

Potsdamer Zentrum für empirische Inklusionsforschung (ZEIF), 2016, Nr. 7

Depressionen und Ängste bei Schüler_innen

Unauffällige Auffälligkeiten



Jana Grubert
Universität Potsdam

Zusammenfassung: Ängstliche und depressive Kinder und Jugendliche fallen in der Schule kaum auf. Sie benötigen aber ebenso wie verhaltensauffällige Schüler_innen Unterstützung, um Risiken hinsichtlich ihrer emotional-sozialen Entwicklung abzuwenden. Lehrkräfte können einen Beitrag zu frühzeitiger Feststellung psychischer Belastungen leisten, wenn sie über entsprechend unauffällige Symptome Bescheid wissen. Dieser Artikel bietet einen Überblick über *internalisierende* Auffälligkeiten, diagnostische Verfahren und mögliche Ansätze der Früherkennung im Schulkontext.

Schlagwörter: Diagnostik, emotional-soziale Entwicklung, Depressionen, Ängste

Abstract: Anxious and depressive children and adolescents attract hardly any attention in school. Still they need support, just like pupils with behavioural problems, to avert risks in their socio-emotional development. Teachers can contribute to early identification of mental stress if they are aware of the corresponding unobtrusive symptoms. This article gives an overview over so-called *internalising* disorders, usual diagnostic methods and possible screening approaches in the school context.

Keywords: Diagnostic, socio-emotional development, depression, anxiety

Sina ist 13 Jahre alt und besucht seit dem Ende der Sommerferien eine Gemeinschaftsschule. Der Klassenlehrer schätzt das Klima in der neu zusammengesetzten Klasse positiv ein. Kontakte zwischen Schüler_innen werden geknüpft, auch mit denjenigen, die sonderpädagogische Förderung erhalten. Sina hat keinen festgestellten Förderbedarf, und ihre Leistungen waren laut der Grundschulzeugnisse immer gut. In diesem Schuljahr beteiligt sie sich jedoch mündlich nur dann am Unterricht, wenn sie dazu aufgefordert wird. Sie spricht sehr leise und während des Unterrichts ist ihr Blick auf ihren Tisch gerichtet. Die Pausen verbringt Sina ausschließlich mit einer Freundin aus der Grundschule. Auch den Schulweg gehen die beiden immer gemeinsam. Ist die Freundin einmal krank, fehlt auch Sina. Der Klassenlehrer fragt sich, was hinter Sinas Verhalten steckt.

Viele Kinder und Jugendliche leiden unter psychischen Belastungen und benötigen Unterstützung, um diese zu bewältigen, oder sogar besondere Förderung im Bereich ihrer emotional-sozialen Entwicklung. Es lassen sich zwei grobe Kategorien von Verhalten unterscheiden, in denen solche Belastungen zum Ausdruck kommen: Als *externalisierendes Verhalten* wird auffälliges Arbeits- und Sozialverhalten bezeichnet, das auf die Umwelt und die Mitmenschen gerichtet ist. Dazu gehören Aufmerksamkeitsprobleme, übermäßige Aggressivität oder Hyperaktivität. *Internalisierende Auffälligkeiten* umfassen nach innen gerichtete Erlebens- und Verhaltensweisen und emotionale Schwierigkeiten wie Ängste oder

depressive Symptome. Im Schulkontext werden letztere Formen häufig wenig wahrgenommen. Problematisch ist dies, da psychische Belastungen und daraus resultierende Auffälligkeiten in der emotional-sozialen Entwicklung grundsätzlich Risiken für die psychische Gesundheit und den Bildungserfolg darstellen. Schüler_innen mit internalisierenden Symptomen bleiben allerdings häufig unentdeckt, da sie in der Regel nicht als störend wahrgenommen werden. Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten hingegen werden meist zwangsläufig vom Umfeld der Betroffenen beachtet, da ihr Verhalten gemeinsame Aktivitäten wie das Lernen beeinträchtigt. Doch auch unauffällige emotionale Probleme können negative Folgen haben. Sie wirken sich auf Konzentrations- und Lernfähigkeit aus und stellen häufig eine Bedrohung für die emotionale und soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen dar. Das soziale Lernen in der Schule kann für ängstliche oder depressive Schüler_innen schwierig oder unmöglich sein, etwa wenn Gruppenarbeiten oder Klassenfahrten aus Angst vermieden werden. Es ist nicht zu erwarten, dass sich die zugrundeliegenden internalisierenden Auffälligkeiten „von selbst auswachsen“. Ebenso wie bei Lernschwierigkeiten oder Sprachentwicklungsstörungen sind bei emotionalen Problemen ein umfassendes Problemverständnis sowie entsprechende Interventionen notwendig, um die Entwicklung aller Schüler_innen passgenau unterstützen zu können.

Arten internalisierender Auffälligkeiten

Gängige Kategorien psychischer Störungen basieren auf Forschungsergebnissen zu konkreten Erlebens- und Verhaltensmustern. Sie finden sich im *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition* (DSM-5) oder in der *Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (ICD-10). Unter der Bezeichnung *internalisierende Störungen* werden die Störungsbilder zusammengefasst, die sich in erster Linie durch

- Depressivität,
- Ängstlichkeit
- und Somatisierungen

auszeichnen. Es sei angemerkt, dass solche Symptome auch bei einer Reihe anderer psychischer Belastungen und Störungen auftreten – allerdings als begleitende Symptome. Obgleich die o.g. Kategoriensysteme keine eindeutige Gruppierung internalisierender Störungen vorsehen, haben diese Störungsbilder gemeinsam, dass sie „nach innen“ gerichtet sind – in Abgrenzung zu Symptomen externalisierender Störungen (Achenbach, 1997). In vielen Fällen liegen Symptome mehrerer internalisierender Störungen gleichzeitig vor (*Komorbidität*). Zum besseren Verständnis werden relevante Störungsbilder im Folgenden in ihrer „Reinform“ vorgestellt (siehe Tabelle 1).

Unter *Depressivität* wird eine negative Sicht auf sich selbst, die Umwelt und die Zukunft

verstanden, wobei Selbstentwertung oder Schuldgefühle bis hin zu Selbstmordgedanken, -absichten oder -versuchen vorkommen können. Gefühle der Traurigkeit und stark geminderter Antrieb bzw. Interessenverlust kommen dazu. Auch somatische Beschwerden wie Schlafstörungen oder Appetitlosigkeit sind häufig Bestandteil einer depressiven Erkrankung. Unterschieden werden unter anderem depressive Erkrankungen von starker Intensität und begrenzter Dauer (*depressive Episode*) von solchen, die in geringer Intensität, also z.B. mäßiger Traurigkeit oder Selbstentwertung, jedoch für lange Zeiträume bestehen (*Dysthymie*).

Unter dem Begriff *Angststörungen* werden verschiedenartige psychische Erkrankungen zusammengefasst, die gemeinsam haben, dass sie sich primär durch übersteigerte – also der Realität unangemessene und somit dysfunktionale – Ängste bzw. *Ängstlichkeit* auszeichnen. Eine Untergruppe hiervon sind die *Phobien*. *Spezifische Phobien* beziehen sich auf bestimmte Objekte oder Situationen wie etwa Arztbesuche, Spinnen oder auch Höhen. Bei *sozialen Phobien* bestehen Ängste hinsichtlich bestimmter sozialer Interaktionen. In der Regel geht es um solche Situationen, die Bewertungen von anderen Menschen mit sich bringen könnten, z.B. öffentliche Auftritte oder das Sprechen mit Fremden. *Prüfungs- oder Leistungsangst* sowie *Schulangst* stellen Sonderformen der Phobien dar und beziehen sich auf unterschiedliche Situationen, z.B. schriftliche Prüfungen oder den Unterricht bei einer bestimmten Lehrkraft. Gemeinsamkeit der phobischen Störungen ist das

Empfinden, die individuellen Angstausslöser nicht oder nur mit deutlicher Angst ertragen zu können. Daraus resultiert ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, das den Alltag deutlich einschränken kann, selbst wenn sich die Betroffenen häufig bewusst darüber sind, dass von den Angstausslösern keine konkrete Bedrohung ausgeht, die den Angstgefühlen entsprechen würde. Typisch für Menschen mit sozialen Ängsten ist außerdem ein sogenanntes *Sicherheitsverhalten* wie z.B. häufiges Kontrollieren des eigenen Aussehens oder aber ständiges Zusammensein mit einer Vertrauensperson, um „peinliche“ oder „hilflose“ Situationen zu verhindern. Hierdurch werden Gefühle der Unsicherheit oder Bedrohung vorübergehend verringert. Insgesamt trägt solches Verhalten allerdings zur Festigung der ursprünglichen Befürchtungen bei, da diese nicht durch reale Erfahrungen „widerlegt“ werden können.

Im Rahmen von Phobien werden teilweise *Panikanfälle* durch die konkret befürchteten Situationen oder Objekte ausgelöst. Solche Anfälle beinhalten körperliche Symptome wie Herzrasen, Atemnot oder Schwindel und führen nicht selten zu Todesangst. Bei einer *Panikstörung* treten solche Angstanfälle wiederholt, auch ohne erkennbaren Anlass auf. Dies führt zu Sorgen um die Ursachen bzw. Auslöser sowie um zukünftige Anfälle. Bei *Agoraphobie* kommt es zu Angst vor Situationen, die hinsichtlich möglicher Panikanfälle besonders bedrohlich erscheinen, etwa Orte, an denen die Flucht oder der Zugang zu Hilfe im Fall eines

Panikanfalls erschwert sind, z.B. öffentliche Verkehrsmittel oder Menschenmengen. Entsprechendes Vermeidungsverhalten kann das die Betroffenen extrem einschränken.

Als *Trennungsangst* werden Sorgen und Ängste um Bezugspersonen bezeichnet, die – ähnlich wie die Phobien – meist mit Vermeidungsverhalten einhergehen. Hier stehen Situationen im Mittelpunkt, in denen die Betroffenen ohne bestimmte Bezugsperson(en) bestimmte Orte wie die Schule aufsuchen müssen oder aber allein zu Hause bleiben sollen.

Im Zentrum einer *Generalisierten Angststörung* stehen übermäßige Sorgen um unterschiedlichste Themen, etwa Beziehungen, Schule oder Gesundheit. Diese können von den Betroffenen nur schwer kontrolliert werden und führen häufig zu Konzentrations- oder Schlafstörungen.

Selektiver Mutismus ist eine Angststörung, die v.a. bei jüngeren Kindern auftritt. Die Betroffenen besitzen eine normale Sprachfähigkeit, schweigen aber in bestimmten Situationen, etwa in der Schule. Weitere Informationen zu dieser Störung finden sich in diesem Artikel (*Selektiver Mutismus bei Grundschulkindern* von A. Starke, Fachportal Wissenschaft-Praxis des ZEIF Potsdam, 2014).

Trauma- und belastungsbezogene Störungen wie die *Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)* treten im Zusammenhang mit besonders bedrohlichen Erlebnissen wie Unfällen oder Gewalterfahrungen auf. Zu den Symptomen gehören wiederkehrende, belastende Erinnerungen an das auslösende Ereignis. Meist

werden Reize oder Gedanken vermieden, die solche Erinnerungen auslösen können. Häufig entstehen Reizbarkeit oder aber eine emotionale „Abflachung“, die depressiven Symptomen ähnelt.

Als verwandt mit den Angststörungen gelten *Zwangsstörungen*. Sie zeichnen sich durch wiederkehrende, sich aufdrängende Gedanken aus, die als beängstigend oder belastend empfunden werden. Darauf reagieren Betroffene mit bestimmten Verhaltensweisen oder Gedanken wie Zählen oder Waschen – zum Teil exzessiv, was den Alltag stark beeinträchtigen kann. Wie bei den Phobien besteht in der Regel auch hierbei ein Bewusstsein um den irrationalen Charakter des eigenen Empfindens und Verhaltens.

Als *Somatisierungen* (auch *psychosomatische* oder *somatoforme Symptome*) werden Krankheitssymptome bezeichnet, die meist in Zusammenhang mit psychischen Belastungen auftreten und für die keine körperliche Ursache gefunden werden kann. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen treten im Zusammenhang mit Ängsten häufig z.B. Kopf- und Bauchschmerzen auf. Im Rahmen von Depressionen kommt es ebenfalls oft zu Beschwerden wie Rückenschmerzen oder Erschöpfungszuständen.

Häufigkeiten

In der klinisch-psychologischen Forschung werden die Häufigkeiten psychischer Störungen sowie Fälle milder (*subklinischer*) Ausprägungen auf unterschiedliche Weisen erhoben.

Zusammenfassende Studien zeigen, dass insgesamt 15 bis 20 % aller Schüler_innen mindestens einmal im Verlauf der Kindheit und Jugend von einer psychischen Störung oder einer subklinischen Form dieser betroffen sind (Petermann, 2005). Internalisierende Störungen treten häufiger bei Mädchen auf, während Jungen eher von externalisierenden Störungen betroffen sind. Eine depressive Episode betrifft im Mittel bei 4 % der Kinder und Jugendlichen. Andere depressive Auffälligkeiten sind noch zahlreicher. Von Angststörungen sind 8 % der Kinder und Jugendlichen betroffen. Je nach Altersgruppe zeigen sich bestimmte Ängste gehäuft, z.B. Trennungsangst in der mittleren Kindheit und soziale Phobie in der mittleren Adoleszenz. Depressive Erkrankungen treten meist während der Pubertät erstmals auf (Merikangas, Nakamura & Kessler, 2009).

Unklar ist bislang, welcher Anteil der Schüler_innen, die unter emotionalen Auffälligkeiten oder psychischen Störungen leiden, auch einen Förderbedarf im Bereich der emotional-sozialen Entwicklung attestiert bekommen. Insgesamt erhalten 0,9 % der Schüler_innen diesen Förderstatus (KMK, 2005). Weiterhin liegen derzeit keine Zahlen dazu vor, wie viele aus dieser Gruppe wiederum Anzeichen einer psychischen Störung zeigen. Um die Betroffenen umfassend unterstützen zu können, erscheint die Beachtung ihrer Schwierigkeiten von klinisch-psychologischer *und* von pädagogischer Seite sinnvoll.

Internalisierende Auffälligkeiten im Alltag

Unter welchen psychischen Symptomen Kinder und Jugendliche konkret leiden, lässt sich in aller Regel nur durch ausführliche Gespräche mit den Betroffenen sowie mit Eltern und anderen Bezugspersonen im schulischen und / oder privaten Umfeld klären. Jedoch gibt es Hinweise im Verhalten, für die Lehrkräfte und andere pädagogische Fachpersonen sensibel sein sollten, um psychische Belastungen zu erkennen, die eine Risiko für die Entstehung psychischer Störungen sein können.

Somatisierungen (also körperliche Krankheitssymptome ohne feststellbare Ursache) werden von den beschriebenen Symptomen vermutlich am häufigsten offen gezeigt oder geäußert. Jedoch sind sie lediglich anhand einer Regelmäßigkeit oder der Umstände ihres Auftretens – etwa vor Klassenarbeiten – als möglicher Ausdruck emotionaler Probleme einzuordnen.

Depressive Verstimmungen zeigen sich je nach Altersgruppe auf verschiedene Weisen, etwa weil jüngere Kinder weniger Gefühle verbal ausdrücken und Aspekte wie Selbstwertprobleme erst ab dem Jugendalter an Bedeutung gewinnen. Es ist außerdem zu beachten, ob eine negative Entwicklung stattgefunden hat: Haben Mimik und Gestik abgenommen, zeigt das Kind weniger Freude an bestimmten Aktivitäten – oder sind derlei Auffälligkeiten auf das ohnehin zurückhaltende Wesen der betroffenen Kinder zurückzuführen?

Das erwähnte Sicherheitsverhalten im Kontext sozialer Ängste ist besonders schwer zu identifizieren, da es dem Ziel dient, möglichst unauffällig zu erscheinen. Passive Verhaltensweisen wie das Vermeiden von Blickkontakt stehen nicht immer im Zusammenhang mit Ängsten. Es bedarf i.d.R. einer längerfristigen Beobachtung, um hier Verhaltensmuster zu erkennen. Dasselbe gilt für das ständige Zusammensein der Betroffenen mit einer „Sicherheitsperson“.

In ähnlicher Weise wie Sicherheitsverhalten zeigt sich auch Vermeidungsverhalten im Rahmen anderer Phobien. Häufig entwickeln Betroffene ausgeklügelte Strategien, die neben der Vermeidung angstbesetzter Situationen auch bewirken, eben diese Vermeidung zu verstecken. So werden z.B. immer wieder plausible Begründungen gefunden, keine öffentlichen Verkehrsmittel zu benutzen. Ein Augenmerk von Lehrkräften sollte also darauf liegen, ob Schüler_innen systematisch bestimmte Aktivitäten „verpassen“ oder ob sie regelmäßig in der Schule fehlen, was aufgrund vorhandener körperlicher Beschwerden oder durch Erklärungen der Erziehungsberechtigten entschuldigt werden kann. Auf emotionale Probleme deutet jeweils ein Zusammenspiel mit weiteren Verhaltens-auffälligkeiten (bzw. Unauffälligkeiten) hin.

Folgen internalisierender Auffälligkeiten

Unzählbare individuelle Symptommuster fallen in den Bereich der internalisierenden Auffälligkeiten. Entsprechend unterschiedlich wirken sie sich natürlich mittel- und langfristig auf das Erleben und Verhalten Betroffener aus.

Zu den direkten Folgen, die sich im Bereich Schule zeigen, gehören Beeinträchtigungen des Lernens. Sorgen und schulbezogene Ängste können z.B. die Lernmotivation, die Lernstrategiewahl sowie Informationsverarbeitungsprozesse beeinträchtigen und so zu ungünstigem Sozial- oder Arbeitsverhalten führen. Dadurch können Leistungen gemindert werden – auch wenn Betroffene aus Angst extreme Bemühungen zeigen, um Misserfolge zu vermeiden. In jedem Fall besteht die Gefahr, dass das Wohlbefinden der Betroffenen und dadurch das Lernen selbst stark beeinträchtigt werden (Hesse & Latzko, 2011).

Neben dem schulischen Lernen ist auch die sozial-emotionale Entwicklung durch internalisierende Auffälligkeiten gefährdet. Leiden Kinder und Jugendliche unter anhaltender negativer Stimmung oder Ängsten – insbesondere bezüglich sozialer Situationen – so beeinträchtigt sie dieses Erleben mit hoher Wahrscheinlichkeit in ihren sozialen Kontakten. In der Schule bieten sich zahlreiche Interaktionsgelegenheiten, in denen Schüler_innen soziale und emotionale Kontakte knüpfen sowie Sozialkompetenzen erwerben und trainieren können – sofern sie in der

Lage sind, sich diesen alltäglichen, kleinen und großen Herausforderungen zu stellen. Werden entsprechende Situationen vermieden, kann sich eine „Abwärtsspirale“ ergeben: Ein geringes Selbstwertgefühl, mangelnde Kompetenzen oder konkrete Ängste können nicht durch positive erlebte bzw. erfolgreiche soziale Begegnungen ausgeglichen oder gemindert werden. Lerngelegenheiten werden versäumt, sodass künftige Anforderungen noch negativer erscheinen.

Solche Verläufe können ein Grund dafür sein, dass psychische Störungen häufig chronisch verlaufen: Tritt im Kindes- oder Jugendalter eine psychische Störung auf, ist das Risiko einer späteren erneuten psychischen Erkrankung dreimal so hoch wie das Risiko von Jugendlichen, die bislang keine entsprechenden Symptome gezeigt haben. Insbesondere bei internalisierenden Störungen besteht eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit, später im Leben erneut unter einer ähnlichen oder der gleichen Erkrankung zu leiden (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003). Eine frühzeitige Erkennung internalisierender Symptome kann also ein erster Schritt zur Verhinderung stärkerer Ausprägungen psychischer Schwierigkeiten und somit ausschlaggebend sein, um langfristigen Folgen vorzubeugen.

Schulabsentismus

Internalisierende Auffälligkeiten sind in vielen Fällen Gründe für ein Fernbleiben von der Schule.

Viele Schüler_innen sind aufgrund ängstlicher, depressiver oder somatischer Symptome z.B. nicht in der Lage, pünktlich in der Schule zu erscheinen oder einen gesamten Schultag durchzuhalten. In schwereren Fällen werden ganze Schultage verpasst oder aber der Schulbesuch wird – evtl. vorübergehend – ganz eingestellt. Hier liegt in der Regel eine komplexe Problemlage vor. Bleiben Schüler_innen aus sogenannten dissozialen Motiven der Schule fern, also etwa um anderen, attraktiveren Tätigkeiten nachzugehen wird von *Schuleschwänzen* gesprochen. Spielen internalisierende Auffälligkeiten eine Rolle, ist der Begriff *Schulverweigerung* üblich (Ricking, Schulze & Wittrock, 2009). In der Gesamtschau dieser verschiedenen Hintergründe fehlen etwa 5 % aller (deutschen) Schüler_innen regelmäßig in der Schule (Lehmkuhl, Flechtner & Lehmkuhl, 2003). Eine US-amerikanische Studie zeigt, dass 1,6 % aller Schüler_innen aus angstbezogenen Gründen der Schule fernbleiben (Egger, Costello & Angold, 2003). Bis zu 40 % der trennungsängstlichen Kinder gehen nicht regelmäßig zur Schule (Last & Strauss, 1990).

Durch andauernden Schulabsentismus wird die schulische und soziale Entwicklung häufig nachhaltig beeinträchtigt, sodass selbst Jahre später ein vergleichsweise niedriges Bildungsniveau und eine geringe soziale Eingliederung festzustellen sind (Berg & Nursten, 1996, nach Lehmkuhl et al., 2003).

Bei Schüler_innen mit internalisierenden Störungen – speziell auch mit somatischen Symptomen als Teil der Erkrankung – finden sich besonders schwere Ausprägungen von Schulabsentismus. Außerdem wird in diesen Fällen oft erst spät interveniert. Frühzeitige Erkennung und Unterstützung bzw. therapeutische Behandlung bieten jedoch eine bessere Prognose (Lehmkuhl et al., 2003).

Diagnostik und Handlungsmöglichkeiten

Am oben geschilderten Fallbeispiel von *Sina* wird deutlich, dass Verhaltensauffälligkeiten wie sozialer Rückzug oder Fehlzeiten im Unterricht genau beobachtet werden sollten – dies stellt einen ersten, wichtigen Bestandteil einer umfassenden Diagnostik dar. Negativen Entwicklungen kann vorgebeugt werden, wenn Lehrkräfte mit Betroffenen, Bezugspersonen und ggf. anderen Fachkräften die beobachteten Auffälligkeiten und ihre Hintergründe thematisieren.

Eine Reihe etablierter diagnostischer Verfahren steht darüber hinaus zur Verfügung – gleichermaßen für klinische Psychologie und Pädagogik. Zum einen werden strukturierte Interviews zur *kategorialen* Diagnostik genutzt, also zur Einordnung von Symptomen in ein Klassifikationssystem wie DSM-5 oder ICD-10. Zum anderen dienen *dimensionale* diagnostische Instrumente zur Erfassung des Schweregrades bestimmter Beschwerden – z.B. durch Fragebögen zu Selbst- oder Fremdbeurteilungen

von Verhalten, Depressivität oder Angstsymptomen (Beispiel: siehe Abb. 1).

Im Alltag von Lehrkräften besteht nur selten die Gelegenheit zur Anwendung standardisierter diagnostischer Verfahren. In einem geeigneten Setting sind diese jedoch für eine eindeutige Feststellung psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen angezeigt. Neben den Angaben der Betroffenen selbst sollten Einschätzungen von Bezugspersonen wie Eltern sowie von Lehrkräften einbezogen werden – hier bestehen häufig bedeutsame Unterschiede (Merikangas et al., 2009). Unterschiedliche Lebensbereiche – Familie, Schule, Freizeit, Kontakte zu Gleichaltrigen u.a. – sind dabei zu betrachten. Außer der Ebene der psychischen Beschwerden sind weitere Bereiche relevant, etwa psychosoziale Gegebenheiten, kognitive Leistungsfähigkeit und medizinische Aspekte. Eine sorgfältige Untersuchung all dieser Faktoren ermöglicht es, bei der Diagnosefindung Störungssymptome z.B. von entwicklungstypischen Phänomenen oder körperlich bedingten Auffälligkeiten zu unterscheiden sowie unterschiedliche Erklärungsansätze für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Problematik zu berücksichtigen.

Großes Potential liegt in der Schule als wichtigem Teil der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen. Wenn depressive Tendenzen oder Ängste den Schulalltag beeinträchtigen, bietet sich hier ein geeigneter Rahmen für erste Einschätzungen der Symptome, woraus eine

Beratung der Familie oder die konkrete Interventionen abgeleitet werden können. Schulisches Personal trägt also eine Verantwortung, auf solche Symptome zu achten und zu reagieren, denn Beeinträchtigungen durch psychische Störungen zeigen sich – wie oben erwähnt – häufig nicht in allen Lebensbereichen gleichermaßen. Eltern erleben möglicherweise zu Hause ein weitgehend unbelastet erscheinendes Kind, während z.B. gravierende Einschränkungen in Leistungssituationen oder in der Interaktion mit Gleichaltrigen bestehen.

Lehrkräfte können hier also eine wertvolle Ergänzung zur Elternperspektive bieten bzw. zur Perspektive weiterer unterstützender Personen im Verlauf. Insbesondere sind Beobachtungen hilfreich, wenn sie regelmäßig dokumentiert werden – etwa in Form kurzer Notizen über das Auftreten bestimmter Verhaltensweisen. Solche Aufzeichnungen unterstützen zunächst einen sachlichen Austausch über Vermutungen zu einer bestehenden Symptomatik. Im Anschluss kann z.B. eine Beratung und Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften initiiert werden.

In einer inklusiven Schullandschaft fällt der Umgang mit unterschiedlichen Schwierigkeiten von Schüler_innen in den Zuständigkeitsbereich aller Lehrkräfte – nicht nur in den von solchen mit sonderpädagogischer Ausbildung. Damit Lehrkräfte ihren Schüler_innen bestmögliche Unterstützung bei psychischen Belastungen bieten können, ist eine Sensibilisierung für die möglichen Erscheinungsformen emotionaler Probleme notwendig, ebenso wie angemessene

Handlungsstrategien. Entsprechende Angebote in der Aus- und Weiterbildung von Lehrkräften müssen konzipiert und umgesetzt werden. Um eine wissenschaftliche Basis hierfür zu schaffen, beschäftigt sich die Forschung sowohl mit der Diagnostik internalisierender Störungen und Auffälligkeiten als auch mit Möglichkeiten der Förderung betroffener Schüler_innen im Schulkontext.

Für weitere praxisrelevante Informationen und Handlungsmöglichkeiten ist folgender Band zu empfehlen:

Castello, A. (Hrsg.) (2013). *Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten in Schule und Kita: Klinische Psychologie für die pädagogische Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.

Literaturverzeichnis

- Achenbach, T. M. (1997). What is normal? What is abnormal? Developmental perspectives on behavioral and emotional problems. In S. S. Luthar, J. A. Burack & et al. (Hrsg.), *Developmental psychopathology: Perspectives on adjustment, risk, and disorder* (S. 93-114). Cambridge: Cambridge University Press.
- APA (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association, Arlington.
- Berg, I. & Nursten, J. (Hrsg.) (1996): *Unwillingly to school*. London: Gaskell.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837–844.
- D'IMDI, & Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH. (2015). *ICD-10-GM Version 2015 Band I: Systematisches Verzeichnis*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus V.-G.
- Egger, H. L., Costello, J. E., & Angold, A. (2003). School Refusal and Psychiatric Disorders: A Community Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(7), 797–807.
- Hesse, I., & Latzko, B. (2011). *Diagnostik für Lehrkräfte* (2. Aufl). Opladen: Budrich.
- Essau, C.A., Muris, P., & Ederer, E.M. (2002). Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale and the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders in German children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 1-18.

- KMK (2005). *Sonderpädagogische Förderung in Schulen 1994 bis 2003 Statistische Veröffentlichungen der Kultusministerkonferenz*. Verfügbar über: http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/Statistik/Dokumentationen/Dokumentation_SoPaeFoe_2012.pdf (Letzter Zugriff: 22.06.2016).
- Last, C. G., & Strauss, C. C. (1990). School Refusal in Anxiety-Disordered Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(1), 31–35.
- Lehmkuhl, G., Flechtner, H., & Lehmkuhl, U. (2003). Schulverweigerung: Klassifikation, Entwicklungspsychopathologie, Prognose und therapeutische Ansätze. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52(6), 371–386.
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 7–20.
- Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Eine Bestandsaufnahme. *Kindheit und Entwicklung*, 14(1), 48–57.
- Ricking, H., Schulze, G. C., & Wittrock, M. (Hrsg.). (2009). *Schulabsentismus und Dropout: Erscheinungsformen - Erklärungsansätze - Intervention*. Paderborn: Schöningh.