

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich
Studiengang Sonderpädagogik
Masterarbeit

Depressionen bei Primarschulkindern

Sensibilisieren, Erkennen, Helfen

Eingereicht von: Martina Desax

Begleitung: Beatrice Uehli

Datum der Abgabe: 4. Dezember 2020

Abstract

Diese Arbeit befasst sich mit dem Thema *Depressionen bei Primarschulkindern*. Das Ziel ist es, einen Überblick über Erkennungsmerkmale und Handlungsmöglichkeiten für Schulen zusammenzustellen. Die Basis für diese empirische Arbeit sind fünf fokussierte Interviews. Die Daten wurden mit Hilfe eines Kategoriensystems qualitativ analysiert. Durch eine Verknüpfung der Ergebnisse mit der erarbeiteten Theorie, wurden Wahrnehmungsmuster und Interventionsmöglichkeiten ausgearbeitet. Die Ergebnisse stimmten grösstenteils mit der Annahme der Theorie überein. Die Schlussfolgerung, dass betroffene Kinder oft zu spät erkannt werden, konnte damit begründet werden, dass die Ausbildung von Lehrpersonen zu wenig auf diese Thematik vorbereitet und dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht ausreichend stattfindet. Die Wichtigkeit dieser Thematik wird bestätigt und ladet zu einer Weiterarbeit ein.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	6
1.1 Einführung in das Thema.....	6
1.2 Problemdefinition und Fragestellung.....	7
1.3 Forschungsstrategie.....	8
1.4 Aufbau der Arbeit.....	8
2. Theoretische Grundlagen.....	9
2.1 Begriffsklärung.....	9
2.1.1 Depression.....	9
2.1.2 Klassifikation nach ICD-10 und DSM-5.....	11
2.2 Erscheinungsbilder von Depressionen im Kindesalter (Primarschule).....	12
2.2.1 Basis- und Zusatzsymptome.....	12
2.2.2 Alterstypische Symptome.....	13
2.2.3 Prävalenz der Auffälligkeiten.....	14
2.2.4 Verlauf einer Depression.....	15
2.2.5 Komorbidität.....	16
2.3 Ursachen für Depressionen (Risikofaktoren).....	16
2.4 Theoretische Erklärungsansätze zur Entstehung von Depressionen.....	18
2.5 Diagnostik und Therapiemöglichkeiten bei Depressionen.....	20
2.5.1 Diagnostik.....	20
2.5.2 Therapien.....	21
2.6 Prävention.....	25
2.7 Depression und Schule.....	26
2.7.1 Die Schule als Risikofaktor.....	27
2.7.2 Unterstützender Unterricht.....	28
2.7.3 Verhalten von Lehrpersonen.....	29
2.7.4 Vernetzung.....	30
2.8 Schlussfolgerungen für die empirische Untersuchung.....	30
2.9 Hypothesen.....	31
3. Forschungsmethodik.....	32
3.1 Qualitative Forschung.....	32
3.2 Qualitative Technik: Qualitative Interviews.....	33
3.3 Qualitative Inhaltsanalyse.....	34
4. Umsetzung der Untersuchung.....	36
4.1 Konstruktion des Leitfadens.....	36
4.2 Interviews (Planung, Durchführung und Transkription).....	37
4.3 Datenauswertung.....	38
5. Darstellung der Ergebnisse.....	42
5.1 Präsenz des Themas Depression.....	42
5.2 Wahrgenommene Symptome.....	42
5.3 Interventionsmöglichkeiten bei Depressionen.....	44
5.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	47
5.5 Mögliche Ursachen / Risiken für Depressionen.....	49
5.6 System Schule.....	51

6. Diskussion der Ergebnisse	53
6.1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse	53
6.2 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	54
6.3 Beantwortung der Fragestellungen	56
6.4 Überprüfung der Hypothesen	57
6.5 Fazit	58
7. Reflexion	60
7.1 Kritische Reflexion der Untersuchung	60
7.2 Reflexion der persönlichen Entwicklung.....	61
7.3 Ausblick	62
8. Dank	63
9. Liste der Literatur	64
Abbildungsverzeichnis	65
Tabellenverzeichnis	66
Anhang	66

Hinweis

Die vorliegende Arbeit ist nach den formalen Vorgaben der HfH (2019) verfasst worden.

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung
ASS	Autismus-Spektrum-Störung
BDI	Beck-Depressions-Inventar
CDRS	Children's Depression Rating Scale
DIPS	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen
DSM-5	Fünfte Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
Ebd.	Ebenda
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, in der 10. Revision.
HfH	Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik
JPS	Jugendpsychiatrische Therapiestation
KESB	Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde
KJPD	Kinder- und Jugendpsychologischer Dienst
KPS	Kinderpsychiatrische Therapiestation
LP	Lehrperson
LUPS	Luzerner Psychiatrie
RIBS	International Review of Social Psychology
SBAP	Schweizerischer Berufsverband für angewandte Psychologie
SHP	Schulischer Heilpädagoge / schulische Heilpädagogin
SPD	Schulpsychologischer Dienst
MAS	Multiaxiales Klassifikationsschema
MHCYP-Studie	Mental Health of Children and Young People
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

1.1 Einführung in das Thema

Als es darum ging, ein Thema für die Masterarbeit auszuwählen, kamen mir viele verschiedene Problemstellungen in den Sinn. Es war mir wichtig, ein Thema zu berücksichtigen, welches mich im Berufsalltag begleitet und herausfordert. Immer wieder kreisten meine Gedanken dabei um ein Mädchen, welches ich an einer früheren Anstellung unterrichtete. Das Mädchen kam aus einer kinderpsychiatrischen Therapiestation zu mir in die Klasse und zeigte noch lange für mich erschreckende Verhaltensweisen. Diese konnte ich als schulische Heilpädagogin nicht richtig einordnen. Das Mädchen im Primarschulalter hatte kaum Lebensfreude und keinerlei Erwartungen an die eigene Zukunft. Im Umgang mit dieser Schülerin fühlte ich mich überfordert und auch alleingelassen. Niemand - weder an der Schule, noch Therapeuten - konnte mir wirklich sagen, wie ich am besten mit dieser Schülerin umzugehen habe.

Somit kristallisierte sich relativ schnell heraus, dass mich vor allem das Thema *Verhalten von Schüler_innen* (Modul P06 Herausforderndes Verhalten) sehr interessiert und motiviert, mehr darüber zu lernen. Im Schulalltag nehme ich immer wieder Kinder wahr, die ruhig, traurig, desinteressiert oder verträumt erscheinen. Im Unterricht fallen sie meist nicht störend auf und bekommen somit oftmals nicht die benötigte Aufmerksamkeit von Lehrpersonen und heilpädagogischen Fachpersonen. Beim Nachforschen zu diesem Thema erkannte ich sehr schnell, dass eine relativ hohe Zahl an Kindern und Jugendlichen an psychischen Krankheiten leidet. Zudem ist mir während des Studiums aufgefallen, dass für internalisierende Verhaltensauffälligkeiten noch sehr wenig Literatur auf dem Markt ist. Dadurch besteht auch wenig Unterstützung für Lehrpersonen und heilpädagogische Fachpersonen.

Damit war für mich klar, dass ich mich für meine Masterarbeit mit der Thematik *Depressionen im Primarschulalter* auseinandersetzen möchte. Folgende Fragen stehen dabei im Zentrum meines Interesses: Wie können Lehrpersonen für diese Thematik sensibilisiert werden? Wie kann eine Lehrperson Anzeichen einer Depression bei Kindern erkennen? Wie kann ich als schulische Heilpädagogin betroffene Kinder im Schulalltag unterstützen? Welche Massnahmen / Verhaltensweisen im Unterricht helfen einem Kind mit Depressionen?

Der Bezug zur Heilpädagogik erscheint für mich sehr relevant. Anhand der Zahlen der neusten Statistiken gibt es in jeder Klasse ein bis zwei Kinder, die an schwachen bis mittleren Depressionen leiden. Ich sehe es als Aufgabe der heilpädagogischen Fachpersonen, sich dieser Kinder anzunehmen und gleichzeitig auch die Lehrpersonen auf diese Thematik aufmerksam zu machen.

Ich erhoffe mir von dieser Arbeit, dass sich mein Wissen in diesem Bereich soweit erweitert, dass ich dieses meinem Arbeitsumfeld weitergeben kann, dass das Umfeld dadurch sensibilisiert wird und betroffene Kinder besser unterstützt werden können.

1.2 Problemdefinition und Fragestellung

Als heilpädagogische Fachperson ist man kein_e Therapeut_in oder Diagnostiker_in. Das Wissen um psychische Zusammenhänge kann die pädagogische Praxis erleichtern und in der Qualität verbessern (Haider, 2008). Die psychische Gesundheit ist für das Lernen und für ein zufriedenes Leben grundlegend. Dementsprechend ist auch im Lehrplan 21 die Gesundheit als fächerübergreifende Thematik verankert. Die Gesundheit umfasst dabei das physische, psychische und soziale Wohlbefinden des Menschen. Schüler_innen sollen zunehmend Mitverantwortung für ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit übernehmen. Die Schule und die Gesellschaft ist sich dieser Problematik bewusst, doch in der Praxis ist es oft so, dass nicht viel dafür unternommen wird. Mit der vorliegenden Arbeit möchte ich diesem aktuellen Missstand entgegenwirken und es soll eine Auseinandersetzung mit dieser herausfordernden Thematik stattfinden. Aus eigener Erfahrung weiss die Autorin, dass solche Situationen für betroffene Kinder und Angehörige mit grossem Leid verbunden sein können. Depressionen können sich schon oft im Kindesalter unentdeckt entwickeln. In dieser Arbeit beschäftigt man sich deshalb damit, welche Rolle die öffentliche Schule, die Lehrpersonen und heilpädagogische Fachpersonen dabei spielen.

Diese Arbeit soll dazu beitragen, Lehrpersonen zu sensibilisieren. Bei vielen Kindern wird die Krankheit Depression entweder gar nicht oder erst spät erkannt (vgl. Interviews, Anhang E). Lehrpersonen verbringen viel Zeit mit den Kindern und dabei entstehen Chancen, entsprechende Verhaltensweisen zu erkennen. Deswegen stehen Strategien beim Erkennen von depressiven Verstimmungen bei Kindern und mögliche Ressourcen im Schulalltag im Vordergrund. Um einen guten Einblick in das Krankheitsbild Depression zu erhalten, wird der Fokus bei den Interviews auf Fachpersonen aus unterschiedlichen Bereichen gelegt. Damit soll das Verständnis für diese Krankheit erweitert und der Umgang mit betroffenen Kindern in öffentlichen Schulen verbessert werden.

Im vorangehenden Kapitel wurden Fragen zur Thematik Depression im Primarschulalter aufgeführt. Diese Fragen können zu zwei präzisen Fragestellungen zusammengefasst werden, welche zudem die vorliegende Arbeit zusammenfasst:

- **Was braucht es, damit eine Lehrperson Anzeichen einer Depression bei Primarschulkindern erkennen kann?**
- **Welche unterstützenden Angebote im Unterricht könnten betroffenen Kindern helfen?**

Diese Fragestellungen sind vielschichtig und heilpädagogisch relevant. Nachfolgend werden die Gedanken zu dieser Problemstellung noch einmal gesammelt und aufgeführt. Diese Gedanken dienen der Strukturierung der Arbeit und gelten als Unterstützung zur Beantwortung der präzisen Fragestellungen.

- Wie können Lehrpersonen für die Thematik Depressionen von Kindern im Primarschulalter sensibilisiert werden?
- Welche Symptome von Depressionen können Lehrpersonen im Unterricht beobachten?
- Welche Unterrichtsformen / Classroom Management helfen Kindern mit depressiven Verstimmungen?
- Welchen Schwierigkeiten begegnen betroffene Kinder im Schulalltag?

- Welche Strategien auf der Beziehungsebene im Umgang mit Kindern mit Depressionen können Lehrpersonen als Unterstützung anwenden?

1.3 Forschungsstrategie

Mit einem *qualitativen Forschungsansatz* sollen die Fragestellungen beantwortet werden. Dazu wurden *fünf fokussierte Interviews* durchgeführt und ausgewertet. Bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen war es wichtig, mit Personen aus unterschiedlichen Berufsfeldern, die alle einen Zugang zum Thema Depression bei Kindern der Primarschule haben, zu sprechen. Diese Diversität der Interviewpartnerinnen war für die Arbeit massgebend. Eine Zusammenstellung von verschiedenen Sichtweisen sollte dabei möglich werden. Ein Leitfaden war der zentraler Bestandteil für die Durchführung der Interviews. Es interessierte dabei vor allem, wie die entsprechenden Fachpersonen in ihrem Berufsalltag mit der Thematik Depression umgehen und was davon auch auf die öffentliche Schule abgeleitet werden könnte. Das ganze Spektrum sollte so erfasst werden, nicht nur die isolierte, diagnostizierte Depression, sondern auch weniger stark ausgeprägte Formen, die einem Laien wahrscheinlich nicht auffallen würden.

1.4 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in sieben Teile. Das erste Kapitel führt in die Thematik ein und gibt einen kurzen Überblick über die Arbeit. Dazu wird die Fragestellung für diese empirische Arbeit definiert. Der zweite Teil widmet sich der Begriffsklärung sowie den theoretischen Grundlagen, welche im Zusammenhang mit einer Depression im Primarschulalter wichtig erscheinen. Ferner werden in diesem Kapitel Schlussfolgerungen für die empirische Untersuchung gezogen und Hypothesen gebildet. Im dritten Kapitel der Arbeit wird die gewählte Forschungsmethode dargelegt. Der vierte Teil beschreibt die Umsetzung der Untersuchung. Dazu werden die geführten Interviews transkribiert und ausgewertet. Der fünfte Teil befasst sich mit der Präsentation der Ergebnisse. In Kapitel sechs werden die Ergebnisse analysiert, die Forschungsfragen beantwortet und die Hypothesen überprüft. Letztlich wird in diesem Kapitel ein Fazit gezogen. Im letzten, siebten Teil findet eine Reflexion der Arbeit statt.

Als Abschluss für das erste Kapitel wird an dieser Stelle ein Gedanke von Haider (2008, S. 58) geteilt, der darauf hinweist, dass in einer Depression auch etwas Positives erkannt werden kann. Er erwähnte, dass es sich dabei um eine «Schutzfunktion der Seele» handelt, die dazu zwingt, sich mit seinen eigenen Bedürfnissen, Gefühlen und Ansprüchen auseinanderzusetzen.

2. Theoretische Grundlagen

In diesem Kapitel wird die aktuelle Literatur zur Thematik *Depressionen im Primarschulalter* zusammenfassend notiert. Hauptaugenmerk sind die Inhalte, welche für die vorliegende Arbeit wichtig erscheinen. Zu Beginn werden wichtige Begriffe definiert. Anschliessend folgen Erscheinungsbilder von *Depressionen im Primarschulalter*. Nachdem mögliche Ursachen dieses Krankheitsbildes geklärt wurden, folgt ein Kapitel über theoretische Erklärungsansätze. Im Anschluss werden denkbare Therapie- und Präventionsmöglichkeiten beschrieben. Abgeschlossen wird dieses Kapitel mit einer Querverbindung zur öffentlichen Schule.

An dieser Stelle erscheint es wichtig zu erwähnen, dass diese Masterarbeit keine medizinische Arbeit ist. Trotzdem ist es für die Arbeit als heilpädagogische Fachpersonen zentral, Ursachen und Symptome von Depressionen zu kennen. Dieses Wissen hilft beim Verständnis für gewisse Verhaltensweisen von Kindern. Ein fundiertes Fachwissen hilft, bestimmte Antworten aus den Interviews besser nachzuvollziehen.

2.1 Begriffsklärung

Nachfolgend wird der Begriff *Depression* für diese Arbeit definiert, abgegrenzt und erklärt. Dabei soll ein gemeinsames Verständnis geschaffen werden. Dazu gehört auch eine einheitliche Klassifikation des Krankheitsbildes.

2.1.1 Depression

Nach Stang & Schleider (2018a) handelt es sich bei psychischen Störungen um ein Erleben / Verhalten, das nicht der Norm entspricht. Für Betroffene geht ein Leidensdruck aus, der subjektiv bedingt ist. Groen & Petermann (2019) beschreiben die Depression als ein seelisches Leiden. Es wird davon ausgegangen, dass die Krankheitszeichen ein bestimmtes Ausmass erreichen müssen, damit von einer Krankheit gesprochen werden kann. Eine Depression ist durch bestimmte Symptome gekennzeichnet.

«Eine Depression ist eine psychische Störung, die vor allem die Stimmung und den Antrieb eines Menschen betrifft» (Groen & Petermann, 2019, S. 43).

Ursprung des Begriffs *Depression*

Neu ist das Phänomen *Depression* nicht. Hell (2015) beschreibt, dass es schon seit jeher (bereits in der Bibel) Hinweise dazu gibt, dass Menschen an Depressionen leiden. Den Begriff *Depression* jedoch gibt es erst seit dem 20. Jahrhundert. Abgeleitet wird er vom französischen Wort »dépressif«, was so viel wie niederdrückend bedeutet. Zudem enthält es die lateinische Wurzel »depressio« (von deprimere: niederdrücken) (Hell, 2015, S. 8f). Weiter beschreibt Hell (2015), dass auch das Wort *deprimiert* von demselben Wortstamm aus dem Latein abstammt. Dieses Wort wird auch heute noch in der Alltagssprache oft verwendet. Im Gegensatz zum Begriff *Depression* wird *deprimiert* jedoch nicht als medizinischer Krankheitsbegriff verstanden.

Abgrenzung der *Depression* gegenüber Stimmungsschwankungen und Trauer

Nach Dinner (2019) wird der Begriff *Depression* in der Alltagssprache immer wieder mit unterschiedlichen Bedeutungen verwendet. So sagt man zum Beispiel: *Gestern hatte ich eine Depression*. Niedergeschlagenheit, Sorgen, Hilflosigkeitsempfindungen oder schlechte Laune kann man über mehrere Tage verspüren. Ist diese

Verstimmung jedoch bald wieder vorbei oder lässt sich durch eine angenehme Ablenkung verblasen, spricht man nicht von einer Depression im medizinischen Sinn. Ebenso muss die Depression von der Trauer abgegrenzt werden. Alle Gefühle (die Angenehmen und die Unangenehmen) gehören zum normalen Leben dazu und sind wichtig, solange die Gefühlsempfindungen dabei nicht eingeschränkt werden (ebd.).

Definition der klinischen Depression oder depressive Episode

Bei dem Begriff depressive Störung handelt es sich um einen Oberbegriff für eine Gruppe von psychischen Störungen (Stang & Schleider, 2018a). Die Depression gehört nach Füssler (2020) zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Unter *Depression* versteht man eine affektive (emotionale) Störung, die eine schwere seelische Erkrankung darstellt (ebd.). Sie beeinträchtigt viele Bereiche des Verhaltens einer betroffenen Person. Symptome zeigen sich dabei sowohl in der Stimmung als auch im Handeln und im körperlichen Wohlbefinden. Nur wenn bestimmte, unterschiedliche Symptome zusammen kommen und diese über einen gewissen Zeitraum andauern, wird von einer Depression (emotionalen Störung) gesprochen (Groen & Petermann, 2019). Essau (2007) teilt dazu die klinischen Merkmale einer Depression in vier Kategorien ein: *Stimmung (Affekt), Kognition, Verhalten und somatische Störung (körperlich)*. Das DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders in der 5. Revision) teilt die Depression in *Major Depression* (eine schwere, akute Form depressiver Störung) und *Dysthymia* (eine Form mit schwächeren Symptomen, die jedoch im Verlauf meist chronisch werden) ein. Ausserdem gibt es für Kinder und Jugendliche eine dritte Unterteilung, die disruptive Affektregulationsstörung (Falkai & Wittchen, 2018).

Major Depression

Nach Falkai & Wittchen (2018) wird eine *Major Depression* durch einzelne Episoden, die mindestens eine 2-wöchige Dauer aufweisen, definiert. Nach Groen & Petermann (2011) können depressive Episoden auch nach einer Phase der Besserung wieder auftauchen. Diese klassische Form einer Depression weist folgende Kernsymptome auf: *depressive Verstimmung* (bei Kindern kann es auch eine reizbare Verstimmung sein) und *deutlich vermindertes Interesse oder Freude an (fast) allen Aktivitäten*. Dazu kommen mindestens vier der folgenden Symptome:

- Deutliche Gewichtsveränderung (Kinder nehmen oft einfach nicht mehr zu)
- Veränderte Schlafgewohnheiten (Insomnia oder Hypersomnia)
- Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung
- Müdigkeit oder Energieverlust
- Gefühle von Wertlosigkeit oder Schuldgefühle
- Verminderte Denk-, Konzentrations- und Entscheidungsfähigkeit (Abfall schulischer Leistungen)
- Suizidvorstellungen

(Groen & Petermann, 2011, S. 14).

Dysthymia

Dysthymia ist, nach Stang & Schleider (2018a), eine weniger schwerwiegende, jedoch meist chronische Form einer Depression. Groen & Petermann (2011, S. 21f) beschreiben, dass bei Kindern auch eine reizbare Verstimmung, die über die meiste Zeit des Tages anhält, ein Erkennungsmerkmal von *Dysthymia* sein kann. Dabei kommt

diese Verstimmung an den meisten Tagen während *eines Jahres* vor. Folgende Symptome treten typischerweise gleichzeitig auf.

- Appetitlosigkeit oder Appetitüberfluss
- Schlaflosigkeit oder übermässiges Schlafbedürfnis
- Energiemangel oder Erschöpfung
- geringes Selbstwertgefühl
- Konzentrationsstörung oder Entscheidungsschwernis
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit

Während einer dysthymen Störung besteht keine Episode einer Major Depression, ansonsten wird eine doppelte Diagnose erstellt. Bei der Differenzialdiagnose einer Dysthymia sowie einer Major Depression wird zu Beginn sichergestellt, dass die Ursachen für einzelne Symptome keine körperliche Krankheit oder Missbrauch von Drogen beziehungsweise Medikamenten sind (Groen & Petermann, 2011).

Disruptive Affektregulationsstörung

Nach Falkai & Wittchen (2018, S. 210f) zeigen sich bei dieser Störung folgende diagnostische Kriterien:

- Schwere, wiederkehrende Wutausbrüche, die in ihrer Intensität und Dauer in Bezug auf die Situation unangemessen sind.
- Wutausbrüche, die dem Entwicklungsstand unangemessen sind.
- Ausbrüche, die durchschnittlich mindestens dreimal wöchentlich auftreten.
- Die Stimmung ist beinahe an jedem Tag und über die meiste Zeit reizbar oder ärgerlich.
- Die Kriterien treten während einem Zeitraum von mindestens 12 Monaten und in mindestens zwei Lebensbereichen auf.

Weiter wird nach DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2018) beschrieben, dass die Merkmale hauptsächlich chronische, schwergradige und anhaltende Reizbarkeit sind. Weiter ist wichtig, dass der Beginn dieser Störung vor dem 10. Lebensjahr liegen muss. Disruptive Affektregulationsstörung ist eine Diagnose für Kinder und Jugendliche (zwischen 6 bis 18 Jahre). Im Erwachsenenalter spricht man bei diesen Symptomen von einer Bipolaren Störung.

2.1.2 Klassifikation nach ICD-10 und DSM-5

International werden alle Krankheiten einheitlich klassifiziert. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) legt die Grundlagen dafür mit der aktuell 10. Revision des ICD (International Classification of Diseases). Die ICD-10 stellt für Depressionen eine präzise und international vergleichbare Diagnosemöglichkeit dar. Für alle Altersstufen werden dieselben Diagnosekriterien angelegt (Nevermann & Reicher, 2009). Daneben gibt es noch ein zweites Klassifikationssystem das DSM-5. Das DSM-5 hat sich zum Ziel gesetzt, klare Beschreibungen diagnostischer Kategorien zu erstellen. Dazu werden präzise und gut verständliche Ausformulierungen von diagnostischen Kriterien erstellt. Die Regeln und Richtlinien sollen helfen, Diagnosen zu erstellen und zu begründen (Falkai & Wittchen, 2018). Das DSM-5 erscheint in der Klassifikation etwas weicher, deswegen wurde im Kapitel 2.1.1 auf diese

Definitionen eingegangen. Das DSM-5 und das ICD-10 unterscheiden sich jedoch nicht grundsätzlich voneinander. Wichtig erscheint noch zu erwähnen, dass die diagnostischen Merkmale, auch trotz bestmöglicher Beschreibung einer Krankheit, nur unvollständig erfassbar sind (Dinner, 2019).

2.2 Erscheinungsbilder von Depressionen im Kindesalter (Primarschule)

Nachdem geklärt wurde, was eine Depression im medizinischen Sinne ist, wird nachfolgend dargelegt, welche Symptome Kinder bei einer Depression zeigen können. Dazu wird auf alterstypische Symptome eingegangen. Auch die Häufigkeit und der Verlauf einer Depression können im Kindesalter spezifisch ausfallen. Da eine Depression bei Kindern selten isoliert auftritt, wird dieses Kapitel mit gleichzeitig auftretenden Krankheitsbildern abgeschlossen.

«Eine Depression kann viele Gesichter haben»

(Groen & Petermann, 2019, S.41).

Bei Kindern und Jugendlichen gibt es keine klare Trennlinie was als normal oder auffällig gilt. Vielmehr geht man von fließenden Übergängen aus. Als Hilfestellung zu einer Einschätzung, ob eine depressive Verstimmung besteht oder nicht, können folgende Fragen dienen (ebd.):

Tabelle 1: Fragen zur Einschätzung einer Depression (Groen & Petermann, 2019, S. 42)

Bereich	Fragen
Alltägliche Beeinträchtigung	Führen die Symptome zu spürbaren Beeinträchtigungen im Alltag? Trifft sich das Kind nicht mehr mit anderen Kindern? Zieht es sich zurück? Macht es in der Schule nicht mehr mit?
Persönliches Leid	Leidet ein Kind unter den vorliegenden Symptomen und Beschwerden?
Dauer und Intensität der Symptome	Bestehen die Symptome über einen längeren Zeitraum? Liegen mehrere unterschiedliche Symptome und Beschwerden vor?
Unterschiede in der Person	Hat sich ein Kind im Vergleich zu früher spürbar verändert?
Unterschiede zu anderen	Verhält oder fühlt sich ein Kind im Vergleich zu anderen Kindern seines Alters deutlich anders und auffällig?
Hilfebedarf	Ist nicht davon auszugehen, dass ein betroffenes Kind und seine Angehörigen die Beschwerden und Probleme in absehbarer Zeit in den Griff bekommen?
Allgemeine Entwicklungsgefährdung	Ist eine Beeinträchtigung der allgemeinen Entwicklung eines Kindes wahrscheinlich oder bereits spürbar?

2.2.1 Basis- und Zusatzsymptome

Die Grundbefindlichkeit von depressiven Menschen ist Bedrücktheit und Niedergeschlagenheit (Hell, 2015). Dieses Empfinden wird in einer weltweit geltenden Krankheitsdefinition beschrieben (vgl. Kapitel 2.1.2). Die WHO nennt dabei drei **Basissymptome** als Leitlinien zur Beurteilung von depressiven Episoden. Diese Leitlinien werden

hier mit Punkten von Haider (2008) ergänzt. Depressive Symptome müssen während eines Zeitraumes von *mindestens zwei Wochen* vorhanden sein, damit sie als Symptom betrachtet werden.

- **Depressive beziehungsweise gedrückte Stimmung** (in ungewöhnlichem Ausmass, mindestens zwei Wochen anhaltend)
- **Interessensverlust oder Freudlosigkeit an normalerweise angenehmen Tätigkeiten**
- **Verminderter Antrieb, steigende Ermüdbarkeit**
- Ein depressives körperliches Erscheinungsbild (alles hängen lassen)
- Sozialer Rückzug
- Traurigkeit
- Leistungsabfall (in der Schule)

Neben den Hauptsymptomen zählen Groen & Petermann (2019, S. 46) folgende Zusatzsymptome auf. Die Zusatzsymptome müssen nicht immer zwingend vorkommen.

- Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl vermindert
- Gefühl von Schuld und Wertlosigkeit (Selbstvorwürfe)
- Suizidgedanken
- Verminderte Denk- und Konzentrationsspanne
- Schlafstörungen
- Appetitverlust
- Unruhe (psychomotorische Getriebenheit)

Um die verschiedenen Symptome besser strukturieren zu können, werden sie von Nevermann & Reicher (2009) in Krankheits-Systeme geteilt. Diese Systeme sind miteinander verbunden. Sie beeinflussen sich wechselseitig und können in jeweils verschiedener Ausprägung erscheinen. Weist nun jemand ein emotionales Problem auf, kann dies zum Beispiel auch körperliche Beschwerden hervorrufen. Nevermann & Reicher (2009) und Essau (2007) beschreiben diese vier Systeme wie folgt.

- Somatisches System (z.B. Übelkeit, Bauch- oder Kopfschmerzen)
- Emotionales System (z.B. Traurigkeit, Einsamkeit)
- Kognitives System (z.B. negatives Denken, verzerrte Wahrnehmung)
- Verhaltenssystem (z.B. schlechte schulische Leistungen)

2.2.2 Alterstypische Symptome

Je nach Alter und Entwicklungsstand von Kindern können sich die Symptome verändern. Nevermann & Reicher (2009, S. 37f) sowie Mudra & Schulte-Markwort (2020, S. 14) beschreiben zusätzlich zu den Merkmalen nach WHO, spezifische Symptome nach dem Entwicklungsalter. Die folgende Tabelle zeigt diese Symptome in Verhaltensmerkmalen und körperlichen Anzeichen, aufgeteilt in drei verschiedene Altersspannen, auf.

Tabelle 2: Veränderung von Depressionssymptomen im Entwicklungsverlauf

	Psychische Symptome, Verhaltensmerkmale	Somatische Symptome
Kleinkind- / Vorschulalter (0- 6 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> - Gereizter Affekt (schreien, weinen) - Trauriges, ausdrucksloses Gesicht (verminderte Gestik und Mimik) - Aggressionen, Schuld, Gefühl der Wertlosigkeit - Desinteresse, Passivität - leicht irritierbar und äusserst stimmungslabil - geringe Frustrationstoleranz - selbststimulierendes Verhalten - Entwicklungsauffälligkeiten und auffälliges Spielverhalten (reduzierte, mangelnde Kreativität und Ausdauer, Spielunlust) 	<ul style="list-style-type: none"> - Müdigkeit - Essprobleme - Schlafstörungen (Alpträume, Ein- und Durchschlafstörung) - erhöhte Infektanfälligkeit - sekundäres Einnässen / Einkoten - regressiver Sprachgebrauch
Jüngere Schulkinder (6-12 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> - Schuldgefühle - schulische Probleme - Konzentrationsprobleme - Weinen, Trotzen, aggressives Verhalten (auch autoaggressiv), Sorgen - verbales Berichten über Traurigkeit und Suizidalität (erste Lebensmüde) - Desinteresse, Rückzug - Berichte, dass Eltern nicht genügend Beachtung schenken, Suche nach Zuwendung 	<ul style="list-style-type: none"> - psychosomatische Anspannung - Bauch- und Kopfschmerzen - Essstörungen - Schlafstörungen - regressives Verhalten
Jugendliche / Adoleszenz (12-18 Jahre)	<ul style="list-style-type: none"> - Traurigkeit - Lust- und Antriebslosigkeit - Interessenverlust, schulische Probleme, Selbstunsicherheit - sozialer Rückzug, Verweigerung, läppischer Affekt, Wut, Angst - Stimmungs labilität - Verlangsamung von Denken und Handeln - vermindertes Selbstvertrauen und Selbstunsicherheit - Zukunftsängste - Suizidalität 	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstverletzendes Verhalten - Morgentief / Früherwachen - Erschöpfung - Schwindel - Essstörung - Schlafstörung - Unfähigkeit zur Entspannung und Erholung

Groen & Petermann (2011) weisen ebenfalls darauf hin, dass gewisse Symptome vom Alter und dem Entwicklungsniveau abhängen und somit variieren können. Die zentralen Anzeichen (Basissymptome) treten altersunabhängig auf (ebd.).

2.2.3 Prävalenz der Auffälligkeiten

Füssler (2020) beschreibt, dass die Prävalenz in den letzten Jahrzehnten nicht zugenommen hat, die Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe jedoch sehr. Daraus lässt sich schliessen, dass die Intensität der Fälle von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen zugenommen hat (ebd.). Psychische Auffälligkeiten kommen bei Kindern und Jugendlichen häufig vor. In der Schweiz besteht allerdings keine repräsentative Studie zur Häufigkeit psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen (von Wyl et al., 2017). Für stellvertretende Studien verweist der

Bund auf repräsentative Längs- und Querschnittstudien anderer Länder. Dabei werden die BELLA-Kohorten-Studie aus Deutschland sowie die Mental Health of Children and Young People (MHCYP) -Studie aus Grossbritannien erwähnt (ebd.).

Aus der BELLA-Kohorten-Studie lässt sich ableiten, dass in Deutschland über 10 Prozent der Kinder und Jugendlichen (7 bis 19 Jahre) klinisch bedeutsame Anzeichen für psychische Auffälligkeiten zeigen, wobei es im Elternbericht 11.2 Prozent sind und im Eigenbericht 16.1 Prozent. Dies macht deutlich, dass die Eltern diese internalisierenden Auffälligkeiten niedriger einschätzten als die Kinder und Jugendlichen selbst. Symptome von Depressionen treten häufiger bei Mädchen auf. Nur weniger als 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten erhalten professionelle Hilfe (Klasen et al., 2016).

Die MHCYP-Studie zeigt, dass 2.1 Prozent der befragten Kinder (5 bis 19 Jahre alt) Symptome einer Depression aufzeigen. In der Zeitspanne von 1999 bis 2017 zeigte sich bei den emotionalen Verhaltensauffälligkeiten (Angst und Depression) eine deutliche Zunahme. Im Alter zwischen 5 bis 10 Jahren sind 0.3 Prozent, im Alter von 11 bis 16 Jahren sind 2.7 Prozent und von 17 bis 19 Jahren sind 4.8 Prozent aller Befragten von einer Depression betroffen (Vizard et al., 2018). Schliesslich bestätigt auch ein Bericht der NZZ aus dem Jahre 2014 diese hohen Prozentzahlen. In der Schweiz weisen demnach rund 2 bis 3 Prozent aller Kinder und 4 bis 5 Prozent aller Jugendlichen Symptomen einer Depression auf (von Lutterotti, 2014).

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass Depressionen bei Mädchen häufiger vorkommen als bei Jungen und auch bei Jugendlichen öfters als bei Kindern. Zudem zeigen die zwei vorher genannten Studien auf, dass im Schnitt davon ausgegangen werden kann, dass in jeder Schulklasse ein Kind sitzt, welches Symptome einer Depression zeigt. Als Vergleichswert kann gesagt werden, dass Depressionen bei Kindern und Jugendlichen in etwa gleich oft vorkommen wie AD(H)S (Ihle & Esser, 2002).

2.2.4 Verlauf einer Depression

Wie bereits angesprochen, kann das Erscheinungsbild einer Depression sehr individuell ausfallen. Dasselbe gilt auch für deren Verlauf. Es ist jedoch auch bekannt, dass Mediziner und Psychologen nachhaltiger helfen können, je früher eine Depression erkannt wird (Füssler, 2020).

Hell (2015) beschreibt ganz allgemein, dass Depressionen in der Regel vorübergehen, also nicht als chronisch gelten. Depressionen können von wenigen Wochen bis mehrere Monate andauern. Ausserdem klingen sie meist langsam ab, wenn man eine adäquate Behandlung erhält. Einige Restbeschwerden können jedoch auch bleiben. Dazu zählen zum Beispiel Selbstwertprobleme, unruhiger Schlaf oder Antriebsschwäche (ebd.). Groen & Petermann (2019) bestätigen, dass eine depressive Phase auch bei Kindern und Jugendlichen durchschnittlich zwischen einigen Monaten und einem Dreivierteljahr andauert. Jedoch ist die Persistenz um einiges höher, als bei den Erwachsenen. In über 70 Prozent der Fälle wiederholt sich eine Erkrankung innerhalb der nächsten 5 Jahre (Mudra & Schulte-Markwort, 2020). Zudem sind betroffene Kinder und Jugendliche besonders gefährdet, auch im späteren Leben wieder unter Depressionen zu leiden (ebd.). Castello (2017) erwähnt dabei ein Rückfallrisiko zwischen 25 und 75 Prozent innerhalb von fünf Jahren. Die erwähnten Probleme können auch im Erwachsenenalter zu Schwierigkeiten im Berufs- und Privatleben führen (Groen & Petermann, 2019). Besonders ab dem

Jugendalter besteht eine Gefahr für einen chronischen Verlauf einer depressiven Erkrankung sowie ein erhöhtes Risiko für einen Suizid (Stang & Schleider, 2018a).

Dies zeigt auf, wie wichtig es ist, Depressionen möglichst früh zu erkennen und richtig zu behandeln. Gleichzeitig wird an dieser Stelle noch einmal erwähnt, dass die Entwicklung beziehungsweise der Ablauf einer depressiven Störung bei jedem Menschen individuell ausfallen kann.

2.2.5 Komorbidität

Im Kindes- und Jugendalter treten unterschiedliche Symptome und Störungen häufig gleichzeitig auf. Das wird als Komorbidität (Ko-Morbidität = gemeinsame Erkrankung) bezeichnet. Groen & Petermann (2011) beschreiben, dass bei Kindern eine Depression mindestens ebenso häufig mit weiteren Störungen auftritt. Eine Komorbidität führt oft zu grösseren psychosozialen Beeinträchtigungen, einer negativeren Verlaufsprognose und folglich zu kleineren Erfolgen bei Behandlungen. Auch eine sogenannte *double depression*, also das Vorkommen einer Major Depression sowie einer dysthymen Störung ist relativ häufig (Groen & Petermann, 2011, S. 35ff). Eine reine Depression bei Kindern und Jugendlichen kommt eher selten vor. Nevermann & Reicher (2009, S. 65) stellen die Verhaltens- und Erlebnisprobleme zusammen, welche am häufigsten mit Depressionen auftreten:

- Angststörungen (Trennungsängste, Überängstlichkeit, Kontakt- oder Schulverweigerung)
- Verschiedene Verhaltensstörungen (vor allem Aggression, oppositionelles Trotzverhalten, Gesetzesverstöße)
- Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen
- Essstörungen (Magersucht, Ess-Brech-Sucht)
- Drogen- oder Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit
- Somatoforme Störungen (körperliche Beschwerden wie Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Magen-Darm-Beschwerden ohne medizinischen Befund)

Ihle & Esser (2002, S.165) fanden heraus, dass die Komorbidität mit Angststörungen bei über 30 Prozent, bei dissozialen Störungen bei ungefähr 25 Prozent und bei hyperkinetischen Störungen bei ungefähr 13 Prozent liegt. Mädchen und Jungen zeigen geschlechtsspezifische Reaktionsmuster. Während Jungen eher externalisierende Auffälligkeiten zeigen, fallen bei Mädchen oftmals Symptome auf, die nach innen gerichtet sind (ebd.). Essau beschreibt, dass die häufigste Komorbidität die Verbindung von Depression und Angst ist, wobei es vorkommen kann, dass die Angststörung schon vor der Depression besteht (2007, S. 65f). Eine komorbide Störung beeinflusst den Verlauf sowie die Beeinträchtigung durch die Erkrankung (Mudra & Schule-Markwort, 2020). Das gleichzeitige Auftreten von mehreren Störungen macht das Erkennen einer depressiven Störung besonders schwierig (Nevermann & Reicher, 2009). Für eine Diagnose sowie eine Therapie erscheint es also grundlegend, dass mögliche Komorbiditäten untersucht und erkannt werden.

2.3 Ursachen für Depressionen (Risikofaktoren)

Warum werden Kinder und Jugendliche überhaupt depressiv? Eine einfache Antwort dazu gibt es nicht. Stang & Schleider (2018a) erwähnen, dass man heute von einem Entstehungsmodell ausgeht, das multifaktoriell bedingt ist. Auch Groen & Petermann (2019) und Haider (2008) beschreiben, dass eine Depression nie nur eine Ursache

hat. Oft ist es ein vielschichtiges psychisches Problem. Viele verschiedene Einflussfaktoren und Wechselwirkungen können eine Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten fördern. Risikofaktoren beschreiben Einflüsse, die aufgrund von klinischer Erfahrung und wissenschaftlicher Forschung die Wahrscheinlichkeit einer Depression erhöhen (Groen & Petermann, 2019, S. 71f). Um einen Überblick zu erhalten, werden in diesem Kapitel die vielschichtigen Risikofaktoren in vier Gruppen eingeteilt. Dabei werden mögliche Ursachen erklärt und Zusammenhänge geschaffen.

Biologische Faktoren

Eine individuelle Vulnerabilität von Kindern kann ein Faktor für die Entstehung von Depressionen sein (Stang & Schleider, 2018a). Auch Kinder von Eltern mit Depressionen oder anderen psychischen Problemen weisen ein grösseres Risiko für eine eigene Depression auf. Ebenso können gewisse genetische Aspekte bei der Entstehung von Depressionen eine wichtige Rolle spielen. Groen & Petermann (2019) gehen davon aus, dass nur bestimmte Formen der Depression genetisch mitbedingt sind. Es ist jedoch noch nicht klar, was genau vererbt wird. Nevermann & Reicher (2009) bestätigen diese Annahme und belegen dies mit Hilfe von Studienergebnissen (Zwillingsstudien, Adoptionsstudien und Familienstudien). Dabei wird ersichtlich, dass der genetische Einfluss ein risikohöherer Faktor darstellt, jedoch keine kausale Wirkung hat (ebd.).

Groen & Petermann (2011, S.38) beschreiben auch eine Beeinträchtigung im Stoffwechsel der Neurotransmitter als eine mögliche Neigung zu Depressionen hin. Zu einem weiteren Risikofaktor zählt der Hormonhaushalt, der durch die Schilddrüsen reguliert wird. Bei einigen Betroffenen wird eine Unterfunktion der Schilddrüse festgestellt. Während der Pubertät finden viele (körperliche) Veränderungen statt. Die vielen Herausforderungen einer Pubertät können als Risikofaktor betrachtet werden, wenn ein Jugendlicher daran scheitert. Auch hier spielt der Hormonhaushalt eine grosse Rolle (ebd.).

Auch Kinder mit chronisch-körperlichen Krankheiten weisen ein signifikantes Depressionsrisiko auf. Dazu zählen insbesondere die folgenden Krankheitsbilder: Chronische Fatigue, Migräne, Epilepsie sowie Gaumenspalten (ebd.). Nevermann & Reicher (2009) ergänzen dabei, dass auch das Alter und das Geschlecht von Kindern und Jugendlichen als Risikofaktor angesehen wird, denn im Jugendalter steigt das Risiko, besonders bei Mädchen.

Soziale Risikofaktoren

Nach Groen & Petermann (2019) betrifft ein Teil der sozialen Risikofaktoren die familiäre Situation und die damit verbundenen Belastungen. Die täglichen Erfahrungen, die in einer Familie gemacht werden, tragen bedeutend dazu bei, wie ein Kind denkt, fühlt und handelt. Gewisse familiäre Einflüsse (z.B. Trennung, Verlust, soziale Benachteiligung u.a.) können ein Risiko für psychische Probleme darstellen. Zu diesen Einflüssen zählt auch die Erziehung. Werden die psychischen Grundbedürfnisse von Kindern (Bindung, Selbstwert, Spass und Orientierung) ungenügend gedeckt, zählt auch das zu einem Risikofaktor (ebd.). Die Eltern-Kind-Beziehung kann als Belastung wirken und birgt einige Risikofaktoren. Haider (2008, S. 58) zählt dazu folgende Punkte auf: unsichere Bindung, Feindseligkeit, mangelnde Kommunikation, Ablehnung, Wut, Gleichgültigkeit, sprunghafter Erziehungsstil, zu viel an Strenge oder zu wenig Struktur, Misshandlung oder Vernachlässigung.

Das Verhältnis zur Familie und Faktoren wie Erziehung, Todesfälle, Gesundheit der Familienmitglieder usw. sind besonders wichtige soziale Faktoren. Weiter gehören auch Freunde und Gleichaltrige, die Schule, das

Wohnumfeld oder die Medien dazu (Groen & Petermann, 2019, S. 73). Freundschaften spiegeln die eigene Person. Sie können dann zu einem Risikofaktor werden, wenn keine oder nur wenige Freunde vorhanden sind (Mobbing). Depressive Kinder verbringen oft sehr viel Zeit alleine und haben eher weniger Freunde (ebd.). Aber auch schwierige Lebensumstände wie zum Beispiel ein Wohnort- oder Schulwechsel und Traumatisierungen können Faktoren für eine Belastung darstellen (Haider, 2008, S. 58).

Die Welt verändert sich stetig. Heute gibt es viele unterschiedliche Lebenseinstellungen, Haltungen und Sinndeutungen. Dadurch erhalten die Kinder unzählbare Möglichkeiten und weniger allgemeingültige Wertvorstellungen. Dies kann zu Überforderung, Unsicherheit und Angst führen.

Stressfaktor (kritische Lebensereignisse)

Erleben Kinder häufig Veränderungen im Leben oder machen belastende Erfahrungen, kann auch das zu einem Risikofaktor zählen. Groen & Petermann (2019, S. 93) zählen zu solch kritischen Lebensereignissen unter anderem Todesfälle, Umzüge, Schulwechsel, Trennungen oder Krankheiten. Diese Ereignisse führen bei Kindern oft zu Stress. Stress, der lange anhält oder wiederkehrend ist, spielt für die psychische Gesundheit von Kindern eine wichtige Rolle. Dazu zählen unter anderem häufige Streitigkeiten, viele Termine und hohe Leistungsansprüche (auch schulische Überforderung) (ebd.). Eine Entwicklungsveränderung (Pubertät) kann bei einigen Kindern sehr viel Stress auslösen (Nevermann & Reicher, 2009).

Persönlichkeitsmerkmale (kognitive und emotionale Faktoren)

Die Art und Weise, wie man auf Anforderungen reagiert, wie man fühlt und wie man sich verhält, trägt zur psychischen Gesundheit bei. Einseitige Denk- und Handlungsmuster wie zum Beispiel willkürliche Schlussfolgerungen, alles persönlich zu nehmen oder selektive Verallgemeinerung werden als Risikofaktor wahrgenommen (Groen & Petermann, 2019). Haider beschreibt diese mit folgenden Worten (2008, S. 57):

«Sie (Schüler_innen) interpretieren sich und die Welt auf eine ganz spezifische Art und Weise.»

Generell bewerten depressive Kinder und Jugendliche sich selbst, ihre sozialen und schulischen Kompetenzen sowie die eigene Zukunft negativ. Es besteht also eine negative Grundhaltung und oft erleben sich Kinder nicht selbstwirksam. Dazu kommen meist Defizite im sozialen Bereich. Diese Persönlichkeitsmerkmale führen dazu, dass man sich wertlos fühlt, dass das Leben scheinbar nur Negatives bringt und man selbst nichts daran ändern kann (Haider, 2008).

Zusammenfassend wird an dieser Stelle noch einmal betont, dass all diese Bereiche zusammenhängen können. Zur Entwicklung einer Persönlichkeitsstruktur tragen viele unterschiedliche Faktoren bei. Haider beschreibt, dass Depressionen durch Risikofaktoren verursacht werden, die sich gegenseitig bedingen und verstärken können. In den meisten Fällen wird der Ausbruch einer Depression durch ein kritisches Ereignis unterstützt (2008, S. 58f).

2.4 Theoretische Erklärungsansätze zur Entstehung von Depressionen

Im vorhergehenden Kapitel wurden unterschiedliche Risikofaktoren für eine Depression aufgezählt und definiert. Nun folgen theoretische Erklärungsansätze zu deren Entstehung. Im Rahmen dieser Arbeit wird auf diese Theorien nur oberflächlich eingegangen. Die theoretischen Erklärungsansätze können bei der Beantwortung der

Fragestellungen dieser Arbeit unterstützend wirken. Jede Theorie beschreibt eine Möglichkeit, wie eine Depression entstehen kann. Nevermann & Reicher (2009) betonen dabei jedoch, dass man sich auch hier nicht nur auf eine Theorie stützen kann, sondern alle in Betracht ziehen soll.

Psychoanalytische Theorie (Verlusterlebnisse)

Diese Theorie findet ihren Ursprung in einer klassischen Studie von Freud (Nevermann & Reicher, 2009). Freud geht davon aus, dass frühkindliche Erfahrungen und Konflikte einen wichtigen Stellenwert in der Entwicklung bei Kindern haben und Störungen hervorrufen können. Trennungserfahrungen können zu einer Aktualisierung eines erlittenen Verlusterlebnisses in der Kindheit (real oder fiktiv) führen. Dies kann bis hin zu einer Depression führen. Dabei wird der scheinbar unerträgliche Schmerz über die Trennung durch eine Depression abgelenkt (ebd.). Wissenschaftlich ist dieser Erklärungsansatz nur schwer überprüfbar und wird bei Kindern eher selten in Betracht gezogen. Es kann jedoch vorkommen, dass zum Beispiel in der Spieltherapie frühkindliche Fehlentwicklungen aufgedeckt werden (ebd.).

Kognitive Theorie

Groen & Petermann (2011) beschreiben, dass bei dieser Theorie angenommen wird, dass spezifische, dysfunktionale Kognitionen entwickelt, aktiviert oder verstärkt werden. Durch diese Kognitionen tendieren Betroffene dazu, sich selbst und ihr Leben als negativ wahrzunehmen. Dies geschieht durch eine verzerrte oder einseitige Wahrnehmung. In der Regel gehen diese Kognitionen auf negative Kindheitserfahrungen zurück. Diese wird durch eine bestimmte aktuelle Belastung wieder aktiviert. Bei Kindern ist speziell zu bedenken, dass sich die kognitiven Strukturen noch im Aufbau befinden und zukünftige Entwicklungen auf diesen Strukturen aufbauen (ebd.). Nevermann & Reicher (2009) ergänzen, dass negative Denkmuster zu negativen (depressiven) Gefühlen führen können. Durch dauernde Wiedergabe von negativen Aussagen (z.B.: Ich bin dumm, ich kann das nicht), kann sich eine verzerrte Sichtweise über sich selbst bilden. Ganz generell sind die Gedanken pessimistisch, zynisch und negativ. Depressive Kinder haben meist irrationale Gedanken, sie haben Mängel in der Selbstkontrolle, ihre Fähigkeiten im Problemlöseprozess sind gering und sie weisen Erfolge und Verluste falschen Attributionen zu (ebd.).

Lerntheorie

Bei dieser Theorie wird davon ausgegangen, dass umweltbezogene Faktoren Depressionen auslösen und sie ein Ergebnis von verhaltensbezogenen, affektiven und kognitiven Veränderungen sind. Das bedeutet also, dass Depressionen erlernt werden können. Gemäss dieser Theorie wird durch ein Verstärkerdefiziterleben (z.B. mangelnder schulischer Erfolg) die Selbstüberzeugung nicht richtig entwickelt. Bekommen Kinder also immer negative Rückmeldungen, verinnerlichen sie diese (Nevermann & Reicher, 2009).

«Depressionen können nach Lewinsohn also aus einem Missverhältnis von positivem und negativem Austausch mit der Umwelt erklärt werden» (Nevermann & Reicher, 2009, S. 173).

Zusammenfassendes Modell

Mehrere Autoren (Nevermann & Reicher, 2009 und Essau, 2007) gehen davon aus, dass die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Depression eine Integration von verschiedenen theoretischen Erklärungsansätzen

beinhaltet. Essau (2007) beschreibt dazu, dass es situative Faktoren braucht, welche als Auslöser einer Depression gelten können. Kognitive Faktoren spielen dabei eine wichtige Rolle. Diese können Umweltereignisse und deren Wirkung beeinflussen. Dieses Modell geht davon aus, dass einzelne Persönlichkeitsmerkmale die Auswirkungen von bestimmten Ereignissen stark beeinflussen. Dementsprechend besteht auch ein Zusammenhang von frühen Lebenserfahrungen und genetischen Faktoren. Die wahrgenommene Bindung, das Selbstsystem sowie unterschiedliche Stressfaktoren können sich gegenseitig unterstützen oder schwächen (ebd.).

Tabelle 3: Erklärungsmodell zur Entstehung von Depression (Nevermann & Reicher, 2009, S. 174)

Ansatz	Auswirkung
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 eine aufrechterhaltende Funktion.

2.5 Diagnostik und Therapiemöglichkeiten bei Depressionen

Der Frage nach der Diagnostik wird in diesem Kapitel nachgegangen. Eine differenzierte Diagnose ist für eine adäquate Behandlung grundlegend. Deswegen folgen in einem zweiten Schritt dieses Kapitels einige theoretische Lösungsansätze für betroffene Kinder. Dabei wird auf die für diese Arbeit wichtigen Bereiche eingegangen.

2.5.1 Diagnostik

«Eine Diagnose ist ein definiertes Krankheitsbild, das bestimmte Symptome umfasst und gewisse Kriterien erfüllt. Diagnosen psychischer Störungen versuchen die Vielfalt menschlicher psychischer Probleme und Beeinträchtigungen zu sortieren und in bestimmte Einheiten zu ordnen»

(Groen & Petermann, 2019, S. 41f).

Die Symptome, welche für eine Diagnostik grundlegend sind, wurden bereits im Kapitel 2.2 ausführlich beschrieben. Mudra & Schulte-Markwort (2020) zählen folgende Elemente der Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen auf: *Verhaltensbeobachtungen, Beobachtungen bei Spielsituationen oder strukturierte Interaktionsbeobachtungen zwischen Eltern und Kind.*

Nachfolgend werden die Teilbereiche einer Diagnostik nach Mudra & Schule-Markwort (2020, S.135) aufgeführt:

- **Anamnese:** Eigenanamnese sowie eine Fremd- und Familienanamnese
- **Körperliche Untersuchung:** Somatische Ursachen sollen ausgeschlossen werden
- **Psychopathologischer Befund**
- **Kognitive Untersuchung:** Zum Beispiel durch Leistungstestung
- **Strukturierte Interviews:** Diagnostische Interviews gibt es schon für das Vorschulalter (z.B. PAPA), sowie spezielle für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS)
- **Fragebogen:** Es gibt unterschiedliche Fragebogen. Zum Beispiel: Preschool Feeling Checklist, Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche zwischen 8-17 Jahre (DIK), Children's Depression Rating Scale Revised für Kinder 6-12 Jahren (CDRS) oder Beck-Depressions-Inventar ab 13 Jahren (BDI-II) (die Aufzählung ist nicht abschliessend)
- **Projektive Testung:** Zum Beispiel den Satzergänzungstest RIBS (Rotter Incomplete Sentences Blank)

Bei der Diagnostik soll stets berücksichtigt werden, dass eine Depression bei Kindern und Jugendlichen selten ohne zusätzliche Symptome auftritt. Aus diesem Grund sind auch die Erfassung psychosozialer Probleme, kognitiver Funktionen sowie sozialer Kompetenzen grundlegend (Essau, 2007). Mudra & Schulte-Markwort (2020) empfehlen deswegen eine Diagnose nach dem MAS (multiaxialen Klassifikationsschema).

Multiaxiales Klassifikationsschema nach ICD-10

- I. Klinisch-psychiatrisches Syndrom (F-Diagnose/n nach ICD-10)
- II. Umschriebene Entwicklungsrückstände (z.B. Teilleistungsstörungen)
- III. Intelligenzniveau (z.B. Hinweise auf schulische Unter- /Überforderung)
- IV. Körperliche Symptomatik (z.B. chronische Erkrankungen, Hinweise auf somatogene Depression)
- V. Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (z.B. psychische Störungen oder abweisendes Verhalten innerhalb der Familie, akut belastende Lebensereignisse, chronische zwischenmenschliche Belastung in der Schule u.v.m.)
- VI. Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (neun Stufen)

2.5.2 Therapien

Groen & Petermann (2011) beschreiben, dass die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen noch vergleichsweise wenig untersucht wurde. Grundsätzlich wird jedoch versucht, den multifaktoriellen Ursachen mit einer multimodalen Behandlung zu entsprechen. Die Therapieplanung sollte dabei möglichst individuell auf das Kind und dessen Bedürfnissen angepasst sein. Für die Vorgehensweise der Behandlung kann jene für Erwachsene als Grundlage angenommen und kindgerecht angepasst werden. Gewisse Therapieansätze beinhalten zum Beispiel die Arbeit mit Peergruppen, wobei altersspezifische Problem- und Entwicklungsbereiche werden mit den Betroffenen ausgearbeitet werden. Nachfolgend werden die wichtigsten Therapieformen mit Kindern beschrieben (ebd.). Nevermann & Reicher (2009) zählen dabei auf, was die Hauptaufgaben der Therapien sein sollten (S. 211):

- Selbstkontrollierter Umgang mit den eigenen Gefühlen
- Verbessertes Selbstbewusstsein und Selbstwerterleben
- Abbau von negativem Denken und pessimistischer Grundhaltung
- Abbau suizidalen Denkens und Handelns
- Erhöhung sozialer Kompetenzen und sozialer Integration
- Verbessertes Problemlöseverhalten
- Zurückgewinnung der Freude an Aktivitäten, die früher Spass gemacht haben
- Abbau von Verhaltensauffälligkeiten in der Schule
- Aufbau von Motivation und Leistungsbereitschaft (Schule, Familie)
- Abbau körperlicher Beschwerden

Nachfolgend werden die fünf häufigsten Therapieformen nach Nevermann & Reicher (2019) näher erläutert. Verschiedenen Therapieformen haben viele Gemeinsamkeiten und werden oftmals auch in konkreten psychologischen Verfahren kombiniert (ebd.)

Kognitive Verhaltenstherapie

Eine bei Kindern und Jugendlichen besonders wirksame Behandlungsform scheint die kognitive Verhaltenstherapie zu sein. Diese Therapie hat zum Ziel, die fehlangepassten Gedanken von depressiven Kindern zu ändern (Essau, 2007). Gemeinsam mit betroffenen Kindern werden Ressourcen gestärkt und das Miteinander innerhalb einer Familie gefördert. Zudem werden die Gedanken, Emotionen und das Verhalten von Betroffenen in positiver Weise verändert. Wichtig ist auch die Einbindung des sozialen Umfelds (Groen & Petermann, 2011, S. 135). Unterschiedliche therapeutische Inhalte und Techniken werden bei diesem Ansatz vereint. Ungünstige Verhaltensweisen und Denkmuster werden erkannt und modifiziert. Nachdem die als belastend erlebte Stimmung überwunden wurde, wird die Bewältigungskompetenz von emotionalen und sozialen Belastungen verbessert (ebd., S. 146). Nachfolgend werden wichtige Behandlungsarten der kognitiven Verhaltenstherapie aufgeführt (Essau, 2007, S. 163, zitiert nach Weisz et al. 1999b).

Tabelle 4: Wichtige Behandlungsarten der kognitiven Verhaltenstherapie

Behandlung und Komponenten	Ziele	Techniken
Kognitive Umstrukturierung	Veränderung fehlangepasster Gedanken und Verhaltensweisen	Überprüfung negativer Kognitionen: positive Selbstgespräche
Selbstkontrolltherapie	Vermehrung von Selbstbeurteilung und Selbstverstärkung	Training von Selbstmanagement, Selbstbeurteilung und Belohnung
Planen angenehmer Aktivitäten	Vermehrung von Aktivitäten, die zu gehobener Stimmung führen	Systematische Planung angenehmer Aktivitäten für jeden Tag
Training sozialer Kompetenzen	Fähigkeiten im zwischenmenschlichen Umgang und befriedigende Interaktionen erhöhen	Modell-Lernen, Üben, Rollenspiele, Feedback

Entspannungs- training	Abnahme von Spannung und Angst, die mit Depression einhergehen	Progressive tiefe Muskelentspannung; geführte Imagination
Training von Prob- lemLösungsfähigkei- ten	Verbesserung von Problemlösungsfähigkeit und dadurch von Selbstbewusstsein und Kontrollüberzeugung	Lernen und Üben von Problemidentifi- kation, der Ausarbeitung alternativer Lösungsmöglichkeiten und Auswahl der besten Lösung

Folgende Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie bei depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen werden dabei trainiert (Nevermann & Reicher, 2009, S. 214):

- Gefühle verstehen lernen (Emotionale Erziehung)
- Veränderung der depressiv machenden Gedanken
- Veränderung von ungünstigen Verhaltensweisen (Passivität)
- Training sozialer Fertigkeiten
- Einsatz von Entspannungstechniken
- Förderung von Selbstkontrolle
- Problemlösetraining

Spieltherapie

Eine Spieltherapie eignet sich für Kinder (ca. 3 bis 12 Jahre). Durch Spiele, welche die Kinder selber aussuchen können, bekommen sie die Möglichkeit, Gefühle und Konflikte, Sorgen und Probleme «auszuleben». Das Verhalten der Kinder während des Spielens wird von einem Therapeuten / einer Therapeutin interpretiert. Nach Nevermann & Reicher (2009) können bei Kindern folgende emotionale Veränderungen angestossen werden (S. 221):

- Angenehme und unangenehme Gefühle werden tiefer und differenzierter erlebt
- Unangenehme Gefühle nehmen ab und angenehme Gefühle nehmen zu
- Stimmung in Richtung Spass nimmt zu
- Belastende Erfahrungen werden durch Wut, Angst und Trauer bewältigt
- Emotionale Labilität und depressive Verstimmtheit nehmen ab

Familientherapie

Eine weitere, besonders wichtige Therapieform ist die Familientherapie. Im Kapitel 2.3 Ursachen (Risikofaktoren) wird erläutert, dass depressive Kinder oft aus Familien mit Schwierigkeiten kommen. Essau (2007) verdeutlicht dabei die Wichtigkeit einer genauen Untersuchung der betroffenen Familien. Es gibt verschiedene Therapieansätze, welche den Schwerpunkt auf die Familie richten. Nach Essau gibt es drei unterschiedliche Möglichkeiten, mit einer Familie zu arbeiten. Zum einen geht es dabei um Beratung und Aufklärung über eine Depression und deren Symptome. Weiter können Familienmitglieder als Behandelnde funktionieren und schliesslich gilt eine Familie auch als Interventionsschwerpunkt (2007, S. 185). Dinner (2019, S. 91) fügt ergänzend an, dass eine Familientherapie selbst dann positiv wirkt, wenn nicht die Familienstruktur als problematisch angesehen wird. Sind

Kinder depressiv, stellt das für alle Beteiligten eine schwierige Situation dar. Eine Familientherapie kann dabei als Entlastung dienen und den gemeinsamen Zusammenhalt unterstützen. Dies fördert die Genesung eines Kindes (ebd.). Die Familienmitglieder werden darin gefördert und unterstützt, angemessen auf die Schwierigkeiten des Kindes einzugehen. Zudem werden ungünstige Verhaltensmuster reduziert. Dazu gehört auch, dass bisherige Rollen innerhalb der Familie hinterfragt und nach Bedarf verändert werden. In der Familientherapie arbeitet man mit ähnlichen Inhalten und Zugängen wie bei der kognitiven Verhaltenstherapie (Groen & Petermann, 2011, S. 152f).

Interpersonelle Psychotherapie

Die interpersonelle Psychotherapie zeigt bei Erwachsenen Erfolge und auch die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen ist erprobt und zeigt Wirksamkeit auf. Der Fokus liegt auf den zwischenmenschlichen Beziehungen. Für die Therapie betrachtet man soziale Konflikte, entwickelt Problemlösungsstrategien und fördert soziale Kompetenzen. Den Kindern wird das Analysieren von Emotionen und Erwartungen vermittelt. Eingübt werden die neuen Kompetenzen mithilfe von Rollenspielen. Folgende vier Bereiche gehören zum psychosozialen Problem-bereich: Interpersonelle Verluste und Trauer, interpersonelle Defizite, interpersonelle Rollenkonflikte und Rollenveränderungen (Groen & Petermann, 2011, S. 150). Nevermann & Reicher (2009, S. 224f) ergänzen, dass in der Therapie der Schwerpunkt bei der Bearbeitung aktueller sowie zukunftsorientierter Probleme ansetzt. Probleme aus der Vergangenheit werden nicht aufgearbeitet.

Psychopharmaka

Psychopharmaka werden auch zur Behandlung von depressiven Kindern eingesetzt. Jedoch erwähnt Essau (2007), dass kontrollierte Studien aufzeigen, dass die Behandlung mit Psychopharmaka bei Kindern weniger positive Ergebnisse erzielen, also eine kleinere Wirkung tätigen als bei Erwachsenen. Die Neurotransmittersysteme sind bei Kindern noch nicht vollständig entwickelt, sodass von einer Therapie mit Antidepressiva abzuraten ist (Dinner, 2019, S. 91f). Dinner empfiehlt hingegen eine Lichttherapie oder Therapie mit Omega-3-Fettsäuren. Entschieden man sich bewusst für eine Behandlung mit Psychopharmaka, ist grundlegend, dass die Kinder zusätzlich in einer Therapie behandelt werden (Groen & Petermann, 2011, S. 167f).

Schlussfolgerung für die schulische Betreuung

Für die heilpädagogische Arbeit mit betroffenen Kindern ist es von Vorteil, die Therapieformen im Ansatz zu kennen oder zu verstehen. Je mehr Wissen vorhanden ist, desto besser können betroffene Kinder diesbezüglich auch in der Schule begleitet und unterstützt werden. Einige Aspekte dieser Theorien können in der Schule übernommen werden (vor allem die kognitive Verhaltenstherapie und die Spieltherapie). Es geht dabei nicht darum, die Kinder zu therapieren, dazu ist eine heilpädagogische Fachperson nicht befähigt. Die Kinder können aber auf ihrem eingeschlagenen Weg begleitet und unterstützt werden. Hat man als heilpädagogische Fachkraft die Möglichkeit, mit Therapeuten / Therapeutinnen von betroffenen Kindern zusammenzuarbeiten, können die Kinder besser unterstützt werden. Dabei hilft den heilpädagogischen Fachkräften ein Wissen über theoretische Erklärungsansätze und Therapiemöglichkeiten bei Depressionen.

2.6 Prävention

Wie bereits im Kapitel 2.5 erwähnt, kann und soll eine heilpädagogische Fachkraft die Kinder nicht therapieren. Im Verantwortungsbereich der heilpädagogischen Fachkraft liegt aber die Präventionsarbeit in der öffentlichen Schule. Diese Präventionsprogramme sind oft an die Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie angelehnt (vgl. Kapitel 2.5.2) an (Castello, 2017). Nach Groen & Petermann (2011) bestehen in diesem Bereich zwei Präventionsansätze. Beide haben zum Ziel, das Auftreten von Depressionen im Kindes- und Jugendalter zu reduzieren. Zum einen soll eine Prävention Kinder unterstützen, welche ein erhöhtes Risiko für Depressionen aufweisen. Zum Beispiel wenn sie einen erkrankten Elternteil haben oder erhöhte soziale Unsicherheit und Ängstlichkeit zeigen (selektive Prävention). Der zweite Ansatz betrifft die universelle Prävention, welche sich an die allgemeine Schülerschaft richtet. Die Prävention ist eine besonders wichtige Thematik, da depressive Kinder ein hohes Rückfallrisiko besitzen (ebd.).

Selektive Prävention

Die selektive Prävention erlaubt es, Kinder, die bereits erste Anzeichen einer Depression aufzeigen, aufzufangen und mit spezifischen Programmen zu unterstützen. Ein Beispiel stellt das **Penn Resiliency Programm** dar. Weiter gehören familienorientierte Präventionsprogramme sowie Trainings der sozialen Fertigkeiten dazu (Groen & Petermann, 2011, S. 180ff). Das Programm **«Rational-emotive Erziehung (RAV)»** ist ebenfalls eine Möglichkeit um präventiv und interventiv einzugreifen (Castello, 2017, S. 50f).

Universelle Prävention

Bei universellen Präventionsprogrammen werden vor allem die kognitiven, emotionalen und sozialen Kompetenzen trainiert und gestärkt. Damit positive Effekte erzielt werden können, sollten die Massnahmen umfassend gestaltet sein. Dazu werden in Programmen, welche meistens für Schulen entwickelt werden, kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden eingesetzt. Ein Beispiel dazu stellt das Programm LARS&LISA dar (Groen & Petermann, 2011).

Grundsätzlich lässt sich für alle Programmen zusammenfassen, dass sie dann am wirksamsten sind, wenn die gelernten Inhalte im täglichen Leben direkt angewendet werden können. Dazu gehört auch die Zusammenarbeit von Familie und Schule. Ein gutes Programm zeichnet sich aus, indem es nicht nur auf das Individuum gerichtet ist, sondern zum Ziel hat, die Lern- und Entwicklungsumwelt zu verändern (Nevermann & Reicher, 2009). Im Anhang I ist eine Liste mit Projekten zur Gesundheitsförderung in der Schweiz abgelegt (von Wyl et al., 2017).

Stärkung der Schutzfaktoren

Das Ziel einer Prävention ist es, die Schutzfaktoren aller Kinder und ihre Resilienz zu stärken. Das kann bedeuten, dass schwierige Situationen einfacher auszuhalten sind (Füssler, 2020). Damit dies erfolgreich gelingt, beschreiben Nevermann & Reicher (2009, S. 248) in folgenden Punkten, was ein resilientes Kind, einen resilienten Jugendlichen ausmacht:

- Sie haben zu mindestens einem Familienmitglied eine positive emotionale Beziehung, welches als Unterstützungsperson zuverlässig da ist und glaubwürdige Werte vermittelt.
- Sie haben ein stabiles Netzwerk, das als Unterstützung und Hilfestellung dient.
- Sie erleben zu Hause klare Strukturen.
- Sie haben (gleichgeschlechtliche) Identifikationsmodelle.
- Sie haben ein angenehmes Temperament, sind aufgeschlossen und wirken positiv.
- Sie haben eine positive Lebensperspektive und realistische Ziele für die Zukunft.
- Sie haben Eltern, die emotionale Wärme und Unterstützung entgegenbringen, Grenzen werden klar und flexibel gesetzt und die Selbstständigkeit wird gefördert.

2.7 Depression und Schule

Im Kapitel 2.3 wurden die Risikofaktoren für Depressionen beschrieben. Die Schule kann einen grossen Einfluss auf die Entwicklung der Kinder haben. Darauf wird in diesem Kapitel eingegangen. Als Lehrperson oder als schulische Heilpädagogin / schulischer Heilpädagoge sollte man sich bewusst sein, dass viele Symptome einer Depression (vgl. Kapitel 2.2) einen erfolgreichen Schulalltag erschweren. «*Depressive Störungen sind grundsätzlich affektive Störungen, die unabhängig vom IQ-Wert eines Kindes oder Jugendlichen auftreten*» (Nevermann & Reicher, 2009, S. 126f). Schlechte Schulleistungen deuten also nicht immer direkt auf ein generell eingeschränktes intellektuelles Vermögen hin. Schüler_innen mit Depressionen weisen oft andere Denkmuster auf. Nach Castello (2017) könnten dabei folgende Situationen beobachtbar sein:

Tabelle 5: Typische Denkmuster bei Schüler_innen mit Depressionen (Castello, 2017, S. 41)

Denkmuster	Beispielsituation	Gedanke
Katastrophisieren	SuS schreibt eine Klausur und befürchtet eine schlechte Bewertung.	«Wenn das passiert, ist alles aus.»
Positives ausschliessen oder abwerten	Eine gute schulische Leistung wird erbracht.	«Das ist doch nichts Besonderes.»
Alles-oder-Nichts-Denken	Im Sportunterricht misslingt eine schwierige Übung.	«Ich bin nun total gescheitert, weil es nicht geklappt hat.»
Sicher und möglich als Synonym betrachten.	In der Vorbereitung auf eine Prüfung treten Fehler auf.	«So wird das sicher nie gelingen.»
Personalisierung	Der gesamte Klassenverband wird von einer Lehrkraft gerügt.	«Es liegt wieder mal an mir – ich bin schuldig.»
Gedankenlesen	Trotz Wortmeldung wird ein Schüler nicht aufgerufen.	«Er denkt, ich weiss die Antwort sowieso nicht.»
Unzulässiges Verallgemeinern	Eine schlechtere Bewertung durch eine neue Lehrkraft.	«Daran sieht man, wie viel ich eigentlich wirklich kann.»

Nachfolgend wird in diesem Kapitel erklärt, warum die Schule als Risikofaktor zählen kann, wie der Unterricht unterstützend gestaltet werden kann und welche Verhaltensweisen von Lehrpersonen fördernd wirken.

2.7.1 Die Schule als Risikofaktor

Nach Groen & Petermann (2019) wird ein *regelmässiger Schulbesuch* und die *Mitarbeit* in der Schule als wichtige Aufgabe angesehen. Gleichzeitig stellt das auch eine tägliche Herausforderung dar. Die Schule ist ein zentraler Ort, der Kinder und ihre Entwicklung positiv sowie negativ beeinträchtigen kann. Starke Konkurrenz und hoher Leistungsdruck im Schulalltag können zum Beispiel zu Stress und emotionaler Instabilität führen (ebd.). Haider (2008) beschreibt dabei folgende Handlungen als Risikofaktoren: Dauerüberforderung, Schwarz-Weiss-Denken, unklare Grenzen (keine Führung durch die Lehrperson), nur das Scheitern / das Schlechte benennen sowie Mobbing.

In diesem Zusammenhang erkennen Nevermann & Reicher (2009, S. 122f) gewisse strukturelle Merkmale von Schulen als mögliche Stressfaktoren an. Zu diesen Merkmalen zählen folgende Punkte:

- Schule verläuft gruppenorientiert
- Vorgegebene Strukturen und Handlungsmuster
- Immer wieder neue Anforderungen
- Aufschieben und Unterdrückung individueller Bedürfnisse
- Viele Bewertungssituationen
- Bewertung nach Gruppennorm
- Kaum Individualisierung
- Wenig tolerierte Verhaltensabweichungen

Nevermann & Reicher zeigen zudem auf, dass es nicht immer grosse Schwierigkeiten sein müssen, die Kinder belasten. Auch der «tägliche kleine Ärger» kann mit Depression in Verbindung stehen beziehungsweise kann schwierige Situationen für Kinder mit Depressionen hervorrufen (2009, S. 126):

- Mit anderen streiten
- Angeschrien, kritisiert oder runtergemacht werden
- Bestraft werden
- Ein Spiel oder Rennen verlieren
- Übergangen, zurückgewiesen oder ignoriert werden
- Schlechte Leistungen in der Schule
- Etwas verlieren oder zerbrechen
- Etwas Schlechtes tun
- Jemanden vermissen (Freunde oder Verwandte, Eltern)
- Nicht in der Lage sein, etwas zu tun, was man gerne tun möchte

Fördernd hingegen wirkt, nach Haider (2008), das Wissen um eigene Stärken, das Bewusstsein, dass man mit jemandem reden kann und die Unterstützung im sozialen Bereich. Im Kapitel 2.6 Prävention werden unter anderem universelle Präventions-Programme für Schulen vorgestellt. Durch das bewusste Fördern von

Sozialkontakten sowie den sozialen Fertigkeiten können Betroffene unterstützt werden. Auch das bewusste Integrieren in die Gruppe kann eine positive Folgeerscheinung auslösen (ebd.).

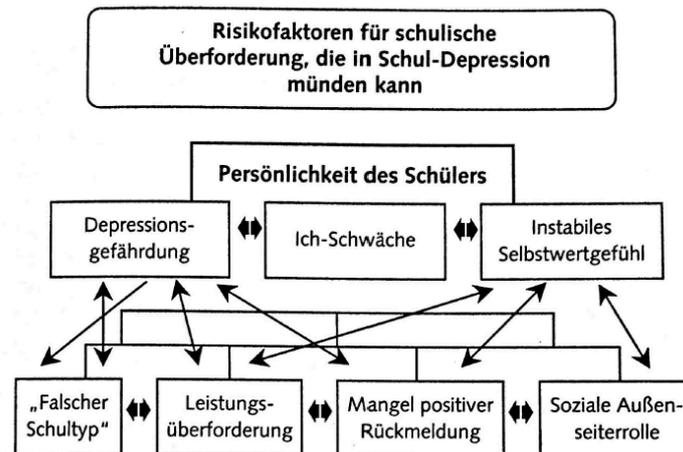


Abbildung 1: Risikofaktoren bei der Entstehung von "Schul-Depression" von Nissen (1999) (Nevermann & Reicher, 2009, S. 135)

Ist sich eine Lehrperson dieser Merkmale bewusst, kann der Unterricht dementsprechend geplant und durchgeführt werden. Im nachfolgenden Kapitel wird deshalb der Frage nachgegangen, was guter Unterricht für psychisch kranke Kinder ist.

2.7.2 Unterstützender Unterricht

Nachdem mögliche Risikofaktoren aufgezählt wurden, werden in diesem Kapitel denkbare Handlungsmöglichkeiten in Schulen aufgezeigt. Dabei geht es nicht um die Perspektive aus didaktisch-pädagogischer Sichtweise, sondern um die psychologische. Steins (2008) beschreibt verschiedene Grundprinzipien im Umgang mit psychisch kranken Schüler_innen. Nachfolgend werden diese Prinzipien zusammenfassend beschrieben.

Das wichtigste Prinzip wird als **die Beziehung zwischen Lehrpersonen und Schüler_innen** beschrieben. Folgende Aspekte sind dabei besonders grundlegend:

- Unterstützende Einstellung
- Kommunikation (konkrete Anweisungen, die inhaltlich und persönlich unterstützen)
- Wahrnehmung
- Interaktionsgestaltung (Anteilnahme und Empathie)

Auch Nevermann & Reicher betonen die Wichtigkeit einer guten und positiven Beziehung (2009, S. 144). Ein guter Unterricht beinhaltet demnach nicht nur den Unterrichtsinhalt, sondern er soll die individuelle Entwicklung von Kindern und Jugendlichen fördern (ebd.).

Als weiteres Prinzip beschreibt Steins (2008) die **Förderung des Selbstkonzepts** von Schüler_innen. Eine wichtige Rolle spielt dabei die wahrgenommene Rückmeldung und Bewertung von Lehrpersonen. Das schulische Selbstkonzept lässt sich durch den entsprechenden Selbstwert von Schüler_innen erkennen. Dabei zeigen die Kinder oft ungünstige Attributionsmuster, welche in der Schule umgelernt werden könnten. Weiter ist es für Lehrpersonen wichtig anzuerkennen, dass nicht unbedingt die Noten für ein schlechtes Selbstkonzept sorgen, sondern

dass es hauptsächlich durch soziale Quellen beeinflusst wird (ebd.). Eine direkte und offene Kommunikation mit ehrlicher Rückmeldung der Lehrperson wirkt dabei unterstützend.

Neben der Beziehung und dem Selbstkonzept spielen nach Steins (2008) auch **der Selbstwert, die Selbstakzeptanz sowie die Frustrationstoleranz** eine wichtige Rolle im Umgang mit psychisch kranken Kindern. Herausfordernde Situationen im Schulalltag (und davon gibt es eine Menge) können ohne Frustrationstoleranz kaum gemeistert werden, dazu zählen auch soziale Beziehungen (ebd.).

Als abschliessender Punkt nennt Steins (2008) die **Erwartungen**. Die Erwartungen, die auf ein Kind in der Schule einfließen, sind sehr zahlreich und werden von vielen unterschiedlichen Bereichen (z.B.: bisherige Leistungen, LP-Eltern-Interaktionen) beeinflusst. Als Lehrperson sollte man ein Gefühl dafür entwickeln, welche Erwartungen man den Kindern individuell zutrauen kann, ohne sie dauernd zu über- beziehungsweise unterfordern. Zu den Erwartungen zählen nicht nur die Erwartungen der Lehrpersonen, sondern auch diejenigen der Eltern (ebd.).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass guter Unterricht mehrdimensional ist. Von den Lehrpersonen wird eine Sensibilität vorausgesetzt, die einzelnen Kinder mit ihren individuellen Bedürfnissen wahrzunehmen. Sie müssen sich aber auch bewusst sein, dass jedes Kind Informationen unterschiedlich interpretiert.

2.7.3 Verhalten von Lehrpersonen

In diesem Unterkapitel wird die Rolle der Lehrperson noch differenzierter betrachtet. Die Möglichkeiten der Lehrpersonen betreffen nach Haider (2008) *das Wahrnehmen und Weiterhelfen*.

Die Stellung der Lehrperson ist nicht immer einfach, da sich diese verschiedenen Erwartungen stellen müssen, welche sich nicht immer decken. Wichtig erscheint, dass jegliche individuelle Anpassung auf jeden Fall mit dem betroffenen Kind besprochen wird (Haep & Brendgen, 2008). Eine sinnvolle Zusammenarbeit mit den Eltern ist ebenfalls grundlegend, damit Absprachen überhaupt möglich sind (Steins, 2008). Werden Erwartungen (von der Schule und von zu Hause) gemeinsam und klar formuliert, kann ein Kind diese einfacher umsetzen. Für eine solche professionelle Zusammenarbeit müssen die Lehrpersonen differenziert geschult und ausgebildet werden (ebd.). Als Lehrperson sollte man sich mit dem Krankheitsbild des Kindes auseinandersetzen, um das Kind im Unterricht beraten zu können. Dazu gehört auch, dass die entsprechende Klasse informiert wird. Die Haltung der Lehrperson beeinflusst die Reaktionen der Mitschüler_innen (Haep & Brendgen, 2008). Weiter empfehlen Haep & Brendgen (2008) die Krankheit im Unterricht als Sensibilisierung der Mitschüler_innen zu behandeln. Egal in welchem Umfang die Krankheit zum Thema wird, es ist in jedem Fall wichtig, vorher mit dem betroffenen Kind und den Eltern das Vorgehen abzusprechen (Steins, 2008).

Haep & Brendgen (2008) stellen wichtige Bereiche vor, die den Schulalltag von betroffenen Kindern positiv beeinflussen können. Durch eine Erkrankung können Kinder dem normalen Unterricht oftmals nicht ganz folgen. Deshalb sollten die kranken Kinder *so individuell wie nötig und so normal wie möglich* behandelt werden (ebd.). Wann immer möglich sollte den Schüler_innen der Leistungsdruck genommen werden. Ausserdem kann eine Lehrperson dazu beitragen, dass das Selbstkonzept (vgl. Kapitel 2.7.2) der Kinder positiv beeinflusst wird. Wie bereits erwähnt, ist die Haltung einer Fachperson in der Schule grundlegend (ebd.). Haider (2008) beschreibt, wie Symptome dabei als Botschaft angesehen werden können. Das Kind ist nie seine Störung. Störungsbilder sind

oft ein Versuch mit schwierigen Situationen umzugehen. Deswegen sollte man als Lehrperson versuchen zu verstehen, worum es dem Kind im Grunde geht (ebd.)

Die Realität sieht jedoch aktuell immer noch so aus, dass viele depressive Kinder in der Schule mehr oder weniger unentdeckt bleiben. Nevermann & Reicher (2009) beschreiben deswegen das aufmerksame Beobachten der Schüler_innen als die wichtigste Verhaltensweise der Lehrperson. Im Anhang B ist eine Liste von Stark (1990) mit Merkmalen, welche in der Schule beobachtet werden können, abgelegt. Diese Liste kann als Grundlage für eine Verhaltensbeobachtung verwendet werden.

2.7.4 Vernetzung

Die Vernetzung mit den Eltern wurde bereits im vorangehenden Kapitel besprochen. Um Kinder mit einer Depression gut unterstützen zu können, braucht es jedoch noch eine tiefere Vernetzung. Allgemein ist bekannt, dass die Arbeit mit Kindern, welche Anzeichen von Depressionen aufzeigen, von vielen Lehrpersonen als herausfordernd empfunden wird. Ein professioneller Umgang mit dieser Thematik ist grundlegend. Eine Vernetzung mit verschiedenen Personengruppen (Eltern, andere Lehrpersonen, Schulleitungen, Schulpsychologen, Therapeuten und anderen Fachpersonen) ist dabei hilfreich und wird empfohlen (Stang & Schleider, 2018b).

Bei der Früherkennung und Behandlung von psychischen Problemen im Schulalter spielen die SPDe eine wichtige Rolle. Schweizweit wird dieses Angebot sehr unterschiedlich umgesetzt, was auch zu unterschiedlichen Ressourcen führt (von Wyl et al., 2017). Im Kanton Obwalden ist der SPD hauptsächlich für schulische Fragestellungen verantwortlich. Für psychische Problemen steht der KJPD zur Verfügung.

2.8 Schlussfolgerungen für die empirische Untersuchung

In diesem Kapitel werden die theoretischen Inhalte in Beziehung zu den Forschungsfragen gesetzt. Die zentralen Erkenntnisse aus der Theorie werden dazu zusammenfassend dargestellt und ihre Bedeutung für den Alltag von Lehrpersonen und heilpädagogischen Fachpersonen aufgezeigt. Anschliessend werden daraus Ansätze zur Überprüfung von Handlungsstrategien abgeleitet.

Das Wissen über Kennzeichen von Depressionen

Lehrpersonen begegnen in ihrem Arbeitsalltag immer wieder Kindern, die Symptome von unterschiedlichen Krankheitsbildern aufzeigen. In diesem Zusammenhang wird hier Haider (2008, S. 5) zitiert: *«Erste Hilfe bei seelischen Problemen bedeutet, auf dem Hintergrund eines guten theoretischen Wissens klare, direkte und abgegrenzte Interventionen zu leisten. Lehrer_innen sind keine Therapeut_innen und Diagnostiker_innen, aber das Wissen um psychische Zusammenhänge kann die pädagogische Praxis erleichtern und deren Qualität verbessern»*.

Um gefährdete Kinder frühzeitig zu erkennen, ist das Wissen über Depressionen im Kindes- und Jugendalter von zentraler Bedeutung. Das Wesentliche stellt dabei das Bewusstsein einer Lehrperson dar, dass diese Krankheit in ihrem Berufsalltag vorkommt und dass es je nach Alter von Betroffenen unterschiedliche Ausdrucksformen gibt. Im Zusammenhang mit dem Berufsalltag von Lehrpersonen und heilpädagogischen Fachkräften ist es deshalb

zentral, wie sich die Symptome im Schulalltag zeigen. Dies wird in der vorliegenden Arbeit durch Interviews mit Fachpersonen eruiert und auf der Basis der Erkenntnisse werden Handlungsmöglichkeiten zusammengestellt.

Die Sensibilisierung von Lehrpersonen und heilpädagogischen Fachpersonen im Schulalltag ist zentraler Teil dieser Arbeit. Damit eine Prävention erfolgreich durchgeführt werden kann, ist ein fundiertes Wissen über mögliche Entstehungsfaktoren (Risikofaktoren) grundlegend. Dieses Wissen kann Lehrpersonen helfen, die Situation eines Kindes besser einzuschätzen und frühzeitig zu handeln. Mögliche negative Einflussfaktoren können aufgedeckt, Ressourcen genutzt und Handlungsansätze angedacht werden. Dazu gehört auch eine Anpassung des eigenen Unterrichts. Es wird den Lehrpersonen ermöglicht, eine denkbare Depression frühzeitig zu erkennen und durch geeignete Handlungsansätze anzugehen. Im Rahmen der Möglichkeiten im Schulalltag werden sie sich bemühen, die Anzeichen zu erkennen und die Kinder zu stärken (Selbstwertgefühl, soziale Kompetenzen).

Auch diese Themen werden mit Fachpersonen in Interviews diskutiert. Es wird auch untersucht, was die Lehrpersonen unternehmen können, wenn sie in der Schule mit den möglichen Ressourcen scheinbar nicht mehr weiterkommen.

2.9 Hypothesen

Aufgrund der Fragestellungen und des Einbezugs der theoretischen Grundlagen wurden Hypothesen aufgestellt, die im Rahmen dieser Arbeit verifiziert oder widerlegt werden. Hypothesen sind Vermutungen über einen Sachverhalt, die begründet sind. Diese Vermutungen werden durch die Forschung empirisch verifiziert oder falsifiziert (Roos & Leutwyler, 2017, S. 178). Die Hypothesen sollen somit bei der Beantwortung der Forschungsfrage helfen. Zur besseren Übersicht werden hier die exakten Fragestellungen noch einmal aufgeführt:

- **Was braucht es, damit eine Lehrperson Anzeichen einer Depression bei Primarschulkindern erkennen kann?**
- **Welche unterstützenden Angebote im Unterricht könnten betroffenen Kindern helfen?**

Auf der Grundlage der erarbeitenden Theorie wurden im Zusammenhang mit den Fragestellungen folgende Hypothesen aufgestellt:

1. Anzeichen von Depressionen können in der Schule von Heilpädagogen / Heilpädagoginnen und Lehrpersonen erkannt werden.
2. Der Schulunterricht hat Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf von depressiven Kindern.
3. Fachpersonen werden im Schulalltag bei betroffenen Kindern eher selten miteinbezogen.
4. Der Einfluss der Schule auf die psychische Gesundheit von Kindern wird unterschätzt.

Die exakten Fragestellungen sowie die dazu passenden Hypothesen waren bei der Wahl der Forschungsmethodik von zentraler Bedeutung. Im nachfolgenden dritten Kapitel werden der ausgewählte Forschungszugang und die dazu passende Methodik erläutert.

3. Forschungsmethodik

Ausgangslage für die Forschungsmethodik sind die Fragestellungen gemäss Kapitel 2.9, zu deren Beantwortung eine empirische Arbeit mit *qualitativem Forschungszugang* gewählt wurde. Dabei sollen verschiedene Sichtweisen gesammelt werden, um unterschiedliche Perspektiven zu erfassen und zu untersuchen. Nachfolgend wird die qualitative Forschung beschrieben und anschliessend die gewählte Forschungsmethode mit den spezifischen Merkmalen dargestellt. Auch die Auswertung der Daten erfolgt qualitativ. In der Inhaltsanalyse wird das entsprechende Vorgehen beschrieben.

3.1 Qualitative Forschung

Die qualitative Forschung hat vor allem zum Ziel, soziale Lebenswelten zu erkunden (Mayring, 2016). Sie wird somit hauptsächlich in den Sozialwissenschaften angewandt. Das Erheben von nicht standardisierten Daten eignet sich dafür besonders. Dazu werden Meinungen, Motive und Einstellungen untersucht. Die gewonnenen Daten werden interpretiert (ebd.). In der qualitativen Forschung geht es also um Abduktion, was bedeutet, dass zu einer gegebenen Beobachtung die bestmögliche Erklärung gesucht wird (Moser, 2003). Mayring (2016, S. 19) benennt folgende fünf Grundsätze der qualitativen Forschung: *Subjektbezogenheit, Deskription, Interpretation, alltägliche Umgebung* sowie *den Verallgemeinerungsprozess*. Diese Grundsätze sollen in dieser Forschung erfüllt werden.

Gütekriterien der qualitativen Forschung

Damit valide Daten erhoben werden können, müssen bei einer qualitativen Forschungsmethode gewisse Gütekriterien eingehalten werden. Dazu gehören nach Mayring (2016, S. 141f) die Validität (Habe ich wirklich das erfasst, was ich erfassen wollte?) und Reliabilität (Habe ich den Gegenstand exakt erfasst?). Mayring (2016, S. 144-148) hat zur Erreichung der zwei Kriterien sechs übergreifend gültige Punkte zusammengestellt:

- Verfahrensdokumentation (Nachvollziehbarkeit)
- Argumentative Interpretationsabsicherung
- Regelgeleitetheit der Erhebungs- und Auswertungsverfahren
- Nähe zum Forschungsgegenstand
- Kommunikative Validierung
- Triangulation

Nur wenn möglichst viele Kriterien in hohem Masse erfüllt werden können, kann eine qualitativ hochwertige Arbeit entstehen. Zu berücksichtigen ist, dass bei der qualitativen Forschung die Subjektivität der Forschenden nicht eliminiert werden kann und für den Verständigungs- und Verstehens-Prozess genutzt werden kann (Moser, 2003, S. 19f). Um möglichst viele Gütekriterien zu erreichen, werden die transkribierten Interviewtexte im Anhang E abgelegt und auch das methodische Vorgehen wird möglichst transparent offengelegt. Ausserdem wurde durch die Auswahl der Interviewpartnerinnen trianguliert. Somit konnte der Forschungsgegenstand aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet werden (Moser, 2003, S. 53).

3.2 Qualitative Technik: Qualitative Interviews

Daten für diese Forschung wurden mit qualitativen Interviews erhoben. Interviews wurden mit unterschiedlichen Fachpersonen, die mit depressiven Kindern arbeiten, durchgeführt. Dazu gehörten eine schulische Heilpädagogin an einer kinderpsychiatrischen Institution, Kinderpsychologinnen und Angestellte beim schulpsychologischen Dienst (SPD) und beim kinder- und jugendpsychologischen Dienst (KJPD). Von diesen Fachpersonen können aussagekräftige Antworten erwartet werden. Das Gespräch (der verbale Zugang) spielt in der qualitativen Forschung eine grosse Rolle. Vor allem die subjektiven Bedeutungen lassen sich in Gesprächen besser ableiten als in schriftlichen Fragebogen (Mayring, 2016, S. 66). Die Interviews enthielten offene oder halbstrukturierte Fragestellungen und wurden mit einer kleinen Anzahl von Personen durchgeführt. Die Beziehungs- und Inhaltsebenen sind wichtige Voraussetzungen für das Gelingen von Interviews (Altrichter, Posch & Spann, 2018, S. 134). Die Interviewten sollten sich dabei stets ernst genommen fühlen. Dazu braucht es eine Vertrauensbeziehung (Mayring, 2016, S. 69).

Im Gespräch wurde ein Problem fokussiert – konkret die *Depressionen bei Kindern im Primarschulalter*. Bei der Forschungsmethode der **fokussierten Interviews** steht das Problem im Zentrum (Mayring, 2016, S. 68). Die Atmosphäre während des Interviews ist dabei besonders wichtig. Ebenso grundlegend ist, dass keine Suggestivfragen gestellt werden. Der Interviewer erhält dabei die Rolle des neutralen Zuhörers (Moser, 2003, S. 94f). Begründet wird diese Art der Datenerhebung dadurch, dass Interviews Zugang zu Informationen bieten, die auch Gedanken, Einstellungen und Haltungen zulassen (Altrichter et al., 2018, S. 133f).

Der Ablauf im fokussierten Interview

Mayring (2016, S. 69ff) beschreibt fünf verschiedene Phasen des Ablaufs eines fokussierten Interviews (vgl. Abbildung 2). Die Problemanalyse (1) steht jeweils am Anfang des Prozesses, dazu gehört die Formulierung des Problems. Aus der Analyse werden die zentralen Aspekte für einen Interviewleitfaden (2) zusammengetragen. Dabei werden einzelne Thematiken in eine entsprechende Reihenfolge gebracht. Mayring empfiehlt dazu, Formulierungsvorschläge sowie eventuelle Alternativen vorzubereiten. Die dritte Phase besteht aus einer Pilotphase (3). Diese Phase wird aufgrund von Zeitmangel für die vorliegende Arbeit nur ansatzweise durchgeführt. Das Interview (4) besteht aus drei Teilen: den Sondierungsfragen, den Leitfadenfragen und den spontanen Ad-hoc-Fragen. Damit das Material ausgewertet werden kann, muss es aufgezeichnet (5) werden. Im vorliegenden Fall werden bei den Interviews Tonbandaufzeichnungen gemacht.

Abbildung 2: Fünf Phasen des fokussierten Interviews



Für die Qualität der Resultate ist neben einer Problemanalyse und der Konstruktion eines qualitativ hochwertigen Leitfadens vor allem auch die Interviewführung wichtig. Altrichter et al. stellen dazu sieben goldene Regeln der Interviewtechnik zusammen (2018, S. 105f).

1. **Verständlichkeit beachten:** Sprache muss den Interviewten angepasst werden.
2. **Technik:** Bedienungsanleitung des Aufnahmegerätes kennen und beherrschen.
3. **Ungestörtheit:** Eine entspannte und ungestörte Atmosphäre während des Interviews schaffen.
4. **Vertrauen aufbauen:** Zeigen von echtem Interesse.
5. **Gespräch steuern:** Das Gespräch auf die für die Arbeit wichtigen Bereiche lenken (keine Suggestivfragen).
6. **Geduld haben:** Pausen aushalten, zurückhaltend sein.
7. **Flexibel bleiben:** Die Möglichkeit offen lassen, nachzufragen, Fragen zu stellen, die nicht auf dem Leitfaden sind.

Transkription

Das Transkribieren ist laut Moser (2003) eine aufwändige Arbeit. Für eine systemische Analyse des Inhaltes ist sie jedoch grundlegend. Wichtig sind eine einheitliche Form und das Einhalten von Transkriptionsregeln. Dazu gehören nach Hug & Poscheschnik (2015, S. 135f) die Zeilennummerierung am linken Rand. Weitere Regeln richten sich an den inhaltlichen Absichten. Im Rahmen dieser Arbeit wurde die schweizerdeutschen Interviews in Standarddeutsch transkribiert. Gewisse dialektische Einfärbungen wurden aufgrund der Kohärenz beibehalten. Auch nicht-sprachliche Äusserungen (Mimik, Gestik, Pausen usw.) sind ein wichtiger Teil eines Gespräches und sollten daher verschriftlicht werden (ebd.). Um auch die Stimmung und die erwähnten nonverbalen Kommunikationsgegenstände erfassen zu können, wurden folgende Transkriptionszeichen nach Moser (2003, S. 123) verwendet.

Zeichen	Bedeutung
=	Die Gleichheitszeichen am Ende und am darauffolgenden Anfang der Zeile bedeuten, dass es dazwischen keine Pausen gab.
(.4)	Zahlen in den Klammern zeigen Pausen (in Zehntelsekunden) an.
(.)	Ein Punkt in der Klammer zeigt eine kurze Pause an, die nicht mehr als eine Zehntelsekunde dauert.
_____	Unterstreichungen bezeichnen die Betonung - etwa durch Veränderung der Tonhöhe oder besonderen Nachdruck.
WORT	Grossbuchstaben zeigen – im Verhältnis zum umgebenen Gesprächskonflikt – speziell laut Gesprochenes an.
()	Eine leere Klammer zeigt an, dass der Auswerter den Ausdruck nicht verstanden hat.
(())	Doppelte Klammern enthalten die Beschreibung des Autors und keine Transkription.

Die vollständigen Transkripte der Interviews finden sich im Anhang E.

3.3 Qualitative Inhaltsanalyse

«Qualitative Inhaltsanalyse will Texte systematisch analysieren, indem sie das Material schrittweise und theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet» (Mayring, 2016, S. 114).

Texteinheiten werden also abstrakten Kategorien zugeordnet, welche die entsprechenden Inhalte prägnant beschreiben. Ähnliche Aussagen aus den Interviews werden somit passenden Kategorien zugeteilt (Hug & Poscheschnik, 2015, S. 152f). Weiter beschreiben sie, dass durch die qualitative Inhaltsanalyse eine Menge der Daten

reduziert werden können. Dieses Verfahren ist stark regelgeleitet und weist einen hohen Grad von Strukturiertheit auf (vgl. Gütekriterien, Kapitel 3.1).

Innerhalb der qualitativen Inhaltsanalyse bestehen verschiedene Verfahren. Mayring (2016, S. 115) und Hug & Poscheschnik (2015, S. 153f) verweisen auf drei Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse:

- **Zusammenfassende Inhaltsanalyse:** Das Material wird so weit reduziert, dass die wesentlichen Inhalte noch erhalten bleiben.
- **Strukturierende Inhaltsanalyse:** Unter festgelegten Ordnungskriterien werden bestimmte Aspekte aus dem Material herausgefiltert.
- **Explizierende Inhaltsanalyse:** Zu einzelnen Textteilen wird zum besseren Verständnis zusätzliches Material hinzugefügt.

Die qualitative Inhaltsanalyse wurde in dieser Arbeit als *strukturierende Inhaltsanalyse* erarbeitet. Dabei wurde eine kombinierte Vorgehensweise aus deduktiver und induktiver Methode angewendet (Roos & Leutwyler, 2017). Es erfolgte dazu eine erste deduktive Kategorienbildung aufgrund einer theoretischen Vorüberlegung. Im Verlaufe der Analyse wurde diese Kategorienbildung induktiv verfeinert (ebd.). Aufgrund von wichtigen Textstellen, die für die Untersuchung als relevant galten, wurden also die unterschiedlichen Kategorien erweitert und angepasst (Hug & Poscheschnik, 2015). Eine Kategorie bezeichnet einen Begriff oder einen Satz, der paraphrasiert, also den Inhalt der Aussage vereinfacht wiedergibt. Textstellen wurden entweder bereits bestehenden Kategorien zugeordnet oder nach Bedarf wurden neue Kategorien beziehungsweise Unterkategorien erstellt. Das Kategoriensystem wurde dann überprüft und bei Bedarf überarbeitet, bis keine neuen Kategorien mehr gefunden wurden (ebd.). Roos & Leutwyler (2017) erwähnen, dass aufgrund des Kategoriensystems, welches aus Name, Codier-Regel sowie Ankerbeispiel besteht, einzelne Textstellen eindeutig den entsprechenden Kategorien zugewiesen werden können. Die qualitative Inhaltsanalyse hat zum Ziel, Zusammenhänge zu erkennen, mögliche Strukturen aufzuzeigen sowie Hypothesen abzuleiten, wenn diese erkannt werden (ebd.).

Zum besseren Verständnis werden nachfolgend die fünf Aspekte der qualitativen Inhaltsanalyse nach Roos & Leutwyler (2017, S. 294f) dargestellt:

- 1. Datenmaterial sichten, auswählen und vorbereiten**
Überblick verschaffen anhand von allen Transkripten und in Verbindung mit der Theorie
- 2. Kategorien entwickeln – ein Suchraster vorbereiten**
Kategorien deduktiv bestimmen und somit ein Suchraster erstellen.
- 3. Codieren – Ordnung in die Vielfalt an Informationen bringen**
Die Texte werden nach wichtigen Informationen durchsucht. Induktiv werden nun neue Kategorien gebildet oder bestehende angepasst.
- 4. Analysieren – geordnete Informationen auswerten**
Informationen werden strukturiert, ausgelegt und kontextualisiert.
- 5. Darstellen der Analyse**
Ergebnisse der Analyse werden dargestellt, meistens in Form eines Berichts.

4. Umsetzung der Untersuchung

Nachdem die gewählte Forschungsmethode im vorangehenden Kapitel beschrieben wurde, wird in diesem Abschnitt auf die konkrete Umsetzung der Untersuchung eingegangen. Im Kapitel 3.2 wurden die fünf Schritte des qualitativen Interviews beschrieben. Die Problemanalyse (Phase 1) bildet dabei die Grundlage für die Erarbeitung des Leitfadens. Dazu wurden im Kapitel 2 dieser Arbeit die zentralen Erkenntnisse aus den theoretischen Grundlagen erarbeitet. In diesem Kapitel wird der Interviewleitfaden vorgestellt (Phase 2) sowie die Interviewdurchführung dargelegt (Phase 4). Weiter wird die Datenerhebung (Phase 5) erklärt.

4.1 Konstruktion des Leitfadens

Für die Erhebung der Daten wurde mit einem *Interviewleitfaden* gearbeitet (vgl. Anhang D). Der Leitfaden wurde so aufgebaut, dass die Inhaltsbereiche angegeben sind und dazu jeweils einige Fragen formuliert wurden. In jedem Interview wurden die Fragen möglichst ähnlich gestellt, damit die Antworten in einem späteren Schritt miteinander verglichen werden konnten. Der Interviewleitfaden wurde aufgrund der Fragestellung, der Theorie und den Hypothesen konstruiert. Auch die Sichtung bereits bestehender Diagnostikverfahren spielten bei der Zusammenstellung der Fragen eine Rolle. Es besteht eine Vielzahl an Diagnostikverfahren¹. Aufgrund der Verfügbarkeiten sowie persönlicher Empfehlungen wurden die Folgenden beachtet:

MAI-KJ	Die Diagnostik von Angst und Depression mit dem mehrdimensionalen Angstinventar für Kinder und Jugendliche
CBCL	Child Behavior Checklist (Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen)
TRF	Teacher Report Form (Ist analog zum CBCL aufgebaut und dient Lehrkräften als Datenquelle)
SDQ-Deu	Strengths and difficulties questionnaire (Fragebogen zu Stärken und Schwächen; Für Eltern und Lehrpersonen)
FEES	Fragebogen zur Erfassung emotionaler und sozialer Schulerfahrungen.
LSL	Lehrereinschätzliste für Sozial- und Lernverhalten

(Castello, 2017, S.161-167)

Neben der Begrüssung und Verabschiedung wurde der Leitfaden in drei Teile unterteilt. Nachdem einige Informationen zum Ziel und Umfang der Arbeit gegeben wurden, galten *Sondierungsfragen zur Person* als Einstieg. Dabei wurden Informationen zur Person, zur Arbeitssituation sowie der Präsenz des Themas Depressionen im Primarschulalter erfragt. Die Sondierungsfragen halfen als Einstieg in die Thematik. Auch die subjektive Bedeutung des Themas für die Interviewten wurde so abgefragt (Mayring, 2016, S. 70). Die Leitfadenfragen für den Hauptteil wurden in zwei Teile eingeteilt. Der Teil A beinhaltet *Fragen zur Wahrnehmung und Kennzeichen von Depressionen*. Die Probanden wurden zu ihrer persönlichen Wahrnehmung von Depressionen, zu Anzeichen und Merkmalen sowie möglichen Erklärungen zu der Entstehung einer Depression befragt. Dieser Teil kann sehr gut

¹ Die Diagnostikverfahren wurden entweder in der Bibliothek der HfH, dem Mediencenter der PH Luzern oder online gesichtet.

mit der bereits erarbeiteten Theorie verbunden werden. Besonders für das Kapitel 6 war dieser Teil wichtig. Die Antworten aus der Praxis wurden dabei mit der Theorie verbunden.

Anschliessend folgten Fragen zum Teil B. Dabei wurden im Leitfaden Fragen um die Thematik *Umgang als Institution Schule mit depressiven Kindern* aufgeschrieben. Er beinhaltete Fragen zur Haltung, möglichen Verhaltensweisen von Lehrpersonen und Anpassungen des Unterrichts. Weiter ging es dabei auch um die Zusammenarbeit mit Lehrpersonen aus Sicht der unterschiedlichen Fachpersonen.

Mayring (2016, S. 70) beschreibt die Leitfadenfragen als wesentliche Fragestellungen. Er erwähnt jedoch auch, dass spontane Ad-hoc-Fragen auch ihren Platz im Leitfaden haben sollten (ebd.). Diese wurden im vorliegenden Fall nicht explizit ausgewiesen. Vor der Durchführung der Interviews wurde der Interviewleitfaden mit einer Arbeitskollegin getestet. Laut Roos & Leutwyler (2017) ist dieser Schritt der Überprüfung sehr wichtig, um die Reaktionen der Fragen zu testen. Der Leitfaden bewährte sich bei der Überprüfung und musste nicht angepasst werden. Ausserdem konnte so auch die ungefähre Dauer des Interviews getestet werden.

4.2 Interviews (Planung, Durchführung und Transkription)

Wahl der Probanden

Die Probanden wurden bewusst aus unterschiedlichen Berufsfeldern gewählt, um eine möglichst repräsentative und diverse Gruppe zu erhalten. Das Hauptkriterium bestand darin, dass die ausgewählten Personen in ihrem beruflichen Alltag mit depressiven Kindern arbeiten und dass ein Bezug zur öffentlichen Schule besteht. Damit valide Schlüsse gezogen werden konnten, war eine heterogene Stichprobe wichtig. Nur so konnte die Thematik in der ganzen Komplexität erfasst werden (Roos & Leutwyler, 2017, S. 192). Durch die unten aufgeführten Probanden konnte eine heterogene Gruppe zusammengestellt werden.

Tabelle 6: Beschreibung der Interviewpartnerinnen

Proband	Berufsbezeichnung / Arbeitsort	Ausbildung
P1	Ehemalige Schulleiterin der internen Schule der psychosomatischen-psychiatrischen Therapiestation des Kinderspitals Zürich	Schulische Heilpädagogin
P2	Leitende Psychologin einer kinderpsychiatrischen Therapiestation	Psychologin Weiterbildung: Therapieausbildung mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche
P3	Leiterin einer psychotherapeutischen Praxis für Kinder, Jugendliche und Erwachsene	Lic. phil. Klinische Psychologie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin Psychologin SBAP
P4	Schulpsychologin im schulpsychologischen Dienst Obwalden (SPD, Sarnen) Zuvor: Mitarbeiterin beim KPS, JPS und Psychotherapeutin bei einem Kinderarzt	Psychologin Weiterbildung: Therapieausbildung mit Schwerpunkt Verhaltens- und Systemtherapie im Kinderbereich
P5	Fachpsychologin, Psychotherapeutin FSP Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst	Studium der Psychologie und Pädagogik Weiterbildung: Psychoanalytische Ausbildung

Die Probanden wurden einige Monate vor der Durchführung der Interviews auf schriftlichem Weg (per E-Mail) angefragt. Das Schreiben ist im Anhang C zur Ansicht abgelegt. Die Interviews wurden zwischen August und Oktober 2020 durchgeführt. Sie fanden, wenn möglich, am Arbeitsort der Probanden statt. Dadurch sollten sich die Probanden möglichst wohl und sicher fühlen. In zwei Fällen war dies aus zeitlichen Gründen nicht möglich. Diese Gespräche wurden per Video-Call durchgeführt. Die Interviews dauerten alle zwischen 30-45 Minuten. Den Fachpersonen wurde der Interviewleitfaden zur Ansicht oder Vorbereitung vor dem Gespräch per E-Mail zugesendet. Die Interviewpartnerinnen bereiteten sich sehr unterschiedlich auf die Interviews vor. Einige (P3, P4) erschienen mit vielen Notizen an das Interview. Anderen hatten die Fragen im Voraus gelesen. Es kam auch bei einem Interview vor, dass sich die Person gar nicht darauf vorbereitet hatte (P5). Es gab keinen klaren Vorbereitungsauftrag. Eine Vorbereitung war nicht nötig und hat die Resultate weder negativ noch positiv beeinflusst. Für die Interviews diente der Interviewleitfaden (Anhang D) stets als Orientierung. Er war zur Ansicht immer auf dem Tisch aufgelegt. Roos & Leutwyler (2017) raten von einer starren, unflexiblen Leitfadenbürokratie ab. Stattdessen sollte das Gespräch möglichst offen sein und viele Kontextinformationen beinhalten. Zum Abschluss der Interviews wurde das Wort jeweils den Fachpersonen übergeben. Sie hatten so die Möglichkeit eine Ergänzung anzubringen oder eine wichtige Aussage noch einmal zu betonen. Bei einigen Gesprächen wurden auch nach dem offiziellen Teil des Interviews noch weiter geredet und diskutiert. Da diese Gesprächsinhalte für die Untersuchung irrelevant waren, wurden sie weder aufgenommen noch ausgewertet.

Aufgezeichnet wurden die Interviews als mp3 Audiodateien mit einem Diktiergerät. Die Tondokumentationen wurden möglichst zeitnah transkribiert und so für die Auswertung aufbereitet. Alle Transkriptionen sind im Anhang E abgelegt. Die Transkriptionen wurden ohne spezielles Programm mit Microsoft Word erledigt. Die aufgenommene Audiodatei wurden dabei mit dem Standardprogramm *Elmedia Video Player* abgespielt. Besonders hilfreich war dabei die Funktion *Verlangsamung der Abspielgeschwindigkeit*. Dies ermöglichte ein flüssiges Verfassen des Gehörten. Mit der Datenauswertung konnte begonnen werden, sobald alle fünf Interviews transkribiert waren. Die Arbeitsschritte dazu werden im nachfolgenden Kapitel dargestellt.

4.3 Datenauswertung

Im Kapitel 3.4 wurde beschrieben, was eine *qualitative Inhaltsanalyse* ist. Dabei werden Textinhalte systematisch analysiert, anhand eines Kategoriensystems bearbeitet und schliesslich auf die theoretischen Konstrukte bezogen (Mayring, 2016, S. 114). Interpretationen, welche in den Ergebnissen erschlossen werden, müssen immer auch für Aussenstehenden nachvollziehbar erscheinen (Moser, 2003, S. 122). In diesem Kapitel wurde die Umsetzung der strukturierten Inhaltsanalyse erläutert. Zuerst wird aber in einem Abschnitt auf die Datenanalyse mit einem Computerprogramm eingegangen.

Computerunterstützendes Datenanalyseprogramm

Als Unterstützung zur Auswertung der Daten wurde mit dem Datenanalyseprogramm MAXQDA® gearbeitet. Dieses Programm dient dem Prozess der Datenauswertung in vielerlei Hinsicht. Es gibt unter anderem die Möglichkeit der Codierung (Bildung von Kategorien), der Textsuche, dem Markieren sowie verschiedene Auswertungsprozeduren. Zudem können Kategorien kommentiert (durch Memos) und durch das Erstellen von Unterkategorien hierarchisch dargestellt werden. Schlussendlich wird durch das Programm die Auswertung erleichtert

(Moser, 2003, S. 135ff). Nachfolgend werden die einzelnen Schritte der Datenanalyse aufgeführt und mit den verwendeten Funktionen von MAXQDA® verknüpft. Insgesamt wurden bei der Inhaltsanalyse 381 Textstellen markiert und codiert. Das Computerprogramm war bei dieser Datenmenge sehr hilfreich.

Umsetzung der strukturierenden Inhaltsanalyse

Wie bereits erwähnt, wurden die Daten dieser Arbeit strukturiert analysiert. Im Kapitel 3.3 wurden die fünf Schritte einer Inhaltsanalyse nach Roos & Leutwyler (2017) aufgezeigt. Nachfolgend werden nun die einzelnen Schritte der Analyse beschrieben und dokumentiert. Alle Phasen wurden mit dem zuvor beschriebenen Computerprogramm MAXQDA® durchgeführt. An dieser Stelle wird besonders auf die ersten drei Schritte der Inhaltsanalyse eingegangen. Auf das Analysieren sowie auf die Darstellung der Analyse wird im folgenden Kapitel fünf weiter eingegangen.

Schritt eins: Datenmaterial sichten, auswählen und vorbereiten

Es ist wichtig, dass bei einer Analyse immer mit dem vollständigen Datenmaterial gearbeitet wird (Roos & Leutwyler, 2017). In diesem Schritt wurde also das Material gelesen. Datenmaterial, das nichts zur Beantwortung der Fragestellung beitragen konnte, wurde direkt weggelassen. Das Material, das nun zur Analyse ausgewählt wurde, wurde korrekt benannt und entsprechend im Computerprogramm MAXQDA® abgelegt.

Schritt zwei: Kategorien entwickeln – ein Suchraster vorbereiten

Aufgrund des theoretischen Hintergrundwissens, dem Interviewleitfaden und dem ersten Sichten des Datenmaterials wurden nun deduktiv die unten aufgeführten Kategorien provisorisch definiert.

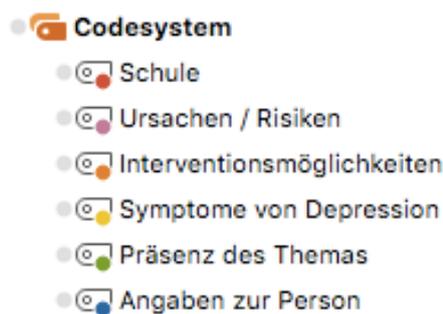


Abbildung 3: Screenshot von MAXQDA®, erste Kategorienbildung

Die Interviewdaten wurden durchgelesen und wichtige Stellen mit den entsprechenden Farben markiert. Durch die Markierung wurden die entsprechenden Stellen den Kategorien zugeteilt, also codiert. Gedanken oder Ideen konnten dabei in MAXQDA® als Memos abgespeichert werden. In einem zweiten Schritt wurde das Material Zeile um Zeile durchgegangen. Das provisorische Kategoriensystem (die Hauptkategorien) wurden überprüft und nach Bedarf angepasst. Zudem wurden nach und nach zu den entsprechenden Hauptkategorien Sub-Kategorien gebildet. Die Kategorien wurden kontinuierlich induktiv verfeinert. Das provisorische Kategoriensystem wurde also aufgrund des Datenmaterials weiterentwickelt und angepasst. Damit die Textstellen eindeutig dem System zugeteilt werden konnten, wurde in diesem Schritt ein Kategorienleitfaden entwickelt. Dazu wurden die Kategorien beschrieben und Indikatoren dazu aufgeführt. Jeder Kategorie wurde ein eindeutiges Beispiel, ein sogenanntes Ankerbeispiel, zugeteilt. Das Ankerbeispiel wurde mit den Angaben zum Dokument (P1-P5) sowie der

Absatznummer (Beginn und Ende der Textstelle) gekennzeichnet. Damit wird sichergestellt, dass die entsprechende Textstelle im Transkript (Anhang E) gefunden werden kann. Der Kategorienleitfaden, wie auch die Kategorienbildung wurden laufend überprüft und angepasst. Der gesamte Kategorienleitfaden ist im Anhang F zu finden.

Tabelle 7: Auszug aus dem Kategorienleitfaden

Name der Kategorie	Beschreibung der Kategorie (Codier-Regel)	Ankerbeispiel
Angaben zur Person (HK)	Der berufliche Werdegang der Interviewpartnerinnen wird beschrieben.	
Aktueller Beruf (SK)	Zugeordnet werden hier alle Textstellen über den aktuellen Beruf der Interviewpartnerinnen.	Genau, also jetzt hier bei der KPS bin ich als leitende Psychologin oder therapeutische Leitung hier vom kinderstationären Bereich (Transkript P2, 4-5).

Schritt drei: Codieren-Ordnung in die Vielfalt an Informationen bringen

Das Kategoriensystem wurde in diesem Arbeitsschritt noch als provisorisch angesehen und konnte somit laufend verändert werden. So wird im dritten Schritt sichergestellt, dass die Kategorien für die vorliegenden Fragestellungen passend sind. Einige Hauptkategorien wurden bei der Revision umbenannt und mit entsprechenden Subkategorien ergänzt. Eine Übersicht mit allen Haupt- und Subkategorien ist im Anhang G einsehbar.

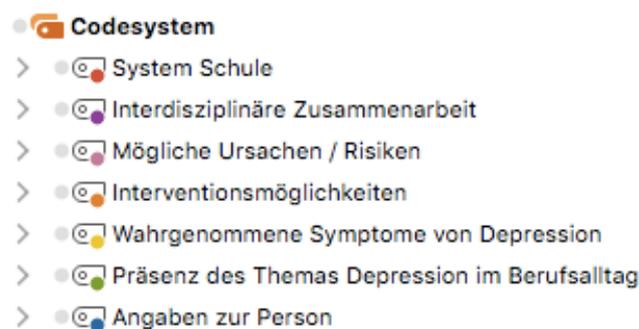


Abbildung 4: Screenshot von MAXQDA®, überarbeitete Hauptkategorien

Nach Roos & Leutwyler (2017) können codierte Texteinheiten von ganzen Abschnitten bis hin zu einzelnen Wörtern reichen. Es wurde stets darauf geachtet, dass beim Codieren so viel markiert wird, dass es verständlich ist, warum sie in die entsprechende Kategorie eingeteilt wurden. Entsprechend dem Codesystem von MAXQDA® wurden für die Haupt-, Subkategorien dieselben Farben verwendet. Die Farben sind in der Abbildung 4 zu erkennen. Nach einer ersten Codier-Phase (also nach zirka 20 bis 50 Prozent der Daten) wurde, wie von Roos & Leutwyler (2017, S. 299) empfohlen, das Kategoriensystem überprüft. Angepasst wurden dabei gewisse Subkategorien und es wurden zu einem besseren Überblick auch Sub-Subkategorien gebildet. Bereits codierte Textstellen wurden anschliessend noch einmal überarbeitet. Somit konnte sichergestellt werden, dass sie ebenfalls dem aktuellen Kategoriensystem entsprechen. Bis zum Schluss soll das gesamte Material mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem codiert worden sein.

Schritt vier: Analysieren – geordnete Informationen auswerten

Das Computersystem MAXQDA® unterstütze diesen Schritt sehr. MAXQDA® stellt verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, die zusammengehörenden Textstellen zusammenzuführen und darzustellen. Roos & Leutwyler (2017) erwähnen, dass es bei einer qualitativen Auswertung eher unwichtig ist, wievielmals etwas genannt wurde. Durch Analysen wurde mithilfe der Textstellen eher versucht, eine Struktur in die Daten zu bringen. Bei der qualitativen Analyse wurden die markierten Textstellen in den Zusammenhang der entsprechenden Frage gebracht. Diese Zusammenhänge sollten dann helfen die Hypothesen sowie die Fragestellungen zu beantworten (ebd.). Das Computerprogramm war also eine grosse Unterstützung im «Sortieren» der codierten Textstellen.

Schritt fünf: Darstellen der Analyse

Das analysierte Material konnte nun in einem nächsten Schritt dargestellt werden. Die Darstellung erfolgt in einem Bericht, der anhand des Codier-Systems aufgebaut wurde. In den nächsten zwei Kapiteln folgen nun die Darstellung der Ergebnisse (Kapitel 5) sowie deren Diskussion im sechsten Kapitel.

5. Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die gewonnenen Ergebnisse und die dazugehörigen Analysen dargestellt und interpretiert. Die verwendeten Tabellen wurden mithilfe des Analyseprogramms MAXQDA® und Microsoft Excel erstellt. Alle Informationen stammen aus den Interviews mit den Fachpersonen. Auch Zitate, welche in diesem Kapitel verwendet werden, stammen aus den Interviews. In den entsprechenden Transkripten im Anhang E sind die Zitate nachzulesen. Zur Orientierung wurden die Zitate mit Dokumentennamen und Zeilennummern versehen. Die Ergebnisse der Hauptkategorien sind nachfolgend dargestellt. Die Reihenfolge ist so gewählt, dass die einzelnen Themen aufeinander bezogen werden können. Da in Kapitel 4.2 die Angaben zu den Interviewpartnerinnen nachgelesen werden können, wird diese Hauptkategorie bei der Darstellung der Ergebnisse nicht mehr erwähnt. Für eine klare Übersicht und ein vertieftes Verständnis sind im Anhang G das gesamte Kategoriensystem sowie der Kategorienleitfaden im Anhang F abgelegt.

5.1 Präsenz des Themas Depression

In den meistens Interviews wurde eine *hohe Präsenz* des Themas Depression im Primarschulalter im Berufsalltag bestätigt. Auffallend war die mehrmalige Erwähnung, dass bereits bei kleinen Kindern Symptome von Depressionen zu beobachten sind.

«Also grundsätzlich ist das Thema hier sehr präsent. Das kann man schon sagen. Schon alleine deswegen, weil Depression meistens gar nicht isoliert auftritt bei Kindern, sondern komorbid mit anderen Störungsbildern ehm und wir sehen das eigentlich bei, nein nicht bei jedem aber schon bei den meisten Patienten, was Depressives mitschwingt, mindestens oder sogar so stark ausgeprägt ist, dass es wirklich auch behandlungsrelevant ist» (Transkript P2, 19-22).

Die Analyse zeigte einen Unterschied der Präsenz bei Mädchen und Jungen auf. Mädchen werden aus der Erfahrung der Interviewpartnerinnen öfters wegen Depression behandelt. Im Interview hat P1 dem gegenübergesetzt, dass es ein Thema gibt, das ihrer Meinung nach fast ausschliesslich Jungs betrifft. Beim Suchtverhalten insbesondere beim «Gamen» schwingt oft auch eine Depression mit und da habe sie in ihrem Berufsalltag noch nie mit einem Mädchen gearbeitet.

Im Interview P5 wurde bei der Frage nach der Präsenz des Themas Depression Prozentzahlen von Betroffenen genannt. Demnach sind 1 Prozent von Kleinkindern, 2 Prozent von den Kindern im Schulalter und 8 Prozent von den Jugendlichen (ab der Oberstufe) von dieser Thematik betroffen.

Lediglich im Interview P4 spielte die Depression im aktuellen Berufsalltag eine sehr kleine Rolle. Beim schulpsychologischen Dienst in Obwalden werden demnach sehr wenige Kinder mit Anzeichen für Depressionen angemeldet.

5.2 Wahrgenommene Symptome

Alle Interviewpartnerinnen waren mit der Frage konfrontiert, welche Symptome bei betroffenen Kindern festgestellt werden. Durch die Antworten der Fachpersonen konnten so induktiv acht Sub-Kategorien und ebenfalls

acht Sub-Sub-Kategorien gebildet werden. Diese Menge an Kategorien zeigt auf, dass die Fachpersonen *kein einheitliches Bild* von depressiven Kindern wahrnehmen. Diese Annahme wurde von mehreren Gesprächspartnerinnen bestätigt. Als Beispiel dazu ein Textausschnitt aus dem Gespräch mit P2: «Ja, es ist wirklich eine ganz grosse Palette an Symptomen» (Transkript P2, 51-52). In der Abbildung 5 ist eine Auswahl der aussagekräftigsten Symptome mit der Anzahl derer Nennung aufgelistet. Es wurde in allen fünf Interviews erwähnt, dass es dabei *kinderspezifische Symptome* gibt, denen man eine spezielle Aufmerksamkeit widmen sollte. P3 meinte dazu:

«Bei Kindern und Jugendlichen muss man immer ein bisschen aufpassen, denn es kann sich sehr unterschiedlich zeigen. Das typische Bild kennt man nicht» (Transkript P3, 44-45).

Diese kinderspezifischen Symptome wurden in der nachfolgenden Abbildung grün eingefärbt. Es fällt dabei auf, dass neben körperlichen Symptomen bei Kindern besonders das oppositionelle Verhalten, also Aggressionen und Wut, aufgezählt wurden. Als körperliche Symptome beinhalteten in den Antworten hauptsächlich Konzentrationsprobleme, Gewichtsverlust sowie Kopf- und Bauchschmerzen. Gemäss der Analyse treten immer *mehrere Symptome gleichzeitig* auf.

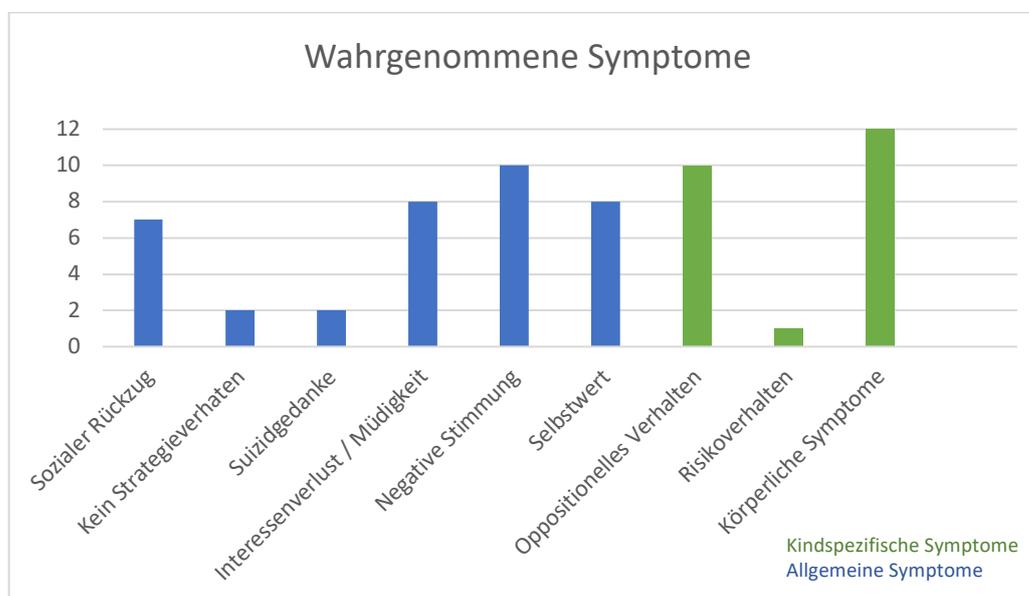


Abbildung 5: Wahrgenommene Symptome von Depressionen bei Kindern

Im Zusammenhang mit den wahrgenommenen Symptomen wurde in allen fünf Interviews von einer möglichen *Komorbidität* gesprochen. Im zweiten Interview wurde dazu die Aussage gemacht, dass eine Depression bei Kindern meist *nicht isoliert* auftritt, also immer zusammen mit einem anderen Krankheitsbild. Dabei wurde vor allem ein *Zusammenhang zwischen Depression, Angst, ADHS und ASS* erwähnt. Die Tatsache der Komorbidität sowie den kindertypischen Symptomen machen es Lehrpersonen und manchmal auch Fachpersonen nicht einfach, herauszufinden, was dem Kind wirklich fehlt. Unterschiedliche Krankheitsbilder scheinen bei Kindern ähnliche Symptome und Verhaltensweisen aufzuzeigen. Im Interview mit P1 wurde dazu festgehalten, dass bei einer Anamnese auch die Eltern und Lehrpersonen befragt werden sollen. Somit kann ein gesamtheitliches Bild eines Kindes erstellt werden. Alle Beteiligten können zu diesem Bild etwas beitragen.

In einem weiteren Interview (P4) wurde ebenfalls über diese Thematik gesprochen. Die Person erwähnte, dass Symptome einer Depression vielleicht erst spät oder gar nicht wahrgenommen werden, da andere Symptome im Vordergrund stehen. Diese anderen Symptome werden aus ihrer persönlichen Erfahrung in der Schule als störender angesehen und deswegen schneller aufgegriffen.

Zusammenfassend für diese Kapitel folgt ein Zitat aus dem fünften Interview, das die angesprochenen Schwierigkeiten bestätigt:

«Ja es ist so, die Symptomatik ist je nach Entwicklungsstufe unterschiedlich. Ehm (2.) Oft untypische Erscheinungsbilder der Depression im Vergleich zu Erwachsenen. Dabei geht es vor allem um Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, die allgemein erschwert sind» (Transkript P5, 32-36).

5.3 Interventionsmöglichkeiten bei Depressionen

Alle interviewten Personen sind sich die Arbeit mit psychisch kranken Kindern gewohnt. Sie wurden deshalb auch nach Interventionsmöglichkeiten in einer öffentlichen Schule gefragt. In diesem Kapitel wurden diese Aussagen dazu geordnet und dargestellt. Beim Codieren der Transkripte wurden dazu für diesen Bereich acht Sub-Kategorien hergestellt. Nachfolgend werden diese Kategorien einzeln aufgeführt und die wichtigsten Ergebnisse dargestellt. In der nachfolgenden Abbildung sind die Nennungen in den einzelnen Interviews zu den unterschiedlichen Möglichkeiten der Intervention dargestellt. Die Grösse der Vierecke korreliert mit der Anzahl zugeteilten Textstellen.

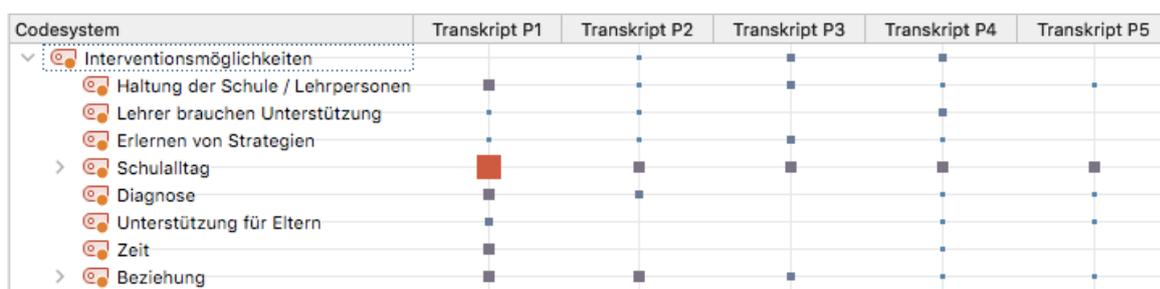


Abbildung 6: Nennungen von Interventionsmöglichkeiten im Schulalltag

Haltung der Schule / Lehrpersonen

In der Abbildung sechs ist ersichtlich, dass die Haltung der Schule / Lehrpersonen gegenüber betroffenen Kindern ein sehr wichtiger und zentraler Punkt ist. Dies wurde in allen fünf Interviews erwähnt. Dabei wurde mehrmals betont, dass es eine *offene, wohlwollende, wertschätzende und wachsame Haltung* braucht. Das Kind soll sich ernst genommen fühlen. Im Interview mit P2 wird auch erwähnt, dass «*die Kinder spüren, wenn man es gut meint mit ihnen*» (Zeilen 288-289). Zu der Haltung gehört auch die Einstellung der Lehrperson und heilpädagogischen Fachkraft in Bezug auf Krankheiten. Kinder haben immer gute Gründe das zu tun, was sie tun. Manchmal ist es einfach etwas schwierig herauszufinden, was diese Gründe sind. Diese oft schwierigen Verhaltensweisen versuchen zu verstehen und nicht zu bewerten, ist eine grosse Herausforderung. Aufgrund der Wichtigkeit dieser Thematik wird ein Zitat von P3 angefügt:

«So eine sinnvolle Investierung in die Zukunft ((von betroffenen Kindern)), um da ((als Schule)) mehr Aufmerksamkeit, mehr Knowhow zu entwickeln, im Unterricht diese zu erkennen, was sie brauchen. Solange man ((die Schulkinder)) sich nicht sicher fühlt, kann man nicht lernen, das ((als Lehrperson)) zu verstehen» (Transkript P3, 222-224).

Beziehung

Beziehungsarbeit erscheint neben der Haltung als wichtigste Komponente. Anhand der Datenanalyse bedeutet eine Beziehung zu haben vor allem das Vermitteln von *Sicherheit und Vertrauen*. Dazu gehört, dass ein *ernstgemeinstes Interesse* und *Wertschätzung* gezeigt werden sollte. Eine *individuell angepasste Arbeit* mit dem betroffenen Kind wurde in diesem Zusammenhang mehrmals erwähnt. Somit sind gewisse Parallelen zwischen der Haltung und der Beziehungsarbeit zu erkennen.

Der Aufbau und Erhalt einer Beziehung funktioniert nach den Fachpersonen vor allem durch *Einzelgespräche mit den Kindern*. Es muss nicht unbedingt die Klassenlehrperson sein, die diesen wichtigen Part einnimmt. Auch Schulsozialarbeiter_innen, heilpädagogische Fachkräfte oder Fachlehrpersonen könnten diese Aufgabe übernehmen. Eine gut funktionierende Beziehung sollte so lange wie möglich aufrechterhalten werden, denn jeder Abbruch führt zu Unsicherheit. Je mehr Kontinuität und Stabilität dem Kind geboten werden kann, desto besser. Zum Beziehungsaufbau gehört auch eine gewisse *Hartnäckigkeit*. Als erwachsene Person sollte immer wieder ein Zugang zu einer Beziehung angeboten werden, auch wenn sich ein Kind zuerst dagegen wehrt.

Schulalltag

Die meisten Nennungen für Interventionsmöglichkeiten konnten dem Schulalltag zugewiesen werden (vgl. Abbildung 7). Bei der Analyse wurden 41 Textstellen entsprechend codiert. In dieser Sub-Kategorie wurden sämtliche vorgeschlagenen Interventionen erfasst, die direkt im Schulalltag umgesetzt werden können. Sie dienen *der Entlastung und gleichzeitig der Stärkung betroffener Kinder*. Diese Möglichkeiten wurden von Fachpersonen genannt, die nicht an einer öffentlichen Schule arbeiten. Sie wurden im Schulalltag nicht erprobt. Sehr oft wurde bei der Arbeit im Schulalltag auch über die bereits erwähnte Haltung der Schule gegenüber depressiven Kindern gesprochen.

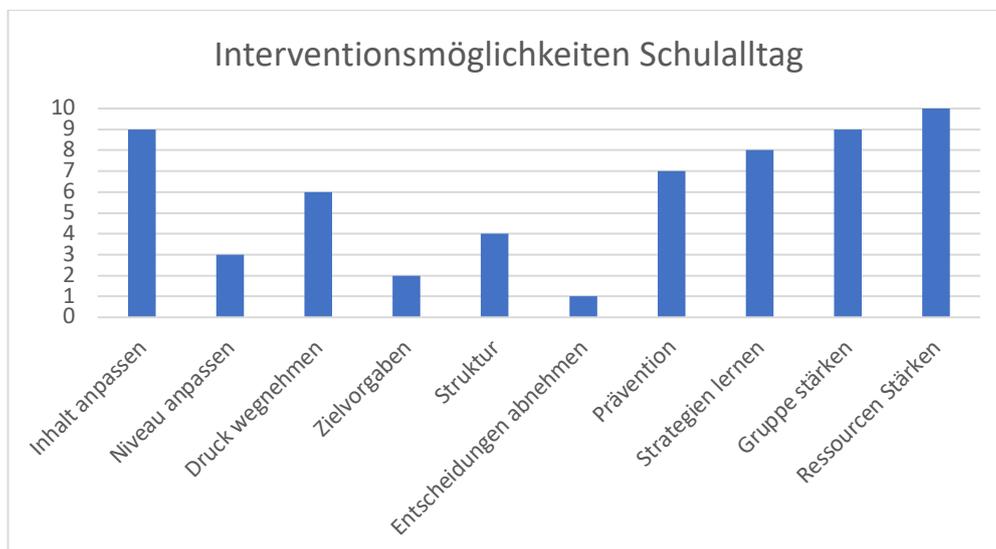


Abbildung 7: Interventionsmöglichkeiten im Schulalltag

Anhand der Inhaltsanalyse soll man die Kinder *ernst nehmen, Probleme (in Gruppen) ansprechen* und den *Unterrichtsinhalt* und der *Tagesplan* den Bedürfnissen der Kinder anpassen. Wichtig erscheint dabei, dass *das Kind Teil einer Gruppe sein kann und mitmacht* (Gruppe stärken). Der Inhalt sollte vor allem *im Umfang und im Niveau* an die jeweilige Situation des Kindes angepasst werden. Damit dies erreicht werden kann, braucht es von der Schule eine grössere Offenheit und auch etwas Mut in speziellen Situationen vom Alltag abweichen zu können. Es waren sich alle Interviewpartnerinnen einig, dass es *immer individuelle Anpassungen* braucht. Pauschallösungen gibt es nicht. Lehrpersonen sollten mit den Kindern in einem dauernden Austausch stehen und Anpassungen gemeinsam besprechen. In dieser Individualität braucht es von den Lehrpersonen vorgegebene *Struktur- und Zielvorgaben*. Eine Fachperson meinte auch, dass man den Kindern *Entscheidungen abnehmen* soll, wenn sie Mühe haben, diese zu fällen. *Das Erlernen von Strategien* kann ebenfalls mit den Kindern erarbeitet werden. In einem Gespräch wurde dabei eine Zusammenarbeit mit der Schulsozialarbeit vorgeschlagen. Je nach Klassenzusammenstellung könnte eine Erarbeitung von Strategien auch mit der ganzen Gruppe durchgeführt werden (Prävention). Als Strategien wurden dabei Perspektivenwechsel, Sozialkompetenztraining, Emotionsregulationsstrategien, Konfliktlösestrategien und der Umgang mit eigenen Gefühlen erwähnt. Diese Strategien können nach den Befragten auch präventiv mit der ganzen Klasse erarbeitet werden. In diesem Punkt waren sich alle Befragten einig. Das Erlernen von Strategien würde allen Kindern zugutekommen, nicht nur den psychisch kranken. Es wurde sogar erwähnt, dass in den Schulen im Bereich der Prävention mehr gemacht werden sollten. Konkret im Sinne der präventiven Arbeit wurden dabei der Aufbau von sozialen Kompetenzen sowie das Stärken der Gruppe erwähnt. *Erfolgslebnisse* sind ebenfalls wichtig, dadurch könnten die Kinder ihr Selbstvertrauen und die Selbstwirksamkeit stärken. Besonders hilfreich erscheint das Erkennen von Stärken und Ressourcen der Kinder und dass man sich als Lehrperson daran orientiert. P3 erwähnt dabei, dass *ressourcenorientiert* gedacht, geschaut und beobachtet werden sollte und dass man sich nicht an den Defekten orientieren soll. P4 fasst das Gesagte folgendermassen zusammen:

«Schauen, dass die Kinder den Alltag bewältigen beziehungsweise. wie kann man dort Unterstützung geben» (Transkript P4, 155-156).

Wichtig zu erwähnen sind auch die Aussagen aus den vierten und fünften Interviews. Dabei wurde zum Aufgabenbereich einer Schule klar Stellung genommen. Es wurde erwähnt, dass man sich als Lehrperson oder Schule bei dieser Thematik ganz klar abgrenzen können muss. Die Schule kann *keine* therapeutischen Aufgaben übernehmen. Das Erlernen von Strategien soll entweder als Prävention geschehen oder nur in Absprache mit den beteiligten Therapeuten / Therapeutinnen.

Diagnose

«Wir haben immer wieder gehört, dass es eine riesen Entlastung ist, wenn es mal definiert und draussen ist. Für die Kinder geht dann eine Last weg, sie dürfen so sein, wie sie sind und müssen sich nicht verstecken und Angst haben» (Transkript P1, 145-147).

Insgesamt zwölf Textstellen wurden markiert, die darauf hinweisen, dass eine Diagnose wichtig ist. Vor allem für die Akzeptanz eines Krankheitsbildes kann es entscheidend sein. Eine Diagnose kann bei den Eltern ein

Verständnis entwickeln und die gemeinsame Arbeit (zwischen Schule, Eltern und Therapeuten) unterstützen (Transkript P4). Die besondere Herausforderung beim Erstellen einer Diagnose besteht darin, die unterschiedlichen Krankheitsbilder voneinander abgrenzen zu können und wirklich zu verstehen, was dem Kind fehlt. Eine Person erwähnte, dass Abklärungen bei ihrer Arbeitsstelle immer durch einen Neuropsychologen durchgeführt wurden. Sie kann nicht nachvollziehen, warum das allgemein nicht öfters gemacht wird, da sie sehr gute Erfahrungen damit gemacht hat. Meist wird im Alltag erst dann eine breite Diagnose durchgeführt, wenn es dem Kind wirklich sehr schlecht geht. P2 erwähnte die Wichtigkeit der Rolle der Lehrperson im Prozess der Diagnose. Sie schlägt vor, lieber einmal zu viel eine Überweisung an das KJPD zu machen, als einmal zu wenig. Wie P5 sagte, ist eine Diagnose die Grundlage für weitere Massnahmen (Behandlung, Beratung).

Unterstützung für Eltern

Eine weitere Interventionsmöglichkeit, die von zwei Interviewpartnerinnen genannt wurde, ist die Unterstützung von Eltern. Sie vermissen Erziehungskurse für überforderte Eltern / Erziehungsberechtigte. Vorstellen können Sie sich eine Stelle, bei der Eltern bei Fragen anrufen können und direkt Tipps und Vorschläge für ein förderliches Verhalten den Kindern gegenüber erhalten. Die Erfahrung wurde gemacht, dass wenn Eltern bei der Erziehung überfordert sind, oft aufgegeben wird und dadurch die Kontrolle verloren geht. Dies könnte für die Kinder negative Folgen haben, wie zum Beispiel Depressionen. P4 erwähnte dazu, dass die Eltern entsprechend informiert werden müssten.

Unterstützung für Lehrpersonen

Dieses Unterkapitel leitet direkt zum nächsten Kapitel über. Zweimal wurde erwähnt, dass man sich wünscht, dass sich Lehrpersonen Hilfe holen, wenn sie selber nicht mehr weiter kommen. In vielen Fällen wird als zuständige Lehrperson oder Schule zu lange gewartet, bis etwas unternommen wird. Im anschliessenden Kapitel wird über eine mögliche Zusammenarbeit mit Dienststellen oder Fachpersonen berichtet.

Zeitliche Ressourcen

In der Abbildung 6 nicht aufgeführt, aber nicht weniger wichtig, ist eine Aussage bezüglich der zeitlichen Ressourcen. Interviewpartnerin P1 (der Fachbereich war eine Spital-Schule) hat im Interview mehrmals erwähnt, dass es in einer öffentlichen Schule schwieriger erscheint, die Interventionsmöglichkeiten im Schulalltag umzusetzen, da die Klassenlehrperson nicht so viel Zeit hat. Die Zeit-Problematik wurde aber nicht nur im Zusammenhang mit dem Unterricht erwähnt. Mehrmals kam zur Sprache, dass auch für die Besprechungen beziehungsweise für den Austausch im Kollegium und mit Fachgruppen zu wenige zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen.

5.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Eine weitere Hauptkategorie der Inhaltsanalyse ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen der Schule, den Eltern und entsprechenden Fachgruppen / Fachstellen. Bei der Auswertung im MAXQDA® wurden zu diesem Bereich sechs Sub-Kategorien erstellt. Da die Aussagen zu den einzelnen Fachstellen sehr ähnlich ausfallen, wurden einige für die Darstellung der Ergebnisse zusammengefasst. Bei der Analyse der Angaben konnten

folgende zwei Themenbereiche definiert werden. Im ersten Bereich stand die *Zusammenarbeit zwischen Fachstellen und der Schulen / Lehrpersonen* im Fokus. Der zweite Bereich erfasste die *Zusammenarbeit mit den Eltern*.

Zusammenarbeit der Fachstellen mit der öffentlichen Schule

Bei der Thematik der Zusammenarbeit muss zwischen dem Interview P1 und den restlichen Gesprächen unterschieden werden. P1 arbeitete in einer Spitalschule als schulische Heilpädagogin. Sie erlebte mit allen Beteiligten (Therapeuten, Ärzten und Sozialpädagogen) eine sehr enge interdisziplinäre Zusammenarbeit und konnte dem viel Positives abgewinnen. Dieser Ausschnitt aus ihrem Interview macht das sehr deutlich:

«Und das war auch auf der Station das Gute, dass man mit vielen Personen aus den verschiedenen Berufsgruppen zusammen war. Ja. Ich hatte einen super Chef und eine tolle Oberärztin, die sahen, dass wirklich einfach alles dazugehört. Sie haben uns als Schule sehr wichtig genommen... Ja und wir waren bei allen Gesprächen dabei und wirklich einfach auf derselben Ebene wie eine Psychologin oder eine Ergotherapeutin. Das war wirklich sehr gut» (Transkript 1, 36-52).

Auch in den anderen Gesprächen wurde von einer positiven Zusammenarbeit mit den öffentlichen Schulen gesprochen. Die Unterstützung der Kinder in einem System wird erwähnt und als wichtig anerkannt. Die Analyse zeigt auf, dass je weniger die entsprechende Stelle im Allgemeinen mit dem Schulsystem zu tun hat, desto weniger arbeitet man im Alltag auch wirklich mit den Lehrpersonen zusammen. Demnach suchte die private Therapeutin den Kontakt zu den Schulen sehr wenig. Es wird eher versucht, die Eltern und Kinder im Umgang mit der Schule und den Lehrpersonen zu coachen. Einem regelmässigen interdisziplinären Austausch stehen nach der Analyse verschiedene Tatsachen im Weg. Zum einen ist es der *Datenschutz*, den man beachten muss. Für einen Austausch braucht es zwingend das *Einverständnis der Eltern*, was nicht immer einfach zu erhalten ist. Zum anderen fehlt es an *organisatorischen Grundlagen* für einen Austausch. P3 erwähnte dazu, dass eine offizielle Ebene für Fallbesprechungen oder Interventionen geschaffen werden müsste. Und als dritter Grund erarbeitete man den Faktor *Zeit* (zeitliche Ressourcen) heraus. Alle Beteiligten erwähnten, dass ihre zeitlichen Ressourcen sehr knapp sind und dann solche Austauschmöglichkeiten anderen Sachen weichen müssen. P4 ermuntert die schulischen Fachpersonen, sich auch bei den entsprechenden Therapeuten zu melden. Denn kommen Probleme auch im Schulalltag vor, macht ein Austausch Sinn und kann auch den Kindern helfen, die gelernten Strategien im Schulalltag umzusetzen. Während einige (P1 und P2) erwähnten, dass es oft lange dauert, bis sich eine schulische Bezugsperson meldet, macht P4 beim SPD andere Erfahrungen. Sie ist froh um eine unterschwellige Zusammenarbeit.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit als wichtig und wertvoll angesehen wird, jedoch fehlen für die Umsetzung offiziellen Strukturen und Ressourcen.

Zusammenarbeit mit den Eltern

Die Wichtigkeit einer guten Zusammenarbeit mit den Eltern wurde von allen Beteiligten erwähnt. Dazu kam aber auch der Hinweis, dass dies eine schwierige Aufgabe sein kann. Dabei geht es oft darum, zuerst eine geeignete Beziehung zu den Eltern aufzubauen. Wenn man also in der Schule mit einem Kind arbeitet, das Schwierigkeiten hat, sollten unbedingt auch die Eltern ins Boot geholt werden. Die Analyse zeigt auf, dass dies ein komplexer

Auftrag ist. Es gibt immer wieder Eltern, die die Probleme ihrer Kinder nicht sehen (wollen oder können). Eine Aussage im Interview von P2 gibt ein gutes Bild dieser herausfordernden Situation ab.

«Man kann immer nur wieder versuchen ihnen ((den Eltern)) aufzuzeigen, wo man die Schwierigkeiten sieht und sie zu sensibilisieren für das Wohl Ihres Kindes. Ich glaube oft spielt es eine Rolle, dass es dann schwierig wird, wenn sie sich angegriffen fühlen oder das Gefühl haben, man mischt sich irgendwie ein; auf eine ungute Art. Oder so ein Gefühl von Kontrolle eben, da guckt mir einer in die Karten. Und das je nach dem was auch los ist, kommt es vielleicht nicht so gut an, aber ich denke, wenn man versucht immer wieder zu signalisieren, es geht um das Kind und wir sind auf Ihrer Seite und auf der Seite des Kindes vor allem auch, wir wollen helfen und es geht nicht um ein Urteil oder eine Schuld. Erfahrungsgemäss funktioniert das meistens sehr gut. Eigentlich sind die dann auch oft dankbar, ehm dass einer noch mit drauf schaut und sich kümmert» (Transkript P2, 376-384).

Warum diese Zusammenarbeit jedoch so wichtig ist, erwähnt eine Befragte (P2): Die Eltern müssen ja einverstanden sein mit der Arbeit mit dem Kind. Wenn man also in der Schule den Schulstoff dem Kind anpassen möchte, braucht man das Einverständnis der Eltern. Genau dabei kann die Diagnose einer neutralen Person von aussen hilfreich sein. Die Analyse bringt hervor, dass eine Fachperson der Meinung ist, dass auch ein Kind spürt, wenn die beteiligten Parteien ein Netzwerk bilden und zusammen kommunizieren. Das Wohlwollen gegenüber den Kindern hat durch dieses gemeinsame Netz noch mehr Wert, das ist der *systemische Einfluss*. Dazu gehört es auch, die Vorbildfunktion als Lehrperson wahrzunehmen. Eine Befragte (P5) bemerkte, dass die Bedürfnisse der Eltern ernstgenommen werden sollen. Sie hat schon die Erfahrung gemacht, dass Eltern ängstlich oder verunsichert sind, wenn Kinder Probleme zeigen. Die allermeisten Eltern seien jedoch bereit, ihrem Kind zu helfen und mitzumachen.

5.5 Mögliche Ursachen / Risiken für Depressionen

Um einen möglichen Einfluss der Schule auf die psychische Gesundheit von Kindern aufzuzeigen, ist es grundlegend, Ursachen und Risiken für eine Depression bei Kindern zu kennen. Während der Analyse wurden die Aussagen zu diesem Bereich in sechs Sub-Kategorien eingeteilt. Insgesamt wurden 57 Textstellen zu dieser Kategorie codiert. In der Abbildung 8 wurden die sechs Kategorien aufgelistet. Anhand der Grösse der Vierecke ist wiederum ersichtlich, wie oft die einzelnen Bereiche in den entsprechenden Interviews erwähnt wurden.

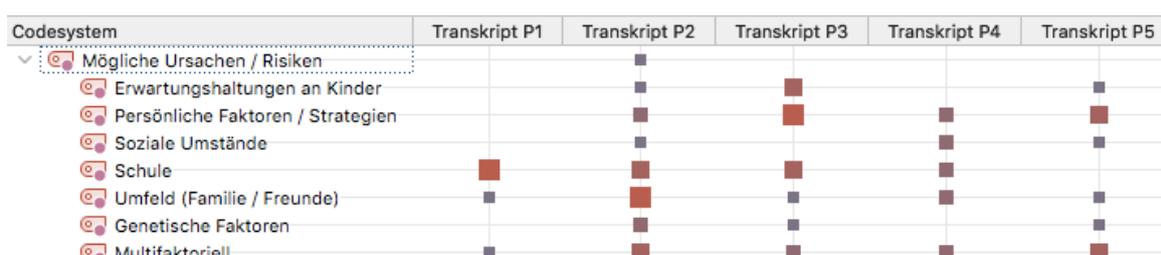


Abbildung 8: Codesystem, mögliche Ursachen / Risiken aus MAXQDA®

Die beiden Bereiche *Umfeld (Familie / Freunde)* und *Multifaktoriell* wurde in allen Interviews erwähnt. Zudem wurden dem Bereich *Schule* die meisten Textstellen zugeordnet. Daraus lässt sich schliessen, dass diese drei Bereiche als zentral angesehen werden können. Multifaktoriell bedeutet in diesem Zusammenhang, dass eine Depression mehrere Ursachen haben kann. Diese sind jeweils individuell bedingt. Dabei wurde zum Beispiel ein möglicher Einfluss von Krankheiten wie Diabetes, Krebs oder Nierentransplantationen erwähnt. Als einen weiteren Einflussfaktor wurden auch verschiedene Belastungsfaktoren genannt. Wichtig erscheint, *das Gesamtpaket* der Kinder zu betrachten und sich Gedanken zu machen, woher eine Depression kommen könnte. In einem Gespräch wurde davon gesprochen, dass eine Depression eine sehr *komplexe und vielfältige Angelegenheit* ist und dass es keine ganz klare Kausalität dazu gibt. Im Interview mit P2 wurde folgende Aussage dazu gemacht: «*Es ist sicherlich von Fall zu Fall immer unterschiedlich. Man sieht gewisse Parallelen aber grundsätzlich gehen wir immer von einem multifaktoriellen Entstehungsmodell aus*» (Transkript 2, 69-70).

Die Inhaltsanalyse lässt zudem darauf schliessen, dass *das private Umfeld* (Familie und Freunde) einen grossen Einfluss haben. P1 erwähnte dazu, dass ein psychisch krankes Elternteil eine Ursache für eine psychische Erkrankung bei Kindern sein kann. Zu diesem Punkt zählen ausserdem allgemein schwierige Familienverhältnisse (z.B. Trennungssituationen). Wichtig ist es auch, in diesem Punkt ganzheitlich zu denken und das *ganze Bezugspersonensystem* genau anzuschauen. Mehrere Beteiligte erwähnten diese Aussage. Die Thematik Mobbing wurde von vier Fachpersonen als sehr kritisch erwähnt. Anhand der Aussagen der Befragten findet Mobbing oft verdeckt und über eine sehr lange Zeit statt. Wird nichts dagegen unternommen, kann sich daraus eine Depression entwickeln. Auch ein *belastendes Familienumfeld* wirkt nach der Analyse als Risikofaktor. Belastend kann bedeuten, dass wenige Ressourcen (emotional, kognitiv oder finanziell usw.) vorhanden sind. Dazu gehört auch die Bindung (zu Bezugspersonen), welche gestört oder verunsichert sein kann. Ist das private Umfeld schwierig, kann es sein, dass sich ein Kind nirgends dazugehörig fühlt, was ebenfalls als Risikofaktor angesehen wird (Transkript P4).

Dem *Risikofaktor Schule* konnten am meisten Textstellen zugeordnet werden. Als Relativierung muss erwähnt werden, dass in den Interviews direkt danach gefragt wurde. Die Analyse zeigt, dass unterschiedliche Situationen im Schulalltag als Ursache beziehungsweise Risikofaktor angesehen werden können. Auch in diesem Bereich wurde das Thema *Mobbing* mehrmals erwähnt. Weiter kann eine *Unter- und Überforderung* und ganz allgemein eine Einteilung in die falsche Stufe negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden von Kindern haben. Wobei eine Überforderung in der Praxis präsenter ist, als eine Unterforderung. Im Interview mit P5 wird dabei auch ein mögliches *Burn-out* bei Schulkindern erwähnt. Durch eine unrealistische Erwartungshaltung, viele Misserfolgserebnisse oder auch steigende Anforderungen können Kinder in der Schule an ihre Grenzen kommen (Transkript P2, 94-99). Im Interview mit P3 wurde angesprochen, dass die Schule nur mit einem gewissen Prozentsatz von Kindern (sie sprach von 50 Prozent) gerecht wird. Ihrer Meinung nach ist es deshalb klar, dass sich einige Kinder nicht wohlfühlen und deswegen psychische Störungen entwickeln können. P3 erwähnte aber auch, dass es oft gar nicht viele oder grosse Anpassungen braucht, damit es den Kindern besser gehen kann.

Den Kindern fehlt es demnach oft an Strategien, um mit alltäglichen Situationen (Kommunikation, Problemlösefertigkeiten, Sozialen Kompetenzen u.a.) klar zu kommen. Im Interview mit P4 wurde darüber gesprochen, dass es ihrer Meinung nach immer zwei Faktoren braucht, um eine Depression auszulösen. Sie sprach dabei von

prädisponierenden Faktoren, die dann mit *Krisen im Alltag* (kritische Zeitpunkte oder Belastungen) depressive Symptomatik auslösen können (Transkript P4, 53-58).

Zusammenfassend kann an dieser Stelle das *Bio-Psycho-Soziale-Modell der WHO* erwähnt werden. Das zeigt ebenfalls auf, dass verschiedene Ursachen zu einer Depression führen können (Transkript P5, 53-59).

5.6 System Schule

Diese Hauptkategorie wurde bei der Analyse induktiv erstellt. In den Interviews sprachen die Fachpersonen oft darüber, was ihrer Meinung nach im System «öffentliche Schule» zurzeit nicht gut läuft und in welchen Bereichen man ihrer Meinung nach investieren sollte. Diese Textstellen wurden beim Codieren in zwei Sub-Kategorien eingeteilt. Grundsätzlich wünschten sich die Interviewpartnerinnen ganz allgemein mehr **Wachsamkeit und Verständnis** von den Lehrpersonen. Es sollte versucht werden, im Schulalltag Oasen oder Inseln für betroffene Kinder herzustellen. Diese oftmals nicht vorhandene Flexibilität der öffentlichen Schulen wurde von mehreren Fachpersonen erwähnt. Diesbezüglich enthält eine Sub-Kategorie Textausschnitte zu *möglichen Fehlverhalten von Schulen* und die zweite betrifft *die Ausbildung von Lehrpersonen*.

In Bezug auf das Verhalten der Schulen spalteten sich die Meinungen der Fachpersonen. Die Gesprächspartnerinnen P4 und P5 sind der Meinung, dass die Lehrpersonen schon recht gut sensibilisiert sind und sich bei auffälligem Verhalten von Kindern genug früh bei den entsprechenden Stellen (SPD oder KJPD) melden.

Die drei anderen Gesprächspartnerinnen waren anderer Meinung. Es wurde bemängelt, dass in öffentlichen Schulen oft zu lange gewartet und nur zugeschaut wird. Man wünschte sich, dass Probleme öfters und schneller thematisiert werden. Als Lehrperson sollte man das Verhalten der Kinder nicht persönlich nehmen, sondern versuchen den professionellen Blickwinkel auf etwas anderes zu lenken. Schimpfen und Druck bringen demnach nichts. Die Schule sollte sich ihrer Aufgabe bewusst sein und sich auch abgrenzen können. Die Schule hat keine therapeutische Aufgabe und sollte das auch nicht versuchen. In allen Gesprächen wurde ebenfalls über die präventive Arbeit einer öffentlichen Schule gesprochen, die ernster genommen werden sollte. P4 erwähnt ausserdem, dass aus ihrer persönlichen Erfahrung die Bereitschaft von heilpädagogischen Fachkräften oder Sozialarbeiter_innen an diesen Bereichen zu arbeiten, sehr unterschiedlich sind. Es ist deswegen nicht immer einfach abzuschätzen, was man von den schulischen Ansprechpersonen erwarten kann.

In drei Interviews wurde über die *Ausbildung der Lehrpersonen* gesprochen. Die Fachpersonen wünschen sich mehr Sensibilisierung und Wissen von der Schulleitungen und den Lehrpersonen. Man ist sich einig, dass dadurch einige Probleme (nicht nur Depressionen bei Kindern) besser angegangen werden könnten. Dieser Bereich sollte in der Grundausbildung von Lehrpersonen vermehrt thematisiert werden. Dazu ein Zitat:

«Ich fände es auch wichtig, dass Lehrpersonen entsprechend geschult sind. Dass sie einfach wissen, dass wenn ein Kind aggressiv ist, dass es dann nicht einfach aggressiv ist, sondern dass es dann meistens auch einen GUTEN GRUND hat und man das dann nicht als anstrengend abtut oder als nervig oder als böswillig oder so. Sondern dass man wirklich schaut, was steckt dahinter» (Transkript P2, 157-161).

Basierend auf den Ergebnissen der Hauptkategorien und einiger Sub-Kategorien werden nun im folgenden Kapitel diese Resultate diskutiert.

6. Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse, welche im fünften Kapitel dargestellt wurden, diskutiert. Zu einer besseren Übersicht werden nachfolgend zuerst die Ergebnisse zusammenfassend notiert. In einem weiteren Schritt folgen die Interpretation und Diskussion der Ergebnisse. Dazu wurden die theoretischen Grundlagen beigezogen. Weiter werden in diesem Kapitel die Fragestellungen dieser Arbeit beantwortet und die Hypothesen überprüft. Abschliessend folgt ein Fazit der Untersuchung.

6.1 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse und die wichtigsten Aussagen der bereits erwähnten Hauptkategorien dieser Masterarbeit zusammengefasst.

Präsenz des Themas: Die Interviews mit Fachpersonen zeigten grundsätzlich eine sehr hohe Präsenz der Thematik im Berufsalltag. Lediglich beim Interview mit einer Mitarbeiterin des schulpсихologischen Dienstes Obwalden ist die Thematik *Depressionen im Primarschulalter* in ihrem Berufsalltag nicht präsent. Der SPD ist eher für schulische Fragestellungen zuständig und der KJPD für die psychologische Gesundheit der Kinder. Deswegen geht die Fachperson des SPDs davon aus, dass die schulischen Mitarbeiter mit Fragestellungen zur psychischen Gesundheit von Schulkindern direkt zum KJPD gehen. So erklärt sie sich die tiefe Präsenz des Themas.

Wahrgenommene Symptome: Von allen Befragten wurde betont, dass Symptome individuell und praktisch immer multifaktoriell erscheinen. Am häufigsten wahrgenommen werden bei Kinder körperliche Symptome, negative Stimmungen und Probleme mit dem Selbstwert. Traurigkeit und Wut beziehungsweise Aggressivität (oppositionelles Verhalten) wurden ebenfalls sehr oft genannt.

Interventionsmöglichkeiten: Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, sowie eine offene und wertschätzende Haltung dem betroffenen Kind gegenüber, wird als zentral angesehen. Den Befragten war es wichtig, die Ressourcen der Kinder zu erkennen und zu bestärken. Das Anpassen des Schulstoffs in Bezug auf den Umfang und die Schwierigkeit wurde oft erwähnt. Sehr oft wurde auch die Präventionsaufgabe einer öffentlichen Schule erwähnt, welche mit allen Kindern einer Schule durchgeführt werden sollte. Die Befragten erwähnten dabei Präventionen zum Aufbau von Sozialkompetenzen sowie dem Selbstwert und Konfliktlösestrategien. Es wurde davon abgeraten, direkt mit den Kindern therapeutisch zu arbeiten und zu versuchen, die Probleme zu lösen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Die Zusammenarbeit zwischen den Fachpersonen und der Schule wurde von allen Befragten als wichtig erkannt. Aber nur dann, wenn sich die entsprechenden Probleme auch in der Schule zeigen. Es wurde mehrmals erwähnt, dass die Umsetzung einer interdisziplinären Zusammenarbeit gegenwärtig nicht ideal verläuft. Aufgrund von zu geringen zeitlichen Ressourcen und allgemein fehlender Schnittstellen kann diese Zusammenarbeit oftmals nicht zustande kommen. Auch die Zusammenarbeit mit den Eltern wurde oft als sehr wichtig und grundlegend genannt. Die Befragten stellten klar, dass dies eine herausfordernde Aufgabe darstellt. Die Analyse zeigt, dass viele Fachpersonen mit den Kindern oft systemisch arbeiten, was die grosse Bedeutung der Zusammenarbeit verdeutlicht.

Mögliche Ursachen / Risiken: Von allen Befragten wurde angesprochen, dass für eine depressive Symptomatik verschiedene individuelle Ursachen zusammenkommen. Grundsätzlich ist es ein Zusammenspiel von prädisponierenden Faktoren, sowie einer Krise im Alltag. Als möglichen Risiken im Schulalltag wurden am häufigsten die Thematik Mobbing (soziale Integration in die Klasse), sowie eine ständige Unter- oder Überforderung genannt.

System Schule: Ein weiterer Gesprächspunkt war die Grundausbildung der Lehrpersonen und, dass dabei mehr Wert auf die Sensibilisierung von psychischen Krankheitsbildern gelegt werden sollte. Die Aufgabe der Lehrperson ist dabei nicht therapeutisch. Es geht lediglich darum, dass Symptome erkannt und entsprechend gehandelt werden kann. Es wurde aber nicht nur von einer Symptom-Erkennung, sondern auch von einer Schulung im Bereich von Kommunikationsfähigkeiten und einer entsprechenden Haltung gesprochen. Als vermeidbare Verhaltensweisen von Lehrpersonen wurde das Schimpfen mit den Kindern erwähnt. Ausserdem sollten die öffentlichen Schulen in schwierigen Situationen allgemein schneller reagieren und nicht warten bis eine Situation eskaliert.

6.2 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Die gewonnenen Ergebnisse werden nun im Hinblick auf die Beantwortung der Fragestellungen sowie der Überprüfung der Hypothesen diskutiert. Dazu werden die Resultate der Untersuchung mit dem im Kapitel 2 erarbeiteten theoretischen Hintergrund verknüpft. Damit wird versucht, eine Verbindung der Theorie und der Stellung der öffentlichen Schule und den Aufgaben von Lehrpersonen und heilpädagogischen Fachpersonen herzustellen.

Die Theorie geht davon aus, dass psychische Auffälligkeiten bei Kindern vermehrt und bei Jugendlichen (ab ca. 12 Jahren) häufig vorkommen (vgl. Kapitel 2.2.3). Die Analyse der Daten zeigt dazu zwei unterschiedliche Seiten auf. **Bei direkt betroffenen Fachpersonen (KJPD, KPS, klinische Psychologie und heilpädagogische Fachkräfte in psychosomatischer-psychiatrischen Therapiestation) zeigt sich eine sehr grosse Präsenz des Themas. Fachpersonen, die eher indirekt betroffen sind (SPD), sprechen davon, dass diese Thematik in ihrem Alltag eher weniger vorkommt.** Diese unterschiedliche Wahrnehmung ist interessant wirft Fragen auf. Ist es tatsächlich so, dass beim SPD diese Thematik weniger häufig vorkommt? Es lässt sich auch vermuten, dass in den öffentlichen Schulen unterschwellig wenig zum Erkennen von depressiver Symptomatik getan wird. Erst wenn sich die Probleme deutlich zeigen, wird Hilfe bei den direktbetroffenen Stellen gesucht (vgl. Interviews P1, P2 und P3).

Verschiedene Autoren (u.a. Groen & Petermann (2019), Haider (2008) und Nevermann & Reicher (2009)) haben Listen mit Symptomen für Depressionen zusammengestellt. Auch auf alterstypische Symptome wird dabei eingegangen (vgl. Kapitel 2.2.2). **Beim Betrachten der Ergebnisse wird deutlich, dass auch die Fachpersonen davon ausgehen, dass Symptome individuell und alterstypisch auftreten.** Neben der negativen Stimmung und einem oppositionellen Verhalten werden besonders die körperlichen Symptome genannt. Mehrmals erwähnt wurde dabei, dass das oppositionelle Verhalten eine Diagnose besonders schwierig machen kann. Mehrere Fachpersonen erwähnten in diesem Zusammenhang auch die Schwierigkeit, das Verhalten von betroffenen Kindern richtig deuten zu können.

Welche Rolle die öffentliche Schule in Bezug auf die Arbeit mit einem depressiven Kind hat, waren sich die Fachpersonen einig. Grundsätzlich erwähnten alle, dass eine fördernde Haltung der Schule gegenüber den Kindern sehr wichtig und hilfreich ist. Gleichzeitig wurde auch über die Bedeutung von funktionierenden Beziehungen gesprochen. Dies bestätigt auch die Theorie (vgl. Kapitel 2.7.2). Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse zeigen auf, dass im Schulalltag vor allem die Ressourcen der Kinder gestärkt werden sollen. Der Fokus sollte besonders auf das Positive gelenkt werden. Ebenfalls wird das Stärken der Gruppen / Klassen als äusserst wichtig angesehen. Das Thema Mobbing spielt dabei in der Theorie und bei den Fachgesprächen eine besonders grosse Rolle. Mehrere Fachpersonen berichteten erstaunt von unglaublichen Situationen an Schulen, die gewisse Kinder durchleben müssen. Es kommt zum Beispiel vor, dass Mobbing-Situationen erst sehr spät entdeckt werden. Betroffenen Kinder leben eine lange Zeit in einer Opfer-Rolle und können sich selbst nicht helfen. Fachpersonen erzählten von Kindern, die sich in der Schule von niemandem ernst genommen fühlen. Oder sie wussten nicht, an wen sie sich wenden sollten. Mobbing kann unter anderem ein Auslöser für Depressionen sein. In diesem Zusammenhang wird in den Kapiteln 2.6 und 2.7.2 über die Wichtigkeit einer Präventionsarbeit an Schulen geschrieben. Aus diesen Aussagen lässt sich interpretieren, dass an einigen Schulen noch nicht genug unternommen wird. **Es scheint, dass die Prävention und auch der individuelle Fokus auf die Stärken und Ressourcen einzelner Kinder in öffentlichen Schulen zu wenig Aufmerksamkeit erhalten.** In drei Interviews wird ebenfalls auf die Ausbildung der Lehrpersonen eingegangen. Die Fachpersonen, welche direkt mit psychisch kranken Kindern arbeiten, wünschen sich mehr Präsenz dieser Thematik in der Grundausbildung von Lehrpersonen.

Besonders auf gefährdete Kinder sollte in der Schule die Aufmerksamkeit gerichtet werden. Dies ist die Aussage einer Fachperson. Im Kapitel 2.3 werden mögliche Risikofaktoren von gefährdeten Kindern beschrieben. Dabei wird auch von einem Zusammenhang der einzelnen Risiken gesprochen. In der Theorie ist man sich einig, dass eine Depression meistens multifaktoriell bedingt ist. Die Fachpersonen erwähnten fast ausschliesslich die Risiken, welche in der Schule vorkommen könnten. Es lässt sich daraus interpretieren, dass in der Schule unterschiedliche Risikofaktoren zusammenkommen. Zum einen spielen die sozialen Faktoren (Mobbing, Ausschluss aus der Klasse) eine grosse Rolle. Andererseits kann es sein, dass Kinder mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen eher gefährdet sind. Es wurde mehrmals erwähnt, dass eine nicht angepasste Erwartungshaltung an Kinder sowie Stressfaktoren als Risiko wahrgenommen werden. **Diese unterschiedlichen Risikofaktoren, welche in einem Schulalltag zusammenkommen, machen das Erkennen und Reagieren darauf für Lehrpersonen besonders schwierig.** Vielleicht ist das auch ein Grund, weshalb einige Fachpersonen die Reaktionen von Lehrpersonen bemängeln.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in allen Interviews positiv über eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gesprochen wurde, sofern die psychischen Probleme auch im Schulalltag eine Rolle spielen. Die systemische Arbeit von Therapeuten wurde genauso als wichtig erwähnt. Auch Groen & Petermann (vgl. Kapitel 2.5.2) sprechen davon, wie wichtig die Einbindung des sozialen Umfelds ist. Der Schulalltag spielt beim sozialen Umfeld eines Kindes eine grosse Rolle. Durch die Inhaltsanalyse wurde jedoch klar ersichtlich, dass diese interdisziplinäre Zusammenarbeit im Alltag der interviewten Fachpersonen nur selten umgesetzt wird. **Es lässt sich interpretieren, dass die Schwierigkeit einer Umsetzung mit fehlenden strukturellen Vorgaben sowie ungenügenden zeitlichen Ressourcen begründet werden kann.** Trotz Betonung der Wichtigkeit dieser Thematik in der Theorie und

bei bereits gemachten Erfahrungen (vgl. Transkript P1 und P4), wird in der Praxis momentan noch eher selten davon Gebrauch gemacht.

6.3 Beantwortung der Fragestellungen

Nachdem die Ergebnisse der Inhaltsanalyse mit der aktuellen Theorie zusammengebracht und diskutiert wurde, folgt nun die Beantwortung der Fragestellungen dieser wissenschaftlichen Arbeit. Ausgehend von der Untersuchung und der durchgeführten Analyse werden die zwei Fragestellungen der vorliegenden Arbeit in diesem Kapitel abschliessend beantwortet.

Was braucht es, damit eine Lehrperson Anzeichen einer Depression bei Primarschulkindern erkennen kann?

Es braucht vor allem eine *Sensibilisierung der Lehrpersonen* für diese Thematik. Einerseits muss sich eine Lehrperson oder eine heilpädagogische Fachkraft für diese Thematik verantwortlich fühlen. Andererseits braucht es Einfühlungsvermögen / Sensibilität seitens der Bezugsperson in der Schule, damit die Kinder wirklich wahrgenommen werden. Die Symptome bei betroffenen Kindern zeigen sich sehr individuell und vielfältig. Deswegen sollten Lehrpersonen zum Beispiel bei oppositionellem Verhalten auch im Hinterkopf haben, dass es sich dabei um eine Depression handeln könnte. Die Liste möglicher Symptome ist lange und unterscheidet sich je nach Entwicklungsgrad eines Kindes. Im Anhang B ist eine Liste mit möglichen Symptomen abgelegt, die im Schulalltag auffallen und somit beobachtet werden können. Diese Liste muss nicht auswendig gelernt werden. Sie soll den Lehrpersonen und heilpädagogische Fachkräfte bei Auffälligkeiten zur Verfügung stellen. In diesem Bereich kann auch die heilpädagogische Fachperson eine wichtige beratende Funktion einnehmen. Eine Klassenlehrperson kann somit entlastet werden und bei Auffälligkeiten reagiert die zuständige Heilpädagogin / der zuständige Heilpädagoge in Zusammenarbeit mit der Klassenlehrperson. Im Anhang H ist ein Frage- und Beobachtungsbogen abgelegt, der für solche Situationen verwendet werden kann. Er soll helfen, die aktuelle Gesundheit eines Kindes besser abschätzen zu können.

Welche unterstützenden Angebote im Unterricht könnten betroffenen Kindern helfen?

Die Angebote, welche betroffene Kinder im Unterricht positiv unterstützen können, sind sehr vielschichtig. Zu einem besseren Überblick werden die Möglichkeiten in drei verschiedenen Ebenen eingeteilt.

Beziehungsebene: Ein Angebot für eine ehrliche, wohlwollende Beziehung zu mindestens einer Person im Umfeld der Schule ist für betroffene Kinder sehr zentral. Dabei spielt es eine untergeordnete Rolle, welcher Erwachsene diese Rolle übernimmt. Mögliche Bezugspersonen im Schulalltag sind Klassenlehrpersonen, heilpädagogische Fachkräfte, Fachkräfte der Schulsozialarbeit oder auch eine Fachlehrperson. Wichtig ist, dass die Beziehung von beiden Seiten besteht und auch aufrecht erhalten werden kann. Kontinuität und Stabilität sind wichtige Komponenten für eine unterstützende Beziehungsarbeit. Eine funktionierende Beziehung kann einem betroffenen Kind Sicherheit im Schulalltag vermitteln und so eine individuelle Entwicklung fördern.

Interventionsebene: Betroffene Kinder kann man im Schulalltag so unterstützen, dass man ihnen einen Alltag bietet, der eine verlässliche Struktur aufweist. Die Kinder sollen sich dazugehörig fühlen und Aufgaben übernehmen. Gleichzeitig nimmt die heilpädagogische Fachkraft eine wichtige Funktion ein, da besonders bei akuten

Situationen der Schuldruck weggenommen werden soll. Dies geschieht durch Anpassungen des Schulinhalt (Inhalt verringern, Niveau anpassen, kein Zeit- beziehungsweise Leistungsdruck usw.) für eine bestimmte Zeit. Diese Aufgabe kann die schulische Heilpädagogin / der schulische Heilpädagoge übernehmen oder sie kann der Klassenlehrperson beratend zur Verfügung stehen. Ganz zentral ist dabei auch, dass die Ressourcen der Kinder wahrgenommen und gefördert werden. Natürlich geschieht dies immer in Absprache mit den Erziehungsberechtigten.

Strategieebene: Die Strategieebene kommt vor allem in einer präventiven Form vor. Öffentliche Schule können mit präventiven Förderprogrammen die Kinder im sozialen und persönlichen Bereich am besten unterstützen. Dies beinhaltet die Stärkung der Selbstkompetenzen (Selbstkonzept, Selbstakzeptanz, Resilienz, Frustrationstoleranz) und der Sozialkompetenzen (Empathie, Stärkung der Gruppe, Konfliktstrategien). Bei betroffenen Kindern kann im Schulalltag ausserdem besonders in Zusammenarbeit mit einer gleichzeitig stattfindenden Therapie unterstützt werden. Dies beinhaltet die Übernahme von dort gelernten Strategien und einen regelmässigen Austausch. Je nach Schulform kann diese Aufgabe von heilpädagogischen Fachkräften, der Schulsozialarbeit oder einer Fachkraft der Sozialpädagogik übernommen werden.

6.4 Überprüfung der Hypothesen

Aufgrund der erarbeiteten Theorie wurden im Kapitel 2.9 Hypothesen zu dieser Arbeit aufgestellt. Diese Hypothesen sollen nun mit den Forschungsergebnissen verglichen und ausgewertet werden.

Hypothese 1: Anzeichen von Depressionen können in der Schule von Heilpädagogen / Heilpädagoginnen und Lehrpersonen erkannt werden.

Die Forschungsergebnisse bestätigen diese Hypothese unter Berücksichtigung einiger Punkte. Damit eine heilpädagogische Fachkraft oder eine Lehrperson Anzeichen von Depressionen erkennen können, müssen die unterschiedlichen Symptome von *Depressionen im Primarschulalter* bekannt sein. Das setzt wiederum voraus, dass sie sich mit dieser Thematik bereits beschäftigt hat und **sensibilisiert** ist. Wichtig erscheint an dieser Stelle noch Folgendes zu erwähnen: Werden Anzeichen von psychischen Krankheiten beobachtet und entsteht das Gefühl, dass es dem Kind nicht gut geht, sollte mit weiteren Schritten nicht zu lange gewartet werden. Diese Schritte beinhalten eine Weiterleitung des Kindes an eine Fachstelle. Eine heilpädagogische Fachkraft kann in der öffentlichen Schule auch die Rolle einer Vermittlerin / eines Vermittlers übernehmen. Das heisst, die Person übernimmt einen Aussenblick und kann so auch objektive Beobachtungen machen. Dabei erhält sie eine beratende Rolle und kann Lehrpersonen sensibilisieren und unterstützen.

Hypothese 2: Der Schulunterricht hat Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf von depressiven Kindern.

Diese Hypothese kann nach der Analyse des Inhaltes weder bestätigt noch widerlegt werden. Die Ergebnisse zeigen klar auf, dass der Verlauf einer psychischen Krankheit sehr individuell ist. Lehrpersonen sind keine Therapeuten und können Kinder nicht behandeln / therapieren. Es ist jedoch genauso klar ersichtlich, dass in einem Alltag einer Schule viele Thematiken auftauchen, die einen positiven oder negativen Krankheitsverlauf beeinflussen können (z.B. Mobbing oder Überforderung, Druck, Konzentration auf das Negative u.a.). Besonders durch

präventive Arbeit im sozialen, emotionalen und persönlichen Bereich können gewisse Risikosituationen für Kinder in der Schule besser angegangen werden.

Hypothese 3: Fachpersonen werden im Schulalltag bei betroffenen Kindern eher selten miteinbezogen.

Aufgrund der Inhaltsanalyse lässt sich diese Hypothese widerlegen. Wird eine Problematik von der Schule erkannt und die Kinder von einer Fachperson betreut, wird eine Zusammenarbeit meistens hergestellt. Was jedoch klar ersichtlich ist, dass sich anhand der Analyse der Interviews einige Fachpersonen eine Kontaktaufnahme **zu einem früheren Zeitpunkt** wünschen. Es wird interpretiert, dass öffentliche Schulen bei einem depressiven Krankheitsbild grundsätzlich lange warten, bis sie sich Unterstützung holen. Eine frühere Zusammenarbeit, damit gewisse Problemsituationen unterschwelliger behandelt werden könnten, wäre wünschenswert. Diese späten Kontaktaufnahme können auch daher stammen, dass zuständige Lehrpersonen oder heilpädagogische Fachkräfte die Symptome eines Kindes nicht erkannten beziehungsweise nicht richtig gedeutet haben. Zudem sehen viele Beteiligte, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit noch ausgeweitet werden kann.

Hypothese 4: Der Einfluss der Schule auf die psychische Gesundheit von Kindern wird unterschätzt.

Diese Hypothese lässt sich mit der Hypothese 2 vergleichen. Ursachen und Krankheitsverlauf sind sehr individuell. Trotzdem lässt sich diese Hypothese eher bestätigen. Die Schule hat einen grossen Einfluss auf den sozialen Umgang während der Unterrichtszeit. Ausserdem können die persönlichen Faktoren von Kindern gefördert, Ressourcen gestärkt und Strategien im Umgang mit (schwierigen) Schulsituationen trainiert werden. All diese Faktoren führen im besten Fall zu einem ausgeprägten Selbstvertrauen und einem angenehmen Umgang miteinander. Dies wiederum kann einen grossen Einfluss auf die psychische Gesundheit eines Kindes haben. Auch die persönliche Resilienz der Kinder spielt eine wichtige Rolle. In diesem Bereich kann eine Schule ebenfalls Einfluss nehmen. Ist die heilpädagogische Fachperson zudem auf diese Thematik sensibilisiert und kann auf Kinder individuell eingehen, ist die Chance grösser, dass die Kinder eine gute psychische Gesundheit haben. In einem Bereich kann diese Hypothese sehr wohl definitiv bestätigt werden. Ist die Lehrperson oder die heilpädagogische Fachperson sensibilisiert und erkennt schnell, wenn es einem Kind nicht gut geht, kann das betroffene Kind bei Bedarf frühzeitig abgeklärt werden, was sich wiederum positiv auf den Krankheitsverlauf auswirkt.

6.5 Fazit

Nachdem die Ergebnisse diskutiert, die Forschungsfragen beantwortet und die Hypothesen überprüft worden sind, wird in diesem Kapitel nun ein Fazit für die (heil-)pädagogische Praxis gezogen. Nachfolgend werden die wichtigsten Erkenntnisse aufgeführt. Die heilpädagogische Relevanz dieser Thematik war in den vorhergehenden Kapiteln bereits mehrmals deutlich ersichtlich. Es wird nachfolgend auch offensichtlich, dass einige Schwierigkeiten im Umgang mit psychisch kranken Kindern erkannt wurden. Es gibt jedoch noch nicht für alle Beschwerlichkeiten eindeutige Lösungen.

- Betroffene Kinder brauchen in der öffentlichen Schule einen funktionierenden Alltag, der ihnen Halt geben kann. Das scheint in der Regel gut zu funktionieren. Gleichzeitig sollte eine Schule flexibel auf die individuellen Bedürfnisse von Kindern eingehen können. Das ressourcenorientierte Denken spielt dabei

ein wichtiger Faktor. Fachpersonen sehen in diesem Bereich noch grosses Entwicklungspotenzial. Im Kapitel 2.7.2 können Umsetzungsmöglichkeiten im Schulalltag nachgelesen werden.

- Kinder werden in den öffentlichen Schulen noch zu wenig in den Bereichen Sozialkompetenzen, Konfliktlösestrategien und den persönlichen Kompetenzen gefördert und geschult. Besonders der Umgang untereinander (Mobbing) wurde immer wieder zum Thema. Präventive Arbeit findet anhand der Einschätzung der Fachpersonen in den Schulen zu wenig statt.
- Kinder werden oft erst dann an entsprechende Stellen (KJPD, KPS oder JPS) weitergeleitet, wenn es ihnen bereits sehr schlecht geht. Häufig haben sie bis zu diesem Zeitpunkt schon eine lange Leidensphase hinter sich. Fachpersonen wünschen sich, dass Lehrpersonen / Schulleitungen schneller reagieren.
- Erkennungsmerkmale depressiver Krankheitsbilder sind bei den Lehrpersonen noch zu wenig bekannt. In der Ausbildung und Weiterbildung wird zur Sensibilisierung für diese Thematik noch zu wenig unternommen. Dazu ist im Anhang H ein Frage- / Beobachtungsbogen für Schulen abgelegt.
- Die Ausbildung der heilpädagogischen Fachpersonen sollte im Bereich psychische Krankheiten mehr Wert und Zeit erhalten. Die Fachpersonen sehen ein grosses Entwicklungspotenzial im Erkennen von psychischen Krankheiten aber auch in der Förderung der gefährdeten Kinder. Auch im Umgang mit betroffenen Kindern im Schulalltag stellen die Interviewten noch Verbesserungsmöglichkeiten fest. Die schulische Heilpädagogin / der schulische Heilpädagoge könnten somit die Lehrpersonen in ihrer täglichen Arbeit noch besser unterstützen und beraten.
- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wurde von allen Beteiligten als sinnvoll anerkannt. Aufgrund von zeitlichen Ressourcen und organisatorischen Schwierigkeiten wird diese Zusammenarbeit aktuell noch eher wenig genutzt.

Die Untersuchung konnte aufzeigen, dass die Anmeldungen an den SPD und manchmal auch an den KJPD vermehrt auch unerschwellig erfolgen. Jedoch handelt es sich dabei sehr oft um Thematiken, die im Unterricht als störend wahrgenommen werden. Ein klarer Entwicklungsbedarf in verschiedenen Bereichen konnte aufgezeigt werden. Eine Prävention der psychischen Gesundheit (insbesondere für Depressionen) in einer öffentlichen Schule kann dann funktionieren, wenn die heilpädagogischen Fachpersonen entsprechend ausgebildet sind. Dies beinhaltet die Bereiche der Sensibilisierung, Prävention und Beratung. Ausserdem muss es in Zukunft möglich sein, den Unterricht flexibler gestalten zu können, damit die schulischen Heilpädagoginnen / Heilpädagogen auf die Bedürfnisse von betroffenen Kindern besser eingehen können.

7. Reflexion

Ziel dieser Arbeit war es, das Verhalten von öffentlichen Schulen in Bezug auf depressive Kinder zu erfassen. Darauf basierend sollten mögliche verbesserungswürdige Handlungsansätze zusammengetragen werden. Diese Ziele konnten mit dieser Untersuchung erreicht werden. In diesem Kapitel folgt eine kritische Reflexion zu verschiedenen Bereichen der vorliegenden Masterarbeit. Nach einer Reflexion der Untersuchung wird die persönliche Entwicklung in diesem Prozess reflektiert. Abgeschlossen wird das Kapitel mit einem Ausblick für mögliche Weiterarbeiten zu dieser Thematik. Zu einem besseren Verständnis, wird dieses Kapitel in der Ich-Form verfasst, da die Erfahrungen der Autorin im Mittelpunkt stehen.

7.1 Kritische Reflexion der Untersuchung

Für diese Untersuchung habe ich mich zum ersten Mal mit der *qualitativen Forschungsmethode* auseinandergesetzt. Diese Methode erwies sich als Vorgehen zur Datenerhebung und zu deren Analyse als geeignet. Die Erhebung der Daten mit fokussierten Interviews zeigte sich ebenfalls als positive Erfahrung. Durch die Gespräche mit den Fachpersonen konnten neben den wichtigen inhaltlichen Antworten auch Informationen über die Sprechweise, Mimik und Gestik aufgenommen werden. Diese emotionalen Reaktionen erwiesen sich bei der Interpretation der Daten als hilfreich. Gleichzeitig sollte man sich immer bewusst sein, dass eine qualitative Forschungsmethode subjektiven Einflüssen ausgeliefert ist. Damit die Objektivität gewährleistet ist, wurde beim Erstellen auf die Einhaltung der Gütekriterien geachtet. Ich schätze die Ergebnisse so ein, dass sich diese Bemühungen gelohnt haben. Es wurde versucht, die Forschung so objektiv wie möglich durchzuführen. Nachfolgend werden einige Punkte aufgeführt, die während des Erstellens der Arbeit als Stolpersteine wahrgenommen worden sind.

Interviewpartner_innen

Vor dem Anschreiben möglicher Interviewpartner_innen habe ich mir viele Gedanken gemacht, welche Fachpersonen für ein mögliches Interview in Frage kommen. Als Kriterium galt, dass diese Fachpersonen mit depressiven Kindern arbeiten oder in ihrem Alltag mit ihnen Kontakt kommen. Ausserdem wollte ich mit möglichst vielen Personen sprechen, die meine Arbeit als schulische Heilpädagogin positiv beeinflussen können. Dabei dachte ich vor allem an Mitarbeitende des SPDs und KJPDs. Da die kantonalen Richtlinien zum Datenschutz und Zusammenarbeit mit Fachstellen unterschiedlich sind, war mein Anfangsgedanke, möglichst viele Interviewpartner_innen aus meinem Arbeitskanton (Obwalden) zu finden. Dieser zweite Punkt musste ich relativ früh wieder aufgeben. Viele angeschriebene Personen meldeten sich nie bei mir zurück, auch nicht nach mehrmaligem Nachfragen. Andere sagten mit der Begründung ab, dass sie sich mit der Thematik Depression nicht gut auskennen. Diese Aussage von Fachpersonen (Mitarbeitenden von Fachstellen des KJPDs und auch von einer internen Schule einer Kinderpsychiatrie) haben mich erstaunt und zeigte mir umso mehr auf, wie wichtig es ist, sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen. Schlussendlich war ich um die Interviewpartnerinnen, die sich zur Verfügung stellten, sehr froh und konnte fünf sehr interessante und offene Gespräche führen.

Durchführung der Interviews

Es scheint, dass bei den Interviews eine grosse Entwicklung durchgemacht wurde. Beim ersten Interview habe ich die Fachperson mehrmals unterbrochen. Ausserdem habe ich über persönliche Wahrnehmungen gesprochen und so meine Subjektivität einfliessen lassen. Beim Transkribieren wurde mir diese Verhaltensweise bewusst. Ich habe bei den weiteren Interviews versucht, dies möglichst zu vermeiden. Die Ergebnisse machen den Eindruck, dass es mir immer etwas besser gelungen ist.

Zeitmanagement

Das Zeitmanagement stellte sich als weiterer Stolperstein heraus. Die einzelnen Schritte der Arbeit hatte ich mir genau überlegt und geplant (vgl. Terminplanung im Anhang A). Jedoch kommt es meistens nicht so, wie man denkt. Das Hauptproblem war dabei, geeignete Termine für die Interviews zu finden. Da ich nebenbei 70 Stellenprozent arbeite, wollte ich möglichst viele Termine während der Sommerferien durchführen. Leider konnte ich im August schlussendlich lediglich ein Interview durchführen. Zwei der Interviews konnten sogar erst im Oktober erledigt werden. Das hat dazu geführt, dass ich für die ganze Auswertung und Darstellung der Ergebnisse viel weniger Zeit hatte, als zu Beginn geplant war. Diesen Stress wäre ich gerne umgangen, aber zum Glück konnte ich schlussendlich doch alles unter einen Hut bringen.

Technik

Die Transkripte der Interviews habe ich mit Microsoft Word gemacht. Vor der ersten Auswertung habe ich verschiedene Programme zum Transkribieren ausprobiert, keines hat mich jedoch überzeugt. Als Hilfe zur Auswertung stützte ich mich auf das Computerprogramm MAXQDA®. Dieses erwies sich als sehr hilfreich. Es brauchte jedoch auch eine gewisse Zeit, bis ich mit dem Programm vertraut war. Im Nachhinein habe ich herausgefunden, dass ich mit MAXQDA® auch die Transkripte viel einfacher hätte erstellen können. Ich nehme für mich mit, dass es sich lohnt, sich schon zu Beginn der Arbeit über unterschiedliche Programme zu informieren. Für mich hätte sich dies gelohnt, da ich mich auf die Arbeit mit MAXQDA® hätte beschränken können. Die Darstellung der Analyse wäre einfacher gewesen, hätte ich die Transkriptionen auch mit dem Computerprogramm erstellt.

Mit der Durchführung der vorliegenden Arbeit konnten einige Punkte zur Erkennung von Depression bei Kindern im Primarschulalter geklärt werden. Gleichzeitig taten sich für mich wieder neue Fragen und Bereiche auf, die ich weiter erforschen könnte. Welche weiterführenden Forschungstätigkeiten sich daraus ableiten lassen, werden im Kapitel 7.3 beschrieben.

7.2 Reflexion der persönlichen Entwicklung

Ein persönliches Ziel dieser Masterarbeit war es, mich für die Krankheit Depression bei Kindern zu sensibilisieren und einen geeigneten Umgang damit in einer öffentlichen Schule zu finden. Durch die intensive Auseinandersetzung mit dieser Thematik konnte ich ein theoretisches Wissen aufbauen. Dieses wird nun in meiner alltäglichen Arbeit als schulische Heilpädagogin angewendet. Ich konnte in diesem Bereich ein Selbstbewusstsein aufbauen und traue mir nun zu, Lehrpersonen im Umgang mit depressiven Kindern beraten zu können. Ich bin sogar

überzeugt davon, dass ich dieses neue Wissen in einem gewissen Masse auch auf andere Auffälligkeiten von Kindern übertragen kann.

Meine eigene Arbeitshaltung habe ich immer wieder reflektiert und angepasst. Besonders die unterschiedlichen Gespräche mit den Fachpersonen haben mich persönlich und beruflich weitergebracht. Es waren fünf sehr bereichernde und interessante Gespräche. Es wurde mir einmal mehr bewusst, dass es keine Einheitslösungen gibt und ich manchmal auch einfach auf meine Intuition vertrauen kann und soll. Bei der Auswertung der Daten kam zum Ausdruck, dass sich auch die Fachpersonen nicht immer einig waren. Die Wichtigkeit dieser Thematik ist mir noch mehr bewusst geworden und ich werde mich in Zukunft vermehrt dafür einsetzen. Zumindest sollten die Lehrpersonen an meinem aktuellen Arbeitsort dafür sensibilisiert werden. Ich möchte auch, dass mein aktueller Arbeitsort mehr in die Präventionsarbeit investiert. Dazu bin ich einer entsprechenden Arbeitsgruppe beigetreten und werde versuchen, auch die Schulleitung dazu zu sensibilisieren.

7.3 Ausblick

Die Arbeit zeigt klar auf, dass im Umgang mit depressiven Kindern an öffentlichen Schulen ein Handlungsbedarf besteht. Es konnte aufgezeigt werden, dass von den interviewten Fachpersonen ein fundiertes Wissen und eine grössere Sensibilität seitens der Lehrpersonen und heilpädagogischen Fachkräften gewünscht wird. Wie bereits in der Einleitung beschrieben, wird über das Thema Depression noch immer sehr oft geschwiegen und es herrscht auch eine gewisse Unsicherheit, wie man damit umgehen soll. Folgende Gedanken könnten an die vorliegende Arbeit anknüpfen und untersucht werden:

- *Ausbildung von Lehrpersonen und heilpädagogischen Fachkräften* an den pädagogischen Hochschulen und heilpädagogischen Fachhochschulen. Um auf Kinder mit einer psychischen Krankheit angemessen reagieren zu können, braucht es von den Fachpersonen an den Schulen ein grösseres Wissen darüber. Ein Wissen über die Krankheit und den Umgang damit. Aktuell hat diese Thematik eine eher untergeordnete Stellung in der Ausbildung. Nun stellt sich die Frage, wie dieses Wissen in die Grundausbildung von Lehrpersonen sowie der Hochschule für Heilpädagogik besser eingebaut werden könnte.
- In dieser Arbeit kam eindeutig zum Ausdruck, dass es *individuelle Lösungsansätze für betroffene Kinder* braucht. Was diese Kinder brauchen oder Vorschläge dazu, wurden in dieser Untersuchung herausgearbeitet. Wie diese individuellen Handhabungen im Schulalltag in einer öffentlichen Schule fundiert umgesetzt werden können, stellt eine mögliche Weiterarbeit dar.
- Eine *präventive Arbeit für betroffene und auch gesunde Kinder* ist sehr wichtig. Es besteht bereits ein grosses Angebot an Präventionsprogrammen. Für diese Arbeit konnte ich mir keinen Überblick verschaffen, welche Programme auf einer fundierten Grundlage aufgebaut wurden, oder welche Programme aufgrund in der praktischen Anwendung ein positives Outcome haben. In einer weiterführenden Arbeit könnten die unterschiedlichen Programme miteinander verglichen und ausgewertet werden. Davon würde ich mir erwarten, dass sich eine Schule bewusst für ein geeignetes Programm entscheiden könnte und in allen Klassen umsetzt.

8. Dank

Ich bedanke mich herzlich bei allen, die mich in irgendeiner Weise beim Erstellen dieser Arbeit unterstützt haben.

- ◆ Vielen Dank an meine Interviewpartnerinnen, die sich die Zeit für ein Interview genommen haben. Ohne diese Fachpersonen wäre die Arbeit schlichtweg nicht möglich gewesen. Ihre Offenheit und das Interesse meiner Arbeit gegenüber habe ich sehr geschätzt.
- ◆ Danken möchte ich auch Beatrice Uehli, meiner Betreuerin der HfH. Sie stand mir jederzeit mit hilfreichen Rückmeldungen und Tipps zur Hilfe.
- ◆ Einen Dank spreche ich auch meinem Arbeitsteam aus. Die vielen Diskussionen und Gespräche zu meinem Thema haben mich immer wieder weitergebracht und die Wichtigkeit dieser Thematik bestätigt.
- ◆ Danken möchte ich auch meiner Familie und Michèl Odermatt, für die tatkräftige Unterstützung, die Motivation und die vielen konstruktiven Rückmeldungen.
- ◆ Und natürlich bedanke ich mich auch herzlich bei Carla Frei, Gabriela und Theo Desax und Carmen Roggenmoser für die hilfreichen und kritischen Rückmeldungen.

9. Liste der Literatur

- Altrichter, H., Posch, P. & Spann, H. (2018). *Lehrerinnen und Lehrer erforschen ihren Unterricht* (5., grundlegend überarbeitete Aufl.). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Berner Gesundheit (2017). Merkpunkte und Handlungsschritte im Umgang mit Depressions- und Suizidrisiken in der Schule. Verfügbar unter <https://www.bernergesundheit.ch/wp-content/uploads/2017/09/praevention-depression-suizid-merkpunkte-handlungsleitfaden-lehrpersonen-d.pdf>
- Berner Gesundheit (2017). Hinschauen und ansprechen kann Leben retten. Verfügbar unter <https://www.bernergesundheit.ch/wp-content/uploads/2017/09/praevention-depression-suizid-infoblatt-lehrpersonen-d.pdf>
- Dinner, P. (2019). *Depression: 100 Fragen, 100 Antworten* (3., überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Castello, A. (2017). *Schulische Inklusion bei psychischen Auffälligkeiten*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH
- Essau, C. (2007). *Depression bei Kindern und Jugendlichen* (2., überarbeitete. Aufl.). München: Reinhardt, GmbH & Co KG.
- Falkai, P., Wittchen, H.-U. (Hrsg.). (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5* (2. korrigierte Aufl.) Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Füssler, C. (2020). Schatten auf der Seele. *Das Schweizer ElternMagazin Fritz+Fränzi*, 10, 12 – 27
- Goodman, R (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581 – 586. Verfügbar unter <https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=German>
- Groen, G. & Petermann, F. (2011). *Depressive Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.
- Groen, G. & Petermann, F. (2019). *Wie wird mein Kind wieder glücklich?: praktische Hilfe gegen Depressionen*. (2., überarbeitete Aufl.). Bern: Hogrefe Verlag.
- Haep, A. & Brendgen, A. (2008). Lehrer und Lehrerinnen. In G. Steins (Hrsg.), *Schule trotz Krankheit* (S. 63-77). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Haider, H. (2008). *Psychische Probleme von Kindern und Jugendlichen: wahrnehmen - verstehen - helfen* (1. Aufl.). Linz: Veritas.
- Hell, D. (2015). *Depression: Wissen, was stimmt*. Freiburg im Breisgau: Verlag Kreuz GmbH.
- HfH (2019). *Wissenschaftliches Arbeiten*. Zürich: Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik.
- Hug, T. & Poscheschnik, G. (2015). *Empirisch forschen: die Planung und Umsetzung von Projekten im Studium* (2., überarbeitete Aufl.). Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53 (4), 159-169. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Klasen, F., Petermann, F., Meyrose, A.-K., Barkmann, C., Otto, C., Haller, A.-C. et al. (2016). Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der BELLA-Kohorten Studie. *Kindheit und Entwicklung*, 25 (1). 10–20.

- Von Lutterotti, N. (2014). *Wenn Kinder nicht mehr spielen wollen*. Zürich: Neue Zürcher Zeitung. Verfügbar unter <https://www.nzz.ch/wissenschaft/medizin/wenn-kinder-nicht-mehr-spielen-wollen-1.18394233>
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6., überarbeitete Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Moser, H. (2003). *Instrumentenkoffer für die Praxisforschung. Eine Einführung* (4., überarbeitete Aufl.). Zürich: Verlag Pestalozzianum an der Pädagogischen Hochschule, Lambertus-Verlag.
- Mudra, S. & Schulte-Markwort, M. (2020). Depressive Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. PSYCH up2date 2020. 14. 131–145.
- Nevermann, C. & Reicher, H. (2009). *Depressionen im Kindes- und Jugendalter: Erkennen, Verstehen, Helfen* (2., aktualisierte und erweiterte Aufl.). München: Verlag C.H. Beck oHG.
- Roos, M. & Leutwyler, B. (2017). *Wissenschaftliches Arbeiten im Lehramtsstudium: recherchieren, schreiben, forschen* (2., überarbeitete Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Stang, P. & Schleider, K. (2018a). Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. In P. Stang (Hrsg.), *Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. (S. 9 - 30) Tübingen: Psychotherapie-Verlag.
- Stang, P. & Schleider, K. (2018b). Handreichung zur Sensibilisierung auf depressive Störungen im Kindes- und Jugendlicher für pädagogische Kontexte. In P. Stang (Hrsg.), *Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. (S. 127 - 141) Tübingen: Psychotherapie-Verlag.
- Steins, G. (2008). Was ist guter Unterricht? In G. Steins (Hrsg.), *Schule trotz Krankheit*. (S. 18 - 35) Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Vizard, T., Pearce, N., Davis, J., Sadler, K., Ford, T., Goodman, A. et al. (2018). *Mental Health of Children and Young People in England, 2017. Emotional disorders*. Health and Social Care Information Centre. Verfügbar unter <http://www.digital.nhs.uk>
- Von Wyl, A., Chew Howard, E., Bohleber, L. & Haemmerle, P. (2017). *Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie*. Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016 (Obsan Dossier 62). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Risikofaktoren bei der Entstehung von "Schul-Depression" von Nissen (1999)	28
Abbildung 2: Fünf Phasen des fokussierten Interviews	33
Abbildung 3: Screenshot von MAXQDA®, erste Kategorienbildung	39
Abbildung 4: Screenshot von MAXQDA®, überarbeitete Hauptkategorien	40
Abbildung 5: Wahrgenommene Symptome von Depressionen bei Kindern	43
Abbildung 6: Nennungen von Interventionsmöglichkeiten im Schulalltag	44
Abbildung 7: Interventionsmöglichkeiten im Schulalltag	45
Abbildung 8: Codesystem, mögliche Ursachen / Risiken aus MAXQDA®	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fragen zur Einschätzung einer Depression (Groen & Petermann, 2019, S. 42).....	12
Tabelle 2: Veränderung von Depressionssymptomen im Entwicklungsverlauf	14
Tabelle 3: Erklärungsmodell zur Entstehung von Depression (Nevermann & Reicher, 2009, S. 174)	20
Tabelle 4: Wichtige Behandlungsarten der kognitiven Verhaltenstherapie	22
Tabelle 5: Typische Denkmuster bei Schüler_innen mit Depressionen (Castello, 2017, S. 41).....	26
Tabelle 6: Beschreibung der Interviewpartnerinnen.....	37
Tabelle 7: Auszug aus dem Kategorienleitfaden	40

Anhang

Anhang A: Terminplan
Anhang B: Mögliche Merkmale depressiver Störungen in der Schule
Anhang C: Schreiben an mögliche Interviewpartner_innen
Anhang D: Interviewleitfaden
Anhang E: Transkriptionen der Interviews
Anhang E1: Transkriptionsregeln
Anhang E2: Transkript P1
Anhang E3: Transkript P2
Anhang E4: Transkript P3
Anhang E5: Transkript P4
Anhang E6: Transkript P5
Anhang F: Kategorienleitfaden
Anhang G: Kategoriensystem
Anhang H: Frage- und Beobachtungsbogen für öffentliche Schulen
Anhang I: Projekte zur Gesundheitsförderung