

Handreichung DEPRESSION

Hinweise für den pädagogischen Alltag

Inhaltsverzeichnis

EINFÜHRUNG IN DAS THEMA	2
Bedingungsfaktoren für Depressionen	2
Depressives Verhalten als Bewältigungsversuch	3
Altersspezifische Erscheinungsformen von Depressionen im Kindes- und Jugendalter	3
Depression und Suizidalität	4
Depressionen sind behandelbar	5
UMGANG MIT DEPRESSIONEN IM SCHULALLTAG	6
Was können Pädagog:innen in der Schule tun?	6
Hinsehen	6
Kontakt anbieten	6
Konkrete Fragen für das Gespräch mit dem/der Schüler:in	7
Gespräch mit den Erziehungsberechtigten	7
Konkrete Fragen für das Gespräch mit den Eltern	7
Ideen zur Unterstützung im Schulalltag	7
Welche Grenzen muss ich beachten?	7
Umgang mit Suizidalität in Schule	8
ANHANG	9
Anlaufstellen	9
Material	10
Literatur	11

EINFÜHRUNG IN DAS THEMA

Die *Handreichung Depression* hat das Ziel, dem pädagogischen Personal an Bremer Schulen zu helfen, depressive Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen in der Schule zu erkennen und damit die Handlungssicherheit im pädagogischen Alltag zu erhöhen.

Depressive Erkrankungen gehören in Deutschland zu den häufigsten Diagnosen und werden oft als moderne Volkskrankheit bezeichnet. Im Gegensatz dazu wird die Hälfte aller Personen mit schweren Symptomen nicht behandelt - mit besorgniserregenden und oft lebenslangen Folgen für die Betroffenen (vgl. WHO, 2019).

Mehr als fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter von 7-17 Jahren sind von einer behandlungswürdigen depressiven Symptomatik betroffen, d.h. statistisch gesehen mindestens ein/e Schüler:in jeder Schulklasse (vgl. Ravens-Sieberer, 2017). Bis zur Pubertät treten bei Jungen und Mädchen Depressionen gleich häufig auf. Danach sind mehr Mädchen betroffen (vgl. Wittchen et al., 2010).

Depressionen bei Erwachsenen sind meistens gekennzeichnet durch dauerhaft gedrückte Stimmung, Verlust von Interessen, verminderten Antrieb und geringe Aktivität, rasche Erschöpfung, gestörtes Schlaf- und/oder Essverhalten, niedriges Selbstwertgefühl.

Bei Kindern und Jugendlichen treten Depressionen jedoch häufig zusammen mit anderen Verhaltensauffälligkeiten auf, so dass depressive Symptome bei Kindern und Jugendlichen oft verdeckt werden und schwer zu identifizieren sind.

Im schulischen Kontext werden häufig Verhaltensweisen problematisiert und u.a. auch bei den ReBUZ gemeldet, die zunächst nicht immer mit depressiven Verstimmungen in Zusammenhang gebracht werden: fehlende Arbeitshaltung, wenig Ausdauer, Verweigerungsverhalten, Leistungsdefizite, Leistungsabfall, Schulvermeidung etc.. Das

sichtbare Verhalten steht im Zentrum der Sorge und durchaus auch der Kritik - die dahinterliegende Problematik gerät manchmal nicht in den Blick.

Für ein frühzeitiges Erkennen kommt hier erschwerend hinzu, dass nach innen gerichtete Verhaltensweisen, wie sie für Depressionen typisch sind, soziale Abläufe in Kindergärten und Schulen weniger störend beeinflussen und insofern weniger sichtbar sind, als oppositionelle, hyperaktive, aggressive, d.h. nach außen gerichtete Verhaltensweisen (vgl. Nissen, 2002).

Bedingungsfaktoren für Depressionen

Die Wahrscheinlichkeit, eine Depression zu entwickeln, ist durch die Wechselwirkung verschiedener Faktoren bestimmt (vgl. Groen, Petermann 2008). Dazu können gehören:

- ▶ *kritische Lebensereignisse und -situationen*, wie der Verlust eines Familienmitglieds durch Trennung oder Tod, Umzug, Gewalterfahrungen, Mobbing, traumatische Ereignisse, Coming Out (Homo-, Trans-, Intersexualität),
- ▶ *das soziale Umfeld*, z.B. instabile familiäre Bindungen, chronische oder psychische Erkrankung eines Familienmitglieds, prekärer sozioökonomischer Status, geringe Kontakte zu Gleichaltrigen,
- ▶ *die biologische Veranlagung*, d.h. die Erkrankungswahrscheinlichkeit erhöht sich bei Familienmitgliedern mit Depressionen (vgl. Groen & Petermann, 2008) und *psychische Verarbeitungsstile*, im Sinne einer erhöhten Stressempfindlichkeit oder einer mangelnden Emotionsregulation.

Ein besonderes Risiko für die Entwicklung einer Depression bei Schulkindern stellt ein paralleles Vorliegen einer chronischen Erkrankung dar: Die

Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken, ist bei einem chronisch kranken Kind, insbesondere im Jugendalter, um das bis zu Vierfache erhöht (vgl. Greiner et al., 2019).

Auch bei Kindern und Jugendlichen kann es zu Erschöpfungsdepressionen (Burn Out) kommen, sei es durch zu viel Leistungsdruck oder durch die Anstrengung, mit kritischen Lebensereignissen oder eigenen Ängsten umzugehen.

Depressives Verhalten als Bewältigungsversuch

Depressives Verhalten kann auch aus einer anderen Perspektive betrachtet werden: Nicht nur als Ergebnis widriger Umstände, sondern als (unbewusster) Lösungsversuch einer problematischen Lebenslage. Es scheint trotz aller Beschwerden und Risiken offenbar „gute Gründe“ zu geben, depressiv zu sein. Doch unter welchen Gesichtspunkten erscheint eine derartige psychische Anpassungsreaktion als sinnvoll und nachvollziehbar?

Die Depression kann im Zusammenhang mit schmerzhaften Trennungs- und Verlusterfahrungen stehen, die als kränkende, d.h. den Selbstwert herabsetzende Zurückweisung erlebt wurden. Man könnte sagen: Die depressive Verfassung mindert diesen Schmerz. Wer als Reaktion auf existentielle Bedrohungen der persönlichen Integrität jede Hoffnung fahren lässt, kein Vertrauen mehr in sich und auch keine freudige Erwartung mehr an seine soziale Umwelt hat, der reduziert die weitere Enttäuschungsgefahr und schützt sich so vor weiteren seelischen Verletzungen.

Gleichzeitig hat die Depression auch die Funktion eines Appells: Der oder die Betroffene signalisiert Hilflosigkeit, mobilisiert entsprechend Mitleid und sichert sich so die Unterstützung durch nahestehende Menschen. Darüber hinaus stimmen die vorweggenommene Selbstentwertung und

Unterwürfigkeit potentielle Kritiker:innen friedlich (vgl. Schleiffer, 2013).

Altersspezifische Erscheinungsformen von Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Bei depressiven jungen Menschen sind häufig das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die soziale Teilhabe eingeschränkt. Dies kann zu Versagensgefühlen, vermehrten Erfahrungen von negativen Rückmeldungen, Lern- und Leistungsschwierigkeiten und weiterer sozialer Isolation führen: Die Problematiken verstärken sich gegenseitig.

Im Gegensatz zu Depressionen im Erwachsenenalter ist bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter besonders, dass sich die Symptome nicht unbedingt in einer melancholischen Grundstimmung mit Traurigkeit, Interesselosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Grübeln oder Antriebslosigkeit zeigen, sondern oft hinter körperlichen Symptomen (Kopf- und Bauchschmerzen z.B.), hinter krankhafter Unruhe, Aggressionen oder selbstverletzendem Verhalten verborgen sein können. Diese unterschiedlichen Bilder der Depression führen dazu, dass Depressionen im Kindes- und Jugendalter oft gar nicht oder erst sehr spät erkannt werden.

Die auftretenden Symptome einer Depression im Kindes- und Jugendalter sind dabei alters- und entwicklungsabhängig (siehe Tabelle 1).

Kleinkinder 1-3 Jahre	Vorschulalter 4-6 Jahre	Schulkinder 7-12 Jahre	Jugendliche 13-18 Jahre
▶ vermehrtes Weinen ▶ Ausdrucksarmut ▶ erhöhte Irritabilität ▶ gestörtes Essverhalten ▶ (Ein)Schlafstörungen ▶ Spielunlust ▶ psychosomatische Beschwerden	▶ wirkt traurig/ schlapp ▶ vermindertes Interesse ▶ verminderte Genussfähigkeit ▶ Ängstlichkeit, krankhafte Ängste ▶ Appetitlosigkeit ▶ (Ein)Schlafstörungen ▶ unzugängliches, kontaktarmes, aber auch aggressives Verhalten ▶ psychosomatische Beschwerden	▶ Berichte über Traurigkeit/ trübe Gedanken ▶ wenig Interesse und Genussfähigkeit ▶ Zukunftsangst und Ängstlichkeit allgemein ▶ Appetitlosigkeit ▶ (Ein)Schlafstörungen ▶ psychosomatische Beschwerden ▶ innere Unruhe ▶ passives introvertiertes Auftreten ▶ Schuldgefühle ▶ suizidale Gedanken ▶ aggressives Verhalten ▶ Schulleistungsstörungen	▶ vermindertes Selbstvertrauen (Selbstzweifel) ▶ Lustlosigkeit, Apathie, Konzentrationsmangel ▶ Stimmungsanfälligkeit ▶ psychosomatische Beschwerden ▶ Gewichtsverlust, -zunahme ▶ Ein- und Durchschlafstörungen ▶ hohe Schlaf- bzw. Bettzeiten ▶ rhythmische Schwankungen des Befindens (über das pubertätstypische Maß hinaus) ▶ Suizidalität ▶ aggressives Verhalten ▶ Schulleistungsstörungen

Tabelle 1: Altersabhängige Depressionsanzeichen
(modifiziert nach Nevermann, 2001; Seiffge-Krenke, 2007)

Depression und Suizidalität

Im Rahmen von Depressionen kann es auch zu Selbsttötungsgedanken und -handlungen kommen. Suizide bei Kindern unter 10 Jahren sind sehr selten, kommen aber vor. Bei Jugendlichen steht in der Todesursachenstatistik die Selbsttötung an zweiter Stelle nach Verkehrsunfällen. Vor allem Mädchen ab 14 Jahre sind eine Hauptrisikogruppe für Selbsttötungsversuche (die nicht zum Tod führen). Vollendete Suizide sind dagegen bei Jungen ab dem 14. Lebensjahr häufiger.

Suizidandrohungen sollten immer sehr ernst genommen werden. Dahinter steht fast nie wirklich der Wunsch zu sterben, sondern das Gefühl, mit

der aktuellen Situation nicht weiterleben zu wollen oder zu können. Ein Suizid(Versuch) ist, v.a. bei Kindern und Jugendlichen, selten das Ergebnis rationaler Überlegungen, sondern meist ein hoch impulsiver und vom aktuellen Moment abhängiger Akt.

Stabile familiäre und soziale Beziehungen, die Inanspruchnahme professioneller Hilfe und möglichst keine weiteren Stressfaktoren (z.B. durch Schule) haben wesentliche Schutzfunktionen (vgl. Plener, 2015; Teisman et al., 2016).

Suizidgedanken dürfen z.B. von Eltern oder von Pädagog:innen in der Schule in einem geschützten Rahmen behutsam angesprochen werden. Durch ein Ansprechen wird eine eventuelle Suizidalität nicht verschlimmert (s. auch S. 8: Umgang mit Suizidalität in der Schule)

Depressionen sind behandelbar

Depressionen verschwinden auch bei Kindern und Jugendlichen in der Regel nicht von allein. Sehr oft ist es richtig, fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, schon allein um eine ausreichende Diagnostik durchführen zu können, die dann wiederum die am besten geeignete Behandlungsform nahelegt. Grundsätzlich gilt: Je früher die Behandlung beginnt, desto besser.

Erste Anlaufstelle für Eltern ist meist der/die Kinder- und Jugendarzt/-ärztin oder Hausarzt bzw. -ärztin. Er/sie kennt das Kind und die Familie und auch andere Spezialist:innen, die weiterhelfen können: Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen, die für die Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen besonders ausgebildet sind.

Die meisten depressiven Kinder und Jugendlichen können ambulant behandelt werden. Zur Therapie depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter stehen im Wesentlichen psychotherapeutische Maßnahmen zur Verfügung, meist eingebettet in Familienberatung oder familientherapeutische Maßnahmen. In einigen Fällen kann die Behandlung medikamentös oder durch andere Methoden (z.B. Lichttherapie, kontrollierter Schlaf) unterstützt werden.

In seltenen Fällen ist eine stationäre Therapie angezeigt, z.B. bei akuter Suizidalität, oder wenn eine vorübergehende Distanz zum gewohnten sozialen Umfeld hilfreich sein könnte. Diese findet in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken statt.

Aufgrund der Sensibilität des Themas ‚Psychische Erkrankungen‘ sollte eine Psychodiagnostik zur Abklärung und ggf. anschließende Behandlung der depressiven Verstimmungen von Schulseite aus – wenn überhaupt – den Eltern bzw. den betroffenen Jugendlichen nur einfühlsam und vorsichtig vorgeschlagen werden. Anregungen für

ein Gespräch mit den Eltern finden Sie im nächsten Abschnitt.

Kinder und Jugendliche, ihre Eltern und Angehörigen und das Schulpersonal können sich gerne zur fachlichen Unterstützung und Beratung weiterer Maßnahmen an die ReBUZ wenden.

Im Anhang finden Sie Kontaktdaten zu ersten Anlaufstellen und Telefonnummern für den Notfall.

UMGANG MIT DEPRESSIONEN IM SCHULALLTAG

Die Herausforderungen im Schulalltag, vor denen Kinder und Jugendliche mit depressiven Verstimmungen stehen, arbeitet die folgende Tabelle mit der Gegenüberstellung der schulischen Erwartungshaltung und den depressionsbedingten Einschränkungen bei den betroffenen Schüler:innen heraus.

Schulische Anforderung an den/die Schüler:in	Mögliche Einschränkungen im Hinblick auf Bewältigungsstrategien
Konzentration auf Aufgabenstellung / Organisationsfähigkeit	Tendenz zu grübeln, sich in Gedanken zu verlieren, Gedächtnisstörungen
Motivation / Ehrgeiz / Initiative	Antriebslosigkeit, Unaufmerksamkeit, Verlangsamung, Misserfolgserwartung, Interessen- und Freudlosigkeit
Teamfähigkeit und Beteiligung am Unterricht	Rückzug, Scham, soziale Unsicherheiten im Zusammenhang mit Selbstwertmangel
Kommunikation / Interaktion	Introversion, Distanz als Selbstschutz, soziale Ängste, Vermeidung, Misstrauen, Aggression

Tabelle 2: Diskrepanz zwischen schulischer Anforderung und den Einschränkungen aufgrund einer Depression

Was können Pädagog:innen in der Schule tun?

Die Erkrankung als solche zu erkennen, ist ein entscheidender Schritt bei der Bewältigung der Depression. Pädagog:innen haben in der Kooperation mit Eltern und Angehörigen viele Möglichkeiten unterstützend und helfend einzugreifen (vgl. Stiftung Deutsche Depressionshilfe, 2018; Obrist, 2011):

1. Hinsehen

- ▶ Trauen Sie sich, Ihre Sorgen über das veränderte Verhalten Ihres/r Schüler:in wahrzunehmen.
- ▶ Schauen Sie, ob es Warnsignale einer Depression gibt (Tabelle 1 S.4).
- ▶ Tauschen Sie sich über den/die Schüler:in und das Thema aus, z.B. mit ZuP-Leitung, Sozialarbeiter:innen, Sonderpädagog:innen; Kontakt zum ReBUZ.

2. Kontakt anbieten

- ▶ Wer vom pädagogischen Personal hat einen, besonders guten Kontakt zu dem Kind oder Jugendlichen und kann als Vertrauensperson zur Verfügung stehen?
- ▶ Gespräche anbieten, s.u.
- ▶ Seien Sie geduldig mit dem/der Schüler:in und erwarten Sie nicht zu viel vom ersten Gespräch, da es oftmals mehrere Gespräche braucht, bis er/sie sich öffnen kann.
- ▶ Zeigen Sie Verständnis für die Situation des/der Schüler:in.
- ▶ Hören Sie erst einmal zu und versuchen Sie nicht, sofort eine Lösung des Problems finden zu wollen.
- ▶ Aufmunterungen wie „Das wird schon wieder!“ oder Dramatisierungen helfen häufig nicht weiter, da sich Ihr Gegenüber eventuell nicht ernstgenommen oder sich dadurch schlechter fühlen könnte.
- ▶ Sichern Sie Vertraulichkeit – allerdings mit der Einschränkung, dass Sie bei akuter Gefahr Dritte einschalten müssen - und Transparenz über mögliche weitere Schritte zu.

Konkrete Fragen für das Gespräch mit dem/der Schüler:in könnten sein:

- ▶ Als Einstieg z.B. Mir ist aufgefallen, dass du in letzter Zeit... Wie siehst du das?
- ▶ Fühlst du dich häufig einsam und bist unglücklich?
- ▶ Weinst du oft und siehst alles nur noch „schwarz“?
- ▶ Hast du schon einmal daran gedacht, dir etwas anzutun oder das Leben zu nehmen? (s.u. "Umgang mit Suizidalität in Schule")
- ▶ Bei welchen Dingen empfindest du Freude?
- ▶ Gibt es etwas oder jemanden, das oder der dir guttut?
- ▶ Was brauchst du, um dich besser zu fühlen?

Gespräch mit den Erziehungsberechtigten

- ▶ Intensivieren Sie die Zusammenarbeit mit den Eltern und laden Sie sie zum Gespräch ein.
- ▶ Sprechen Sie nicht selber die Empfehlung zu einer Psychotherapie aus, sondern verweisen Sie die Eltern zur weiteren Klärung an das ReBUZ, den/die behandelnde/n Kinderarzt/ärztin oder eine Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (s. auch S. 5).

Konkrete Fragen für das Gespräch mit den Eltern könnten sein:

- ▶ Haben Sie zu Hause Veränderungen in dem Verhalten Ihres Kindes wahrgenommen? Wenn ja, seit wann?
- ▶ Gibt es zu Hause Veränderungen/Auslöser, die mit dem Verhalten zusammenhängen könnten?
- ▶ Gibt es Besonderheiten in der Familienanamnese und in der Entwicklung des Kindes?

- ▶ Was tut Ihrem Kind gut? Was macht es gut und gerne?
- ▶ Was kann getan werden, damit es ihm/ihr besser geht?

Ideen zur Unterstützung im Schulalltag:

- ▶ Leistungsdruck reduzieren (ggf. Nachteilsausgleich, s. Senatorin für Kinder und Bildung, 2017)
- ▶ Ressourcen und Kontakte des/der Schüler:in stärken
- ▶ Erfolge bestärken und Misserfolge minimieren (z.B. durch vermehrtes Loben)
- ▶ Aufgaben ohne Zeitdruck anbieten
- ▶ Freiarbeit einräumen
- ▶ Entspannungsübungen anbieten
- ▶ Teilnahme an Aktivitäten fördern (Schulsport, Projekte, Pausengestaltung)
- ▶ respektvoller Umgang miteinander, positives Klassenklima fördern
- ▶ regelmäßige niedrigschwellige Gespräche mit Vertrauensperson an der Schule

Welche Grenzen muss ich beachten?

- ▶ Sie können für den/die Schüler:in „da sein“, aber Sie können nicht alle Probleme lösen oder Elternersatz sein.
- ▶ Sie können das Kind oder die Eltern nicht zur Zusammenarbeit zwingen, aber immer wieder Gespräche anbieten, Rückmeldungen zu Ihren Beobachtungen und Sorgen geben.
- ▶ Beziehen Sie ggf. Ihr zuständiges ReBUZ oder weitere Fachleute mit ein.

Wenn die depressive Symptomatik (u.a. Suizidalität) gravierend erscheint und die Eltern diese nicht ernst nehmen bzw. nicht angemessen reagieren, könnte eine Kindeswohlgefährdung vorliegen und eine Meldung nach SGB VIII §8a sollte (mit dem ReBUZ) erwogen werden.

Umgang mit Suizidalität in Schule

- ▶ Holen Sie sich Unterstützung im Kollegium und bei Ihrer Schul-/ZUP-Leitung.
- ▶ Sie können sich bei Suizidäußerungen und -anzeichen auch - möglichst umgehend - an das ReBUZ wenden. Wir behandeln diese Anfragen vorrangig.
- ▶ Suizidgedanken dürfen von Pädagog:innen behutsam angesprochen werden. Dadurch wird eine eventuelle Suizidalität nicht vergrößert. Sollten die Suizidgedanken konkret sein, d.h. es gibt schon einen Plan zur Durchführung und sollten Sie das Gefühl haben, der/die Schüler:in darf jetzt nicht allein gelassen werden bzw. er/sie äußert, nicht allein bleiben zu wollen, handelt es sich um einen **akuten Fall**.
- ▶ **In akuten Fällen schalten Sie umgehend die Eltern ein.** Diese müssen dann zur Abklärung der Gefährdung mit ihrem Kind zu dem/der behandelnden Psychotherapeut:in (so vorhanden) oder zur KIPSY bzw. zur Institutsambulanz in Bremen-Ost/Nord.
- ▶ Falls der Einbezug der Eltern zur Abklärung der akuten Suizidalität nicht möglich ist (z.B., weil die Eltern als nicht unterstützend bzw. zusätzlich gefährdend eingeschätzt werden oder weil sie nicht zu erreichen sind), wenden Sie sich an den Kinder- und Jugendnotdienst bzw. das zuständige Casemanagement oder die Polizei. **Das Kind bzw. der/die**

Jugendliche sollte bis zur Abklärung der Gefährdung in dieser Phase nicht allein gelassen werden.

- ▶ Überlegen Sie auch, welche Mitschüler:innen eventuell etwas mitbekommen haben und sich große Sorgen machen. Auch diese brauchen ggf. Unterstützung. Es kann manchmal zu Nachahmungstaten kommen. Zur Klärung dieser Fragen können Sie sich ebenfalls an das ReBUZ wenden.

Weitere Hinweise zum Umgang mit Suizidalität an Schulen finden Sie auch im Notfallordner.

ANHANG

Anlaufstellen

Für Lehr- und päd. Fachkräfte, Eltern und Schüler:innen

Regionale Beratungs- und Unterstützungszentren (ReBUZ) der Senatorin für Kinder und Bildung

NORD Verwaltung:	Tel: 361-7792	nord@rebuz.bremen.de
WEST Verwaltung:	Tel: 361-10803	west@rebuz.bremen.de
OST Verwaltung:	Tel: 361-16050	ost@rebuz.bremen.de
SÜD Verwaltung:	Tel: 361-10559	sued@rebuz.bremen.de

www.rebuz.bremen.de

Für Schüler:innen bis einschließlich 17 Jahre

KIPSY

Gesundheitsamt
Horner Straße 60-70 Eingang 6, 28203 Bremen
T.: 0421 - 361-6292 oder 0172/4242099 (Mo.-Fr. 8:30-17:00 Uhr).

Leistet als Krisendienst auch aufsuchende Arbeit

Kinder- und Jugendnotdienst

T.: 0421 6991133 (Rund um die Uhr erreichbar)

Kinder- und Jugendpsychiatrie Klinikum Bremen Ost - Institutsambulanz

Züricher Straße 40, 28325 Bremen

T.: 0421 - 408-2677 (Mo-Fr 8:00-16:00 Uhr)

*Außerhalb der Sprechzeiten und an den Wochenenden
ist der/die diensthabende Kinder- und Jugendpsychia-
ter*in der Klinik unter folgender Rufnummer erreich-
bar:*

T.: 0421 – 408-0

Institutsambulanz Bremen Nord

Hammersbecker Str. 228, 28755 Bremen

T.: 0421 – 66061012 (Mo-Fr 9:00-14:00 Uhr)

Für Schüler:innen ab 18 Jahren

Öffnungszeiten Sozialpsychiatrischer Dienst (regionale Kontaktdaten s.u.):

Montag bis Freitag von 8:30 Uhr bis 17:00 Uhr

Sozialpsychiatrischer Dienst im Behandlungszentrum Mitte

Horner Str. 60-70, 28203 Bremen
T.: 0421 - 800582-10

Sozialpsychiatrischer Dienst im Behandlungszentrum Süd

Buntentorsteinweg 122, 28201 Bremen
T.: 0421 - 22213 0

Sozialpsychiatrischer Dienst im Behandlungszentrum Ost

Zentralkrankenhaus Bremen-Ost / Haus 7
Osterholzer Landstraße 51, 28325 Bremen
T.: 0421 - 4 081850

Sozialpsychiatrischer Dienst im Behandlungszentrum West

Gröpelinger Heerstr. 104 – 106, 28237 Bremen.
T.: 0421 - 2221410

Sozialpsychiatrischer Dienst im Behandlungszentrum Nord

Aumunder Heerweg 83/ 85, 28757 Bremen
T.: 0421 - 66061234

Kriseninterventionsdienst (KID):

Montag bis Freitag von 17:00 bis 21:00 Uhr
An Wochenenden und Feiertagen: 8:30 bis 17:00 Uhr
T.: 0421 800582-33

Material für Schulen

MindMatters - Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Schule

<https://www.mindmatters-schule.de/programm.html> (kostenlos)

Literaturverzeichnis

- Bretschneider, J., Kuhnert, R., Hapke, U. (2017). Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(3): 81–88. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-058
- Die Senatorin für Kinder und Bildung (2017). Handreichung zur Anwendung von Nachteilsausgleichen. Freie Hansestadt Bremen.
- Greiner, W., Batram, M., Witte, J. (2019). Kinder- und Jugendreport 2019. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 31), Hrg.: Andreas Storm Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH
- Groen, G., Petermann, F. (2008). Depressive Kinder und Jugendliche. Göttingen: Hogrefe.
- Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T., Hölling, H. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(3): 37–45. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-077
- Nevermann, C., Reicher, H. (2001). Depressionen im Kindes- und Jugendalter. München: Beck.
- Nissen, G. (2002). Seelische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Obrist, M. (2011). Was die Schule tun kann – und was nicht. Tagung Depression und Familie. Zürich, 26.08.2011.
- Plener, P. (2015). Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen. Berlin-Heidelberg: Springer.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Berlin: Robert Koch Institut. Springer Medizin Verlag. DOI 10.1007/s00103-007-0250-6
- Schleiffer, R. (2013). Verhaltensstörungen: Sinn und Funktion. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Seiffge-Krenke, I. (2007). Depression bei Kindern und Jugendlichen: Prävalenz, Diagnostik, ätiologische Faktoren, Geschlechtsunterschiede, therapeutische Ansätze. *Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*; 56(3), 185–205.
- Stang, P. (2018). Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Tübingen: Psychotherapie Verlag.
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2018). Fideo – fighting depression.
[On-line]. Verfügbar unter: <https://www.fideo.de/fuer-paedagogen/tipps-fuer-paedagogen/schulalltag/>
- Teisman, T., Koban, C., Illes, F., Oermann, A. (2016). Psychotherapie suizidaler Patienten. Göttingen: Hogrefe.
- Wartberg L., Kriston L., Thomasius, R. (2018). Depressive symptoms in adolescents—prevalence and associated psychosocial features in a representative sample. *Dtsch Arztebl Int*; 115: 549–55. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0549
- WHO (2019). Depressionen in Europa – Fakten und Zahlen. [On-line]. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-in-europe-facts-and-figures>
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M., Ryl, L. (2010). Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut: Heft 51.