, weil sie nach Einschulung erst erkannt wurde, ebensowenig wird man eine „Schul-Depression“ allein der Schule zur Last legen können. Es besteht aber auch kein Zweifel daran, daß latent depressionsgefährdete Kinder, die intellektuell durchaus den schulischen Anforderungen entsprechen könnten, unter ungünstigen Lern- und Schulverhältnissen depressive Störungen entwickeln können. Unter ungünstigen Schulverhältnissen (...) können sich sogar bei emotional relativ stabilen Kindern depressive Verstimmungen ausbilden.“¹⁷²

2.3.1 Schulische Schwierigkeiten im Lernen und Verhalten

Schulische Anforderungen verlangen ein gewisses Maß an Aufmerksamkeit, Konzentration und Denkvermögen. Informationen müssen aufgenommen, verarbeitet, verglichen, zugeordnet, hinterfragt, korrigiert und abgespeichert werden. Darüber hinaus müssen entstandene Ideen und Fragen in Sprache gekleidet werden, um Kommunikation zu ermöglichen. Depression beeinträchtigt diese kognitiven Fähigkeiten, da innere Traurigkeit und Niedergeschlagenheit die persönliche Befindlichkeit in Beschlag nehmen und die Aufmerksamkeitsfähigkeit für den Unterricht vermindern. Die Informationsverarbeitung wird verlangsamt, was wiederum Einfluss auf das Begreifen von Konzepten und Problemlösungen hat. Dazu kommen oft noch Müdigkeit und eine verminderte Gedächtnisfunktion.¹⁷³ Unter diesen Voraussetzungen entsteht zusätzlicher Druck. Entscheidend dafür ist nach Nevermann und Reicher die Höhe der schulischen Anforderungen. Adäquate Anforderungen können auch depressive Schülerinnen und Schüler bewältigen, während zu hohe Anforderungen zu ständigem Misserfolg führen, was eine Depression verstärkt. Der Selbstwert fällt aus Angst vor schlechter Bewertung aus dem Gleichgewicht.¹⁷⁴

¹⁷² NISSEN/TROTT, ³1995, 141

¹⁷³ VGL. KERNS, 1997, 74

¹⁷⁴ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 120-121

2.3.2 Negative Generalisierungstendenz

Zu diesen Schulschwierigkeiten kommt eine Generalisierungstendenz hinzu, welche Misserfolg nicht als Einzelerlebnis interpretiert, sondern als generelles persönliches Versagen. Nevermann und Reicher sprechen von einer Realitätsverzerrung, die sich zum Beispiel auf die Schulwirklichkeit beziehen kann.¹⁷⁵

Depressive Schülerinnen und Schüler bewerten ihre schulischen und sozialen Kompetenzen sowie ihre eigene Zukunft prinzipiell negativ. Sie geben sich für unerfreuliche Ereignisse selbst die Schuld, haben eine negative Erwartungshaltung an das Leben und sehen sich selbst nicht im Stande durch eigenes Agieren ihr Leben gut bewältigen zu können.¹⁷⁶ Haider fasst diese Grundhaltung, wie sie im Extremfall aussehen kann, so zusammen: „Ich bin nichts wert, das Leben bringt nur Negatives, und ich kann es nicht ändern.“¹⁷⁷ Dieses geringe Selbstwertgefühl kann, nach Kerns, zu einer „erfüllenden Prophezeiung“ werden. Das Maß, in dem das Kind schlecht von sich denkt, bestimmt das Maß seiner depressiven Verstimmung.¹⁷⁸ So befinden sich Betroffene Schülerinnen und Schüler in einem Teufelskreis. Je niedriger ihr Selbstbild, umso stärker die Depression und umso weniger können sie Anforderungen erfüllen, was wiederum ihr negatives Selbstbild stärkt.

2.3.3 Mängel in sozialen Beziehungen

Depressive Menschen verzeichnen oft soziale Defizite. Es besteht eine nur mangelhafte Kompetenz für soziale Kommunikation und Interaktion. Gelingende Beziehungen, welche Stütze, persönlichen Gewinn und Lebensfreude bringen, sind für Betroffene eine Seltenheit.¹⁷⁹ Sozialer Rückzug ist eine Folge daraus. Depressive Schülerinnen und Schüler tun sich schwer, Freundschaften zu erwerben und diese auch zu pflegen. Außerdem finden sie schwer Anschluss an Gleichaltrige und werden auch gern gehänselt.¹⁸⁰ Dieser Aspekt der Depression hat natürlich wesentlichen Charakter für das Verhalten und Befinden im Klassenverband. Soziale Netzwerke werden bei einer Depression (je nach Schweregrad) nicht oder nur sehr schwer aufgebaut bzw. aufrechterhalten, was wiederum die eigene empfundene Wertlosigkeit bestärkt.

¹⁷⁵ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 119-121

¹⁷⁶ VGL. HAIDER, 2008, 57

¹⁷⁷ HAIDER, 2008, 57

¹⁷⁸ VGL. KERNS, 1997, 75

¹⁷⁹ VGL. HAIDER, 2008, 57

¹⁸⁰ VGL. KERNS, 1997, 76

Nevermann und Reicher meinen, dass der soziale Druck in der Gruppenorientierung von Schule depressiven Schülerinnen und Schüler oft das Gefühl von „anders sein“ vermittelt. Sie sprechen auch von einer in der Schule „begrenzt möglichen Beachtung persönlicher Befindlichkeit“, was aufs Neue das „Gefühl der sozialen Distanz und Beziehungslosigkeit“ steigert.¹⁸¹

2.3.4 Individuell-depressives Verhalten

Nach Haider kann die Depression durchaus einen Sinn für Betroffenen haben. Menschen mit niedrigen Selbstwert, dem Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit und des eigenen Wertlosigkeitsdenkens neigen dazu diese Gefühle durch ständiges Leisten-Müssen zu kompensieren. Solange, bis sie die Depression durch einen Zusammenbruch zwingt davon abzulassen. Nach Haider handelt es sich bei diesem Verhalten um eine „Schutzfunktion der Seele“ trotz der negativen Begleiterscheinungen.¹⁸² Depressive Verstimmungen und Phasen zwingen dazu, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen.¹⁸³

Die Haltung und Wirklichkeitswahrnehmung der Betroffenen wirken sich negativ auf ihr Verhalten und Denken aus. Sie ziehen sich aus dem alltäglichen Geschehen zurück, welches sie nicht mehr bewältigen können. Die Depression zeigt ihnen in diesem Fall radikal auf, dass etwas mit ihrer Selbst- und Umweltwahrnehmung nicht stimmt. Sofern keine Auseinandersetzung, vor allem bei einer schweren Depression, erfolgt, ist Suizid eine immer wieder ergriffene Konsequenz.

Nissen und Trott merken zusätzlich an, dass Konzentrationsstörungen, Unruhe und Ablenkbarkeit bei überforderten Kindern Abwehrmechanismen darstellen, die dem Schutze des Selbstwerts dienen. Mit dieser Methode vermeiden diese Kinder die Konfrontation mit ihrer eigenen Leistungsschwäche, mit dem kritischen Umfeld (Lehrer, Freunde, Eltern) und ihren eigenen Gefühlen.¹⁸⁴ In der Schule sind das meist Schülerinnen und Schüler, die durch plötzliche Verhaltensänderungen Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Diese Änderung kann verschiedene Formen annehmen. So kann ein bis dato stilles Kind nicht mehr ruhig sitzen, da es innerlich erregt bzw. agitiert ist. Bei depressiven Burschen ist es oft der Fall, dass sie beginnen, sich aggressiv zu verhalten. Schließlich kann es auch zu einer Hemmung des

¹⁸¹ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 122

¹⁸² HAIDER, 2008, 58

¹⁸³ VGL. HAIDER, 2008, 58

¹⁸⁴ VGL. NISSEN/TROTT,³ 1995, 141

Verhaltens kommen, wenn Passivität überhandnimmt.¹⁸⁵ Auch Nevermann und Reicher stellen fest, dass sie im Allgemeinen eher soziale Vergleichsprozesse meiden, anstatt sich diesen zu stellen.¹⁸⁶

2.4 Schulschwierigkeiten in Wechselwirkung mit sozialer Umwelt & anderen Faktoren

Schulschwierigkeiten können in vielen Fällen vorkommen. Indizien für einen Zusammenhang mit Depression können sich in einer unerwarteten Leistungsabweichung zeigen, die sich durch andere Umstände nicht erklären lässt. Es wäre jedoch weit gefehlt, wenn eine mögliche Depression nur in Zusammenhang mit Leistung bemessen wird. Wie schon erwähnt, sind vor allem auch Veränderungen im sozialen Bereich ein Zeichen möglicher depressiver Verstimmung.¹⁸⁷

Schulschwierigkeiten können bei chronisch depressiven Störungen weitreichend sein. In leichteren depressiven Phasen kann es, wenn auch in abgeschwächter Form, ebenso Probleme geben. Beispielsweise können vermehrte soziale Konflikte das Wegbrechen von Freundeskreisen verursachen. Große Schwierigkeiten und Ereignisse sind nicht in jedem Fall verantwortlich für die depressive Befindlichkeit von Schülerinnen und Schülern. Oftmals ist es der „kleine Ärger“, welcher eine depressive Lebenseinstellung auslöst, verstärkt und aufrechterhält. Nevermann und Reicher sehen in diesem „täglichen kleinen Ärger“ einen Mitverursacher von Depression; damit sind Streit mit anderen, Bestrafung, Schlechtes tun, ignoriert werden, ständig verlieren, etc. gemeint.¹⁸⁸

In der Regel erschweren depressive Symptome die Bewältigung schulischer Anforderungen. Da depressive Merkmale schwer zu fassen sind, lässt sich hier keine Grundsatzregel ableiten.¹⁸⁹ Jeder Fall von Depression hat einen eigenen Schweregrad mit individueller Entstehungs- und Wirkgeschichte, wodurch dessen Erscheinungsbild in der Schule uneinheitlich ist.

¹⁸⁵ VGL. KERNS, 1997, 77-78

¹⁸⁶ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 121

¹⁸⁷ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 123

¹⁸⁸ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 123-124

¹⁸⁹ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 125

2.4.1 Selbstkonzept, Leistungsdruck und fehlende emotionale Qualität

Achermann et al. versuchen verschiedene Studien über die Zusammenhänge von psychischer Befindlichkeit und Schule zusammenzufassen. Demnach sind die zwei Aspekte „Schulischer Leistungsdruck“ und „fehlende emotionale Qualität sozialer Beziehungen in der Schule“ maßgeblich für psychische Belastungen in der Schule. Vor allem Leistungs- und Sozialdruck, welche durch Überforderung und nicht wertschätzendem Verhalten hervor gebracht werden, sind ausschlaggebend für psychische Belastungen. Zusätzlich fehlen in diesem Kontext oft Bewältigungskompetenzen für Herausforderungen im schulischen Bereich.¹⁹⁰ Die positive Wahrnehmung und Reaktion auf die schulische Umwelt, auch Schulzufriedenheit genannt, lässt sich vor allem durch das Gefühl von Gerechtigkeit, Lehrerunterstützung und Sicherheit definieren. Diese Faktoren tragen in ihrer Gesamtheit zu einem positiven Schulklima bei.¹⁹¹

Ausschlaggebend für ein überdauerndes Befinden sind Merkmale, die langanhaltende Reaktionen auf schulische Erfahrungen widerspiegeln, welche jedoch auch durch vor- und außerschulischen Erfahrungen beeinflusst werden können.¹⁹² „Häufige negative oder positive Emotionen können als dauerhaftes Unglücklichsein bzw. dauerhafte Lebensfreude verstanden werden.“¹⁹³ Das Ergebnis einer Studie von Eder (1995) zeigt, dass sich 40% der befragten Schülerinnen und Schüler „oft“ müde und ca. 30% „oft“ erschöpft sind, 15-20% sind „oft“ wütend oder gereizt. In seinen Studien überwiegt jedoch die hohe Zustimmung zu positiven Adjektiven.¹⁹⁴

Eder nennt dieses überdauernde Befinden einer Person auch „emotionale Selbstsicht“ oder das „Selbstkonzept“,¹⁹⁵ welches Meyer als „Gesamtheit der wahrgenommenen eigenen Attribute und deren Struktur“¹⁹⁶ definiert. Nach Eder ist das Selbstkonzept ein Fundament sowohl für das Verhalten einer Person als auch deren psychische Stabilität und Wohlbefinden. Das Selbstkonzept steuert das Verhalten, in dem spezielle Situationen gemieden oder aufgesucht werden. Darüber hinaus bestimmt es auch die Dauer der Auseinandersetzung mit Herausforderungen.¹⁹⁷

¹⁹⁰ VGL. ACHERMANN ET AL., 2006, 25-26

¹⁹¹ VGL. ACHERMANN ET AL., 2006, 26

¹⁹² VGL. EDER, 1995, 52

¹⁹³ BECKER, 1991, 14

¹⁹⁴ VGL. EDER, 1995, 54

¹⁹⁵ VGL. EDER, 1995, 52-54

¹⁹⁶ MEYER, 1984, 16

¹⁹⁷ VGL. EDER, 1995, 57

Schülerinnen und Schüler mit depressiven Verstimmungen sind von einem eher negativen bzw. niedrigen Selbstkonzept bestimmt, welches „unangemessen (...) wenig frustrationstolerant“ ist und „lange Erholzeiten (...) benötigt.“¹⁹⁸

Interessant ist die Korrelation der geschlechtsspezifischen Verteilung von Depression und negativen Selbstkonzepten. In der Studie von Eder zeigt sich unter anderem, dass Burschen ein signifikant besseres Selbstwertgefühl haben als Mädchen. Dieser Unterschied lässt sich vor allem an weiterführenden, höheren Schulen feststellen.¹⁹⁹ Wie im ersten Teil beschrieben, gibt es auch geschlechtsspezifische Unterschiede der Prävalenz von Depression. Auch hier sind die Mädchen ab einem gewissen Alter stärker betroffen als Burschen.

2.5 Prävention und Gesundheitsförderung in der Schule

Die Klasse ist der Ort, an dem Lehrpersonen und Schülerinnen und Schüler kommunizieren, arbeiten und einen groß Teil ihrer Zeit miteinander verbringen. Im Zentrum eines Klassenklimas steht daher vor allem die soziale Komponente des gemeinsamen Miteinanders, welche für eine angenehme bzw. unangenehme Atmosphäre sorgt.²⁰⁰

Gesundheitsförderung der WHO entsprechend, sieht nicht alleine das Individuum als den wichtigsten Ausgangspunkt für Veränderung, sondern auch das System, d.h. die Gruppe, Organisation und Gesellschaft, in der das Individuum eingebettet ist. Diese Systemebene muss auch in die Prävention und Intervention von gesundheitsschädigenden Mustern einbezogen werden. Das Problem sieht Freitag daher nicht bei den Maßnahmen in Bezug auf das Individuum. Im Gegenteil, es gibt viele Studien, die z.B. durch Verhaltenstraining die Gesundheit der Betroffenen fördern. Vielmehr ist es schwierig auf struktureller Ebene Veränderungen herbeizuführen, weil es eine wesentlich größere Herausforderung ist, auf schul- und gesellschaftspolitischer Ebene zu intervenieren. Außerdem fehlen auch dementsprechende Studien darüber.²⁰¹

Nach aktuellen Ergebnissen wird also davon ausgegangen, dass eine Erkrankung nicht nur auf der individuellen Ebene entsteht bzw. verstärkt wird. Es ist ein Zusammenwirken von

¹⁹⁸ EDER, 1995, 58

¹⁹⁹ VGL. EDER, 1995, 64

²⁰⁰ VGL. ACHERMANN ET AL., 2006, 16

²⁰¹ VGL. FREITAG, 1998, 13

mehreren Faktoren. „Gesundheit ist (...) das Produkt dieses Vermittlungsprozesses zwischen möglichen Stressoren und den unterstützenden Mechanismen, wobei das Individuum kein passiver Rezipient der Ereignisse ist, sondern aktiv seine soziale Situation mitgestaltet und auch dadurch versucht, die Anforderungen zu bewältigen.“²⁰²

In diesem Zusammenhang gibt Fend zwei wesentliche Aspekte zu bedenken: Einerseits soll die *Humanverträglichkeit* von Schule angefragt werden. Für welche Schülerinnen und Schüler greift Schule in die Integrität der Persönlichkeit negativ ein, unter welcher Bedingung und was kann dagegen getan werden? Eine weitere Frage zielt auf die *Sozialverträglichkeit* von Schule. Schule als „wettbewerbsorientierter und individualistischer Lebenskontext“ hat Folgen für Solidarität, Gemeinschaft, menschliches Zusammenleben etc.²⁰³ Was bedeutet das für pädagogisches Handeln? Was muss in einer Schule gefördert werden um psychische und physische Gesundheit zu garantieren?

Resch meint, dass schulische Leistungsprobleme zu einer maßgeblichen Selbstwertminderung führen können. Er sagt, dass Schule nicht nur auf den Wissenserwerb reduziert werden soll, sondern auch für die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes wesentlich ist. Ein kompetitives Lernsystem kann bei Schülerinnen und Schülern mit geringem Selbstwert negative Auswirkungen haben, vor allem wenn schon im Vorfeld schwierige Lebenssituationen bestehen, die Kinder und Jugendliche negativ beeinflussen. Schule soll auch ein soziales Netzwerk sein und nicht nur ein Maßstab der eigenen Leistungsfähigkeit. Nicht zuletzt spielt auch das Lehrpersonal, welches ein Teil des sozialen Netzwerkes darstellt, eine Rolle. Es macht einen Unterschied ob auf ein Kind individuell eingegangen wird und dabei dessen positive Ressourcen gefördert werden oder nicht. Ebenso soll die Kritik an Schülerinnen und Schülern problembezogen und nicht persönlichkeitsbezogen sein, um einerseits eine positive Entwicklung des Kindes zu fördern,²⁰⁴ und andererseits auch präventiv gegen psychische Erkrankungen zu wirken.

2.5.1 Die Schülerin bzw. der Schüler als „unitas multiplex“

Fend beschreibt Schülerinnen und Schüler als „unitas multiplex“. Um die Persönlichkeit von Kindern und Jugendlichen ganzheitlich zu fördern, sei es notwendig

²⁰² FREITAG, 1998, 16

²⁰³ VGL. FEND, ³2005, 362-363

²⁰⁴ VGL. RESCH, 1996, 230

„schulische Erfahrungen in der Perspektive zu analysieren, in welcher Weise sie zu Stärkung oder Verletzung des Ich, zur sozialen Beheimatung oder Ausstoßung und zur disziplinierten Aufgabenbewältigung oder Abwehr beitragen. Lernmotivation darf heute nicht mehr isoliert als Bereitschaft der Aufgabenbewältigung betrachtet werden. Sie ist vielmehr in ihrer Einbettung in die umfassendere Dynamik der Persönlichkeit zu sehen (...), Autonomiebedürfnisse, Sicherheits- und Kompetenzsehnsüchte sind dabei ebenso betroffen wie soziale Bindungs- und Zugehörigkeitswünsche.“²⁰⁵

Anton Bucher, der sich intensiv mit dem Thema Kindheitsglück beschäftigt hat, sieht Schule durchaus als Institution, welche die Möglichkeit hat Kinderglück zu erhöhen. Interessanter Unterricht, freundliche Lehrerinnen und Lehrer, und vor allem aktive Beteiligung am Schulleben und an der Gestaltung von Schulleben erhöht das Wohlbefinden der Schülerinnen und Schüler. Das Handeln der Schülerinnen und Schüler soll sich nicht ausschließlich auf die Anforderungen der Leistungsfächer konzentrieren.²⁰⁶ Um das Wohlbefinden und dadurch die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern zu fördern, ist es demnach von großer Bedeutung, ihnen produktives Lernen und aktive Teilnahme und Mitgestaltung am Schulleben zu ermöglichen. Die ganze facettenreiche Persönlichkeit soll sich angesprochen fühlen und die Schule und deren Aktivitäten sollen als sinnvoll und bereichernd erfahren werden.

2.5.2 Bewältigungskonzepte, soziale Netzwerke und Selbstwirksamkeitsüberzeugung

Eine wichtige Aufgabe in Bezug auf das Selbstkonzept haben sogenannte „Bewältigungsstrategien“. Sie werden herangezogen, wenn es darum geht, sich an Situationen anzupassen und Schwierigkeiten zu lösen. Daraus kann sich nach gelungener Bewältigung ein positives Selbstwertgefühl entwickeln. Im Schulbereich sind solche „Coping Prozesse“ vor allem durch „aktive Beteiligung an kritischer Entscheidungsfindung“ zu stärken. Gerade im Jugendalter beginnen sich Probleme zu häufen, ohne dass es bereits ausgereifte „Coping-Strategien“ dafür gibt. Diese gilt es in ihrer Entwicklung zu fördern.²⁰⁷

²⁰⁵ FEND, ³2005, 368

²⁰⁶ VGL. BUCHER, 2001, 257-258

²⁰⁷ VGL. ACHERMANN ET AL., 2006, 33

Nicht weniger relevant sind soziale Netzwerke, die große Bedeutung für ein positives Selbstkonzept und somit für psychische Gesundheit haben. Sie bieten Halt in Krisensituationen und sind wichtig für die Lebensbewältigung in der Adoleszenz. Ein positives soziales Netzwerk kann neben Eltern, Freunden und Verwandten auch die Schule sein. Auf der anderen Seite muss auch erwähnt werden, dass sich Probleme im außerschulischen Bereich durch Probleme im schulischen Bereich unter Umständen auch verschärfen können.²⁰⁸ Fend schließt sich dem an, in dem er soziale Netzwerke als Schutzmechanismen sieht, ohne welche „die Depressionsneigung, die Leistungsangst und die somatische Belastung“²⁰⁹ steige. Die Förderung eines gesunden Selbstwertes liegt daher in der sozialen Unterstützung in direkten und indirekten Beziehungen, die gleichzeitig schädigende und auffällige Verhaltensweisen mindern.²¹⁰

Das heißt für die Förderung eines gesunden Selbstkonzepts und den damit verbundenen Bewältigungsstrategien, „dass schulische Anforderungen als weniger stressreich erlebt werden, wenn sie verständlich und regulierbar sind und ein tragfähiges soziales Netzwerk zu Verfügung steht.“²¹¹

Im Zusammenhang mit dem Selbstkonzept ist auch die sogenannte Selbstwirksamkeitsüberzeugung von Kindern nach Wustmann anzuführen. In ihrem Buch über Resilienz geht sie davon aus, dass die Selbstwirksamkeitsüberzeugung die Person in ihrem Denkmuster und emotionalen Erregungszustand beeinflusst. Wenn Kinder der subjektiven Überzeugung sind, auf Grund persönlicher Kompetenzen in schwierigen Situationen durch eigenes Handeln, etwas bewirken zu können, sind sie motiviert für weitere aktive Bewältigungsversuche und können diese auf neue Situationen übertragen. Vertrauen und Zuversicht werden auf diese Weise gestärkt, was zu einer besseren Selbsteinschätzung führt und Eigenaktivität fördert. Nach Wustmann reichen schon kleine Erfolge aus, um diese Selbstwirksamkeitsüberzeugung zu erlangen.²¹² So gesehen können schon Würdigungen von kleinen schulischen Leistungen bzw. von persönlichem Engagement im Unterricht heilsame Erfahrungen für Schülerinnen und Schüler sein.

Lehrkräfte sollten ihren Schülerinnen und Schülern zutrauen, ihren eigenen Lebensweg zu gestalten und sie dabei unterstützen und ermutigen. Sie sollten offen sein für Probleme

²⁰⁸ VGL. ACHERMANN ET AL., 2006, 31-32

²⁰⁹ FEND, ³2005, 366

²¹⁰ VGL. ACHERMANN ET AL., 2006, 32

²¹¹ ACHERMANN ET AL., 2006, 34

²¹² VGL. WUSTMANN, 2004, 101-102

von Schülerinnen und Schülern und auch Verständnis für deren Verhalten und Einstellung zeigen, auch wenn sie damit nicht einverstanden sind. Schülerinnen und Schüler sollen zu eigenständigem Entscheiden und Handeln angeregt werden. Dazu muss es genügend Handlungsspielräume geben, in denen Kinder und Jugendliche Mit- und Selbstbestimmung erproben können.²¹³ In diesem Sinne kann sich die jeweilige Schülerin bzw. der jeweilige Schüler als ein Teil der Gemeinschaft und Gesellschaft identifizieren und lernen ihre bzw. seine eigene Rolle zu gestalten. Dabei wird auch das Selbstbewusstsein trainiert, welches als Prävention für Depression gewertet werden kann.

2.6 Chancen und Grenzen

Schule nimmt ganz eindeutig Einfluss auf psychische Befindlichkeit der Schülerinnen und Schüler. Die Möglichkeiten auf spezielle psychische Befindlichkeiten einzugehen sind jedoch prinzipiell begrenzt. Das liegt nach Nevermann und Reicher an mehreren Faktoren. Die Schulschwierigkeiten und Beeinträchtigungen nehmen zu, während es den Lehrerinnen und Lehrern oft an Ressourcen fehlt, um sich damit auseinanderzusetzen. Außerdem ist es kein Geheimnis, dass Lehrerinnen und Lehrer oft selbst überlastet und emotional ausgebrannt sind. Wobei das Bemühen den Schülerinnen und Schülern bei ihren Problemen zu helfen sicherlich weithin gegeben ist. Meistens fehlt auch ein Wissen darüber wie und in welchem schulischen Bereich Hilfe geleistet werden kann.²¹⁴

Keinesfalls sollte von den Lehrerinnen und Lehrern versucht werden selbst die Schülerinnen und Schüler zu therapieren. Das würde weit über ihre Kompetenzen hinausgreifen und in den schlimmsten Fällen sogar großen Schaden bei ihnen selbst und den Betroffenen anrichten. Bei aller Empathie und Fürsorge ist eine gute Abgrenzungs- und realistische Selbsteinschätzungsfähigkeit wichtig.

Lehrerinnen und Lehrer sind durchaus angehalten wahrzunehmen, zu beobachten, weiterzuhelfen und auch weiterzuvermitteln, jedoch nur soweit es ihren persönlichen und beruflichen Rahmen nicht sprengt.

Im zweiten Teil dieser Arbeit wird aufgezeigt, dass es Möglichkeiten gibt, depressivem Verhalten in der Schule entgegenzuwirken. Diese Empfehlungen sind jedoch grundlegender Art, beanspruchen keine Vollständigkeit und sind auch nicht für jede psychisch

²¹³ VGL. GRUNDER, 2001, 78

²¹⁴ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 140-141

beeinträchtigte Schülerin bzw. jeden beeinträchtigten Schüler immer anwendbar. Prinzipiell ist eine schülerzugewandte Pädagogik im Rahmen jeder Schule möglich. Im Fall der Depression kann man sich zusätzlich an speziellen Handlungsempfehlungen orientieren, die sich von der spezifischen Symptomatik ableiten.²¹⁵

Außerdem muss bedacht werden, dass die Depression im Kindes- und Jugendalter viele Ursachen haben kann. Die schulischen Bedingungen können nicht als Hauptverursacher gesehen werden. Daher muss in vielen Fällen mit den Eltern bzw. auch mit außerschulischen Einrichtungen, beispielsweise zum Training sozialer Kompetenzen, kooperiert werden. Durch eine Summe von Einzelwirkungen kann eine gesundheitsfördernde Gesamtwirkung erzielt werden. Dabei muss jedoch im Vorfeld das Problem als Problem erkannt werden.²¹⁶ Delfos betont die Wichtigkeit Kinder und Jugendliche richtig einzuschätzen. Dabei entsteht die Frage, ob sie die zu tragende Last mit ihren eigenen Ressourcen bewältigen können²¹⁷ und ihren Problemen gewachsen sind, oder ob Maßnahmen von außen initiiert werden müssen.

Es besteht daher die Dringlichkeit, sich bei Vermutungen einer Depression angemessen zu verhalten und auch zu wissen, wo und bei wem man sich informieren bzw. Hilfe holen kann.

Exkurs: Depression bei Kindern & Jugendlichen und die österreichische Gesundheitspolitik

Die Frage nach der Depression als Krankheit ist nicht nur für das Individuum von Bedeutung. Vielmehr ist sie durch die ökonomischen und gesellschaftlichen Konsequenzen, die diese Krankheit nach sich zieht auch für eine Gesellschaft hoch relevant. Während vor nicht allzu langer Zeit Depressionen bzw. psychische Störungen vor allem bei Kindern und Jugendlichen in der Öffentlichkeit nicht definiert wurden, haben wir es heute mit einer immens steigenden Anzahl von Fällen psychischer Belastung Kinder und Jugendlicher zu tun.

Innerhalb von nur drei Jahren stieg die Zahl der verschriebenen Antidepressiva für Zehnjährige laut Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger um mehr als

²¹⁵ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 141

²¹⁶ VGL. NEVERMANN/REICHER, 2001, 141

²¹⁷ VGL. DELFOS, 2007, 138

50 Prozent an. Laut der Expertenorganisation „Politische Kindermedizin“²¹⁸ sind rund 100.000 Kinder in Österreich psychisch schwer angeschlagen.²¹⁹ Dem Thema Depression kommt auf gesellschaftlicher und ökonomischer Ebene immer größere Bedeutung zu. Deshalb wird die Erkrankung immer öfter in der Öffentlichkeit diskutiert, unter anderem auch, ob Depression überhaupt eine Krankheit sei.²²⁰

Tatsache ist, „dass Depressionen weltweit zu den häufigsten und beeinträchtigsten Erkrankungen gehören und durch ihre erheblichen direkten und indirekten Folgekosten von enormer gesundheitsökonomischer Bedeutung sind.“²²¹ Die WHO zählt die Depression bereits zu einem der „leading causes of disability worldwide“²²². Folgeschäden sind vor allem „Kosten für die Behandlung, Arbeitsausfall, Produktivitätsverlust und frühzeitiger Tod.“²²³ Mit ausreichender und frühzeitiger Behandlung könnten viele psychische Störungen im Erwachsenenalter verhindert werden. Studien bestätigen, dass sich die Depression Erwachsener oftmals im Kinder und Jugendalter festsetzt und schon früh deren Entwicklung beeinflusst. Im Profilartikel „Seelenpein“ meinen Experten, wie beispielsweise der Mediziner Klaus Vavrik, dass „Kinder vergleichsweise effizienter, billiger und nachhaltiger zu behandeln“²²⁴ wären. Eine adäquate Behandlung und Versorgung könnten demnach viele psychische Störungen bei Erwachsenen verhindern und gleichzeitig gesundheitsökonomische Kosten mindern. Es mangelt jedoch an psychischer Versorgung innerhalb und außerhalb der Schule.²²⁵ Zusätzlich fehle es bei Schulärzten und Schulpsychologen immer mehr an Ressourcen, um dem steigenden Andrang der Betroffenen psychischer Störungen gerecht zu werden. „*Wir bestreiten gar nicht, dass hier gravierende Mängel bestehen*“, meldet das Gesundheitsministerium gegenüber Profil. Das Wissen um diese Mängel ändert aber nichts an der Tatsache, dass seit Jahren nichts dagegen gemacht wird und Leitragende letztendlich die Kinder bleiben.²²⁶

²¹⁸ Die „Politische Kindermedizin“ ist eine Plattform engagierter Kinder- und Jugendmediziner und anderer im Kinder- und Jugendbereich engagierter Berufsgruppen, die sich für gerechte Ressourcenverteilung, optimale medizinische Versorgung, Wahrung der Kinderrechte und einen kostenlosen Zugang zu notwendigen Therapien für Kinder und Jugendliche einsetzt. (<http://www.polkm.org/>, Stand: 9.Feb. 2012)

²¹⁹ PROFIL ARTIKEL, SEELENPEIN, VOM 21.01.2011

²²⁰ VGL. FERNSEHSENDUNG: ATV am Punkt: „Ist Depression eine Krankheit?“ am 8.Februar 2012, 21:50Uhr

²²¹ PÖSSEL ET AL., 2006, 260

²²² WHO: WHAT IS DEPRESSION? http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ (Stand: 20.Dez. 2011)

²²³ PÖSSEL ET AL., 2006, 260

²²⁴ PROFIL, SEELENPEIN, 21.01.2011

²²⁵ VGL. PROFIL, SEELENPEIN, 21.01.2011

²²⁶ VGL. PROFIL, SEELENPEIN, 21.01.2011

Es mangelt, so argumentiert Profil weiter, an nötigen Daten und Fachärzten, schon vor mehreren Jahren habe die WHO kritisiert, dass eine systemische Untersuchung von Kindergesundheit in Österreich fehle, und sich bis heute nichts geändert habe.²²⁷ So ist der Ärger Thun-Hohensteins, Mediziner und Mitbegründer der Plattform „Politische Kindermedizin“ über die gesundheitspolitische Lage in Österreich nachvollziehbar, wenn er ironisch anmerkt: *„Ein Problem, das nicht untersucht wird, gibt es in den Augen mancher nicht.“*²²⁸

Ob es Versorgung und Prävention für depressive Kinder und Jugendliche gibt und wie diese aussieht, ist daher immer auch eine politisch gesellschaftliche Frage. Eine intensivere Auseinandersetzung mit diesem Aspekt findet in dieser Arbeit nicht statt. Trotzdem ist beim Lesen dieser Arbeit die politische Dimension mitzubedenken, welche ganz maßgeblich Einfluss auf die Thematik der Depression bei Kindern und Jugendlichen hat.

²²⁷ VGL. PROFIL, SEELENPEIN, 21.01.2011

²²⁸ PROFIL, SEELENPEIN, 21.01.2011

3. Teil Depressive Kinder und Jugendliche als Subjekte religionspädagogischen Handelns

Im ersten Kapitel wurde das Phänomen Depression bei Kindern und Jugendlichen genauer unter die Lupe genommen, wodurch die Komplexität dieser Krankheit aufgezeigt wurde. Es wurde vor allem auf die individuelle Dimension eingegangen. Im zweiten Teil wurde ausgearbeitet, welchen positiven Einfluss eine wertschätzende Haltung im Unterricht auf ein gesundes und positives Befinden hat. Im folgenden Teil geht es um die Frage, wie sich eine Religionspädagogik der Herausforderung der Depression stellen kann. Subjektorientierter Unterricht, der den Menschen in seinem individuellen Menschsein ernst nimmt, hat zur Folge, dass auch depressive Kinder und Jugendliche ernstgenommen werden müssen. Die Depression steht aber nicht nur im Zusammenhang mit den Erkrankten, sondern auch mit gesellschaftlichen Strukturen, die hinter diesem Phänomen stehen. Die Kirche hat es sich im 2. Vatikanischen Konzil zum Auftrag gemacht nach den „Zeichen der Zeit“ (GS 4) zu fragen und diese im Lichte der Tradition zu interpretieren. Hilfe dafür bekommt sie von den „Gläubigen und Ungläubigen“ (GS 4) in der Welt, zu denen auch depressive Menschen zählen.

Schließlich wird auch die Frage gestellt, ob und wie Religionsunterricht zu einer Depressionsprävention beitragen kann.

3.1 Religiöse Erziehung und die Herausforderungen einer modernen Gesellschaft

Die Neuartigkeit der Situation stellt die Religionspädagogik vor große Herausforderungen. Obwohl es bis vor einiger Zeit noch klar und selbstverständlich war, Glaubensinhalte und Traditionsbestände weiter zu geben, so fordern heute soziokulturelle Veränderungen religionspädagogisches Handeln neu heraus.²²⁹ Viele Menschen und vor allem Kinder und Jugendliche haben keinen oder nur sehr wenig Bezug zur Kirche. Eine Jugend, die der Kirche fern ist, beeinflusst die religiöse Sozialisation. Außerdem schwindet das religiöse Vokabular mit dem Verlust der Fähigkeit, religiöse Bedürfnisse und Gedanken zu äußern.²³⁰ Mette spricht von einer „tiefgreifenden Identitäts-Relevanz-Krise religionspädagogischen

²²⁹ VGL. METTE, 2006A, 13

²³⁰ VGL. METTE, 2006A, 18

Handelns“.²³¹ Gesellschaftstheoretische Überlegungen sind daher unbedingt notwendig für eine Auseinandersetzung mit Voraussetzungen religiöser Bildung.²³²

Wie kann im religionspädagogischen Kontext auf die Herausforderung einer veränderten soziokulturellen Situation reagiert werden?

3.1.1 Zeichen der Zeit: Die Situation der Menschen in der heutigen Welt

Die Pastoralconstitution des 2.Vatikanischen Konzils „Gaudium et Spes“ (GS) geht in ihrem vierten Artikel der Frage nach der veränderten Situation in der heutigen Welt nach. Es sei der Auftrag der Kirche und somit ihre Pflicht „nach den Zeichen der Zeit zu forschen und sie im Licht des Evangeliums zu deuten. (...) Es gilt also, die Welt, in der wir leben, ihre Erwartungen, Bestrebungen und ihren oft dramatischen Charakter zu erfassen und zu verstehen.“²³³ Dies zeigt, dass kein traditionalistischer Glaubenskonformismus gepflegt werden soll. Vielmehr ist gefordert, ein Verständnis für die Anfragen der heutigen Zeit zu entwickeln. Die Wirklichkeit soll wahrgenommen und reflektiert und in das Selbstverständnis der Kirche integriert werden. Daher sieht Mette „Sehen – Urteilen – Handeln“²³⁴ als „methodologische Vorgehensweise der Religionspädagogik“²³⁵ angebracht. Unter dieser Voraussetzung kann sich der Religionsunterricht dem Pluralismus der heutigen Zeit stellen. Die Kirche verschließt sich nicht vor den gesellschaftlichen Veränderungen, sondern nimmt die Menschen und ihre Bedürfnisse wahr und lernt dabei über sich selbst. Englert meint ergänzend, dass jede Lehr- und Lernsituation einen speziellen Kairos hat, das heißt, eine bestimmte Dringlichkeit und Möglichkeit bereithält. So enthält jede gegenwärtige Situation einen „fruchtbaren Moment“ für religionspädagogische Vorhaben.²³⁶ Es gilt daher offen zu sein dafür, was die Zeit und die gesellschaftlichen Situationen bringen und welche Konsequenzen sich dadurch für ein reflektiertes religionspädagogisches Handeln ergeben.

²³¹ METTE, 2006A, 13

²³² VGL. ZIEBERTZ,⁶ 2010, 83

²³³ GAUDIUM ET SPES 4

²³⁴ METTE, 2006A, 14

²³⁵ VGL. METTE, 2006A, 14

²³⁶ VGL. ENGLERT, 2007, 46

3.1.2 Individualisierung und Pluralität

Modernisierungsprozesse heute werden nicht auf spezielle Bereiche reduziert, sondern sind in allen gesellschaftlichen Bereichen auffindbar. Daraus ergibt sich die Möglichkeit der Individualisierung von unterschiedlichen Lebensstilen und Lebenskonzepten. Die Fragen über den Sinn des Ganzen werden in den privaten Bereich ausgelagert. Diese neuen gesellschaftlichen Bewegungen sind ambivalent und bergen ihrerseits auch ein Gefahren- und Risikopotenzial, welches Orientierungslosigkeit und Angst im Einzelnen hervorrufen kann. Diese Unsicherheit resultiert aus der selbstständigen und verantworteten Suche nach persönlicher Identität und Lebensführung. Die Folge daraus ist die Forderung nach einem persönlich biographischen Lebenssinn,²³⁷ was unter Umständen auch überfordern kann.

Für Kunstmann bedeutet Individualisierung „Befreiung von alten Zwängen und Orientierung an eigenen Bedürfnissen. Autonomie, freie Selbstentfaltung und Erlebnisorientierung sind tragende Selbstverständlichkeiten des modernen Lebens geworden.“²³⁸

Ziebertz sieht auch Kinder schon sehr früh mit Lebensentscheidungen konfrontiert. Sie müssen und sollen sehr früh selbstständig Fragen beantworten, die sie selbst betreffen.²³⁹

Wir müssen, so Ziebertz, von einem „eindimensionalen Bild der Jugend“ Abschied nehmen. Unsere Gesellschaft fordert eine Selbstorganisation der Jugendlichen heraus, da nicht mehr mit sicheren sozialen Einbindungen und strukturgebenden Traditionen gerechnet werden kann.²⁴⁰ Dies betrifft vor allem auch den Bereich der Religion, „moderne Religiosität verliert den Charakter einer schicksalhaften erlebten Selbstverständlichkeit. Stattdessen unterliegt die Einzelperson mehr und mehr dem Zwang, sich religiös zu entscheiden.“²⁴¹ Diese Tatsache ist zu respektieren. „Den Lebensglauben der Betroffenen ins Zentrum religionspädagogischer Aufmerksamkeit zu rücken“²⁴², ist folglich eine notwendige Konsequenz. Außerdem ist zu beachten, dass Religion immer durch ihre kulturelle Prägung bestimmt ist. So ist für die Religionspädagogik, neben der Wahrnehmung religiöser Bedürfnisse und Fragen, die Kulturhermeneutik²⁴³ ein wesentlicher Punkt für

²³⁷ VGL. METTE, 2006A, 21-24

²³⁸ KUNSTMANN, 2010, 286

²³⁹ VGL. ZIEBERTZ, 2010, 87

²⁴⁰ VGL. ZIEBERTZ, 2010, 90

²⁴¹ PORZELT, 2002, 277

²⁴² PORZELT, 2002, 278-279

²⁴³ Kunstmann definiert den Kulturbegriff folgendermaßen: „Kultur (cultura, lat. Pflege) bedeutet die gesamte vom Menschen gestaltete Lebenswelt und alle in dieser gebrauchten Idee, Gestaltungsformen und

religionspädagogisches Handeln,²⁴⁴ worauf in dieser Arbeit aber nicht näher eingegangen werden kann.

Die Frage nach der Subjektwerdung ist im religiösen Bereich, ausdrücklich zu fördern. In diesem Sinne ist nicht die Kontrolle von individuellen Glaubensstilen grundlegend, sondern deren Unterstützung und Begleitung.²⁴⁵

3.1.3 Depression - ein Zeichen der Zeit?

Die Pastoralkonstitution beschreibt auch ansatzweise die psychische Situation des modernen Menschen, welche sich seit der Konzilszeit sogar noch verschärft hat: „Niemals hatten die Menschen einen so wachen Sinn für Freiheit wie heute, und gleichzeitig entstehen neue Formen von gesellschaftlicher und psychischer Knechtung. Die Welt spürt lebhaft ihre Einheit und die wechselseitige Abhängigkeit aller von allen in einer notwendigen Solidarität und wird doch zugleich heftig von einander widerstrebenden Kräften auseinandergerissen.“²⁴⁶

Neue gesellschaftliche, technische und wirtschaftliche Errungenschaften bringen der Menschheit viele Freiheiten, bergen jedoch auch neue Probleme und Herausforderungen in sich. Die steigende Zahl psychischer Belastungen und Erkrankungen ist ein Teil davon. Die Aufgabe der Kirche ist es diese als Zeichen der Zeit wahrzunehmen und zu deuten. Nach Gaudium et Spes soll das Leben schließlich auch in seinem „dramatischen Charakter“ erfasst werden.

Wie in den ersten Kapiteln dieser Arbeit besprochen wurde, wird die Depression bei Kindern und Jugendlichen erst seit einigen Jahren ernst genommen und hat Relevanz in der öffentlichen Diskussion bekommen. Sie spiegelt, wie andere Phänomene, deutlich die veränderten Bedürfnisse unserer Zeit wider.

Hurrelmann beschreibt die Lage wie folgt:

Techniken, also die bearbeitete Lebensumgebung: Haus, Familie, Institution, Staat, Kunst, Wissenschaft, Ethik, Lebensanschauungen usw. (...) Der Mensch ist ohne lange Erziehung und kulturelle Formung nicht überlebensfähig (...) er ist auf Kultur angewiesen und verwirklicht sich in dieser. (...) Vor allem die Religion, der Bereich der Existenzfragen, Lebensdeutungen und –einstellungen, drückt sich in der Kultur aus. Paul Tillich nahm sogar an, dass die Kultur die Form der Religion überhaupt, und dass Religion umgekehrt der tiefste Kern und Gehalt jeder Kultur sei.“ (Kunstmann, Religionspädagogik, ²2010, 313-314)

²⁴⁴ VGL. KUNSTMANN, ²2010, 321

²⁴⁵ VGL. METTE, 2006A, 30

²⁴⁶ GAUDIUM ET SPES 4

„Wir zahlen einen hohen Preis für die fortgeschrittene Industrialisierung und Urbanisierung, die sich in neuartigen körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen ausdrückt. Die hohen Quoten von Delinquenz, Kriminalität und Aggressivität bei Kindern und Jugendlichen sprechen hier eine ebenso deutliche Sprache wie die Zunahme des Alkohols- und Drogenkonsums, des Medikamentenmißbrauchs, der Fehlernährung, des Unfallverhaltens, die hohen Werte der Verbreitung von psychischen Auffälligkeiten und Störungen, die steigende Quote von versuchten und vollzogenen Selbstmorden, sowie der hohe und wachsende Anteil von psychomotorischen Beschwerden und chronischen Krankheiten bei jungen Menschen.“²⁴⁷

Diese Schilderung lässt sich nicht generalisieren. Sie weist jedoch einen Grundcharakter unserer Gesellschaft auf, der noch zu differenzieren ist. Veränderte äußere Sozialisationsbedingungen nehmen Einfluss auf die Persönlichkeitsstruktur der jungen Menschen. Seit der Jahrhundertwende zeigen sich markante Wandlungen in biographischen Entwicklungsverläufen und damit verbundene Krisenphänomene. Daraus entsteht auch eine veränderte Bedürfnisstruktur, die sich durch Interesse, aber auch durch ein „Leiden an der eigenen Subjektivität“ zu erkennen gibt.²⁴⁸ Nach der Annahme Mettes sind „gesellschaftlich produzierte Verhaltensforderungen und die in der Tiefenstruktur der Psyche verankerten Bedürfnisse und Sehnsüchte immer weniger vermittelbar (...).“²⁴⁹ Ein Ausweg aus verschiedenen Krisenerfahrungen kann der Rückzug in unüberschaubare Lebenswelten sein²⁵⁰ (vgl. „Sinnhorizonte“ Kapitel 2). Angesichts solcher und anderer neuer Problemlagen, so Mette, muss Kirche und Tradition „einer ständigen Bewährung unterzogen werden, was auch Korrektur und Neuakzentuierung erforderlich“²⁵¹ macht.

3.1.4 Kirche als Lerngemeinschaft

In GS 44 heißt es, die Kirche sei auf die Hilfe der heutigen Welt angewiesen. Es gehe um das Verstehen und die Erkenntnisse von Gläubigen und Nicht- Gläubigen, ohne deren Unterstützung die Kirche ihren Auftrag nicht erfüllen könne.²⁵² „Die Kirche erfährt auch dankbar, daß sie sowohl als Gemeinschaft wie auch in ihren einzelnen Kindern mannigfaltigste Hilfe von Menschen aus allen Ständen und Verhältnissen empfängt. Wer

²⁴⁷ HURRELMANN, 1990, 13, ZITIERT NACH METTE, 2006A, 33

²⁴⁸ VGL. METTE, 2006A, 37-38

²⁴⁹ METTE, 2006A, 38

²⁵⁰ VGL. METTE, 2006A, 40

²⁵¹ METTE, 2006A, 31

²⁵² VGL. GAUDIUM ET SPES 44

nämlich die menschliche Gemeinschaft auf der Ebene der Familie, der Kultur, des wirtschaftlichen und sozialen Lebens, der nationalen und internationalen Politik voranbringt, leistet nach dem Plan Gottes auch der kirchlichen Gemeinschaft, soweit diese von äußeren Bedingungen abhängt, eine nicht unbedeutende Hilfe.“²⁵³

In diesem Zusammenhang werden Erfahrungen des religiösen Subjekts in ein neues Licht gestellt. Das gegenseitige Lernen von Subjekten, Welt und Kirche steht im Mittelpunkt. Martin Jäggle meint dazu: „Eine Kirche die von Jugendlichen heute nichts lernt, wie können die Jugendlichen von ihr lernen?“²⁵⁴ Es geht daher nicht um die Frage, was wir zu sagen haben, sondern: Was brauchen Menschen, um sich auf das Projekt des Christseins einzulassen?²⁵⁵

3.1.5 Schulischer Religionsunterricht als „locus theologicus“

Die Kirche ist demnach auf die Unterstützung und die Erkenntnis der Menschen – „gläubige und ungläubige“ – angewiesen. In dem Buch „Religionsunterricht als Ort der Theologie“ („locus theologicus“), herausgegeben von Norbert Mette und Matthias Sellmann, wird auf Religion als Schulfach fokussiert. Religionsunterricht soll als Ort für theologischen Erkenntnisgewinn genutzt werden.²⁵⁶ Was offizielle Religion beinhaltet, lässt sich mit den Erfahrungen von einzelnen Menschen immer schwerer vermitteln.²⁵⁷ Kinder und Jugendliche kommen immer weniger mit der Kirche und deren Tradition in Kontakt. Daher sieht Mette den Religionsunterricht als den Ort, wo Kinder und Jugendliche mit Kirche und Religion noch in Berührung kommen. Die Erfahrungen, welche hier gesammelt werden, geben Auskunft darüber, wie Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen mit religiösen Dimensionen in positive Beziehung gesetzt werden können.²⁵⁸ Wissenschaftliche Theologie kann von Schule als „theologiegenerativen Ort“ lernen und sich inspirieren lassen. Schülerinnen und Schüler bringen in diesem Ansatz die Tradition durch säkulare Deutungen zu sich selber. Nur handelnde Subjekte und interpretierende Subjekte können dem Religionsunterricht als „locus theologicus“ Form verleihen.²⁵⁹ Subjektorientiertes religionspädagogisches Handeln, welches per definitionem die Lernenden mit ihrer

²⁵³ GAUDIUM ET SPES 44

²⁵⁴ JÄGGLE, VORLESUNG GEMEINDEKATECHESE, 5.MÄRZ 2012, UNVERÖFFENTLICHT

²⁵⁵ VGL. JÄGGLE, VORLESUNG GEMEINDEKATECHESE, 5.MÄRZ 2012, UNVERÖFFENTLICHT

²⁵⁶ VGL. METTE/SELLMANN, 2012, 9-15

²⁵⁷ VGL. LUTHER, 1992, 14

²⁵⁸ VGL. METTE, 2006B, 19

²⁵⁹ VGL. METTE/SELLMANN, 2012, 9-15

individuellen Lebenswirklichkeit als Ausgangspunkt nimmt, wird für diesen Ansatz vorausgesetzt.

3.1.6 Kinder und Jugendliche als Produzenten von Theologie

Der Religionsunterricht soll Raum bieten existenzielle Fragen zu stellen. „Im inhaltlichen Zentrum des Religionsunterrichts steht die Gottesfrage, womit, in einem weiten Sinne, die Frage nach dem gemeint ist, wodurch Menschen ihr Leben letztlich bestimmt sein lassen: wodurch sie sich getragen und ‚beseelt‘ fühlen, was sie bindet und verpflichtet, worauf sie ihre Würde gründen und ihre Hoffnung setzen.“²⁶⁰ Nach Markus Kämmerling ist der Religionsunterricht „Seismograph für theologische Fragen“²⁶¹.

Die Schule als Ort der Vielfalt, ist daher ein guter Ort, an dem der Forderung des zweiten Vatikanischen Konzils, die Zeichen der Zeit zu erkennen, nachgekommen werden kann. Die Rede von Gott ist für jede Situation neu auszulegen und fordert von Theologinnen und Theologen das Bemühen Nähe und Unmittelbarkeit zu dem Menschen und der Gesellschaft aufzubauen.²⁶²

Markus Knapp sieht den Religionsunterricht als Bewährungsort für Erkenntnisse der wissenschaftlichen Theologie. Die Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen ist zentral, wodurch ihre Fragen, Erwartungen, Sehnsüchte, Ängste und Zweifel Bedeutung erlangen. Knapp sieht aber auch in der Gleichgültigkeit und Ablehnung der Schülerinnen und Schüler Orte der Erkenntnis für theologische Aussagen.²⁶³ Im Religionsunterricht stoßen wir immer wieder auf Phänomene der Gleichgültigkeit gegenüber Religionsunterricht, aber auch auf das Phänomen der prinzipiellen Gleichgültigkeit. Diese prinzipielle Gleichgültigkeit kann auch außerschulische Gründe haben, was im Falle von depressiven Schülerinnen und Schülern oft zutrifft.

Wissenschaftliche Theologie bemüht sich um „verantwortete Glaubenserkenntnis, die sich auch den Herausforderungen ihrer jeweiligen Zeit stellt“.²⁶⁴ Depression bei Kindern und Jugendlichen kann als ein „Zeichen der Zeit“ gesehen werden, der sich Religionsunterricht und Schule prinzipiell stellen muss. Die Erfahrungen von Depression können daher auch fruchtbar für theologische Erkenntnisse sein.

²⁶⁰ ENGLERT, 2007, 246

²⁶¹ KÄMMERLING, 2012, 29

²⁶² VGL. KÄMMERLING, 2012, 29

²⁶³ VGL. KNAPP, 2012, 49-50

²⁶⁴ VGL. KNAPP, 2012, 50

Kinder und Jugendliche, egal aus welchem familiären und kulturellen Hintergrund sie kommen und welche Erfahrungen sie mitnehmen, werden in der Religionspädagogik „nicht mehr nur als reproduzierende Rezipienten, sondern auch als transformierende Produzenten von Theologie begriffen und ernst genommen.“²⁶⁵ Frevel spricht von einer „formalen Dynamisierung von Offenbarung, die den Prozessen der subjektiven und biographischen Aneignung größere Aufmerksamkeit schenkt, ohne damit Gegenstand und Inhalt der Offenbarung an sich material zu verändern.“²⁶⁶

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass nicht die Vermittlung von vorgegebenen Glaubensinhalten, sondern eine gemeinsame Suche nach dem was das Leben ausmacht, zentral ist. Dabei ist immer zu fragen, was Kinder und Jugendliche brauchen und was sie bewegt. Die Antwort auf die Fragen ist wiederum sehr geprägt von der jeweiligen Zeit. So bringt jede Zeit ihre Fragen mit, die generativ für theologische Erkenntnisse sind. Wir können daher nur dann zu zeitgemäßen theologischen Erkenntnissen kommen, wenn wir individuelle Lebenseinstellungen und Lebenserfahrungen wahrnehmen, auch wenn diese nicht immer mit unseren Vorstellungen vom Leben übereinstimmen.

3.2 Herausforderungen für religionspädagogisches Handeln

Die angeführte fragmentarische Darstellung von Pluralität, gesellschaftlichen Veränderungen und Kirche soll zur Beantwortung der am Beginn dieses Kapitels gestellten Frage anleiten: Wie kann im religionspädagogischen Kontext auf diese neue Herausforderungen, im Speziellen auf Depression, reagiert werden?

Wie schon im vorigen Teil angesprochen wurde, fordert der eingetretene Individualisierungsprozess die Religionspädagogik heraus, Subjektsein zu fördern.²⁶⁷ Durch die Begegnung mit Religion können den Schülerinnen und Schülern fundierte Perspektiven für das eigene Leben vermittelt werden. Guter Religionsunterricht ist in Mettes Augen mit Mäeutik zu vergleichen. Schülerinnen und Schüler sollen ermutigt werden, über Glaube und Religion in ihrer eigenen Sprache zu sprechen und zu reflektieren. Sie sollen Subjekte der Theologie werden.²⁶⁸ Es geht darum „eine Identität in universaler Solidarität zu

²⁶⁵ VGL. FREVEL, 2012, 110

²⁶⁶ FREVEL, 2012, 109

²⁶⁷ VGL. METTE, 2006A, 30

²⁶⁸ VGL. METTE, 2006B, 16

erwerben und zu praktizieren.“²⁶⁹ Wenn Menschen Subjekte der Theologie sind, dann kann ihnen nicht vorgeschrieben werden, wohin ihr Theologietreiben führen soll.

Mette schreibt, „dass gerade diese Pluralität in der Schülerschaft dazu nötige, Religion zum Thema in der Schule werden zu lassen, weil es eine wichtige Aufgabe für Erziehung und Bildung sei, zu Respekt von verschiedenen Lebenseinstellungen und gegenseitiger Verständigung hinzuführen.“²⁷⁰

Wenn der christliche Glaube ohne Beachtung der Lebenssituation verkündet wird, so wird dieser verfälscht. Menschen, die aus verschiedenen Gründen niemals Liebe erfahren haben, werden sich schwer tun mit der Vorstellung, dass Gott sie liebt. Es geht daher nicht um eine abstrakte Wahrheit, sondern um eine Wahrheit, die in der Praxis auffindbar ist. Menschen sind dann nicht länger „Objekte caritativer Betreuung“, sondern werden als „Subjekte ihrer eigenen Geschichte“ ernst genommen.²⁷¹ Die Glaubensgeschichte des einzelnen Subjekts tritt in den Vordergrund, um eine fruchtbare Kommunikation der religiösen Individuen mitten in der heutigen Pluralisierung zu ermöglichen.²⁷² Auch nach Bert Roebben kann religiöse Bildung den Pluralismus nicht ignorieren. Er meint „gute, das heißt hoffnungsvolle, religiöse Bildung bietet Chancen an, um das Verborgene zu erleben inmitten einer komplexen Welt mit unbestimmter Sinnggebung einerseits und mit dezidiert religiöser Verschiedenheit andererseits.“²⁷³

3.2.1 Subjektorientierte Religionspädagogik

Im Unterschied zur Schülerorientierung – Schule ist immer an Schülerinnen und Schülern orientiert – sieht das Konzept der Subjektorientierung die Schülerinnen und Schüler als Subjekte des Unterrichts und nicht mehr als reine Adressaten von Inhalten und deren didaktischer Aufbereitung.²⁷⁴ Es geht um eine „Religionspädagogik, die den Menschen ernst nimmt“²⁷⁵. Aus dieser Perspektive heraus stellt sich die Frage, wie religiöses Lernen heute gedacht und durchgeführt werden kann? Wie kann schulischer, zukunftsweisender Religionsunterricht für Lernende, denen Kirche fremd geworden ist, aussehen? Außerdem sollen Schülerinnen und Schülern bei ihren Lebensthemen kritisch und wertschätzend

²⁶⁹ METTE, 2006A, 50

²⁷⁰ METTE, 2012, 349

²⁷¹ VGL. METTE, 2006A, 51-52

²⁷² VGL. LUTHER, 1992, 13

²⁷³ ROEBBEN, 2009, 50

²⁷⁴ VGL. HILGER/ZIEBERTZ, ⁶2010, 175

²⁷⁵ BAHR/KROPAC/SCHAMBECK, 2005, 11

begleitet werden. Religionsunterricht muss sich daher die Frage stellen, welche Hilfen er bereitstellt, wenn er sich als „Anwalt des Unverfügbaren“ versteht. Welche Angebote kann er machen, wenn Kinder und Jugendliche nach dem Sinn ihres Lebens und der Welt fragen, angesichts von Leid, Hoffnungslosigkeit und Tod?²⁷⁶

Religiöse Erziehung bedeutet auch, dass Schülerinnen und Schülern ein Sprachpotenzial eröffnet werden soll, dass ihnen hilft ihre alltäglichen Erfahrungen und solche Fragen nach dem Woher und Wohin auszudrücken.²⁷⁷ In der Erziehung bewegt sich Interaktion immer zwischen den Polen von Mündigkeit und Unmündigkeit. Durch pädagogisches Handeln soll diese Ungleichheit zu einer Balance finden und dies setzt die Anerkennung eines selbstständigen und beziehungsfähigen Wesens voraus. Im Brennpunkt von Erziehung steht das Handeln im Dienste der „Selbstermöglichung des anderen“.²⁷⁸

Das bedeutet auch, den Kindern und Jugendlichen etwas zuzutrauen und sie in diesem Vertrauen ihre eigenen Konzepte und Sinnkonstruktionen auch selbst korrigieren, hinterfragen und verändern zu lassen.²⁷⁹

Ziel religionspädagogischen Handelns ist es daher Subjektwerdung zu fördern, zu begleiten und zu provozieren. Das entwicklungspsychologische Stadium und die Verfasstheit des Einzelnen rücken damit ins Zentrum der Aufmerksamkeit.²⁸⁰

Henning Luther spricht zwei Perspektiven in Bezug auf Religionspädagogik sowie die allgemeine praktische Theologie an. Diese Perspektiven orientieren sich am einzelnen Subjekt: „Es geht um die Individualisierung der Religion, d.h. um die Frage, wie die einzelnen im Kontext ihrer verschiedenen Lebenswelt und Lebensgeschichte mit religiöser Tradition umgehen, zum anderen um die Individualisierung *durch* Religion, d.h. um die Frage, was Religion zur Subjektwerdung des einzelnen beitragen kann.“²⁸¹

Hilger und Ziebertz betonen die Individualität jeder Jugendlichen bzw. jedes Jugendlichen, in dem sie diese als „Sonderfall“ bezeichnen. Es gilt offen zu sein für diese individuellen Ansichten über Religion, Leben und dessen Sinn. Sie sprechen sogar von einer Verfehlung der Bildung, wenn Kinder und Jugendliche auf „Belehrungsobjekte“ reduziert werden.²⁸²

²⁷⁶ VGL. BAHR/KROPAC/SCHAMBECK, 2005, 11

²⁷⁷ VGL. SCHAMBECK, 2005, 26

²⁷⁸ VGL. METTE, 2006A, 109-111

²⁷⁹ VGL. METTE, 2006A, 116

²⁸⁰ VGL. SCHAMBECK, 2005, 27

²⁸¹ LUTHER, 1992, 12

²⁸² VGL. HILGER/ZIEBERTZ, ⁶2010, 174

Erst die „Subjektwerdung als Ankommen in der eigenen Lebensgeschichte ermöglicht es, sinnvoll mit anderen in den Dialog treten zu können.“²⁸³

3.2.1 Theologische Begründung des Subjektansatzes

Hilger und Ziebertz argumentieren den Subjektansatz vor allem auf dem theologischen Fundament der Gottesebenbildlichkeit. Eine Person darf einer anderen niemals nur für ihre eigenen Zwecke dienen. Sie würde dadurch zum Mittel degradiert werden. Dieser andere Mensch ist genauso gottesebenbildlich und hat Achtung verdient. Der Mensch ist von Gott her vollkommen angenommen, unabhängig von seinen Leistungen. Jesus Christus hat den Menschen die Teilnahme an Gott, der liebenden Kommunikation, eröffnet. So kann der Mensch Person sein, in seiner göttlichen Würde.²⁸⁴ Egal ob krank, depressiv, körperlich und geistig behindert, gesellschaftliche ausgestoßen oder delinquent - allen Menschen kommt aus christlicher Sicht basierend auf der Gottesebenbildlichkeit Würde und Achtung zu.

Mette sieht im christlichen Handeln auch ein freiheitsstiftendes und freiheitsbegründetes Handeln. Er bezieht sich dabei vor allem auf die „zur Freiheit befreiten Christenheit“ aus Gal 5,1. Der befreiende Bund mit Gott, der sich in Leben, Tod und Auferstehung Christi gezeigt hat, befreit uns von unerwünschten Zwängen und stellt die Verbindung zu einer neuen österlichen Welt dar.²⁸⁵ Er stellt folgende sechs Grundbestimmungen für christlichen Glauben vor und legt somit auch Grundregeln für eine „Religionspädagogik der Befreiung“ fest:²⁸⁶

1. Der Name Gottes steht für die grundlegende Erfahrung von Freiheit, die in der Geschichte ihren Ausgangspunkt gefunden hat. (Theologische Dimension)
2. Die Befreiung des Menschen ist die von Gott gewollte Bestimmung des Menschen. Er darf dieses Geschenk annehmen und ist dadurch von Last und Zwang befreit. (Anthropologische Dimension)

²⁸³ ROEBBEN, 2009, 51

²⁸⁴ VGL. HILGER/ZIEBERTZ, ⁶2010, 177

²⁸⁵ VGL. METTE, 2006A, 131

²⁸⁶ VGL. METTE, 2006A, 132-134, VGL. DAZU AUCH HILGER/ZIEBERTZ, ⁶2010, 178. In Anlehnung an Mettes Freiheitsverständnis und seiner daraus folgenden Grundbestimmungen christlichen Glaubens, sehen Hilger und Ziebertz seinen Ansatz als „Religionspädagogik der Befreiung“. Religiöse Bildung setzt als Ziel das Subjektwerden-Können, welches bei Mette mit der „menschlichen Freiheitsgeschichte verbunden und biblisch begründet“ ist.

3. Diese Freiheit versteht sich nicht nur als Gabe für den Menschen, sondern auch als Aufgabe, die kommunikativ und unter unbedingter Anerkennung anderer realisiert werden muss. (Soziale Dimension)
4. Diese verdankte Freiheit hat eine universale Dimension. Das fordert eine solidarische Haltung gegen „alle Formen sowohl psychischer als auch sozialer Entmündigung und Unterdrückung von Menschen.“²⁸⁷ (Politische Dimension)
5. Kirche hat den Auftrag diese Freiheit realsymbolisch zu verwirklichen. (Ekklesiologische Dimension)
6. Freiheit ist auf dieser Welt immer auch fragmentarisch zu begreifen. Sie ist ein Geschenk, dessen Vollgestalt erst nach diesem geschichtlichen Dasein erreicht wird aber bereits vorauswirkt. (Eschatologische Dimension)

Theologisch begründet liegt der Subjektansatz in der Gottesebenbildlichkeit, sowie in der befreienden Dimension christlichen Glaubens, die sich immer auch als Aufgabe in sozialen und politischen Zusammenhängen versteht. Subjektorientierter Religionsunterricht darf den Schülerinnen und Schülern diese Dimensionen bewusst machen.

3.2.2 Subjekt – Werdung versus Subjekt - Sein

„Person ist der Mensch von Gott her in unverfügbarer und unableitbarer Weise, Subjekt aber muss er werden.“²⁸⁸ Dieses Zitat unterstreicht, dass der Subjektstatus nicht als definitiv gegeben vorausgesetzt werden kann. Es geht mehr um die Beantwortung der Frage, wie die Subjektivität erwachen kann, angesichts von strukturellen Voraussetzungen und Gefährdungen. Eine Theorie über Subjektwerdung, im Gegensatz zu einem Status des Subjekt-Seins, versucht Fixierungen und Zuschreibungen der Identität aufzubrechen, um den Einzelnen in seiner Individualisierungssuche zu unterstützen.²⁸⁹ Religiöses Lernen soll daher dem Prozess des Subjektwerdens dienen.

Entwicklungspsychologische und theologische Einsichten unterstreichen die Tatsache, dass Christsein ein lebenslanger Prozess ist.²⁹⁰ Henning Luthers „Religionsverständnis geht davon aus, daß ‚Transzendenz‘ und ‚Unendliches‘ gerade nicht in verobjektivierender Rede

²⁸⁷ METTE, 2006A, 133

²⁸⁸ HILGER/ZIEBERTZ, ⁶2010, 175

²⁸⁹ VGL. LUTHER, 1992, 19

²⁹⁰ VGL. METTE, 2006A, 196

verfügbar zu machen sind, sondern immer nur als ‚Spur‘ an der uns umgebenden Welt, die ihr Nicht-Fertigsein und ihre Unerlöst-Sein aufscheinen läßt.“²⁹¹

In diesem Verständnis können erkrankte Menschen ebenso als sich entwickelnde und „noch nicht fertige“ Subjekte gesehen werden. Als solche sind sie meistens, je nach Schweregrad der Erkrankung, auf Veränderung und Zukunft hin, offen.

Die defizitäre Funktionsweise von depressiven Schülerinnen und Schülern ist in gewisser Weise etwas „Normales“. Scheitern, Leiden und auch Krankheit gehören zu einem persönlichen Individuationsprozess dazu. So kann auch Depression als nichts Abnormales angesehen werden. Vielmehr häufen sich, je nach Schweregrad der Erkrankung, eine Reihe an nicht bearbeiteten Problemen, die meist verstärkt sind durch einen schwachen familiären und emotionalen Rückhalt. Depression kann Teil eines Individuationsprozesses sein. In welche Richtung sich Betroffene entwickeln hängt von mehreren Faktoren ab (vgl. Kapitel 1). Doch prinzipiell ist die Chance gegeben, die Welt anders wahrnehmen zu lernen und für neue Entwicklungsprozesse offen zu sein. Im folgenden Kapitel soll der Ansatz von Henning Luther „Identität und Fragment“ noch einmal genauer zeigen, dass es keine idealen Menschen gibt, und so etwas wie eine ideale durchschnittliche Schülerin bzw. ein idealer durchschnittlicher Schüler nicht existiert. Jeder ist ein Spezialfall und als dieser würdig zu behandeln.

3.2.3 Identität & Fragment: Die Unabschließbarkeit von Bildungsprozessen (H. Luther)

Henning Luther geht davon aus, dass die Ich-Identität theologisch ein nicht erreichbares Ziel darstellt.²⁹² „Wir sind immer zugleich auch gleichsam Ruinen unserer Vergangenheit, Fragmente zerbrochener Hoffnung, verronnener Lebenswünsche, verworfener Möglichkeiten, vertaner und verspielter Chancen. Wir sind Ruinen aufgrund unseres Versagens und unserer Schuld ebenso wie aufgrund zugefügter Verletzungen und erlittener und widerfahrender Verluste und Niederlagen. Dies ist der Schmerz des Fragments.“²⁹³ Der Moment des Fragments spiegelt sich in den Momente des „Nichtganz-Seins“, des „Unvollständig-Bleibens“, des „Abgebrochenen“. Er unterstreicht damit die Negativität des

²⁹¹ LUTHER, 1992, 19

²⁹² VGL. LUTHER, 1992, 165

²⁹³ LUTHER, 1992, 168-169

Daseins, die nicht ausgeblendet werden darf.²⁹⁴ Dieses „Fragment“ trägt den „Keim der Zeit“ und Sehnsucht in sich und verweist positiv auf die Zukunft. Es entsteht eine Bewegung, die über diesen Zustand des Fragments hinauswachsen möchte. Eine solche Bewegung bedeutet notwendigerweise die Bewegung zum anderen. Die Interaktion mit anderen bestimmt die Ich-Identität, die aus der „Differenz zum Anderen meiner Selbst“ erwächst. Für diese Ich-Identität gibt es kein Ideal oder Vorbild, weil sie nie losgelöst sein kann vom Zustand der Welt, in der sich immer schon Geschichten von Opfern abspielten.²⁹⁵ Die einzelnen Akteurinnen und Akteure, die mit der Welt in Interaktion treten, werden als sich entwickelnde Subjekte verstanden und nicht als fixe Größen.²⁹⁶

Luther sieht eine folgenschwere Verkürzung, wenn das Ideal einer Ich-Identität für erreichbar und fragmentarische Ich-Identitäten für pathologisch gehalten werden. Er geht in diesem Fall von drei Einschränkungen aus²⁹⁷:

1. Verzicht auf Trauer unter Verdrängung unverarbeiteter Schuld- und Versagenserfahrungen.
2. Verzicht auf Hoffnung unter Ausblendung von offener Zukunft und Weiterentwicklung.
3. Verzicht auf Liebe, in der der Andere als Anderer ernstgenommen wird. Die Begegnung mit anderen würde immer unter der Bedingung derselben Fremdgebliebenheit geschehen.

Als „Fragment“ zu leben ist das eigentümlich Christliche. Das Fragment weist über sich auf die ausstehende Vollendung hinaus und bekommt eschatologischen Charakter. Die Entwicklung bleibt auf die Zukunft hin offen und bestimmt den Grund der Hoffnung.²⁹⁸

Das offizielle Curriculum des Religionsunterrichts hält für Themen wie: Sehnsucht, Schmerz, Niederlagen und Enttäuschungen etc. wenig Platz frei. Dies führt dazu, dass diese verdrängt werden, und die Menschen als „Schatten“ verfolgen. Religionspädagogische Prozesse könnten helfen, diese „Schatten“ ans Licht zu führen und zur Sprache zu bringen.²⁹⁹ Aus der Sicht von Erziehern und Pädagogen sagt Freire: „Wir arbeiten mit Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen, aber immer mit Menschen, die auf der Suche sind. Menschen, die sich

²⁹⁴ VGL. LUTHER, 1992, 159

²⁹⁵ VGL. LUTHER, 1992, 169

²⁹⁶ VGL. LUTHER, 1992, 161-162

²⁹⁷ VGL. LUTHER, 1992, 170

²⁹⁸ VGL. LUTHER, 1992, 175

²⁹⁹ VGL. LUTHER, 1992, 255

bilden, sich verändern, wachsen, sich neu orientieren und verbessern, weil sie als Menschen in der Lage sind, Werte abzulehnen, sich zu entknoten, sich zurückzuziehen oder ihre Pflichten zu verletzen.“³⁰⁰

Für die Religionspädagogik ergibt sich daraus, dass Identitätsbildung ein nicht abschließbarer Prozess ist. Erst der Charakter des Fragments setzt Bildungsprozesse frei, weil es kein fixes Ziel und keine Vorbilder für gelungene Identität gibt. Ich kann nur ausschließen, was Identität nicht ist. Identität sollte nicht auf ein ideales Ziel hinauslaufen, sondern eine kritische Funktion einnehmen.³⁰¹ Das schließt auch die schulkritische Funktion am Ort der Schule ein. Idealvorstellungen von Erfolg müssen in Hinblick auf die ganze Identitätsentwicklung kritisch diskutiert und entlarvt werden.³⁰² Die religiöse Dimension „müßte den Identitätszwang in Bildung und Erziehung aufbrechen und drohende Erstarrung auflösen.“³⁰³

Depression bei Menschen kann in diesem Sinne als „Fragment“ gedeutet werden. Es gibt keinen perfekten, idealen Menschen. Jeder Mensch ist einzigartig und hat seine Besonderheiten aufgrund seiner Erfahrungen, seiner Geschichte, seiner familiären Situation etc. Depression ist kein fixes Merkmal eines Menschen, sondern ist aus verschiedenen beeinflussenden Faktoren entstanden. Depressive Schülerinnen und Schüler sollen nicht aufgrund ihrer Verfassung als „anders“ und hoffnungslos abgestempelt werden. Auch sie sind „Nicht-abgeschlossene-Wesen“ und haben die Chance auf Entwicklung. Im 1. Johannesbrief wird diese Entwicklungsoffenheit ausgedrückt, wenn es heißt: *„Wir sind schon Gottes Kinder; es ist aber noch nicht offenbar geworden, was wir sein werden.“ (1.Joh 3,2)*³⁰⁴

3.3 Bildung und Hoffnung – gesellschaftskritische Aspekte

Wie wir Menschen leben, hat auch immer mit gesellschaftlichen Zusammenhängen zu tun. Daher ist im Rahmen dieser Arbeit zu fragen welche gesellschaftlichen Strukturen hinter einer Depression stehen. Bringt eine Gesellschaft, die von Leistungs-, Konsumzwang und Sinnentleerung gekennzeichnet ist, letztlich psychische Erkrankungen wie Depression nicht

³⁰⁰ FREIRE, 2008, 129

³⁰¹ VGL. LUTHER, 1992, 177

³⁰² VGL. LUTHER, 1992, 179

³⁰³ LUTHER, 1992, 178

³⁰⁴ ZITIERT NACH LUTHER, 1992, 223

selbst hervor? Im befreiungstheologischen Kontext wird die Frage gestellt, wie Menschen leben wollen. Wie erleben depressive Kinder und Jugendliche das Leben und wie würden sie es gerne erleben bzw. was hindert sie daran? Kinder und Jugendliche sind letztendlich immer auch der Spiegel der Gesellschaft.

Bert Roebben meint in diese Zusammenhang: „Der Grad der Menschlichkeit in einer Gesellschaft kann (...) daran gemessen werden, inwieweit die Menschen an der Kommunikation der Gemeinschaft beteiligt sind, inwieweit menschliche Würde oder das Anderssein in den bestehenden Umständen respektiert wird.“³⁰⁵ Er vertritt eine „Religionspädagogik des Andersseins“, basierend auf der „Vision einer befreienden Theologie, die den Menschen gerade in seiner Verletzlichkeit und Unterschiedlichkeit von Gott akzeptiert weiß.“³⁰⁶ Roebben stellt sich gegen jede Form von Ausgrenzung. Auch Depression stellt eine Art Ausgrenzung dar. Kognitive Fähigkeiten und soziale Kompetenzen sind bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen eingeschränkt. Das heißt auch, dass sie „anders“ sind und den „durchschnittlichen Leistungsanforderungen“ oft nicht entsprechen können.

Ausgrenzungen sind für Roebben Zeichen dafür, dass eine Gesellschaft noch nicht „integriert und humanisiert“ ist. Nur in der Erfahrung von Differenz und im Umgang mit dem Anderssein von Mitmenschen, die an einem gemeinsamen Lernprozess teilhaben, könne eine gesunde und moderne „learning community“ entstehen.³⁰⁷

Auch aus befreiungstheologischer Perspektive³⁰⁸ fordert Freire eine Sensibilität für die Strukturen der Gesellschaft. Freires „Ziel ist die individuelle, gruppenbezogene und gesellschaftliche Veränderung der am Dialog beteiligten.“³⁰⁹ Auch Freire stellt die Lebenssituation der Schülerinnen und Schüler in den Mittelpunkt. Er vertritt eine Pädagogik, die sich ausgehend vom Kind entwickeln soll. Lehrpersonen sind angehalten

³⁰⁵ ROEBBEN, 2011, 32

³⁰⁶ ROEBBEN, 2011, 32

³⁰⁷ VGL. ROEBBEN, 2011, 32-33

³⁰⁸ In „Grundbegriffe der Theologie“, herausgegeben von Viertel, werden die Anliegen der Befreiungstheologie zusammengefasst: „(...)Entstanden ist die B. als kontextuelle Theologie aus der Alltagssituation der lateinamerikanischen Basisgemeinden in den 60er Jahren des letzten Jh., sie ist daher eng mit der sozialpolitischen Situation christlicher Gemeinden in der sog. Dritten Welt verbunden. Biblisch bezieht sich die B. auf Jesu Aufmerksamkeit für die Armen und Unterdrückten, allerdings versteht sie sich dabei nicht nur als eine Theologie für Opfer, und Unterdrückte, sondern auch als eine Theologie der Opfer, bei der das Evangelium als ein Prozess der Befreiung gedeutet wird. In diesem Zusammenhang ist besonders das Anliegen hervorzuheben, die Sprachfähigkeit des Menschen in den Basisgemeinden zu fördern und die Alltagssprache ebenso wie die Erfahrung der Betroffenen als gleichberechtigt an die Seite oder sogar an die Stelle einer theologischen Fachsprache zu stellen. (...)“ (Viertel [Hg.], 2005, 65)

³⁰⁹ FREIRE, 2007, 10

diese wahrzunehmen und zu entschlüsseln, um auf dieser Grundlage Bewusstseinsbildung einzuleiten³¹⁰. Einschneidende Veränderungen in der Gesellschaft und die damit entstehenden Herausforderungen wie z.B. Armut, können zwar nicht durch Bildung und Erziehung gelöst werden, dennoch kann Bildung zur Bewusstseinsbildung beitragen. Sie kann für gesellschaftliche Strukturen sensibilisieren und somit Heranwachsende zu einer verantwortlichen Wahrnehmung befähigen und bestärken. Jede neue Generation bringt ihre Fragen mit, die zu einem Diskurs, wie Menschen in Zukunft zusammenleben wollen, aufrufen. Bildung und Erziehung sollen dazu befähigen, sich in diesen Diskurs einzubringen.³¹¹

Systeme versuchen den Menschen fatalistische Positionen einzureden: „Da ist nichts zu machen, die Realität ist halt so.“³¹² Erziehung hat aber nicht das Ziel sich anzupassen und Inhalte zu trainieren. Freire tritt „für eine erzieherische Praxis ein, die kohärent mit dem Sein, das wir sind, unserer kritischen Wissbegierde herausfordert und unsere Rolle als Subjekt der Erkenntnis und der Entdeckung der Welt stimuliert. Dies ist (...) die erzieherische Praxis, wie sie durch die technischen Fortschritte, die unsere Zeit charakterisieren, erforderlich wird.“³¹³ Der Mensch ist ein „nicht fertiges“ Wesen. Das Bewusstsein dieses „nicht fertigen“ Zustandes lässt uns auf den Prozess einer hoffnungsvollen Suche nach uns selbst ein. Diesen Prozess nennt Freire Erziehung.³¹⁴

3.3.1 „Das, was uns unbedingt angeht“ (Tillich)

Individualisierungstendenzen bringen auch Prozesse ins Laufen, die soziale Opfer fordern - Jugendliche und Kinder eingeschlossen. Soziale Ungleichheiten und Benachteiligung fördern die Ausgrenzung derer, die den Anforderungen der Gesellschaft nicht entsprechen. Oftmals fehlt auch die Vermittlung von emotionalen und psychischen Rückhalt in der Erziehung wodurch die Herausforderung einer individuellen Selbstbestimmung und Lebensführung nicht bewältigt werden kann.³¹⁵ Depression bei Kindern und Jugendlichen stellt eine Form der Benachteiligung dar. Sie entsprechen nicht den „Normen“ der Gesellschaft und werden schnell aus der Gesellschaft ausgeschlossen, da sie nicht den

³¹⁰ VGL. FREIRE, 2007, 9

³¹¹ VGL. FREIRE, 2007, 16

³¹² FREIRE, 2007, 104

³¹³ FREIRE, 2007, 104-105

³¹⁴ VGL. FREIRE, 2007, 119

³¹⁵ VGL. METTE, 2006A, 187

geforderten „Ertrag“ bringen können. Entstehungsmodelle über Depression verraten vieles über den Hintergrund dieser Krankheit, die meist unverschuldet ist und in größeren Zusammenhängen steht.

Vielleicht kann Depression auch als Zeichen des Widerstands gegen vorherrschende gesellschaftliche Systeme und ungerechte Ordnung gesehen werden bzw. auch als „Symptomträger“ einer Gesellschaft? Nach befreiungstheologischen Überlegungen geht es sicher nicht darum diese ungerechte Ordnung aufrecht zu erhalten, sondern für das, was ist, aufmerksam zu machen. Menschen sollen dazu befähigt werden strukturelle Ungerechtigkeiten wahrzunehmen.

Im Exkurs über Kindermedizin in Österreich wurde darüber gesprochen, welche Probleme sich auf der Versorgungsebene hinsichtlich depressiver Kinder und Jugendlicher auftun. Das darf nicht ignoriert werden. Aus einer kritischen Aufmerksamkeit heraus könnten neue Handlungen erfolgen, die für die Zukunft des menschlichen Zusammenlebens förderlich sind.

Tillich stellt sich die Frage nach Sinn in einer Gesellschaft, in der es keine metaphysischen Sinngarantien mehr gibt. Er will die Kultur auf ihre religiöse Tiefenstruktur aufmerksam machen.³¹⁶ Er sagt, „das, was uns unbedingt angeht, ist von allen zufälligen Bedingungen der menschlichen Existenz unabhängig. Es ist total, kein Teil unser selbst und unserer Welt ist davon ausgeschlossen. [...] Was uns unbedingt angeht, läßt keinen Augenblick der Gleichgültigkeit und des Vergessens zu.“³¹⁷ Religion ist das, was uns alle überall angeht und verbindet. Diese Verbindung wird auch in *Gaudium et Spes* Kapitel 1 angesprochen: „Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Menschen von heute, besonders der Armen und Bedrängten aller Art, sind auch Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Jünger Christi, und es findet sich nichts wahrhaft Menschliches, das nicht in ihrem Herzen Widerhall fände.“³¹⁸ In diesem Sinne sind wir alle als Kinder Gottes miteinander verbunden und füreinander verantwortlich. Es kann uns aufgrund dieser „Tiefenstruktur“, die Tillich anspricht, nicht egal sein, wenn Mitmenschen leiden.

Wir erkennen an spezifischen „Pathologien“ unserer Zeit, dass etwas nicht stimmt. Diese Nöte unserer Gesellschaft lassen konkrete Zusammenhänge erkennen, die aber durch eine kritische Betrachtung freigelegt werden können. In Anerkennung des Subjektes mit dessen

³¹⁶ VGL. DANZ, „DAS – WAS UNS UNBEDINGT ANGEHT ...“, 2011

³¹⁷ DIECKMANN, TILlich LEXIKON, 2004

³¹⁸ GAUDIUM ET SPES 1

Sorgen, Ängsten und Nöten,³¹⁹ kann eine menschenfreundliche, subjektorientierte Grundhaltung allen, das heißt auch schwachen, leidenden und depressiven Menschen, im Sinne der Gottesebenbildlichkeit zukommen. Daher muss im Falle einer Depression auch immer mitbedacht werden, welche größeren gesellschaftlichen Zusammenhänge hinter diesem Krankheitsbild stecken. Depression ist nicht nur ein Krankheitsbild, sondern bekommt als „Zeichen der Zeit“ auch eine politische Dimension. Sie geht uns alle an.

3.4 Chancen und Grenzen für den Religionsunterricht in der Depressionsprävention

Für Ziebertz sind Religionslehrerinnen und Religionslehrer neben „wahrnehmenden“ und „erzählenden“ auch „seelsorgende“ Lehrerinnen und Lehrer. In dieser Rolle sollen sie Trost, Rat, Fürsorge, Ermutigung, Ermahnung und Ähnliches spenden.³²⁰ Wobei hier Religionsunterricht aber nicht als reine Vertröstung missverstanden werden darf. Ein radikaler Ansatz, der die Gegenwartsprobleme der Schülerinnen und Schüler zum Unterrichtsgegenstand macht, ist das Konzept des sozialisationsbegleitenden oder therapeutischen Religionsunterrichts, der mit dem Namen Dieter Stoodt in Verbindung steht und seinen Höhepunkt in den 1970-1975er Jahren hatte. Sein Interesse galt den negativen Seiten religiöser Erziehung. Religionsunterricht sollte die „Deformationen“, welche durch falsche religiöse Sozialisation hervorgerufen wurden, bearbeiten, und damit eine „therapeutisch – sozialisationsbegleitende Funktion“ einnehmen. Religionslehrerinnen und Religionslehrer nehmen demnach zusätzlich die Rollen als Seelsorger, Therapeuten, Anwälte und Begleiter ein.³²¹

Dieses Konzept weist jedoch große Schwächen auf: Die Umsetzbarkeit ist fraglich bzw. nur äußerst begrenzt möglich. Es entsteht die Frage, wie weit dieser Religionsunterricht mit der Schulwirklichkeit korrelierbar ist.³²² Außerdem müsste das Anforderungsprofil für Religionslehrerinnen und Religionslehrer um psychologische und sozialpädagogische Ausbildungen erweitern werden, wofür das momentane Ausbildungssystem nicht ausgerichtet ist.³²³ Im Übrigen müsste einerseits die Frage gestellt werden, wie sinnvoll eine solche Konzeption von Unterricht in unserem Schulsystem ist. Andererseits drängt sich

³¹⁹ VGL. WUSTMANS, 2011, 154

³²⁰ VGL. ZIEBERTZ, ⁶2010, 226

³²¹ VGL. LEIMGRUBER/HILGER/ZIEBERTZ, ⁶2010, 55-57

³²² VGL. KUNSTMANN, ²2010, 60-61

³²³ VGL. LEIMGRUBER/HILGER/ZIEBERTZ, ⁶2010, 57

gleichzeitig die Frage auf, wie „sinnvoll“ unser Schulsystem angesichts von Problemen ist, die therapeutischer und sozialpädagogischer Begleitung bedürfen. Ebenso zu bedenken ist, ob diese Art von Unterricht nicht zu sehr in die Privatsphäre von Kindern und Jugendlichen eindringt, und ob diese sich auf eine solche Art von Unterricht überhaupt einlassen möchten.

Trotz aller Kritik darf auch das positive Potential dieses Ansatzes nicht ausgeblendet werden. Es geht hier um einen schülerorientierten Unterricht, der die Lebensgeschichte und mögliche „Fehlentwicklungen“ ernst nimmt. Die eigene Glaubens- und Lebensgeschichte ist konstitutiv für religiöses Lernen. Daher fordert dieses Modell, wenn auch in radikaler Weise, einen subjektorientierten Religionsunterricht.³²⁴

3.4.1 Religionsunterricht und dessen allgemeine Bildungsrelevanz

Religionsunterricht setzt sich mit der Gottesfrage auseinander und ist im Curriculum festgeschrieben. Darüber hinaus geht es auch um die Erfahrung gelingenden Lebens, die Bildung von Identität und die Aktualisierung eigener Handlungsmöglichkeiten. Somit leistet der Religionsunterricht einen Beitrag zur schulischen Allgemeinbildung. Im Religionsunterricht sollten Kompetenzen erworben werden, die über den Religionsunterricht hinaus, auf andere Lernorte wirken.³²⁵ Diese Fähigkeiten beinhalten nach Englert *Kontingenz* und *Differenz*. Kontingenz meint die Kompetenz im Umgang mit Fragen, die durch die Vernunft allein nicht beantwortet werden können. *Differenz* versteht Englert als Kompetenz Respekt für Andersdenkende aufzubringen. Diskriminierung und Ausschließung von anderen soll durch Verständnis für deren Andersartigkeit und im Blick auf die Würde aller Menschen kritisch reflektiert werden. Unter *Eminenz* versteht Englert die Fähigkeit seinen Standpunkt in Sinn- und Lebenszusammenhängen festzulegen. Kinder und Jugendliche können lernen ihre Berufung zu entdecken und sich eine Platz in der Welt zu suchen. Religiöses Lernen hilft auch *Resilienz* auszubilden. Resiliente Kinder und Jugendliche zeichnen sich dadurch aus, dass sie selbst unter schwierigen Bedingungen psychisch stabil und gesund bleiben und Resignation vermeiden.³²⁶ Die Resilienz von Kindern und Jugendlichen ist vor allem im Bereich der psychischen Gesundheit

³²⁴ VGL. LEIMGRUBER/HILGER/ZIEBERTZ, ⁶2010, 57

³²⁵ VGL. ENGLERT, 2007, 247

³²⁶ VGL. ENGLERT, 2007, 247-248

beachtenswert. Resilienz kann in einem weiteren Sinne als Prävention für Depression und andere psychische Belastungen verstanden werden.

Außerdem können Schülerinnen und Schüler die Tradition individuell in Gebrauch nehmen. Ihnen soll in der Auseinandersetzung mit den Geschichten der christlichen Tradition die Möglichkeit geboten werden den Erzählzusammenhang zu interpretieren, um „differenzierte Aneignungsmöglichkeiten“ zu erschließen.³²⁷ Peukert sieht Bildung als „qualitative Veränderung der Wahrnehmung von Wirklichkeit und des gemeinsamen Umgangs mit ihr ebenso wie eine Verwandlung des Umgangs von Menschen miteinander.“³²⁸ Unter diesen Voraussetzungen kann Religionsunterricht über sich hinauswachsen und auch in anderen Bereichen des Lebens fruchtbar sein.

3.4.2 Religiöse Erziehung als Impuls für Veränderung

Erziehung und Bildung sollen Leben auf Zukunft hin ermöglichen und zu einer kommunikativen Praxis befähigen. Es geht um den Prozess einer Transformation der Lebensformen, die in psychischen Strukturen und gesellschaftlichen Mechanismen verankert sind. Mette sieht in der Tradition und den Überlieferungen eine produktive Kraft, die das Bewusstsein mit „subversiven Erinnerungen“ (J.B. Metz) in Kontakt bringt. Dabei können eigene Hoffnungen und Wünsche mit Entwürfen aus vergangener Zeit wiederholt und durchgearbeitet werden, um in eigener Praxis fortzufahren.³²⁹ Religiöse Erziehung hat die Chance den Menschen die „Ursache der Entfremdung von sich selbst bewußt werden zu lassen“³³⁰. Auf diese Weise soll sie jungen Menschen Blickveränderungen ermöglichen, indem Problemhorizonte hinterfragt und neue Perspektiven eröffnet werden. Sie soll unterstützen, das zu ergründen, was unsere Wirklichkeit zutiefst bestimmt.³³¹ Elementarisierter Glaube im lebensgeschichtlichen Kontext hat innovative, kritische und transformierende Kraft. Er bringt den Menschen mit Erinnerungen und Verheißungen in Kontakt und verweist auf alternative und neue Lebensmöglichkeiten, die eingelöst werden wollen. Glaube erkennt die Wirklichkeit als Ort der Gegenwart Gottes. Daher kann der glaubende Mensch auch dem Bedrohlichen in der Welt standhalten.³³²

³²⁷ VGL. ENGLERT, 2007, 249

³²⁸ ZITIERT NACH METTE, 2006A, 233

³²⁹ VGL. METTE, 2006A, 118-119

³³⁰ METTE, 2006A, 127

³³¹ VGL. METTE, 2006A, 129

³³² VGL. METTE, 2006A, 151-152

Im Glauben weiß ich mich befreit zum Leben und für die Liebe, womit mir eine neue Wirklichkeit eröffnet wird. „Angesichts biographischer Brüche und Krisen, die die bisher erworbenen Vorstellungen über sich selbst und den Sinn des eigenen Lebens grundlegend in Frage stellen, gibt solche Religion die Zuversicht und Kraft, sich auf den Prozeß der Findung des Selbst und eines Umgangs mit der Wirklichkeit auf neuem Niveau einzulassen.“³³³

Leben heißt auch immer Widerstand und Widerspruch. Aus dieser Zerrissenheit heraus lebt Religion. Sie löst diese nicht auf, sondern bewahrt sie und transportiert daher immer auch den Einspruch zur Welt. Dieser Einspruch heißt Hoffnung und Kritik.³³⁴ *„Religion wird zur Vertröstung, so sie den Menschen den Einspruch zur Welt ausreden will, wo sie das leugnet, was zum Trostverlangen nötig, wo sie Sinn dort behauptet, wo Unsinn und Sinnlosigkeit erfahren wird.“*³³⁵ Subjektorientierte Religionspädagogik soll nicht Vertröstung sein, sondern die Aufforderung produktiv an der Welt mitzuwirken, in seiner je speziellen, individuellen Form und Erfahrung. Verzerrte Wirklichkeitswahrnehmungen, wie sie bei Depressionen vorkommen, können auf diesem Wege aufgebrochen und hinterfragt werden. So können Menschen mit depressiver Störung durch eine komplementäre religiöse Perspektive zu einer neuen Weltsicht kommen. Sie können lernen die Welt anders zu sehen, um so „eindimensionales Denken zu überwinden.“³³⁶ Im Blick auf Depression spielen natürlich noch viele andere Faktoren, die berücksichtigt werden müssen, eine Rolle. Trotzdem kann eine Weltzugewandtheit, zu der in einer subjektorientierten Religionspädagogik motiviert wird, der Impuls für Veränderung sein:

*„Denn jeder Mensch ist voll von Fragen, ja im Grunde von einer Frage; ja mehr: der Mensch ist Frage, bewußt oder unbewußt. Er ist das deshalb, weil sein eigentliches Sein immer als ein künftiges vor ihm steht. Menschliches Leben ist, bewußt oder unbewußt, bewegt von dem Verlangen, der Sehnsucht nach ‚Wahrheit‘ nach ‚Wirklichkeit‘, nach ‚sinnvoller‘, nach verwirklichter Existenz.“*³³⁷

³³³ METTE, 2006A, 173

³³⁴ VGL. LUTHER, 1992, 27

³³⁵ LUTHER, 1992, 27

³³⁶ VGL. LUTHER, 1992, 28

³³⁷ BULTMANN, 1965, 54, ZITIERT NACH LUTHER, 1992, 44

3.4.3 Möglichkeiten im Religionsunterricht auf Depression einzugehen

Auch wenn im Lehrplan nicht explizit von Depression gesprochen wird, gibt es dennoch viele Anknüpfungspunkte für das Thema Depression. Exemplarisch sollen hier Lehrziele bzw. Grundanliegen aus der AHS Oberstufe vorgestellt werden:

- Den persönlichen und gesellschaftlichen Umgang mit Unheil, Leid und Tod zur Sprache bringen und mit der Botschaft von Leben, Sterben, Auferweckung und Wiederkunft Jesu in Beziehung setzen. (8.AHS)
- Den Verstrickungen in persönliche und strukturelle Schuld und Sünde nachgehen, sowie religiöse und nichtreligiöse Bewältigungsversuche aufzeigen. (7.AHS)
- Den Blick für die Einzigartigkeit und Würde des menschlichen Lebens öffnen und diese aus der Gottebenbildlichkeit begründen.(6.AHS)
- Freiheiten und Zwänge in der Lebenswelt der Jugendlichen zur Sprache bringen, damit verbundene Werte und Grundhaltungen reflektieren und die Bedeutung eines gebildeten Gewissens verstehen lernen. (5.AHS)
- Erfahrungen von Glück und Leid kommunizieren und neue Deutungs- und Handlungsperspektiven gewinnen. (5.AHS)
- Sich mit vielfältigen Sinn- und Wertangeboten der Gesellschaft und mit der Botschaft Jesu vom Reich Gottes in ihrer Bedeutung für ein gelingendes Leben auseinander setzen. (5.AHS)³³⁸

Depression ist gekennzeichnet durch Sinnlosigkeit und Schuldgefühle. Eine Frage die alle Menschen zutiefst angeht. Ein Religionsunterricht der unter anderem Sinn, Leid und Tod thematisiert, sollte in Bezug auf eventuell depressive³³⁹ Schülerinnen und Schüler und im Blick auf die gesamte Klasse diese Themen aufbereiten. Die Frage wie einem depressiven Kind, welches allen Glauben an Sinn und Liebe verloren hat, solche Inhalte vermittelt werden können, ist nicht leicht zu beantworten. Wenn Themen keinen Lebensbezug zu Schülerinnen und Schülern haben, dann hat Unterricht keine Relevanz für sie. Lehrerinnen und Lehrer wirken unglaublich, wenn sie angesichts von Leid und Sinnlosigkeit in der Welt von einem Gott sprechen, der alle liebt. Religion sollte primär keine Vertröstung sein. Die Frage nach sinnvoller Lebensgestaltung spielt in den Lehrplänen des Religionsunterrichts eine besondere Rolle. Nach Georg Ritzer sollen in der Schule vor allem

³³⁸ AHS LEHRPLAN: http://static.schulamt.at/downloads/lp_ahs-os.pdf

³³⁹ In den ersten beiden Kapiteln wurde erläutert, dass ein Unterschied zwischen „Alltags“ Depressionen, das sind im Allgemeinen depressive Verstimmungen und kurze Phasen, und klinischen Diagnosen der Depression besteht. Es ist nicht einfach, im Unterricht den Unterschied ausfindig zu machen, vor allem weil sich viele Symptome der Depression von Kindern und Jugendlichen auch als normale Pubertätsphänomene entpuppen können.

die Grundfähigkeiten, die die Voraussetzung für Sinnerfahrung darstellen, gefördert werden. Ritzer spricht von „Grundbedingungen erfüllter Existenz“ und zählt dazu: „Grundbedingungen des ‚Leben mögens‘ (Nähe, Wärme, Beziehung, Leben spüren), des ‚Selbstsein dürfen‘ (Wertschätzung, Unabhängigkeit, Autonomie) und des ‚Sinnvollen wollens‘ (Erfüllung, Freude, Sinn erleben).“³⁴⁰ Im Unterricht sollten diese Grundbedingungen gestärkt werden. Tatsache ist jedoch auch, dass diese im Religionsunterricht nicht hergestellt werden können. Es liegt an der „Primärsozialisation“, wieweit solche Grundfähigkeiten ausgebildet werden. Religionsunterricht kann das Fehlen dieser nicht kompensieren.³⁴¹ Er kann jedoch versuchen Vorhandenes zu stärken und negativer Verstärkung entgegen zu wirken.

3.4.4 Zwei Beispiele für den Unterricht

Die folgenden zwei Beispiele von Georg Ritzer sollen exemplarisch zeigen, wie Depression in religiösen Themen relevant werden kann:³⁴²

1. Exodusgeschehen

Neben der geschichtlichen und biblischen Information über die Exodusgeschichte soll die Frage gestellt werden, was diese mit dem Leben der Schülerinnen und Schüler zu tun hat. Als Verbindungsglied schlägt Ritzer das Lied „Exodus“ von Bob Marley vor. Die Schülerinnen und Schüler sollen sich Gedanken machen, was in ihrem Leben bedrückend, und was befreiend ist. Schließlich soll im Hinblick auf die Exodusgeschichte kritisch hinterfragt werden, ob befreites Leben ohne Unterdrückung und ohne Leid überhaupt möglich ist? In diesem Zusammenhang kann Depression als Unterdrückung gedeutet werden, die im Lichte des Evangeliums eine neue Bedeutung bekommen kann.

2. Dreifachgebot der Liebe (Mk 12,30)

Die Grundbotschaft jesuanischer Lehre ist das Dreifachgebot der Liebe: man soll Gott „lieben mit dem ganzen Herzen und ganzer Seele, mit all deinen Gedanken und all deiner Kraft“ (Mk 12,30). Wenn jedoch die Gedanken erfüllt sind von Negativität, niedrigen Selbstwertgefühl bis hin zur Selbstablehnung im Zuge einer Depression, wie kann sich so ein Satz erfüllen?

³⁴⁰ RITZER, 2004, 30

³⁴¹ VGL. RITZER, 2004, 30

³⁴² VGL. RITZER, 2004, 33

Dies sind nur zwei Beispiele, die verdeutlichen sollen, dass depressive Schülerinnen und Schüler in einer anderen Lebenswelt stehen und möglicherweise sensibel auf bestimmte Themen wie Leid, Tod oder Sinn reagieren.

Bert Roebben meint, dass jede/r Lernende eine eigene Wahrheit hat, die Einfluss darauf nimmt, wie er/sie auf das Thema eingeht: „Jede/r Lernende hat ihren/seinen eigenen Lernweg. Die elementare Information, welche durch die Lehrperson vorbereitet wird, damit sie auf die Lern-Dynamik der gesamten Klasse zugeschnitten ist, wird von jedem/jeder Lernenden persönlich in seinem/ihrem eigenen Recht aufgenommen. Wie jedoch die Struktur und die Wahrheit des Inhalts in mein Vorwissen, meinen Entwicklungs- und Erfahrungshintergrund eingepasst werden können, hängt von meiner gegenwärtigen Disposition als lernender Person ab. Wie der Inhalt angeeignet werden kann, wie der fremde Inhalt wortgetreu zu einem ‚Proprium‘ werden kann – was etymologisch beides einschließt: ‚zu mir passend‘ und ‚zu mir gehörend‘ – hängt von meiner Fähigkeit und meiner Bereitschaft ab zu lernen.“³⁴³

Daher ist es schwierig, allgemeingültige und genaue Grundlinien festzulegen, wie guter Religionsunterricht angesichts depressiver Schülerinnen und Schüler angelegt werden kann. Der Erfolg ist schließlich auch von der Bereitschaft und der Offenheit der betroffenen Schülerinnen und Schüler abhängig, die bei einer Depression meist nur sehr gering bzw. in schweren Fällen gar nicht gegeben ist. Es gilt daher sensibel für die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen zu sein. Im Religionsunterricht sollten vielfältige Angebote gemacht werden, die auch angesichts der Lebenswirklichkeit von depressiven Kindern und Jugendlichen einlösbar sind.

3.4.5 Die Rolle der Religionslehrerinnen und Religionslehrer

Religionslehrerinnen und Religionslehrer sollen sich, nach Mette, maßgeblich an den Schülerinnen und Schülern orientieren. Das Lehrpersonal sollte versuchen in den Kindern und Jugendlichen die Neugier nach dem geheimnisvollen Grund des menschlichen Daseins zu wecken, die Erforschung tiefgründiger Dimensionen des Lebens zu ermöglichen und ihnen neue Entdeckungen in einer religiösen Wirklichkeit zu ermöglichen. Schülerinnen und Schüler sollen zu einer eigenen Religiosität befähigt werden, um selbstständige Entscheidungen hinsichtlich ihrer Lebenseinstellung treffen zu können. Der Respekt

³⁴³ ROEBBEN, 2011, 40

gegenüber der Religiosität und der Lebenswirklichkeiten anderer darf dabei nicht zu kurz kommen.³⁴⁴

Die komplexe, moderne Welt und die unterschiedlichen Lebenserfahrungen und Lebenslagen von Schülerinnen und Schülern stellen jedoch eine große Herausforderung für den Religionsunterricht dar. Die Religionslehrerinnen und Religionslehrer stoßen hier oft an ihre Grenzen und müssen verschiedene Lebenseinstellungen akzeptieren und aushalten. Die Gefahr besteht darin, dass sie ihre persönliche Erwachsenenperspektive, die ein bestimmtes Abbild von Wirklichkeit vermittelt, im Unterricht absolut setzen.³⁴⁵ Die komplexen Umstände müssen für den Umgang mit Religion aber nicht negativ gesehen werden, sondern können auch als „lebensgeschichtliche Erarbeitung einer Weltanschauung“ anerkannt werden.³⁴⁶

Trotz der Gefahr, Lehrerinnen und Lehrer könnten zu stark ihre eigenen Perspektiven einbringen, ist klar, dass Religionsunterricht nie neutral gestaltet werden kann. Die Lehrkräfte werden vor allem im Religionsunterricht immer wieder nach ihrer eigenen Meinung gefragt. Authentizität und reflektierte Distanz sind hier gefragte Eigenschaften.³⁴⁷ Nicht selten haben daher die Lehrkräfte in Religion ein „hintergründiges“ Wissen über persönliche Lebenssituationen von Schülerinnen und Schülern. Was sie aber nicht dazu verleiten sollte Therapeutinnen und Therapeuten zu spielen (An diese Stelle sei auf das folgende Kapitel „Wenn Lehrkräfte Therapeuten sein wollen“ verwiesen).

Religion ist auch ein Unterrichtsfach, in dem es um Wissen und Urteilen geht und das daher als Schulfach mit den Standards anderer Fächer mithalten kann und kein Sonder- oder Ausnahmefach ist. Mette gibt zu bedenken, dass bei alledem dennoch der allgemeine Schultrend des „Output“ –Lernens kritisch hinterfragt werden muss.³⁴⁸ Bei depressiven Kindern und Jugendlichen könnte eine leistungsorientierte Haltung zu einer Verschlechterung der Symptomatik aufgrund von Überforderung führen. Im Kapitel 2 wurde auf diese Problematik hingewiesen.

Eine wichtige personale Voraussetzung für Religionslehrerinnen und Religionslehrer, aber auch für alle anderen Fachlehrkräfte sieht Englert im „Enthusiasmus“: „Lehrer/innen

³⁴⁴ VGL. METTE, 2004, 134-135

³⁴⁵ VGL. HABICHLER, 2004, 131

³⁴⁶ VGL. ZIEBERTZ, ⁶2010, 220

³⁴⁷ VGL. METTE, 2004, 136

³⁴⁸ VGL. METTE, 2004, 134

sollten Vorbilder an intellektueller Neugier, an der Freude voranschreitenden Entdeckens, an Bereitschaft zum immer wieder neuen Perspektivenwechsel sein. An ihnen sollten Heranwachsende erleben können, was das heißt: sich nicht mit einfachen Antworten zufrieden zu geben, sich immer wieder an den Antworten Anderer zu messen, aus der biblischen Tradition zu schöpfen, Theologie zu treiben usw.“³⁴⁹ Bei depressiven Schülerinnen und Schülern fehlt es ja gerade an der Lebensfreude. Wenn Lehrerinnen und Lehrer selbst unzufrieden mit ihrem Leben sind, wird das den betroffenen Schülerinnen und Schülern kaum helfen wieder Lebensfreude zu entwickeln.

Ziebertz sieht das Lehrpersonal sogar als „wichtigstes Medium“ und zählt wichtige personale Kompetenzen auf, wie: Kommunikationsfähigkeit, Selbst- und Fremdwahrnehmung, die eigene Rolle reflektieren in Zusammenhang mit Unterricht und ihrem Verhalten, Unterrichtsstörungen besprechen, kritische Reflexion über den eigenen Unterricht und die prinzipielle Wertschätzung gegenüber den Schülerinnen und Schülern.³⁵⁰ Um diese Kompetenzen zu fördern, können beratende Gespräche von Kolleginnen und Kollegen, sowie Supervision herangezogen werden.³⁵¹ Diese Hilfestellungen sind vor allem auch dann anzuraten, wenn sich depressive Schülerinnen und Schüler in der Klasse befinden. Die Beurteilung, ob ein Kind depressiv ist oder nicht, ist schwierig, da sich Betroffene oft unauffällig verhalten und sich die Depression in vielen verschiedenen Formen zeigen kann. Außerdem steht Diagnostik den Lehrerinnen und Lehrern nicht zu.

Schmidbauer gibt zu bedenken, dass Idealvorstellungen von Helferberufen - unter diese Kategorie reiht er auch die Lehrerinnen und Lehrer ein - kritisch zu beleuchten sind. Nicht das Anstreben oder das vermeintliche Erreichen des Idealbildes des fehlerlosen Helfers, sondern ein „einführendes Verständnis für Schwächen und Mängel – eigene und fremde – ist gerade die Voraussetzung für wirksame Hilfe.“³⁵²

Schließlich ist eben auch zu bedenken, dass Lehrerinnen und Lehrer ebenso wie ihre Schülerinnen und Schüler „fragmentarische Subjekte“ sind, die nie ein allgemeines Ideal erreichen können. Sie sind wie ihre Schülerinnen und Schüler angefragt, sich lebenslang weiterzuentwickeln, zu lernen und für neue Lernprozesse offen zu sein.

³⁴⁹ ENGLERT, 2006, 57

³⁵⁰ VGL. ZIEBERTZ, ⁶2010, 225

³⁵¹ VGL. ZIEBERTZ, ⁶2010, 225

³⁵² SCHMIDBAUER, ¹⁰2001, 13

3.4.6 Wichtige Punkte für Depressionsprävention im Religionsunterricht (nach Ritzer)

Georg Ritzer meint, dass Angebote, die im Religionsunterricht gemacht werden sowohl für depressive, als auch für nichtbetroffene Schülerinnen und Schüler konzipiert werden müssen. Gleichzeitig entsteht aber auch die Frage, auf welche Bereiche Schule Einfluss nehmen kann und auf welche nicht.³⁵³ Ritzer fasst Folgendes in Bezug auf Depressionsprävention im Religionsunterricht zusammen: Depression ist kein „Randphänomen“, obwohl die meisten Schülerinnen und Schüler nicht als depressiv einzustufen sind. Für jede Lehrerin und jeden Lehrer ist die Auseinandersetzung mit Depressionsprävention in der Schule unumgänglich. Gerade bei Suizidgefahr ist unbedingt professionelle Hilfe heranzuziehen. Die Möglichkeiten in der Schule liegen in der Primär und Sekundärprävention, was die Persönlichkeitsbildung und soziale Interaktion beinhaltet. Unterricht, aber auch gerade Religionsunterricht, muss mit der Lebensrealität der Schülerinnen und Schüler in Zusammenhang stehen, damit das Schulfach für diese nicht irrelevant wird. Ritzer sieht Depression als Risiko, aber auch als Chance eine „tiefere Erfahrung der Wirklichkeit“ zu erlangen. Schließlich meint er, die Verantwortung für Depressionsprävention dürfe nicht in der Schule und bei den Lehrerinnen und Lehrern liegen, auch wenn im Religionsunterricht bestimmte Themen bearbeitet und spezielle Methoden angewendet werden können, die präventive Wirkung haben. Lehrerinnen und Lehrer sollen jedoch allenfalls über das Krankheitsbild und Behandlungsmöglichkeiten informiert sein, um sich dementsprechend reflektiert verhalten zu können.³⁵⁴

Exkurs: Wenn Lehrkräfte Therapeuten sein wollen

Nach Anton Bucher üben therapeutische Deutungsmuster in schulischer Erziehung heute bereits Einfluss aus. Sie können auf Probleme und Gefahren hinweisen und sind deshalb nicht per se schlecht.³⁵⁵ Für Anton Bucher sind jedoch folgende Gefahren des „Therapeutisierens“ zu berücksichtigen³⁵⁶:

³⁵³ VGL. RITZER, 2004, 28

³⁵⁴ VGL. RITZER, 2004, 34-35

³⁵⁵ VGL. BUCHER, 2004, 99-100

³⁵⁶ VGL. BUCHER, 2004, 100-104

1. Gefahr des Dilettantismus: Therapeutische Kompetenz ist bei Lehrerinnen und Lehrern nicht vorauszusetzen. Oftmals können Reaktionen von Schülerinnen und Schülern nicht vorausgesagt werden und eine adäquate Reaktion ist nicht möglich. Bucher betont hier die Verantwortung der Lehrerin, des Lehrers.
2. Gefahr der Professionalisierung und der „Verächtlichmachung von Laien“:
Es sollen für Probleme nicht ausschließlich Experten herangezogen werden. Gerade Lehrerinnen und Lehrer sind durch Professionalität ausgezeichnet, weswegen diesen ein gewisser Grad an Problemlösekompetenz zugetraut werden kann.
3. Gefahr der Stigmatisierung und Pathologisierung: Eine generelle Tendenz in der Schule versucht Schülerinnen und Schüler aus den verschiedensten Gründen heraus zu problematisieren. Psychologische Deutungsmuster würden diese Haltung forcieren und herausfordern.
4. Gefahr, öffentlich in die Intimsphäre der Schülerinnen und Schüler einzudringen:
Wenn therapeutische Verfahrensmuster im Unterricht angewendet werden, wären Schülerinnen und Schüler aufgefordert ihre Privatsphäre zu offenbaren, was maximal auf freiwilliger Basis möglich wäre.
5. Schulzimmer ist kein Therapiezimmer: Klassenräume sind nicht geeignet für Therapiesettings. Es gibt immer wieder Störungen.

Wenn Lehrerinnen und Lehrer therapeutisch qualifizierte Zusatzausbildungen besitzen, ist das eine willkommene Bereicherung, solange diese im schulischen Rahmen reflektiert eingesetzt werden. Lehrerinnen und Lehrer können jedoch nicht alles leisten. Schule kann Problemfelder nicht von ihren eigentlichen Bezugsrahmen abstrahieren. Nach Bucher wäre schon viel verbessert, wenn Lehrerinnen und Lehrer freundlich sind und das Stressempfinden bei den Schülerinnen und Schülern verringern.³⁵⁷

Es ist aber nicht zu leugnen, dass die Schicksale von Schülerinnen und Schülern, die offensichtlich Probleme haben, betroffen machen. Paolo Freire hat das treffend auf den Punkt gebracht, wenn er schreibt:

„Sofern es die reguläre Unterrichtszeit nicht beeinträchtigt, kann ich mich nicht dem verschließen, worunter er leidet oder was ihn beunruhigt, obwohl ich nicht sein

³⁵⁷ VGL. BUCHER, 2004, 104-105

*Therapeut oder Sozialarbeiter bin. Aber ich bin ein Mensch. Aus ethischen Gründen oder aus Gründen der Professionalität kann ich mich nicht als Therapeut ausgeben. Aber ich kann auch nicht mein Menschsein leugnen, aus dem sich durch meine Öffnung als Mensch eine gewissen therapeutische Dimension ergibt.*³⁵⁸

Zusammenführung

In unserer aktuellen Gesellschaft wird der Erkrankung „Depression“ mehr und mehr Interesse gewidmet, da sie unter anderem ein Hauptgrund für Arbeitsunfähigkeit ist, worüber im 2. Kapitel berichtet wurde. Die Diagnose einer „Depression“ wird immer häufiger gestellt und genießt großes mediales Interesse. Da Depression bei Kindern und Jugendlichen erst seit einigen Jahren eine anerkannte Diagnose ist, gibt es auch wenig Literatur und erprobte Maßnahmen, geschweige denn elaborierte Beschreibungen des Krankheitsbildes.

Die Frage, wie auf depressive Kinder und Jugendliche im Religionsunterricht eingegangen werden soll, ist in dieser Arbeit sicher nicht erschöpfend beantwortet worden. Im Bereich Schule fehlt es an ausgearbeiteten Modellen, wie Lehrerinnen und Lehrer bzw. auch Schulleiterinnen und Schulleiter gegebenenfalls intervenieren sollen. Auf Grund mangelnder Versorgung und Aufklärung sind Lehrerinnen und Lehrer oft auf sich alleine gestellt und herausgefordert, sich verantwortlich zu informieren und gegebenenfalls zu agieren. Daher ist die Reflexionsfähigkeit von Lehrerinnen und Lehrern eine zentrale Kompetenz. Es muss auf die betroffenen Schülerinnen und Schüler im Speziellen Bezug genommen werden, da Depression unterschiedliche Ursachen hat und sich auch auf verschiedene Arten zeigen kann.

In Kapitel 2 wurde ausführlich über das Befinden von Schülerinnen und Schülern in der Schule gesprochen. Eine wertschätzende Haltung gegenüber Schülerinnen und Schülern, wie es im subjektorientierten Konzept zum Ausdruck kommen soll, trägt maßgeblich zu einem guten Schulklima bei. Wenn sich Schülerinnen und Schüler in der Schule wohl fühlen, so wirkt sich das auf ihre psychische Gesundheit aus, was auch positiven Einfluss auf den außerschulischen Bereich hat.

Ein subjektorientierter Unterricht nimmt alle Schülerinnen und Schüler ernst und damit auch diejenigen, die depressive Tendenzen aufzeigen. Stigmatisierungen aller Art haben in

³⁵⁸ FREIRE, 2008, 130

diesem Konzept keinen Platz. Vielmehr können betroffene Schülerinnen und Schüler mit ihrem eigenen Lebenshintergrund als „Produzenten“ von Theologie auftreten. Sie können Missstände in unserer Gesellschaft aufzeigen und die Theologie in neu herausfordern, sofern sich diese herausfordern lässt. Wie am Beginn der Arbeit erwähnt, ist womöglich jeder bzw. jede im Laufe seines bzw. ihres Lebens mit depressiven Phasen oder Verstimmungen konfrontiert. Das Leben steckt voller Höhen und Tiefen. An dieser Stelle möchte ich nochmals das Kapitel „Identität und Fragment“ in Erinnerung rufen. Nur durch unsere Mängel und Schwächen sind wir auf die Zukunft hin für Veränderung und Entwicklung offen. Weil wir eben nicht vollkommen sind, haben wir erst die Möglichkeit uns weiterzubilden und weiterzuentwickeln. Dieses Bewusstsein sollte im Religionsunterricht verschärft werden. Gerade bei Depression haben wir es unter anderem oft mit Versagensängsten und Schuldgefühlen zu tun, wie im ersten Kapitel untersucht wurde. Es wird auf das Bewusstsein hingewiesen, dass im Leben nichts und niemand perfekt oder ideal sein kann. Dadurch eröffnet sich unter anderem die Möglichkeit, dass depressive Menschen aus krankmachenden Denkmustern ausbrechen können. Wie weit - realistisch gesehen - im Religionsunterricht etwas für depressive Schülerinnen und Schüler getan werden kann, hängt letztlich auch mit dem Schweregrad einer Depression zusammen. Während bei leicht depressiven Verstimmungen im Religionsunterricht einiges bewirkt werden kann, trifft das bei schweren Depressionen nicht zu. Hier hilft im Regelfall nur eine therapeutische, pharmakologische oder stationäre Intervention. Bei einer mittel- bis schwergradigen Depression hat der Religionsunterricht zwar wenig Chancen zu intervenieren, jedoch besteht die Möglichkeit durch einen aufmerksamen und sensiblen Umgang mit Kindern und Jugendlichen diese Entwicklung zu erkennen und Betroffene an die richtigen Stellen weiterzuleiten.

Bei allem guten Willen ist jedoch die Tatsache zu berücksichtigen, dass Religionsunterricht keine Therapiestunde ist. Auf die Gefahren, welche das „Therapeutisieren“ in der Schule birgt, wurde in der Arbeit hingewiesen.

Die Problematik der Depression sollte weder auf individueller noch auf struktureller Ebene ignoriert werden. Es gilt die Realität wahrzunehmen, Missstände zu erkennen und darauf im Rahmen der individuell und strukturell zur Verfügung stehenden Mittel zu reagieren.

Die Religionspädagogik kann die Depression bei Kindern und Jugendlichen sicherlich nicht verhindern. Sie kann jedoch einen Beitrag zur Prävention und zu einer kritischen

Auseinandersetzung mit den strukturellen Gegebenheiten leisten. Subjektorientierte Religionspädagogik kann helfen erstarrte Denkstrukturen von Kindern und Jugendlichen aufzubrechen. Sie nimmt wahr, schätzt wert, motiviert, begleitet und unterstützt Identitätsfindung und bietet kritische Auseinandersetzung mit dem, was ist.

Ich hoffe mit meiner Arbeit auf die vielschichtige Problematik von depressiven Kindern und Jugendlichen aufmerksam gemacht zu haben, denn ich glaube, dass sie uns alle angeht.

Höchstes Gebot

Hab Achtung vor dem Menschenbild,
Und denke, dass, wie auch verborgen,
Darin für irgend ein Morgen
Der Keim zu allem Höchsten schwillt.

Hab Achtung vor dem Menschenbild,
Und denke, dass wie tief er sinke,
Ein Hauch des Lebens, der ihn wecke,
Vielleicht aus deiner Seele quillt!

(Friedrich Hebbel)

Quellenverzeichnis

ACHERMANN, Nicole/STEINHAUSEN, Hans-Christoph et al.: Schulklima und Schulumwelt in ihrer Bedeutung für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Einführung in die Thematik, in: STEINHAUSEN, Hans-Christoph (Hg.): Schule und psychische Störungen, Stuttgart 2006, 15-37

BAACKE, Dieter: Die 13-18 Jährigen. Einführung in die Probleme des Jugendalters, Weinheim⁹2003

BAHR, Matthias/KROPAC, Ulrich/SCHAMBECK, Mirjam: Vorwort, in: BAHR, Matthias/KROPAC, Ulrich/SCHAMBECK, Mirjam (Hg.): Subjektwerdung und religiöses Lernen. Für eine Religionspädagogik, die den Menschen ernst nimmt, München 2005, 11-16

BECKER, Katja/MEYER-KEITEL, Aniko: Suizidales Verhalten, in: PETERMANN, Franz (Hg.): Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie, Göttingen⁶2008, 445-460

BECKER, Peter: Wohlbefinden. Theoretische Grundlagen, in: ABELE, Andrea/BECKER, Peter (Hg.): Wohlbefinden. Theorie-Empirie-Diagnostik, München 1991, 13-49

BUCHER, Anton: Schule: Soll sie unterrichten und erziehen – und therapieren auch? In: BUCHER, Anton (Hg.): Erziehung – Therapie – Sinn. Festschrift für Heinz Rothbucher, Münster 2004, 97-105

BUCHER, Anton: Was Kinder glücklich macht. Historische, psychologische und empirische Annäherungen an Kindheitsglück, Weinheim 2001

BULTMANN, Rudolf: Erziehung und christlicher Glaube, in: BULTMANN, Rudolf: Glauben und Verstehen, Band 4, Tübingen 1965, 52-55

DANZ, Christian: Das, was uns unbedingt angeht – Eine Erinnerung an Paul Tillich anlässlich seines 125. Geburtstages, in: Tabula Rasa. Zeitung für Gesellschaft und Kultur, Ausgabe Nr.6, September 2011, entnommen aus: www.tabularasa-jena.de/artikel/artikel_3595/ (Stand: 19. März 2012)

DELFO, Martine: „Wie meinst du das?“ Gesprächsführung mit Jugendlichen, Weinheim 2007

DIECKMANN, Detlef (Hg.): Tillich Lexikon. Die Grundbegriffe der Systematischen Theologie von Paul Tillich, Berlin 2004, entnommen aus: www.dieckmannvonbuenau.de/tillich (Stand: 20. März 2012)

DUDEN. Das Fremdwörterbuch, Augsburg 2002

EDER, Ferdinand (Hg.): Das Befinden von Kindern und Jugendlichen in der Schule. Forschungsbericht im Auftrag des BMUK, Wien 1995

ENGLERT, Rudolf: Die Diskussion über Unterrichtsqualität – und was die Religionsdidaktik daraus lernen kann, in: Was ist guter Religionsunterricht, Jahrbuch der Religionspädagogik (JRP), Band 22, Neukirchen-Vluyn 2006, 52-64

ENGLERT, Rudolf: Religionspädagogische Grundfragen. Anstöße zur Urteilsbildung, Stuttgart 2007

ESSAU, Cecilia: Angst und Depression bei Jugendlichen. Habilitationsschrift, Bremen 2000

ESSAU, Cecilia: Depression bei Kindern und Jugendlichen, München 2002

ESSAU, Cecilia/PETERMANN, Ulrike: Depression, in: PETERMANN, Franz (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Modelle psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter, Göttingen ²2008, 241-264

FEND, Helmut: Der Umgang mit Schule in der Adoleszenz. Aufbau und Verlust von Lernmotivation, Selbstachtung und Empathie. Entwicklungspsychologie der Adoleszenz in der Moderne. Band IV, Bern 1997

FEND, Helmut: Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Lehrbuch, Wiesbaden ³2005

FONAGY, Peter: Bindungstheorie und Psychoanalyse, Stuttgart 2003 (engl. Original: Attachment Theory and Psychoanalysis, London 2001)

FREIRE, Paolo: Bildung und Hoffnung, Münster 2007, herausgegeben von SCHREINER, Peter/METTE Norbert/OESSELMANN, Dirk/KINKELBUR, Dieter

FREIRE, Paolo: Pädagogik der Autonomie, Münster 2008, herausgegeben von SCHREINER, Peter/METTE Norbert/OESSELMANN, Dirk/KINKELBUR, Dieter

FREITAG, Marcus: Was ist eine gesunde Schule? Einflüsse des Schulklimas auf Schüler- und Lehrgesundheit, München 1998

FREVEL, Christian: Lernort Tora. Anstöße aus dem Alten Testament, in: METTE, Norbert/SELLMANN, Matthias (Hg.): Religionsunterricht als Ort der Theologie, Basel 2012, 109-137

GROEN, Gunter/PETERMANN, Franz: Depressive Störungen, in: PETERMANN, Franz: Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie, Göttingen ⁶2008, 427-443

GRUNDER, Hans-Ulrich: Schule und Lebenswelt. Ein Studienbuch, Münster 2001

HABICHLER, Alfred: Wozu braucht es heute ReligionslehrerInnen? Zu einem Berufsbild im Kontext fortschreitender Moderne, in: Christlich pädagogische Blätter 117, Heft 3, 2004, 130-133

HAIDER, Harald: Psychische Probleme von Kindern und Jugendlichen. Verstehen-Wahrnehmen-Helfen, Linz 2008

HERPERTZ-DAHLMANN, Beate: Depressive Syndrome und Suizidhandlungen, in: REMSCHMITDT, Helmut (Hg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Stuttgart 1997, 232-241

HILGER, Georg/ZIEBERTZ, Hans-Georg: Wer lernt? – Die Schülerinnen und Schüler als Subjekte religiösen Lernens, in: HILGER, Georg/LEIMGRUBER, Stephan/ZIEBERTZ, Hans-Georg: Religionsdidaktik. Ein Leitfaden für Studium Ausbildung und Beruf, München ⁶2010, 174-193

HURRELMANN, Klaus: Anspruch auf die „Lebensphase Kindheit“, in: Deutsche Jugend 38, 1990, 13-24

JÄGGLE, Martin: Vorlesung Gemeindegatechese, unveröffentlichte Mitschrift vom 5. März 2012

KÄMMERLING, Markus: Ein Blick in die Hinterhöfe des Religionsunterrichts. Anfragen an das Selbstverständnis der Theologie aus der Sicht eines Lehrers, in: METTE, Norbert/SELLMANN, Matthias (Hg.): Religionsunterricht als Ort der Theologie, Basel 2012, 23-30

KERNS, Lawrence: Hilfen für depressive Kinder. Ein Ratgeber, Bern 1997

KNAPP, Markus: Das Wort Gottes, seine Überlieferung und Erkenntnis. Die Lehre von den loci theologici, in: METTE, Norbert/SELLMANN, Matthias (Hg.): Religionsunterricht als Ort der Theologie, Basel 2012, 33-51

KNÖLKER, Ulrich/MATTEJAT, Fritz/SCHULTE-MARKWORT, Michael: Kinder- und Jugendpsychiatrie systematisch, Bremen 1997

KUNSTMANN, Joachim: Religionspädagogik. Eine Einführung, Tübingen ²2010

LAUX, Gerd/DIETMAIER, Otto /KÖNIG, Wolfgang: Psychopharmaka. Ein Leitfaden, Stuttgart ⁴1993

LEIMGRUBER, Stephan/HILGER, Georg/KROPAC, Ulrich: Konzeptionelle Entwicklungslinien der Religionsdidaktik, in: HILGER, Georg/LEIMGRUBER, Stephan/ZIEBERTZ, Hans-Georg: Religionsdidaktik. Ein Leitfaden für Studium Ausbildung und Beruf, München ⁶2010, 41-69

LEWIN, Kurt: Feldtheorie in der den Sozialwissenschaften, Bern 1963

LOHAUS, Arnold: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter, Göttingen 1993

LUTHER, Henning: Religion und Alltag. Bausteine einer Praktischen Theologie des Subjekts, Stuttgart 1992

MEIER, Paul/MINIRTH, Frank: Wieder Freude am Leben. Wie überwinde ich meine Depression? deutsche Ausgabe ²1995 (engl. Original: Michigan 1988)

MEIER, Ulrich: Familie, Freundesgruppe, Schülerverhalten und Kompetenzerwerb, in: SCHÜMER, Gundel/TILLMANN, Klaus-Jürgen/WEISS, Manfred (Hg.): Die Institution Schule und die Lebenswelt der Schüler. Vertiefende Analysen der PISA-2000-Daten zum Kontext von Schülerleistungen, Wiesbaden 2004, 187-216

MENTZOS, Stavros: Depression und Manie. Psychodynamik und Psychotherapie, Göttingen 1995

METTE, Norbert: Guter Religionsunterricht – ein zentrales religionspädagogisches Anliegen, in: BIZER, Christoph/DEGEN, Roland/ENGLERT, Rudolf/KOHLER-SPIEGEL, Helga/METTE, Norbert/RICKERS, Folkers/SCHWEITZER, Friedrich (Hg.): Was ist guter Religionsunterricht, Jahrbuch der Religionspädagogik (JRP), Band 22, Neukirchen-Vluyn, 2006b, 11-19

METTE, Norbert: Religionspädagogik, Düsseldorf 2006a

METTE, Norbert: Theologie als Bezugswissenschaft für den schulischen Religionsunterricht – angefragt, in: METTE, Norbert/SELLMANN, Matthias: Religionsunterricht als Ort der Theologie, Basel 2012, 338-363

METTE, Norbert: Zum Beruf und Selbstverständnis von Religionslehrern und –lehrerinnen im Kontext aktueller Entwicklungen in Gesellschaft und Schule sowie Religion und Kirche, in: Christlich pädagogische Blätter 117, Heft 3, 2004, 134-136

METTE, Norbert/SELLMANN, Matthias: Religionsunterricht als Ort der Theologie – Eine Einführung, in: METTE, Norbert/SELLMANN, Matthias (Hg.): Religionsunterricht als Ort der Theologie, Basel 2012, 9-22

MEYER, Wulf-Uwe: Das Konzept von der eigenen Begabung, Bern 1984

MITSCHKA, Ruth: Die Pubertät gemeinsam bewältigen, Wien ⁴1996

NEVERMANN, Christiane/REICHER, Hannelore: Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen Verstehen Helfen, München 2001

NISSEN, Gerhardt/TROTT, Götz-Erik: Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, Berlin ³1995

OERTER, Rolf/DREHER, Eva: Jugendalter, in: OERTER, Rolf/ MONTANA, Leo (Hg.): Pisa 2000. Die Länder der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich, Opladen 2002, 203-218

OPP, Günther: Schule-Chance und Risiko, in: OPP, Günther/FINGERLE, Michael/ FREYTAG Andreas (Hg.): Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz, München 1999, 229-243

PORZELT, Burkard: Individualisierte Religiosität, in: BITTER, Gottfried et al. (Hg.): Neues Handbuch religionspädagogischer Begriffe, München 2002, 275-279

PÖSSEL, Patrick/SEEMANN, Simone/HAUTZINGER, Martin: LARS&LISA: Ein Programm zur Prävention von Depression und Schule, in: STEINHAUSEN, Hans-Christoph (Hg.): Schule und psychische Störungen, Stuttgart 2006, 260-274

RESCH, Franz: Entwicklungspathologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch, Weinheim 1996

RITZER, Georg: Krisen bei SchülerInnen und die Rolle der (Religions-) LehrerInnen am Beispiel depressiver Störungen, in: BUCHER, Anton (Hg.): Erziehung – Therapie – Sinn. Festschrift für Heinz Rothbucher, Münster 2004, 21-39

ROEBBEN, Bert: Leben und Lernen in der Verletzbarkeit des anderen. Autonomie und Angewiesensein in religionspädagogischer Perspektive, in: WUCKELT, Agnes/PITHAN, Annebelle/BEUERS, Christoph: „Und schuf dem Menschen ein Gegenüber...“ – Im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Angewiesensein, Münster 2011, 32-53

ROEBBEN, Bert: Religion und Verletzbarkeit. Standort und Herausforderung einer integrativen Religionspädagogik, in: WUCKELT, Agnes/PITHAN, Annebelle/BEUERS, Christoph (Hg.): „Was mein Sehnen sucht...“ –Spiritualität im Alltag, Münster 2009, 37-56

SCHAMBECK, Mirjam: Wie Kinder glauben und theologisieren. Religionspädagogische Konsequenzen aus den theologischen Konstruktionen von Kindern, in: BAHR, Matthias/KROPAC, Ulrich/SCHAMBECK, Mirjam (Hg.): Subjektwerdung und religiöses Lernen. Für eine Religionspädagogik, die den Menschen ernst nimmt, München 2005, 18-28

SCHMIDBAUER, Wolfgang: Hilflose Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe, Hamburg ¹⁰2001

SCHÜTZ, Alfred/LUCKMANN Thomas: Strukturen der Lebenswelt, Band 1, Frankfurt am Main 1979; Band 2, Frankfurt am Main 1984

SCHULTE-MARKWORT, Michael/RICHTERICH, Andreas/FOROUHER, Nima: Affektive Störungen, in: HERPERTZ-DAHLMANN, Beate/RESCH, Franz/SCHULTE-MARKWORT, Michael/WARNKE, Andreas (Hg.): Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlage und die Entwicklung psychischer Störungen, Stuttgart ²2007, 771-799

STARK, Kevin: Childhood Depression. School-based Intervention, New York 1990

STEINHAUSEN, Hans-Christoph: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, München ⁶2006

TEWES, Uwe/WILDGRUB, Klaus: Psychologie-Lexikon, Wien 1992

TÖLLE, Rainer: Depressionen. Erkennen und Behandeln, München 2000

VIERTEL, Matthias (Hg.): Grundbegriffe der Theologie, München 2005

WUSTMANN, Corina: Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern, Weinheim 2004

WUSTMANS, Hildegard: Topologien der Not sind Topologien der Pastoral, in: Theologische – Praktische Quartalschrift (ThPQ), 159. Jahrgang, Heft 2, Linz 2011, 154-161

ZIEBERTZ, Hans-Georg: Gesellschaftliche und jungendsoziologische Herausforderungen für die Religionsdidaktik, in: HILGER, Georg/LEIMGRUBER, Stephan/ZIEBERTZ, Hans-Georg: Religionsdidaktik. Ein Leitfaden für Studium Ausbildung und Beruf, München ⁶2010, 76-105

ZIEBERTZ, Hans-Georg: Wer initiiert religiöse Lernprozesse? Rolle und Person der Religionslehrerinnen und –lehrer, in: HILGER, Georg/LEIMGRUBER, Stephan/ZIEBERTZ, Hans-Georg: Religionsdidaktik. Ein Leitfaden für Studium Ausbildung und Beruf, München ⁶2010, 205-226

Internetquellen

AHS Lehrplan, entnommen aus: http://static.schulamt.at/downloads/lp_ahs-os.pdf, (Stand: 23.März 2012)

Bundesministerium für Gesundheit: Kurzinfo zum Österreichischen Psychiatriebericht 2004, entnommen aus:

http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/5/0/CH1273/CMS1038920009809/psychiatrie_bericht_2004_zusammenfassung.pdf, (Stand: 18.Nov. 2011)

Duden: Prävalenz, entnommen aus: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Praevalenz>, (Stand: 15.Nov. 2011)

GAUDIUM ET SPES (7.12.1965) Pastoralkonstitution über die Kirche in der Welt von heute, entnommen aus: <http://www.uibk.ac.at/theol/leseraum/texte/239.html>, (Stand: 15.März 2012)

Online Fremdwörterbuch: Komorbidität, entnommen aus: <http://www.fremdwort.de/suche.php?term=Komorbidit%E4t>, (Stand: 23.Jän. 2012)

Politische Kindermedizin, entnommen aus: <http://www.polkm.org/>, (Stand: 9. Feb. 2012)

Profil Artikel (21.01.2011): Seelenpein. Immer mehr Kinder erkranken psychisch, entnommen aus: <http://www.profil.at/articles/1042/560/280317/seelenpein-immer-kinder>, (Stand: 5.Feb. 2012)

WHO: Mental Health. Depression, entnommen aus: www.who.int/mental_health/management/depression, (Stand: 25.Okt. 2011)

WHO: What is depression? Entnommen aus: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/, (Stand: 20.Dez. 2011)

Bilderverzeichnis

Abbildung 1: Wichtige psychische Störungen mit depressiver Symptomatik nach ICD10, entnommen aus: GROEN, Gunter/PETERMANN, Franz: Depressive Störungen, in: PETERMANN, Franz: Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie, Göttingen ⁶2008, 430

Abbildung 2: Serotonin Haushalt im Vergleich, entnommen aus: <http://www.bipolar.at/alphamedi/SSRI.gif>, (Stand: 22.Nov. 2011)

Abstract

Die Prävalenz depressiver Kinder und Jugendlicher ist stetig im Steigen. Die Erkrankung der Depression bei Kindern und Jugendlichen ist erst seit einigen Jahren eine anerkannte Diagnose. Da die in der Schule verbrachte Zeit in dieser Lebensphase sehr prägend ist, soll in dieser Arbeit die Frage gestellt werden, ob und wie in der Schule, aber vor allem im Religionsunterricht, auf mögliche depressiv erkrankte Schülerinnen und Schüler reagiert werden kann.

In einem ersten Teil wird das Phänomen der Depression anhand aktueller Fachliteratur beleuchtet. Nachdem auf die Erkrankung und deren Entwicklung eingegangen worden ist, fokussiert der zweite Teil auf Schule und ihre Auswirkung auf das Befinden der Schülerinnen und Schüler. Aufbauend auf diese Erkenntnisse soll im letzten Teil die Frage gestellt werden, welche Konsequenzen sich im Zusammenhang mit religionspädagogischem Handeln ergeben. Für die Beantwortung dieser Frage wird unter anderem kritisch nach gesellschaftlichen Strukturen und politischen Dimensionen gefragt, die hinter der Depression stehen können.

Schließlich ist aufgrund gesellschaftlicher Individualisierungstendenzen für einen zeitgemäßen Religionsunterricht der subjektorientierte Ansatz, der die Schülerinnen und Schüler als Subjekte mit einer individuellen Lebenswirklichkeit ernst nimmt, unumgänglich.

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Verena Fink
 Geburtsdatum: 22.02.1988
 Geburtsort: Güssing/Burgenland
 Staatsbürgerschaft: Österreich

Ausbildung:

1995 - 1998 Besuch der Volksschule in Wörterberg (Bgld)
 1998 - 2002 Besuch der Unterstufe des BG/BRG/BORG Oberschützen
 2002 - 2006 Besuch der Oberstufe des BG/BRG/BORG Oberschützen
 seit 2006 Studium in Wien:
 Katholische Religionspädagogik
 2010 - 2012 Universitätslehrgang „Psychotherapeutisches Propädeutikum“

Praktika:

Sommer 2008 Caritas: Betreuung für Menschen mit Behinderung, Mariazell
 Herbst 2008 Institut Keil: Kindergarten für Kinder mit Behinderung, Wien
 Sommer 2010 Dreikönigsaktion: Lerneinsatz in Peru
 Sommer 2011 Kinderuni, Wien
 Sommer 2011 Sozialpädagogische und sozialtherapeutische
 Jugendwohngemeinschaft, Wien