Depressionen bei Kindern in der Volksschule und die Auswirkungen auf den Unterricht

Bachelorarbeit

an der Pädagogischen Hochschule Salzburg Stefan Zweig
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Education (BEd)

Eingereicht bei

Prof. MMag. DDDr. Ulrike Kipman, BSc

vorgelegt von

Johanna Perner

42102477

Salzburg, 13.04.2025

Vorwort

„Ein Kind ist wie ein Schmetterling im Wind. Manche fliegen höher als andere, aber alle fliegen so gut sie können." -Unbekannt

Die vorliegende wissenschaftliche Arbeit behandelt das Thema Depressionen in der Volksschule, das häufig unterschätzt, jedoch immer stärker relevant wird. Psychische Erkrankungen im Kindesalter gewinnen zunehmend an Bedeutung und im Umfeld von Lehrpersonen finden sich immer häufiger betroffene Schülerinnen und Schüler. Die frühzeitige Erkennung von Depressionen und ein sensibler Umgang im schulischen Umfeld können maßgeblich dazu beitragen, das Wohlbefinden dieser Kinder zu verbessern und langfristige oder schwerwiegende Folgen zu vermeiden.

Ich habe mich für dieses Thema entschieden, weil es mir ein persönliches Anliegen ist, die Relevanz des Themas aufzuzeigen, das Bewusstsein für psychische Erkrankungen im Kindesalter zu schärfen und Möglichkeiten für den Umgang im schulischen Umfeld mit depressiven Schülerinnen und Schülern zu beschreiben.

Während meiner Recherche wurde mir erneut besonders verdeutlicht, dass Schule nicht nur ein Bildungs-, sondern auch ein sozialer Raum ist. Kinder im Volksschulalter verbringen sehr viel Zeit in diesem Raum und können dementsprechend auch von vielfacher Unterstützung profitieren und Resilienz entwickeln.

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei meiner Betreuerin, Prof. MMag. DDDr. Ulrike Kipman, BSc, für ihre wertvolle Unterstützung, die professionelle Betreuung und ihre Geduld während des gesamten Arbeitsprozesses bedanken.

Kurzzusammenfassung

Depressionen bei Kindern sind eine ernstzunehmende psychische Erkrankung, die sich bereits im Kleinkindalter manifestieren kann. Die vorliegende Arbeit untersucht die Ursachen, Symptome und Auswirkungen von Depressionen im Allgemeinen und anschließend speziell im Schulalltag sowie die Rolle der Lehrpersonen im Umgang mit betroffenen Schülerinnen und Schülern.

Die Forschungsarbeit verfolgt das Ziel, das Thema Depression allgemein und spezifischer im Kindes- und Jugendalter, sowie im schulischen Kontext zu verstehen und die Fragestellungen „Wie äußern sich Depressionen bei Volksschulkindern und in welcher Weise wirken diese sich auf das Verhalten im Unterricht aus?“ sowie „Welche Ansätze können Lehrpersonen verfolgen, um betroffene Kinder zu unterstützen und den Unterricht entsprechend anzupassen?“ zu beantworten.

Zuerst werden grundlegende Definitionen, Symptomatik, Ursachen und Risikofaktoren der Erkrankung beschrieben und folglich wird auf die spezifische Symptomatik im Kindes- und Jugendalter eingegangen. Dabei wird auch die aktuelle Forschung miteinbezogen.

Ein zentraler Bestandteil dieser Arbeit ist auch die Analyse der schulischen Rahmenbedingungen, die sowohl präventiv als auch verstärkend auf depressive Symptome wirken können. Schule kann als unterstützender Ort der Stabilität gelten, jedoch können Leistungsdruck, soziale Konflikte, Ängste oder Mobbing das Risiko für Depressionen erhöhen.

Darauf aufbauend werden verschiedene Ansätze von Unterstützung- und präventiven Maßnahmen vorgestellt, die Lehrkräfte und Schulen ergreifen können, um betroffenen Kindern zu helfen und angemessen mit ihnen umzugehen.

Am Ende wird die wissenschaftliche Arbeit noch einmal zusammengefasst und mit einem Resümee und Ausblick abgeschlossen.

Abstract

Depression in children is a serious mental illness that can manifest as early as infancy. The present work investigates the causes symptoms and effects of depression in general and in school life in particular, as well as the role of teachers in dealing with affected pupils.

The aim of the research is to understand the topic of depression in general and more specifically in childhood and adolescene, as well as in the school context, and to answer the questions „How does depression manifest itself in primaryschool children and how does it affect the behaviour in the classroom?“ and „What approaches can teachers follow to support affected children and adapt the teaching accordingly?“

First, the basic definition, symptoms, causes and risk factors of the disease will be described, and consequently the specific symptoms in childhood and adolescene will be discussed.

A central part of this work is the analysis of school environments, which can have both preventive and reinforcing effectson depressive symptoms. School can be se en as a supportive place of stability, but performance pressure, social conflict, anxi ety or bullying can increase the risk of depression.

Building on this, it presents different approaches of support and preventive measur es that teachers and schools can take tohelp and deal with affected children appro priately.

At the end, the scientific work is summarized again and concluded with summary a nd outlook.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 7

2 Begriffserklärung Depression 8

2.1 Symptomatik Allgemein 9

2.2 Ursachen und Risikofaktoren 9

3 Klassifikation 11

3.1 ICD-10 11

3.2 Definition Depressionen nach ICD-10 12

3.2.1 Die unterschiedlichen Kategorien einer depressiven Störung nach ICD-10 12

3.3 Definition kindlicher Depressionen nach ICD-10 13

4 Depressionen im Kinder- und Jugendalter 14

4.1 Frühe depressive Störungen 14

4.2 Depressive Störungen im Volksschulalter 15

4.3 Depressive Störungen in der Jugend 16

4.4 Diagnose 18

4.4.1 Die bedeutendsten Störungsbilder von Kindern und Jugendlichen 19

5 Behandlung 23

5.1 Psychotherapie 23

5.2 Behandlung mit Medikamenten 24

5.3 Familiäre Therapie 25

5.4 Klinikaufenthalt 25

6 Bezug zur Forschung 26

6.1 KiGGS: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland 26

6.2 BELLA-Studie 27

6.3 Internalizing Disorders in Children and Adolescents: An Update on Anxiety and Depression in a Globalized World 28

6.4 COPSY-Studie 29

7 Kinder mit depressiven Störungen im Schulalltag 31

7.1 Bedeutung von Schule und Lehrpersonen 31

7.2 Schule als Risikofaktor 32

7.3 Verdacht auf eine depressive Störung 33

7.4 Umgang mit depressiven Schülerinnen und Schülern 37

7.5 Herausforderungen im Schulalltag 38

7.6 Unterstützungsmaßnahmen 40

7.6.1 Stärkung der Selbstverantwortung 41
7.6.2 Anregung zu aktivem Verhalten 42
7.6.3 Lernziele 43
7.6.4 Bewegung und Entspannung 45
7.6.5 Die kognitive Leistung 46
7.6.6 Realistisches Denken 48
7.6.7 Emotionale Symptome 49

8 Prävention 51

8.1 Allgemein 51

8.2 Prävention für Kinder bei depressiven Eltern 51

8.3 Prävention schulorientiert 52

8.3.1 Fördernde und schülerzentrierte Pädagogik 52
8.3.2 Rücksichtnahme auf Verhaltensweisen 53
8.3.3 Training der sozialen Fertigkeit 54
8.3.4 Lebenskompetenzprogramme 54

9 Zusammenfassung, Resümee und Ausblick 58

10 Literaturverzeichnis 69

11 Abbildungsverzeichnis 72

12 Tabellenverzeichnis 73

1 Einleitung

Bei Betroffenen der Krankheit Depression handelt es sich um Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die besonders stark in ihrer Gefühls- und Stimmungswelt beeinträchtigt sind. Es kommt zu Antriebs- und Interessensverlust, das Denken ist verändert und folglich kommt es zu vermehrten Selbstzweifeln, Selbstvorwürfen und Selbstbeschuldigungen. Kinder und Jugendlichen ziehen sich oft zurück, sind passiv und gereizt. Eingeschränkt sind Konzentration und Entscheidungsfindung und oftmals treten auch körperliche Probleme wie Appetit- und Schlafstörungen oder Bauch- und Kopfschmerzen auf. Dabei kann sich gerade bei Kindern das Bild der Depression im Einzelnen ganz verschieden äußern. Depressivität ist oft auch Bestandteil, Begleiterscheinung oder Folge vieler weiterer psychischer Störungen, wie sozialen Ängsten, somatoformen Störungen oder ausgeprägt oppositionell-aggressivem Verhalten.

Die Kernsymptome depressiver Kinder und Jugendlicher sind oftmals dieselben wie jene von Erwachsenen. Einige Merkmale variieren jedoch auch nach Alter. Bei Kindern sind beispielsweise sehr häufig die Symptome: Reizbarkeit, körperliche Beschwerden und sozialer Rückzug zu finden. (Groen & Petermann, 2015, S. 8)

Die Depression umfasst dabei alle Lebensbereiche und somit auch den schulischen Alltag. Betroffen sind vor allem die schulische und kognitive Leistung sowie die Motivation. Eine weitere wichtige Rolle spielen Emotionen und das soziale Verhalten der betroffenen Kinder. Somit sind nicht nur die depressiven Kinder selbst, sondern auch die Klassengemeinschaft und Bezugspersonen in das Thema eingebunden. (Castello & Brodersen, 2020, S. 26)

In der vorliegenden Arbeit wird die Krankheit Depression erläutert und auf mögliche Ursachen und Risikofaktoren eingegangen. Dabei stehen Kinder und Jugendliche im Fokus. Darauf aufbauend werden Kriterien zur Diagnosestellung beschrieben und Behandlungsmöglichkeiten vorgestellt. Anschließend ist der Bezug zur Forschung nachzulesen.
Im zweiten Teil dieser Arbeit wird die Schule in den Fokus gerückt, um die Auswirkungen einer Depression bei Kindern im Unterrichtsalltag zu klären und die

Fragen zum Umgang, zur Unterstützung und zur Prävention bestmöglich zu beantworten

Das letzte Kapitel bildet eine Zusammenfassung, ein Resümee und einen Ausblick, der unter anderem Gedanken für die Zukunft zur Unterstützung und Förderung von Kindern mit depressiven Störungen anführt.

2 Begriffserklärung Depression

Der Begriff „Depression" wird abgeleitet vom lateinischen Wort „deprimere", was „niederdrücken" bedeutet. Im medizinischen Kontext bezeichnet Depression eine ernsthafte psychische Erkrankung, die das Denken, Fühlen und Handeln der Betroffenen tiefgreifend beeinflusst. Typische Symptome sind anhaltende Niedergeschlagenheit, Interessenverlust, Antriebslosigkeit sowie körperliche Beschwerden wie Schlafstörungen oder Appetitverlust. Diese Symptome müssen über mindestens zwei Wochen bestehen, damit es zur Diagnose „Depression“ kommt. (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2023)

Die Ursachen einer Depression können multifaktoriell sein und umfassen biologische, psychologische und soziale Faktoren. Stress, traumatische Lebensereignisse oder genetische Veranlagungen spielen oft eine Rolle. (Pschyrembel, 2020, S. 478)

Sehr wichtig ist es, Depressionen von vorübergehenden Stimmungstiefs zu unterscheiden. Während eine kurzfristige Niedergeschlagenheit oft eine normale Reaktion auf belastende Ereignisse im Leben ist, handelt es sich bei einer Depression um einen länger andauernden Zustand, der professionelle Behandlung erfordert. Unbehandelt kann eine Depression zu erheblichen Beeinträchtigungen im Alltag führen und das Risiko für Suizid stark erhöhen. (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2023)

Die Behandlung von Depressionen umfasst oftmals eine Kombination aus Psychotherapie und medikamentöser Therapie. Zu den psychotherapeutischen Ansätzen zählen die kognitive Verhaltenstherapie und die tiefenpsychologisch

fundierte Psychotherapie. Medikamente wie Antidepressiva können helfen, die Symptome zu lindern und das Gleichgewicht der Neurotransmitter im Gehirn wiederherzustellen. Es ist entscheidend, so früh wie möglich Hilfe zu suchen, wenn Anzeichen einer Depression auftreten. Eine rechtzeitige Behandlung kann die Prognose deutlich verbessern. (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2023)

In den folgenden zwei Kapiteln werden die allgemeinen Symptome, Ursachen und Risikofaktoren für Depressivität beschrieben.

2.1 Symptomatik Allgemein

Die klinische Symptomatik depressiver Patienten ist vielfältig und umfasst psychische, körperliche und soziale Aspekte. Typisch sind eine gedrückte Stimmung, Niedergeschlagenheit, emotionales Erstarren sowie die sogenannten „…losigkeits-Symptome“ wie Freudlosigkeit, Energielosigkeit und Apathie. Diese können von innerer Unruhe begleitet sein. Kognitive Symptome wie Konzentrationsstörungen, Grübeln und Entscheidungsunfähigkeit sowie ein negatives Selbstbild und Pessimismus sind ebenfalls charakteristisch. Körperliche Beschwerden wie Schlafstörungen, Appetitverlust, diffuse Schmerzen und vegetative Funktionsstörungen treten häufig auf. Depressive Patienten zeigen oft einen zurückgezogenen oder klammernden Umgang mit anderen, verbunden mit Schuldgefühlen oder überzogenen Selbstvorwürfen. In schweren Fällen können wahnhafte Überzeugungen hinzukommen. Die Symptomatik wird in der Psychotherapie häufig als Anklage wahrgenommen, wobei depressive Episoden im therapeutischen Prozess auch Ausdruck emotionaler Veränderung sein können. (Will et al., 2008, S. 55–57)

Die Symptomatik von depressiven Kindern wird im Kapitel „Depressionen im Kinder- und Jugendalter“ genauer beschrieben.

2.2 Ursachen und Risikofaktoren

Es gibt unterschiedliche Faktoren, welche meist im Zusammenspiel zu einer Depression führen. Diese werden in folgende Kategorien eingeteilt: psychologisch, biologisch und sozial.

Die kognitive Theorie von Beck zählt zum psychologischen Modell. Hierbei handelt es sich um negatives Denken. Beck besagt, dass depressive Personen die Welt, ihre Zukunft und sich selbst sehr negativ wahrnehmen. Dadurch werden negative kognitive Schemata entwickelt. Verzerrte Gedanken festigen sich. Als Beispiel werden positive Erlebnisse kaum mehr wahrgenommen und von den negativen Erlebnissen stark überschattet. (Essau, Depressionen, 2007, S. 104–106)

Zu dem psychologischen Modell zählt außerdem das Konzept der Hilflosigkeit. Personen können einen Hang zur Depression entwickeln, wenn sie vermehrt das Gefühl haben, keine Kontrolle über ihre Umwelt zu haben. Dieser gefühlte Kontrollverlust führt wiederum zu Hoffnungslosigkeit, welche sich folglich zur Machtlosigkeit und einer verminderten Motivation entwickelt. (Essau, Depressionen, 2007, S. 106–108)

Zu den biologischen Risikofaktoren gehören genetische Einflüsse. Dadurch kann eine familiäre Häufung von Depressionen aufgezeigt werden.

Ebenfalls können neurobiologische Prozesse, zum Beispiel die Fehlregulation des Hormonhaushalts, eine Ursache für die Entwicklung einer Depression sein. (Essau, Depressionen, 2007, S. 121–123)

Soziale und umweltbedingte Faktoren sind ebenfalls entscheidend. Schwierige Schicksalsschläge im Leben, wie der Verlust einer engen Bezugsperson, familiäre Konflikte oder soziale Isolation, erhöhen das Risiko einer Depression. Besonders während der Pubertät können diese Faktoren durch die psychische und soziale Reifung verstärkt werden. Dabei können innerfamiliäre Aspekte eine große Rolle spielen. Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Beziehung können das Risiko verstärken. Keine sichere Bindung und fehlende Unterstützung in der Familie können langfristig das Selbstbild und die Resilienz von Kindern und Jugendlichen stark beeinträchtigen (Essau, Depressionen, 2007, S. 118–119, 123).

Angst im Kindesalter gilt als weiterer Risikofaktor und Prädiktor für einen Hang zur Depression im zunehmendem Alter. In einer umfassenden Übersicht über Ängste und Depressionen bei Kindern und Jugendlichen zeigt Dippel und Asbrand (2023), dass beide Störungen häufig Hand in Hand auftreten und sich gegenseitig

verstärken können. In dieser Studie wird ein besonderes Augenmerk auf die äußeren Einflüsse der heutigen globalen Welt, die Gesellschaft und ihre Krisen gelegt. In früheren Studien wurde dies bisher vernachlässigt. Jedoch wirken sich diese Einflüsse direkt oft negativ auf Kinder und Jugendliche aus. Zum Beispiel die Corona-Krise, wodurch die Kinder keine Schule mehr besuchen konnten. Soziale Beziehungen haben sehr darunter gelitten. Die externen Einflüsse können aber auch indirekt auf Kinder einwirken. Bereits Kinder werden durch Berichterstattungen, wie beispielsweise den Krieg in der Ukraine oder schwere Naturkatastrophen aufgrund des Klimawandels belastet. (Dippel & Asbrand, 2023)

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass sich Depressivität durch eine Vielzahl von Symptomen äußert, die das emotionale und soziale Wohlbefinden beeinträchtigen. Die Ursachen sind vielschichtig und umfassen psychologische, biologische und soziale Faktoren. Besonders bei jungen Menschen können äußere Umstände wie globale Krisen und familiäre Probleme das Risiko für Depressionen erhöhen.

Darauf aufbauend wird im nächsten Kapitel zuerst der Begriff Depression nach ICD-10 definiert und anschließend speziell auf Kinder und Jugendliche eingegangen.

3 Klassifikation

3.1 ICD-10

Das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte Klassifikationssystem zur internationalen Klassifikation der Krankheiten, genannt ICD-10, ist weltweit anerkannt. Dieses System codiert systematisch Krankheiten, Verletzungen und andere Gesundheitszustände. Dadurch ist eine einheitliche Verständigung zwischen Gesundheitseinrichtungen, der Forschung und der politischen Ebene möglich. ICD-10 ist in Kapiteln sortiert. Diese Kapitel beschreiben die Krankheiten detailliert und klassifizieren diese. Außerdem enthalten sind Codierungen für Diagnose und Therapie. Durch die ICD-10 wird ein internationaler Vergleich und eine Dokumentation von Gesundheitsdaten in

digitaler Form ermöglicht. Dies spielt heute eine wichtige Rolle. (World Health Organization, o. D.)

3.2 Definition Depressionen nach ICD-10

Die Codes F32, F33 und F31.1 klassifizieren depressive Störungen in der ICD-10. Diese werden durch anhaltende depressive Stimmung oder vermindertes Interesse an Aktivitäten beschrieben. Zur Dauer zählt den größten Teil des Tages, fast jeden Tag über mindestens zwei Wochen. Weitere kognitive, verhaltensbezogene oder neurovegetative Symptome beeinträchtigen die Funktionsfähigkeit außerordentlich. (World Health Organization, o. D.) Zu beachten ist, dass keine Diagnose zu stellen ist, wenn zuvor eine manische, gemischte oder hypomanische Episode vorgekommen ist. Dies würde auf eine bipolare Störung hinweisen.

3.2.1 Die unterschiedlichen Kategorien einer depressiven Störung nach ICD-10

1. **Depressive Episode (F32)**

Eine depressive Phase oder vermindertes Interesse über mindestens zwei Wochen. Außerdem begleitet von schwere Konzentrationsschwierigkeiten, Hoffnungs-/Wertlosigkeit, Appetitveränderung, Schlafveränderungen/-probleme und weniger Energie. (World Health Organization, o. D.)

Man unterscheidet die depressive Episode zwischen:

- Leicht (F32.0)
- Mittelgradig depressive Episode (F32.1)
- Schwer ohne psychotische Symptome (F32.2)
- Schwer mit psychotischen Symptomen (F32.3)
- Nicht spezifiziert (F32.9)

2. **Rezidivierende depressive Störung (F33.0)**

Die depressive Episode wechselt sich wiederholt mit symptomfreien Zeitspannen ab. Die Schweregrade klassifiziert man entsprechend der einzelnen depressiven Episode. (World Health Organization, o.D.)

3. **Dysthyme Störung (F34.1)**

Eine chronische depressive Verstimmung hält über mindestens zwei Jahre an. Die Symptome sind allerdings weniger schwerwiegend als bei einer Depressiven Episode. (World Health Organization, o.D.)

4. **Gemischte Depressive- und Angststörung (F41.2)**

Symptome einer depressiven Störung und einer Angststörung sind gleichzeitig vorhanden. Keine Störung überwiegt. (World Health Organization, o.D.)

3.3 Definition kindlicher Depressionen nach ICD-10

Im ICD-10 Programm können kindliche Depressionen zusätzlich im Kapitel "Emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F93)" oder "Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98)"angeführt werden.

1. **Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.1)**

Übermäßige Angst vor der Trennung von Bezugspersonen, die nicht dem Entwicklungsstand entspricht, verursacht depressiven Symptomen beispielsweise Trauer, Rückzug und Probleme mit dem Schlafverhalten (World Health Organization, o.D.)

2. **Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2)**

Übermäßige Angst in sozialen Situationen, insbesondere mit Gleichaltrigen, führt oft zu Vermeidung dieser Situationen, Selbstzweifel und Isolation. Außerdem Furcht vor Kritik und Ablehnung. Folglich besteht die Gefahr von depressiven Symptomen. (World Health Organization, o.D.)

3. **Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters (F93.8)**

Emotionale Störungen, die nicht eindeutig als Trennungsangst oder soziale Ängstlichkeit klassifizierbar sind, aber depressive Symptome beinhalten. Kinder können anhaltend traurig, reizbar oder motivationslos sein. (World Health Organization, o.D.)

4. **Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98.8)**

Verschiedene emotionale und Verhaltensauffälligkeiten, die für das Kindesalter typisch sind, aber nicht klar einer anderen Diagnose zugeordnet werden können. Depressionen im Kindesalter können hier eingeordnet werden, wenn eher

körperliche Beschwerden (z. B. Bauchschmerzen, Kopfschmerzen) oder Verhaltensproblemen als Symptome vorherrschen. (World Health Organization, o.D.)

4 Depressionen im Kinder- und Jugendalter

In den folgenden Kapiteln wird auf die Symptome und den Verlauf einer depressiven Störung im Kindesalter eingegangen.

4.1 Frühe depressive Störungen

Frühe depressive Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern wurden bereits von Rene Spitz in den 1940er-Jahren erforscht. Dieser untersuchte die Folgen von mangelnder Fürsorge und Vernachlässigung bei Heimkindern. Er beschrieb die „anaklitischen Depressionen". Diese entstehen durch den Verlust der Mutter oder mangelnde emotionale Zuwendung. Betroffene Säuglinge zeigten anhaltendes Weinen, Apathie, Appetit- und Schlafstörungen sowie soziale Rückzugsreaktionen. Ohne diese emotionale Anregung kam es zu einer starken Verzögerung der Entwicklung. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 139–140) Im Allgemeinen ist die Diagnose einer Depression im frühen Kindesalter jedoch viel komplexer als bei Erwachsenen, da die Symptome oft nur sehr verborgen auf eine depressive Störung hinweisen. Deshalb wird diese oftmals nicht oder erst spät erkannt. (Herrmann, Seeber, Just & Böttcher, 2013, S. 44)

Als Hauptursachen für frühere Depressionen gelten somit die fehlende Bindung zur Bezugsperson, Vernachlässigung und psychische Störungen der Eltern. Bei Kleinkindern manifestieren sich depressive Symptome oft psychosomatisch, z. B. durch Appetitlosigkeit, Schlafstörungen oder häufige Infekte. Kinder im Vorschulalter weisen zudem Reizbarkeit, Aggression, soziales Rückzugsverhalten sowie Trennungsangst auf. Geläufig sind auch Schlafstörungen, Kopf- und Bauchschmerzen und Antriebslosigkeit. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 140–141) Kindern im Kindergarten fällt es sehr schwer, sich am Morgen von der häuslichen Bezugsperson zu trennen. Ebenfalls manifestieren sich die Gedanken „Keiner möchte mit mir spielen“ oder ähnliche. Dies führt wiederum, wie vorher

beschrieben, zu Rückzug und negativen Verstimmungen. Dabei kommt es zu mangelndem Selbstwert. Kinder in diesem Alter mit depressiven Verstimmungen sind außerdem sehr ängstlich. Oft fallen sie in der Entwicklung zurück. Verhaltensweisen wie Daumenlutschen oder ins Bett nässen treten wieder auf, welche keineswegs altersgemäß sind. (Herrmann, Seeber, Just & Böttcher, 2013, S. 44–45) Außerdem treten Depressionen häufig mit anderen Störungen wie ADHS (35 %), oppositionellem Verhalten (51 %) oder Angststörungen (13 %) zusammen auf. Vorschulkinder können auch schon suizidale Gedanken entwickeln und sich in gefährliche Situationen begeben. Die Autoren nennen hier Beispiele wie in Absicht auf das Fensterbrett steigen und sich hinausbeugen, vor die Straßenbahn rennen und/oder nicht weichen oder gefährliche Flüssigkeiten im Haushalt trinken. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 42)

4.2 Depressive Störungen im Volksschulalter

Je älter ein Kind wird, desto mehr verdeutlichen sich die depressiven Symptome. Niedergeschlagenheit, Angst und Trauer ziehen sich weiter fort. Kinder in Grundstufe eins weisen verstärkt typische körperliche Symptome auf, wie Bauchschmerzen, Übelkeit, Kopfschmerzen, Einschlaf- und Schlafstörungen und Bettnässen. Zu dem kommt es in der Schule oft zu Ausgrenzungen im sozialen Umfeld. Durch den Schulalltag machen sich auch Symptome wie mangelnde Konzentration und Motivation bemerkbar. Aktivitäten, welche in diesem Alter Freude machen, werden gemieden. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 42–43)

Mit zunehmendem Alter nehmen auch die psychischen Symptome zu. Kinder können immer mehr über die eigene Person nachdenken. Es kommt zu deplatzierten Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen. Die sonst so typische Lust und Freude am Lernen verschwinden und es kommt zum Lernversagen. Dieses Versagen wird auf die eigene Person zurückgeführt, die Schuldgefühle verstärken sich und Aggression, auch gegen die eigene Person, nimmt zu. Als Beispiele gelten Gewalt gegen sich selbst (Kopf gegen eine Wand schlagen) oder Sachgewalt (Zerreißen von Schulheften u. Ä.). Außerdem gilt verminderter Kontakt zu Gleichaltrigen und keine Freude und somit keine Ausübung von altersgemäßen Aktivitäten. Streit kommt häufig vor. In sozialen Kreisen stufen sich diese Kinder

ganz unten ein und die eigene Person wird auch als sehr schwach kompetent eingeschätzt. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 43) Folgen sind Verhaltensschwierigkeiten im Unterricht und dadurch Kontakt mit Arzt oder Ärztin, Psychologe oder Psychologin.

Wie auch Hermann im Buch beschreibt, sind Depressionen in der Volksschule bereits eindeutiger aus dem Verhalten der Kinder zu erschließen. In den meisten Fällen sind solche Schülerinnen und Schüler sehr still und geben bei Fragen knappe Antworten. Die Sitzhaltung ist in sich gesunken und die Kinder wirken gedankenverloren. Sportunterricht wird oft gemieden, körperliche Symptome, wie in vorherigen Absätzen aufgelistet, sind die Ausreden. Schülerinnen und Schüler können Aufgaben nicht mehr lösen, welche im gesunden Zustand kein Problem waren. Kinder können auch ihre suizidalen Gedanken in den Unterricht einbringen, in Form von Texten oder Zeichnungen. (Herrmann, Seeber, Just & Böttcher, 2013, S. 51)

Ebenfalls kann auf eine depressive Störung hingewiesen werden wenn, Kinder einen auffälligen Bewegungsdrang, viel Energie oder immer stark im Mittelpunkt stehen. Dadurch wird die eigentlich depressive Verstimmung nicht sichtbar. Eltern und Lehrpersonen erkennen die Krankheit nicht und den Kindern wird ein gestörtes Verhalten zugeschrieben. Es muss hinzugefügt werden, dass auch ein Drittel der Kinder mit Depressionen eine psychische Störung aufweist. Es kann ein Zusammenhang zwischen Depression und Hyperaktivität nachgewiesen werden. Ein weiterer Punkt ist die Essstörung. Kinder mit Hang zu depressiven Verstimmungen leiden oft unter einem dauernden Drang zum Essen oder essen wiederum fast gar nichts. Ab einem Alter von ca. 8 Jahren wird das depressive Denken stärker. Negative Gedanken und Schuldgefühle nehmen zu. Damit verbunden auch die suizidalen Gedanken. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 43–44)

4.3 Depressive Störungen in der Jugend

Mit dem Eintritt in die Jugend erfolgt eine starke Veränderung der Symptome. Die negative Sichtweise auf sich selbst, die eigene Zukunft und das Umfeld verhärtet

sich extrem. Hinzu kommt verstärktes suizidales Handeln. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 44)

Ein wesentlicher Unterschied zum Kindesalter zeigt sich durch starkes Auftreten von dysfunktionalen Denkmustern. Dazu zählen auch eine falsche Realitätswahrnehmung und irrationales Denken. Durch die körperlichen Veränderungen in der Pubertät kommt auch entsprechend viel Selbstaufmerksamkeit und ein negativer Blick auf den eigenen Körper. Wie auch in der Kindheit sind depressive Jugendliche stark emotional abhängig und äußerst sozial gehemmt. Diese Defizite werden mit Missbrauch von Substanzen und/oder Alkohol und Nikotin versucht auszugleichen. Das Suizidrisiko steigt linear an. Ein weiterer Punkt ist sexuelle Gewalt oder Missbrauch, welcher zu depressiven Störungen führen kann. Öfter betroffen sind hierbei junge Frauen. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 45)

Mit zunehmendem Alter ähneln die Symptome depressiver Jugendlicher immer mehr denen Erwachsener. Jedoch sind einige Anzeichen wie sozialer Rückzug, Stimmungsschwankungen und Selbstzweifel schwer von normalen Entwicklungsprozessen zu unterscheiden. Hierbei muss auf die Intensität und Dauer der Symptome geachtet werden. Viele Betroffene haben außerdem bereits früh psychische Probleme erlebt, darunter familiäre Konflikte oder Schulprobleme. Professionelle Hilfe wird jedoch selten und oft erst zu spät gesucht. Die Situation ist dann meist schon so kritisch, dass die jungen Erwachsenen ihren Alltag und allen voran ihre schulischen Verpflichtungen nicht mehr bewältigen können. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 46)

In Tabelle 1 wird die Entwicklung von depressiven Symptomen im noch einmal zusammengefasst.

Im Kleinkindalter (1-3 Jahre)
• Wirkt traurig • Ausdrucksarmes Gesicht • Erhöhte Irritabilität • Gestörtes Essverhalten • Schlafstörungen • Selbststimulierendes Verhalten: Jactatio • Capitis, exzessives Daumenlutschen • Genitale Manipulationen • Auffälliges Spielverhalten: reduzierte Kreativität und Ausdauer • Spielunlust • Mangelnde Phantasie
Im Vorschulalter (3-6 Jahre)
• Trauriger Gesichtsausdruck • Verminderte Gestik und Mimik • Leicht irritierbar und äußerst stimmungslabil • Mangelnde Fähigkeit, sich zu freuen • Introvertiertes Verhalten, aber auch aggressives Verhalten • Vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten • Essstörungen bis zu Gewichtsverlust/-zunahme • Schlafstörungen: Alpträume, Ein- und Durchschlafstörungen
Bei Schulkindern
• Verbale Berichte über Traurigkeit • Suizidale Gedanken • Befürchtungen, dass Eltern nicht genügend Beachtung schenken • Schulleistungsstörungen
Im Pubertäts- und Jugendalter
• Vermindertes Selbstvertrauen • Apathie, Angst, Konzentrationsmangel • Leistungsstörungen • Zirkadiane Schwankungen des Befindens • Psychosomatische Störungen • Kriterien der depressiven Episode

Tabelle 1: Symptomatik vom Kleinkind- bis Jugendalter (Quelle: Groen & Petermann, 2011, S. 30)

4.4 Diagnose

Viele Kinder und Jugendliche leiden an depressiven Störungen, die oft unentdeckt bleiben. Eine Depression besteht oft aus einer Kombination verschiedener Symptome, von denen viele nicht direkt vernehmbar sind. Es handelt sich um eine „internale Störung". Dies bedeutet, dass die Symptome oft nur aus dem Verhalten

erschlossen werden können. Das Umfeld erkennt depressive Störungen bei Personen oft erst bei stark ausgeprägten Symptomen. Dann ist die Depression oftmals schon chronisch, während zuvor möglicherweise einzelne depressive Episoden aufgetreten sind. Die Diagnose depressiver Störungen erfolgt international nach einheitlichen Kriterien, vor allem anhand der Klassifikationen ICD-10 der WHO. Die Einteilung erfolgt nach Schweregrad in leichte, mittelschwere und schwere depressive Episoden, chronische Formen wie die dysthyme Störung sowie in unterschiedlichen Emotions- und Angststörungen. Besonders schwere Episoden beeinträchtigen den Alltag erheblich und bergen ein hohes Suizidrisiko. Für klinische Untersuchungen werden die Art, Intensität und Dauer der Symptome untersucht und darauffolgend eine Diagnose gestellt. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 53–55)

4.4.1 Die bedeutendsten Störungsbilder von Kindern und Jugendlichen

Die folgenden Kapitel geben einen Einblick in die am häufigsten diagnostizierten Störungen vom Kleinkind bis ins junge Erwachsenenalter.

Depressive Störungen werden in „unipolare Störungen“ (z. B. Major Depression, Dysthymie) und „bipolare Störungen“ (manisch-depressive Störungen) unterteilt. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 55) Die „bipolaren Störungen“ werden „zweiseitige Störungen“ genannt. Hierbei handelt es sich um wechselnde depressive und manische Abschnitte. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 58) Bei Kindern und Jugendlichen können spezifische Symptome wie körperliche Beschwerden, sozialer Rückzug oder Reizbarkeit stärker ausgeprägt sein. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 55)

4.4.1.1 Major Depression

Die Major Depression ist durch eine anhaltende depressive Verstimmung bei Kindern und Jugendlichen erkennbar. Personen mit dieser Störung sind fast durchgehend gereizt. Weitere Symptome sind Interessenverlust, Appetit- und Gewichtsveränderungen, Schlafstörungen, Energieverlust, psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung, Wertlosigkeits- oder Schuldgefühle, Konzentrationsprobleme sowie Suizidgedanken oder -versuche. Diese Depression

besteht typischerweise aus einem einzelnen Abschnitt. Dieser kann sich jedoch auch wiederholen. Je schwerer die depressive Störung, desto höher die Suizidgefahr, oft auch in Begleitung von Halluzinationen und Wahnvorstellungen. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 56)

Die Major Depression beginnt zumeist in der späten Kindheit. (Groen & Petermann, 2011, S. 58) In vielen Fällen bleibt eine Behandlung der betroffenen Kinder und Jugendlichen aus. Somit wird die Krankheit chronisch. Vor der Pubertät tritt die Störung oft in Kombination mit Angststörungen, ADHS oder Verhaltensstörungen auf. In der Jugend missbrauchen Betroffene vermehrt verbotene Substanzen und leiden häufig zusätzlich unter Essstörungen. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 57)

4.4.1.2 Dysthyme Störung

Die dysthyme Störung ist eine leichtere, aber chronische Form der Depression, die oft bereits in der Kindheit, Jugend oder im frühen Erwachsenenalter schleichend beginnt. Die Symptome müssen mindestens ein Jahr anhalten, um diagnostiziert zu werden. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 57) Als klassische Merkmale gelten: Depressive oder reizbare Verstimmungen, Ess- und Schlafstörungen (zu wenig oder zu viel), Energiemangel, Erschöpfung, geringes Selbstwertgefühl, Konzentrationsprobleme, Entscheidungserschwernis sowie das Gefühl der Hoffnungslosigkeit. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 58)

Im Kindesalter spiegeln sich diese Symptome oft sehr stark wider. Reizbarkeit, schlechte Laune und Pessimismus sind an der Tagesordnung. Besonders belastend sind auch das geringe Selbstwertgefühl, Schwierigkeiten mit sozialen Kontakten und die schulischen Probleme. Körperliche Beschwerden sind seltener als bei einer Major Depression, jedoch kann sich aus der Dysthymie eine Major Depression entwickeln. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 57–58)

4.4.1.3 Manisch-depressive Störungen (bipolare Störungen)

Bipolare Störungen sind durch den Wechsel zwischen manischen, hypomanischen und depressiven Abschnitten gekennzeichnet. Die depressiven Episoden zeichnen sich klassisch durch Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit aus. Das

Gegenteil sind dann die manischen Episoden mit extremer Euphorie, gesteigerter Aktivität und reduzierten Hemmungen. Von manischen Symptomen spricht man bei: Gehobener oder reizbarer Stimmung, übersteigertem Selbstwertgefühl und Größenideen, vermindertem Schlafbedürfnis, Rededrang, rasenden Gedanken und extremer Ablenkbarkeit, gesteigerter Betriebsamkeit oder Unruhe, exzessiver Beschäftigung mit risikoreichen Aktivitäten (zum Beispiel riskantes Autofahren, impulsive Geldausgaben, sexuell betontes Verhalten). (Nevermann & Reicher, 2023, S. 59)

Die überhöhte Selbstwahrnehmung äußert sich zum Beispiel darin, dass die Kinder Lehrpersonen kritisieren oder unrealistische Berufsvorstellungen haben. Die Gedanken rasen, was zu sprunghaften Gesprächen führt. Betroffene Personen handeln oft impulsiv und risikobereit, ignorieren soziale Normen und geraten dadurch häufiger in Schwierigkeiten. Regeln werden verstoßen oder ignoriert, es kommt zum Schwänzen der Schule und bei Jugendlichen zum Drogenmissbrauch. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 60)

Bipolare Störungen treten meist erst im Jugendalter auf und werden oft fälschlicherweise als Verhaltensstörung oder ADHS diagnostiziert. Kinder mit familiärer Vorbelastung haben ein höheres Risiko, eine bipolare Störung zu entwickeln. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 61)

4.4.1.4 Ängste

Kinder im Alter von 0 bis 10 Jahren erleben Ängste als natürlichen Bestandteil ihrer emotionalen Entwicklung. Diese dienen dazu, Gefahren vorauszusehen und sich sozial anzupassen. Besonders häufig treten Trennungs- und Verlustängste, Schuldgefühle sowie Angst vor Liebesentzug oder Kränkungen auf. Während einige Kinder ausgeprägte oder unbegründete Ängste zeigen, sind andere von spezifischen Angststörungen betroffen. Trennungsangst äußert sich oft in Sorgen um nahestehende Personen und kann mit depressiven Symptomen einhergehen. Phobien führen zu starken und anhaltenden Angstreaktionen auf bestimmte Objekte oder Situationen, die häufig Vermeidungsverhalten auslösen. Bei Vorschulkindern sind Ängste vor Fremden, Dunkelheit oder Tieren besonders verbreitet, während Kinder in der Volksschule zunehmend Angst um ihre eigene

Sicherheit oder vor ihrer natürlichen Umgebung entwickeln. Soziale Phobien, die sich auf das Miteinander und einhergehende Bewertungen etc. von außen beziehungsweise von anderen beziehen, treten verstärkt im Schulalter auf. Die generalisierte Angststörung (GAS) zeigt sich durch anhaltende Sorgen und starkes Klammern an Bezugspersonen. Die Häufigkeit von Trennungsängsten wird auf bis zu 4 % geschätzt, Phobien betreffen zwischen 2,4 % und 5,8 % der Kinder. (Heinemann & Hopf, 2015, S. 129–130)

Tritt eine Schulphobie auf, führt dies meist auf eine markante Trennungsangst von Mutter oder Vater zurück. Das betroffene Kind fürchtet, dass während dem Schulbesuch ihm selbst oder der Bezugsperson etwas passieren könnte und somit verweigert es. Man spricht von einer symbiotischen Bindung. (Heinemann & Hopf, 2015, S. 129–134)

Selektiver Mutismus ist eine Angststörung, die vor allem bei Kindern auftritt. Betroffene Kinder sind grundsätzlich in der Lage zu sprechen, tun dies jedoch nur in bestimmten Situationen oder gegenüber bestimmten Personen. Während sie zu Hause oder in vertrauten Umgebungen normal kommunizieren, bleiben sie in anderen Kontexten, wie in der Schule, konsequent stumm. Dieses Verhalten ist nicht bewusst gesteuert oder trotzig, sondern wird durch starke Angst oder innere Blockaden ausgelöst. Die Störung beginnt meist im frühen Kindesalter, häufig zwischen dem dritten und fünften Lebensjahr. Selektiver Mutismus tritt oft in Verbindung mit sozialer Angst auf, da betroffene Kinder häufig sehr schüchtern und zurückhaltend sind. (Bundesverband Mutismus e. V., o. D.).

In einer Studie von Dippel und Asbrand (2023) wird hervorgehoben, dass Angststörungen und depressive Symptome häufig eng miteinander verknüpft sind. Kinder, die unter Angstzuständen leiden, weisen oft auch Anzeichen klinischer Depressivität auf. Diese gemeinsamen Merkmale sind sowohl emotionale als auch kognitive Symptome. Beispiele sind ständige Sorgen und negative Gedanken über sich selbst oder das Umfeld. Beide Störungsbilder können unterschiedliche Auslöser haben, oft werden diese aber gegenseitig verstärkt. Dadurch wird eine Behandlung und Diagnose erschwert. Wenn das Umfeld zusätzlich mit äußeren

Stressfaktoren belastet ist, zum Beispiel schulisch oder sozial, können die Symptome noch äußerst verstärkt werden. (Dippel & Asbrand, 2023)

Zusammenfassend ist hervorzuheben, dass viele Kinder und Jugendliche oft unter unerkannten depressiven Störungen leiden, da sie sich als „internale Störungen“ hauptsächlich durch Verhaltensänderungen äußern. Die häufigsten Formen sind die Major Depression, die dysthyme und bipolare Störungen, wobei vor allem Symptome wie Reizbarkeit, Interessenverlust und Schlafprobleme auftreten und besonders schwere Fälle im Jugendalter mit einem erhöhten Suizidrisiko einhergehen. Angststörungen überschneiden sich häufig im Kindesalter mit Depressionen, wie beispielsweise Trennungsängsten und Phobien. Dies spiegelt sich auch verstärkt im Schulalltag wider, wie im Laufe dieser Zeit noch verdeutlicht wird.

5 Behandlung

Bei einer diagnostizierten Depression ist eine rasche Behandlung essenziell. Dabei gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, welche in den nachstehenden Absätzen erläutert werden.

5.1 Psychotherapie

Hierbei hat man unterschiedliche Methodenmöglichkeiten. Im frühen Alter hilft oftmals eine Spieltherapie. Dabei stellen betroffene Kinder mit unterschiedlichen Materialien ihre Konflikte dar und lösen diese im Spiel. Darüber hinaus sehr erfolgreich zeigt sich die Verhaltenstherapie. Dabei entwickeln Kinder spezielle, hilfreiche soziale Fertigkeiten. Weiters bekommen Kinder mit einer kognitiven Therapie Methoden an die Hand, um Probleme besser lösen zu können. Außerdem werden positive Denkmuster gestärkt. (Herrmann, Seeber, Just & Böttcher, 2013, S. 55) Heutzutage gilt der Ansatz der kognitiven Verhaltenstherapie als am besten erforscht und am weitesten entwickelt. (Groen & Petermann, 2011, S. 148) Die Beteiligung von Familie oder Bezugspersonen gilt heute als unerlässlich und selbstverständlich bei einer Behandlung von betroffenen Kindern. (Groen & Petermann, 2011, S. 158) Vereinfacht werden einige Punkte der kognitiven Verhaltenstherapie in Tabelle 2 dargestellt.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen		
Behandlungsansatz	**Ziele**	**Therapieelemente**
• Kognitives Umstrukturieren	Ungünstige Denkschemata verändern	Gedankenprotokolle, gelenktes Fragen, Hausaufgaben
• Selbstkontroll-therapie	Selbstbewertung und -verstärkung verbessern	Selbstbeobachtung, -bewertung und -belohnung
• Aktivitätspläne	Stimmungsaufhellende Aktivitäten steigern	Systematische Aufzeichnung von Aktivitäten
• Training sozialer Fertigkeiten	Soziale Geschicklich-keit verbessern	Modellernen, Rollen-spiele, Rückmeldungen
• Entspannungs-training	Spannung und Angst reduzieren	Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training

Tabelle 2: Mögliche vereinfachte Interventionen der Kognitiven-Verhaltenstherapie (Quelle: Nevermann, C. & Reicher, H., 2020, S.213)

5.2 Behandlung mit Medikamenten

Liegt als Grund für die depressiven Verstimmungen ein Mangel an Neurotransmittern im Gehirn vor, muss ein Kind medikamentös eingestellt werden. Als Arzneimittel gelten sowohl Antidepressiva als auch pflanzenbasierte Mittel wie Johanniskraut. Kombiniert werden sollten die Medikamente unbedingt mit einer Therapie, einschließlich der Einbeziehung von Bezugspersonen wie Eltern und Lehrpersonen. (Herrmann, Seeber, Just & Böttcher, 2013, S. 55) Medikamente helfen in schwerwiegenden Fällen, Symptome der depressiven Störung zu reduzieren und somit auch oftmals eine Therapie überhaupt zu ermöglichen. Jedoch können Medikamente auch Nebenwirkungen aufweisen, wie zum Beispiel Abhängigkeit. (Groen & Petermann, 2011, S. 174)

5.3 Familiäre Therapie

Dabei kommt es zur Therapie mit der ganzen Familie, da Symptome einer Depression oft auf familiäre Probleme zurückzuführen sind. Am häufigsten gelten hierbei die Punkte schlechte Interaktion und Kommunikation in der Familie, keine positive Bindung, zu wenig soziale Unterstützung sowie emotionales Vertrauen und Geborgenheit. (Groen & Petermann, 2011, S. 158) Innerhalb dieser Therapie kommt es zu keinen Schuldzuweisungen, vielmehr werden ungünstige Situationen, Kommunikationsprobleme etc. versucht aufzudecken, zu klären und zu präventieren. (Herrmann, Seeber, Just & Böttcher, 2013, S. 56)

5.4 Klinikaufenthalt

Ist die Depression schwerwiegend, kommt es zum stationären Aufenthalt. Dadurch kann eine kontrollierte, medikamentöse und intensive psychotherapeutische Behandlung gewährleistet werden. (Herrmann, Seeber, Just & Böttcher, 2013, S. 56) Im Laufe einer Therapie kann es bei Kindern zu starker Erschöpfung kommen. Durch eine Zeit in ambulanter Behandlung wird das Kind abgeschirmt und kann sich somit eventuell leichter auf die Heilung einlassen. (Elpers, 2021, S. 91) Es gibt altersgetrennte Stationen in den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken. Anzumerken ist jedoch, je jünger ein Kind ist, desto vorsichtiger sollte über eine stationäre Behandlung nachgedacht werden. (Elpers, 2021, S. 92)

Somit umfasst die Behandlung depressiver Kinder Psychotherapie, Medikamente, Familientherapie und in schweren Fällen einen Klinikaufenthalt. Die kognitive Verhaltenstherapie gilt als besonders wirksam, hervorgehoben wird im frühen Kindesalter die Spieltherapie. Betont werden muss, dass Medikamente nur bei schwerwiegenden Fällen eingesetzt und stets mit Therapie kombiniert werden sollten, ebenso wie ein Klinikaufenthalt. Dieser erfolgt nur bei schweren Depressionen im Kindesalter. Hierbei wird eine intensive Behandlung ermöglicht, jedoch sollte bei jüngeren Kindern zuerst vieles andere probiert werden.

6 Bezug zur Forschung

6.1 KiGGS: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

KiGGS ist eine vom Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführte Langzeitstudie, die seit 2003 bundesweit repräsentative Gesundheitsdaten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren erhebt. Ziel der KiGGS-Studie ist es, umfassende Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Lebensbedingungen dieser Altersgruppe zu gewinnen, um daraus Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention abzuleiten. Ein zentrales Anliegen der KiGGS-Studie ist die Erfassung psychischer Auffälligkeiten in dieser Altersgruppe.Die Basiserhebung fand von 2003 bis 2006 statt und umfasste sowohl Befragungen als auch körperliche Untersuchungen von insgesamt 17.641 Personen. In den Folgejahren wurde die Studie als Langzeituntersuchung fortgeführt. Diese umfasst die KiGGS Welle eins von 2009 bis 2012 und Welle 2 von 2014-2017.

In der Basiserhebung wurde festgestellt, dass 20,0 % der Kinder und Jugendlichen Anzeichen psychischer Auffälligkeiten zeigten. Jungen waren häufiger betroffen als Mädchen und Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status (SES) wiesen ein höheres Risiko für psychische Auffälligkeiten auf. In der zweiten Erhebungswelle zeigten die Ergebnisse psychische Auffälligkeiten von 16,9 %, was auf einen leichten Rückgang im Vergleich zur Basiserhebung hindeutet. Dies betraf vor allem Jungen im Alter von 9 bis 17 Jahren, also auch im Volksschulalter. Der Zusammenhang zwischen niedrigem SES und erhöhtem Risiko für psychische Auffälligkeiten blieb bestehen, wie Abbildung 1 verdeutlicht.

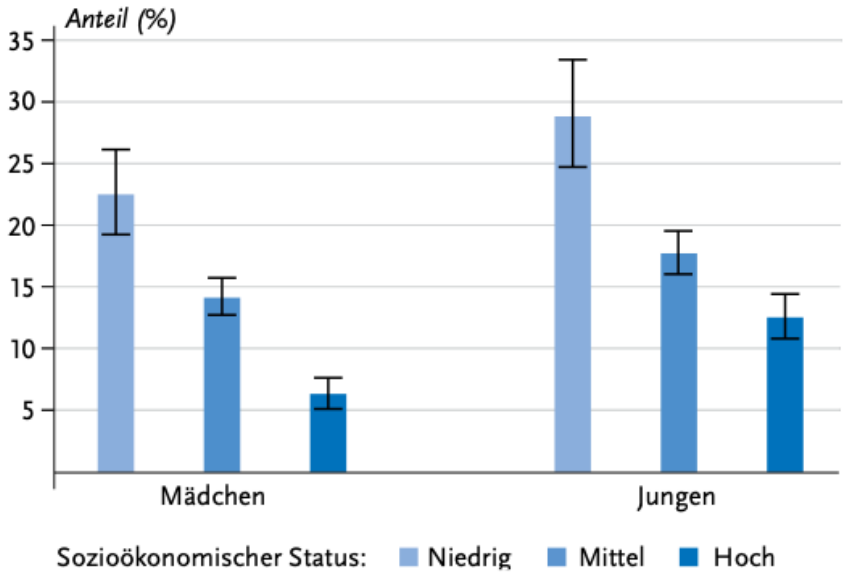

Abbildung 1: Prävalenz psychischer Auffälligkeiten nach Geschlecht und sozioökonomischem Status _ n=6637 Mädchen, n=6568 Jungen (KiGGS Welle 2, 2014-2017)

Diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit gezielter Präventions- und Interventionsmaßnahmen, besonders für sozial benachteiligte Gruppen. (Klipker et al., 2018) Die gewonnenen Daten unterstützen im Allgemeinen die Entwicklung zielgerichteter gesundheitspolitischer Strategien. Trends im Gesundheitsverhalten können erkannt und spezifische Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche eingerichtet werden. (KiGGS: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, o.D.)

6.2 BELLA-Studie

Die BELLA-Studie ist eine weitere groß angelegte Untersuchung in Deutschland, die sich mit den Auswirkungen von Risikofaktoren auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beschäftigt, mit dem Ziel, Erkenntnisse über die Prävention und Förderung von psychischem Wohlbefinden in jungen Jahren durch langfristige Datensammlung zu gewinnen. Die Studie begann im Jahr 2000 und wurde in mehreren Phasen durchgeführt, darunter BELLA 2 und BELLA 3. Jede Phase baut auf den Ergebnissen der vorherigen auf. Momentan vollendet ist die BELLA Welle 4 von 2014-2017 mit 3500 Teilnehmerinnen und Teilnehmern zwischen 7 und 31 Jahren. Für das Alter zwischen 7 und 13 Jahren wurden die

Eltern befragt. Die BELLA-Studie hielt fest, dass etwa 20% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland Hinweise auf psychische Auffälligkeiten zeigen. Die häufigsten sind Ängste mit 10%, gefolgt von Störungen des Sozialverhaltens mit 7,6% und Depressionen mit 5,4%. Diese Studie zeigt ebenso wie die KiGGS-Studie im Kapitel zuvor eine negative Korrelation zwischen niedrigem sozioökonomischem Status und psychischen Gesundheitsproblemen. Schutzfaktoren wie ein positives Familienklima, soziale Unterstützung oder persönliche Ressourcen stärken wiederum die psychische Gesundheit. (*UKE - Child Public Health - BELLA-Studie*, o. D)

Gestützt auf die BELLA-Stichproben untersuchten Otto et al. (2020) alters- und geschlechtsspezifische Verläufe der allgemeinen Gesundheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität anhand einer Längsschnittstudie und analysierten langfristig gesundheitsbezogene Folgen von psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Außerdem wurde die Nutzung von psychischer Gesundheitsversorgung analysiert. Die Teilnehmer wurden über 11 Jahre begleitet. Otto et al. (2020) kamen zu den zentralen Ergebnissen, dass sich frühe psychische Probleme bis ins Erwachsenenalter fortsetzen. Bei der Hälfte der Teilnehmer entwickelte sich ein chronischer Verlauf. Erschreckend waren die Ergebnisse der Unterstützungsanalyse von psychischen Krankheiten. Nur knapp die Hälfte von Kindern und Jugendlichen mit deutlichen psychischen Problemen erhielt eine angemessene Behandlung. (Otto et al., 2020)

6.3 Internalizing Disorders in Children and Adolescents: An Update on Anxiety and Depression in a Globalized World

Die aktuell globalen Themen greifen auch Dippel & Asbrand, 2023, in ihrer Studie auf. Im Kapitel 7.3.4 wurde bereits kurz auf die Studie eingegangen. Die Studie bezieht sich auf die frühe Kindheit bis ins junge Erwachsenenalter. Die Forscherinnen und Forscher haben relevante, aktuelle Studien und theoretische Modelle aus einschlägigen Datenbanken herangezogen und kritisch zusammengefasst. Ziel war es, die bestehenden Erklärungsansätze (intrapersonale und interpersonale Faktoren) mit globalen, gesellschaftlichen Krisen, geopolitischen Konflikten und dem Klimawandel in Beziehung zu setzen und dadurch die Notwendigkeit einer erweiterten, soziokulturellen Perspektive zu verdeutlichen. Erklärungsmodelle mit vorwiegend intra- und interpersonale

Faktoren, reichen angesichts der heutigen digital und globalen Lebenswelten nicht mehr aus. Verdeutlicht wird, dass globalen Krisen – wie die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie, geopolitische Konflikte und der Klimawandel – eine zusätzliche Belastung sind und den psychischen Gesundheitszustand junger Menschen stark beeinflussen. Laut Studie muss das aktuelle Modell ergänzt werden, um auch neue Stressfaktoren in der Gesellschaft richtig in die Ursachenforschung und Behandlung einzubeziehen. Ziel ist es, Betroffene frühzeitig zu erkennen, mit innovativen, leicht zugänglichen Behandlungsmöglichkeiten langfristig zu helfen und somit langfristige negative Folgen zu vermeiden. Ein interdisziplinärer und gesellschaftlich vernetzter Ansatz mit Forschung und klinischer Praxis wird gefordert.

6.4 COPSY-Studie

Noch aktuellere Ergebnisse liefert die COPSY-Studie als Erweiterung zur BELLA-Studie. Die UKE-Forschenden analysieren im Rahmen der COPSY-Studie, wie sich die Corona-Pandemie und globale Krisen auf das seelische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland auswirken. Von Mai 2020 bis Oktober 2024 nahmen insgesamt 2.865 Familien mit Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 22 Jahren an mindestens einer Welle der COPSY-Studie teil. Die 11- bis 22-Jährigen trugen ihre Antworten in die Online-Fragebögen selbst ein. Die Eltern gaben die Antworten für die 7- bis 10-Jährigen.

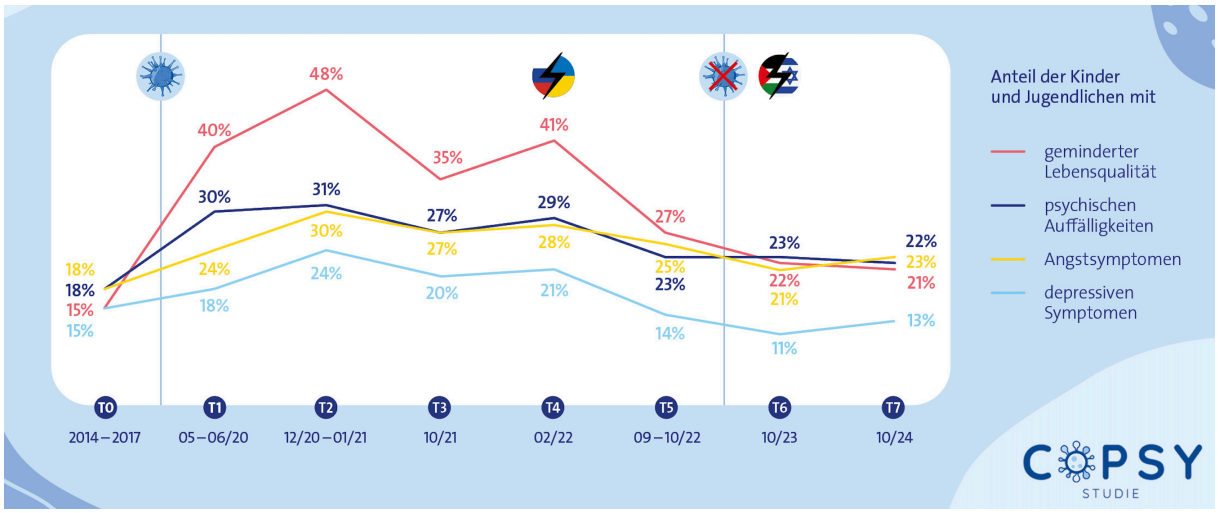

Abbildung 2: COPSY-Studie-Ergebnisse Psychische Gesundheit im Verlauf (UKE-Pressemitteilung-Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch globale Krisen belastet, o. D.)

Aus der Studie geht hervor, dass unterschiedliche psychische Krankheitssymptome während Zeit der Corona-Krise stark angestiegen sind und die Befragten von einer verminderten Lebensqualität berichten. Die Werte haben sich in der Zeit danach zwar wieder verbessert, liegen jedoch deutlich über jenen vor der weltweiten Gesundheitskrise. Angst- und depressive Symptome wurden in der Studie spezifisch untersucht und es wurde ein ähnlicher Verlauf dokumentiert. Wie auch Dippel & Asbrand (2023) in ihrer Studie betonen, zeigt die COPSY-Studie, dass sich globale Krisen wie Terrorismus, wirtschaftliche Lage oder Klimakrise äußerst negativ auf das psychische Wohlbefinden auswirken. In der sechsten Befragungsrunde (Herbst 2023) gaben die Hälfte der Befragten an, dass ihnen diese Themen Sorgen bereiten. Soziale Medien haben ebenfalls zweierlei Einfluss auf die Kinder und Jugendliche. Ein Drittel fühlt sich durch ungefilterte Berichterstattung von Krisen und ein Fünftel durch Abwertung und Ausgrenzung in den sozialen Netzwerken belastet. Wie die KiGGs- und die BELLA-Studie zeigen, bestätigt die COPSY-Studie erneut, dass Kinder und Jugendliche mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ein höheres Risiko für psychische Belastungen aufweisen. (UKE - Pressemitteilung - Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch Globale Krisen belastet, o. D.)

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass knapp ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland unterschiedliche psychische Probleme haben, und die Depression mit 5,4% als eine der häufigsten Störungen gilt. Ebenfalls Es wurde ebenfalls analysiert, dass sich frühe psychische Probleme oft bis ins Erwachsenenalter fortsetzen und sich bei der Hälfte der Betroffenen ein chronischer Verlauf entwickelt. Hervorzuheben ist, dass nur knapp die Hälfte aller betroffenen Kinder und Jugendlichen in Behandlung ist. Ein deutlicher Zusammenhang zwischen niedrigem sozioökonomischem Status und erhöhtem Risiko für psychische Auffälligkeiten wird aufgezeigt. Neuere Studien erweitern diese Erkenntnisse um den Einfluss globaler Krisen. Sie zeigen, dass die COVID-19-Pandemie, geopolitische Konflikte und der Klimawandel zusätzliche

Belastungsfaktoren darstellen, die zu einem Anstieg psychischer Probleme führen, welcher auch nach der Pandemie über dem Vor-Krisen-Niveau verbleibt. Die Forschungsergebnisse verdeutlichen die besorgniserregende Situation der psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland und unterstreichen die Dringlichkeit präventiver Maßnahmen, besonders für sozial benachteiligte Gruppen. Die unzureichende Versorgunglage verschärft die Problematik zusätzlich. Traditionelle Erklärungsmodelle müssen erweitert werden, um den Einfluss globaler Krisen und digitaler Medien angemessen zu berücksichtigen. Aus allen Studien geht hervor, dass eine frühzeitige Prävention und niedrigschwellige Hilfsangebote wie in der Schule von höchster Relevanz sind.

7 Kinder mit depressiven Störungen im Schulalltag

Im zweiten Teil dieser wissenschaftlichen Arbeit wird das Thema Depression auf die Schule und alle dazugehörigen Aspekte behandelt. Ab dem 6. Lebensjahr verbringen Kinder sehr viel Zeit ihres Alltags in diesem Umfeld. Somit kann die Schule auch zum Risikofaktor werden. Bei betroffenen Kindern mit Verdacht oder diagnostizierter Depression sind somit auch direkt Lehrpersonen, Klassenkolleginnen und -kollegen sowie indirekt zum Beispiel die Direktion oder sonstige Lehrpersonen betroffen. Dabei ist es wichtig, mit den betroffenen Kindern bestmöglich umzugehen, diese zu unterstützen oder vorab den Verdacht auf eine Depression zu erkennen. Wie in vielen Krankheitsfällen ist auch bei Depressivität das Thema Prävention von großer Bedeutung und kann nicht früh genug begonnen werden. All diese Punkte werden im folgenden Teil dieser Bachelorarbeit beleuchtet.

7.1 Bedeutung von Schule und Lehrpersonen

Auf der einen Seite sind für depressive Kinder Struktur und ein geregelter Tagesablauf besonders wichtig. Der tagtägliche Schulbesuch und die damit verbundenen Aufgaben sind ein großer Teil davon, welcher deshalb besonders sorgfältig eingebettet werden muss. Durch die zusätzlichen Belastungen, Herausforderungen und vorkommenden Schwierigkeiten können psychische Störungen verschlimmert werden. (Groen & Petermann, 2011, S. 150)

Auf der anderen Seite ist die Schule ein wesentlicher Platz, welcher die Entwicklung von Kindern beeinflusst. Die Lehrpersonen sind nach elterlichen und familiären Bezugspersonen oft die nächstwichtigsten Bezugspersonen von Kindern. Die Schulklasse formt eine solide und bedeutende Bezugsgruppe Gleichaltriger. Konkurrenz, Leistungsdruck, Misserfolg und Ähnliches können die emotionale Stabilität enorm bedrohen und folglich depressive Störungen begünstigen oder auslösen. (Groen & Petermann, 2011, S. 97)

7.2 Schule als Risikofaktor

Schulische Strukturen können für depressive Schülerinnen und Schüler eine besondere Belastung darstellen, da sie oft mit hohen Anforderungen, festen Regeln und sozialen Vergleichssituationen konfrontiert werden. Der Leistungsdruck und die ständige Bewertung innerhalb einer Gruppe verstärken ihr negatives Selbstbild und führen zu Ängsten vor Misserfolg. Statt einzelne Rückschläge als isolierte Ereignisse zu betrachten, neigen sie dazu, diese als Bestätigung eines generellen persönlichen Scheiterns zu sehen. Soziale Interaktionen in größeren Gruppen empfinden sie oft als unüberschaubar und verunsichernd, da sie befürchten, sich schlechter als andere zu präsentieren. Daher ziehen sie den direkten Austausch mit vertrauten, unterstützenden Personen vor. Ihre Wahrnehmung schulischer Situationen ist häufig verzerrt, was dazu führt, dass sie Anforderungen als überwältigend empfinden und sich zurückziehen, anstatt sich Herausforderungen zu stellen. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 122–123)

Für Kinder mit Hang zu depressiven Störungen kann der Schulalltag zu einer anhaltenden Belastung werden, besonders wenn sie sich langfristig überfordert fühlen. Diese Überforderung kann durch verschiedene Faktoren entstehen, wie Schwierigkeiten beim Lernen, eine unpassende Schulwahl, unzureichender Unterricht oder mangelnde Anerkennung individueller Stärken. Wenn das Gefühl des Versagens den gesamten Schultag bestimmt, steigt das Risiko für psychische Probleme erheblich, was langfristig die Entwicklung depressiver Erkrankungen begünstigen kann. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 133–134) Ein weiterer Punkt,

der häufig im Schulalltag zu finden ist und Depressionen auslösen oder verhärten kann, ist Mobbing. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 137)

Wichtig anzumerken ist jedoch, dass in den seltensten Fällen die Schule der einzige Auslöser von psychischen Problemen eines Kindes ist. (Groen & Petermann, 2011, S. 97)

7.3 Verdacht auf eine depressive Störung

In diesem Kapitel wird auf den Verdacht einer Depression bei einem Volksschulkind genauer eingegangen, sowie nach Bestätigung dieses Verdachts folglich auf den Umgang und die Herausforderungen mit betroffenen Kindern.

Bei einem Verdacht auf eine depressive Entwicklung ist es eine zentrale pädagogische Aufgabe einer Lehrperson, vertrauensvoll mit der Schule, den Eltern und externen Fachstellen zusammenzuarbeiten. Der Aufbau eines unterstützenden Netzwerks im Umfeld des betroffenen Kindes kann wesentlich dazu beitragen, depressive Phasen besser zu bewältigen. (Castello & Brodersen, 2020, S. 124)

Eltern leiden oft mit ihren depressiven Kindern und fühlen sich hilflos, schuldig oder beschämt, während eine angemessene medizinische Abklärung nicht immer rasch und zeitgemäß erfolgt. Da sie Lehrpersonen selten als primäre Ansprechpartner betrachten, sollten diese bei Anzeichen wie ausgeprägter Traurigkeit, Antriebslosigkeit oder Konzentrationsproblemen selbst das Gespräch mit den Eltern suchen, um frühzeitig Unterstützung anzubieten. (Castello & Brodersen, 2020, S. 125)

Eltern sollten frühzeitig von der Schule in Gespräche über das Verhalten ihres Kindes einbezogen werden, wobei Jugendlichen selbst eine aktive Teilnahme ermöglicht werden sollte. Eine vertrauensvolle Kommunikation zwischen Schule und Elternhaus kann durch Transparenz, sachliche Argumente und eine klare Terminplanung gefördert werden, um schulische Belastungen zu reduzieren und gemeinsam betroffene Kinder zu unterstützen. Zudem profitieren Eltern von Informationen der Lehrperson über das Verhalten ihres Kindes in der Schule, die

in diesem Alter doch einen großen Teil der Zeit einnimmt. Folglich profitiert die psychologische Fachkraft und eine spezifischere Behandlung wird ermöglicht. (Castello & Brodersen, 2020, S. 126)

Bei der Zusammenarbeit von Schule und externen Personen wie Psychologin oder Psychologe unterliegen Lehrpersonen der Schweigepflicht, weshalb für den Austausch mit Psychologin oder Psychologe eine schriftliche Schweigepflichtentbindung der Erziehungsberechtigten erforderlich ist. Innerhalb des Kollegiums dürfen relevante Informationen weitergegeben werden, während bei akuter Gefährdung eine Offenbarungspflicht gegenüber der Schulleitung besteht. Zudem haben Eltern gemäß Artikel 6 des Grundgesetzes ein besonderes Informationsrecht, weshalb sie insbesondere bei jüngeren Kindern über relevante Entwicklungen frühzeitig und transparent informiert werden sollten. (Castello & Brodersen, 2020, S. 124–125)

Ein effektiver Austausch zwischen Schule, Elternhaus und Therapie ist essenziell, um eine ganzheitliche Unterstützung für Kinder und Jugendliche zu gewährleisten. Besonders in belastenden Phasen kann eine koordinierte Zusammenarbeit dabei helfen, gezielte Maßnahmen zu entwickeln, den Umgang mit Herausforderungen zu erleichtern und individuelle Förderbedarfe schrittweise anzupassen. Ein regelmäßiges, interdisziplinäres Gesprächsformat – etwa in Form von Round-Table-Gesprächen oder einer sicheren digitalen Plattform – kann dabei den Austausch strukturieren und die Wirksamkeit pädagogischer sowie therapeutischer Interventionen nachhaltig verbessern. (Castello & Brodersen, 2020, S. 128–129)

Um den Umgang mit psychischen Auffälligkeiten in Schulen zu professionalisieren, sollte zunächst eine Bestandsaufnahme der vorhandenen Qualifikationen von Lehrerinnen und Lehrern erfolgen, wobei gezielte Fortbildungen für das Kollegium, insbesondere für Beratungslehrpersonen, erforderlich sein können. Einheitliche Handlungsroutinen und klare Verantwortlichkeiten im Umgang mit betroffenen Schülerinnen und Schülern sowie bei der Kommunikation mit Eltern sind essenziell, um eine koordinierte und wirkungsvolle Unterstützung oder Prävention zu gewährleisten. Zudem ist ein

kontinuierlicher Austausch innerhalb des Kollegiums notwendig, um Veränderungen oder Belastungen frühzeitig zu erkennen und abgestimmte pädagogische Maßnahmen umzusetzen. (Castello & Brodersen, 2020, S. 128) In Tabelle 3 sind mögliche Merkmale einer Depression im Schulalltag zusammengefasst.

Merkmale im Lernbereich • Nicht erklärbarer Leistungsabfall • Interessenverlust gegenüber den Schulfächern • Rückgang bisheriger Anstrengungsbereitschaft • Unordentliches Ausführen von Arbeiten, scheinbare Gleichgültigkeit • Schnelles Aufgeben • Vorzeitiges Beenden von Arbeiten • Klagen über mangelnde Kraft („Ich schaffe es nicht!“)
Sozial-/verhaltensorientierte Merkmale • Aufgeregtheit/Hyperaktivität • Erhöhte Dependenz (Abhängigkeit von anderen) • Regressives Spielen mit jüngeren Kindern • Antisoziales Verhalten (z. B. Lügen, Stehlen) • Körperliche Beschwerden • Störverhalten im Unterricht • Überstarke Ängste (Phobien) • Einschlafen während des Unterrichts • Müde in Verhalten und Aussehen • Distanz gegenüber Gleichaltrigen • Unbeliebtheit; Rückzug aus sozialen Kontakten
Merkmale im Wahrnehmen und Denken • Unentschlossenheit • Konzentrationsprobleme • Mißerfolgserwartungen • Suizidale Äußerungen, Gedanken über den Tod
Merkmale im affektiven Bereich • Geringes Selbstwertgefühl • Gereiztheit • Ständiges Klagen • Dysphorie • Schuldgefühle
Merkmale im körperlichen Bereich • Schlafstörungen • Deutlicher Gewichtsverlust oder -zunahme • Veränderung im Appetit • Gefühle der Belastung • Bewegungsstörungen • Klagen über Müdigkeit

Tabelle 3: Mögliche Merkmale einer Depression bei Schülerinnen und Schüler (Quelle: Nevermann, C. & Reicher, H., 2020, S.131)

7.4 Umgang mit depressiven Schülerinnen und Schülern

Lehrkräfte stoßen bei der individuellen Unterstützung von Schülerinnen und Schülern mit psychischen Belastungen oft an ihre Grenzen, da sie neben ihren Unterrichtsaufgaben nur begrenzte Kapazitäten für persönliche Betreuung haben und sich selbst oft überlastet fühlen. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 143)

Das Wissen über Depression und ihre Auswirkungen hilft Lehrpersonen, das Verhalten der Betroffenen besser zu verstehen und angemessener zu reagieren. Besonders wichtig ist dabei die Erkenntnis, dass depressive Menschen oft nicht absichtlich Hilfe verweigern, sondern zeitweise nicht dazu in der Lage sind. Geduld, Durchhaltevermögen und Optimismus sind essenziell, da die Behandlung einer Depression langwierig sein kann und Rückschläge dazugehören. (Herrmann, Seeber, Just & Böttcher, 2013, S. 31)

Ein unfairer Umgang oder gar das Herabwürdigen von Kindern kann sich sehr negativ auf die kindliche Entwicklung auswirken und folglich ein Risikofaktor für psychische Störungen sein. Ebenso kann unzureichendes Loben oder mangelnde Aufmerksamkeit und Bestätigung negative Auswirkungen haben. (Groen & Petermann, 2011, S. 97)

Außerdem sollte stark darauf geachtet werden, dem oftmaligen Pessimismus von depressiven Kindern entgegenzuwirken. Dieser koppelt sich nämlich wieder mit einem schlechten Selbstwert und fehlender Motivation. Es ist wichtig, Erfolge ersichtlich zu machen. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 148)

In Amerika werden die eigenen Emotionen bereits bewusst stark in den Lernprozess eingebunden. Dadurch gewinnt man Kontrolle über sich selbst und dies stärkt wiederum das eigene Selbstbild. Dies kann einen vorbeugenden Effekt bei emotionalen Schwierigkeiten haben. Dies kann sehr spielerisch durchgeführt werden, etwa in Form von Rollenspielen. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 150)

Sensibilität gegenüber den Kindern ist enorm wichtig, genauso wie die Kommunikation. Kinder haben in der Regel den Drang, ihre unterschiedlichen Emotionen von Freude bis Angst in irgendeiner Form kommunikativ

auszudrücken. Fehlt dieser Ausdruck, liegt sehr wahrscheinlich eine psychische Belastung vor, da Kinder sich durch Schweigen oder Verschweigen versuchen zu schützen. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 196)

Äußerst wichtig ist auch, auf die nonverbalen Signale der Kinder achtzugeben. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 199)

Depressive Schülerinnen und Schüler zeigen oft Anzeichen wie anhaltende Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit und fehlende Motivation. Für ihr Umfeld kann das oft sehr belastend sein und vor allem werden betroffene Kinder sehr oft missverstanden. Um ihnen zu helfen, sollten Lehrpersonen aktiv zur sozialen Einbindung beitragen. Dabei sollten die Klassenkolleginnen und -kollegen stark miteinbezogen werden. Rückzug und Isolation verstärken nämlich die depressive Entwicklung und frühzeitige Unterstützung ist entscheidend für eine positive Veränderung. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 146–147)

7.5 Herausforderungen im Schulalltag

Kinder mit Depressionen haben oft Schwierigkeiten, ihre Aufmerksamkeit über längere Zeit aufrechtzuerhalten und Informationen effizient zu verarbeiten. Durch Veränderungen im vorderen Teil des Gehirns bei depressiven Kindern ist auch die Funktion der Planung, Entscheidungen, Überprüfung etc. eingeschränkt. Dadurch fällt es schwer, Lerninhalte und Aufgabenstellungen zu bearbeiten. (Castello & Brodersen, 2020, S. 27-28)

Eine weitere Herausforderung sind oft die verzerrten Denkmuster von betroffenen Kindern wie das Schwarz-Weiß-Denken oder das Katastrophisieren. Folgende Abbildung 3 zeigt ein Beispiel.

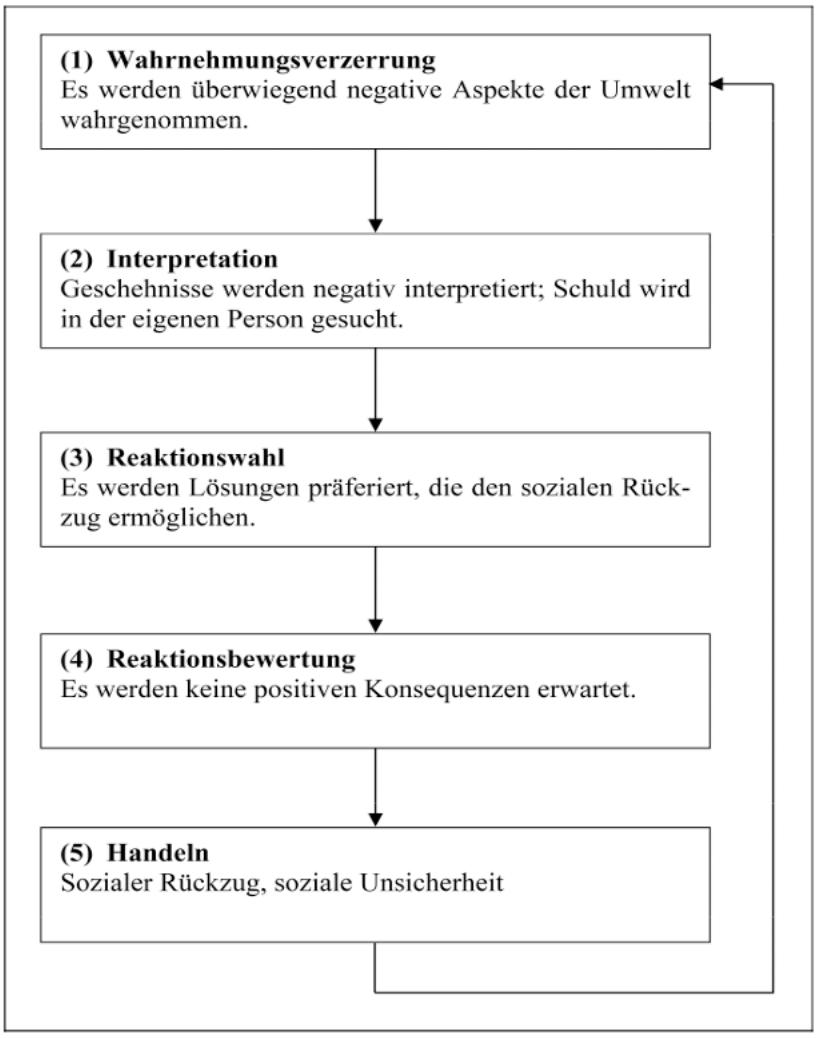

Abbildung 3: Sozial-kognitive Informationsverarbeitung bei sozial unsicheren und depressiven Kindern und Jugendlichen (Groen & Petermann, 2011, S. 190)

Die Sensibilität der Lehrkräfte spielt eine westliche Rolle bei verzerrten Denkmustern. Solche sollten beispielsweise nicht als falsch hingestellt werden. Vielmehr sollten diese akzeptiert und gemeinsam mit den Kindern reflektiert und ausgebessert werden. (Castello & Brodersen, 2020, S. 28)

Ein weiterer schwieriger Punkt ist der oft fehlende Antrieb. Auch für Themen, die vor einer depressiven Episode spannend waren, finden Betroffene keine Lust mehr. Für Lehrpersonen in der Volksschule ist dies noch um einen Grad belastender als in weiterführenden Schulen, da die Lernmotivation bei Volksschulkindern typischerweise sehr hoch ist. Weiterführend kann der Zustand auch zu einer starken Abneigung gegen die Schule führen. (Castello & Brodersen, 2020, S. 29)

Emotionen spielen eine große Rolle im Schulalltag. Laut Castello & Brodersen (2020, S. 30) führt ein negativer Gemütszustand im Unterrichtsgeschehen zu einer schwächeren Leistung. Dasselbe gilt bei Lernstrategien und kreativen Gedanken.

Der Rückzug und Schwierigkeiten im sozialen Bereich wirken sich ebenfalls auf die schulischen Leistungen von betroffenen Kindern aus. (Castello & Brodersen, 2020, S. 31) Zurückzuführen ist dies darauf, dass das soziale Miteinander für die Kinder eine zusätzliche, oftmals sehr schwierige Aufgabe und folglich Belastung im Alltag ist. (Castello & Brodersen, 2020, S. 33)

7.6 Unterstützungsmaßnahmen

Der alltägliche Unterricht stellt für Kinder mit Depressionen häufig eine sehr große Herausforderung dar. Deshalb müssen diese bestmöglich unterstützt werden. Dabei können Lehrpersonen sich auf die nachfolgend beschriebenen Punkte stützen: Selbstverantwortung der betroffenen Kinder stärken, Aktivität, realistisches Denken sowie kognitive Leistung fördern, Lernziele setzen und für Bewegung und Entspannung sorgen. Besonders wichtig ist es auch auf die Emotionen zu reagieren und viel Rücksicht auf die Kinder zu nehmen.

Lehrkräfte spielen eine entscheidende Rolle im Umgang mit der psychischen Gesundheit ihrer Schüler. Sie sollten sensibel auf Veränderungen im Verhalten der Kinder reagieren und bei Auffälligkeiten das Gespräch mit den Betroffenen und deren Eltern suchen, um gegebenenfalls weitere Unterstützungsmöglichkeiten zu besprechen. Ein fundiertes Wissen über psychische Erkrankungen wie Depressionen kann dabei helfen, frühzeitig Anzeichen zu erkennen. Zudem tragen Lehrer maßgeblich zu einem positiven Klassenklima bei, indem sie klare Regeln für das soziale Miteinander aufstellen, Probleme offen thematisieren und durch kooperative Arbeitsformen sowie integrative Lehrmethoden das Gemeinschaftsgefühl stärken. Besonders wichtig ist es, Schülerinnen und Schüler mit geringem Selbstvertrauen gezielt zu fördern, ihnen Erfolgserlebnisse zu ermöglichen und sie in ihrem Lernprozess zu bestärken. (Groen & Petermann, 2011, S. 152) Unterrichtsinhalte zu Themen wie emotionaler Gesundheit, Stressbewältigung und sozialen Kompetenzen können dabei helfen, das

Bewusstsein für diese Aspekte zu schärfen. Falls ein Kind dauerhaft mit den schulischen Anforderungen überfordert ist, sollten in Zusammenarbeit mit der Schule individuelle Fördermaßnahmen besprochen werden. In schwerwiegenden Fällen kann eine offizielle Begutachtung erfolgen, um festzustellen, ob ein sonderpädagogischer Förderbedarf besteht, der etwa durch zusätzlichen Unterricht oder den Besuch einer Förderschule gedeckt werden kann. (Groen & Petermann, 2011, S. 153) Groen & Petermann (2011, S. 97) betonen auch mehrmals die Wichtigkeit von gegenseitiger Unterstützung von Lehrpersonen und Eltern. In den folgenden Kapiteln wird auf unterstützende Punkte für betroffene Kinder näher eingegangen.

7.6.1 Stärkung der Selbstverantwortung

Für eine erfolgreiche Unterrichtsgestaltung sollten Schülerinnen und Schüler in Entscheidungen, wie die Auswahl von Themen oder Aufgaben, eingebunden werden, um ihr Gefühl der Wirksamkeit und Motivation zu steigern. Ebenso ist es wichtig, realistische und erreichbare Ziele zu setzen, damit die Lernenden Erfolgserlebnisse erfahren, was besonders bei Kindern mit Depressionen hilfreich ist, um unrealistische Selbstwahrnehmungen zu korrigieren. (Castello & Brodersen, 2020, S. 52–53) Dabei kann man die Waagschale (siehe Abbildung 4) zum Beispiel auch als Feststellung in der Schule nutzen, um zu sehen, welche Aufgaben, Themen, Fächer etc. den Kindern Freude oder Last bereiten. Ebenfalls überprüfen und reflektieren die Kinder wiederum selbst ihren (Schul-) Alltag.

Schreibe oder male in die *linke* Waagschale alles, was dir in deinem Alltag aktuell Spaß und Freude macht. Schreibe oder male in die *rechte* Waagschale alles, was dich in deinem Alltag aktuell belastet und was du als stressig erlebst. Nimm dann in einem zweiten Schritt einen Stift mit einer anderen Farbe. Stell dir vor, was du verändern möchtest. Wo möchtest und kannst du vielleicht Stress abbauen (kreise diese Dinge ein), welche schönen Dinge (Aktivitäten, Genuss, Entspannung usw.) fallen dir ein, die du in nächster Zeit machen möchtest oder wieder machen möchtest.

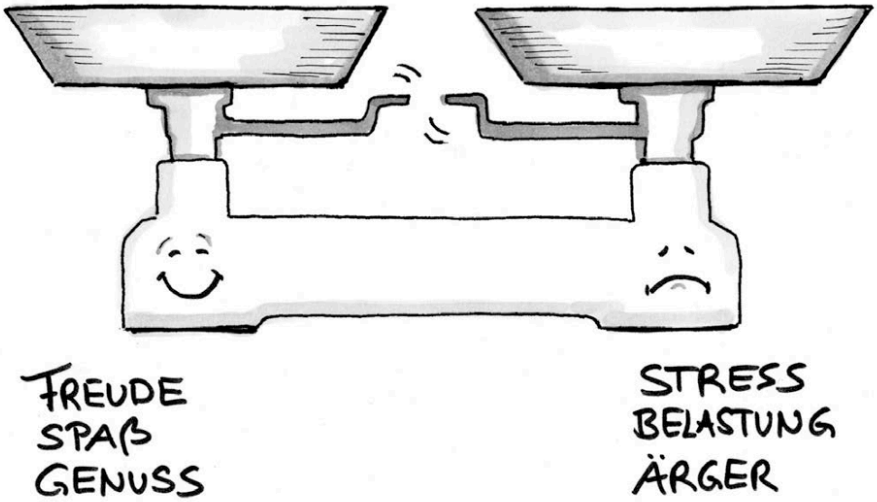

Abbildung 4: Mal-oder Schreibübung: Waagschale(Groen & Petermann, 2015, S. 123)

7.6.2 Anregung zu aktivem Verhalten

Kinder mit Depressionen verlieren häufig das Interesse an Aktivitäten, die ihnen früher Freude bereitet haben, was zu sozialem Rückzug und einer zunehmenden Überforderung führt. Dieser Rückzug kann zu einer weiteren Verstärkung der negativen Stimmung führen, da weniger positive Rückmeldungen aus dem Umfeld kommen. Die Verhaltensaktivierung, eine Methode der kognitiven Verhaltenstherapie, zielt darauf ab, durch die bewusste Förderung positiver Aktivitäten wieder positive Erfahrungen zu ermöglichen, was nachweislich die depressive Symptomatik lindern und die Lebenszufriedenheit steigern kann. (Castello & Brodersen, 2020, S. 61)

Das Ziel der Verhaltensaktivierung ist, die entwickelten Muster, die zu depressiven Störungen führen, zu durchbrechen. Neue Verhaltensweisen sollten mithilfe eines Plans ausprobiert werden. (Castello & Brodersen, 2020, S. 61) Wichtig ist dabei, das neue Verhalten auszuprobieren und es danach erst zu bewerten. Das Prinzip von Versuch und Irrtum hat eine aktivierende Wirkung. Besonders für Kinder und Jugendliche mit Depressionen stellt dies eine Herausforderung dar, da

Vermeidungsverhalten und Antriebslosigkeit häufig vorkommen, weshalb eine unterstützende und verständnisvolle Begleitung ausschlaggebend ist. Veränderungen sind oft mit Angst verbunden, doch motivierende Metaphern wie „Gewinnen beginnt mit beginnen“ oder „Kleine Schritte sind besser als große Worte“ können helfen, neue Aktivitäten auszuprobieren und Ängste zu überwinden. (Castello & Brodersen, 2020, S. 62)

7.6.3 Lernziele

Castello & Brodersen (2020, S. 69) schreiben auch, dass Lernziele angestrebt werden sollten. Dabei geht es primär darum, dass sich die Kinder selbst verbessern und sich nicht mit Klassenkolleginnen oder -kollegen vergleichen sollten. Ziele zu erreichen, stellt Kinder oft vor hohe Anforderungen zur Steuerung von ihren Tätigkeiten, Gefühle und Gedanken, auch bezeichnet als „sich selbst zu regulieren“. Um es Kindern in dieser Situation leichter zu machen, eignen sich Wenn-Dann-Pläne. (Castello & Brodersen, 2020, S. 69) Wenn das Ziel lautet, ich möchte bei der nächsten Ansage nicht mehr als drei Fehler machen, könnte der Plan lauten: Wenn ich zuhause mit dem Mittagessen fertig bin, lerne ich als erstes 20 Minuten die Lernwörter für die nächste Ansage. Laut Castello & Brodersen (2020, S. 69) ist es jedoch essenziell, dass das Muster solcher Pläne zuerst mit einer Bezugsperson gemeinsam erarbeitet wird. Die Anregung zum Erreichen von Lernzielen sollte stets einfach und motivierend sein. Als Beispiele können Aussagen und Fragen von Tabelle 4 auf Seite 43 verwendet werden. Weiters kann man das Thema „Ziele“ in unterschiedlichsten Arbeitsblättern einbinden, wie beispielsweise Abbildung 5, ebenfalls auf Seite 43 gilt.

Unterrichtssituationen, in denen eine Lernzielorientierung implementiert werden kann	Beispiel für eine Äußerung der Lehrkraft
In Aufgabeninstruktionen wird das Ziel vermittelt, eigene Kompetenzen zu verbessern.	*In dieser Übung geht es darum, dass du deine Fähigkeiten im Bereich ... verbesserst.*
Mit gezieltem Fragen *vor* einer Aufgabe wird der Fokus auf die Verbesserung von Fähigkeiten gelegt.	*Was, glaubst du, kannst du in dieser Aufgabe lernen?*
Mit gezieltem Fragen *nach* einer Aufgabe wird der Fokus auf die Verbesserung von Fähigkeiten und einem intraindiviuellen Leistungsvergleich angeregt.	*Was hast du in der Aufgabe/ Unterrichtseinheit dazugelernt?*
Konkretes Feedback wird genutzt, um die individuellen Fähigkeiten in den Mittelpunkt zu stellen.	*Du hast schon große Fortschritte gemacht! Besonders aufgefallen ist mir, dass ...*
Wochenpläne können verwendet werden, um die individuellen Fortschritte zu dokumentieren.	*In diesem Wochenplan kannst jeden Tag eintragen, was du gelernt hast.*

Tabelle 4: Beispielaussagen- und Fragen zur Motivation von Lernzielen (Quelle: Castello & Brodersen, 2020, S. 69)

Trage bitte in die nachfolgende Tabelle **deine Ziele/Wünsche** für die angegebenen Zeitabschnitte ein!

	Meine Ziele/Wünsche ...
für heute	
für die nächste Woche	
für den nächsten Monat	
für dieses Schuljahr	
für in einem Jahr	
für in 3 Jahren	
für in 5 Jahren	
für in 10 Jahren	

Abbildung 5: Übung zur Zielsetzung (Groen & Petermann, 2015, S. 66)

7.6.4 Bewegung und Entspannung

Sportliche Betätigung trägt nicht nur zur körperlichen Gesundheit bei, sondern kann auch das psychische Wohlbefinden steigern und das allgemeine Aktivitätsniveau erhöhen. Besonders für Kinder und Jugendliche mit Depressionen sind schulische Sportangebote sinnvoll, da sie Antriebslosigkeit und Passivität entgegenwirken können, wobei der Fokus auf vielseitigen Bewegungsangeboten ohne übermäßigen Wettkampfdruck liegen sollte. Durch Maßnahmen wie Radtouren, Sportturniere oder Ausdauersportarten kann Bewegung gefördert werden, wobei ein schrittweiser Einstieg wichtig ist, um die schon oft erwähnte Überforderung zu vermeiden. (Castello & Brodersen, 2020, S. 71)

Die körperliche und geistige Entspannung ist ebenso wichtig. Als sehr hilfreiches Beispiel kann dabei die richtige Atmung (Bauchatmung) eingeführt werden. Auf diese kann man dann in den unterschiedlichsten Situationen durch verschiedene Übungen zurückgreifen. (Groen & Petermann, 2015. S.127)

»Lege dich auf den Rücken (oder sitze bequem und entspannt auf deinem Stuhl).
Lege deine Hände auf deinen Brustkorb. Atme normal weiter.

Spüre, wie dein Brustkorb sich bei jedem Atemzug weitet und verengt, hebt und senkt.

Atme nun dreimal tief und langsam ein und aus. Puste deinen Brustkorb bei der Einatmung richtig auf und schnüre ihn bei der Ausatmung zusammen und lasse alle Luft wieder heraus.

Lege nun deine Hände auf den Bauch. Atme in deinen Bauch, versuche all die Luft, die du einatmest, in deinen Bauch fließen zu lassen. Spüre, wie dein Bauch sich bei jedem Atemzug weitet und verengt, hebt und senkt. Atme nun dreimal tief und langsam ein und aus. Pumpe deinen Bauch auf wie einen Luftballon und lasse alle Luft wieder heraus.

Spüre nach, wo in deinem Körper überall du deine Atmung merken kannst. Zeichne dies in das Körperbild ein.«

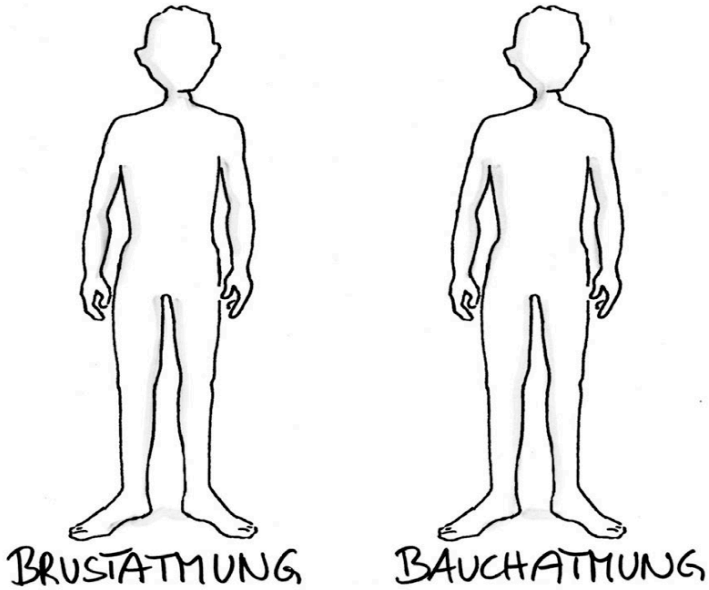

Abbildung 6: Anleitung zur Brust- und Bauchatmung (Groen & Petermann, 2015, S. 127)

Als weiter Entspannungsübungen zur Bewussten Wahrnehmung gelten Beispiele ähnlich der Rosinen-Übung in Abbildung 7.

Rosinenübung

- Nimm dir eine einzelne Rosine.
- Schau sie dir ganz genau an, als hättest du in deinem Leben noch nie eine Rosine gesehen.
- Beschreibe die Rosine in allen Details (Farbe, Form, Oberfläche …).
- Lasse die Rosine in deiner Hand liegen und spüre sie. Schließe die Augen und beschreibe für dich, wie sie auf deiner Hand liegt (schwer/ leicht/ …)!
- Nimm die Rosine zwischen Daumen und Zeigefinger und spüre die Konsistenz der Rosine (weich oder hart, wie fühlt sich die Oberfläche an …?).
- Rieche an der Rosine. Welche Gedanken kommen auf? Was fühlst du?
- Woher kommt diese Rosine wohl? Welche und wie viele Menschen waren an ihrem Entstehungsprozess beteiligt?
- Lege die Rosine auf deine Zunge – aber bitte noch nicht kauen – einfach nur auf die Zunge legen. Wie fühlt sich die Rosine an? Gibt es schon einen Geschmack?
- Und nun kaue genau ein Mal und spüre dann nach. Was verändert sich?
- Kaue nun die Rosine mindestens 10–20 Mal und bleibe achtsam.
- Lege eine Pause ein und nimm alle deine Sinne wahr.
- Was schmeckst du?
- Wo genau im Mund schmeckst du was …?
- Und nun schlucke die Rosine – beobachte, was weiter passiert.

Probiere, diese Erfahrung mit anderen Dingen aus, die du schmecken, riechen, fühlen, sehen oder auch hören kannst!

Abbildung 7: Anleitung zur Rosinenübung (Groen & Petermann, 2015, S. 130)

7.6.5 Die kognitive Leistung

Es gibt einen Zusammenhang zwischen depressiven Phasen und kognitiven Beeinträchtigungen bei betroffenen Kindern. Ist die depressive Phase im Moment sehr stark, führt dies zu einer verminderten kognitiven Leistung. Entspannt sich die depressive Stimmung, kehrt auch ein gewisser Teil der Leistung zurück. Beide Faktoren können sich gegenseitig intensivieren. (Castello & Brodersen, 2020, S. 73) Kinder mit Schwierigkeiten beim Lernen erkranken häufiger an einer Depression. Durch länger anhaltende Lernschwierigkeiten entwickeln Kinder auch außerhalb der Unterrichtszeit negative Gedanken in Bezug auf die Schule. Dies führt wiederum in die Negativspirale und begünstigt folglich die depressive Phase oder kann dazu führen. (Castello & Brodersen, 2020, S. 74) Durch die kognitiven Beeinträchtigungen während einer depressiven Phase können Betroffene ihr Potenzial nicht nutzen und bleiben unter ihrem Leistungsniveau und so kommt es ebenfalls zur Negativspirale. Abbildung 8 veranschaulicht diesen Kreislauf vereinfacht. Schwierigkeiten bestehen vor allem bei der Planung, Entscheidung

und Überprüfung des eigenen Handelns, außerdem mangelt es an Konzentration, Aufmerksamkeit und Flexibilität. Störungen vom Umfeld werden ebenfalls sehr schwer ausgeblendet. Durch eine gezielte Unterstützung im schulischen Umfeld lassen sich diese Symptome mindern und somit auch eine Minderung von Kontinuität depressiver Episoden erreichen. (Castello & Brodersen, 2020, S. 75)

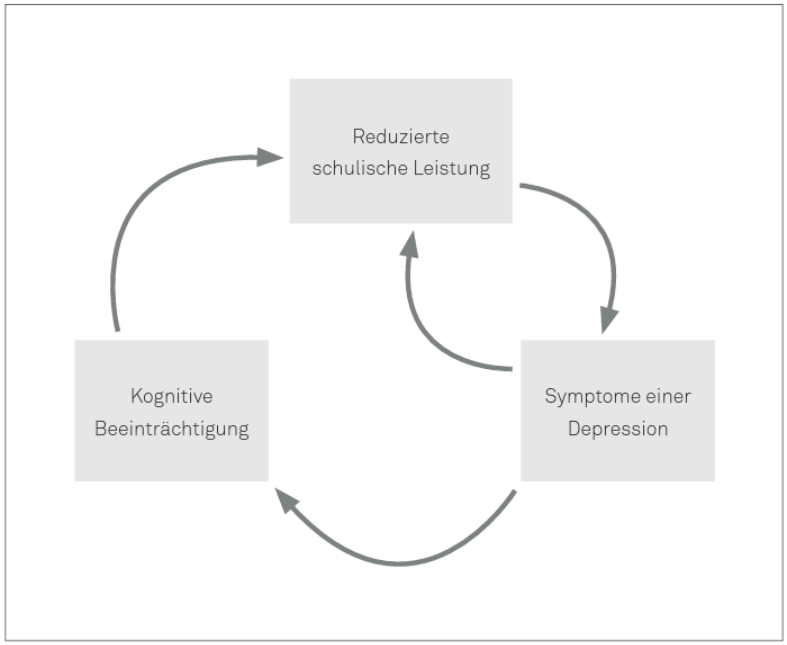

Abbildung 8: Negativspiral in Bezug auf schulischer Leistung bei depressiven Kindern (Castello & Brodersen, 2020, S. 74)

Hervorgehoben werden Lerngruppen für Kinder im gleichen Alter. Innerhalb der Gruppe sollten dann Aufgaben beziehungsweise Rollen für die einzelnen Gruppenmitglieder verteilt werden. Zum Beispiel gibt es ein Kind, das liest, einen oder eine Unterstützer/in für das lesende Kind und ein Kind, das konkrete Rückmeldung auf Punkte gibt, die vorher festgelegt wurden. (Castello & Brodersen, 2020, S. 80)

Als weiteres Beispiel gilt ein Lerntagebuch. Dieses vereinfacht das eigene Handeln und die damit verbundene Reflexion und Kontrolle. Es hilft auch, sich im Lernstoff zu orientieren und den Lernerfolg anschaulich zu machen. Ein gewisses Format sollte den Kindern vorgegeben werden. (Castello & Brodersen, 2020, S. 82)

	Wie ist es mir gelungen, mit dem Lernen zu beginnen?
	Was hat es mir erleichtert/erschwert?
	Worin bestand mein Lernen?
Handlungs-planung	Wie habe ich mein Lernen vorbereitet?
	Wie gut ist es mir gelungen?
	Was sollte ich verbessern?

Tabelle 5: Beispiel für ein Lerntagebuch (Quelle: Castello & Brodersen, 2020, S. 82)

7.6.6 Realistisches Denken

Im Schulalltag sind Kinder permanent mit herausfordernden Situationen konfrontiert, wie, beispielsweise einer Überprüfung in mündlicher oder schriftlicher Form (zum Beispiel wöchentliche Überprüfung der Lernwörter). Dabei wird im Gehirn andauernd die eigene Leistung bewertet. Bei Kindern mit Hang zu depressiven Verstimmungen wird diese Leistung selbst überwiegend als nicht ausreichend eingestuft, Fehler werden häufiger bemerkt als richtig gelöste Aufgaben und Scheitern oder Nichtvorankommen bei einer Übung wird zu ernst genommen. Dies führt wiederum in eine Negativspirale, wie im vorigen Absatz beschrieben, welche depressive Phasen auch erst auslösen oder die Gefahr dafür steigern kann. Betroffene Kinder zeigen häufig eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber kritischen Rückmeldungen, beispielsweise in Bezug auf schulische Erfolge beziehungsweise Aufgaben, während sie positive Rückmeldungen kaum wahrnehmen. Außerdem fällt es ihnen schwer, sich von belastenden Eindrücken zu distanzieren, wodurch sie diese gedanklich immer wieder durchlaufen und erneut erleben. (Castello & Brodersen, 2020, S. 92) Lehrpersonen sollen Kinder pädagogisch unterstützen, ihre Gedanken zu reflektieren und zu überprüfen und alternative Betrachtungsweisen zu formen. Ein Beispiel wäre der sokratische Dialog. Dabei wird durch gezielte Fragen der Lehrperson die Sichtweise des Kindes in Frage gestellt. Das Kind sollte dadurch seine eigene, oftmals falsche oder zu negative Betrachtung reflektieren und gegebenenfalls eine Änderung der eigenen Bewertung schaffen. Dieses konsequente Fragetechnik kann übertriebene, widersprüchliche und unproduktive Denkmuster schrittweise

verringern, während eine konstruktivere und realistischere Denkweise gefördert wird. (Castello & Brodersen, 2020, S. 95)

7.6.7 Emotionale Symptome

Verstärkende und häufig auftretende negative Symptome wie Trauer, sich wertlos fühlen oder niedergeschlagen zu sein, machen es depressiven Kindern außerdem schwer, dem Unterricht zu folgen beziehungsweise sich darauf zu fokussieren und ihre Leistungsfähigkeit einzusetzen. Für Lehrpersonen ist es unumgänglich, auf diese Symptome Rücksicht zu nehmen und die emotionale Komponente positiv zu fördern. Um Emotionen zu regulieren, ist es hilfreich, folgende vier Punkte einzubeziehen: das Bewusstsein über die Emotion, das Wissen beziehungsweise Verständnis der eigenen Emotion, die Empathiefähigkeit und die Regulation der eigenen Emotionen. (Castello & Brodersen, 2020, S. 107) Interventionen von Lehrpersonen können zum Beispiel mithilfe von konkreten Emotionstrainings oder Lebenskompetenzprogrammen durchgeführt werden. (Castello & Brodersen, 2020, S. 109) Auch das positive Schreiben eignet sich gut. Hier schreibt man schöne Ereignisse aus seinem Leben bewusst auf. Dabei bietet sich auch die Form des Tagebuchs an. Ein Beispiel wäre ein Erfolgstagebuch, wie die Vorlage in Abbildung *9* zeigt.

Mein Erfolgstagebuch – Was habe ich geschafft?

Schreibe bitte auf, wie und wann es dir gelungen ist, deine Stimmung positiv zu beeinflussen!
Was hat geholfen, dass es dir (etwas) besser ging?

Wichtig: Notiere auch kleine Fortschritte, Erfolge und Versuche!

Datum	Situation	Was habe ich geschafft? Was habe ich getan und wie hat es sich ausgewirkt?

Abbildung 9: Beispiel für eine Vorlage eines Erfolgstagebuchs (Groen & Petermann, 2015, S. 116)

Außerdem ist das Mood Monitoring sehr gut mit Kindern in der Volksschule durchführbar. Dabei schreiben die Kinder ihre Gefühle in den unterschiedlichsten Situationen laufend auf. Dann kann gemeinsam reflektiert werden, welche Situationen einem gut oder nicht gut tun, und entsprechend versuchen, die negativ gefühlten Situationen in Zukunft zu verändern. (Castello & Brodersen, 2020, S. 111–112) Sehr wichtig ist auch, dass die Lehrpersonen selbst regelmäßig ihr Verhalten reflektieren. Diese greifen im Schulalltag oft auf altbekannte Handlungsmuster zurück, um auf das Verhalten der Schülerinnen und Schüler zu reagieren. Solche können aber in speziell herausfordernden Situationen, wie im Umgang mit akut depressiven Kindern, nicht mehr hilfreich sein. Ein bewusster Perspektivwechsel, aktives Zuhören und die Einbeziehung der betroffenen Schülerinnen und Schüler und vor allem viel Rücksicht sind nötig, um situativ wirksame Strategien zu finden. (Castello & Brodersen, 2020, S. 112–113) Abbildung 10 zeigt eine Übung für Kinder, um positive Gefühle für die eigene Person zu stärken.

Komplimente kannst und sollst du dir auch selbst machen, denn es ist gut zu wissen,

- auf was du stolz sein kannst,
- was du besonders gut kannst,
- was liebenswert an dir ist,
- was du selber an dir magst!

Meine Komplimente an mich selbst

(1) .....

(2) .....

Abbildung 10: Schreibübung zur Stärkung des eigenen Selbstwert (Groen & Petermann, 2015, S. 59)

8 Prävention

8.1 Allgemein

Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter führen oft zu schwerwiegenden psychosozialen Beeinträchtigungen und es entsteht ein hohes Risiko für einen chronischen oder wiederkehrenden Verlauf einer Depression bis ins Erwachsenenalter. Zudem entstehen erhebliche gesellschaftliche Kosten durch Behandlungen und Folgeprobleme wie Arbeitsausfälle oder Frühverrentungen. Daher ist eine frühzeitige Prävention essenziell.

Es gibt zwei Strategien: Die selektive Prävention richtet sich an Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Depressionsrisiko, beispielsweise durch familiäre Vorbelastung oder soziale Unsicherheit. Die universelle Prävention wiederum zielt auf alle Kinder und Jugendlichen ab, unabhängig von individuellen Risikofaktoren. (Groen & Petermann, 2011, S. 185) In den letzten Jahren wurden zahlreiche Programme zur Prävention entwickelt und ihre Wirksamkeit empirisch bestätigt. Diese Programme nutzen häufig Methoden, die auch in der Behandlung depressiver Kinder und Jugendlicher angewandt werden. (Groen & Petermann, 2011, S. 186)

8.2 Prävention für Kinder bei depressiven Eltern

Ein familienorientiertes Präventionsprogramm, entwickelt von Beardslee und Kollegen, richtet sich an Kinder depressiver Eltern, unabhängig davon, ob diese bereits Symptome zeigen. Es umfasst sechs bis zehn Sitzungen, wobei die meisten mit den Eltern stattfinden. Zusätzlich gibt es gemeinsame Familiensitzungen und Einzelgespräche mit den Kindern, um ihr Verständnis für die elterliche Erkrankung zu fördern. Ziele des Programms sind die Reduktion familiärer Risikofaktoren, die Stärkung der Resilienz der Kinder durch verbessertes familiäres Klima und die Prävention depressiver Störungen. Langfristig zeigten sich positive Effekte, jedoch war die Wirkung nicht stärker als bei einer kürzeren, informationsbasierten Intervention. (Groen & Petermann, 2011, S. 187–188)

8.3 Prävention schulorientiert

Depressionen verursachen bei Kindern und Jugendlichen nicht nur emotionale Probleme, sondern auch starke schulische und soziale Beeinträchtigungen. Um dem frühzeitig entgegenzuwirken, gibt es verschiedene Präventionsprogramme für den schulischen Kontext. Viele dieser Programme sind in Handbüchern oder online detailliert beschrieben und können von Lehrpersonen in der Klasse direkt umgesetzt werden. Ziel ist es, einer Verfestigung der Symptome vorzubeugen und betroffene Schülerinnen und Schüler bestmöglich zu unterstützen. (Castello & Brodersen, 2020, S. 34)

Nevermann & Reicher (2020) definieren drei grundlegende Strategien und Ansatzpunkte zur Prävention in der Schule. Dabei handelt es sich um die universellen, selektiven und indizierten Präventionsmaßnahmen. Etwas genauer beschreiben werden die Punkte in Tabelle 6.

Strategien	**Ansatzpunkte**
Universelle Prävention, die auf alle Personen abzielt (z. B. auf die gesamte Schulklasse)	Kindzentrierte Ansätze (z. B. soziale Kompetenz des Kindes erhöhen, Problemlösefertigkeiten verbessern)
Selektive Prävention, die auf bestimmte Risikogruppen abzielt (z. B. Kinder mit einem depressiven Elternteil)	Elternzentrierte Ansätze (z. B. Elternkompetenzen verbessern)
Indizierte Prävention: wenn ein Kind bereits Probleme zeigt	Umweltzentrierte Ansätze (z. B. in Schulen, Kindergärten: Gestaltung gesundheitsförderlicher Lernumgebungen)

Tabelle 6: Strategien und Ansatzpunkte nach Nevermann & Reicher (Quelle: Nevermann, C. & Reicher, H., 2020, S.248)

In den folgenden Kapiteln werden allgemeine Punkte und spezifische Programme beschrieben, die dazu beitragen, depressive Symptome frühzeitig zu erkennen und zu verhindern.

8.3.1 Fördernde und schülerzentrierte Pädagogik

Ein positives Schulklima und eine starke soziale Einbindung in die Schulgemeinschaft können Schülerinnen und Schüler wirksam vor Depressionen

schützen. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 144) Besonders wichtig sind wertschätzende Beziehungen zu Lehrpersonen und Mitschülern sowie eine angstfreie, unterstützende Atmosphäre. Dies kann durch Maßnahmen wie soziale Integration, konsequente Anerkennung von Leistungen, Vermeidung von Überforderung und die Förderung individueller Stärken erreicht werden. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Schule und Elternhaus spielt ebenfalls eine zentrale Rolle. Kinder, die sich mit ihrer Schule identifizieren und ein starkes Gemeinschaftsgefühl erleben, sind widerstandsfähiger gegenüber schulischen Herausforderungen und fühlen sich weniger isoliert. Entscheidend ist jedoch, dass diese Prinzipien aktiv gelebt und nicht nur oberflächlich betont werden. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 145)

8.3.2 Rücksichtnahme auf Verhaltensweisen

Schülerinnen und Schüler mit depressiven Symptomen zeigen oft Verhaltensweisen wie anhaltende Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit und mangelnde Motivation, die für ihr Umfeld belastend sein können. Besonders problematisch ist ihre geringe Bereitschaft, sich auf positive Erlebnisse einzulassen, wodurch Konflikte mit Lehrkräften, Eltern und Mitschülern entstehen können. Ein grundlegendes Verständnis dieser Symptome hilft, Missverständnisse zu vermeiden und angemessen zu reagieren. Statt Passivität als Widerstand zu deuten, sollten pädagogische Fachkräfte depressive Kinder schrittweise in soziale Aktivitäten einbinden und ihnen durch positive Erlebnisse neue Perspektiven eröffnen. Da soziale Isolation depressive Entwicklungen verstärken kann, sollte die Schule gezielt Gelegenheiten zur sozialen Teilhabe schaffen, beispielsweise durch gemeinsame Projekte oder Freizeitangebote. Zudem kann die Einbindung von Mitschülern zur Förderung der sozialen Integration beitragen und so helfen, depressive Dynamiken frühzeitig zu durchbrechen. (Nevermann & Reicher, 2023, S. 146–147)

Nach der Zeit im Kindergarten werden ab Schulbeginn die Konzentration und Aufmerksamkeit der Kinder schnell sehr wichtig. Leistungen können nur mithilfe dieser Faktoren erbracht werden. Gewissermaßen werden diese Punkte vorausgesetzt und durch ständiges Üben in der Schule fortlaufend entwickelt. Dies wirkt präventiv für eine normale Entwicklung ohne psychische Störungen. (Ettrich & Ettrich, 2006, S. 71)

8.3.3 Training der sozialen Fertigkeit

Soziale Unsicherheit führt im Kindesalter sehr schnell zu geringeren sozialen Fertigkeiten. Durch einen stufenhaften Aufbauprozess der Sozialkompetenz kann einer depressiven Störung entgegengewirkt werden. Das Training mit sozial unsicheren Kindern von Petermann & Petermann (2010) ist eine kognitiv-behaviorale Methode zur selektiven Depressionsprävention. Soziale Unsicherheit, oft verbunden mit geringem Selbstwertgefühl und sozialer Isolation, wird durch schrittweisen Kompetenzaufbau reduziert.

Als wirksames Beispiel gilt die Wolkenköpfe-Übung von Petermann & Petermann. Dadurch wird die Selbst- und Fremdwahrnehmung gefördert. Kinder lernen, Gesichtsausdrücke zu interpretieren und ihre eigenen Gedanken und Gefühle zu reflektieren. Durch Tagebuchaufzeichnungen und kognitive Umstrukturierung werden negative Denkmuster erkannt und durch positive ersetzt. Ziel ist es, langfristig ein stabileres Selbstbild und bessere soziale Fertigkeiten zu entwickeln. (Groen & Petermann, 2011, S. 188)

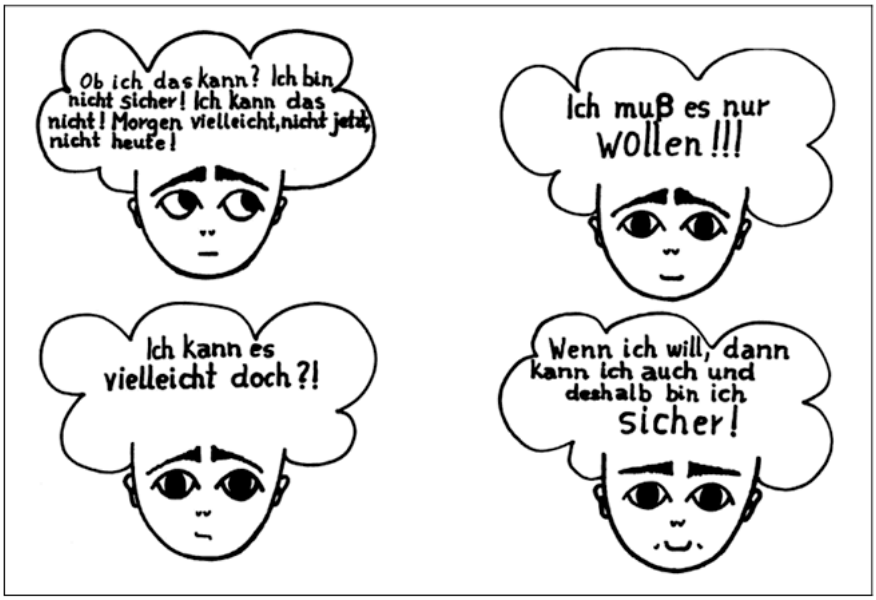

Abbildung 11: Wolkenköpfe (Petermann & Petermann, 2010, S. 132-133)

8.3.4 Lebenskompetenzprogramme

Lebenskompetenzprogramme sind präventive Maßnahmen, die darauf abzielen, Kindern und Jugendlichen Fähigkeiten zu vermitteln, die ihnen helfen,

Herausforderungen des täglichen Lebens effektiv zu bewältigen. Diese Programme fördern unter anderem Selbstwahrnehmung, Empathie, kritisches Denken, Problemlösungsfähigkeiten sowie den Umgang mit Gefühlen und Stress. Durch die Stärkung dieser Kompetenzen sollen gesundheitsrelevante Lebensweisen verbessert und das Auftreten von körperlichen und psychischen Erkrankungen verhindert werden. (Weichold, 2024) Mit der Durchführung dieser Programme kann vielen Risikofaktoren für eine depressive Störung schon im jungen Alter entgegengewirkt werden.

Für das Kindergartenalter und die erste Klasse Volksschule eignet sich als Beispiel das Lebenskompetenzprogramm „FREUNDE“. Es zielt darauf ab, die sozialen und emotionalen Fähigkeiten der Kinder zu stärken. Dadurch werden sie frühzeitig positiv in der Entwicklung ihrer Persönlichkeit unterstützt. Es basiert auf den von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Ansätzen zur Förderung von Lebenskompetenzen. Im Mittelpunkt des Programms steht die Entwicklung wichtiger Fähigkeiten, die Kindern helfen, Herausforderungen des Lebens besser zu bewältigen. Dazu gehören die Förderung der Selbstwahrnehmung, das Entwickeln von Empathie, die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit, das Erweitern von Problemlösefähigkeiten sowie der Umgang mit Stress und Emotionen.

Das Programm richtet sich ebenfalls an die Pädagogen mit Basisseminaren, in denen die sie geschult werden, um die genannten Kompetenzen gezielt zu fördern. Zusätzlich gibt es pädagogische Pakete, wie beispielsweise „Mit viel Gefühl" oder „Ein Platz zum Streiten", die konkrete Übungen zur Förderung sozial-emotionaler Fähigkeiten beinhalten. (Stiftung-Freunde, o. D.)

Für die erste bis vierte Schulstufe eignet sich zum Beispiel „Gemeinsam stark werden“. Wie auch das Programm „FREUNDE“ stärkt es das Grundvertrauen, die Beziehungsfähigkeit, den Selbstwert, die Werteverwirklichung der Schülerinnen und Schüler und begleitet sie auf ihrem Weg zu eigenverantwortlichen, mutigen und tatkräftigen Individuen. Das Programm unterstützt auch Lehrpersonen dabei, die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder nachhaltig zu fördern, und setzt auf zwei Ebenen an: der Unterrichtsgestaltung und der Beziehungsebene. Ein großer Vorteil des Programms ist, dass auch die Eltern und das soziale Umfeld miteingebunden werden. Das Programm umfasst eine Fortbildung zur

Qualifizierung von Lehrpersonen sowie eine umfangreiche Sammlung von Unterrichtsmaterialien und erlebnisorientierten Methoden zur Persönlichkeitsförderung. Zudem bietet es die Möglichkeit, Schulen als „Gemeinsam stark werden“-Schulen zertifizieren zu lassen, um das Engagement für die Förderung von Lebenskompetenzen sichtbar zu machen. (Gemeinsam Stark Werden, o. D.)

Gemeinsam stark werden

Das Lebens-kompetenzprogramm für die Volksschule

www.gemeinsam-stark-werden.org

Gemeinsam stark werden

ist ein Unterrichtsprogramm zur Persönlichkeitsförderung von Kindern im Volksschulalter (1.–4. Schulstufe). Das Ziel des Programms ist die Stärkung jener Lebenskompetenzen, die eine Voraussetzung für ein gesundes, selbstbestimmtes und erfülltes Leben sind.

„Gemeinsam stark werden“ ist mit dem Liechtensteiner Lehrplan LiLe kompatibel.

Umsetzung

„Gemeinsam stark werden“ bietet eine Vielzahl von erlebnisorientierten Methoden zur Persönlichkeitsförderung: Kennenlernspiele, Achtsamkeits- und Wahrnehmungsübungen, Reflexionsübungen, Kreatives Gestalten, Vertrauens- und Gemeinschaftsübungen, Redekreis, Ich-Buch, Ratespiele, Entspannungsübungen, Handpuppenübungen, Bewegungsspiele, Lieder und Rhythmusübungen, Rollenspiele usw.

Um Kinder in ihrer Persönlichkeitsentwicklung nachhaltig zu stärken, setzt „Gemeinsam stark werden“ gleichzeitig auf mehreren Ebenen an:

- Unterrichtsgestaltung: Bereitstellung von Unterrichtsmaterialen
- Beziehungsgestaltung: Hinweise für eine persönlichkeitsfördernde LehrerInnen-SchülerInnen-Beziehung
- Einbindung der Eltern bzw. des sozialen Umfelds

Entwickelt von Weitblick GmbH Zukunft gestalten

in Kooperation mit ÖSTERREICHISCHE ARGE SUCHTVORBEUGUNG

Zielsetzung

Als universelles Präventionsprogramm orientiert sich „Gemeinsam stark werden“ am Lebenskompetenzansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und leistet einen Beitrag zur Sucht-, Gewalt- und Suizidprävention sowie zur Prävention psychischer Störungen. Lebenskompetenzen ermöglichen es uns, mit der Welt, unserem Leben und dessen Belastungen zurechtzukommen. Sie sind die Hilfsmittel, mit denen wir Herausforderungen meistern und den Alltag erfolgreich bewältigen können.

Förderschwerpunkte

„Gemeinsam stark werden“ enthält 46 Lehreinheiten mit über 200 Übungen zur Förderung der folgenden personalen und sozialen Kompetenzen:

- Selbstwahrnehmung und Einfühlungsvermögen
- Selbstfürsorge, Entspannungs- und Genussfähigkeit
- Umgang mit Stress und herausfordernden Emotionen
- Entscheidungs- und Problemlösefähigkeit
- Kreatives und kritisches Denken
- Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit
- Selbstbehauptung
- Gemeinschaftspflege
- Identitätsbildung
- Körpererleben
- Umgang mit Unterschiedlichkeit
- Fähigkeit zur Wertverwirklichung und sinnvollen Lebensgestaltung
- Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme

Von der Unterstützung und Förderung in diesen Bereichen profitiert nicht nur das einzelne Kind,

Abbildung 12: Programminformation Gemeinsam stark werden (Gemeinsam stark werden, o. D.)

Weitere altersgereichte Lebenskompetenzprogramm sind:

- Lubo aus dem All!
- Faustlos
- Zippy’s Freunde
- Klasse2000
- Mich und Dich verstehen

(GIVE - Servicestelle für Gesundheitsförderung An Österreichs Schulen, 2025)

Als weiteres wirksames Training für sozial unsichere Kinder gelten operante Methoden. Diese dienen zur Förderung von Motivation und Aktivität. Positive Verhaltensweisen, insbesondere das Überwinden von Ängsten und Kompetenzmängeln, werden gezielt verstärkt. Durch kognitiv-behaviorales Training wird der Problemlöseprozess schrittweise verbessert und die Selbst- und Fremdwahrnehmung gestärkt. Dies ist sehr wichtig, um sich der eigenen Gedanken und Emotionen bewusst zu sein. Außerdem wird das Lernen am Modell in Form von Rollenspielen genutzt. (Groen & Petermann, 2011, S. 189)
Rollenspiele helfen den Kindern, verbale und nonverbale Signale besser zu interpretieren und sozial kompetentes Verhalten zu erlernen. (Groen & Petermann, 2011, S. 191) Auf diese Weise werden soziale Kompetenzen erweitert.
Sehr wichtig ist außerdem eine gezielte Verhaltensrückmeldung zur Verbesserung sozialer Interaktionen im Alltag. (Groen & Petermann, 2011, S. 189)
Für Letzteres eignet sich gut die „Hausaufgabentechnik“. Hierbei geht es um Beobachtungs- und/oder Verhaltensübungsaufgaben, die im Training eingeführt und erfolgreich geübt wurden. Zusätzlich erhält das Kind ein diesbezüglich entwickeltes Arbeitsblatt. Darauf sind die Aufgaben aufgelistet und es gibt dementsprechend Platz für deren tägliche Reflexion dieser. (Groen & Petermann, 2011, S. 190)
Ein zentraler Erfolgsfaktor ist die Einbeziehung der Familie. In strukturierten Familiengesprächen werden Eltern für die Probleme ihrer Kinder geschult. Sie sollen lernen, Belastungen zu minimieren, ihr Kind zu ermutigen und es dabei zu unterstützen, sich Herausforderungen zu stellen. Durch Verhaltensübungen erhalten Eltern Werkzeuge, um ihrem Kind ein differenziertes Feedback zu geben und positive Aktivitäten im Alltag gezielt zu fördern. (Groen & Petermann, 2011, S. 191)
Wie im Kapitel „Ursachen und Risikofaktoren“ beschrieben, spielen auch die externen globalen Faktoren schon bei Kindern eine Rolle. Dippel und Asbrand (2023) zeigen in ihrer Studie auf, dass die Prävention psychischer Belastungen bei Kindern eine Sensibilisierung für Krisen und deren Auswirkungen erfordert. Die Ursachen solcher Krisen sollten ebenfalls mit einbezogen werden. Die Lebensumstände der Kinder müssen laufend im Blick behalten werden. Die Schulen müssen dabei eine zentrale Rolle spielen, indem sie Gesprächsräume

schaffen und Lehrpersonen in diesen Themen gezielt weiterbilden. (Dippel & Asbrand, 2023)

9 Zusammenfassung, Resümee und Ausblick

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit Depressionen bei Kindern im Volksschulalter und deren Auswirkungen auf den schulischen Alltag. Dabei wurde deutlich, dass depressive Störungen in dieser Altersgruppe eine komplexe und vielschichtige Problematik darstellen, die sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Herausforderungen mit sich bringt. Psychische Erkrankungen im Kindesalter stellen eine zunehmende Herausforderung dar, insbesondere für Lehrpersonen, die im Unterricht direkt mit betroffenen Schülerinnen und Schülern konfrontiert sind. Die Arbeit verfolgt das Ziel, die Ursachen, Symptome und Folgen von Depressionen in dieser Altersgruppe zu analysieren und Möglichkeiten aufzuzeigen, wie Schulen und Lehrpersonen unterstützend eingreifen können.
Die Erkenntnisse aus dieser Arbeit unterstreichen die Notwendigkeit eines ganzheitlichen Ansatzes, der präventive Maßnahmen, frühzeitige Diagnose und eine umfassende Behandlung umfasst, um den betroffenen Kindern zu helfen.

Im theoretischen Teil wurden grundlegende Definitionen, diagnostische Kriterien sowie spezifische Symptome von Depressionen im Kindes- und Jugendalter beschrieben.
Besondere Aufmerksamkeit galt den Risikofaktoren, die zur Entstehung von Depressionen beitragen, sowie den schulischen Rahmenbedingungen, die sowohl schützend als auch belastend wirken können. Es wurde festgehalten, dass Schule sowohl eine stabilisierende Funktion haben kann als auch durch Leistungsdruck, soziale Konflikte oder Mobbing zur Gruppe der Risikofaktoren gehören kann.
Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sind durch eine Vielzahl von Symptomen gekennzeichnet, die das emotionale, kognitive und soziale Wohlbefinden beeinträchtigen. Die Symptomatik reicht von emotionaler Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit bis hin zu körperlichen Beschwerden und sozialem Rückzug. Diese Symptome sind oft schwer zu erkennen, da sie sich hinter Verhaltensweisen verbergen können, die zunächst nicht auf eine depressive

Störung hinweisen. In der folgenden Tabelle werden mögliche Symptome einer Depression im schulischen Kontext zusammengefasst:

Depressive Symptome, die den Erfolg in der Schule erschweren

- Traurige bis gereizte Stimmung, Unausgeglichenheit,
- Müdigkeit, Erschöpfung,
- Lustlosigkeit,
- Konzentrationsprobleme,
- negative Gedanken,
- schlechtes Selbstwertgefühl,
- sozialer Rückzug bzw. auch soziale Konflikte,
- Hoffnungslosigkeit,
- körperliche Beschwerden (z. B. Kopfschmerzen, Magen-Darm-Störungen).

Abbildung 13: Anzeichen von Depressivität im Schulalltag (Quelle: Nevermann, C. & Reicher, H., 2020, S.127)

Die Ursachen für Depressionen sind multifaktoriell und umfassen psychologische, biologische und soziale Faktoren. Psychologisch spielen negative kognitive Schemata und ein Gefühl der Hilflosigkeit eine zentrale Rolle, während biologische Faktoren wie genetische Veranlagungen und neurobiologische Prozesse ebenfalls eine wichtige Rolle spielen. Soziale Faktoren, wie familiäre Konflikte oder soziale Isolation, tragen ebenfalls zur Entstehung und Verstärkung depressiver Störungen bei. Eine konkrete Übersicht gibt folgende Tabelle 7:

Bindung	Unsichere frühkindliche Bindungen führen zu verzerrten und unsicheren Arbeitsmodellen.
Verhalten	Verstärkung durch angenehme Aktivitäten und positive Erlebnisse geht verloren.
Selbstkontrolle	Möglichkeiten, das eigene Verhalten im Hinblick auf längerfristige Ziele zu organisieren, und die Fähigkeiten zur Selbstbeobachtung, -bewertung und Selbstverstärkung sind beeinträchtigt.
Psychodynamisch	Ärger, Wut und Aggression gegen verlorene Objektbeziehungen werden gegen die eigene Person gerichtet.
Interpersonell	Mangelnde soziale Fertigkeiten, zwischenmenschliche Schwierigkeiten und besondere Herausforderungen (z. B. im Zusammenhang mit Entwicklungsübergängen und Rollenveränderungen, Verlusten) beeinträchtigen die Stimmung.
Sozial und umweltbezogen	Kritische Lebensereignisse und alltäglicher Streß können in Abhängigkeit von sozialer Unterstützung und Problembewältigungsfertigkeiten nicht adäquat bewältigt werden.
Neurobiologisch	Besonderheiten der Reizübertragung im Hormonhaushalt und in der Hirnanatomie begünstigen die Depression oder haben aufrechterhaltende Funktion.

Tabelle 7: Risikofaktoren für die Entstehung von Depressionen (Quelle: Nevermann, C. & Reicher, H., 2020, S.174)

Die Klassifikation depressiver Störungen nach ICD-10 der WHO bietet ein weltweit einheitliches System, um die verschiedenen Formen und Schweregrade von Depressionen zu erfassen. Dies ermöglicht eine standardisierte Diagnose als Grundlage für Behandlungsansätze, die auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt sind. Besonders hervorzuheben ist die Bedeutung der frühzeitigen Erkennung und Behandlung, da depressive Störungen im Kindesalter oft unentdeckt bleiben und sich zu chronischen Erkrankungen entwickeln können. Im Fokus der Arbeit stand auch die Rolle von Lehrpersonen im Umgang mit depressiven Kindern. Es wurde gezeigt, dass die frühzeitige Erkennung und gezielte Interventionen im schulischen Rahmen einen erheblichen Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf haben können. Lehrpersonen sind oft erste Bezugspersonen außerhalb des familiären Umfelds und können durch

Sensibilisierung und angemessene Maßnahmen dazu beitragen, betroffenen Kindern zu helfen.
Die Behandlung depressiver Störungen umfasst eine Kombination aus psychotherapeutischen Ansätzen, medikamentöser Therapie und familiärer Unterstützung bei Kindern. Psychotherapeutische Methoden wie die kognitive Verhaltenstherapie haben sich als besonders wirksam erwiesen, da sie den betroffenen Kindern helfen, negative Denkmuster zu durchbrechen.
Folgende Tabelle 8 gibt einen kurzen Überblick über den Behandlungsmethoden einer depressiven Störung:

Methode	Vorgehensweise
Kognitive Verhaltenstherapie	• erkennen, durchbrechen und verändern belastender Denkmuster
Interpersonelle Psychotherapie	• Stärkung zwischenmenschlicher Beziehungen • Unterstützung bei sozialen Konflikten und Alltagsbewältigung
Psychodynamische Psychotherapie	• Bearbeitung unbewusster Konflikte • Betrachtung des Einflusses und mögliches Aufarbeiten früherer Erfahrungen auf aktuelles Verhalten
Pharmakotherapie	• Einsatz von Medikamenten • nur in Kombination mit Therapie mit psychotherapeutischer Behandlung
Spieltherapie	• Konflikte werden spielerisch dargestellt (oftmals mit Einsatz von Materialien) und im Spiel gelöst
Familientherapie	• Einbeziehung der Familie in Therapieprozess • Verbesserung der familiären Kommunikation und Lösung von Konflikten

Tabelle 8: Behandlungsmethoden einer depressiven Störung

Die in dieser Arbeit analysierten Studien, darunter die KiGGS-Studie, die BELLA-Studie sowie aktuellere Untersuchungen wie die COPSY-Studie, verdeutlichen die zunehmende Relevanz und Verbreitung psychischer Erkrankungen bei Kindern

und Jugendlichen. Betont werden dabei die belastenden Auswirkungen von aktuellen gesellschaftlichen und globalen Krisen. Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche sind besonders betroffen. Daher reichen Präventions- und Behandlungsmethoden mit ausschließlichem Bezug auf intrapersonale und interpersonale Faktoren nicht mehr aus. Aktuelle Modelle müssen mit Risikofaktoren der heutigen digitalen und globalen Lebenswelten ergänzt werden. Insbesondere die Langzeituntersuchung von Otto et al (2020) zeig, dass psychische Auffälligkeiten bereits im Kindesalter auftreten und langfristige Auswirkungen auf die Entwicklung und das Wohlbefinden haben. Die Hälfte der betroffenen Kinder und Jugendlichen entwickelte einen chronischen Verlauf von psychischen Problemen. Besorgniserregend ist, dass nur etwa die Hälfte der Betroffenen angemessene Behandlung erhielt. Diese Erkenntnisse unterstreichen die Notwendigkeit frühzeitiger Interventionen sowie die Bedeutung der Schule als Ort der Prävention und Unterstützung.

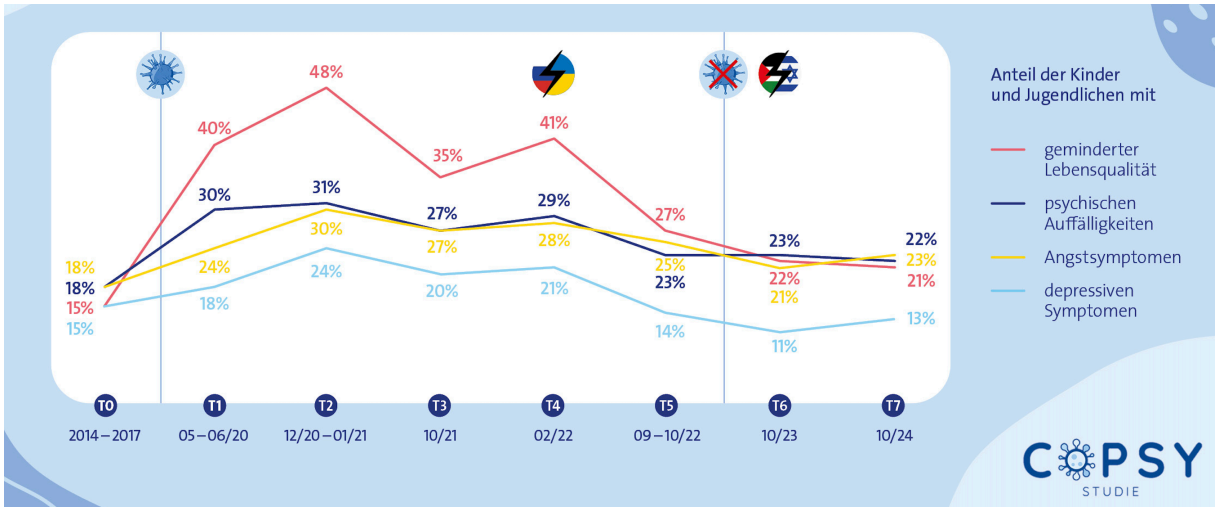

Abbildung 14: COPSY-Studieergebnisse zur psychischen Gesundheit im Verlauf (UKE-Pressemitteilung: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch globale Krisen belastet, o. D.)

Der zweite Teil der wissenschaftlichen Arbeit bezieht sich fast ausschließlich auf den schulischen Kontext. Die Schule spielt eine zentrale Rolle im Leben von Kindern in der Volksschule und kann sowohl als Risikofaktor als auch als Unterstützungssystem fungieren. Lehrpersonen sind häufig an vorderster Front, wenn es um die Erkennung und Unterstützung depressiver Schülerinnen und Schüler geht. Ein sensibler Umgang mit den betroffenen Kindern, die Förderung

sozialer Kompetenzen und die Schaffung eines unterstützenden Schulklimas sind entscheidend, um depressive Störungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Die Analyse verschiedener schulischer Präventions- und Interventionsansätze ergab, dass ein ganzheitlicher Ansatz erforderlich ist. Neben individueller Unterstützung durch die Lehrpersonen sind auch schulweite Programme wie Lebenskompetenzprogramme notwendig. Diese Programme fördern zum Beispiel soziale und emotionale Fähigkeiten, die den betroffenen Kindern helfen, Herausforderungen in der Schule und im täglichen Leben besser zu bewältigen. Kreative Ausdrucksformen und strukturierte Tagesabläufe sind außerdem hilfreich, um depressive Symptome zu lindern und Resilienz zu stärken. Die Einbeziehung der Familie und des sozialen Umfelds in den Präventions- und Interventionsprozess ist ebenfalls von großer Bedeutung, da ein unterstützendes Netzwerk die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen erhöht.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Depressionen im Volksschulalter häufig unterschätzt werden, obwohl sie erhebliche Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die schulische Entwicklung der Kinder haben. Die Erkenntnisse dieser Arbeit zeigen, dass Depressionen im Kindes- und Jugendalter eine ernstzunehmende Herausforderung darstellen, die ein umfassendes und interdisziplinäres Vorgehen erfordert. Zukünftige Forschung sollte sich weiterhin auf die Entwicklung und Evaluierung effektiver Präventions- und Behandlungsstrategien konzentrieren. Die Arbeit zeigt, dass eine frühzeitige Erkennung und Unterstützung entscheidend dafür sind, langfristige Folgen zu vermeiden. Dabei ist es wichtig, die individuellen Bedürfnisse der betroffenen Kinder zu berücksichtigen und maßgeschneiderte Unterstützungsmaßnahmen zu entwickeln.

Für die Zukunft ergeben sich somit verschiedene Handlungsansätze, um den Umgang mit Depressionen im schulischen Kontext zu verbessern.

Schulische Rahmenbedingungen können sowohl präventiv als auch verstärkend auf depressive Symptome wirken. Unterstützend wirken ein positives Klassenklima und ein guter Zusammenhalt in der Klasse. Die Beziehungen von Lehrpersonen und Kindern mit depressiven Störungen sollten verlässlich und stabil sein. Außerdem sollte besonders darauf geachtet werden, dass betroffene Kinder gut sozial integriert sind. In der folgenden Abbildung 15 werden

beispielhafte Ansätze zur Prävention im schulischen Alltag von Nevermann & Reicher angeführt und anschließend im nächsten Absatz mit Erklärungen ergänzt.

Mögliche Ansatzpunkte von Präventionsprogrammen zur Verhinderung depressiver Entwicklungen

- Emotionale Kompetenz stärken (Zusammenhang zwischen Gefühlen und Gedanken klarmachen, lernen, mit Frustrationen, Mißerfolg und Enttäuschungen umzugehen);
- Depressiv machende Gedanken erkennen und verändern (realitätsgerechte Ursachenzuschreibung von Ereignissen, Aufbau von realitätsbezogenem Optimismus);
- Günstige Problem- und Streßbewältigungsstrategien aufbauen;
- Soziale Kompetenz stärken (soziales Problemlösen, Selbstbehauptung und Konfliktlösen);
- Kommunikative Kompetenzen fördern (eindeutiges verbales und nonverbales Kommunikationsverhalten, Zuhören);
- Selbstwirksamkeitsüberzeugungen durch Könnenserfahrungen aufbauen;
- Erfolgserlebnisse verschaffen, Leistungsmotivation aufbauen, das Kind zum Lernen anregen, Lernfortschritte positiv rückmelden.

Abbildung 15: Beispielhafte Ansätze zur Prävention im schulischen Alltag (Quelle: Nevermann, C. & Reicher, H., 2020, S.236)

Zur Stärkung der Selbstwahrnehmung können Kinder beispielsweise in die Auswahl von Themen oder Aufgaben miteingebunden werden. Äußerst wichtig ist auch, mit betroffenen Kindern gemeinsam realistische Lernziele zu setzen, um Erfolgserlebnisse zu realisieren. Als sehr wirksam gelten die Wenn-Dann-Pläne. (Castello & Brodersen, 2020, S.69) Zum Beispiel: Wenn ich zuhause mit dem Mittagessen fertig bin, lerne ich als erstes 20 Minuten die Lernwörter für die nächste Ansage. Die Auswahl an unterschiedlichsten Materialien zur Zielsetzung ist ebenfalls groß. (Beispiel siehe Abbildung 5) Die Lehrpersonen sollten regelmäßig die Gefühlssituation der Kinder überprüfen. Dabei eignet sich als Beispiel die Mal- oder Schreibübung „Waagschale“. (Groen & Petermann, 2015, S. 123). Dabei malen oder schreiben Kinder die Situationen im (Schul) -alltag, welche ihnen entweder Freude oder Stress bereiten. Tätigkeiten und Erfolge sollten festgehalten werden, um diese auch zu realisieren und zu reflektieren. Hierfür eignet sich ein „Lerntagebuch“. (Castello & Brodersen, 2020, S. 82) Die

Lehrperson sollte ebenfalls laufend mit den Kindern über Lernziele, Lernstand, Denkmuster, etc. kommunizieren und somit eine eventuell kritische Sichtweise des Kindes hinterfragen. Somit können ebenfalls negative oder falsche Denkmuster von depressiven Kindern durchbrochen werden. Lehrpersonen können sich an den sokratischen Dialog halten. Dabei wird durch gezielte Fragen die Sichtweise des Kindes infrage gestellt. (Castello & Brodersen, 2020, S. 95) Wie in der kognitiven Verhaltenstherapie sollte in der Schule auch laufend eine Anregung zu aktivem Verhalten gegeben sein, da Kinder mit Depressionen oftmals antriebslos sind. Neben einem aktiven Verhalten, bei dem auch die Bewegung eine enorme Rolle spielt, sind Entspannungsübungen wichtig. Zum Beispiel kann das richtige Atmen gelernt und immer wieder in verschiedenen Unterrichtssituationen durchgeführt werden. Als Anleitung kann Abbildung 6 genutzt werden. Es gibt auch eine Vielzahl an geführten Entspannungsübungen, wie die Rosinenübung in Abbildung 7. Die Rosine kann durch andere Dinge ersetzt werden und somit kann diese Übung öfters wiederholt werden. Im Unterrichtssetting sollte auf depressive Kinder Rücksicht genommen werden, hilfreich sind hierbei Lerngruppen. Wie in dieser Arbeit öfters beschrieben, leiden depressive Kinder verstärkt unter negativen emotionalen Symptomen. In der Schule sollten diese aufgegriffen und hingegen positiven Emotionen gefördert werden. Eine erfolgreiche Übung ist das Mood Monitoring. Die Kinder schreiben laufend ihre Gefühle in verschiedenen Situationen auf und reflektieren. Somit wird offengelegt, welche Situationen mit negativen Gefühlen verbunden sind, sodass versucht werden kann, diese in Zukunft zu verändern. Eine ähnliche Übung ist die Wolkenkopf-Übung (Petermann & Petermann, 2010, S. 132-133) in Abbildung 11. Weiter eignet sich zum Beispiel ein Erfolgstagebuch, eine eigens geschriebene Komplimente-Karte eines Kindes für sich selbst oder Lebenskompetenzprogramme. Letztere wirken Risikofaktoren für depressive Störungen schon im jungen Alter sehr gut präventiv entgegen. Für die jüngere Altersgruppe in der Volksschule eignet sich das Programm „FREUNDE“ (Stiftung-Freunde, o. D.) und für die Älteren das ähnlich aufgebaute Programm „Gemeinsam stark werden“. (Gemeinsam Stark Werden, o.D.) Diese Programme vermitteln Fähigkeiten, welche den Kindern helfen, Herausforderungen des täglichen Lebens effektiv zu bewältigen. Die Selbstwahrnehmung, Empathie, kritisches Denken, Problemlösungsfähigkeiten

sowie der Umgang mit Gefühlen und Stress werden thematisiert. Somit werden beispielsweise auch der Selbstwert und die Beziehungsfähigkeit gestärkt. Die Eltern und das soziale Umfeld werden ebenfalls in diese Programme miteingebunden. Abschließend muss noch betont werden, dass Lehrpersonen den betroffenen Kindern deren Erfolgserlebnisse und positive Weiterentwicklung im Schulalltag stets vor Augen halten sollten. Dabei eignen Sätze wie: „Mir ist aufgefallen…“, „Ich habe bemerkt…“ im positiven Sinne. Wichtig ist, nicht nur die Endleistung des Kindes zu beurteilen, sondern auch den laufenden Prozess. Lob unter vier Augen ist für betroffene Kinder, welche oft sehr sensibel sind, meist angenehmer als öffentliches Lob. Ein weiters Beispiel ist die Vergabe von Stärken-Karten, die das Kind immer wieder ansehen kann. Zusammenfassend werden die Beispiele noch einmal in Tabelle 9 abgebildet:

Ziel	Methode
Selbstverantwortung stärken	• Kinder in die Themen- und Aufgabenwahl einbeziehen • Realistische, erreichbare Lernziele zusammen mit Kindern setzen • Mal-/Schreibübung zur Reflexion von Freuden und Belastungen, z. B. „Waagschale“-Übung
Aktivität und Antrieb fördern	• Einsatz von Plänen zum Ausprobieren neuer Verhaltensweisen (Versuch und Irrtum) • Verwendung motivierender Metaphern (z. B. „Gewinnen beginnt mit beginnen“, „Kleine Schritte sind besser als große Worte“)
Lernziele setzen und Selbstregulation verbessern	• Erstellung von Wenn-Dann-Plänen (z. B. „Wenn ich mit dem Mittagessen fertig bin, lerne ich 20 Minuten“) • Nutzung von Arbeitsblättern und (Lern-)Tagebüchern zur Erfolgskontrolle • Einsatz von Beispielaussagen zur Motivationsförderung (siehe Tabelle 4 und Abbildung 5)
Bewegung und Entspannung fördern	• Integration von sportlichen Aktivitäten (Bewegte Pause, Spaziergänge) ohne übermäßigen Wettkampfdruck • Durchführung von Entspannungsübungen (z. B. Anleitung zur Brust- und Bauchatmung, Rosinenübung)
Kognitive Leistung und realistisches Denken verbessern	• Gemeinsame Reflexion und Hinterfragen negativer Denkmuster und Förderung eines realistischen Selbstbilds durch gezielte Gesprächsimpulse, z. B. in Form des sokratischen Dialogs

Emotionale Unterstützung und positives Selbstwertgefühl fördern	• Regelmäßiges Mood Monitoring (Aufzeichnung und Reflexion der Gefühlslage) • Führen eines Erfolgstagebuchs bzw. Komplimente-Karte • Schreibübungen zur Stärkung des Selbstwerts (z. B. Wolkenkopfe-Übung)
Soziale Fertigkeiten und Lebenskompetenzen trainieren	• Gezieltes Training sozialer Fertigkeiten in Kleingruppen, z. B. durch Durchführung von Rollenspielen zur Verbesserung der nonverbalen und verbalen Kommunikation • Einbindung strukturierter Lebenskompetenzprogramme (z. B. Förderprogramme, Gruppenangebote)
Prävention im Schulalltag stärken	• Fördernde und schülerzentrierte Pädagogik: Unterricht so gestalten, dass individuelle Stärken und Interessen berücksichtigt werden • Rücksichtnahme auf unterschiedliche Verhaltensweisen und Bedürfnisse der Kinder • Lernmaterialien (Mal-/Schreibübungen etc.) und Rollenspiele zur Förderung sozialer Kompetenzen und Konfliktlösung • Implementierung von Lebenskompetenzprogrammen zur Stärkung emotionaler und sozialer Ressourcen (z. B. Programme zur Stressbewältigung und Resilienzförderung, konkret „FREUNDE“ oder „Gemeinsam stark werden“)

Tabelle 9: Ziele und Methoden zur Unterstützung und Prävention von depressiven Kindern in der Schule

Die Entwicklung von weiteren Präventionsprogrammen ist erforderlich, welche bereits in frühen Schuljahren ansetzen und sowohl Kinder als auch Eltern und Lehrpersonen einbeziehen. Der vernetzte Ansatz ist besonders wichtig, da nur mithilfe guter Zusammenarbeit zwischen der Schule, den Bezugspersonen betroffener Kinder, psychologischen Fachkräften und Ärzten eine nachhaltige Unterstützung für diese Kinder geschaffen werden kann.
Lehrpersonen benötigen umfassende Weiterbildungen und Unterstützung, um depressive Störungen frühzeitig zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren. Die Förderung eines positiven Schulklimas und die Integration von Präventionsprogrammen in den Schulalltag können dazu beitragen, die psychische Gesundheit von Kindern nachhaltig zu verbessern.

Darüber hinaus ist es notwendig, die gesellschaftlichen und globalen Faktoren, die zur Entstehung und Verstärkung depressiver Störungen beitragen, stärker in den Fokus zu rücken. Die Sensibilisierung für die Auswirkungen von Krisen und globalen Herausforderungen auf die psychische Gesundheit von Kindern ist maßgeblich. Im Allgemeinen muss das Bewusstsein für psychische Erkrankungen in der Gesellschaft gestärkt werden, damit Vorurteile abgebaut und ein offenerer Umgang mit psychischen Problemen ermöglicht wird. Langfristig kann dies dazu beitragen, dass Depressionen früher erkannt und behandelt werden und betroffene Kinder die bestmögliche Unterstützung erhalten.
Die Forschung auf diesem Gebiet bleibt weiterhin notwendig, um wirksame schulische und therapeutische Konzepte zu entwickeln, die speziell auf die Bedürfnisse von Kindern im Volksschulalter abgestimmt sind. Nur so kann sichergestellt werden, dass alle Kinder die gleichen Chancen auf eine gesunde psychische Entwicklung haben.

Abgeschlossen wird diese Arbeit mit einem Zitat von Peter Bamm:
„Ein Kind ist ein Buch, aus dem wir lesen und in das wir schreiben.“

10 Literaturverzeichnis

Bundesverband Mutismus e. V. (o. D.). *Was ist Mutismus?* https://www.mutismus.de

Castello, A., Brodersen, G. (2021). *Unterricht und Förderung bei Depressionen: Psychologisches Wissen für Lehrkräfte.* Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) - Klinisch-diagnostische Leitlinien*. (10. Auflage). Hogrefe AG.

Dippel, N. & Asbrand, J. (2023). Internalisierende Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, *32*(4), 199–204. https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000431

Elpers, M. (2021). *Wenn die Kinderseele streikt: Warum immer mehr Kinder psychisch erkranken und wie wir sie schützen können*. Beltz.

Ettrich, C. & Ettrich, K. (2006). *Verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche*. Springer Science & Business Media.

Gemeinsam stark werden. (o. D.). https://www.gemeinsam-stark-werden.org/primar

GIVE - Servicestelle für Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen. (o. D.). https://www.give.or.at/

Groen, G. & Petermann, F. (2011). *Depressive Kinder und Jugendliche*. (2. Aufl.). Hogrefe AG.

Groen, G. & Petermann, F. (2011). *Wie wird mein Kind wieder glücklich?: Praktische Hilfe gegen Depressionen*. Hogrefe AG.

Groen, G. & Petermann, F. (2015). Therapie-Tools Depression im Kindes- und Jugendalter. In *Beltz eBooks*. https://katalog.ub.uni-heidelberg.de/cgi-bin/titel.cgi?katkey=67897643

Heinemann, E., & Hopf, H. (2015). *Psychische Störungen in Kindheit und Jugend: Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie* (5. aktualisierte Aufl.). Kohlhammer.

Herrmann, K., Seeber, R., Just, F., & Böttcher, H. (2013). *Depressionen fragen nicht nach dem Alter! Symptome, Therapieansätze und Ursachen im Kindergarten-, Jugend- und Rentenalter*. ScienceFactory.

KiGGS: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. (o. D.). kindergesundheit-info.de. https://www.kindergesundheit-info.de/fachkraefte/grundlagen/daten-und-fakten/kiggs-studie/

Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T., Hölling, H., Robert Koch Institut & Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Journal Of Health Monitoring*, *3*(3), 37–38. https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/5767/JoHM_03_2018_Psychische_Auffaelligkeiten_KiGGS-Welle2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Nevermann, C. & Reicher, H. (2020). *Depressionen im Kindes- und Jugendalter: Erkennen, Verstehen, Helfen*. (3., aktualisierte Auflage). Verlag C.H. Beck oHG.

Otto, C., Reiss, F., Voss, C., Wüstner, A., Meyrose, A., Hölling, H. & Ravens-Sieberer, U. (2020). Mental health and well-being from childhood to adulthood: design, methods and results of the 11-year follow-up of the

BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *30*(10), 1559–1577. https://doi.org/10.1007/s00787-020-01630-4

Petermann, U., & Petermann, F. (2010). *Training mit sozial unsicheren Kindern* (10., veränd. Aufl.). Beltz.

Pschyrembel. (2020). *Klinisches Wörterbuch*. (268. Auflage). De Gruyter.

Stiftung-Freunde. (o. D.). *Home*. Lebenskompetenzen für Kinder, Prävention in der Kita, Weiterbildung für Erzieherinnen. https://stiftung-freunde.de/index.html

Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2023). *Was ist eine Depression?* https://www.deutsche-depressionshilfe.de

UKE - Child Public Health - BELLA-Studie. (o. D.). *UKE - Child Public Health - BELLA-Studie.* https://www.uke.de/kliniken-institute/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/forschung/arbeitsgruppen/child-public-health/forschung/bella-studie.html

UKE - Pressemitteilung - Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch globale Krisen belastet. (o. D.). *UKE - Pressemitteilung - Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen Durch Globale Krisen Belastet.* https://www.uke.de/allgemein/presse/pressemitteilungen/detailseite_160448.html

Weichold, K. (2024). Lebenskompetenzen und Kompetenzförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i070-3.0

Will, H., Grabenstedt, Y. & Banck, G. (2008). *Depression: Psychodynamik und Therapie* (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). W. Kohlhammer Verlag.

World Health Organization. (o. D.). *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. https://icd.who.int/

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prävalenz psychischer Auffälligkeiten nach Geschlecht und sozioökonomischem Status _ n=6637 Mädchen, n=6568 Jungen (KiGGS Welle 2, 2014-2017) 27
Abbildung 2: COPSY-Studie-Ergebnisse Psychische Gesundheit im Verlauf (UKE-Pressemitteilung-Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch globale Krisen belastet, o. D.) 30
Abbildung 3: Sozial-kognitive Informationsverarbeitung bei sozial unsicheren und depressiven Kindern und Jugendlichen (Groen & Petermann, 2011, S. 190) 39
Abbildung 4: Mal-oder Schreibübung: Waagschale(Groen & Petermann, 2015, S. 123) 42
Abbildung 5: Übung zur Zielsetzung (Groen & Petermann, 2015, S. 66) 45
Abbildung 6: Anleitung zur Brust- und Bauchatmung (Groen & Petermann, 2015, S. 127) 45
Abbildung 7: Anleitung zur Rosinenübung (Groen & Petermann, 2015, S. 130) 46
Abbildung 8: Negativspiral in Bezug auf schulischer Leistung bei depressiven Kindern (Castello & Brodersen, 2020, S. 74) 47
Abbildung 9: Beispiel für eine Vorlage eines Erfolgstagebuchs (Groen & Petermann, 2015, S. 116) 49
Abbildung 10: Schreibübung zur Stärkung des eigenen Selbstwert (Groen & Petermann, 2015, S. 59) 50
Abbildung 11: Wolkenköpfe (Petermann & Petermann, 2010, S. 132-133) 54
Abbildung 12: Programminformation Gemeinsam stark werden (Gemeinsam stark werden, o. D.) 56
Abbildung 13: Anzeichen von Depressivität im Schulalltag (Quelle: Nevermann, C. & Reicher, H., 2020, S.127) 59
Abbildung 14: COPSY-Studieergebnisse zur psychischen Gesundheit im Verlauf (UKE-Pressemitteilung: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch globale Krisen belastet, o. D.) 62

Abbildung 15: Beispielhafte Ansätze zur Prävention im schulischen Alltag (Quelle: Nevermann, C. & Reicher, H., 2020, S.236) 64

12 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Symptomatik vom Kleinkind- bis Jugendalter (Quelle: Groen & Petermann, 2011, S. 30) 18
Tabelle 2: Mögliche vereinfachte Interventionen der Kognitiven-Verhaltenstherapie (Quelle: Nevermann, C. & Reicher, H., 2020, S.213) 24
Tabelle 3: Mögliche Merkmale einer Depression bei Schülerinnen und Schüler (Quelle: Nevermann, C. & Reicher, H., 2020, S.131) 36
Tabelle 4: Beispielaussagen- und Fragen zur Motivation von Lernzielen (Quelle: Castello & Brodersen, 2020, S. 69) 44
Tabelle 5: Beispiel für ein Lerntagebuch (Quelle: Castello & Brodersen, 2020, S. 82) 48
Tabelle 6: Strategien und Ansatzpunkte nach Nevermann & Reicher (Quelle: Nevermann, C. & Reicher, H., 2020, S.248) 52
Tabelle 7: Risikofaktoren für die Entstehung von Depressionen (Quelle: Nevermann, C. & Reicher, H., 2020, S.174) 60
Tabelle 8: Behandlungsmethoden einer depressiven Störung 61
Tabelle 9: Ziele und Methoden zur Unterstützung und Prävention von depressiven Kindern in der Schule 67

Eidesstattliche Erklärungen

"Ich erkläre, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbst verfasst habe und dass ich dazu keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet habe. Außerdem habe ich ein Belegexemplar verwahrt."
(Prüfungsordnung der Pädagogischen Hochschule Salzburg Stefan Zweig §15, Abs. 8)

Salzburg, 13.04.2025

Johanna Perner

Johanna Perner