



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2017

Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Koch, Irène ; Schweikardt, Martin ; Weber, Christina ; Kupferschmid, Stephan

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-137018>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Koch, Irène; Schweikardt, Martin; Weber, Christina; Kupferschmid, Stephan (2017). Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik, 23(2):15-23.

Irène Koch, Martin Schweikardt, Christina Weber und Stephan Kupferschmid

Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Zusammenfassung

Viele Kinder und Jugendliche sind von Depressionen betroffen, rund zehn Prozent von ihnen erleben bis zum Erwachsenenalter mindestens eine depressive Episode. Kernsymptome sind eine gedrückte Stimmung ungewöhnlichen Ausmasses, Interessen- oder Freudeverlust und ein verminderter Antrieb. Charakteristisch ist, dass in den Entwicklungsstufen im Kindes- und Jugendalter die Symptomatik unterschiedlich ist und Depressionen jeweils verschiedene psychosoziale Auswirkungen haben. In diesem Artikel werden die Definition, Symptomatik, Epidemiologie und Ätiologie von Depressionen im Kindes- und Jugendalter dargestellt. Auf Interventionen im schulischen Kontext wird dabei besonders eingegangen.

Résumé

Nombreux sont les enfants et les jeunes qui sont touchés par une dépression ; ils sont près de dix pour cent à avoir connu au moins un épisode dépressif avant d'avoir atteint l'âge adulte. Les principaux symptômes sont une humeur triste d'une ampleur inhabituelle, une perte d'intérêt ou de joie et une baisse d'initiative. Les symptômes varient généralement au fil des stades de développement de l'enfance et de l'adolescence, et les répercussions psychosociales des dépressions sont à chaque fois différentes. Cet article présente la définition, les symptômes, l'épidémiologie et l'étiologie des dépressions survenant durant l'enfance et l'adolescence. Il aborde en particulier la question des interventions en contexte scolaire.

Da wachsen Kinder auf an Fensterstufen,
die immer in demselben Schatten sind,
und wissen nicht, daß draußen Blumen rufen
zu einem Tag voll Weite, Glück und Wind, –
und müssen Kind sein und sind traurig Kind.

Rainer Maria Rilke

Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zählt Depressionen weltweit und über alle Altersstufen hinweg zu den gravierendsten Gesundheitsproblemen. Depressionen können früh im Leben beginnen, verlaufen mitunter chronisch und führen zu einer erheblichen Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung. Gerade im Kindes- und Ju-

gendalter stehen eine Reihe von Entwicklungsaufgaben wie die Autonomieentwicklung oder die Berufswahl an. Eine länger dauernde Depression kann erschweren, dass diese Entwicklungsaufgaben bewältigt werden können. Zudem treten Depressionen häufig zusammen mit komorbiden Störungen auf und sind dann mit einem erhöhten Mass an Beeinträchtigung verbunden.

In diesem Artikel werden die Definition, die entwicklungsbezogene Symptomatik, die Epidemiologie und die Ätiologie von Depressionen im Kindes- und Jugendalter dargestellt. Ein besonderes Augenmerk wird auf das Thema suizidale Verhaltensweisen, Traumatisierung, die Situation von Kindern psychisch kranker Eltern und Besonderheiten im schulischen Kontext gelegt.

Definition und Klassifikation

Unter depressiven Störungen werden sowohl kurzfristige anhaltende Zustände als auch episodenhafte und chronische Verlaufsformen verstanden. Die Definition einer depressiven Störung richtet sich nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10), welche von der WHO herausgegeben wird und aktuell in der 10. Ausgabe vorliegt. Nach dieser Einteilung wird Depression zusammen mit der Hypomanie, der Manie und den bipolaren Störungen in der Gruppe der affektiven Störungen zusammengefasst.

Die Symptome nach ICD-10 sind in Tabelle 1 aufgelistet. Dabei müssen diese Symptome mindestens über einen Zeitraum von zwei Wochen vorliegen. Je nach Anzahl der Symptome, dem zeitlichen Verlauf und dem Ausmass der Beeinträchtigung werden leichte, mittelgradige oder schwerere Episoden sowie rezidivierende depressive Störungen unterschieden.

Symptome im Entwicklungsverlauf

Die Symptome einer Depression zeigen sich in Abhängigkeit von Alter und Entwicklungsstand jeweils unterschiedlich (Tab. 2). Die zentralen Merkmale einer Depression sind jedoch in jedem Alter feststellbar.

Epidemiologie

Epidemiologische Untersuchungen beschreiben die Häufigkeit einer Erkrankung in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe. Dabei gibt die Prävalenz einer Erkrankung an, wie viele Individuen in der Bevölkerungsgruppe betroffen sind. Da die Depression zu einem grossen Teil durch selbsterlebte Symptome definiert ist, weichen die Prävalenzraten je nach Art der Untersuchungsmethode und nach Art der Informationsquelle stark voneinander ab. Insgesamt sind depressive Störungen bei Kindern seltener anzutreffen, wohingegen zu Beginn der Jugendzeit die Prävalenzraten steigen. Dabei sind Mädchen von dieser Zunahme deutlich stärker betroffen. Bei einem Vergleich der Prävalenzraten über die letzten Jahrzehnte fanden sich darüber hinaus Hinweise, dass es insgesamt zu einer Zunahme von depressiven Störungen im Kindes- und Jugendalter gekommen ist. Ob dies durch eine verbesserte Wahrnehmung oder durch einen tatsächlichen Anstieg verursacht ist, kann nicht endgültig beantwortet werden.

Unter der Berücksichtigung einer Reihe von Untersuchungen kann davon ausgegangen werden, dass 2–8% aller Kinder und Jugendlichen Zeichen einer depressiven Störung aufweisen (Costello, Erkanli & Angold, 2006). Dabei sind im Vorschulalter weniger als 1% der Kinder betroffen, im Schulalter 2% und ab dem Jugendalter werden Prävalenzraten von bis zu 8% erreicht. Bis zum Alter von 18 Jahren hat jeder fünfte junge Mensch einmal eine depressive Störung gehabt.

Tabelle 1: Symptome der Depression nach ICD-10 (WHO, 2010)

Hauptsymptome der Depression	Weitere mögliche Symptome
<ul style="list-style-type: none"> • depressive Stimmung in einem ungewöhnlichen Ausmass • Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren • verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Verlust des Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens • Schuldgefühle und unbegründete Selbstvorwürfe • verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit • Gefühle von Minderwertigkeit • Suizidgedanken oder -handlungen • Schlafstörungen • verminderter Appetit • psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung

Tabelle 2: Veränderung depressiver Symptome im Entwicklungsverlauf

(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 2007)

Im Kleinkindalter (1–3 Jahre)
<ul style="list-style-type: none"> • Wirkt traurig • Ausdrucksarmes Gesicht • Erhöhte Irritabilität • Gestörtes Essverhalten • Schlafstörungen • Selbststimulierendes Verhalten • Exzessives Daumenlutschen • Genitale Manipulationen • Auffälliges Spielverhalten
Im Vorschulalter (3–6 Jahre)
<ul style="list-style-type: none"> • Trauriger Gesichtsausdruck • Verminderte Gestik und Mimik • Leicht irritierbar und äusserst stimmungslabil • Mangelnde Fähigkeit, sich zu freuen • Introvertiertes, aber auch aggressives Verhalten • Vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten • Essstörungen bis zu Gewichtsverlust/-zunahme • Schlafstörungen (Alpträume, Ein- und Durchschlafstörungen)
Im Schulalter
<ul style="list-style-type: none"> • Verbale Berichte über Traurigkeit • Suizidale Gedanken • Befürchtung, dass einem die Eltern nicht genügend Beachtung schenken • Schulleistungsstörungen
Im Jugendalter
<ul style="list-style-type: none"> • Vermindertes Selbstvertrauen • Apathie, Angst, Konzentrationsmangel • Leistungsstörungen • Zirkadiane Schwankungen des Befindens • Psychosomatische Störungen

Ätiologie

Die Entstehung der Depression wird im Rahmen des biopsychosozialen Modells durch das Zusammenwirken mehrerer Faktoren erklärt. Zum einen werden biologische Ursachen angenommen: genetische Dispositionen, Persönlichkeitsmerkmale und die damit einhergehenden individuellen Verhaltens- und kognitiven Verarbeitungsmuster (Groen & Petermann, 2011; Essau & Petermann, 2002). Zum anderen spielen auch belastende Ereignisse und Lebensumstände und deren ungünstige Verarbeitung eine ursächliche Rolle.

Psychosoziale Faktoren

Kinder und Jugendliche mit einer Depression sind meist einer Vielzahl von Belastungsfaktoren ausgesetzt. Als bedeutsame Umweltfaktoren zählt Mehler-Wex (2008, S. 54 ff.) folgende Punkte:

- Verlust eines Elternteils
- Konflikthafte Elternbeziehung oder Scheidung
- Alleinerziehender Elternteil
- Psychische oder körperliche Erkrankung eines Elternteils
- Vernachlässigung oder Misshandlung, längerfristige Trennungserlebnisse im ersten Lebensjahr
- Niedriger Sozialstatus, Migration

Chronische Belastungen wie Probleme in sozialen Beziehungen, Ausgrenzungserlebnisse, Mangel an Freundschaften, schulische Über- oder Unterforderung, Schulwechsel oder Teilleistungsschwächen können ebenfalls Auslöser einer Depression sein.

Neurobiologie

Schon lange ist bekannt, dass depressive Störungen in manchen Familien häufiger auftreten und somit eine genetische Betei-

ligung anzunehmen ist. Besonders intensiv wurden Gene für Neurotransmitter, die Botenstoffe des Gehirns, untersucht. Es hat sich gezeigt, dass vor allem die Neurotransmitter Serotonin und Noradrenalin bei der Ausprägung von depressiven Störungen eine Rolle spielen. So kann aus neurobiologischer Sicht davon ausgegangen werden, dass es zu einer Dysregulation des serotonergen und noradrenergen Systems kommt. Auch die modernen antidepressiv wirkenden Medikamente beeinflussen diese Neurotransmittersysteme. Aktuelle Forschungsergebnisse zur Epigenetik belegen, dass auch traumatische Erfahrungen in der frühen Kindheit zu Veränderungen auf neurobiologischer Ebene führen können. Insbesondere die Reaktion auf traumatische Stressoren kann zu einer dauerhaft veränderten Stressantwort, abweichenden Kortisolspiegeln und einer erhöhten Vulnerabilität für Depressionen führen (Stoppel et al., 2006).

Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Diese vielfältigen psychosozialen und neurobiologischen Befunde können in einem Vulnerabilitäts-Stress-Modell zusammengefasst werden (vgl. Abb. 1 im Beitrag von Groen in diesem Heft, S. 8). Dabei wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch eine gewisse Vulnerabilität (Verletzlichkeit) für die Entstehung von Störungen besitzt. Nun kann es im Entwicklungsverlauf aus dem Zusammenspiel von Stressoren, Risiko- und Schutzfaktoren zur Ausbildung einer depressiven Störung kommen. Diese Modellvorstellung trägt den vielfältigen Einflüssen und Zusammenhängen, die zur Entwicklung einer depressiven Störung führen können, Rechnung. Dies verhindert auch die einseitige Annahme von monokausalen Erklärungsmustern.

Psychodynamik / Funktionalität

Die Funktionalität der depressiven Kognitionen und Verhaltensweisen erklären die drei wichtigsten psychologischen Depressionstheorien (Mehler-Wex, 2008, S. 64 f.; Mehler-Wex & Kölich, 2008):

- Die *kognitive Theorie nach Beck* basiert auf den irrationalen Überzeugungen und negativen Kognitionen, welche für depressive handlungsleitend und in der emotionalen Wahrnehmung ausschlaggebend sind. Die Folge ist eine negative Fixierung auf die eigene Person, das Umfeld und die Zukunft.
- Die *Theorie der erlernten Hilflosigkeit nach Seligman* gründet auf der aus Lernerfahrungen der Hilflosigkeit entstandenen verinnerlichten Überzeugung, Geschehnissen hilflos ausgesetzt zu sein. Dies ist verbunden mit Gefühlen einer generalisierten Ohnmacht und Hilflosigkeit, der Selbstabwertung und einer negativ antizipierenden Erwartungshaltung bezüglich des Ausgangs der Ereignisse.
- Nach Lewinsohn spielt bei der Depression die *Verstärker-Verlust-Hypothese* eine entscheidende Funktion: Der Mangel an positiver Verstärkung bewirkt eine Reduktion positiver Handlungen mit zunehmendem Motivationsverlust, einen vermehrten Rückzug und eine ausgeprägte Passivität des Betroffenen.

Komorbidität

Unter Komorbidität versteht man eine Begleiterkrankung. Mindestens die Hälfte der depressiven Kinder und Jugendlichen leiden unter komorbiden Störungen (Groen & Petermann, 2011, S. 41 ff.). Komorbiditäten verstärken die psychosozialen Probleme und verschlechtern die Verlaufs- und Behandlungsprognose. Bei depressiven

Kindern vor der Pubertät treten Angststörungen (insbesondere Trennungsangst), Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsdefizite sowie aggressiv-dissoziale Verhaltensstörungen (Störung des Sozialverhaltens, ADHS oder Störung mit oppositionellem Trotzverhalten) besonders häufig auf. Im Jugendalter liegen bei Angststörungen vermehrt soziale Phobien oder generalisierte Angststörungen vor. Zusätzlich häufen sich komorbide Störungen durch Substanzkonsum sowie Essstörungen. Auch körperliche Erkrankungen können neben einer Depression auftreten.

Komorbiditäten verstärken die psychosozialen Probleme und verschlechtern die Verlaufs- und Behandlungsprognose.

Besondere Aspekte

Suizidale Verhaltensweisen

Depressive Störungen sind ein Risikofaktor für suizidale Verhaltensweisen. Insgesamt sind diese im Kindes- und Jugendalter häufig anzutreffen und haben starke Auswirkungen auf individueller, familiärer und gesellschaftlicher Ebene. Suizidale Verhaltensweisen werden unterteilt in Suizidgedanken, Suizidversuche und vollendete Suizide. Suizidgedanken treten bei Kindern ab dem 12. Lebensjahr vermehrt auf und kommen in der Adoleszenz bei jedem dritten Jugendlichen vor. Bis zu 10 % aller Jugendlichen geben an, bereits einen Suizidversuch unternommen zu haben und der vollendete Suizid ist nach Unfällen die zweithäufigste Todesursache (Kupferschmid, Weber & Wüthrich, 2016).

Traumafolgestörung

Bei der Mehrzahl der depressiv Erkrankten bestehen kritische Lebensereignisse in der Vorgeschichte (Mehler-Wex, 2008, S. 54 ff., S. 81 ff.). Depressive Störungen ergeben ein ähnliches Bild wie reaktive Störungen und Anpassungsstörungen. Die zeitliche Verknüpfung mit einem belastenden Ereignis steht bei letzteren im Vordergrund und Zustände emotionaler Belastung und sozialer Beeinträchtigung sind die Folge. Insbesondere bei der Posttraumatischen Belastungsstörung unterscheiden sich die Symptome von denen Erwachsener.

Die Leistungsfähigkeit ist bei Lernenden mit Depressionen in der Regel deutlich eingeschränkt.

Kinder psychisch kranker Eltern

Negative Gefühle, Unsicherheiten, Passivität, defizitäre Strukturierungs- und Erziehungsfähigkeit beeinträchtigen die Eltern-Kind-Interaktionen deutlich. Leidet ein Elternteil unter einer Psychose, Substanzmissbrauch oder einer Persönlichkeitsstörung, stehen unvorhersehbare Stimmungs- und Verhaltensschwankungen im Vordergrund. Folge der Diskrepanz zwischen Erwartungshaltung des Kindes und ambivalent-unkontrollierbarer Reaktion des Elternteils sind Anspannungs- und Erregungszustände sowie Frustration. Diese beeinträchtigen den Erwerb angemessener Emotionsregulation. Coping-Kompetenzen sowie Schutz- und Resilienzfaktoren wie Intelligenz, gute schulische Leistungsfähigkeit oder soziale Kompetenz sind entscheidend für die psychische Stabilität eines Kindes psychisch erkrankter Eltern.

Kinder mit Mobbing Erfahrungen

In den letzten Jahren stieg das Interesse an den Auswirkungen von Mobbing auf die psychische Gesundheit (Figueiredo-Ferraz, Gil-Monte & Olivares-Faúndez, 2015). Verschiedene Studien zeigen, dass vor allem Mobbing Erfahrungen im Kindes- und Jugendalter ein hoher Risikofaktor für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen ist. Bis zu 70 Prozent der Mobbingopfer zeigen sogar Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, was wiederum ein hoher Risikofaktor für die Entwicklung einer depressiven Erkrankung ist (Kreiner, Sulyok & Rothenhäusler, 2008). Kinder, die Mobbing Erfahrungen machen, haben ein um den Faktor 4,5 erhöhtes Risiko für Suizidversuche (Kupferschmid, Weber & Wüthrich, 2016). Es scheint einen langanhaltenden Effekt dieser Risikoerhöhung zu geben, so dass Mobbing Erfahrungen im Grundschulalter bis ins junge Erwachsenenalter hinein einen Einfluss auf die Entwicklung psychischer Erkrankungen haben.

Schulische Aspekte der Depression im Kindes- und Jugendalter Burnout bei Kindern

In der aktuellen Diskussion wird der Begriff Burnout, der eigentlich im Bereich helfender Berufe oder des Managements geprägt wurde, nun auch auf die schulische Überforderung von Kindern ausgeweitet. So spricht Schulte-Markwort (2016) von Burnout-Kids und davon, dass er diese Patientengruppe vermehrt in seiner Sprechstunde sieht. Burnout beschreibt dabei keine eigenständige Störung, sondern vielmehr die Überforderung im beruflichen oder schulischen Kontext. Sie kann eine depressive Entwicklung auslösen. In Schilderungen von Betroffenen finden sich häufig Hinweise, dass nicht unbedingt die schulischen

Leistungsanforderungen als solche Stress verursachen. Leistungserwartungen können auch von den Eltern, dem sozialen Umfeld und nicht zuletzt vom Kind selbst kommen. Diese können dann auch schon bei Schulkindern zu einem Gefühl der Unzulänglichkeit und der ständigen Überforderung führen.

Heilpädagogische Interventionen in der Schule

In der Schule zeigen sich einerseits Probleme der depressiven Störung wie Konzentrations- und Leistungsprobleme. Andererseits bietet die Schule auch Möglichkeiten für ressourcenorientierte Interventionen. Den Fokus auf die Aktivierung, die Aktivitätserhaltung und das Schaffen von Erfolgserlebnissen zu legen, ist gerade bei Lernenden mit depressiven Störungen sehr effektiv.

In der Interaktion gilt es zu beachten, dass die Leistungsfähigkeit bei Lernenden mit Depressionen in der Regel deutlich eingeschränkt ist. Daher sollten die Leistungsbereitschaft und die innere Taktung berücksichtigt werden. Die Stimmung kann so tief sein, dass ein stark aktivierender Motivator eine Überforderung darstellt und Stress auslöst. Bewährt hat sich dagegen eine ruhige Begleitung der Lernenden, bis ein stabiler Workflow entstanden ist. Anleitungen können dabei leichter angenommen und umgesetzt werden als Erklärungen, die Erwartungen und damit auch Erfolgsdruck transportieren. Anleitungen dagegen unterstützen die Aktivitätserhaltung und ermöglichen eher Erfolgsergebnisse.

In einem ersten Schritt sollten einfache Aufgaben gestellt werden, um zu überprüfen, ob das Arbeitsverhalten oder die Leistungsfähigkeit die primäre Schwierigkeit darstellt. Je nachdem sollten eine intensivere Begleitung und/oder eher strukturierte

Aufgaben gewählt werden, die wenig Planungs- und Entscheidungskompetenzen erfordern. Eine anregende Reizdichte wirkt dabei fokussierend, darf aber nicht überfordern.

Bei einer Überforderung bietet ein reizarmer Raum den Lernenden die Möglichkeit, sich innerhalb eines bestimmten Zeitraumes zu beruhigen. Für das Einhalten der Zeit haben sich Sanduhren besonders bewährt, da das Betrachten des Sandes zusätzlich beruhigt.

Bei der Aktivierung können kleine Entscheidungsfreiheiten, z. B. die Wahl zwischen zwei Aufträgen oder des Startzeitpunkts, das Startverhalten vereinfachen. Auch Rituale können aktivierend wirken und bieten sich besonders für den Unterrichtsbeginn an. Ein fließender Übergang zwischen Einstiegsritual (z. B. Logical) und Schulaufgaben sorgt zudem dort für eine Entzerrung, wo sonst viele Schülerinnen und Schüler gleichzeitig Hilfe benötigen und häufig Unruhe entsteht.

In einer unruhigen Gruppe leiden Lernende mit Depression noch stärker, da sie oft schon ein nicht deutbares Flüstern oder Lachen einer Mitschülerin oder eines Mitschülers gegen sich selbst werten. Zweideutige Interaktionen sollten deshalb transparent gemacht und unterbunden werden. Eine sichere und ruhige Lernatmosphäre unterstützt die Konzentrationsfähigkeit und schafft die Zeiträume für eine intensive Begleitung.

Ausblick

Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist ein relevantes gesellschaftliches Thema. Neben dem Gesundheitssystem sind dabei Schulen, Universitäten, Arbeitgeber, Medien und öffentliche Einrichtungen gefragt, damit dieses kein

Tabuthema bleibt. Psychische Gesundheit ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Gerade bei der Prävention von Depressionen haben sich regionale Bündnisse gegen Depression (z. B. www.berner-buendnis-depression.ch) und für die Entstigmatisierung, Früherkennung und Öffentlichkeitsarbeit stark gemacht. Die drei Leitsätze der Bündnisse gegen Depression (Tab. 3) gelten insbesondere für das Kindes- und Jugendalter. Trotz der Belastungen und oftmals leidvollen Erfahrungen wirken auch Resilienz- und Schutzfaktoren und durch geeignete fachliche Unterstützung können bei depressiven Kindern und Jugendlichen positive Veränderungen erreicht werden.

Tabelle 3: Leitsätze der Bündnisse gegen Depression

(www.berner-buendnis-depression.ch)

Leitsätze der Bündnisse gegen Depression
<ul style="list-style-type: none"> • Depression kann jeden treffen • Depression hat viele Gesichter • Depression ist behandelbar

Literatur

Costello E. J., Erkanli A. & Angold A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1263–1271.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DG-KJP) (Hrsg.) (2007). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (3., erw. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.

Essau, C. A. & Petermann, U. (2002). *Depression*. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Figueiredo-Ferraz H., Gil-Monte P. & Olivarres-Faúndez V. (2015). Influence of mobbing (workplace bullying) on depressive symptoms: a longitudinal study among employees working with people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59, 39–47.

Groen, G. & Petermann, F. (2011). *Depressive Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Hogrefe.

Kreiner B., Sulyok C. & Rothenhäusler H. (2008). Does mobbing cause posttraumatic stress disorder? Impact of coping and personality. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitatio*, 22, 112–123.

Kupferschmid S., Weber C. & Wüthrich C. (2016). Suizidale Verhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter. *Pädiatrie update*, 11 (2), 183–200.

Mehler-Wex, C. (2008). *Depressive Störungen*. Heidelberg: Springer.

Mehler-Wex, C. & Kölch, M. (2008). Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt*, 105 (9), 149–155.

Schulte-Markwort M. (2016). *Burnout-Kids: Wie das Prinzip Leistung unsere Kinder überfordert*. München: Knauer.

Stoppel C., Bielau H., Bogerts B. & Northoff G. (2006). Neurobiologische Grundlagen depressiver Syndrome. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 74, 696–705.



lic. phil. Irène Koch
Stv. Leitende Psychologin
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie
Tagesklinik Winterthur
Albanistrasse 24
8400 Winterthur
irene.koch@puk.zh.ch



Martin Schweikardt
Schulischer Heilpädagoge
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie
Tagesklinik Winterthur
Albanistrasse 24
8400 Winterthur
martin.schweikardt@puk.zh.ch



Dr. med. univ. (A) Christina Weber
Assistenzärztin
Clenia Littenheid AG
Privatklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
9573 Littenheid
christina.weber@clenia.ch



Dr. med. Stephan Kupferschmid
Chefarzt und Bereichsleiter Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Psychiatrische Dienste Aargau AG
Zürcherstrasse 24
5210 Windisch
stephan.kupferschmid@pdag.ch