



**Europa-Universität
Flensburg**

Fakultät II

Institut für Sonderpädagogik

**Prävention internalisierender Auffälligkeiten im Kindes- und
Jugendalter**

Kumulative Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der Philosophie (Dr. phil.)

Friederike Carlotta Grabowski

Februar 2025

Erstgutachter: Prof. Dr. Armin Castello

Zweitgutachter: Prof. Dr. Thomas Hennemann

Die Dissertation ist in liebevoller Erinnerung und tiefer Dankbarkeit Inge-Lore und Albert Hardt und Sharon Jutila gewidmet – danke für die fortwährende Inspiration und glücklichen Erinnerungen.

„There is no health without mental health”

WHO, 2022, S. vi

„Prevention is better than cure”

Desiderius Erasmus

Danksagung

Ich bedanke mich von Herzen bei allen, die mich während meiner Promotion unterstützt haben:

Meinem Dissertationsbetreuer Prof. Dr. Armin Castello für seine verlässliche und unterstützende Betreuung, die inspirierenden Ideen und das große Vertrauen in meine Arbeit. Aus jeden unserer Gespräche bin ich mit neuen Ideen rausgegangen und ich bin sehr dankbar für den Einbezug in die Projekte über die Promotion hinaus.

Prof. Dr. Thomas Hennemann für die sofortige Bereitschaft zur Übernahme des Zweitgutachtens und der unkomplizierten Hilfe in der Rekrutierung der Kontrollgruppe.

Dem Team der Abteilung Sonderpädagogische Psychologie: Dr. Gunnar Brodersen, Dr. Jana Dördelmann & Dr. Sabine Küster für die hervorragende Arbeitsatmosphäre, den bereichernden Austausch und die moralische Unterstützung, wenn sich kleine und große Hürden auftaten. Danke, dass ihr immer Zeit für einen Kaffee hattet!

Dr. Franziska Greiner-Döchert für die ausgezeichnete Zusammenarbeit und den fortwährenden wertvollen Austausch – ich bin sehr dankbar, dass wir seit unserem ersten Gespräch an so vielen tollen Projekten an verschiedenen Orten und in unterschiedlichen Formaten zusammenarbeiten konnten. Ich freue mich auf darauf, noch häufig zusammen den richtigen Weg zu finden, hoffentlich mit nicht ganz so vielen Umwegen wie in Mannheim.

Den studentischen Hilfskräften Neele Richter und Elena Krain, für ihre engagierte Unterstützung im Projekt – ohne euch wären die Kodierungen und Recherchen nicht möglich gewesen.

Den Studierenden, die durch ihr Engagement in den projektbegleitenden Abschlussarbeiten zum Erfolg des Projektes beitrugen: Ronja Bock, Finja Berger, Anika Carstensen, Maria Deters, Antonia Faruzzi, Maria Kruppa, Marie Maßmann, Katharina Müller, Kira Potreck, Isa Schinz und Jasmin Schleemann.

Allen Lehrkräften, Studierenden, Schülerinnen und Schülern, die an **glücklich** teilgenommen haben.

Meinen Freundinnen für die Ermutigung, die Unterstützung in den herausfordernden Phasen und die schönen Momente abseits des Schreibtisches: Anna, Carina, Cindy, Emmy,

Sam, Anna-Lena, Anni, Jana, Janne, Lena, Lene und Melli – ich bin sehr dankbar euch schon so lange an meiner Seite zu wissen!

Meiner Schwiegerfamilie für die Unterstützung bei der Betreuung von Bo und den Rückzugsort. Danke insbesondere an Sebastian für die Erstellung des tollen Projektlogos.

Meinen Großeltern Friederike und Jörg Grabowski, die mir von klein auf die Arbeit in der Wissenschaft nahegebracht haben und große Vorbilder in allen Lebenslagen sind.

Meinem Bruder Johann sowie Lisa und Alma dafür, dass ihr nicht nur Familie seid und immer eine helfende Hand, ein offenes Ohr und ganz viel Verständnis habt.

Meinen Eltern Karin und Martin dafür, dass ihr mich stets unterstützt und durch euer Interesse und euren Glauben an mich immer motiviert, das Beste zu geben. Danke für eure Unterstützung mit Bo und allem drumherum. Ihr habt mir die Voraussetzungen mitgegeben, meine Promotion anzufangen und abzuschließen.

Meinem Mann Thorbjörn – dafür, dass du mich immer unterstützt und mir jeden Tag neue Perspektiven aufzeigst. Danke, dass du mir mit Rat und Tat zur Seite stehst, den Prozess und die Herausforderungen der letzten Jahre wirklich verstehen konntest und mich immer bestärkt hast. Abschließend gilt der größte Dank Bo Magnus dafür, dass du mir das wirklich Wichtige im Leben zeigst! Ihr seid die beste Familie.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis.....	V
Abbildungsverzeichnis	VII
Zusammenfassung.....	VIII
Summary	X
Übersicht der dissertationsrelevanten Publikationen	XII
Erklärung eigenen Beitrags zu Publikationen.....	XIII
Weitere Veröffentlichungen im Promotionskontext	XV
Tagungsbeiträge	XVI
1 Einleitung.....	1
1.1 Hintergrund und Relevanz des Themas	1
1.2 Ziele und Struktur der Dissertation	2
2 Theoretischer Hintergrund	5
2.1 Depressionen im Kindes- und Jugendalter	5
2.1.1 Symptome und Klassifikation	5
2.1.2 Prävalenz, Verlauf und Komorbidität.....	9
2.1.3 Entstehungsbedingungen und Risikofaktoren	12
2.1.4 Schutzfaktoren.....	17
2.2 Mental Health Literacy – Depression Literacy.....	21
2.2.1 Historische Entwicklung und Definition	21
2.2.2 Messinstrumente zur Erhebung von Depression Literacy	24
2.2.3 Depression Literacy von Schülerinnen und Schülern	24
2.2.4 Depression Literacy von Lehramtsstudierenden und Lehrkräften	25
2.3 Selbstwirksamkeit im Umgang mit psychischen Auffälligkeiten.....	27
2.3.1 Selbstwirksamkeit als Teil der sozial-kognitiven Theorie (Bandura, 1986)	27

2.3.2 Selbstwirksamkeit von Schülerinnen und Schülern im Umgang mit psychischen Auffälligkeiten.....	29
2.3.3 Selbstwirksamkeit von Lehrkräften im Umgang mit psychischen Auffälligkeiten... ...	30
2.4 Präventionsansätze im schulischen Kontext	31
2.4.1 Präventionsansätze für Schülerinnen und Schüler	37
2.4.2 Rolle von Lehrkräften.....	40
2.4.3 Professionalisierung von Lehramtsstudierenden	44
2.4.4 Professionalisierung von Lehrkräften.....	45
2.4.5 Merkmale effektiver Professionalisierung	46
2.5 Fazit zum theoretischen Hintergrund, Forschungslücke und Fragestellungen	47
3 Publikation 1	50
4 Unterrichtseinheit <i>glücklich</i>	51
4.1 Entwicklung der Unterrichtseinheit <i>glücklich</i>	51
4.2 Pilotierung der Unterrichtseinheit <i>glücklich</i>	53
4.2.1 Methode	53
4.2.2 Ergebnisse	56
5 Publikation 2.....	62
6 Publikation 3.....	63
Abstract.....	64
Introduction	65
Results	75
Discussion.....	85
References.....	89
7 Überarbeitung der Fortbildung und des Fragebogens auf Grundlage der Ergebnisse der Kontrollgruppenstudie	97
7.1 Evaluation der überarbeiteten Fortbildung	99

7.1.1 Hintergrund	99
7.1.2 Methode	99
7.1.3 Ergebnisse	102
7.1.4 Evaluation des überarbeiteten Fragebogens	107
8 Zusammenfassende Diskussion	109
8.1 Depression Literacy	110
8.1.1 Entwicklung und Evaluation der Messinstrumente	110
8.1.2 Ausprägung der Depression Literacy	113
8.2 Entwicklung und Evaluation der psychoedukativen Interventionen	114
8.3 Implikationen	121
8.4 Beitrag der Dissertation zur pädagogisch-psychologischen Forschung und theoretische Einordnung	124
8.5 Limitationen	128
8.6 Ausblick	129
9 Literaturverzeichnis	131
Anhang	159
Anhang A	159
Anhang B	160
Anhang C	162
Anhang D	164
Anhang E	205

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ADKQ	Adolescent Depression Knowledge Questionnaire
ACE	Adverse childhood experiences
APA	American Psychological Association
aOR	Adjusted Odds Ratio
BDNF	Brain-derived neurotrophic factor
DAK	DAK-Gesundheit
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HPA-Achse	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KMK	Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium zur Stichprobenadäquanz
LehrBG	Lehrkräftebildungsgesetz Schleswig-Holstein
M	Mittelwert
MHL	Mental Health Literacy
OR	Odds Ratio
RR	Relative Risk
SELYE	Saving and Empowering Young Lives in Europe
SCS-Y	Self-Compassion Scale for Youth
SCS-Y-G	Self-Compassion Scale for Youth – German
SD	Standardabweichung
WHO	World Health Organization
YAM	Youth Aware of Mental Health

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	<i>Leitende Fragestellungen der dissertationsrelevanten Studien.....</i>	2
Tabelle 2	<i>Übersicht typischer depressiver Symptome im Kindes- und Jugendalter nach Alterskategorien.....</i>	7
Tabelle 3	<i>Übersicht zur Klassifikation depressiver Symptome nach DSM-5 (APA, 2015) und ICD-11 (WHO, 2019).....</i>	8
Tabelle 4	<i>Risikofaktoren für depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter</i>	16
Tabelle 5	<i>Auszug aus den Standards zur Lehrerbildung: Bildungswissenschaften der KMK (2022).....</i>	31
Tabelle 6	<i>Ziele und Allgemeine Grundsätze der KMK-Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule (2012)</i>	33
Tabelle 7	<i>Übersicht über schulische Präventionsprogramme zu Depressionen und anderen psychischen Störungen.....</i>	39
Tabelle 8	<i>Inhalte und didaktische Methoden der Unterrichtseinheit glücklich.....</i>	52
Tabelle 9	<i>Pre-Post-Vergleich des Wissenstests zu Depressionen im Kindes- und Jugendalter in der Pilotierung der Unterrichtseinheit glücklich.....</i>	57
Tabelle 10	<i>Pre-Post-Vergleich der Kategorien in den Fallvignetten in der Pilotierung der Unterrichtseinheit glücklich.....</i>	59
Tabelle 11	<i>Pre-Post Vergleich der Skala Selbstwirksamkeit in der Pilotierung der Unterrichtseinheit glücklich.....</i>	60
Tabelle 12	<i>Pre-Post Vergleich der Skalen des Self-Compassion Questionnaire for Youth – German in der Pilotierung der Unterrichtseinheit glücklich....</i>	61
Tabelle 13	<i>Pre-Post Vergleich einzelner Items des Wissenstests zu Depressionen im Kindes- und Jugendalter in der Evaluation der überarbeiteten Fortbildung</i>	103
Tabelle 14	<i>Pre-Post Vergleich der identifizierten Handlungsoptionen in den Fallvignetten in der Evaluation der überarbeiteten Fortbildung</i>	105

Tabelle 15	<i>Pre-Post Vergleich der Items der Skala Selbstwirksamkeit in der Evaluation der überarbeiteten Fortbildung</i>	106
Tabelle 16	<i>Pre-Post Vergleich der Items auf der Skala Stigma in der Evaluation der überarbeiteten Fortbildung</i>	107

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	<i>Vulnerabilitäts-Stress-Modell der Depression im Kindes- und Jugendalter</i>	14
Abbildung 3	<i>Einfluss von Risiko- und Schutzfaktoren auf die kindliche Entwicklung</i>	18
Abbildung 4	<i>Selbstwirksamkeit im Kontext gesundheitsbezogener Verhaltensänderung</i>	28
Abbildung 5	<i>Klassifikation von Präventionsansätzen nach Gordon (1983)</i>	36
Abbildung 6	<i>Gateway-Provider-Model nach Stiffman et al. (2004)</i>	43

Zusammenfassung

Hintergrund und Zielsetzung. Depressionen im Kindes- und Jugendalter treten zunehmend häufiger auf und können langfristig negative Auswirkungen auf die Entwicklung der Betroffenen haben (Clayborne et al., 2019; Reiß, Kaman et al., 2023). Lehrkräfte können als Gateway-Provider eine zentrale Rolle einnehmen, indem sie betroffene Schülerinnen und Schüler an geeignete Hilfestellen weiterleiten und pädagogisch unterstützen können (Reinke et al., 2011; Stiffman et al., 2004). Für Schülerinnen und Schüler ist das Wissen über und der Umgang mit depressiven Auffälligkeiten (Depression Literacy) unter anderem für ein angemessenes Hilfesuchverhalten wichtig (Wang et al., 2019). Allerdings ist sowohl bei Schülerinnen und Schülern als auch bei Lehramtsstudierenden und Lehrkräften die Depression Literacy häufig gering ausgeprägt, wobei es an fundierten Erkenntnissen mangelt (Dods et al., 2016; Singh et al., 2019). Zudem fehlen trotz Standards und Empfehlungen der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK; 2012, 2022) schulkompatible Präventionskonzepte. Ziel des Dissertationsprojekts **glücklich** war es daher, das Wissen über und den Umgang mit depressiven Symptomen (Depression Literacy) und die depressionsspezifische Selbstwirksamkeit von Schülerinnen und Schülern sowie Lehramtsstudierenden und Lehrkräften differenziert zu erheben sowie ein evidenzbasiertes Präventionskonzept für den Bildungskontext zu entwickeln und evaluieren. Die theoretische Grundlage bilden die Konzepte der Mental Health Literacy (Jorm et al., 1997; Kutcher et al., 2016), das Gateway-Provider-Modell (Stiffman et al., 2004) und die Selbstwirksamkeit als Teil der sozial-kognitiven Theorie (Bandura, 1986).

Methode. Im Rahmen des Dissertationsprojekts **glücklich** wurden zwei zielgruppenspezifische, psychoedukative Interventionen entwickelt: eine Unterrichtseinheit für Schülerinnen und Schüler und eine Fortbildung für Lehramtsstudierende und Lehrkräfte zu Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Beide Maßnahmen wurden in empirischen Studien evaluiert (Grabowski, in Revision, 2021; Grabowski & Greiner, 2024). Zur Erfassung der Depression Literacy und der depressionsspezifischen Selbstwirksamkeit wurden neue,

multidimensionale Messinstrumente für die jeweilige Zielgruppe entwickelt, die Wissenstests, Fallvignetten und Ratingskalen kombinieren.

Ergebnisse. Die Pilotierung der Unterrichtseinheit für Schülerinnen und Schüler zeigte vielversprechende Ergebnisse mit signifikanten Verbesserungen im depressionsbezogenen Wissen, antizipierten Hilfesuchverhalten sowie der depressionsspezifischen Selbstwirksamkeit. Gleichzeitig wiesen geschlechtsspezifische Unterschiede und begrenzte Transferleistungen auf Optimierungspotenziale hin. Die Fortbildung für Lehramtsstudierende und Lehrkräfte führte zu signifikanten Zuwächsen im Wissen und in der Selbstwirksamkeit im Umgang mit depressiven Schülerinnen und Schülern, wobei sich ein begrenzter Praxistransfer zeigte. Die entwickelten Messinstrumente ermöglichen eine differenzierte Erfassung der Depression Literacy und der depressionsspezifischen Selbstwirksamkeit, zeigten jedoch methodische Einschränkungen, die eine weitere Überarbeitung erforderlich machen.

Diskussion. Die Ergebnisse unterstreichen die Umsetzbarkeit und Wirksamkeit schulkompatibler psychoedukativer Interventionen zur Steigerung der Depression Literacy und der depressionsspezifischen Selbstwirksamkeit im schulischen Kontext. Zeitgleich wird die Notwendigkeit gezielter Anpassungen und längsschnittlicher Überprüfungen des Präventionskonzepts **glücklich** deutlich, um die Nachhaltigkeit und den Praxistransfer sicherzustellen. Insgesamt liefert die Dissertation wichtige Impulse für die curriculare Verankerung von Depression Literacy und den Aufbau einer evidenzbasierten schulischen Präventionskultur, die zur Förderung der psychischen Gesundheit zukünftiger Generationen beitragen kann.

Schlüsselwörter: Depression Literacy, Selbstwirksamkeit, Psychoedukative Prävention, Schule, Kindes- und Jugendalter

Summary

Background and Objectives. Depression in childhood and adolescence is becoming increasingly prevalent and can have long-term negative effects on affected individuals' development (Clayborne et al., 2019; Reiß, Kaman et al., 2023). Teachers can play a key role as gateway providers by referring affected students to appropriate support services and providing pedagogical assistance (Reinke et al., 2011; Stiffman et al., 2004). For students, knowledge about and the ability to manage depressive symptoms (depression literacy) are crucial for appropriate help-seeking behavior (Wang et al., 2019). However, depression literacy is often low among students, pre-service teachers, and in-service teachers, and there is a lack of comprehensive research on this topic (Dods et al., 2016; Singh et al., 2019). Furthermore, despite existing standards and recommendations from the Standing Conference of the Ministers of Education and Cultural Affairs of Germany (KMK; 2012, 2022), there is a lack of school-compatible prevention programs. The aim of the dissertation project **glücklich** was to assess depression literacy, the ability to manage depressive symptoms, and depression-specific self-efficacy among students, pre-service teachers, and in-service teachers. Additionally, the project sought to develop and evaluate an evidence-based prevention program for educational settings. The theoretical framework is based on the concepts of mental health literacy (Jorm et al., 1997; Kutcher et al., 2016), the gateway provider model (Stiffman et al., 2004), and self-efficacy as part of social cognitive theory (Bandura, 1986).

Methods. As part of the **glücklich** dissertation project, two target group-specific psychoeducational interventions were developed: a classroom unit for students and a training program for pre-service and in-service teachers on depression in childhood and adolescence. Both interventions were empirically evaluated (Grabowski, submitted, 2021; Grabowski & Greiner, 2024). To assess depression literacy and depression-specific self-efficacy, new multidimensional measurement instruments were developed for each target group, combining knowledge tests, case vignettes, and rating scales.

Results. The pilot study of the student classroom unit showed promising results, with significant improvements in depression-related knowledge, anticipated help-seeking behavior,

and depression-specific self-efficacy. However, gender-specific differences and limited knowledge transfer indicated areas for optimization. The training program for pre-service and in-service teachers led to significant increases in knowledge and self-efficacy in handling depressed students, though practical implementation remained limited. The newly developed measurement instruments provided a differentiated assessment of depression literacy and depression-specific self-efficacy but revealed methodological limitations requiring further refinement.

Discussion. The findings highlight the feasibility and effectiveness of school-compatible psychoeducational interventions aimed at improving depression literacy and depression-specific self-efficacy in educational contexts. At the same time, they underscore the need for targeted adjustments and longitudinal evaluations of the *glücklich* prevention program to ensure sustainability and practical applicability. Overall, this dissertation provides important insights for embedding depression literacy into school curricula and fostering an evidence-based school prevention culture that contributes to the promotion of future generations' mental health.

Keywords: Depression Literacy, Self-efficacy, Psychoeducational Prevention, School, Childhood and Adolescence

Übersicht der dissertationsrelevanten Publikationen

Die vorliegende kumulative Dissertation orientiert sich an der Kriterienliste für kumulative Promotionen in der Sonderpädagogik der Europa-Universität Flensburg (siehe Anhang A) und umfasst drei Publikationen sowie einen Rahmentext. Die Publikationen sind empirische Originalarbeiten, welche in einem inhaltlichen Zusammenhang stehen.

Die Kriterien sehen eine Publikation in Alleinautorinnenschaft bzw. zwei Publikationen in Erstautorinnenschaft vor, von denen mindestens eine in englischer Sprache verfasst sein muss. Zwei der drei vorliegenden Publikationen sind in Alleinautorinnenschaft erstellt, bei allen drei Publikationen liegt die Erstautorinnenschaft vor. Zwei der drei Publikationen wurden auf Englisch verfasst. Weiterhin müssen mindestens zwei der Publikationen veröffentlicht sein und eine darf eingereicht sein. Zwei der vorliegenden Publikationen sind veröffentlicht, eine ist eingereicht (Nachweis zur Einreichung siehe Anhang B).

Der Rahmentext der vorliegenden kumulativen Dissertation enthält Inhalte, die über die in den explizit kenntlich gemachten drei Publikationen hinausgehen. Es werden zusätzliche Studien und deren Ergebnisse im Rahmen des Dissertationsprojekts dargestellt, zudem erfolgt eine kritische Reflexion und Einordnung der Publikationen aus einer übergeordneten Perspektive. Im Folgenden sind die drei Publikationen aufgeführt.

Publikation 1

Grabowski, F. C., Greiner, F. (2024). Depressionsspezifisches Wissen und Hilfesuchverhalten von Jugendlichen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht* 71(2), 116-131.
<https://doi.org/10.2378/peu2024.art12d>

Publikation 2

Grabowski, F. C. (2021). Depression in childhood and adolescence. Development and piloting of a psychoeducational program for the professional development of teachers. *Empirische Sonderpädagogik*, 13 (4), 328-344. <https://doi.org/10.25656/01:24109>

Publikation 3

Grabowski, F. C. (in Revision). Training pre-service teachers on depression in childhood and adolescence: A controlled study. *Teacher Development*.

Erklärung eigenen Beitrags zu Publikationen

Die vorliegende kumulative Dissertation basiert auf drei Publikationen, welche alle in Erstautorinnenschaft erstellt wurden. Im Folgenden wird der eigene Arbeitsanteil an den Publikationen dargestellt. Dabei werden die einzelnen Arbeitsschritte genannt und der jeweilige eigene Arbeitsanteil zugeordnet.

Der hauptsächliche Arbeitsanteil der drei Publikationen, die die Grundlage für die vorliegende Dissertation bilden, lag bei der Doktorandin. Dies betrifft die Konzeption, Literaturrecherche, Studiendurchführung, Datenerhebung, Datenauswertung, Ergebnisdiskussion und das Erstellen der Manuskripte sowie der Revisionen.

Publikation 1. Grabowski, F. C., Greiner, F. (2024). Depressionsspezifisches Wissen und Hilfesuchverhalten von Jugendlichen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht* 71(2), 116-131. <https://doi.org/10.2378/peu2024.art12d>

- i. die Formulierung der Fragestellung (überwiegend)
- ii. die Konzeption der Studie (vollständig)
- iii. die Durchführung und Auswertung der Studie (vollständig)
- iv. das Verfassen des Textes (überwiegend)

Publikation 2. Grabowski, F. C. (2021). Depression in childhood and adolescence. Development and piloting of a psychoeducational program for the professional development of teachers. *Empirische Sonderpädagogik*, 13 (4), 328-344. <https://doi.org/10.25656/01:24109>

- i. die Formulierung der Fragestellung (vollständig)
- ii. die Konzeption der Studie (vollständig)
- iii. die Durchführung und Auswertung der Studie (vollständig)
- iv. das Verfassen des Textes (vollständig)

Publikation 3. Grabowski, F. C. (in Revision). Training pre-service teachers on depression in childhood and adolescence: A controlled study. *Teacher Development*.

- i. die Formulierung der Fragestellung (vollständig)

- ii. die Konzeption der Studie (vollständig)
- iii. die Durchführung und Auswertung der Studie (vollständig)
- iv. das Verfassen des Textes (vollständig)

Weitere Veröffentlichungen im Promotionskontext

Zusätzlich zu den dissertationsrelevanten Publikationen wurden im Rahmen der wissenschaftlichen Tätigkeit weitere Veröffentlichungen mit dem Schwerpunkt Prävention internalisierender Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter erstellt:

Grabowski, F. C. & Castello, A. (2025). Depression. In R. Markowetz, T. Hennemann, G. Casale & D. Hövel (Hrsg.), *Handbuch Förderschwerpunkt emotional-soziale Entwicklung* (1. Aufl.). Beltz Juventa.

Greiner, F. & Grabowski, F. C. (2025). *Schulangst verstehen und pädagogisch begleiten*. Reclam.

Brodersen, G., Grabowski, F.C. & Castello, A. (2024). Schulangst. *PÄDAGOGIK*(3), 48-52.
<https://doi.org/10.3262/PAED2403048>

Grabowski, F. C., Brodersen, G. & Castello, A. (2024). Depressionen und Suizidalität im Kindes- und Jugendalter. *PÄDAGOGIK*(2), 46-50.

<https://doi.org/10.3262/PAED2402046>

Castello, A., Grabowski, F. C., Brodersen, G. (2024). *Depressivität im Schulalter. Fachlich fundiert pädagogisch handeln*. Kohlhammer.

Castello, A., Grabowski, F. C. & Brodersen, G. (2023). Pädagogisches Handeln bei Schulangst und Depressivität. *PÄDAGOGIK*(5), 12-16. <https://doi.org/10.3262/PAED2305012>

Castello, A., Brodersen, G. & Grabowski, F. C. (2022). Förderdiagnostische Zugänge bei internalisierenden Auffälligkeiten. In M. Gebhardt, D. Scheer & M. Schurig (Hrsg.), *Handbuch der sonderpädagogischen Diagnostik. Grundlagen und Konzepte der Statusdiagnostik, Prozessdiagnostik und Förderplanung*. Version 1.0 (S. 383-392). Universität Regensburg. <https://doi.org/10.5283/epub.53149>

Tagungsbeiträge

Teilergebnisse des Dissertationsprojekts wurden auf verschiedenen Tagungen und Konferenzen in den Bereichen Bildungswissenschaft und Psychologie vorgestellt:

Grabowski, F. C. (2025, 28.01.). *Self-Compassion als Resilienzfaktor - Validierung der deutschsprachigen Self-Compassion Scale for Youth* [Vortrag]. 12. Tagung der Gesellschaft für Empirische Bildungsforschung (GEBF), Mannheim.

Grabowski, F. C. & Greiner, F. (2024, 17.09.). *Depressionsspezifisches Wissen und Hilfesuchverhalten von Jugendlichen* [Vortrag]. 53. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), Wien.

Grabowski, F. C. (2023, 04.11.). *Depressionen im Kindes- und Jugendalter - Entwicklung und Evaluation einer psychoedukativen Unterrichtseinheit zur Förderung der Depression Literacy von Jugendlichen* [Vortrag]. Herbsttagung der Arbeitsgruppe Empirische Sonderpädagogische Forschung (AESF), Münster.

Grabowski, F. C. & Greiner, F. (2023, 20.09.). *Depressionen im Kindes- und Jugendalter - Entwicklung und Evaluation einer psychoedukativen Unterrichtseinheit zur Förderung der Depression Literacy von Jugendlichen* [Vortrag]. 19. Fachgruppentagung Pädagogische Psychologie (PAEPS) der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), Kiel.

Grabowski, F. C. (2023, 01.03.). *Depressionen im Kindes- und Jugendalter - Entwicklung und Pilotierung einer psychoedukativen Fortbildung für Lehrkräfte* [Vortrag]. 10. Tagung der Gesellschaft für Empirische Bildungsforschung (GEBF), Bochum.

Grabowski, F. C. (2023, 06.05.). *Wirksamkeit einer pädagogischen Kurzintervention zu Self-Compassion bei Jugendlichen* [Vortrag]. Frühjahrstagung der Arbeitsgruppe Empirische Sonderpädagogische Forschung (AESF), Graz.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund und Relevanz des Themas

Psychische Störungen wie Depressionen treten im Kindes- und Jugendalter immer häufiger auf und betreffen etwa 5-10 % dieser Altersgruppe (Shorey et al., 2022; Wartberg et al., 2018). Gesamtgesellschaftliche Krisenlagen haben die psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen erhöht und das Problem psychischer Störungen und Auffälligkeiten, insbesondere depressiver Symptomatik, verschärft (Reiß, Kaman et al., 2023; Robert Bosch Stiftung, 2024). In der Kindheit und Jugend einsetzende Depressionen persistieren häufig bis ins Erwachsenenalter und führen zu negativen Entwicklungsverläufen mit Einschränkungen der sozialen, beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe (Clayborne et al., 2019). Im schulischen Kontext können sich depressive Symptome wie sozialer Rückzug, Traurigkeit, Reizbarkeit, Antriebslosigkeit und kognitive Beeinträchtigungen negativ auf Leistung und Sozialverhalten auswirken (Verboom et al., 2014).

Trotz der hohen Prävalenz und weitreichenden negativen Folgen wird in Deutschland nur jede bzw. jeder fünfte depressive Jugendliche (psychotherapeutisch) behandelt (Hintz peter et al., 2015). Neben der psychotherapeutischen Unterversorgung gibt es individuelle und strukturelle Barrieren für das Suchen und die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten (Gulliver et al., 2010). Kinder und Jugendliche haben häufig nur begrenztes Wissen über depressive Symptome und Störungen und den Umgang damit (*Depression Literacy*; Singh et al., 2019), was unter anderem auf das Fehlen geeigneter Präventionsprogramme im schulischen Kontext zurückzuführen ist. Zudem sind Betroffene in dieser Altersgruppe oft nicht in der Lage, sich selbstständig Hilfe zu suchen und anzunehmen (Johnson et al., 2023). Sie benötigen die Unterstützung einer erwachsenen Bezugsperson (*Gateway-Provider*), wie z. B. einer Lehrkraft, die über das Wissen verfügt, ein psychisches Gesundheitsproblem und die Notwendigkeit von Hilfe zu erkennen (Stiffman et al., 2004). Trotz der klar definierten Kriterien zu Kompetenzen im Bereich der Prävention und Unterstützung der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK, 2022) fehlt es (angehenden) Lehrkräften häufig an dem notwendigen Wissen, um

depressive Symptome bei Schülerinnen und Schülern zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren (Bilz, 2014). Dieser Mangel ist unter anderem auf das Fehlen systematischer und evaluierte Professionalisierungsangebote zurückzuführen.

1.2 Ziele und Struktur der Dissertation

Die vorliegende kumulative Dissertation präsentiert die Ergebnisse des Projekts **glücklich**, welches den Mangel an schulischen Präventions- und Professionalisierungsangeboten adressiert. Der Aufbau des Projektes folgt einem ganzheitlichen Ansatz, welcher in der initialen Phase der empirischen Grundlagenerarbeitung (siehe Kapitel 2) konzipiert wurde. Hieraus entstanden zwei zentrale Forschungsschwerpunkte. Der erste Schwerpunkt konzentriert sich auf die Depression Literacy von Schülerinnen und Schülern und ihrer depressionsspezifischen Selbstwirksamkeit sowie dem damit einhergehenden Psychoedukations- und Präventionsbedarf. Der zweite Schwerpunkt fokussiert die Depression Literacy und Selbstwirksamkeit im Umgang mit Depressionen bei Schülerinnen und Schülern von (angehenden) Lehrkräften und dem daraus resultierenden Professionalisierungsbedarf.

Zudem erfolgte parallel die Entwicklung zweier Messinstrumente, welche die Depression Literacy und depressionsspezifische Selbstwirksamkeit beider Zielgruppen differenziert erfasst. Die aus den zwei Forschungsschwerpunkten abgeleiteten Fragestellungen finden sich in Tabelle 1.

Tabelle 1

Leitende Fragestellungen der dissertationsrelevanten Studien

Forschungsschwerpunkt 1	Wie ausgeprägt ist die Depression Literacy von Schülerinnen und Schülern, inwieweit kann eine gezielte Unterrichtseinheit diese sowie die depressionsspezifische Selbstwirksamkeit der Zielgruppe verbessern, und wie kann ein geeignetes Messinstrument zur Erhebung der Depression Literacy entwickelt werden?
--------------------------------	---

1.1	Wie ist die Depression Literacy von Schülerinnen und Schülern in Deutschland ausgeprägt?
1.2	Wie kann ein geeignetes Messinstrument zur Erhebung von Depression Literacy und depressionsspezifischer Selbstwirksamkeit von Schülerinnen und Schülern entwickelt werden?
1.3	Welche Effekte hat eine zeitlich effiziente psychoedukative Unterrichtseinheit zu Depressionen im Kindes- und Jugendalter auf die Depression Literacy und depressionsspezifische Selbstwirksamkeit von Schülerinnen und Schülern?
Forschungsschwerpunkt 2	Wie kann eine gezielte psychoedukative Fortbildung die Depression Literacy und Selbstwirksamkeit von Lehramtsstudierenden und Lehrkräften im Umgang mit depressiven Schülerinnen und Schülern fördern, und wie kann ein geeignetes Messinstrument zur Erhebung dieser Konstrukte entwickelt werden?
2.1	Wie kann ein geeignetes Messinstrument zur Erhebung von Depression Literacy und Selbstwirksamkeit im Umgang mit depressiven Symptomen von Lehramtsstudierenden und Lehrkräften entwickelt werden?
2.2	Welche Effekte hat eine zeitlich effiziente psychoedukative Fortbildung zu Depressionen im Kindes- und Jugendalter auf die Depression Literacy von Lehramtsstudierenden und Lehrkräften?
2.3	Welche Effekte hat eine zeitlich effiziente psychoedukative Fortbildung zu Depressionen im Kindes- und Jugendalter auf die Selbstwirksamkeit im Umgang mit depressiven Symptomen von Lehramtsstudierenden und Lehrkräften?

Beide Forschungsschwerpunkte werden im Rahmen des psychoedukativen Präventionsprogramms **glücklich** für Schülerinnen und Schüler sowie Lehramtsstudierende und Lehrkräfte in die Praxis überführt. Aufgrund der unzureichenden Datenlage in Deutschland wurde die Depression Literacy von Jugendlichen untersucht, die Ergebnisse dazu finden sich in Publikation 1 (Kapitel 3; Grabowski & Greiner, 2024). Darauf aufbauend wird die Entwicklung

der Unterrichtseinheit **glücklich** beschrieben und die Ergebnisse der Pilotierung vorgestellt (Kapitel 4). Im Anschluss wird der zweite Forschungsschwerpunkt fokussiert, in dem die Entwicklung und Pilotierung der psychoedukativen Fortbildung für Lehramtsstudierende und Lehrkräfte dargestellt wird (Publikation 2, Kapitel 5; Grabowski, 2021). Die dort präsentierten Ergebnisse bildeten die Grundlage für die Überarbeitung und Weiterentwicklung der Fortbildung, die im Rahmen eines Kontrollgruppen-Designs evaluiert wurde. Die Resultate der kontrollierten Studie sind in Publikation 3 (Kapitel 6; Grabowski, in Revision) zusammengefasst. Diese Ergebnisse dienten wiederum als Basis für eine weitere Überarbeitung des Messinstruments und der Fortbildung. Die Evaluationsergebnisse der überarbeiteten Versionen werden anschließend in Kapitel 7 vorgestellt.

Die zusammenfassende Diskussion in Kapitel 8 fokussiert die Bedeutung der Forschungsergebnisse für künftige Handlungsstrategien im schulischen Umgang mit Depressionen bei Kindern und Jugendlichen und evaluiert, inwiefern das Ziel einer umfassenden Prävention durch Psychoedukation im schulischen Kontext durch **glücklich** erreicht wurde. Zudem werden die Ergebnisse in die pädagogisch-psychologische Forschung eingeordnet und es werden Implikationen für zukünftige Forschungs- und Praxisfelder aufgezeigt. Die Dissertation schließt mit der Darstellung der Limitationen sowie einem Ausblick.

2 Theoretischer Hintergrund

Die folgende theoretische Einführung bildet die Basis für die Entwicklung der psychoedukativen Präventionsansätze zum Thema Depressionen im Kindes- und Jugendalter im Projekt **glücklich**.

2.1 Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Im Folgenden werden Depressionen im Kindes- und Jugendalter unter den Aspekten Symptome und Klassifikation, Prävalenz und Verlauf, Entstehungsbedingungen und Schutzfaktoren beleuchtet.

2.1.1 Symptome und Klassifikation

Im Vergleich zum Erwachsenenalter sind depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen psychopathologisch oft weniger klar erkennbar (Baji et al., 2009). Die Schwere und Anzahl der Symptome können zudem weniger stark ausgeprägt sein als bei Erwachsenen (Kim et al., 2018). Bei Heranwachsenden zeichnen sich depressive Störungen durch eine große Heterogenität und individuelle Variabilität aus, da insbesondere im Kindes- und Jugendalter kognitive, emotionale, soziale und physiologische Veränderungen zeitgleich auftreten (Groen & Petermann, 2011).

Zu den Kernsymptomen depressiver Störungen zählt eine anhaltende, ausgeprägte emotionale Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit (*depressive Verstimmung*), die bei Kindern und Jugendlichen auch als verstärkte Reizbarkeit evident werden kann und im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5; APA, 2015) als spezifisches Symptom im Kindes- und Jugendalter benannt wird. Weitere Kernsymptome umfassen eine eingeschränkte Fähigkeit, Freude und Interesse zu empfinden (*Anhedonie*) sowie einen verminderten Antrieb, reduzierte Aktivität oder eine schnelle Erschöpfbarkeit (*Antriebslosigkeit*) (APA, 2015).

Zusätzlich zu diesen Kernsymptomen treten Symptome in verschiedenen Erlebens- und Verhaltensbereichen auf. Dazu gehören kognitive Veränderungen (z. B. Konzentrations- und Aufmerksamkeitsschwierigkeiten, Entscheidungsprobleme), physiologische Symptome (z. B. Veränderungen im Ess- und Schlafverhalten), ein verändertes emotionales Erleben (z. B. Schuldgefühle, geringes Selbstwertgefühl, Hoffnungslosigkeit) und

Verhaltensänderungen (z. B. Rückzugsverhalten, unruhiges oder verlangsamtes Verhalten). Eine besondere Auffälligkeit besteht in wiederkehrenden negativen, dysfunktionalen Gedanken. Diese können auf die eigene Person, Umwelt oder Zukunft bezogen sein und von abwertenden Selbstbeschreibungen (z. B. „Ich bin dumm.“) bis hin zu suizidalen Gedanken reichen.

Unter Berücksichtigung des Alters lassen sich typische Symptomkomplexe identifizieren (Tabelle 2). Bei Kindern treten insbesondere Traurigkeit, Zurückgezogenheit, somatische Symptome, Reizbarkeit, Müdigkeit, Angst vor dem Tod und ein starkes Empfinden von Langeweile, verbunden mit z. B. geringerer Spielmotivation, auf (Legenbauer & Kölch, 2020). Zudem können vor allem jüngere Kinder wenig Positives berichten. Im Jugendalter hingegen zeigen sich alterstypische Symptome wie selbstverletzendes Verhalten, sozialer Rückzug, Beziehungsprobleme und kontextübergreifende Gereiztheit. Insbesondere bei depressiven Jugendlichen ist suizidales Verhalten (d. h. suizidale Gedanken, Pläne, Versuche) häufig ein Begleitsymptom einer depressiven Störung (Legenbauer & Kölch, 2020).

Depressive Störungen werden als internalisierende Störungen klassifiziert, die neben Depressionen auch Ängste, sozialen Rückzug und psychosomatische Beschwerden umfassen. Diese Störungen zeichnen sich durch nach innen gerichtete Symptome aus, bei denen emotionaler Distress eine zentrale Rolle spielt (Dippel & Asbrand, 2023).

In Bezug auf die Klassifikation depressiver Störungen lässt sich festhalten, dass die Übergänge zwischen unspezifischen Symptomen und einer manifesten depressiven Störung oft fließend sind. Die Abgrenzung von entwicklungstypischem Verhalten im Jugendalter (Adoleszenz) gestaltet sich dabei häufig als Herausforderung. In den standardisierten Klassifikationssystemen DSM-5 (APA, 2015) und International Classification of Diseases-11 (ICD-11; WHO, 2019) wird angenommen, dass sich depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen ähnlich wie bei Erwachsenen manifestieren. Hinsichtlich der Kernsymptomatik unterscheiden sich die beiden Klassifikationssysteme nicht; die diagnostischen Kriterien gelten in beiden Fällen – bis auf wenige entwicklungsbedingte Unterschiede (z. B. Reizbarkeit als Symptom im Jugendalter) – altersübergreifend einheitlich (Tabelle 3; APA, 2015; WHO, 2019).

Zusätzlich erfolgt eine Schweregradeinteilung anhand der Anzahl der Symptome und der damit verbundenen Funktionseinschränkungen im Alltag.

Tabelle 2

Übersicht typischer depressiver Symptome im Kindes- und Jugendalter nach Alterskategorien

Symptom- bereiche	Vorschulalter	Grundschulalter	Jugendalter
Stimmung	<ul style="list-style-type: none"> – Erhöhte Reizbarkeit – Leicht irritierbar – Eingeschränkte Fähigkeit, Freude zu empfinden 	<ul style="list-style-type: none"> – Traurigkeit (kann verbalisiert werden) – Gefühl von Isolation – Suizidale Gedanken 	<ul style="list-style-type: none"> – Apathie – Reizbarkeit – Suizidales Verhalten
Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> – Introvertiert – Reduziertes exploratives Verhalten – Wenig Interesse an Spielaktivität 	<ul style="list-style-type: none"> – Eher aggressives Verhalten – Häufig „Klassenclown“ – Reduziertes Interesse an Hobbys oder sozialen Aktivitäten 	<ul style="list-style-type: none"> – Pessimistische Grundeinstellung – Sozialer Rückzug – Soziale Gehemmtheit – Veränderungen im Schlaf-Wach-Rhythmus
Somatisch	<ul style="list-style-type: none"> – Bauch- und Kopfschmerzen – Verminderter Appetit – Schlafprobleme (Alpträume, Ein- und Durchschlafstörungen) 	<ul style="list-style-type: none"> – Bauch- und Kopfschmerzen – Verändertes Essverhalten – Schlafprobleme (Ein- und Durchschlafstörungen) 	<ul style="list-style-type: none"> – Änderungen im Schlafverhalten – Konzentrations-schwierigkeiten – Zirkadiane Schwankungen des Befindens – Psychosomatische Probleme
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> – Trennungsangst 	<ul style="list-style-type: none"> – Leistungsprobleme 	<ul style="list-style-type: none"> – Leistungsprobleme – Substanzkonsum – Delinquenz

Anmerkung. Eigene, ergänzte Darstellung nach Legenbauer & Kölch (2020).

Die Major Depression bzw. depressive Episode ist die häufigste Form der Depression und tritt in einzelnen oder wiederkehrenden Episoden mit einer Mindestdauer von zwei Wochen auf. Dysthyme Störungen hingegen zeichnen sich durch weniger ausgeprägte depressive Symptome aus, welche im Kindes- und Jugendalter jedoch über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr bestehen bleiben (APA, 2015; WHO, 2019). Kinder und Jugendliche, die an einer dysthymen Störung leiden, empfinden in diesem Zeitraum häufig Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit und ein vermindertes Selbstwertgefühl.

Tabelle 3

Übersicht zur Klassifikation depressiver Symptome nach DSM-5 (APA, 2015) und ICD-11 (WHO, 2019)

ICD-11	DSM-5
Einzelne depressive Episode (6A70)	Major Depression, einzelne Episode (296.2)
– leicht (6A70.0)	– leicht (296.21)
– mittelgradig ohne (6A70.1)/mit psychotischen Symptomen (6A70.2)	– mittelgradig (296.22)
– schwer ohne (6A70.3)/mit psychotischen Symptomen (6A70.4)	– schwer ohne (296.23)/mit psychotischen Symptomen (296.24)
– nicht spezifizierbarer Schweregrad (6A70.5)	– teil-/vollremittiert (296.25, 296.26)
– gegenwärtig teilremittiert (6A70.6)	– unspezifisch (296.27)
– gegenwärtig voll remittiert (6A70.7)	
– sonstige depressive Störung (6A70.Y)	
– nnb (6A70.Z)	
Rezidivierende depressive Episode (6A71)	Major Depression rezidivierend (296.3)
– leicht (6A71.0)	– leicht (296.31)
– mittelgradig ohne (6A71.1)/mit psychotischen Symptomen (6A71.2),	– mittelgradig (296.32)
– schwer ohne (6A71.3)/mit psychotischen Symptomen (6A71.4)	– schwer ohne (296.33)/mit psychotischen Symptomen (296.34)
– nicht spezifizierbarer Schweregrad (6A71.5)	– teil-/vollremittiert (296.35, 296.36)
– gegenwärtig teilremittiert (6A71.6)	– unspezifisch (296.37)
– gegenwärtig voll remittiert (6A71.7)	
– sonstige depressive Störung (6A71.Y)	
– nnb (6A71.Z)	
Dysthyme Störung (6A72)	Affektregulationsstörung (296.99)
Sonstige depressive Störung (6A7Y)	Dysthyme Störung (300.4)
Nnb depressive Störung (6A7Z)	Nnb depressive Störung (311)
Angst und depressive Störung gemischt (6A73)	Anpassungsstörung mit depressiver Verstimmung (309.0) mit Angst und depressiver Störung gemischt (309.24)

Anmerkung. Eigene Darstellung nach Legenbauer und Kölch (2020). ICD: International Classification of Diseases, DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Nnb: nicht näher bezeichnet.

Eine weitere Unterscheidung kann zwischen unipolaren Störungen, die sich ausschließlich durch depressive Episoden auszeichnen, und bipolaren Störungen, die durch den Wechsel zwischen depressiven und manischen Episoden geprägt sind, getroffen werden. Manische Episoden, die mindestens eine Woche andauern, sind durch außergewöhnlich gehobene Stimmung, ausgeprägte innere Unruhe, Rastlosigkeit, impulsives Risikoverhalten

(z. B. riskantes Autofahren oder sexuelles Verhalten) und übersteigertes Selbstbewusstsein charakterisiert (Groen & Petermann, 2013).

Bipolare Störungen treten im Vergleich zu depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen deutlich seltener auf, sind jedoch häufig mit erheblichen Komplikationen verbunden (Cirone et al., 2021). Insbesondere bei dieser Altersgruppe sind die damit einhergehenden Stimmungsschwankungen oft unregelmäßiger und schwerer vorhersehbar als im Erwachsenenalter. Zudem treten die Episoden häufig in kürzeren Abständen auf (rapid cycling), was die Abgrenzung zu externalisierenden Verhaltensstörungen erschwert (McClellan et al., 2007).

2.1.2 Prävalenz, Verlauf und Komorbidität

In Deutschland beträgt die geschätzte Punktprävalenz von Depressionen bei Jugendlichen 8,2 % (Wartberg et al., 2018). Daten der Krankenkasse DAK-Gesundheit (DAK), basierend auf einer Analyse von fast 800.000 Kindern und Jugendlichen, zeigen, dass die Depressionsinzidenz in der frühen Kindheit (bis 9 Jahre) bei etwa 1 % liegt (Witte et al., 2023). Im Alter von 10 bis 14 Jahren steigt die Inzidenz auf 9 %, während sie im Jugendalter (15-19 Jahre) 27,3 % erreicht. Mädchen sind ab dem mittleren Kindesalter doppelt so häufig betroffen wie Jungen (Wartberg et al., 2018; Witte et al., 2023). Aktuelle Daten des DAK-Präventionsradars beziffern das Auftreten depressiver Symptome bei Jungen auf 5 % und bei Mädchen auf 22 % (Hansen et al., 2024). Seit Beginn der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 sind steigende Prävalenzen depressiver Symptomatik und Störungen zu beobachten, die das präpandemische Niveau noch nicht wieder erreicht haben (Reiß, Kaman et al., 2023).

Es gibt zudem Hinweise darauf, dass gegenwärtige gesamtgesellschaftliche Krisen (z. B. bewaffnete Konflikte, Klimakrise, Inflation), zunehmend komplexe Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen haben (Hickman et al., 2021; Peter et al., 2023). Diese Altersgruppe ist von den direkten und indirekten Folgen der Krisen häufig in mehrfacher Hinsicht negativ betroffen.

Depressionsspezifische Erfahrungen entstehen jedoch nicht nur durch das eigene Erleben depressiver Episoden. Das aktuelle Deutschland-Barometer Depression zeigt, dass

knapp die Hälfte der Menschen in Deutschland direkt oder indirekt durch Depressionen im familiären Umfeld betroffen ist (Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, 2024). Besonders im Falle einer doppelten Betroffenheit im Kindes- und Jugendalter kann dies mit erheblichen Belastungen verbunden sein.

Das erstmalige Auftreten depressiver Störungen erfolgt häufig im frühen bis mittleren Jugendalter, obwohl ein Beginn bereits in der Kindheit möglich ist (Groen & Petermann, 2013). Die Dauer einzelner depressiver Episoden variiert individuell stark und kann von wenigen Wochen bis hin zu mehreren Jahren reichen (Groen & Petermann, 2005). Eine Längsschnittstudie mit einer mittleren Nachbeobachtungszeit von 15 Jahren ermittelte eine durchschnittliche Episodenlänge von 6-7 Monaten sowie eine mittlere Zeitspanne zwischen den Episoden von 3-5 Jahren (Kovacs et al., 2016). Kinder und Jugendliche erholen sich zwar schneller von depressiven Episoden als Erwachsene, tragen jedoch ein erhöhtes Rezidivrisiko. Dieses wird auf 25 % innerhalb eines Jahres und 75 % innerhalb von fünf Jahren geschätzt (Klasen et al., 2017).

Das frühe Auftreten einer depressiven Störung gilt als prädiktiver Faktor für den weiteren Verlauf der Erkrankung. Depressive Episoden in der Kindheit oder Jugend sind häufig mit einer ungünstigen Prognose verbunden, die schwerwiegende psychosoziale Beeinträchtigungen im späteren Leben umfasst sowie eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, erneut an Depressionen zu erkranken (Odds Ratio (OR) = 2.78; Johnson et al., 2018; Legenbauer & Kölch, 2020). Eine Episodendauer von mehr als 6 Monaten erhöht zusätzlich das Risiko für eine Chronifizierung (Birmaher et al., 2002). Auch kürzere depressive Episoden im Kindes- und Jugendalter können jedoch durch die damit verbundenen funktionsbeeinträchtigenden Symptome (z. B. Probleme in der Aufmerksamkeit und Konzentration, Leistungseinbruch) erhebliche Auswirkungen, insbesondere auf den schulischen Entwicklungsverlauf, haben (Legenbauer & Kölch, 2020).

Das Risiko für nachteiligere Entwicklungsverläufe von depressiven Kindern und Jugendlichen im Vergleich mit gesunden Gleichaltrigen zeigt sich unter anderem in einer erhöhten Prävalenz komorbider psychischer Störungen, größeren Leistungsdefiziten und

stärkeren sozialen Problemen (Groen & Petermann, 2013). Im schulischen Kontext können sich depressive Symptome negativ auf Leistung und Sozialverhalten auswirken (Verboom et al., 2014). Eine Metaanalyse von Clayborne et al. (2019) ergab zudem, dass depressive Jugendliche ein erhöhtes Risiko haben, die weiterführende Schule nicht abzuschließen (OR = 1.76) und geringere Chancen auf einen Einstieg in postsekundäre Bildung (OR = 0.75). Betroffene junge Menschen zeigen zudem ein höheres Risiko für Arbeitslosigkeit (OR = 1.66) und eine geringere Wahrscheinlichkeit, in Beschäftigung oder tertiärer Bildung tätig zu sein (OR = 0.70). Im Bereich sozialer Beziehungen ist die Wahrscheinlichkeit einer frühen Schwangerschaft und Elternschaft erhöht (OR = 1.38; Clayborne et al., 2019).

Zudem tragen depressive Kinder und Jugendliche ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und einer insgesamt schlechteren Gesundheit (Yu et al., 2017). Längsschnittliche Befunde von Wiehn et al. (2024) geben weitergehend Hinweise darauf, dass erhöhte depressive Symptome in der Adoleszenz die physische gesundheitsbezogene Lebensqualität im jungen Erwachsenenalter verringern.

Darüber hinaus ist bei depressiven Jugendlichen das Risiko für suizidales Verhalten – einschließlich suizidaler Gedanken, Pläne und Versuche – signifikant erhöht (Carballo et al., 2020). Ein Meta-Review von Chesney et al. (2014) zeigt diesbezüglich, dass Depressionen mit einem relativen Sterberisiko (RR) von 1.6 im Vergleich zur gesunden Allgemeinbevölkerung assoziiert sind.

Aufgrund der teilweise überschneidenden Symptome verschiedener psychischer Störungen ist eine sorgsame Differenzialdiagnostik und kontinuierliche Verlaufsbeobachtung unerlässlich (Legenbauer & Kölch, 2020). Beispielsweise kann sich Reizbarkeit insbesondere bei depressiven Jugendlichen als Kernsymptom zeigen, gleichzeitig aber auch bei Störungen des Sozialverhaltens oder Affektregulationsstörungen auftreten. Verbunden mit Angststörungen kann es ebenso wie bei depressiven Störungen zu sozialem Rückzugsverhalten kommen. Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten, die charakteristisch für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) sind, können ebenfalls im Rahmen von Depressionen auftreten. Antriebslosigkeit und ein verändertes

Essverhalten sind nicht nur typische Symptome von Depressionen, sondern treten auch bei Essstörungen auf. Eine korrekte Diagnosestellung und angemessene Therapieempfehlung sind daher besonders wichtig, um eine adäquate Behandlung zu gewährleisten.

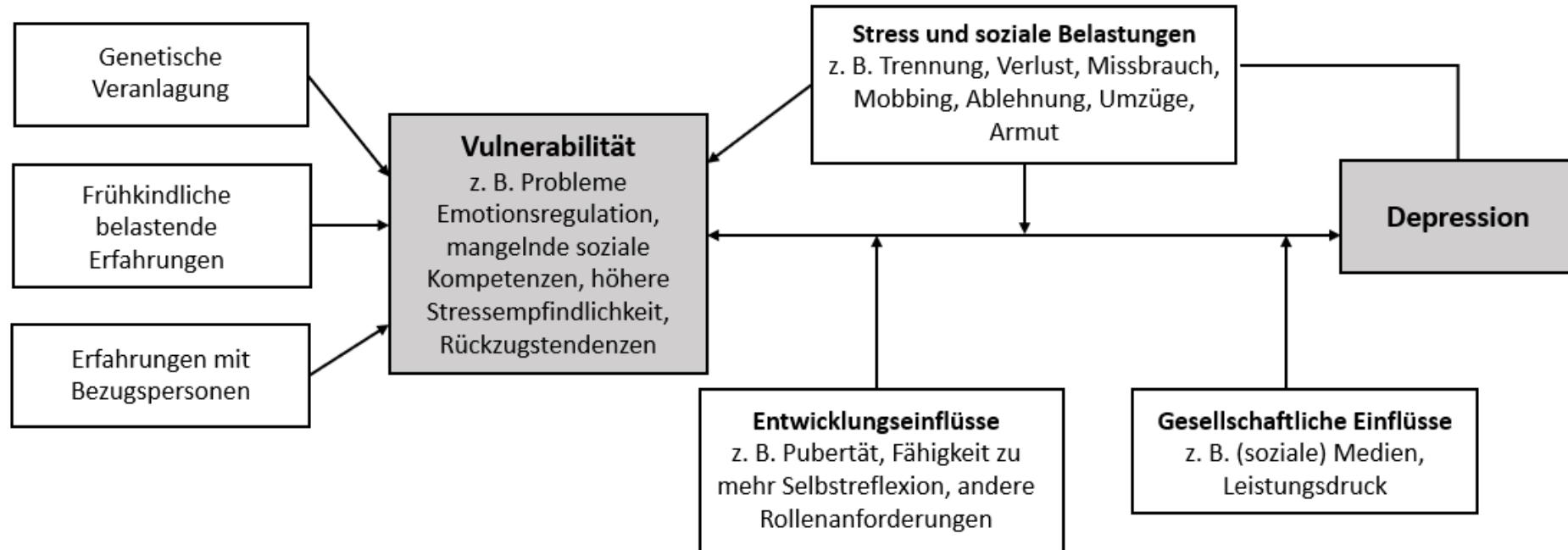
Für einen erfolgreichen Behandlungsverlauf ist nicht nur die differenzialdiagnostische Abklärung der Symptome, sondern auch die Erhebung des Vorliegens weiterer (komorbider) psychischer Störungen von entscheidender Bedeutung. Depressive Kinder und Jugendliche erfüllen in 40-90 % der Fälle die diagnostischen Kriterien für mindestens eine weitere psychischen Störung, und bei circa 50 % treten zwei oder mehr komorbide Störungen auf (Birmaher et al., 2007). Bei Kindern zählen Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Störungen zu den häufigsten Komorbiditäten. Bei Jugendlichen treten hingegen Essstörungen (insbesondere bei Mädchen), Substanzkonsumstörungen sowie Schlafstörungen (vor allem Insomnie) häufig auf (Legenbauer, 2024). Zudem können depressive Störungen als Folge anderer psychischer Störungen auftreten. So konnte eine Studie von Yu et al. (2017), die die Daten dreier längsschnittlicher Kohortenstudie analysierte, zeigen, dass depressive Störungen im Verlauf externalisierender Störungen mit einem adjusted Odds Ratio (aOR) von 1.7-2.1 auftreten. Dabei bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Art der komorbiden Störung: Mädchen zeigen häufiger komorbide Angststörungen und Essstörungen, während bei Jungen Störungen des Sozialverhaltens häufiger gemeinsam mit Depressionen diagnostiziert werden (Essau & Chang, 2009).

2.1.3 Entstehungsbedingungen und Risikofaktoren

Verschiedene Entwicklungswege sowie die Interaktion biologischer, sozialer und psychologischer Faktoren können bei Kindern und Jugendlichen zu Depressionen führen (Multifinalität). Neben monokausalen Theorien gewinnt die Forschung zum Zusammenspiel biopsychosozialer Faktoren zunehmend an Bedeutung. Insbesondere integrative, entwicklungsbezogene Modelle bieten Ansätze, um die Entstehung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter ganzheitlich zu verstehen (z. B. Barrocas & Hankin, 2011; Ingram & Luxton, 2005).

Ein integratives Modell stellt das Vulnerabilitäts-Stress-Modell dar. Dabei wird angenommen, dass dispositionelle Faktoren, Temperamentsmerkmale sowie ungünstige Bindungs- und Erziehungserfahrungen in Kombination mit einer unzureichenden Befriedigung grundlegender Bedürfnisse in der frühen Kindheit zu einer erhöhten psychologischen Verletzlichkeit (Vulnerabilität) führen (Groen & Petermann, 2013). Diese Vulnerabilität kann sich auf verschiedenen Ebenen manifestieren, zum Beispiel durch eine ungünstige Emotionsregulation, negative Affektivität, erhöhte Stressreakтивität, dysfunktionale kognitive Muster oder Defizite in sozialen Fähigkeiten und Problemlösekompetenzen. Auf dieser Grundlage können die spezifischen Herausforderungen der Adoleszenz – darunter körperliche und soziale Veränderungen sowie negative Lebensereignisse und Stress, insbesondere im zwischenmenschlichen Bereich – das Risiko für die Entstehung einer Depression erhöhen. Zusätzliche Belastungen wie Mobbing können diesen Prozess weiter begünstigen (Abbildung 1; Groen & Petermann, 2013).

Depressive Symptome sowie negative Erlebens- und Verhaltensmuster werden folgend im Sinne eines Teufelskreises verstärkt. Zudem führen depressive Symptome oft zu weiteren Schwierigkeiten und Belastungen, wie zwischenmenschlichen Konflikten oder schulischen Problemen, durch die die Depression weiter aufrechterhalten wird (Groen & Petermann, 2013).

Abbildung 1*Vulnerabilitäts-Stress-Modell der Depression im Kindes- und Jugendalter*

Anmerkung. Eigene, ergänzte Abbildung nach Groen und Petermann (2011).

Der Einfluss aktueller gesellschaftlicher Veränderungen durch die Nutzung sozialer Medien auf die Entwicklung depressiver Symptome und Störungen bei Kindern und Jugendlichen ist bislang durch eine sehr heterogene Studienlage schwer abschätzbar (Ivie et al., 2020; McCrae et al., 2017; Saleem et al., 2024). Eine Meta-Analyse von Ivie et al. (2020) von 12 Studien ergab eine kleine, aber signifikante positive Korrelation ($r = .11$) zwischen der Nutzung sozialer Medien und depressiven Symptomen bei Jugendlichen. Die hohe Heterogenität der Studien deutet jedoch darauf hin, dass weitere Faktoren wie die spezifische Nutzungsart diese Beziehung moderieren könnten. Ein systematisches narratives Review von Saleem et al. (2024) ergab diesbezüglich, dass eine problematische Nutzung sozialer Medien mit depressiven Symptomen assoziiert ist, die Nutzungsdauer bei Mädchen dabei konsistenter mit Depressionen stand als bei Jungen und Schlafmangel, sozialer Vergleich, Feedback-suchendes Verhalten, körperliche Aktivität, soziale Unterstützung und die Art der Social-Media-Nutzung als vermittelnde und moderierende Mechanismen fungierten. Es gibt zudem Hinweise darauf, dass bestimmte soziale Plattformen wie TikTok, Instagram und YouTube stärker mit erhöhten depressiven Symptomen bei Jugendlichen in Verbindung stehen als Snapchat und X (ehemals Twitter). Dieser Zusammenhang wird jedoch durch Faktoren wie Geschlecht und Persönlichkeit moderiert (Gentzler et al., 2023).

Darüber hinaus weisen Befunde darauf hin, dass die Nutzung von sozialen Medien nicht nur mit Zunahmen in depressiven Symptomen, sondern auch mit suizidalem Verhalten im Jugendalter in Verbindung steht (Twenge et al., 2018).

Die Risikofaktoren für die Entwicklung einer depressiven Störung sind vielfältig und wirken auf komplexe Weise zusammen. Tabelle 4 bietet eine Übersicht über die wichtigsten auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren depressiver Störungen. Unklar ist bislang, welche Faktoren dem Beginn depressiver Störungen vorausgehen, begleitende Symptome darstellen oder zu deren Aufrechterhaltung beitragen.

Tabelle 4*Risikofaktoren für depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter*

Biologische Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> – Alter (je älter, desto höher das Risiko) – Weibliches Geschlecht (ab Adoleszenz doppelt so viele Mädchen betroffen) – Hormonelle Veränderungen während Adoleszenz – Anomalien im Hirnstoffwechsel (z. B. Serotoninmangel) – Anomalien im Gehirn (z. B. vermindertes Volumen von Hippocampus und präfrontalem Kortex, veränderte Konnektivität kortikaler Areale) – Hyperaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HPA-Achse) und Störung der Funktion des Glukokortikoidrezeptors – Niedriger brain-derived neurotrophic factor (BDNF) – Erhöhte biologische Stressempfindlichkeit – Genetische Transmission durch depressives Elternteil
Kognitiv-emotionale Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> – Ungünstige mentale Verarbeitungs- und Bewertungsmuster (z. B. selektiv negative Wahrnehmung) – Negative Einstellungen bezüglich sich selbst, anderen und der Zukunft – Hoffnungslosigkeit – Ungünstige Attributionsstile – Niedriges Selbstwertgefühl – Wenig Kontrollüberzeugung – Dysfunktionale Kognitionen – Ungünstige Emotionsregulation und negative Affektivität – Mangelnde Problemlösefähigkeiten
Familiäre Faktoren und Eltern-Kind-Interaktion	<ul style="list-style-type: none"> – Geringe Bindungsqualität zwischen Eltern und Kind (z. B. geringe emotionale Verfügbarkeit und Unterstützung, mangelnde Fürsorge, wenig Kommunikation, fehlendes Einfühlungsvermögen) – Verzerrte intrafamiliäre Kommunikations- und Bewältigungsstrategien – Adverse childhood experiences (ACE; z. B. Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch, Gewalt in der Familie, Drogenprobleme in der Familie, Gefängnisaufenthalt eines Familienmitgliedes) – Trennungen und Verlusterfahrungen (z. B. Tod eines Familienmitglieds, Scheidung der Eltern) – Affektive oder andere psychische Störungen eines Elternteils

Familiäre Faktoren und Eltern-Kind-Interaktion	– Andere familiäre Belastungen (z. B. Ehe- und Erziehungsstreitigkeiten, Armut)
Soziale Faktoren und Peer-Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> – Geringe soziale Kompetenzen – Wenige enge Beziehungen und Freundschaften mit Peers – Ablehnung und Isolation – Mobbing – Belastende Erfahrungen im Freundeskreis (z. B. Streit, Trennung, Krankheit)
Kritische Lebensereignisse und Stress	<ul style="list-style-type: none"> – Schulische Unter- und Überforderung – Belastende Ereignisse und Erfahrungen (z. B., körperliche Krankheit, Krankenhausaufenthalt, Umzug, Armut)

Anmerkung. Eigene, ergänzte Tabelle nach Groen & Petermann (2013) und Legenbauer & Kölch (2020).

Die Adoleszenz stellt eine besonders kritische Phase für die Entwicklung von Depressionen dar. In dieser Lebensspanne beginnen Jugendliche, ein stabileres Selbstbild und Zukunftsperspektiven zu entwickeln, während sie gleichzeitig mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert sind (Herpertz-Dahlmann et al., 2013). Körperliche Veränderungen, die in ein neues Körper- und Selbstbild integriert werden müssen, sowie hormonelle Schwankungen, die die Stimmung beeinflussen können, prägen diese Phase. Darüber hinaus stellen spezifische Entwicklungsanforderungen, wie steigende schulische Erwartungen, die Ablösung von den Eltern und der Aufbau enger Beziehungen zu Gleichaltrigen potenzielle Belastungen dar, die zu Überforderung und Versagenserfahrungen führen können (Conley & Rudolph, 2009). Generell steigt das Risiko für eine depressive Episode mit der Anzahl der kumulierten Risikofaktoren.

2.1.4 Schutzfaktoren

Als Schutzfaktoren werden Faktoren definiert, „die die Auftretenswahrscheinlichkeit von [psychischen] Störungen vermindern, indem sie zur Entwicklung von Ressourcen beitragen bzw. eine solche Entwicklung erleichtern“ (Bengel et al., 2009, S. 23). Resilienz wird in diesem Zusammenhang als eine dynamische Fähigkeit verstanden, die sich im Laufe der Zeit durch die Interaktion zwischen Individuum und Umwelt entwickelt und somit zeitlich variabel ist (Rönnau-Böse et al., 2022). Schutzfaktoren sollten dabei aber nicht als das Fehlen von

Risikofaktoren interpretiert werden, nach Laucht (1999) sollten vielmehr die folgenden Kriterien erfüllt sein:

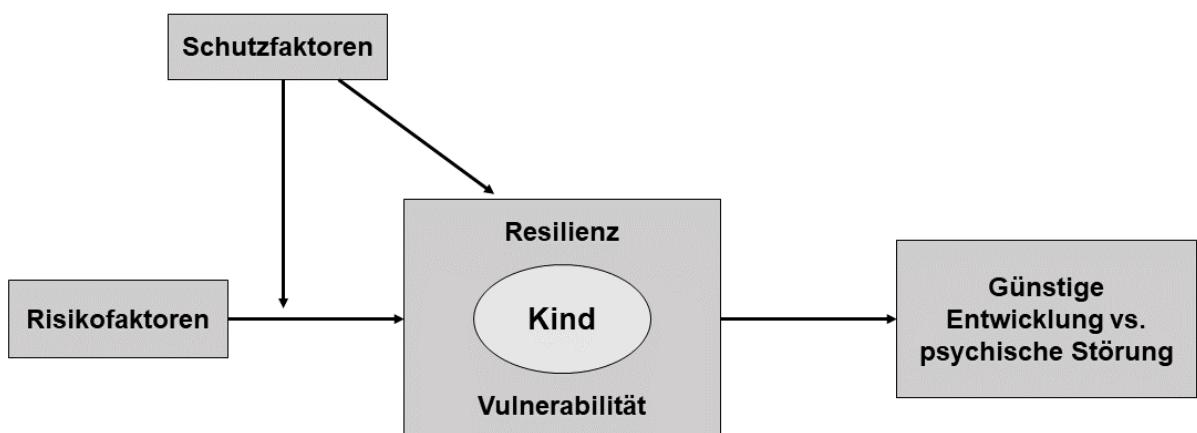
1. Abgrenzung gegenüber Risikofaktoren
2. Nachweis eines Puffereffekts
3. Abgrenzung gegenüber Kompetenzen des Kindes
4. Nachweis einer zeitlichen Priorität

Darüber hinaus zählen zu den Schutzfaktoren auch solche, die unabhängig vom Risikopotenzial einer Situation eine positive Entwicklung begünstigen (Bengel et al., 2009).

Abbildung 2 veranschaulicht das Zusammenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren sowie weiteren Entwicklungseinflüssen auf die Entwicklung eines Kindes. Nach Petermann und Winkel (2005) moderieren Schutzfaktoren die Beziehung zwischen Risikofaktoren und psychischen Störungen. Für eine zuverlässige Prognose der Entwicklung eines Kindes genügt es jedoch nicht, lediglich das Verhältnis von Risiko- und Schutzfaktoren zu berücksichtigen. Der Verlauf der Entwicklung wird zusätzlich von individueller Vulnerabilität und Resilienz beeinflusst (siehe Abbildung 1).

Abbildung 2

Einfluss von Risiko- und Schutzfaktoren auf die kindliche Entwicklung



Anmerkung. Eigene, angepasste Abbildung nach Bengel et al. (2009) und Petermann & Winkel (2005).

Die Einteilung in personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren ist üblich (Gamezy, 1985; Masten, 2001). Personale Schutzfaktoren sind größtenteils angeboren und bilden die Grundlage für individuelle Unterschiede in Resilienz und Vulnerabilität von Kindern im Umgang mit potenziell gesundheits- und entwicklungsgefährdenden Ereignissen und Situationen (Hölling & Schlack, 2008). Zu den personalen Schutzfaktoren zählen Optimismus, der durch ein generelles Vertrauen geprägt ist, dass sich Dinge positiv entwickeln, unabhängig von bisherigen Erfahrungen oder eigenen Anstrengungen (Scheier & Carver, 1985). Auch ein hohes intellektuelles Potenzial, ein ausgeglichenes Temperament sowie eine hohe Selbstwirksamkeit gelten als schützende Faktoren (Hölling & Schlack, 2008). Selbstwirksamkeit wird als den Glauben einer Person in ihre Fähigkeit, die notwendigen Handlungen auszuführen, notwendige Handlungen auszuführen, um Ziele zu erreichen oder Herausforderungen zu bewältigen definiert und ist eine relativ stabile Persönlichkeitseigenschaft (Bandura, 1997). Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen hoher Selbstwirksamkeit und niedrigeren Depressionsleveln bei Kindern und Jugendlichen (Ehrenberg et al., 1991; Muris, 2002; Muris et al., 2016; Tahmassian & Jalali Moghadam, 2011). Weitere personale Schutzfaktoren umfassen interne Kontrollüberzeugungen, realistische Selbsteinschätzung und Zielorientierung, Selbstbewusstsein, Selbstkontrolle, Selbstregulation, aktive Bewältigungsstrategien sowie soziale Kompetenz (Askeland et al., 2020; Bengel et al., 2009; Herman-Stahl & Petersen, 1996).

Einen weiteren Schutzfaktor stellt das Konzept des Selbstmitgefühls dar, welches aufgrund der Integration in die Unterrichtseinheit **glücklich** für Schülerinnen und Schüler (Kapitel 4) im Folgenden ausführlicher dargelegt wird. Selbstmitgefühl ist ein aus der buddhistischen Philosophie abgeleitetes Konzept und wird definiert als die Fähigkeit, sich selbst gegenüber freundlich, verständnisvoll und unterstützend zu sein, insbesondere in schwierigen Situationen (Neff, 2003). Selbstmitgefühl ist ein vielschichtiges Konstrukt, bei dem nach Neff (2016) drei Dimensionen mit jeweils einem Antagonisten unterschieden werden – wie Menschen emotional auf Leiden reagieren, wie sie ihre Notlage kognitiv verstehen, und wie sie dem Leiden Aufmerksamkeit schenken:

1. *Selbstfreundlichkeit*: Beinhaltet die Haltung, sich selbst Freundlichkeit und Verständnis entgegenzubringen.
2. *Selbstverurteilung*: Der negative Gegenpart zur Selbstfreundlichkeit, charakterisiert durch strenge Beurteilung und Kritik an sich selbst.
3. *Verbindende Menschlichkeit*: Die Anerkennung, dass Leiden und Fehler universelle menschliche Erfahrungen sind.
4. *Isolation*: Das Gefühl der Einsamkeit und Abgetrenntheit von anderen, das entsteht, wenn man seine eigenen Erfahrungen als einzigartig und isolierend betrachtet.
5. *Achtsamkeit*: Bezieht sich auf ein ausgewogenes Bewusstsein für negative Emotionen – sie weder überzubetonen noch zu unterdrücken.
6. *Überidentifizierung*: Die Neigung, von eigenen Gedanken und Gefühlen überwältigt zu werden, was eine übertriebene emotionale Reaktion zur Folge hat.

Im Kindes- und Jugendalter ist Selbstmitgefühl besonders relevant, da es mit der Fähigkeit verbunden ist, negative Emotionen zu regulieren und Selbstkritik zu reduzieren – beides Risikofaktoren für Depressionen (Marsh et al., 2018). Es kann als adaptive Emotionsregulationsstrategie dienen, die in Belastungssituationen positive, selbstbezogene Emotionen fördert (Berking & Whitley, 2014; Castello, 2020). Eine Meta-Analyse von Ewert et al. (2021) zeigt in diesem Zusammenhang, dass Selbstmitgefühl sowohl mit emotionsorientiertem Coping als auch problemorientiertem Coping in einem positiven Zusammenhang steht ($r = .31$ bzw. $r = .21$).

Weitergehend konnte gezeigt werden, dass Kinder und Jugendliche mit höherem Selbstmitgefühl seltener depressive Symptome aufweisen, da sie resilenter gegenüber Stress und sozialen Herausforderungen sind (Pullmer et al., 2019). Dabei wirkt Selbstmitgefühl wie ein „emotionaler Puffer“, der negative Gedanken und Gefühle abmildert und so das Risiko für depressive Episoden senkt (Bluth & Blanton, 2014; Marsh et al., 2018). Selbstmitgefühl wird dabei nicht als unveränderliche Persönlichkeitseigenschaft verstanden, sondern kann geübt und gefördert werden (Neff, 2023). Förderprogramme, die das Selbstmitgefühl gezielt stärken, haben sich als wirksam erwiesen, um das psychische Wohlbefinden von Jugendlichen zu

verbessern und depressive Symptome zu reduzieren (Bluth & Blanton, 2015; Ferrari et al., 2019; Neff & Germer, 2013). Dabei zeigt sich, dass bereits einfache Übungen und kurze Interventionen positive Effekte haben können (Arimitsu & Hofmann, 2017; Dundas et al., 2017).

In Bezug auf familiäre Schutzfaktoren sind Aspekte des Familienklimas, wie Kohäsion und ein positives oder autoritatives Erziehungsverhalten (z. B. Anregung, Ermutigung, gute Kommunikation, Eltern als Vorbilder), besonders bedeutsam. Eine sichere Bindung sowie positive Beziehungen zu Eltern und Geschwistern spielen ebenfalls eine zentrale Rolle (Askeland et al., 2020; Bengel et al., 2009; Darling, 1999; Klasen et al., 2017).

Schutzfaktoren im sozialen Umfeld umfassen Unterstützung durch Eltern, Lehrkräfte und andere Erwachsene. Insbesondere ab dem Jugendalter gewinnen unterstützende Beziehungen zu Peers an Bedeutung (Askeland et al., 2020; Hölling & Schlack, 2008). Auch die Qualität der besuchten Bildungsinstitution sowie die Einbindung in prosoziale Gruppen können sich schützend auf die Entwicklung auswirken (Bengel et al., 2009).

Auch hinsichtlich Schutzfaktoren zeigen sich mögliche Geschlechterunterschiede. Befunde zeigen, dass positive Peer-Beziehungen bei Jungen schützen können, während bei Mädchen kohäsive Familienbeziehungen bedeutsamer sind (Askeland et al., 2020; Rubin et al., 1992). Zudem wird angenommen, dass Schutzfaktoren altersabhängig wirken. Erste Befunde zur Altersspezifität deuten darauf hin, dass Schutzfaktoren in verschiedenen Entwicklungsabschnitten in einem transaktionalen Verhältnis zueinanderstehen (Bengel et al., 2009).

2.2 Mental Health Literacy – Depression Literacy

Im Folgenden wird das Konzept der Mental Health Literacy (MHL; deutsch: psychische Gesundheitskompetenz) historisch hergeleitet, auf Depressionen bezogen und um zielgruppenspezifische Erkenntnisse ergänzt.

2.2.1 Historische Entwicklung und Definition

Mental Health Literacy ist ein Konzept, das seinen Ursprung im Bereich der Gesundheitsforschung und der Health Literacy (Deutsch: Gesundheitskompetenz) hat. Die

Entwicklung von Health Literacy wurde durch Studien beeinflusst, die einen Zusammenhang zwischen niedrigem funktionalen Bildungsstand und schlechten Gesundheitsresultaten aufzeigen (DeWalt et al., 2004; Parker, 2000). In der ursprünglichen Definition bezog sich Health Literacy primär auf den Gesundheitsbereich und konzentrierte sich auf die Fähigkeit von Individuen, medizinische Informationen zu verstehen und effektiv anzuwenden, insbesondere im Hinblick auf die korrekte Einnahme von Medikamenten (Urstad et al., 2022).

In den letzten Jahren hat sich das Verständnis von Health Literacy zu einem umfassenderen Konzept entwickelt, das als entscheidend für die Verbesserung individueller Gesundheitsresultate, die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten und die Optimierung von Gesundheitssystemen sowie der Gesundheitspolitik angesehen wird (Institute of Medicine, 2012; Kickbusch, 2013). Die Betrachtung von Health Literacy hat sich somit von einem Risikofaktor zu einer Ressource entwickelt, die durch Bildungsmaßnahmen gezielt gestärkt werden kann (Nutbeam, 2008). Das erweiterte Konzept umfasst die folgenden Aspekte (Kickbusch, 2013):

1. Die notwendigen Kompetenzen, um Gesundheit zu erlangen und zu erhalten sowie Krankheiten frühzeitig zu erkennen.
2. Das Wissen darüber, wie und wo Gesundheitsinformationen und -dienste zugänglich sind und wie diese bewertet werden können.
3. Die Fähigkeit, verschriebene Behandlungen korrekt anzuwenden.
4. Das Verstehen von Rechten im Zusammenhang mit Gesundheit und Gesundheitsversorgung.
5. Die Kompetenz, für Verbesserungen im Gesundheitswesen einzutreten und soziale Ressourcen zu nutzen (z. B. Aufbau von sozialem Kapital).

Das Konzept der Mental Health Literacy, das aus dem der Health Literacy entstanden ist, befindet sich ebenfalls in einer konstanten Weiterentwicklung. Ursprünglich definierten Jorm et al. (1997) Mental Health Literacy als Wissen und Überzeugungen über psychische Störungen, die deren Erkennung, Behandlung oder Prävention fördern. In einer späteren

Erweiterung schloss Jorm (2012) Wissenskomponenten ein, die der psychischen Gesundheit anderer Personen zugutekommen, darunter:

1. Wissen darüber, wie man psychische Störungen verhindern kann,
2. die Fähigkeit, Störungen in ihrer frühen Entstehung zu erkennen,
3. Wissen über wirksame Selbsthilfestrategien bei leichten bis mittelschweren psychischen Problemen und
4. Erste-Hilfe-Fähigkeiten für psychische Krisen anderer.

Kutcher et al. (2016) erweiterten das Konzept um die praktischen und sozialen Dimensionen des Hilfesuchverhaltens und der Reduzierung von Stigmatisierung, welche historisch häufig separat betrachtet wurde. Darüber hinaus ergänzten sie die von Jorm (2012) benannten Selbsthilfestrategien auf das breitere Konzept des Hilfesuchverhaltens.

Mental Health Literacy kann durch spezifische Interventionen gestärkt werden. Ähnlich wie bei Interventionen zur Health Literacy ist es dabei entscheidend, dass Mental Health Literacy-Programme sowohl kontextspezifisch (z. B. in alltäglichen Situationen entwickelt und anwendbar) als auch entwicklungsspezifisch sind (z. B. altersgerecht für die Zielgruppe). Zudem sollten sie effektiv in soziale und organisatorische Strukturen wie Schulen integriert werden können (Kutcher et al., 2016). Am Beispiel von Lehrkräften bedeutet dies, dass Mental Health Literacy-Programme inhaltlich auf die spezifischen Anforderungen ihrer Berufsgruppe zugeschnitten sein müssen, da sie in anderen Kontexten arbeiten und dadurch unterschiedliches Wissen und Strategien benötigen als beispielsweise Rettungskräfte (Kutcher et al., 2015).

Eine störungsspezifische Mental Health Literacy in Bezug auf Depressionen wird als Depression Literacy bezeichnet (Singh et al., 2019). Dieses Konzept ist besonders bedeutsam, da eine angemessene Depression Literacy dazu beitragen kann, Prävention, Früherkennung, Interventionen und die Prognose von Depressionsverläufen zu verbessern (Burns & Rapee, 2006; Coles et al., 2016; Singh et al., 2019). Die definierten Facetten von Mental Health Literacy lassen sich spezifisch auf Depression Literacy übertragen. Zu Beginn der Forschung im Bereich Depression Literacy lag der Fokus häufig auf der geringen Ausprägung dieser

Kompetenz als Risikofaktor. In den letzten Jahren hat sich die Perspektive jedoch verschoben: Depression Literacy wird zunehmend als veränderbarer Schutzfaktor angesehen, der gezielt durch Bildungsmaßnahmen gefördert werden kann (Singh et al., 2019). Das dieser Dissertation zugrundeliegende Projekt **glücklich** hat daran anschließend explizit eine Stärkung der Depression Literacy bei Schülerinnen und Schülern sowie Lehramtsstudierenden und Lehrkräften zum Ziel.

2.2.2 *Messinstrumente zur Erhebung von Depression Literacy*

Zur Erhebung von Depression Literacy existiert bislang kein standardisiertes Messinstrument, das in der Forschung allgemein verwendet wird (Coughlan et al., 2024; Mansfield et al., 2020; Singh et al., 2019; Wei et al., 2015). In den vorhandenen Fragebögen, wie dem englischsprachigen Adolescent Depression Knowledge Questionnaire (ADKQ; Hart et al., 2014) und der Depression Literacy Scale Deutsch (D-Lit Scale Deutsch; Freitag et al., 2018), wird Depression Literacy überwiegend durch Wissensfragen und – im Fall des ADKQ – auch durch einstellungsbezogene Fragen zu Fallvignetten erfasst. Das Verständnis von Depression Literacy hat sich in den letzten Jahren jedoch erweitert, sodass die bestehenden Fragebögen nicht alle relevanten Komponenten vollständig abdecken.

Aus diesem Grund wurden im Rahmen des Projekts **glücklich** spezifische Messinstrumente entwickelt, die auf einem umfassenderen Konzept von Depression Literacy basieren. Diese wurden zielgruppenspezifisch für Schülerinnen und Schüler sowie für Lehramtsstudierende und Lehrkräfte angepasst (siehe Kapitel 3, 4 und 5; Grabowski, in Revision, 2021; Grabowski & Greiner, 2024).

2.2.3 *Depression Literacy von Schülerinnen und Schülern*

Die Depression Literacy bei Jugendlichen wurde von Singh et al. (2019) in einem systematischen Review auf Basis von 50 Studien untersucht. Die Analyse zeigte eine erhebliche Heterogenität sowohl in den untersuchten Komponenten als auch in den verwendeten Messinstrumenten, wobei nur wenige Studien ein Gesamtniveau der Depression Literacy berichteten. Insgesamt zeigte sich, dass weibliche Jugendliche tendenziell besser dazu in der Lage sind, depressive Symptome zu erkennen als männliche Jugendliche.

Typische Symptome, die von Jugendlichen wahrgenommen werden, umfassen insbesondere Suizidgedanken, Gefühle von Wertlosigkeit, vermindertes Interesse an Aktivitäten, Gewichtsverlust und Schlaflosigkeit. Darüber hinaus betrachten die meisten Jugendlichen unterstützende Maßnahmen der Ersten Hilfe und Selbsthilfeinterventionen als hilfreiche Ansätze zur Reduzierung von Depressionen. Die Mehrheit der Jugendlichen gab an, bei Depressionen Hilfe suchen zu wollen, zog jedoch informelle Unterstützungsquellen wie den Freundeskreis formellen Hilfsangeboten wie therapeutischer Unterstützung vor. Dabei wurden häufiger einstellungsbezogene als strukturelle Hindernisse in der Hilfesuche genannt. Hinsichtlich der Stigma-Komponente wurde häufiger von einem stärkeren wahrgenommenen Stigma als von persönlichem Stigma berichtet. Insgesamt zeigte der Review, dass die Depression Literacy von Jugendlichen häufig niedrig ausgeprägt ist (Singh et al., 2019).

Eine ausgeprägte Depression Literacy ist bei Jugendlichen ein bedeutsamer Prädiktor für ihr psychisches Wohlbefinden und ein angemessenes Hilfesuchverhalten (Bjørnsen et al., 2019; Lam, 2014; Wang et al., 2019). In Deutschland fehlen Studien zur Depression Literacy von Jugendlichen, obwohl diese für die Entwicklung zielgruppenspezifischer psychoedukativer Maßnahmen unerlässlich sind. Dies wird zusätzlich dadurch erschwert, dass länderbezogene Unterschiede bestehen und internationale Befunde nicht 1:1 auf Deutschland übertragen lassen (Singh et al., 2019). Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen des Projekts **glücklich** eine Studie zum depressionsspezifischen Wissen und Hilfesuchverhalten von Jugendlichen in Deutschland durchgeführt (siehe Kapitel 3; Grabowski & Greiner, 2024).

2.2.4 Depression Literacy von Lehramtsstudierenden und Lehrkräften

Eine hohe Depression Literacy ist für Lehramtsstudierende und Lehrkräfte essentiell, um Schülerinnen und Schüler mit depressiven Symptomen angemessen und kompetent zu unterstützen. Derzeit gibt es jedoch nur wenige spezifische Erkenntnisse zur Depression Literacy dieser Gruppen; bestehende Studien konzentrieren sich meist auf die allgemeinere Mental Health Literacy (Dods, 2016; Yamaguchi et al., 2021).

Hinsichtlich der Depression Literacy von Lehramtsstudierenden ist die Forschungslage bisher begrenzt. Einzelne Studien zeigen, dass Lehramtsstudierende zwar über Wissen zu

psychischen Störungen verfügen, sich aber oft nicht ausreichend informiert fühlen, um die psychische Gesundheit ihrer Schülerinnen und Schüler angemessen unterstützen zu können (Dods, 2016). Darüber hinaus deuten einzelne Befunde darauf hin, dass Lehramtsstudierende depressive Symptome bei Kindern häufig auf familiäre Probleme und bei Jugendlichen auf Substanzmissbrauch zurückführen. Dennoch werden Kinder und Jugendliche mit depressiven Symptomen von Lehramtsstudierenden als besonders interventionsbedürftig eingeschätzt (Whitley & Gooderham, 2016).

Die Forschung zu Depression Literacy bei Lehrkräften fokussiert sich meist auf Teilaspekte des Konzepts und ist begrenzt, weshalb sich im Folgenden auch auf Befunde zur Mental Health Literacy gestützt wird. Für Lehrkräfte ist die Identifikation depressiver Symptome bei Schülerinnen und Schülern besonders anspruchsvoll, da sich depressive Störungen je nach Lebensphase grundlegend in Ausprägung, Behandlung und Prävention unterscheiden (Johnson et al., 2023). Obwohl die meisten Lehrkräfte angeben, in der Lage zu sein, psychische Gesundheitsprobleme zu erkennen, fühlen sie sich oft unzureichend auf den Umgang damit im schulischen Alltag vorbereitet – insbesondere bei internalisierenden Problemen wie Depressionen (Elyamani et al., 2024; Greiner & Kuhl, 2023; Gunawardena et al., 2024; Hartmann et al., 2020; Reinke et al., 2011; Splett et al., 2019). Typische depressive Symptome werden häufig fälschlicherweise als entwicklungstypisches Verhalten interpretiert (Ahnert et al., 2016; Bilz, 2014; Crundwell & Killu, 2010). Zudem werden externalisierende Probleme von Lehrkräften oft als schwerwiegender wahrgenommen als internalisierende Symptome wie Depressionen (Loades & Mastroyannopoulou, 2010).

In Bezug auf das Hilfesuchverhalten und die multiprofessionelle Zusammenarbeit berichten Lehrkräfte, vorwiegend schulintern zu kooperieren (Greiner & Kuhl, 2023). Es zeigt sich diesbezüglich, dass Erwachsene mit höher ausgeprägter Mental Health Literacy eher passende Interventionen empfehlen und psychische Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen (Ohan et al., 2008). Eine verbesserte Mental Health Literacy von Lehrkräften trägt weiterhin dazu bei, psychische Probleme bei Schülerinnen und Schülern frühzeitig zu erkennen und gezielt Unterstützung anzubieten, wodurch Entwicklungsverläufe positiv beeinflusst werden

können (Cruz et al., 2021). Dies reduziert das Risiko unbehandelter psychischer Störungen, die zu schulischen, sozialen und gesundheitlichen Problemen führen können (Clayborne et al., 2019). Eine geringe Mental Health Literacy hingegen birgt das Risiko, dass Lehrkräfte internalisierendes Verhalten falsch interpretieren und wichtige Interventionsmöglichkeiten verpassen (Gaier, 2015).

Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen des Projektes **glücklich** die Depression Literacy von Lehramtsstudierenden und Lehrkräften differenziert erfasst (siehe Kapitel 5 und 6; Grabowski, in Revision, 2021), um eine zielgruppenspezifische Anpassung der Fortbildung vornehmen zu können (Kapitel 7).

2.3 Selbstwirksamkeit im Umgang mit psychischen Auffälligkeiten

2.3.1 *Selbstwirksamkeit als Teil der sozial-kognitiven Theorie (Bandura, 1986)*

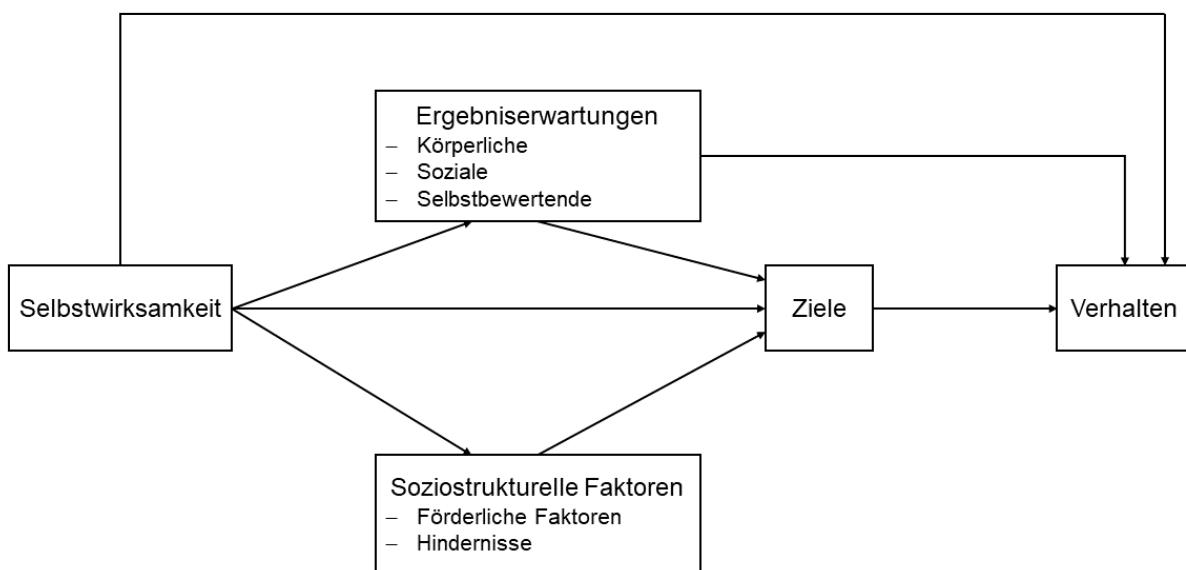
Selbstwirksamkeit ist eine Komponente der sozial-kognitiven Theorie (Bandura, 1986), welche im Folgenden skizziert wird. Im Gegensatz zur Konditionierung stellt die sozial-kognitive Theorie das lernende Individuum in den Mittelpunkt, während objektive Anreizstrukturen wie Belohnung oder Bestrafung eine weniger zentrale Rolle spielen. Lernen kann sowohl durch eigene Erfahrungen entstehen – indem Individuen aus den Konsequenzen ihres Handelns Schlüsse ziehen und zukünftiges Verhalten anpassen – als auch durch die Beobachtung anderer. Letzteres ist der weitaus häufigere Lernprozess, bei dem Menschen Verhaltensmodelle in ihrer sozialen Umwelt nachahmen. Damit Beobachtungslernen erfolgreich stattfinden kann, sind bestimmte kognitive Fähigkeiten erforderlich – dazu gehört die Fähigkeit Beobachtungen zu symbolisieren, Reflexionsfähigkeit besitzen und die Fähigkeit zur Selbstregulation haben (Bandura, 2009). Ein zentraler Aspekt von Banduras (2009) theoretischen Überlegungen ist, dass Verhalten nicht monokausal bestimmt wird. Stattdessen entsteht es aus einem Zusammenspiel verschiedener Einflussfaktoren, die sowohl im Individuum selbst liegen (z. B. Persönlichkeit) als auch von Umweltbedingungen abhängen (z. B. Gruppennormen). Verhalten, individuelle Dispositionen und Umwelt stehen in einer wechselseitigen Beziehung: Durch ihr Verhalten können Individuen ihre Umgebung aktiv

beeinflussen, was wiederum neue Umweltbedingungen schafft, die möglicherweise eine Anpassung des eigenen Verhaltens erfordern (Schemer & Schäfer, 2017).

In der sozial-kognitiven Theorie wird herausgestellt, dass psychosoziale Faktoren eine entscheidende Rolle bei Verhaltensänderungen spielen. Um gesundheitsbezogene Verhaltensmodifikationen zu fördern, ist es zunächst essenziell, Wissen über die Folgen gesundheitsschädlicher Gewohnheiten zu vermitteln. Ebenso wichtig ist das Verständnis darüber, wie sich Risiken durch alternative Verhaltensweisen minimieren lassen (Schemer & Schäfer, 2017). Allerdings stellt Wissen allein eine notwendige, jedoch keine ausreichende Bedingung für eine Verhaltensänderung dar (Lehrer et al., 2023). Die erfolgreiche Umsetzung erfordert eine Vielzahl kognitiver, sozialer, verhaltensbezogener und selbstregulatorischer Kompetenzen (Bandura, 1997). Ein zentraler Einflussfaktor in diesem Prozess ist die Selbstwirksamkeit, die als vermittelnde Instanz zwischen Wissen, Fähigkeiten und tatsächlichem Verhalten fungiert. Die Selbstwirksamkeit kann gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen dabei unmittelbar beeinflussen (Rimal, 2000). Neben einem direkten Einfluss kann Selbstwirksamkeit auch über Zielsetzungen, Ergebniserwartungen und soziostrukturale Faktoren das Verhalten beeinflussen (Abbildung 3).

Abbildung 3

Selbstwirksamkeit im Kontext gesundheitsbezogener Verhaltensänderung



Anmerkung. Eigene Darstellung nach Bandura (2004).

Nachfolgend wird das Konzept der Selbstwirksamkeit depressionsspezifisch auf beide im Projekt **glücklich** untersuchten Zielgruppen – Schülerinnen, Schüler und (angehende) Lehrkräfte – bezogen.

2.3.2 *Selbstwirksamkeit von Schülerinnen und Schülern im Umgang mit psychischen Auffälligkeiten*

Die Selbstwirksamkeit ist ein zentraler und modifizierbarer Faktor für das psychische Wohlbefinden von Jugendlichen (siehe Kapitel 2.1.4). Sie spielt eine entscheidende Rolle bei der Bewertung von Belastungen und steht in engem Zusammenhang mit psychischer Gesundheit und Wohlbefinden (Luszczynska et al., 2005; Sandin et al., 2015; Schönfeld et al., 2016). Studien zeigen, dass eine höhere Selbstwirksamkeit mit niedrigeren Ausprägungen internalisierender Symptome wie Depression und Angst (Cherewick et al., 2024; Comunian, 1989; Kwasky & Groh, 2014; Luszczynska et al., 2005; Tahmassian & Jalali Moghadam, 2011) sowie mit positiven Indikatoren psychischer Gesundheit, wie Optimismus und Lebenszufriedenheit, assoziiert ist (Azizli et al., 2015; Luszczynska et al., 2005).

Abgrenzend von der generellen Selbstwirksamkeit wird die spezifische Selbstwirksamkeit beschrieben, die sich auf bestimmte Handlungsfelder bezieht, wie zum Beispiel den Umgang mit depressiven Symptomen (Sandin et al., 2015). Die Entwicklung von Selbstwirksamkeit während der Adoleszenz wird durch das dynamische Zusammenspiel individueller Fähigkeiten und Umweltfaktoren geprägt, welches wiederum Verhaltensmuster in spezifischen Kontexten beeinflusst.

Selbstwirksamkeitsüberzeugungen sind dynamisch und können durch Erfolgserfahrungen sowie soziale Interaktionen gestärkt oder geschwächt werden. Dabei spielen die spezifischen Voraussetzungen der Zielgruppe eine entscheidende Rolle (Bandura, 1997; Maddux & Gosselin, 2003). Eine Veränderung der Selbstwirksamkeit hängt maßgeblich von der Interpretation früherer und aktueller Erfahrungen durch die betroffene Person ab (Tsang et al., 2012). Ein fundiertes Verständnis der Entwicklung von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen bietet vielversprechende Ansätze zur gezielten Förderung der spezifischen Selbstwirksamkeit im Jugendalter. In diesem Zusammenhang konnten

Studien zeigen, dass Interventionen zur Förderung spezifischer Selbstwirksamkeit in dieser Altersgruppe positive Effekte erzielen (Efthymiou et al., 2021; Fang et al., 2021).

Ein Ziel des Projektes **glücklich** ist es daher, im Rahmen der psychoedukativen Unterrichtseinheit die spezifische Selbstwirksamkeit von Schülerinnen und Schülern in Bezug auf den Umgang mit Depressionen gezielt zu stärken (Kapitel 4).

2.3.3 Selbstwirksamkeit von Lehrkräften im Umgang mit psychischen Auffälligkeiten

Neben der Depression Literacy ist die Selbstwirksamkeit von Lehrkräften im Umgang mit psychischen Auffälligkeiten wie depressiven Symptomen von entscheidender Bedeutung. Die Teacher Mental Health Self-Efficacy (Deutsch: Selbstwirksamkeit von Lehrkräften im Umgang mit psychischen Auffälligkeiten) ist eine spezifische Form der Selbstwirksamkeit, wie sie ursprünglich von Bandura (1997) definiert wurde. Sie bezieht sich auf das Vertrauen von Lehrkräften in ihre Fähigkeit, die psychischen Gesundheitsbedürfnisse ihrer Schülerinnen und Schüler erfolgreich zu unterstützen (Brann et al., 2021). Es konnte gezeigt werden, dass Lehrkräfte im Allgemeinen eine geringere Selbstwirksamkeit bei der Erkennung internalisierender Symptome, wie sie mit Depressionen einhergehen, aufweisen als bei externalisierenden Symptomen. Zudem fühlen sich viele Lehrkräfte unsicher, wenn es darum geht, mit Eltern über psychische Probleme zu sprechen oder betroffene Schülerinnen und Schüler akademisch angemessen zu unterstützen (Brann et al., 2021; Walter et al., 2006).

Nach der sozial-kognitiven Theorie kann eine gezielte Schulung zum Thema Depressionen im Kindes- und Jugendalter die Selbstwirksamkeit der Lehrkräfte stärken und ihr unterstützendes Verhalten positiv beeinflussen (Brann et al., 2022).

Relevant in diesem Zusammenhang ist die unterschiedliche Wahrnehmung der Selbstwirksamkeit zwischen Lehramtsstudierenden und erfahrenen Lehrkräften: Lehramtsstudierende betrachten ihre Selbstwirksamkeit als veränderbarer als erfahrene Lehrkräfte (Bandura, 1997). Diese Erkenntnis unterstreicht die Notwendigkeit, Professionalisierungsangebote individuell anzupassen, um sowohl die Bedürfnisse angehender als auch erfahrener Lehrkräfte zu berücksichtigen.

Ein zentrales Ziel des Projektes **glücklich** ist es, im Rahmen der psychoedukativen Fortbildung die Selbstwirksamkeit von (angehenden) Lehrkräften im Umgang mit depressiven Auffälligkeiten zielgruppengerecht zu stärken.

2.4 Präventionsansätze im schulischen Kontext

Die Schule ist ein zentraler Lebensraum für Kinder und Jugendliche, der sowohl Bildungs- als auch Entwicklungsaufgaben erfüllt. Lehrkräfte spielen dabei eine entscheidende Rolle – nicht ausschließlich in der Vermittlung von Wissen, sondern ebenso in der sozialen und emotionalen Entwicklung ihrer Schülerinnen und Schüler. Angesichts steigender Prävalenzen psychischer Gesundheitsprobleme wie Depressionen im Kindes- und Jugendalter sowie einer unzureichenden Inanspruchnahme von Hilfe rücken schulische Präventionsmaßnahmen zunehmend in den Fokus.

Die „Standards für die Lehrerbildung: Bildungswissenschaften“ (KMK, 2022) betonen in diesem Kontext die Verantwortung von Lehrkräften, Beeinträchtigungen frühzeitig zu erkennen, präventiv tätig zu werden und durch gezielte Maßnahmen die Entwicklung der Schülerinnen und Schüler zu fördern. In den festgeschriebenen Kompetenzbereichen wird der Präventions- und Unterstützungsaufrag durch Lehrkräfte deutlich (Tabelle 5).

Tabelle 5

Auszug aus den Standards zur Lehrerbildung: Bildungswissenschaften der KMK (2022)

Kompetenzbereich	Standards bezüglich Prävention
Kompetenz 4: Lehrkräfte kennen die sozialen, kulturellen und technologischen Lebensbedingungen, etwaige Benachteiligungen, Beeinträchtigungen und Barrieren von und für Schülerinnen und Schüler(n) und nehmen im Rahmen der Schule Einfluss auf deren individuelle Entwicklung (S. 9)	<p>Theoretische Bildungsabschnitte</p> <p>Die Absolventinnen und Absolventen ...</p> <ul style="list-style-type: none"> – kennen pädagogische, soziologische und psychologische Theorien der Entwicklung und der Sozialisation von Kindern und Jugendlichen. – kennen etwaige Benachteiligungen von Schülerinnen und Schülern beim Lernprozess und Möglichkeiten der pädagogischen Hilfen und Präventivmaßnahmen. <p>[...]</p> <p>Praktische Bildungsabschnitte</p> <p>Die Absolventinnen und Absolventen ...</p>

Kompetenzbereich	Standards bezüglich Prävention
<p>Kompetenz 6:</p> <p>Lehrkräfte finden alters- und entwicklungspsychologisch adäquate Lösungsansätze für Schwierigkeiten und Konflikte in Schule und Unterricht und tragen zu einem wertschätzenden Umgang bei. (S. 10)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – erkennen Benachteiligungen, Beeinträchtigungen sowie Barrieren, realisieren pädagogische Unterstützung und Präventionsmaßnahmen. Sie nutzen hierbei die Möglichkeiten der Kooperation mit anderen Professionen und Einrichtungen. – unterstützen Schülerinnen und Schüler individuell und arbeiten mit Eltern vertrauensvoll zusammen. – beachten die soziale und kulturelle Diversität in der jeweiligen Lerngruppe. – [...] (S. 9)
	<p>Theoretische Bildungsabschnitte</p> <p>Die Absolventinnen und Absolventen ...</p> <ul style="list-style-type: none"> – [...] – kennen Risiken sowie Potenziale im Kindes- und Jugendalter sowie Präventions-, Interventions- und Unterstützungsmöglichkeiten. – analysieren Konflikte und kennen Methoden der konstruktiven Konfliktbearbeitung sowie des Umgangs mit Gewalt und Diskriminierung. – [...] <p>Praktische Bildungsabschnitte</p> <p>Die Absolventinnen und Absolventen ...</p> <ul style="list-style-type: none"> – gestalten soziale Beziehungen und soziale Lernprozesse in Unterricht und Schule. – [...] – wenden im konkreten Fall Strategien und Handlungsformen der Konfliktprävention und -lösung an. – [...] (S. 10)

Anmerkung. Eigene Tabelle mit Kürzungen nach KMK (2020, S. 9-10, 15). KMK: Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland.

Weitergehend wird im Kompetenzbereich 10 auf die unabdingbare Nutzung „individuelle[r] und kooperative[r] Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten“ hingewiesen (KMK, 2022, S. 15).

Die KMK veröffentlichte mit den „Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule“ (KMK, 2012) ein weiteres zentrales Dokument, das die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention als Kernaufgaben von Schule hervorhebt. Darin wird betont, dass Schulen nicht nur Orte des Lernens sind, sondern auch eine wichtige Rolle bei der Sensibilisierung für gesundheitsrelevante Themen, einschließlich psychischer Gesundheit, einnehmen. Gesundheitsförderung und Prävention werden dabei nicht als Zusatzaufgaben verstanden, sondern als integrale Bestandteile des Schulentwicklungsprozesses. Die Empfehlungen der KMK erkennen weiterhin an, dass sich die Herausforderungen in der Gesundheitsförderung verändert haben und sich im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit eine Verschiebung von akuten zu chronischen Erkrankungen (z. B. Allergien, Diabetes mellitus, Asthma bronchiale) sowie von somatischen zu psychischen Störungen (z. B. Depressionen, Essstörungen, Suchtmittelmissbrauch und Selbstverletzungen) zeigt (KMK, 2012). In den Empfehlungen werden allgemeine Ziele und Grundsätze für die Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule verfasst, die in Tabelle 6 zusammengefasst sind.

Tabelle 6

Ziele und Allgemeine Grundsätze der KMK-Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule (2012)

Ziele -	<ul style="list-style-type: none"> – werden als grundlegende Aufgaben schulischer und außerschulischer Arbeit wahrgenommen,
Gesundheits- förderung und Prävention	<ul style="list-style-type: none"> – greifen aktuelle bildungspolitische Entwicklungen auf (z. B. Selbstständige Schule, Ganztag, Inklusion, Integration, gendersensible Pädagogik, Bildung für nachhaltige Entwicklung),
	<ul style="list-style-type: none"> – <i>eröffnen Schülerinnen und Schülern, Lehrkräften und dem sonstigen pädagogischen Personal die Möglichkeit, Kompetenzen zu gesunden Lebensweisen und zu einer gesundheitsfördernden Gestaltung ihrer Umwelt zu erwerben,</i> <i>Kompetenzerwerb</i>
	<ul style="list-style-type: none"> – <i>berücksichtigen aktuelle gesundheitliche Belastungen, z. B. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit,</i>

Ziele - Gesundheitsförderung und Prävention	– beziehen die Einstellungen sowie die lebensweltlichen und sozialräumlichen Voraussetzungen der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien mit ein.	Sozialraum- und Lebensweltbezug
Allgemeine Grundsätze - Generell soll darauf geachtet werden, dass Gesundheitsförderung und Prävention	<ul style="list-style-type: none"> – <i>verhaltensorientiert sind und damit den Kompetenzerwerb der Schülerinnen und Schüler unterstützen,</i> – <i>verhältnisorientiert sind und die räumlichen sowie sozialen Bedingungen der Lebenswelt Schule berücksichtigen,</i> – <i>partizipativ angelegt werden, die Bedarfe und Bedürfnisse der Schülerinnen und Schüler sowie der anderen schulischen Akteure berücksichtigen und konkrete Lebensweltbezüge aufweisen,</i> – unterschiedliche Lebensstile und Bedürfnisse von Mädchen und Jungen sowie von Kindern und Jugendlichen unterschiedlicher familiärer, sozialer und kultureller Herkunft berücksichtigen, – <i>die Gesundheitsressourcen und -potenziale der Schülerinnen und Schülern sowie der Lehrkräfte und des sonstigen schulischen Personals stärken,</i> – Kinder und Jugendliche frühzeitig in ihren Lebenskompetenzen stärken und sie dabei unterstützen, den Einstieg in den Konsum legaler und illegaler Suchtmittel bzw. suchtriskante Verhaltensweisen zu vermeiden bzw. hinauszuzögern, – übergreifende Themen wie Ernährungs- und Verbraucherbildung, Bewegungsförderung, <i>psychische Gesundheit</i>, Gewalt- und Unfallprävention sowie Erste Hilfe integrieren. 	<ul style="list-style-type: none"> Verhaltensorientierung Verhältnisorientierung Partizipation Lebensstil und Herkunft Ressourcenstärkung Stärkung von Lebenskompetenzen Integration übergreifender Themen

Anmerkung. Eigene Tabelle mit Kürzungen nach KMK (2012, S. 3-4). In Kursiv sind für das Projekt **glücklich** relevante Themen. KMK: Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland.

Trotz der Bedeutung psychischer Gesundheitsthemen, die in den Empfehlungen der KMK betont wird, fehlt eine konkrete Empfehlung zur Integration dieser Themen in schulinterne Curricula. Stattdessen werden Fortbildungen für Lehrkräfte als „wesentlicher Baustein“ hervorgehoben (KMK, 2012, S. 5). Darüber hinaus wird auf die Relevanz interprofessioneller

Netzwerke hingewiesen, die sowohl schulinterne als auch externe Stellen einbeziehen, sowie auf die nachhaltige Kooperation mit außerschulischen Anlaufstellen.

Ein weiterer relevanter Anknüpfungspunkt ist der „Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ (Schaeffer et al., 2018). Obwohl der Schwerpunkt dieses Dokuments auf der Förderung der Health Literacy (Gesundheitskompetenz) liegt, werden psychische Gesundheitsthemen am Rande thematisiert. Der Aktionsplan empfiehlt, „das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage [zu] versetzen, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen“ (Schaeffer et al., 2018, S. 31). Zudem wird festgestellt, dass „das Bildungssystem [...] viele Ansatzpunkte [bietet], um die Gesundheitskompetenz zu fördern“ (Schaeffer et al., 2018, S. 31).

Eine konkrete Umsetzungsmöglichkeit der aufgeführten Empfehlungen und Pläne bieten Präventionsprogramme im Bereich der psychischen Gesundheit, einschließlich der Prävention depressiver Störungen. Diese können je nach Ansatz unterschiedliche Zielgruppen ansprechen. Ein etabliertes Modell zur Klassifikation solcher Maßnahmen ist das dreiteilige Modell von Gordon (1983), das ursprünglich für die Prävention körperlicher Erkrankungen entwickelt wurde, jedoch auch auf psychische Störungen anwendbar ist.

Wie in Abbildung 4 dargestellt, unterscheidet das Modell zwischen universeller, selektiver und indizierter Prävention, die sich jeweils an unterschiedliche Teile der Bevölkerung richtet, basierend auf deren Risikostatus und dem erforderlichen Präventionsbedarf. Es demonstriert die Annahme, dass das Erkrankungsrisiko durch gezielte Präventionsstrategien – universelle, selektive und indizierte Prävention – verringert werden kann. Die einzelnen Präventionsstrategien werden dabei wie folgt klassifiziert:

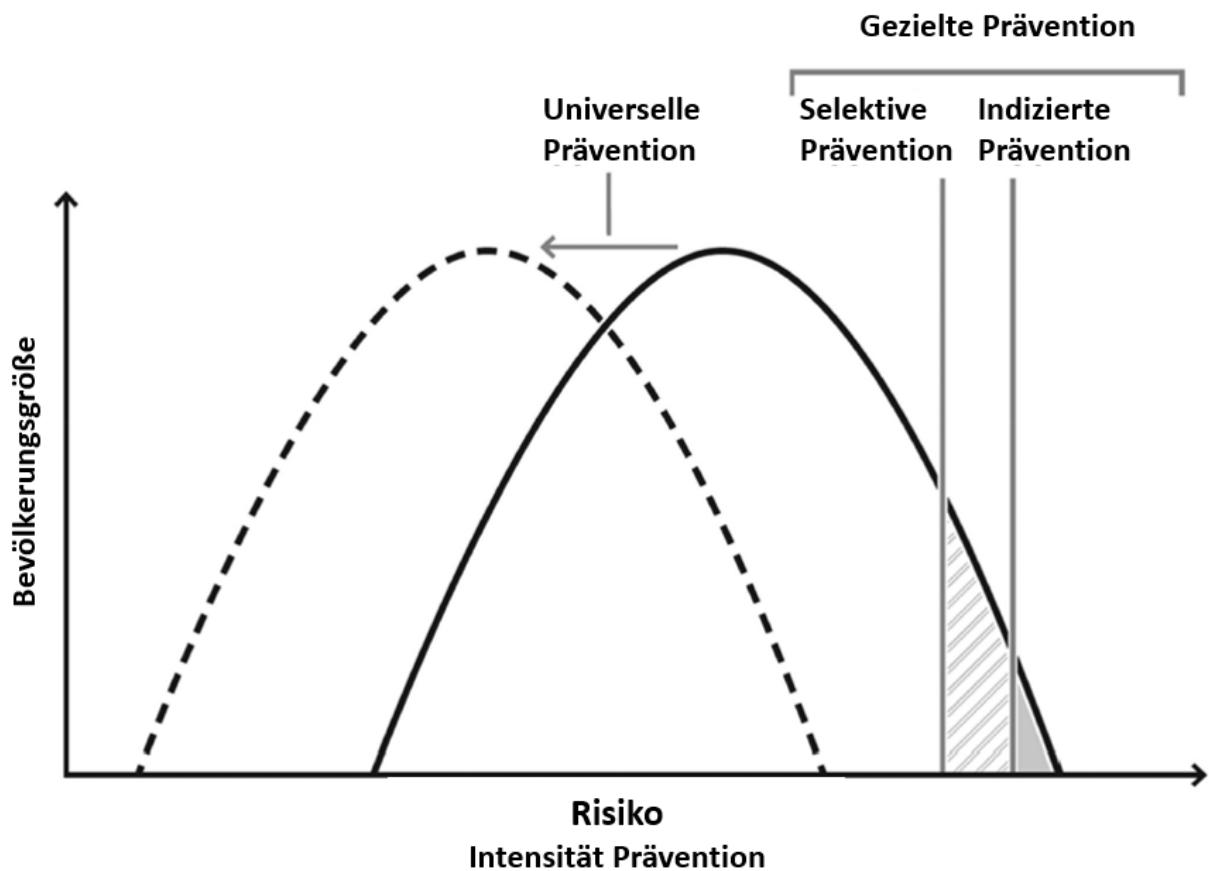
- *Universelle Prävention* richtet sich an eine unselektierte Zielgruppe, wie beispielsweise Kinder und Jugendliche in Schulen. Ziel ist es, Risikofaktoren zu reduzieren und Schutzfaktoren aufzubauen, um die Entstehung psychischer Störungen vorzubeugen (Franzkowiak, 2022).
- *Selektive Prävention* adressiert Bevölkerungsgruppen mit spezifischen Entwicklungsrisiken, um das psychische Störungsrisiko, das durch diese Faktoren

entsteht, zu verringern. Beispiele hierfür sind Kinder mit chronischen Krankheiten, Kinder, die den Verlust eines Elternteils erlebt haben, oder Kinder mit einem depressiven Elternteil. Gezielte Aufklärungsprogramme können betroffene Familien unterstützen, indem sie den Eltern helfen, besser mit ihren Kindern zu kommunizieren, deren Bedürfnisse zu verstehen und eigene depressive Symptome zu reduzieren (Beardslee, 2009).

- *Indizierte Prävention* wird eingesetzt, wenn bereits erste Symptome, wie depressive Symptome, vorhanden sind. Ziel ist es, eine weitere Verschlechterung zu verhindern und frühzeitig zu intervenieren (Groen & Petermann, 2013; Schulte-Körne & Schiller, 2012).

Abbildung 4

Klassifikation von Präventionsansätzen nach Gordon (1983)



Anmerkung. Eigene, angepasste Abbildung nach Fusar-Poli et al. (2021).

Programme zur universellen und gezielten Depressionsprävention verfolgen das Ziel, individuelle Risiken für Depressionen zu minimieren und persönliche Schutzfaktoren sowie Stärken zu entwickeln oder zu fördern. Dazu gehören unter anderem die Vermittlung von Störungswissen, die Förderung sozialer Kompetenzen, der Umgang mit negativen Gefühlen sowie die Stärkung von Resilienzfaktoren (Groen & Petermann, 2013; Pössel et al., 2004).

Psychoedukation spielt im Zusammenhang der Depressionsprävention eine zentrale Rolle (Bevan-Jones et al., 2018). Der Begriff wird definiert als eine systematische, didaktisch-psychotherapeutisch aufbereitete Maßnahme, die darauf abzielt, Betroffene und ihre Angehörigen über die psychische Störung sowie mögliche Behandlungsformen zu informieren (Bäuml et al., 2015; Petermann & Bahmer, 2009). Darüber hinaus dient Psychoedukation dazu, das Verständnis für die Störung zu fördern, einen selbstverständlichen Umgang damit zu unterstützen und die Bewältigung der Störung zu erleichtern. Im präventiven Kontext profitieren nicht nur Betroffene, sondern auch gesunde Personen und ihre Betreuungspersonen von psychoedukativen Ansätzen (Petermann & Bahmer, 2009). Präventive Psychoedukation für Kinder und Jugendliche zielt insbesondere darauf ab, den Umgang mit Risikofaktoren zu verbessern und die Resilienz zu stärken.

2.4.1 Präventionsansätze für Schülerinnen und Schüler

Angesichts des aktuellen Anstiegs depressiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen bieten schulbasierte, universelle Präventionsprogramme eine wirksame Methode, um Schülerinnen und Schüler über Depressionen aufzuklären und ihr Hilfesuchverhalten zu fördern. Ein wesentlicher Vorteil universeller Präventionsprogramme in der Schule ist, dass sie alle Schülerinnen und Schüler erreichen und somit keine Stigmatisierung Einzelner erfolgt. Darüber hinaus kann der Klassenzusammenhalt gestärkt werden, was zu einem unterstützenden sozialen Umfeld beiträgt (Curran & Wexler, 2017). Zudem können gefährdete Schülerinnen und Schüler, die psychische Unterstützung benötigen, frühzeitig identifiziert werden (Feiss et al., 2019). Das schulische Umfeld bietet somit einen optimalen Kontext für die Umsetzung solcher universeller Präventionsprogramme, da es einen strukturierten Rahmen für Aufklärung und Unterstützung bereitstellt. Die

Implementierung gesundheitsförderlicher Präventionsprogramme wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Eine Befragung von 5006 Schulleitungen durch Dadaczynski & Hering (2021) zeigte, dass die Umsetzung von Maßnahmen im Rahmen einer gesundheitsfördernden Schule maßgeblich von den konkreten Maßnahmen sowie dem dafür erforderlichen Kapazitätsaufbau abhängt. Ein niedriger Umsetzungsgrad zeigte sich insbesondere bei der regelmäßigen Lehrkräftefortbildung sowie der multiprofessionellen Zusammenarbeit. Zudem waren ein eingeschränkter Zugang zu Ressourcen, ein geringer Entscheidungsspielraum und eine mangelnde Wahrnehmung bildungsbezogener Vorteile mit einer reduzierten Implementierungswahrscheinlichkeit assoziiert. Darüber hinaus ergaben sich Zusammenhänge zu personalen Merkmalen der Schulleitungen: männliches Geschlecht, jüngeres Alter sowie die Leitung einer weiterführenden Schule waren mit einer geringeren Umsetzung gesundheitsförderlicher Programme verbunden (Dadaczynski & Hering, 2021).

Um universelle Präventionsmaßnahmen zur Förderung der Depression Literacy erfolgreich implementieren zu können, sollten diese nach Singh et al. (2019) mehrere zentrale Bereiche abdecken:

1. *Aufklärung über Anzeichen und Symptome von Depressionen:* Schülerinnen und Schüler sollten geschult werden, Depressionen frühzeitig bei sich selbst und bei anderen zu erkennen.
2. *Förderung des Verständnisses für Präventions- und „Erste Hilfe“-Maßnahmen:* Schülerinnen und Schüler sollten lernen, wie sie in psychischen Krisen angemessen reagieren können.
3. *Stärkung des Bewusstseins für die Rolle von Fachkräften:* Schülerinnen und Schüler sollen ein klares Verständnis für die Verantwortlichkeiten von Fachkräften im Umgang mit depressiven Symptomen entwickeln.
4. *Überwindung von Barrieren bei der Hilfesuche:* Schülerinnen und Schüler sollten mögliche Hindernisse bei der Inanspruchnahme von Hilfe erkennen und Strategien kennenlernen, diese zu überwinden.

5. *Schulung des Schulpersonals*: Lehrkräfte und weiteres Schulpersonal sollten ausreichend geschult werden, um als kompetente Vermittler und Unterstützer im Bereich der Depression Literacy zu agieren.
6. *Entstigmatisierung von Depressionen*: Durch ein besseres Verständnis von Depressionen soll das häufig damit assoziierte Stigma reduziert werden.

International wurden bereits zahlreiche schulbasierte, universelle Präventionsprogramme entwickelt und positiv evaluiert (Feiss et al., 2019). Diese Programme unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Zielgruppe, der durchführenden Personen, der Programmdauer sowie der Didaktik. Auch in Deutschland gibt es verschiedene schulische Präventionsprogramme zu psychischen Störungen, welche das Thema Depressionen aufgreifen (Tabelle 7).

Tabelle 7

Übersicht über ausgewählte schulische Präventionsprogramme zu psychischen Störungen

Programm-name	Ziel-gruppe	Zielsetzung	Durchführungs-modalitäten	Referenz
GO!	13-18 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> – Prävention von Angststörungen und Depressionen – Stressprävention 	<ul style="list-style-type: none"> – 8 Einheiten á 90 Minuten – 8-12 Teilnehmende – Interaktive Methoden, Wissensvermittlung, Selbststudium – Durchführung durch Psychologinnen und Psychologen, Pädagoginnen und Pädagogen nach Schulung 	Junge et al., 2002
LARS & LISA	12-16 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> – Prävention von Depressionen – Aufbau funktionaler Kognitionen und der Förderung sozialer Kompetenzen 	<ul style="list-style-type: none"> – 10 Einheiten á 90 Minuten – Interaktive Methoden und Wissensvermittlung – Durchführung durch Psychologiestudierende, Psychologinnen und Psychologen ohne Schulung 	Pössel & Hautzinger, 2022

Programm-name	Ziel-gruppe	Zielsetzung	Durchführungs-modalitäten	Referenz
MindMatters - Mit psychischer Gesundheit gute Schulen entwickeln	Klasse 5-10	<ul style="list-style-type: none"> - Förderung psychischer Gesundheit - Prävention psychischer Störungen - Aufbau unterstützender Schulkultur 	<ul style="list-style-type: none"> - Einsatz von Unterrichtsmaterialien durch Lehrkräfte - Fortbildung der Lehrkräfte, pädagogisches Personal - und Schulleitungen bezüglich Material und Schulentwicklung 	Franze et al., 2007
Verrückt? Na und!	ab 14 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> - Förderung psychischer Gesundheit - Prävention psychischer Krisen und Störungen - Entstigmatisierung 	<ul style="list-style-type: none"> - Eintägige Veranstaltung im Klassenverband mit Klassenleitung - Interaktive Methoden, Austausch, Diskussion, Rollenspiele - Durchführung von Tandem aus Moderatorin oder Moderator mit betroffener Person 	Conrad et al., 2009; Irrsinnlich Menschlich e.V.

Die genannten Programme sind in ihrer Konzeption teilweise sehr umfangreich (z. B. LARS & LISA; Pössel & Hautzinger, 2022), was eine realistische Integration in den Schulalltag erschweren kann. Zudem fokussieren sich nur wenige Programme speziell auf depressive Störungen. Ein weiterer kritischer Punkt ist, dass die meisten der bestehenden Programme vorwiegend die Schülerinnen und Schüler in den Mittelpunkt stellen, ohne ein ergänzendes Weiterbildungsangebot für Lehrkräfte bereitzustellen.

Hier setzt das Projekt **glücklich** an: Es umfasst sowohl eine zeitlich effiziente psychoedukative Unterrichtseinheit für Schülerinnen und Schüler als auch eine psychoedukative Fortbildung für Lehramtsstudierende und Lehrkräfte.

2.4.2 Rolle von Lehrkräften

Lehrkräfte spielen eine zentrale Rolle bei der Prävention, Erkennung und Intervention von depressiven Symptomen bei Schülerinnen und Schülern (Franklin et al., 2012; Kirchhoff

et al., 2023). Es ist jedoch hervorzuheben, dass die Diagnose und Behandlung psychischer Störungen nicht zu den Aufgaben von Lehrkräften gehört, welche ausschließlich von entsprechend ausgebildeten Fachkräften durchgeführt werden muss. Dennoch gibt es wichtige Unterstützungsbereiche, in denen Lehrkräfte eine bedeutende Rolle übernehmen können.

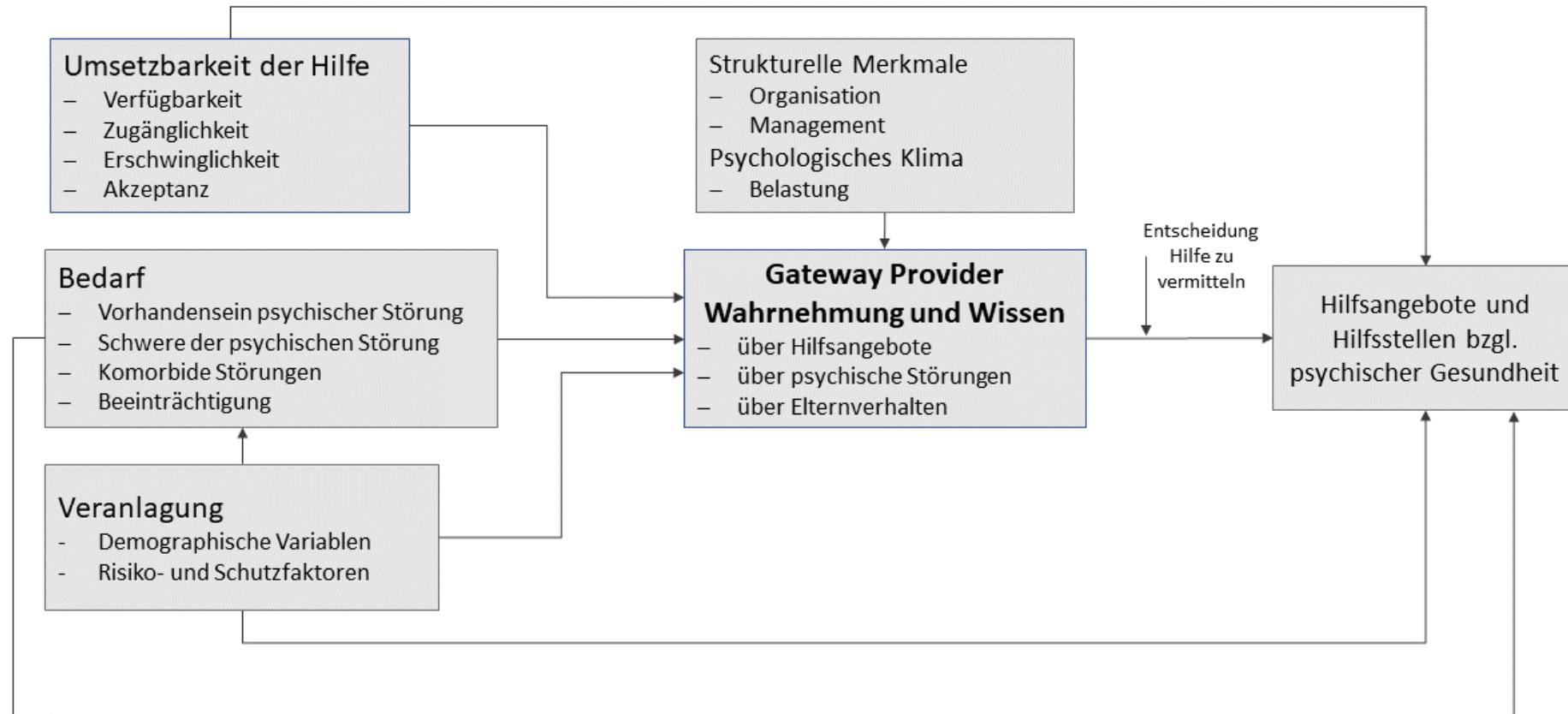
Bezüglich Präventionsprogrammen haben Lehrkräfte die Möglichkeit, deren Durchführung an der eigenen Schule zu initiieren oder – bei ausreichender Professionalisierung – psychoedukative Unterrichtseinheiten zu dem Thema eigenständig durchzuführen. Studien zeigen, dass geschulte Lehrkräfte bei der Umsetzung präventiver Maßnahmen vergleichbare Effekte wie Fachpersonen im Bereich der psychischen Gesundheit erzielen können (Franklin et al., 2012). Darüber hinaus sind Lehrkräfte häufig Vertrauens- und Bezugspersonen, die ihre Schülerinnen und Schüler regelmäßig sehen und frühzeitig krisenhafte Verhaltensveränderungen bemerken können. Eine angemessene Professionalisierung und Sensibilisierung kann sie befähigen, depressive Symptome zu erkennen, Schülerinnen und Schüler an geeignete Fachstellen und -personen weiterzuvermitteln und begleitende pädagogische Maßnahmen zu ergreifen.

Einen theoretischen Rahmen für die Entscheidungsfindung bei der Weitervermittlung an psychische Gesundheitsdienste bietet das Gateway-Provider-Model (Abbildung 5; Stiffman et al., 2004). Dieses Modell beschreibt drei Hauptfaktoren, die den Zugang von Kindern und Jugendlichen zu psychischen Gesundheitsdiensten beeinflussen:

1. *Die Rolle des Gateway-Providers*: Die Person, die Symptome erkennt und die Behandlung initiiert oder vermittelt (z. B. eine Lehrkraft).
2. *Informationszugang*: Die Informationen, die der Gateway-Provider von außen oder bezogen auf die betroffene Person erhält, beeinflussen die Unterstützung und Weitervermittlung.
3. *Persönliche Einstellungen und Belastungen*: Die Einstellung des Gateway-Providers gegenüber dem Behandlungssystem sowie dessen eigene Belastungen können Entscheidungen maßgeblich beeinflussen.

Abbildung 5 verdeutlicht, dass die wahrgenommene Umsetzbarkeit von Hilfe, wie beispielsweise die Verfügbarkeit von Sprechstundenterminen beim schulpsychologischen Dienst, die Bedarfe der betroffenen Person, wie die Schwere der depressiven Symptomatik, sowie das Wissen um familiäre Veranlagungen, wie Depressionen in der Familie, den Gateway-Provider direkt beeinflussen. Die Wahrnehmungen und das Wissen des Gateway-Providers werden darüber hinaus durch strukturelle und systemische Faktoren in der Umgebung beeinflusst, wie etwa bestehende Handlungsschemata bei psychischen Krisen an der Schule.

Diese Faktoren – die Wahrnehmung der Bedarfe, das Wissen über Ressourcen und die strukturellen Rahmenbedingungen – vermitteln zusammengenommen die Entscheidung des Gateway-Providers, betroffene Personen an geeignete Hilfsangebote weiterzuvermitteln. Dies ist besonders bedeutsam, da Studien zeigen, dass die Wahrnehmung des Bedarfs durch den Gateway-Provider sowie dessen Wissen über verfügbare Ressourcen einen stärkeren Einfluss auf die Inanspruchnahme psychischer Gesundheitsdienste durch Kinder und Jugendliche haben als der von diesen selbst berichtete Bedarf an psychischer Unterstützung (Stiffman et al., 2000; Stiffman et al., 2001). Ergänzend zeigt eine Studie von Splett et al. (2019), dass Lehrkräfte – wie im Gateway-Provider-Model postuliert – Schülerinnen und Schüler mit internalisierenden Symptomen eher an psychische Gesundheitsdienste verweisen, wenn sie die Symptome als besonders ernst oder besorgniserregend wahrnehmen.

Abbildung 5*Gateway-Provider-Model nach Stiffman et al. (2004)*

Anmerkung. Eigene Abbildung nach Stiffman et al. (2004).

2.4.3 Professionalisierung von Lehramtsstudierenden

Internationale Bestrebungen zur Integration von Mental Health Literacy in Lehramtsstudiengänge haben zugenommen und zeigen vielversprechende Ergebnisse (Gilham et al., 2021; Wei et al., 2020). In Deutschland legt die KMK in ihren „Standards für die Lehrerbildung: Bildungswissenschaften“ Kompetenzen fest, die Lehrkräfte in Prävention und Intervention entwickeln sollen (siehe Kapitel 2.4; KMK, 2022). Die KMK-Standards stellen eine verbindliche Grundlage für die landes- und standortspezifischen Studienordnungen der Lehramtsstudiengänge, die Ausbildungspläne für das Referendariat sowie die Konzepte der Lehrkräftefort- und -weiterbildung dar, welche in den Ländern entweder durch eine entsprechende Anpassung des Schulgesetztes oder dem Erlass von Verwaltungsvorschriften umgesetzt wurden (Huber & Gördel, o. D.). Bei der Akkreditierung von Lehramtsstudiengängen bilden die KMK-Standards eine wesentliche Grundlage der Begutachtung und werden so auf der institutionellen Ebene implementiert (Terhart, 2014).

Zusätzlich dazu liegen KMK-Empfehlungen vor, die die Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention im schulischen Kontext betonen (siehe Kapitel 2.4; KMK, 2012). In der Praxis mangelt es jedoch an validen Daten zur Umsetzung dieser Vorgaben in den theoretischen und praktischen Abschnitten der Lehrkräfteausbildung. Analysen von Modulkatalogen verschiedener Universitäten (u. a. Europa-Universität Flensburg, Universität Konstanz, Universität Stuttgart) zeigen, dass Themen zur psychischen Gesundheit, einschließlich Depression, insbesondere im allgemeinbildenden Lehramt oft fehlen bzw. nur als Wahlmodul angeboten werden. Zudem werden häufig diffuse Begrifflichkeiten verwendet, die eine klare Zuordnung erschweren.

Diese Diskrepanz zwischen theoretischen Vorgaben und praktischer Umsetzung unterstreicht die Notwendigkeit einer systematischen Integration von Mental Health Literacy in die Lehrkräfteausbildung, um Lehrkräfte besser auf die Herausforderungen im Umgang mit psychischen Gesundheitsproblemen bei Schülerinnen und Schülern vorzubereiten. Das Projekt **glücklich** knüpft genau dort mit einer gezielten Entwicklung von depressionsspezifischen Inhalten an.

2.4.4 Professionalisierung von Lehrkräften

Trotz der großen Notwendigkeit, Lehrkräfte als Gateway-Provider in die kollaborative Unterstützung von Schülerinnen und Schüler mit psychischen Auffälligkeiten einzubeziehen, bestehen derzeit erhebliche Herausforderungen. Eine zentrale Problematik sind die bestehenden Forschungslücken in Bezug auf das Wissen und die Einstellungen von Lehrkräften zu psychischen Gesundheitsproblemen. Die Ergebnisse einzelner Studien zeigen, dass viele Lehrkräfte unzureichende Informationen über psychische Auffälligkeiten erhalten und dass systematische berufliche Weiterbildungen in diesem Bereich häufig fehlen. Zudem äußern viele Lehrkräfte Besorgnis darüber, nicht ausreichend auf den Umgang mit psychischen Problemen wie depressiven Symptomen vorbereitet zu sein (Elyamani et al., 2024; Greiner & Kuhl, 2023; Gunawardena et al., 2024; Reinke et al., 2011). Eine aktuelle Bedarfsanalyse von Franke et al. (2024) unterstützt diese Einschätzung und zeigt einen Bedarf an Professionalisierungsangeboten auf. Die Studie ergab, dass die befragten Lehrkräfte Depressionen und Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen als zentrale Themen für ihre berufliche Weiterentwicklung ansehen. Als bevorzugtes Format werden dabei kurze, persönliche Fortbildungen gegenüber digitalen Ressourcen angegeben, welche von den Lehrkräften als weniger effektiv eingeschätzt werden (Franke et al., 2024).

International existieren bereits Programme zur Professionalisierung von Lehrkräften im Bereich psychischer Gesundheit (Yamaguchi et al., 2020). Yamaguchi et al. (2020) berichten in ihrer Meta-Analyse, dass diese Programme insgesamt positive Effekte auf das Wissen, die Einstellung, das Verhalten und das Vertrauen der Lehrkräfte im Umgang mit psychischen Gesundheitsproblemen haben. Allerdings wird die Qualität der untersuchten 16 Programme als insgesamt niedrig bewertet und eine große Heterogenität in der Effektivität herausgestellt (Yamaguchi et al., 2020).

In Deutschland fehlen derzeit systematische, wissenschaftlich fundierte und evaluierte Professionalisierungsmaßnahmen für Lehrkräfte im Bereich der psychischen Gesundheit. Fortbildungen werden meist auf Initiative der Schule organisiert, etwa im Rahmen von Schulentwicklungstagen oder als einzelne Angebote von Zentren für Lehrkräftebildung.

Darüber hinaus existieren vereinzelt Online-Angebote, wie das Deutsche Schulportal (Das Deutsche Schulportal, o. D.) oder der Online-Kurs „Alles gut in der Schule?“ der Deutschen Depressionshilfe (Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, o. D.). Zusätzlich stehen Informationsportale wie „ich bin alles@Schule“ (Klinikum der Universität München, o. D.) zur Verfügung, die evidenzbasiertes Wissen zu Depressionen im Kindes- und Jugendalter für Lehrkräfte bereitstellen. Diese Angebote richten sich jedoch primär auf die digitale Vermittlung von Wissen und stehen im Widerspruch zu dem von Lehrkräften häufig geäußerten Wunsch nach persönlichem Austausch mit Fachpersonen (Franke et al., 2024).

Hier setzt das Projekt **glücklich** mit der Entwicklung und Evaluation einer psychoedukativen Präsenz-Fortbildung zu Depressionen im Kindes- und Jugendalter an (siehe Kapitel 5, 6 und 7; Grabowski, in Revision, 2021). Dies Fortbildung kombiniert fundiertes Wissen mit praxisnahen Elementen und trägt dem Wunsch nach persönlicher Interaktion Rechnung.

2.4.5 Merkmale effektiver Professionalisierung

Professionalisierungsprogramme für Lehrkräfte spielen eine zentrale Rolle, um den Herausforderungen im schulischen Alltag – insbesondere in Bezug auf die Prävention und den Umgang mit psychischen Auffälligkeiten – gerecht zu werden und finden in den KMK-Standards und -Empfehlungen explizite Erwähnung (KMK, 2012, 2022). Neben der inhaltlichen Relevanz ist es entscheidend, Programme so effizient und nachhaltig wie möglich zu gestalten. Effektive Professionalisierungsprogramme bieten nicht nur die Möglichkeit, Lehrkräfte gezielt für den Umgang mit psychischen Gesundheitsproblemen wie Depressionen bei Schülerinnen und Schülern zu qualifizieren, sondern tragen auch dazu bei, das schulische Klima insgesamt zu verbessern und die multiprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken.

Creemers et al. (2013) formulierten in diesem Zusammenhang zentrale Kriterien, die für die Gestaltung wirksamer Professionalisierungsprogramme von besonderer Bedeutung sind:

1. *Klarer Fokus auf spezifische Fähigkeiten:* Der Inhalt des Programms sollte gezielt Kompetenzen fördern, die mit dem täglichen Unterricht in Verbindung stehen und

nachweislich einen positiven Einfluss auf den Fortschritt der Schülerinnen und Schüler haben.

2. *Differenzierte Gestaltung*: Das Programm sollte den unterschiedlichen Prioritäten und Bedürfnissen der Teilnehmenden Rechnung tragen sowie kontextuelle Faktoren, wie Schulart oder individuelle Vorerfahrungen, berücksichtigen.
3. *Aktive Teilnahme und individuelles Feedback*: Lehrkräfte sollten aktiv eingebunden werden, beispielsweise durch praktische Übungen oder Reflexionen. Zudem sollte das Programm individuelles Feedback für jede Lehrkraft bereitstellen, um den Lernprozess zu unterstützen.
4. *Förderung von Zusammenarbeit und Austausch*: Professionalisierungsprogramme sollten Möglichkeiten zur Zusammenarbeit und zum fachlichen Austausch unter Kolleginnen und Kollegen schaffen, sei es innerhalb derselben Schule, derselben Klasse oder im gleichen Fachgebiet.
5. *Langfristige Ausrichtung*: Damit die vermittelten Inhalte nachhaltig wirken, sollte das Programm über einen ausreichend langen Zeitraum angelegt sein, um eine kontinuierliche Entwicklung zu ermöglichen.
6. *Evaluation der Effekte*: Es ist essenziell, die Auswirkungen des Programms sowohl auf die teilnehmenden Lehrkräfte als auch auf deren Schülerinnen und Schüler zu evaluieren, um die Effektivität der Maßnahme nachweisen und gegebenenfalls optimieren zu können.

2.5 Fazit zum theoretischen Hintergrund, Forschungslücke und Fragestellungen

Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter stellen aufgrund ihrer steigenden Prävalenzen sowie der erheblichen negativen Auswirkungen auf die Entwicklung der Betroffenen ein wachsendes gesellschaftliches Problem dar. Schülerinnen und Schüler können in ihrem Hilfesuchverhalten und bezogen auf ihre Ressourcen gestärkt werden, während Lehrkräfte als Gateway-Provider eine entscheidende Rolle bei der Erkennung depressiver Symptome, der Weiterleitung an Hilfsstellen und der schulischen Unterstützung von betroffenen Schülerinnen und Schülern einnehmen können. In diesem Zusammenhang

ist das Konzept der Depression Literacy zentral. Es umfasst das Wissen über depressive Störungen sowie die Fähigkeit, adäquate Maßnahmen zur Bewältigung zu ergreifen.

Für Schülerinnen, Schüler und (angehende) Lehrkräfte ist es unerlässlich, zielgruppenspezifische und fundierte Kenntnisse über Depressionen zu haben, um ein angemessenes Hilfesuchverhalten zu fördern und effektive Unterstützungsmaßnahmen einzuleiten. Darüber hinaus spielt die Selbstwirksamkeit beider Zielgruppen eine wesentliche Rolle, da sie den Umgang mit herausfordernden Situationen prägen kann.

Die Forschung zur Depression Literacy ist insbesondere in Deutschland bislang begrenzt. Es gibt Hinweise darauf, dass sowohl bei Schülerinnen und Schülern als auch bei Lehramtsstudierenden und Lehrkräften Defizite in Wissen und Kompetenzen bestehen. Präventionsprogramme bieten für Schülerinnen und Schüler eine vielversprechende Möglichkeit, Wissen und Handlungskompetenzen im Umgang mit Depressionen zu entwickeln. Für Lehramtsstudierende und Lehrkräfte stellen psychoedukative Fortbildungsprogramme eine wichtige Maßnahme dar, um ihre Kompetenzen im Erkennen von und im Umgang mit depressiven Störungen zu stärken. Beidem wird in den KMK-Standards Rechnung getragen. In Deutschland fehlen derzeit jedoch evidenzbasierte und schulkompatible Präventionsprogramme, die sowohl Schülerinnen und Schüler als auch Lehramtsstudierende und Lehrkräfte ansprechen.

Das Projekt **glücklich** adressiert diese Forschungslücke durch die Entwicklung und Evaluation psychoedukativer Präventions- und Professionalisierungsprogramme zu Depressionen im Kindes- und Jugendalter für Schülerinnen und Schüler sowie Lehramtsstudierende und Lehrkräfte. Weitergehend wird durch die Konzeption und Validierung von Messinstrumenten zur zielgruppenspezifischen Erfassung von Depression Literacy und depressionsspezifischen Selbstwirksamkeit mit dem Ziel der Erweiterung der Datengrundlage und Sicherung der methodischen Qualität der Evaluation zur Schließung der Forschungslücke beigetragen.

Die Dissertation basiert auf drei Publikationen, die die Kernaspekte des Projektes vertiefen und die Ergebnisse strukturieren. Die Ergebnisdarstellung innerhalb des

Rahmentextes erfolgt strukturiert nach den jeweiligen Fragestellungen. Anschließend an die Publikationen werden die darüberhinausgehenden Ergebnisse des Dissertationsprojektes dargestellt.

Publikation 1 (Kapitel 3; Grabowski & Greiner, 2024) befasst sich mit der Untersuchung der Depression Literacy von Jugendlichen in Deutschland. Auf den Erkenntnissen dieser Studie aufbauend wird in Kapitel 4 die Entwicklung und Pilotierung der psychoedukativen Unterrichtseinheit **glücklich** beschrieben.

Publikation 2 (Kapitel 5; Grabowski, 2021) widmet sich der Entwicklung und Pilotierung der psychoedukativen Fortbildung **glücklich** für Lehramtsstudierende und Lehrkräfte. Zudem wird die Konzeption eines Messinstruments zur Erhebung der Depression Literacy und Selbstwirksamkeit erläutert. Basierend auf den Ergebnissen der Pilotierung wurde sowohl das Fortbildungsprogramm als auch das Messinstrument überarbeitet.

Publikation 3 (Kapitel 6; Grabowski, in Revision) stellt die Resultate einer kontrollierten Studie zur überarbeiteten Version der psychoedukativen Fortbildung **glücklich** sowie des Messinstruments für Lehramtsstudierende und Lehrkräfte vor. Zusätzlich wird in Kapitel 7 die nochmalige Anpassung der Fortbildung und die Optimierung des Messinstruments beschrieben. Abschließend werden die Ergebnisse einer Studie zur überarbeiteten Version der Fortbildung und des Messinstrumentes präsentiert.

3 Publikation 1

Depressionsspezifisches Wissen und Hilfesuchverhalten von Jugendlichen

Depression-specific knowledge and help-seeking behavior of adolescents

Friederike Carlotta Grabowski¹ und Franziska Greiner²

Veröffentlicht in: *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 2024, 71, 116-131,
<https://doi.org/10.2378/peu2024.art12d>

¹ Europa-Universität Flensburg

² Universität Leipzig

4 Unterrichtseinheit **glücklich**

Nachfolgend wird die Entwicklung und Pilotierung der psychoedukativen Unterrichtseinheit **glücklich** zur Prävention von Depressionen im Kindes- und Jugendalter dargestellt. Dieses Teilprojekt wurde durch das Ministerium für Allgemeine und Berufliche Bildung, Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein genehmigt (Anhang C).

4.1 Entwicklung der Unterrichtseinheit **glücklich**

Auf Grundlage des dargestellten theoretischen Hintergrunds wurde im Projekt **glücklich** eine Unterrichtseinheit für Jugendliche zum Thema Depression im Kindes- und Jugendalter entwickelt. Ziel war die Konzeption einer zeiteffizienten, evaluierten und unterrichtskompatiblen Präventionseinheit, die die Depression Literacy und depressionsspezifische Selbstwirksamkeit von Schülerinnen und Schülern gezielt stärkt. Die Einheit soll nicht nur grundlegendes Wissen über Depressionen vermitteln, sondern auch altersgerecht Handlungskompetenzen und Schutzfaktoren fördern. Sie umfasst zwei Unterrichtseinheiten à 90 Minuten und richtet sich primär an Adoleszente. Diese Altersgruppe wurde bewusst gewählt, da sich die Adoleszenz als besonders geeignete Phase für Psychoedukations- und Präventionsmaßnahmen erwiesen hat. Ein entscheidender Faktor hierfür ist der signifikante Anstieg depressiver Symptomatik in dieser Entwicklungsphase (Gladstone et al., 2011).

Die inhaltliche Entwicklung der Einheit orientierte sich an den von Singh et al. (2019) formulierten Kriterien für universelle Programme zur Förderung der Depression Literacy (siehe Kapitel 2.4.1). Dabei wurden Inhalte ausgewählt, die einerseits für betroffene Schülerinnen und Schüler relevant sind und andererseits einen besonderen Fokus auf die Stärkung persönlicher Ressourcen sowie den Umgang mit belasteten Peers legen. Didaktisch kam eine Kombination aus Vorträgen, Videos, Think-Pair-Share (Lyman, 1981), Gruppendiskussionen und angeleiteten Übungen zum Einsatz. Zudem wurde ein Poster entworfen, dass der teilnehmenden Klasse am Ende der Unterrichtseinheit zum Aufhängen bereitgestellt wird. Die Unterrichtseinheit wurde so konzipiert, dass eine Durchführung von geschulten Lehrkräften

möglich ist. Eine detaillierte Übersicht der Inhalte findet sich in Tabelle 8. Alle Materialien zur Unterrichtseinheit finden sich in Anhang D.

Tabelle 8*Inhalte und didaktische Methoden der Unterrichtseinheit glücklich*

Stunde	Inhalt	Didaktische Methode
1	Einstieg und Vorwissensaktivierung	Vortrag, Video, Arbeitsblatt
	Prävalenz	Vortrag
	Symptome	Vortrag
	Unterschied depressiver und normaler Gefühle	Vortrag
	Zusammenhang Gefühle, Gedanken und Verhalten	Arbeitsblatt, Gruppendiskussion
	Formen von Depressionen	Vortrag
	Entstehung von Depressionen	Vortrag
	Hilfestellen und -adressen	Vortrag, Poster
	Vorstellung Konzept Selbstmitgefühl	Vortrag
	Selbstmitgefühlsübung	Arbeitsblatt
2	Rückblick Stunde 1	Vortrag, Arbeitsblatt
	Schutzfaktoren	Vortrag
	Erarbeitung eigener Notfallkoffer	Arbeitsblatt, Unterrichtsgespräch
	Behandlung von Depressionen	Vortrag
	Hilfeverhalten bei betroffenen Peers	Video, Vortrag
	Definition suizidales Verhalten	Vortrag
	Alarmzeichen suizidales Verhalten	Vortrag
	Mythen suizidales Verhalten	Vortrag
	Vorgehen im Notfall	Vortrag
	Hilfestellen und -adressen	Vortrag
	Offener Austausch über Fragen	Gruppendiskussion
	Selbstmitgefühlsübung	Geleitete Übung
	Infomaterial Depression	Vortrag
	Take-Home Message	Vortrag, Poster

4.2 Pilotierung der Unterrichtseinheit **glücklich**

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Pilotierungsstudie zur Unterrichtseinheit **glücklich** präsentiert.

4.2.1 Methode

Messinstrument. Die Pilotierungsstudie der Unterrichtseinheit **glücklich** wurde durch die Kombination mehrerer Messinstrumente evaluiert, um unterschiedliche Aspekte der Depression Literacy, Selbstwirksamkeit und des Selbstmitgefühls zu erfassen:

1. Ein Wissenstest zu Depressionen, der grundlegende Kenntnisse abfragte (Grabowski & Greiner, 2024, 24 Items, zweistufige Skala).
2. Eine Fallvignette mit offenen Fragen zur Symptomerkennung und zum antizipierten Hilfesuchverhalten (Grabowski & Greiner, 2024, drei offene Fragen).
3. Eine Skala zur Selbstwirksamkeit, die das Vertrauen der Schülerinnen und Schüler in ihre eigenen Fähigkeiten zum Umgang mit depressiven Symptomen untersuchte (Grabowski & Greiner, 2024, fünf Items, fünfstufige Skala).
4. Der Self-Compassion Questionnaire for Youth – German (SCS-Y-G), der das Selbstmitgefühl der Schülerinnen und Schüler erhob (Neff et al., 2021; Grabowski et al., in Vorbereitung; 17 Items, fünfstufige Skala).

Darüber hinaus wurden soziodemographische Informationen zum Alter, Geschlecht Klassenstufe, Schulform und depressionsspezifischen Erfahrungen erhoben. Für eine ausführlichere Beschreibung der Entwicklung der eingesetzten Messinstrumente wird auf Publikation 1 (Kapitel 3; Grabowski & Greiner, 2024) verwiesen. Die Datenerhebung erfolgte im Paper-Pencil Format, wobei die Schülerinnen und Schüler die Fragebögen eigenständig ausfüllten.

Zusätzlich zur quantitativen Evaluation wurde eine formative Evaluation durchgeführt. Diese basierte auf vorab definierten Kriterien, die von studentischen Beobachterinnen systematisch erfasst wurden. Die Kriterien umfassten:

- *Aufmerksamkeit*: Wie aufmerksam verfolgten die Schülerinnen und Schüler die Unterrichtseinheit?
- *Verständnis und Begriffe*: Inwiefern waren die Begriffe und Inhalte für die Schülerinnen und Schüler verständlich?
- *Kooperation und Mitarbeit*: Wie aktiv beteiligten sich die Schülerinnen und Schüler an den Aufgaben?
- *Nachfragen*: Gab es Rückfragen oder Unklarheiten bei den Schülerinnen und Schüler?
- *Belastungen*: Zeigten sich Anzeichen von Überforderung oder emotionaler Belastung?
- *Sonstige Beobachtungen*: Weitere relevante Auffälligkeiten oder Hinweise.

Die Kombination aus quantitativer und qualitativer Evaluation ermöglichte eine umfassende Beurteilung der Pilotierungsstudie und lieferte wertvolle Hinweise für die Optimierung der Unterrichtseinheit.

Teilnehmende. An beiden Erhebungszeitpunkten (Pretest und Posttest) nahmen insgesamt $N = 90$ Schülerinnen und Schüler aus fünf neunten Klassen an drei verschiedenen Schulen in Norddeutschland teil (Dropout: $n = 37$). Von den Teilnehmenden besuchten 82.2 % eine Gemeinschaftsschule und 15.6 % ein Gymnasium (1.1 % machten keine Angaben). Der Anteil weiblicher Teilnehmender betrug 46.7 %, der männlicher 50.0 %, während 2.2 % sich als divers identifizierten und 1.1 % keine Angaben machten. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden lag bei 14.76 Jahren ($SD = 0.76$ Jahre). Hinsichtlich depressionsspezifischer Erfahrungen geben 15.6 % der Jugendlichen an, selbst betroffen zu sein, während ein Großteil über Erfahrungen im persönlichen Umfeld berichtete (Familie: 21.1 %, Freundeskreis: 33.3 %). Es berichteten 37.8 % der Teilnehmenden, bisher keinen Kontakt zum Thema gehabt zu haben.

Unterrichtseinheit. Die Unterrichtseinheit wurde über einen Zeitraum von zwei aufeinanderfolgenden Wochen durchgeführt und von der Doktorandin selbst geleitet. Während der Durchführung war stets die jeweilige Lehrkraft sowie studentische Beobachterinnen

anwesend. An der Unterrichtseinheit und der begleitenden Befragung nahmen ausschließlich Schülerinnen und Schüler teil, deren Eltern beziehungsweise Erziehungsberechtigten zuvor ihr informiertes, schriftliches Einverständnis gegeben hatten.

Design und Datenanalyse. Zur Evaluation wurde eine Interventionsstudie im Pre-Post-Design implementiert. Ein listenweiser Fallausschluss wurde bei der Datenanalyse angewendet, sodass nur vollständige Datensätze in die Auswertung der jeweiligen Skalen einbezogen wurden. Beim Wissenstest über Depression erhielt jede richtige Antwort einen Punkt, und die Gesamtpunktzahl wurde durch Summierung der Punkte berechnet. Die Antworten auf die Fallvignetten wurden von zwei Kodiererinnen unabhängig voneinander ausgewertet. Diese ordneten die Antworten auf Grundlage der Erkennung des psychischen Problems (z. B. Depression) und der Benennung depressiver Symptome (z. B. Interessenverlust), deduktiv den Symptomkategorien der ICD-11 für depressive Episoden zu. Die finale Kodierung der Items wurde in einem reflektierten Abstimmungsprozess zwischen den Kodierinnen festgelegt.

Für das antizipierte Hilfesuchverhalten (d.h. wer um Hilfe gefragt werden würde) wurden die Antworten in neun bzw. zehn deduktive Kategorien eingeteilt. Diese Kategorien umfassten: Familie, Freunde, schulische Hilfen (Schulsozialarbeit, Schulpsychologischer Dienst, Lehrkraft), professionelle Hilfe (therapeutische Hilfe, Beratungsstellen etc.), keine Hilfe suchen bzw. niemanden um Hilfe bitten und Anderes. Falls zutreffend, konnten Antworten mehreren Kategorien zugeordnet werden.

Die Items des SCS-Y-G wurden in den einzelnen Skalen des Konstrukts (Selbstfreundlichkeit, Selbstkritik, Verbindende Menschlichkeit, Isolation, Achtsamkeit, Überidentifizierung) summiert, zusätzlich erfolgte die Berechnung eines Gesamtscores.

Die Veränderungen in den binären Skalen wurden mit McNemar Tests analysiert. Die Pre- und Posttest-Gesamtscores des Wissenstest sowie der einzelnen Skalen und des Gesamtscores des SCS-Y-G wurden mithilfe von *t*-Tests für verbundene Stichproben verglichen. Für die Selbstwirksamkeitsskala, deren Werte keine Normalverteilung aufwiesen, wurde der Wilcoxon-Test verwendet. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha = .05$ festgelegt. Um

den Einfluss multipler Vergleiche zu kontrollieren, wurde die Bonferroni-Korrektur angewendet, wodurch das Alpha-Niveau entsprechend angepasst wurde. Alle statistischen Analysen wurden mit SPSS-Version 29.0.0.0 (IBM Corp., 2023) durchgeführt.

4.2.2 Ergebnisse

Formative Evaluation. Die formative Evaluation der Unterrichtseinheit ergab eine positive Resonanz in der betreffenden Altersgruppe. Die Schülerinnen und Schüler waren aktiv beteiligt und zeigten ein hohes Interesse am Thema, was sich in zahlreichen eigenen Fragen widerspiegelte. Verbesserungsbedarf wurde bei der Gruppenzusammensetzung festgestellt; die Durchführung im Klassenverband erwies sich als vorteilhafter als in einem Kursformat, bei dem Schülerinnen und Schüler aus unterschiedlichen Klassen ein Fach zusammen hatten (z. B. Philosophie). Zudem wurde der Wunsch nach mehr Austauschmöglichkeiten und Zeit für Fragen deutlich. Es fiel zudem auf, dass eine verbesserte Absprache mit den verantwortlichen Lehrkräften hinsichtlich ihrer Rolle während der Unterrichtseinheit notwendig ist. In einigen Klassen kam es durch das Verhalten der Lehrkräfte selbst zu Störungen, beispielsweise durch Gespräche mit Schülerinnen und Schülern während der Arbeitsphasen oder durch mehrfaches Verlassen des Raumes.

Wissenstest. Der Vergleich des Gesamtscores des Wissenstests zwischen dem Pretest ($M = 16.20$; $SD = 3.53$) und dem Posttest ($M = 17.95$; $SD = 3.85$) ergab eine signifikante Verbesserung, $t(44) = -3.23$; $p < .001$ mit einer kleinen Effektstärke (Cohen's $d = .49$). Es wurden weiterhin die einzelnen Items des Wissenstest verglichen, wobei sich bei fünf Items ein signifikanter Unterschied ergab ($p < .05$; Tabelle 9).

Tabelle 9*Pre-Post-Vergleich des Wissenstests zu Depressionen im Kindes- und Jugendalter in der Pilotierung der Unterrichtseinheit glücklich*

Item	Pretest <i>M (SD)</i>	Posttest <i>M (SD)</i>	<i>p</i>
1. Ein bestimmter Grund ist meistens für die Entstehung einer Depression verantwortlich.	0.29 (0.46)	0.44 (0.50)	.06
2. Depressionen treten in manchen Familien häufiger auf als in anderen.	0.85 (0.36)	0.80 (0.41)	.42
3. Depressionen können sowohl biologische Ursachen (z. B. Veränderungen im Gehirn) als auch soziale Ursachen (z. B. Stress in der Familie) haben.	0.93 (0.25)	0.87 (0.33)	.27
4. Kinder und Jugendliche mit Depressionen sind immer traurig.	0.83 (0.38)	0.86 (0.35)	.80
5. Schlafprobleme können ein Zeichen von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sein.	0.76 (0.43)	0.84 (0.36)	.17
6. Zu viel Essen oder den Appetit zu verlieren können Zeichen von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sein.	0.74 (0.44)	0.90 (0.30)	< .001***
7. Kinder und Jugendliche mit einer Depression bewegen sich manchmal langsamer oder sind ruhelos (z. B. können nicht stillsitzen).	0.41 (0.50)	0.75 (0.44)	< .001***
8. Depressionen bei Kindern und Jugendlichen haben Einfluss auf das Gedächtnis (z. B. sich etwas nicht mehr gut merken zu können).	0.59 (0.50)	0.70 (0.46)	.10
9. Depressionen bei Kindern und Jugendlichen haben Einfluss auf die Aufmerksamkeit und Konzentration.	0.82 (0.39)	0.85 (0.36)	.39
10. Depressionen bei Kindern und Jugendlichen können zu aggressivem Verhalten führen.	0.79 (0.41)	0.80 (0.40)	.82
11. Depressionen sind Teil der Pubertät.	0.87 (0.34)	0.81 (0.40)	.27
12. Kinder und Jugendliche, die eine Depression haben, haben häufig noch eine andere psychische Erkrankung, z. B. eine Angststörung.	0.55 (0.50)	0.49 (0.50)	.59
13. Bis zur Pubertät erkranken gleich viele Mädchen wie Jungen an Depressionen.	0.27 (0.45)	0.35 (0.48)	.19

Item	Pretest <i>M (SD)</i>	Posttest <i>M (SD)</i>	<i>p</i>
14. Ab der Pubertät haben mehr Mädchen als Jungen Depressionen.	0.33 (0.47)	0.84 (0.37)	< .001***
15. Kinder können nicht an Depressionen erkranken.	0.85 (0.36)	0.93 (0.26)	.12
16. Zehn Prozent aller Jugendlichen erkranken an einer Depression.	0.79 (0.41)	0.81 (0.40)	.82
17. Jugendliche sterben am zweithäufigsten dadurch, dass sie sich selbst umbringen.	0.56 (0.50)	0.78 (0.42)	.004**
18. Bei Kindern und Jugendlichen mit einer Depression ist das Risiko höher, zu versuchen sich selbst umzubringen.	0.91 (0.29)	0.82 (0.38)	.17
19. Wenn ein Kind oder Jugendlicher davon redet, sich umbringen zu wollen, sollte man es immer ernst nehmen und einer Vertrauensperson Bescheid geben.	0.91 (0.29)	0.93 (0.26)	.78
20. Jeder Mensch kann Gedanken daran haben, sich umzubringen.	0.81 (0.40)	0.76 (0.43)	.54
21. Depressionen bei Kindern und Jugendlichen können dazu führen, dass die Noten in der Schule schlechter werden.	0.87 (0.34)	0.89 (0.31)	.80
22. Die meisten Kinder und Jugendlichen mit Depressionen müssen im Krankenhaus behandelt werden.	0.82 (0.38)	0.83 (0.38)	1.00
23. Ein guter Umgang mit Stress kann Depressionen vorbeugen.	0.70 (0.46)	0.80 (0.40)	.28
24. Depressionen sind eine behandelbare, medizinische Krankheit.	0.53 (0.50)	0.78 (0.42)	< .001***

Anmerkung. *N* = 90; Skala Wissenstest Depression: 0-24; ***p* < .01, *** *p* < .001.

Fallvignetten. Die Analyse der Antworten zu der Fallvignette zeigte keinen signifikanten Unterschied in der Vermutung von Depression als Ursache der beschriebenen Symptome zwischen Pretest und Posttest, $t(66) = -0.22$; $p = .42$ (Tabelle 10). Auch bei der Erkennung von depressiven Symptomen gab es keine signifikanten Veränderungen – im Pretest wurden durchschnittlich 38.96 % ($SD = 24.11$ %) der Symptomkategorien identifiziert und im Posttest 38.89 % ($SD = 31.41$ %); $t(66) = 0.02$; $p = .49$. Jedoch verbesserte sich das antizipierte Hilfesuchverhalten signifikant in der Kategorie „keine Hilfe suchen“ ($t(66) = 2.99$; $p = .002$; Cohen's $d = 0.37$).

Tabelle 10

Pre-Post-Vergleich der Kategorien in den Fallvignetten in der Pilotierung der Unterrichtseinheit glücklich

	Pretest $M (SD)$	Posttest $M (SD)$	p
Vermutung Ursache: Depression	0.39 (0.49)	0.41 (0.50)	.41
Symptomerkennung (%)	38.96 (24.11)	38.89 (31.41)	.49
Hilfe suchen bei: Familie / Freundeskreis	0.61 (0.49)	0.65 (0.48)	.24
Hilfe suchen bei: professionellen Hilfen	0.18 (0.39)	0.14 (0.35)	.16
Keine Hilfe suchen	0.24 (0.43)	0.12 (0.33)	.002**

Anmerkung. $N = 90$. FV = Fallvignette. Skala Symptomerkennung: 0-100 %; Skala Hilfe suchen: 0-1.;
** $p < .01$.

Selbstwirksamkeit. Der Gesamtwert auf der Selbstwirksamkeitsskala nahm vom Pretest ($M = 14.19$, $SD = 2.69$) zu Posttest ($M = 15.23$, $SD = 2.57$) signifikant zu; $Z = -2.90$, $p = .004$. Der Vergleich der individuellen Items ergab signifikante Verbesserungen für ein Item ($p < .001$; Tabelle 11).

Tabelle 11

Pre-Post Vergleich der Skala Selbstwirksamkeit in der Pilotierung der Unterrichtseinheit **glücklich**

Item	Pretest	Posttest	<i>p</i>
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	
1. Wenn ich mich über Depressionen informieren möchte, weiß ich wo ich das tun kann.	2.86 (0.97)	3.33 (0.89)	< .001***
2. Wenn ich Depressionen hätte, würde ich es niemandem sagen.	2.69 (1.00)	2.85 (0.94)	.19
3. Wenn es mir schlecht geht, weiß ich, mit wem ich reden kann (z. B. ich eine längere Zeit traurig und schlapp bin).	3.16 (1.01)	3.24 (0.89)	.81
4. Ich würde mit einem Therapeuten* einer Therapeutin sprechen wollen, wenn es mir über einen längeren Zeitraum schlecht gehen würde.	2.50 (1.18)	2.59 (1.04)	.48
5. Ich weiß, was ich tun kann, wenn es einem Freund* einer Freundin schlecht geht (z. B. er*sie traurig und schlapp ist).	3.07 (0.91)	3.24 (0.80)	.19

Anmerkung. *N* = 90. Skala Selbstwirksamkeit: 1-5; ****p* < .001.

Selbstmitgefühl. Der Vergleich des Gesamtscores des SCS-Y-G zwischen dem Pretest ($M = 32.94$, $SD = 46.86$) und dem Posttest ($M = 51.03$, $SD = 12.19$) ergab eine signifikante Verbesserung, $t(66) = -3.13$, $p < .001$ mit einer kleinen Effektstärke (Cohen's $d = 0.38$). Bei den Unterskalen „Selbstverurteilung“ und „Verbindende Menschlichkeit“ wurden signifikante Verbesserungen verzeichnet ($p < .05$; Tabelle 12).

Die Ergebnisdiskussion zur Pilotierung der Unterrichtseinheit **glücklich** findet sich in der zusammenfassenden Diskussion (Kapitel 8).

Tabelle 12

Pre-Post Vergleich der Skalen des Self-Compassion Questionnaire for Youth – German in der Pilotierung der Unterrichtseinheit glücklich

Skala	Pretest <i>M (SD)</i>	Posttest <i>M (SD)</i>	<i>p</i>
Selbstfreundlichkeit	8.53 (3.25)	9.03 (3.10)	.07
Selbstverurteilung	8.23 (3.34)	8.64 (3.25)	.04*
Verbindende Menschlichkeit	7.81 (2.98)	8.59 (3.16)	.01*
Isolation	9.50 (2.97)	9.56 (2.96)	.39
Achtsamkeit	9.21 (2.59)	9.31 (2.39)	.36
Überidentifizierung	5.77 (2.27)	5.78 (2.13)	.47
Gesamtscore Selbstmitgefühl	48.33 (12.25)	50.50 (12.52)	.003**

Anmerkung. Selbstmitgefühl Gesamtscore: 5-85; Skalen Selbstfreundlichkeit, Selbstkritik, Verbindende Menschlichkeit, Isolation und Achtsamkeit: 5-15; Skala Überidentifizierung: 0-10; Skalen Selbstkritik, Isolation und Überidentifizierung rekodiert; **p* < .05, ** *p* < .01.

5 Publikation 2

Depression in childhood and adolescence – development and piloting of a psychoeducational program for the professional development of teachers

Depressionen im Kindes- und Jugendalter - Entwicklung und Pilotierung einer psychoedukativen Fortbildung für Lehrkräfte

Friederike Carlotta Grabowski

Europa-Universität Flensburg

6 Publikation 3

Training pre-service teachers on depression in childhood and adolescence: A controlled
study

Friederike Carlotta Grabowski

Europa-Universität Flensburg

Abstract

Mental health disorders like depression are increasingly common among children and adolescents, placing teachers in a key role to support affected students. This study evaluates the effectiveness of 'glücklich,' a brief psychoeducational program aimed at improving pre-service teachers' depression literacy and self-efficacy. A quasi-experimental pre-post control group design was used, involving 92 pre-service teachers in Master's programs at two German universities. Depression literacy and self-efficacy were measured via questionnaires and case vignettes. Results revealed significant improvements regarding knowledge and self-efficacy in the intervention compared to the control group, with large effect sizes (Cohen's $d = 1.55$ for knowledge; $\eta^2 = 0.49$ for self-efficacy). While depression knowledge increased, the transfer into practical teaching strategies remained limited. The study highlights the need for integrating mental health training into teacher education and suggests future training should focus more on practical application.

Keywords: depression literacy, pre-service teachers, student mental health, self-efficacy, psychoeducational intervention

Introduction

Depression and other mental health disorders are becoming increasingly prevalent in childhood and adolescence, affecting 5-10% of young people clinically and up to 30% symptomatically (Shorey, Ng, and Wong 2022; Wartberg, Kriston, and Thomasius 2018; Deng et al. 2023). Socio-economic crises, including the COVID-19 pandemic, armed conflicts, inflation and clima-related stressors, have heightened the mental stress experienced by children and adolescents, exacerbating the prevalence of mental health issues, particularly depression (e.g., Reiβ et al. 2023) lifelong impairments, such as social and occupational dysfunction (Clayborne, Varin, and Colman 2019). Depression is also associated with a heightened risk of comorbid disorders and a significantly increased risk of suicide – the second leading cause of adolescent death (Carballo et al. 2020).

Depressive symptoms like social withdrawal, sadness or irritability, low energy, and cognitive impairments (e.g., difficulties with concentration) can manifest in school and negatively impact academic performance and social behavior (Verboom et al. 2014). Depression also contributes to disability-adjusted life years (DALYs), a metric reflecting years lost due to disability, illness, or premature death. By 2030, depression is projected to become the leading cause of DALYs globally (Rehm and Shield 2019). Despite its high prevalence and extensive negative implications, only 20% of adolescents with depression in Germany receive appropriate treatment (Hintzpeter et al. 2015), reflecting broader trends in youth mental health care access in Europe and the US (Signorini et al. 2017; Office of Disease Prevention and Health Promotion 2019; Ghafari et al. 2022). This treatment gap is partly attributed to insufficient availability of mental health services and inadequate adolescent help-seeking behavior (Signorini et al. 2017; Singh, Zaki, and Farid 2019; Grabowski and Greiner 2024). Adolescents encounter both individual and structural barriers, including a lack of knowledge about mental disorders such as depression, concerns about stigma and confidentiality, and the fear of derogatory or trivializing reactions from peers and adults (Gulliver, Griffiths, and Christensen 2010). Additionally, they often rely on adult 'gateway providers' to recognize

symptoms and facilitate support, as they may lack the capacity or willingness to seek help independently (Stiffman, Pescosolido, and Cabassa 2004).

Teachers, as central figures in students' daily lives, can act as 'gateway providers' identifying early signs of depression and connecting students with appropriate resources (Reinke et al. 2011). However, many teachers report significant uncertainty in recognizing and managing internalizing disorders like depression. For example, over 80% of 406 teachers surveyed by Hartmann, Rückmann, and Tannen (2020) expressed insecurities in supporting depressed students. Additionally, depressive symptoms like irritability and social withdrawal are often misinterpreted as normative adolescent behavior, such as moodiness or laziness (Bilz 2014; Ahnert, Vogel, and Lukasczik 2016; Crundwell and Killu 2010). Teachers' depression assessments correlate poorly with students' self-reports (e.g., Auger 2004; Bilz 2014), and only half of students with at-risk depression levels are correctly identified (Gander and Buchheim 2013; Cunningham and Suldo 2014). Furthermore, externalizing problems are often perceived by teachers as more severe than internalizing problems like depression, further contributing to misjudgement (Loades and Mastroyannopoulou 2010). This discrepancy may stem from insufficient depression literacy and low self-efficacy in managing students with depressive symptoms.

Depression literacy

Based on the broader construct of mental health literacy (Jorm et al. 1997), depression literacy refers to the cognitive and social skills and abilities that enable individuals to understand and manage depression. While a universally accepted definition is lacking, several key components are consistently recognized. These components include knowledge of depressive symptoms and their treatment, the ability to seek appropriate help by knowing when and where to do so, and efforts to reduce both internalized and social stigma associated with depression (Kutcher, Wei, and Coniglio 2016). Depression literacy thus encompasses both theoretical knowledge about the disorder and practical skills for supporting one's own mental health or that of others (Jorm 2012).

For teachers, identifying depressive symptoms in students necessitates specific knowledge due to fundamental differences in the presentation, treatment, and prevention of depressive disorders across different stages of life (Johnson et al. 2023). As there is limited research on depression literacy as a subconstruct of mental health literacy in relation to teachers, the following will also draw on findings regarding teachers' mental health literacy. Research on the mental health literacy of caregivers has demonstrated that adults with sufficient knowledge are more likely to recommend appropriate interventions, be informed about mental health issues, and utilize child and adolescent mental health services (Ohan et al. 2008). Furthermore, enhancing teacher mental health literacy has been shown to significantly improve student mental health outcomes. It equips teachers with the ability to more accurately identify students with socioemotional and behavioral issues, facilitating timely referrals to mental health services (Cruz et al. 2021; von der Embse et al. 2018). This, in turn, helps to reduce the adverse consequences of undiagnosed and untreated mental health disorders in young people, such as poor academic performance, social impairments, and an increased risk of early death by suicide (Clayborne, Varin, and Colman 2019; Carballo et al. 2020; Chesney, Goodwin, and Fazel 2014). Without adequate mental health literacy, teachers may misinterpret internalizing behaviors, leading to inappropriate responses or missed opportunities for intervention (Gaier 2015).

Mental health education of (pre-service) teachers

Research indicates that while teachers acknowledge the importance of promoting students' mental health, many feel inadequately trained to address mental health issues such as depressive symptoms in the classroom (Reinke et al. 2011; Gunawardena et al. 2024; Elyamani et al. 2024).

A systematic review regarding mental health literacy of caregivers (including teachers) revealed mixed-results. Overall, the reviewed studies indicated that teachers are more likely to identify internalizing disorders when these present with observable behavioral or somatic signs (e.g., headaches, extreme withdrawal) (Johnson et al. 2023). A needs assessment conducted by Franke et al. (2024) with 608 German teachers revealed that their mental health

literacy is generally low to moderate. Participating teachers identified depression and suicidality as key areas for professional development. Moreover, they expressed a preference for concise, in-person training sessions and expert-led discussions over digital resources such as websites and podcasts.

Internationally, various initiatives aim to enhance teachers' capacity to address student mental health (Yamaguchi et al. 2020; Martínez et al. 2015; Moor et al. 2007). In a recent systematic review, Yamaguchi et al. (2020) found that most of the 16 reviewed programs reported significant improvements in teachers' knowledge, attitudes, behaviors, and confidence in managing mental health issues. However, the findings were inconsistent, and the overall quality of outcomes was considered relatively low.

With regard to teacher education curricula, there has been an increase in international efforts to integrate mental health literacy, yielding promising early results (e.g., Gilham, Neville-MacLean, and Atkinson 2021; Wei et al. 2020). In Germany, however, mental health topics, including depression, are notably absent from most teacher education curricula. Additionally, there are no standardized or evaluated professional development programs on this subject in Germany, despite the critical need for pre-service teachers to acquire skills to effectively support students' mental health during their university education (Gilham, Neville-MacLean, and Atkinson 2021).

Overall, there is a growing consensus on the need for a stronger focus on mental health education in both pre-service and in-service teacher training programs (Gunawardena et al. 2024; Franke et al. 2024).

Depression self-efficacy

In addition to improving teachers' depression literacy, it is crucial to strengthen their self-efficacy regarding depression in childhood and adolescence. Teacher mental health self-efficacy, a specific form of self-efficacy as defined by Bandura (1997), is 'a teacher's belief in their capacity to successfully support students' mental health needs' (Brann et al. 2021, 199). In line with Bandura's Social Cognitive Theory (Bandura 1997), the enhancement of teachers' depression self-efficacy can be understood as a result of reciprocal interactions between

cognitive, behavioral, and environmental factors. Within this framework, targeted psychoeducational training on depression in childhood and adolescence provides opportunities for knowledge acquisition (cognitive factor), observational and social learning through case-based discussions (environmental factor), and the reflection of learning content and application to the own teaching practice (behavioral factor). It can therefore enhance participants' perceived readiness to support students with depressive symptoms and influence their actual behaviors in promoting student mental health (Brann et al. 2022).

Research by Brann et al. (2021) revealed that teachers generally exhibit lower self-efficacy in recognizing internalizing symptoms, such as those associated with depression, compared to externalizing symptoms. They also reported that teachers felt less confident in engaging in conversations about mental health concerns with parents and providing appropriate academic support for students facing mental health challenges. Notably, pre-service teachers perceive their self-efficacy as more malleable, while experienced teachers consider their self-efficacy to be relatively stable (Bandura 1997). In this study, teacher self-efficacy regarding depression will be referred to as depression self-efficacy.

Taken together, the Gateway Provider Model (Stiffman, Pescosolido, and Cabassa 2004) and Social Cognitive Theory (Bandura 1997) provide the conceptual foundation for the '*glücklich*' intervention. The Gateway Provider Model conceptualizes teachers as crucial intermediaries who can facilitate access to mental health support for students by recognizing early symptoms and initiating appropriate referral processes. Complementarily, Social Cognitive Theory explains how psychoeducational interventions can enhance such helping behaviors by strengthening teachers' knowledge, observational learning, and self-efficacy through interactive learning experiences. By combining these perspectives, the '*glücklich*' program aims to empower pre-service teachers both cognitively and behaviorally to act as effective gateway providers for students experiencing depression.

Its innovative contribution lies in (a) translating evidence-based psychoeducational content into a two-hour, practice-oriented module, (b) integrating case-based collaborative learning to foster applied understanding, and (c) explicitly targeting both depression literacy

and depression-related self-efficacy, which have rarely been examined together in teacher training research (Brann et al. 2022; Wei et al. 2020). The training was designed to complement existing teacher education curricula by providing an empirically grounded yet scalable model that can be implemented across school contexts with minimal resources.

Purpose

Despite the increasing prevalence of depressive disorders and the critical role of teachers as gateway providers, there remains a lack of consistent professionalization in pre-service teacher education and systematic in-service training on mental health in Germany. Moreover, few studies have investigated the depression literacy and depression self-efficacy of German pre-service teachers.

This study addresses this gap by evaluating the effectiveness of the psychoeducational training program '*glücklich*' among pre-service teachers. Building on preliminary findings from the pilot study (Grabowski 2021), this study uses a controlled pre-post design to measure changes in participants' depression literacy and depression self-efficacy following the intervention.

The central research question is: How effective is a time-efficient depression training in enhancing pre-service teachers' depression literacy and depression self-efficacy? Based on the research question, the following hypotheses were tested:

1. Depression literacy (knowledge of depressive symptoms, symptom recognition, and pedagogical strategies) will significantly increase in pre-service teachers in the intervention group after the training compared to the control group.
2. Depression self-efficacy will significantly increase in pre-service teachers in the intervention group after the training compared to the control group.

Methods

Measures

The assessment combined a knowledge test on depression, case vignettes with open-ended questions on symptom recognition and pedagogical strategies, and items evaluating depression self-efficacy. The objective was to assess not only basic knowledge of depression

in childhood and adolescence but also participants' ability to transfer this knowledge into practical skills, including recognizing depressive symptoms and planning appropriate pedagogical interventions—key components of depression literacy. The knowledge test comprised 27 items (e.g., 'Depression is part of adolescence.') answered on a binary scale ('true'/'not true'). To assess applied knowledge, two case vignettes were used in both the pretest and posttest. Case vignettes are a well-established method for assessing applied professional knowledge and the transfer of theoretical knowledge into practice-relevant decision making (Lohse-Bossenz, Bloss, and Dörfler 2022). By presenting standardized, realistic scenarios, vignettes allow for the systematic evaluation of participants' ability to recognize relevant cues and propose appropriate actions while maintaining ecological validity (Krolak-Schwerdt, Hörstermann, Glock, and Böhmer 2017). Vignette 1 depicted an adolescent with depressive symptoms, while vignette 2 described an adolescent with both depressive and suicidal symptoms. Although the symptom dimensions were consistent across the vignettes, the adolescents' names and contextual details were varied between the pretest and posttest to avoid recall bias. For each vignette, participants were asked two open-ended questions: 'What indications of possible depression do you find in [student's name]?' and 'As a teacher, how would you proceed with [student's name]?'. These questions aimed to capture participants' ability to recognize symptoms and propose pedagogical strategies. Depression self-efficacy was measured using four items (e.g., 'I feel competent in my knowledge of depressive symptoms and disorders in childhood and adolescence.'), rated on a four-point Likert scale ranging from 'strongly disagree' to 'strongly agree'. In addition to these measures, demographic information on age, gender, experience with depression, and intended future school type was collected. The questionnaire was piloted, validated, and revised based on the findings of a prior study (Grabowski 2021) and was administered in paper-pencil format.

Participants

The study sample consisted of 92 pre-service teachers enrolled in the first semester of a Master of Special Education program at two universities in Germany. The study took place within a required module on mental health in children and adolescents at both universities.

Control group. The control group consisted of $n = 41$ pre-service teachers at university 1 (87.8% female), who completed questionnaires at two time points and were offered the training after the study. The mean age of participants was $M = 24.65$ years ($SD = 2.43$ years) with an age range of 22 to 33 years. All participants were enrolled in a Master's program in special education, with most intending to teach at special needs schools (87.8%), while smaller percentages anticipated (also) working at elementary schools (9.8%) and community schools (9.8%). Regarding experience with depression, 14.6% reported having personal experience, while a larger proportion had encountered depression in their social circles (friends: 63.4%, family: 46.3%, students: 22.0%, colleagues: 7.3%). Only 4.9% of participants reported no prior exposure to the topic of depression.

Intervention group. The intervention group consisted of $n = 51$ pre-service teachers from university 2 (81.4% female), who received the depression training and completed the questionnaires both before and after the intervention. The mean age was $M = 24.43$ years ($SD = 2.97$ years) with an age range of 21 to 37 years. Like the control group, all participants were enrolled in a Master's program in special education. Most participants planned to teach at special needs schools (80.3%), while others indicated plans to (also) work at elementary schools (25.6%) and community schools (12.8%). A greater proportion of participants in the intervention group reported personal experience with depression (22.1%) or exposure through their social environment (friends: 72.5%, family: 49.0%, students: 15.7%, colleagues: 7.8%). Only 7.0% had no prior experience with the topic.

Psychoeducational training

A 2-hour psychoeducational training on childhood and adolescent depression ('glücklich') was developed and piloted (see Grabowski 2021 for a comprehensive overview). The training was pilot-tested several times and iteratively refined based on formative and summative feedback. The 'glücklich' intervention comprises a psychoeducational training with a total instructional duration of 120 minutes. To ensure efficient content delivery and active learning within this timeframe, the training follows a blended instructional approach balancing

concise theoretical input with guided discussion, case-based reflection, and multimedia elements.

In the present study, the '*glücklich*' intervention was delivered across two 90-minute sessions, which also included the administration of the pretest and posttest questionnaires. The sessions were conducted on consecutive days by the same instructor, who has extensive experience in mental health education and had delivered all previous pilot trainings. The first session focused on the role and relevance of schools in the prevention of mental disorders in children and adolescents and provided an overview of the current mental health status of students in Germany, highlighting the increasing prevalence of mental health issues. Building on this foundation, the session addressed depression in childhood and adolescence, including core symptoms, types, and risk and protective factors, with a particular emphasis on school-relevant manifestations. Practical application was supported through a case-vignette depicting a realistic classroom scenario, which participants discussed using the 'think-pair-share' method (Lyman 1981). To further emphasize the importance of multi-professional collaboration, a template for mapping regional support networks was introduced to reduce barriers to accessing internal and external support services.

The second session focused on pedagogical strategies for supporting students with depressive symptoms and addressed suicidality in childhood and adolescence, with a particular attention to its connection to depression. The session covered key warning signs, appropriate pedagogical responses, and procedures for action in the school context. Visual materials (PowerPoint slides) and short video sequences supported content delivery and facilitated discussion. At the conclusion of the training, participants were provided with additional resources for teachers, including websites, helplines, books, action guides, apps, and freely available teaching materials. All presentation materials were made available to participants after the sessions for further review. A detailed session-by-session teaching plan, including instructional methods, materials, and timing of each component, is provided in the supplementary material.

In line with the guidelines of the German Research Foundation (DFG), ethical approval was not required for this study, as participants were neither part of a vulnerable group nor patients. The intervention, being psychoeducational in nature, involved processing only minimal personal data. Moreover, the intervention took place within the regular curriculum of the participants' study program as part of a controlled study. All participants were over 18 years old and provided written, informed consent.

Design and data analysis

A quasi-experimental nonequivalent control group pretest-posttest design was employed to assess the effectiveness of the depression training (Campbell and Stanley 1963).

For the knowledge test on depression, one point was awarded for each correct answer, with total scores calculated by summing the points. Responses to the case vignettes were evaluated by two independent coders, who assigned answers to deductive categories based on the recognition of depressive symptoms (e.g., social withdrawal), corresponding to typical symptom domains of depressive episodes in school-aged children. Regarding the anticipated pedagogical approach for each case, responses were categorized into eight or nine deductive categories, respectively. These categories included: conversation with the student, conversation with parents, consultation with colleagues, internal school support, external school support, pedagogical strategies for the student, pedagogical strategies for the teacher, and, where applicable, the assessment of suicidality. When appropriate, answers could be assigned to multiple categories.

Changes in individual scale items were analyzed for using χ^2 -tests of independence. For the total scores on the knowledge and depression self-efficacy questionnaires, pretest and posttest data within groups were compared using paired-samples t-tests. To compare changes between the control and intervention groups, independent-samples t-tests were conducted, and interaction effects were assessed using mixed ANOVAs. The significance level was set at $\alpha = 0.05$, and for multiple comparisons, the Bonferroni correction was applied to adjust the alpha level. All statistical analyses were conducted using SPSS version 29.0.0.0 (IBM Corp. 2023).

Results

Baseline comparisons

At baseline, no significant differences were found between the control and intervention groups in terms of the total score of the depression knowledge test ($t(80) = -0.21$; $p = .84$), responses to the case vignettes (vignette 1: symptoms: $t(90) = -0.648$; $p = .26$; pedagogical action: $t(90) = 0.338$; $p = .37$; vignette 2: symptoms: $t(90) = 0.608$; $p = .27$; pedagogical action: $t(90) = 1.366$; $p = .09$), or depression self-efficacy ($t(88) = -0.580$; $p = .28$).

Depression literacy

Depression knowledge. Independent samples t-tests were conducted to compare the posttest mean scores of the control and the intervention groups on the total score of the depression knowledge test. The control group had a mean score of 20.83 ($SD = 1.91$), while the intervention group had a mean score of 23.72 ($SD = 1.83$). The results indicated a significant difference between the groups, $t(88) = 7.32$, $p < .01$ with a large effect size as measured by Cohen's d (1.55).

A mixed-design ANOVA was also performed to assess the effects of group (between-subject factor: control group vs. intervention group) and time (within-subject factor: pretest vs. posttest) on depression knowledge. The analysis revealed a significant main effect of time, $F(1,80) = 53.165$, $p < .001$, $\eta_p^2 = 0.40$, indicating a substantial increase in knowledge over time.

Additionally, individual items of the knowledge questionnaire were compared between the two groups following the depression training. Significant differences ($p \leq .05$) were observed in 7 items (Table 1).

Case Vignettes. Descriptive values for the identified symptoms and suggested pedagogical strategies in the posttest are presented in tables 2 and 3, respectively. For vignette 1, significant differences ($p \leq 0.05$) were observed between the control and intervention groups in three symptom categories: 'reduced academic performance,' 'behavioral change,' and 'school absenteeism' (Table 2). No significant differences were found in the identified symptom categories for vignette 2 (Table 2).

Table 1

Descriptive values and posttest comparison of individual items and total score of depression knowledge items between the control group and the intervention group (N = 92).

Item	Control group (n, %)	Intervention group (n, %)	χ^2	df	p	φ
1. School factors can trigger, but not cause, depression in children and adolescents.	right: 20 (48.8%) wrong: 21 (51.2%)	right: 45 (88.2%) wrong: 6 (11.8%)	17.063	1	< .001*	0.43
2. Children of depressed parents have an increased risk of developing depression.	right: 41 (100%) wrong: 0 (0%)	right: 51 (100%) wrong: 0 (0%)	^a	^a	^a	
3. Children and adolescents with an increased vulnerability (psychological sensitivity) are more likely to suffer from depression.	right: 40 (97.6%) wrong: 1 (2.4%)	right: 50 (98.0%) wrong: 1 (2.0%)	0.024	1	.88	
4. Depressive and pubertal behaviors can be easily distinguished from one another.	right: 34 (82.9%) wrong: 7 (17.1%)	right: 44 (86.3%) wrong: 7 (13.7%)	0.197	1	.66	
5. Too much or too little sleep can be a sign of depression in children and adolescents.	right: 41 (100%) wrong: 0 (0%)	right: 51 (100%) wrong: 0 (0%)	^a	^a	^a	
6. Noticeable weight gain or loss can be a sign of depression in children and adolescents.	right: 39 (95.1%) wrong: 2 (4.9%)	right: 51 (100%) wrong: 0 (0%)	2.543	1	.11	
7. As a result of depression, children and adolescents may move more slowly or be restless.	right: 39 (95.1%) wrong: 2 (4.9%)	right: 48 (94.1%) wrong: 3 (5.9%)	0.045	1	.83	
8. Depression in children and adolescents has an influence on memory processes (e.g. information processing).	right: 41 (100%) wrong: 0 (0%)	right: 51 (100%) wrong: 0 (0%)	^a	^a	^a	
9. Depression in children and adolescents affects attention and concentration.	right: 40 (97.6%) wrong: 1 (2.4%)	right: 51 (100%) wrong: 0 (0%)	1.258	1	.26	
10. Depression in children and adolescents can manifest itself in aggressive behavior.	right: 38 (92.7%) wrong: 3 (7.3%)	right: 46 (90.2%) wrong: 5 (9.8%)	0.177	1	.67	

Item	Control group	Intervention group	χ^2	df	<i>p</i>	φ
	(<i>n</i> , %)	(<i>n</i> , %)				
11. Depression is part of puberty.	right: 41 (100%) wrong: 0 (0%)	right: 50 (98.0%) wrong: 1 (2.0%)	0.813	1	.37	
12. Children and adolescents who suffer from depression often have another mental illness.	right: 16 (39.0%) wrong: 25 (61.0%)	right: 33 (64.7%) wrong: 17 (33.3%)	6.596	1	.01*	0.27
13. From puberty onwards, more boys than girls are affected by depression.	right: 32 (78.0%) wrong: 9 (22.0%)	right: 43 (84.3%) wrong: 7 (13.7%)	0.983	1	.32	
14. Ten percent of all adolescents suffer from depression.	right: 24 (58.5%) wrong: 17 (41.5%)	right: 31 (60.8%) wrong: 20 (39.2%)	0.048	1	.83	
15. In most cases, depressive children and adolescents suffer only one depressive episode.	right: 27 (65.9%) wrong: 14 (34.1%)	right: 34 (66.7%) wrong: 17 (33.3%)	0.007		.94	
16. Suicide is the second most common cause of death among young people.	right: 24 (58.5%) wrong: 17 (41.5%)	right: 50 (98.0%) wrong: 1 (2.0%)	22.537	1	< .001*	0.50
17. Depression in children and adolescents is the greatest risk factor for suicidal behavior.	right: 36 (87.8%) wrong: 4 (9.8%)	right: 49 (96.1%) wrong: 2 (3.9%)	1.345	1	.25	
18. Girls attempt suicide more frequently than boys.	right: 18 (43.9%) wrong: 23 (56.1%)	right: 38 (74.5%) wrong: 13 (25.5%)	8.939	1	< .01*	0.31
19. Boys die by suicide more often than girls.	right: 22 (53.7%) wrong: 19 (46.3%)	right: 46 (90.2%) wrong: 5 (9.8%)	15.736	1	< .001*	0.41
20. Offers of conversation and contact for children and adolescents increase the risk of suicide.	right: 40 (97.6%) wrong: 1 (2.4%)	right: 49 (96.1%) wrong: 2 (3.9%)	0.158	1	.69	
21. Children and adolescents who express suicidal intentions are not at risk of suicidal behavior.	right: 40 (97.6%) wrong: 1 (2.4%)	right: 51 (100%) wrong: 0 (0%)	1.258	1	.26	

Item	Control group	Intervention group	χ^2	df	<i>p</i>	φ
	(<i>n</i> , %)	(<i>n</i> , %)				
22. Depression in children and adolescents can lead to severe physical problems.	right: 40 (97.6%) wrong: 1 (2.4%)	right: 50 (98.0%) wrong: 1 (2.0%)	0.813	1	.37	
23. In discussions with affected children and adolescents, confidentiality should be promised in order to establish a more trusting relationship.	right: 12 (29.3%) wrong: 29 (70.7%)	right: 41 (80.4%) wrong: 10 (19.6%)	24.325	1	< .001*	0.51
24. The focus of performance feedback to depressed children and adolescents should be on their abilities.	right: 8 (19.5%) wrong: 33 (80.5%)	right: 22 (43.1%) wrong: 29 (56.9%)	5.773	1	.02*	0.25
25. Teaching good techniques for dealing with stress can prevent depression in children and young people.	right: 35 (85.4%) wrong: 6 (14.6%)	right: 46 (90.2%) wrong: 5 (9.8%)	0.504	1	.48	
26. Depression prevention is also suicide prevention.	right: 37 (90.2%) wrong: 4 (9.8%)	right: 47 (92.2%) wrong: 4 (7.8%)	0.105	1	.75	
27. Depression is a treatable medical illness.	right: 26 (63.4%) wrong: 15 (36.6%)	right: 40 (78.4%) wrong: 11 (21.6%)	2.528	1	.11	

Note. Original questionnaire is in German. Scale (recoded): 0 = wrong, 1 = right; ^a = calculation not possible because item is constant; **p* ≤ .05.

Table 2

Descriptive values and posttest comparison of recognized depressive symptoms in the vignettes between the control group and the intervention group (N = 92).

Vignette	Symptom category	Control group (n, %)	Intervention group (n, %)	χ^2	df	p	ϕ
1 'Lukas'	Reduced academic performance	recognized: 32 (78,0%) not recognized: 10 (22,0%)	recognized: 48 (94,1%) not recognized: 3 (5,9%)	5.174	1	.02*	0.24
	Concentration difficulties	recognized: 30 (73,2%) not recognized: 11 (26,8%)	recognized: 40 (78,4%) not recognized: 11 (21,6%)	0.346	1	.56	
	Behavioral change	recognized: 32 (78,0%) not recognized: 10 (22,0%)	recognized: 47 (92,2%) not recognized: 4 (7,8%)	3.728	1	.05*	0.20
	Reduced activity	recognized: 24 (58,5%) not recognized: 17 (41,5%)	recognized: 23 (45,1%) not recognized: 28 (54,9%)	1.643	1	.20	
	Social withdrawal	recognized: 26 (63,4%) not recognized: 15 (36,6%)	recognized: 39 (76,5%) not recognized: 12 (23,5%)	1.868	1	.17	
	School absenteeism	recognized: 3 (7,3%) not recognized: 38 (92,7%)	recognized: 14 (27,5%) not recognized: 37 (72,5%)	6.116	1	.01*	0.26
	Physicals symptoms	recognized: 39 (95,1%) not recognized: 2 (4,8%)	recognized: 49 (96,1%) not recognized: 2 (3,9%)	0.050	1	.82	
	Reduced academic performance	recognized: 36 (87,8%) not recognized: 5 (12,2%)	recognized: 46 (90,2%) not recognized: 5 (9,8%)	0.134	1	.71	
2 'Hanna'	Concentration difficulties	recognized: 31 (75,6%) not recognized: 10 (24,4%)	recognized: 40 (78,4%) not recognized: 11 (21,6%)	0.103	1	.75	
	Behavioral change	recognized: 38 (92,7%) not recognized: 3 (7,3%)	recognized: 44 (86,3%) not recognized: 7 (13,7%)	0.963	1	.33	

Symptom category	Control group (n, %)	Intervention group (n, %)	χ^2	df	<i>p</i>	φ
Dysfunctional cognitions	recognized: 33 (80,5%)	recognized: 47 (92,2%)	2.729	1	.10	
	not recognized: 8 (19,5%)	not recognized: 4 (7,8%)				
Social withdrawal	recognized: 40 (97,6%)	recognized: 46 (90,2%)	2.022	1	.16	
	not recognized: 1 (2,4%)	not recognized: 5 (9,8%)				
Physical symptoms	recognized: 38 (92,7%)	recognized: 44 (86,3%)	0.963	1	.33	
	not recognized: 3 (7,3%)	not recognized: 7 (13,7%)				

Note. Original questionnaire is in German; **p* ≤ .05.

To compare the mean scores of correctly identified depressive symptoms in the case vignettes between the control and intervention groups in the posttest, independent t-tests were conducted. In vignette 1, participants in the control group correctly identified an average of 4.54 symptoms ($SD = 1.58$), while participants in the intervention group identified an average of 5.10 symptoms ($SD = 1.08$). The results indicate a significant difference between the groups for vignette 1 ($t(68) = 1.937, p = .03$) with a medium effect size ($d = 0.43$). No significant difference was observed between the groups for vignette 2, where the control group identified an average of 5.27 symptoms ($SD = 0.96$) and the intervention group identified 5.24 symptoms ($SD = 1.03$) ($t(90) = -0.156, p = .44$).

For the second vignette-related question regarding anticipated pedagogical strategies, the comparison of individual strategies showed significant differences ($p \leq .05$) in 'having a conversation with colleagues' for vignette 1 and 'seeking internal school support' for vignette 2 (Table 3). To compare the number of proposed pedagogical strategies, independent t-tests were conducted between the control and intervention groups in the posttest. In vignette 1, participants in the control group suggested an average of 2.78 strategies ($SD = 1.11$), while those in the intervention group proposed an average of 3.18 strategies ($SD = 1.24$). In vignette 2, the control group listed 3.12 strategies on average ($SD = 1.38$), while the intervention group suggested 3.55 strategies ($SD = 1.39$). No significant differences were found between the groups for either vignette (vignette 1: $t(90) = 1.593, p = .06$; vignette 2: $t(90) = 1.468, p = .07$).

Table 3

Descriptive values and posttest comparison of suggested pedagogical strategies regarding the vignettes between the control group and the intervention group (N = 92)

Vignette	Pedagogical strategies	Control group (n, %)	Intervention group (n, %)	χ^2	df	p	ϕ
1 'Lukas'	Conversation with Lukas	named: 40 (97,6%) not named: 1 (2,4%)	named: 48 (94,1%) not named: 3 (5,9%)	0.648	1	.42	
	Conversation with parents	named: 29 (70,7%) not named: 12 (29,3%)	named: 30 (58,8%) not named: 21 (41,2%)	1.401	1	.24	
	Conversation with colleagues	named: 6 (14,6%) not named: 35 (85,4%)	named: 24 (47,1%) not named: 27 (52,9%)	10.874	1	<.001*	0.34
	Internal school support (e.g. social worker)	named: 3 (7,3%) not named: 38 (92,7%)	named: 8 (15,7%) not named: 43 (84,3%)	1.512	1	.22	
	External school support (e.g. school psychology service)	named: 11 (26,8%) not named: 30 (73,2%)	named: 16 (31,4%) not named: 35 (68,6%)	0.226	1	.63	
	Pedagogical actions regarding Lukas	named: 24 (58,5%) not named: 17 (41,5%)	named: 31 (60,8%) not named: 20 (39,2%)	0.048	1	.88	
	Actions as a teacher (e.g. professional development, research)	named: 1 (2,4%) not named: 40 (97,6%)	named: 5 (9,8%) not named: 46 (90,2%)	2.022	1	.16	
	Conversation with Hanna	named: 38 (92,7%) not named: 3 (7,3%)	named: 45 (88,2%) not named: 6 (11,8%)	0.509	1	.48	
2 'Hanna'	Conversation with parents	named: 27 (65,9%) not named: 14 (34,1%)	named: 36 (70,6%) not named: 15 (29,4%)	0.236	1	.63	
	Conversation with colleagues	named: 12 (29,3%) not named: 29 (70,7%)	named: 21 (41,2%) not named: 30 (58,8%)	1.401	1	.24	

Pedagogical strategies	Control group (n, %)	Intervention group (n, %)	χ^2	df	p	ϕ
Internal school support (e.g. social worker)	named: 6 (14,6%) not named: 35 (85,4%)	named: 20 (39,2%) not named: 31 (60,8%)	6.774	1	.01*	0.27
External school support (e.g. school psychology service)	named: 20 (48,8%) not named: 21 (51,2%)	named: 23 (45,1%) not named: 28 (54,9%)	0.124	1	.73	
Pedagogical actions regarding Hanna	named: 11 (26,8%) not named: 30 (73,2%)	named: 17 (33,3%) not named: 34 (66,7%)	0.454	1	.50	
Actions as a teacher (e.g. professional development, research)	named: 4 (9,6%) not named: 37 (90,2%)	named: 3 (5,9%) not named: 48 (94,1%)	0.485	1	.49	
Assess suicidal ideation	named: 10 (24,4%) not named: 31 (75,6%)	named: 16 (31,4%) not named: 35 (68,6%)	0.547	1	.46	

Note. Original questionnaire is in German; *p ≤ .05.

Depression Self-Efficacy

An independent samples t-test was conducted to compare the mean score of depression self-efficacy between the control and intervention groups in the posttest. A significant difference was found, with the control group having a mean score of 9.29 ($SD = 1.97$) and the intervention group scoring on average 13.02 ($SD = 1.81$), $t(89) = 9.397$, $p < .001$. The individual item scores (Table 4) further demonstrate significantly higher scores in the intervention group across all items ($p < .001$).

Table 4

Descriptive values and posttest comparison of items regarding depression self-efficacy in the control and intervention group (N = 92)

Item	Control group (<i>M, SD</i>)	Intervention group (<i>M, SD</i>)	t	df	p	d
1. I feel competent regarding my knowledge of depressive symptoms and disorders in children and adolescents.	2.27 (0.62)	3.18 (0.56)	6.511	81	< .001*	1.38
2. I feel competent recognizing depressive symptoms in students.	2.41 (0.67)	3.20 (0.60)	5.891	90	< .001*	1.24
3. I know how to take action if I notice depressive symptoms in a student.	2.39 (0.52)	3.24 (0.52)	6.947	77	< .001*	1.49
4. I know what help is available for depressed students and how to access it.	2.12 (0.75)	3.37 (0.60)	8.909	90	< .001*	1.87

Note. Original questionnaire is in German. Scale: 1-4; * $p \leq .05$

A mixed-design ANOVA was performed to investigate the effects of group (between-subject factor: control group vs. intervention group) and time (within-subject factor: pretest, posttest) on depression self-efficacy. The analysis showed a significant main effect of time, $F(1,87) = 83.205$, $p < .001$; $\eta^2 = 0.49$.

Discussion

This study evaluated the effectiveness of the 'glücklich' psychoeducational training on depression in childhood and adolescence, focusing on improving depression literacy and depression self-efficacy among pre-service teachers. The findings show that the training resulted in a significant increase in depression knowledge within the intervention group, demonstrating its effectiveness in enhancing pre-service teachers' understanding of youth depression. These results align with previous research, which suggests that targeted training programs can significantly enhance the knowledge component of mental health literacy among pre-service teachers (Wei et al. 2020; Gilham, Neville-MacLean, and Atkinson 2021).

The large effect size ($d = 1.55$) highlights the substantial impact of the training, indicating that structured, time-efficient psychoeducational interventions can be effective. Knowledge improvements were particularly notable in areas such as suicidality and appropriate interactions with depressed adolescents. These findings correspond with the documented need for greater knowledge among teachers in managing depressive symptoms in students and addressing suicidality (Franke et al. 2024; Gunawardena et al. 2024), underscoring the importance of integrating such training modules into teacher education curricula. By equipping future teachers with adequate knowledge, these programs can help prevent common misconceptions about depression, including suicidal ideation, leading to better identification and support of affected students. Adequate knowledge is critical in enabling teachers to act as effective 'gateway providers' and contribute to early intervention efforts for students with mental health challenges.

In terms of the case vignettes, the significant improvement in identifying depressive symptoms in vignette 1, but not in vignette 2, suggests that the context or presentation of symptoms may influence teachers' ability to recognize them. This finding may reflect the inherent complexity of identifying internalizing symptoms, which are often less apparent than externalizing behaviors. Previous research indicates that teachers may sometimes misinterpret depressive symptoms as typical developmental behaviors (Ahnert, Vogel, and Lukasczik 2016; Crundwell and Killu 2010). The mixed results in symptom recognition highlight

the importance of a training program that considers a range of scenarios and symptom presentations, accounting for factors such as age, gender, family background, school context and the nature of depressive symptoms. The '*glücklich*' training will further expand the diversity of case studies and place greater emphasis on knowledge transfer, ensuring that future teachers can effectively apply their skills across various educational settings and student populations.

Regarding the anticipated pedagogical strategies, significant differences between the intervention and control groups were found only for 'conversation with colleagues' and 'internal school support' in vignette 2. This indicates that while depression knowledge is improved, it did not consistently translate into a better understanding of appropriate pedagogical approaches. This suggests that possessing adequate knowledge of depression in childhood and adolescence may not be sufficient to change practical teaching behaviors. Additional support during training is likely needed to facilitate the implementation of these strategies. These findings are consistent with evaluations of other mental health training programs for teachers and pre-service teachers, where knowledge significantly improved, but the transfer to teaching practices – such as help-seeking intentions – was either not assessed or lacked long-term stability (Wei et al. 2020; Yamaguchi et al. 2020). Pre-service teachers may face barriers to implementing new strategies, including school culture, time constraints, lack of administrative support or entrenched beliefs. The fact that specific strategies did improve significantly suggests that pre-service teachers require more targeted guidance and resources to feel confident in applying new practices effectively.

With regard to depression self-efficacy, the significant increase observed in the intervention group indicates that the training effectively empowered pre-service teachers, enhancing their confidence in managing depression in the classroom. This finding is consistent with previous mental health training programs for pre-service teachers, which have demonstrated a strong connection between targeted training and increased self-efficacy (Brann et al. 2022; Gilham, Neville-MacLean, and Atkinson 2021). The results also align with Bandura's (1997) theory of self-efficacy, which posits that mastery experiences and exposure

to role models can strengthen individuals' belief in their capabilities. The high effect size ($\eta_p^2 = 0.49$) further underscores the substantial impact of the training on teachers' confidence in addressing depression among their students. The significant main effect of time on self-efficacy suggests that the training's impact was sustained over the duration of the study. However, follow-up training or refresher sessions could be beneficial to reinforce and extend the initial gains, ensuring long-term retention and continued development of self-efficacy in managing student mental health.

Relating back to the research question and hypotheses, it can be stated that the psychoeducational training program '*glücklich*' was shown to effectively enhance knowledge about depression as part of depression literacy as well as depression self-efficacy. However, the transfer of knowledge into practical pedagogical strategies revealed mixed results. From a theoretical perspective, these findings can be explained through the lens of Social Cognitive Theory (Bandura 1997), which posits that while cognitive and self-efficacy gains can result from knowledge acquisition and guided discussion, sustained behavioral change requires repeated practice and reinforcement in authentic contexts. Given the time-limited format of the '*glücklich*' intervention, participants likely benefitted most from the knowledge sharing elements, whereas opportunities for mastery experiences and behavioral transfer were comparatively constrained. This interpretation aligns with prior findings from teacher mental health training studies showing that short-term interventions primarily improve knowledge and perceived competence but have limited impact on behavioral implementation (Wei et al. 2020; Yamaguchi et al. 2020).

Overall, these findings underline the critical importance of incorporating targeted mental health training into teacher education programs to better prepare future educators as effective gateway providers for student mental health support.

Limitations

Several limitations should be considered when interpreting the findings of this study. First, the sample predominantly consisted of female pre-service teachers, which, although reflective of the gender distribution in special education (Weeber and Hobler 2015), limits the

generalizability of the results. Additionally, the study focused exclusively on pre-service teachers in special education, a group that may have more interest and experience in mental health topics, potentially limiting the applicability of the findings to the broader population of pre-service teachers.

Regarding the measurement tools, no standardized instrument exists specifically for measuring depression literacy. As a result, a validated questionnaire (Grabowski 2021) was employed to assess this construct. However, the stigma component of depression literacy was not included in the study. This omission is due to the complexity of measuring mental health stigma, which involves overlapping concepts and lacks standardized measures (Mannarini and Rossi 2018; Brohan et al. 2010). The transfer of knowledge to practical application was assessed through case vignettes, but more robust methods – such as classroom observations or role-playing scenarios – could offer a deeper understanding of how training translates into practice. Finally, follow-up measurements were not conducted due to time-restraints within the academic semesters.

Implications for further research and practice

Future research on the ‘glücklich’ training program should investigate the long-term retention of knowledge and self-efficacy in managing depression in school environments. Longitudinal studies utilizing additional measurement methods, such as classroom interventions or interviews, could provide valuable insights into how the training impacts teachers’ classroom practices over time, as well as its effects on student mental health and academic outcomes. Additionally, the stigma component of depression literacy warrants further exploration, as addressing stigma is crucial for fostering an inclusive classroom environment.

The variability in the results, particularly regarding the transfer of knowledge into practice, suggests that future programs should incorporate extended experiential learning components to support the transfer of knowledge into classroom practice (e.g., role-play, follow-up sessions). Future implementations of the ‘glücklich’ program could also integrate elements of structured peer case consultation, a collaborative method in which teachers

systematically reflect on real cases with defined roles. Such formats have been shown to foster professional reflection, solving specific practical problems, and reducing stress through social support (Meißner and Greiner 2022; Meißner et al. 2019). Moreover, psychoeducational programs might need to be tailored to meet the specific needs of different teacher groups or educational contexts. Future studies could examine how customized interventions that consider teachers' prior experiences with mental health, teaching environments, and student demographics can enhance training effectiveness. Incorporating more in-depth discussions and diverse case studies may also improve the application of learned concepts.

Given the positive overall findings, there is a strong argument for integrating depression literacy and self-efficacy training focused on depression and other youth mental health issues into pre-service teacher education on a broader scale. Policymakers and educational institutions should consider mandating such training to ensure that all teachers are adequately prepared to support student mental health.

Declaration of interest

The author reports there are no competing interests to declare.

References

- Ahnert, J., Vogel, H. & Lukasczik, M. (2016). Entwicklung und Evaluation einer Lehrerfortbildung zur Früherkennung depressiver Symptome bei Schülern [Development and Evaluation of a Teacher Training for the Early Recognition of Depressive Symptoms in Students]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 66(3-4), 136–143. <https://doi.org/10.1055/s-0042-101415>
- Auger, R. W. (2004). The accuracy of teacher reports in the identification of middle school students with depressive symptomatology. *Psychology in the Schools*, 41(3), 379–389. <https://doi.org/10.1002/pits.10164>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control* (11. printing). Freeman.
- Bilz, L. (2014). Werden Ängste und depressive Symptome bei Kindern und Jugendlichen in der Schule übersehen? *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 28(1-2), 57–62. <https://doi.org/10.1024/1010-0652/a000118>

- Brann, K. L., Boone, W. J., Splett, J. W., Clemons, C. & Bidwell, S. L. (2021). Development of the School Mental Health Self-Efficacy Teacher Survey Using Rasch Analysis. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 39(2), 197–211.
<https://doi.org/10.1177/0734282920947504>
- Brann, K. L., Clemons, C., Meehan, C. & Boone, W. J. (2022). Examining Pre-Service Teacher Mental Health Training and Self-Efficacy at One American University. *Exceptionality Education International*, 32(1), 35–54-35–54.
<https://ojs.lib.uwo.ca/index.php/eei/article/view/15460>
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S. & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*, 10(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-80>
- Campbell, D. T. & Stanley, J. C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research* (Reprinted from “Handbook of research on teaching”). Houghton Mifflin.
- Carballo, J. J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Purper-Ouakil, D [D.], Hoekstra, P. J., Coghill, D., Schulze, U. M. E., Dittmann, R. W., Buitelaar, J. K., Castro-Fornieles, J., Lievesley, K., Santosh, P. & Arango, C. (2020). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(6), 759–776. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-01270-9>
- Chesney, E., Goodwin, G. M. & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13(2), 153–160. <https://doi.org/10.1002/wps.20128>
- Clayborne, Z. M., Varin, M. & Colman, I. (2019). Systematic Review and Meta-Analysis: Adolescent Depression and Long-Term Psychosocial Outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(1), 72–79.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.896>
- Crundwell, R. M. A. & Killu, K. (2010). Responding to a Student’s Depression. *Interventions That Work*, 68(2), 46–51.

- Cruz, C. M., Lamb, M. M., Hampanda, K., Giri, P., Campbell, M., Chowdhury, B., Giardina, A. A., Gaynes, B. N. & Matergia, M. (2021). Teacher Nomination of School-aged Children for Mental Health Services in a Low and Middle Income Country. *Global health action*, 14(1), 1861921. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1861921>
- Cunningham, J. M. & Suldo, S. M. (2014). Accuracy of Teachers in Identifying Elementary School Students Who Report At-Risk Levels of Anxiety and Depression. *School Mental Health*, 6(4), 237–250. <https://doi.org/10.1007/s12310-014-9125-9>
- Deng, J., Zhou, F., Hou, W., Heybati, K., Lohit, S., Abbas, U., Silver, Z., Wong, C. Y., Chang, O., Huang, E., Zuo, Q. K., Moskalyk, M., Ramaraju, H. B. & Heybati, S. (2023). Prevalence of mental health symptoms in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1520(1), 53–73. <https://doi.org/10.1111/nyas.14947>
- Elyamani, R., Nour, O., Singh, R., Saeed, K., Musa, A., Alkubaisi, N. & Bougmiza, M. I. (2024). The effectiveness of the WHO school mental health package in promoting mental health literacy among secondary school teachers in Qatar: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 24(1), 1883. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19263-6>
- Embse, N. P. von der, Kilgus, S. P., Eklund, K., Ake, E. & Levi-Neilsen, S. (2018). Training Teachers to Facilitate Early Identification of Mental and Behavioral Health Risks. *School Psychology Review*, 47(4), 372–384. <https://doi.org/10.17105/SPR-2017-0094.V47-4>
- Franke, S., Mittermeier, S., Lewitzka, U., Knappe, S. & Bürger, A. (2024). Mental Health Literacy bei Lehrkräften und Eltern zur Früherkennung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 33(2), 80–89. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000449>
- Gaier, S. E. (2015). Understanding why students do what they do: Using attribution theory to help students succeed academically. *Research and Teaching in Developmental Education*, 31(2), 6–19. <https://www.jstor.org/stable/45373106>

- Gander, M. & Buchheim, A. (2013). Internalisierende Symptome bei depressiven Jugendlichen. Ausprägung und Möglichkeiten der Erkennung im schulischen Kontext. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41(1), 11–22. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000206>
- Ghafari, M., Nadi, T., Bahadivand-Chegini, S. & Doosti-Irani, A. (2022). Global prevalence of unmet need for mental health care among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 36, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.10.008>
- Gilham, C., Neville-MacLean, S. & Atkinson, E. (2021). Effect of Online Modules on Pre-Service Teacher Mental Health Literacy and Efficacy toward Inclusive Practices. *Canadian Journal of Education/Revue canadienne de l'éducation*, 44(2), 559–599. <https://doi.org/10.53967/cje-rce.v44i2.4601>
- Grabowski, F. C. (2021). Depression in childhood and adolescence. Development and piloting of a psychoeducational program for the professional development of teachers. *Empirische Sonderpädagogik*(4), 328–344. <https://doi.org/10.25656/01:24109>
- Grabowski, F. C. & Greiner, F. (2024). Empirische Arbeit: Depressionsspezifisches Wissen und Hilfesuchverhalten von Jugendlichen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 71(2), 116–131. <https://doi.org/10.2378/peu2024.art12>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M. & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(113).
- Gunawardena, H., Leontini, R., Nair, S., Cross, S. & Hickie, I. (2024). Teachers as first responders: classroom experiences and mental health training needs of Australian schoolteachers. *BMC Public Health*, 24(1), 268. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17599-z>
- Hartmann, A., Rückmann, J. & Tannen, A. (2020). Individuelle Gesundheitskompetenz von Lehrkräften und deren (Un)Sicherheit im Umgang mit chronisch erkrankten Schulkindern und Notfallsituationen [Individual teacher's health literacy and their safety

- in dealing with chronically ill pupils and emergencies]. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - - Gesundheitsschutz*, 63(9), 1168–1176.
<https://doi.org/10.1007/s00103-020-03207-7>
- Hintz Peter, B., Klasen, F., Schön, G., Voss, C., Hölling, H. & Ravens-Sieberer, U. (2015). Mental health care use among children and adolescents in Germany: results of the longitudinal BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(6), 705–713.
<https://doi.org/10.1007/s00787-015-0676-6>
- IBM Corp. (2023). *IBM SPSS Statistics for Windows* (Version 29.0) [Computer software]. IBM Corp.
- Johnson, C. L., Gross, M. A., Jorm, A. F. & Hart, L. M. (2023). Mental Health Literacy for Supporting Children: A Systematic Review of Teacher and Parent/Carer Knowledge and Recognition of Mental Health Problems in Childhood. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(2), 569–591. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00426-7>
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *The American psychologist*, 67(3), 231–243.
<https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical journal of Australia*, 166(4), 182–186.
- Krolak-Schwerdt, S., Hörstermann, T., Glock, S. & Böhmer, I. (2017). Teachers’ Assessments of Students’ Achievements: The Ecological Validity of Studies Using Case Vignettes. *Journal of Educational Psychology*, 109 (4), 515–529.
<https://doi.org/10.1080/00220973.2017.1370686>.
- Kutcher, S., Wei, Y., Costa, S., Gusmão, R., Skokauskas, N. & Sourander, A. (2016). Enhancing mental health literacy in young people. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(6), 567–569. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0867-9>

- Loades, M. E. & Mastroyannopoulou, K. (2010). Teachers' Recognition of Children's Mental Health Problems. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(3), 150–156. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2009.00551.x>
- Lohse-Bossenz, H., Bloss, C. & Dörfler, T. (2022). Constructing Multi-Theory Vignettes to Measure the Application of Knowledge in Ambivalent Educational Situations. *Frontiers in Education*, 7. <https://doi.org/10.3389/feduc.2022.996029>.
- Lyman, F. (1981). The Responsive Classroom Discussion. In A. S. Anderson (Hrsg.), *Mainstreaming Digest* (S. 109–113). University of Maryland College of Education.
- Mannarini, S. & Rossi, A. (2018). Assessing Mental Illness Stigma: A Complex Issue. *Frontiers in Psychology*, 9, 2722. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02722>
- Martínez, V., Espinosa, D., Zitko, P., Marín, R., Schilling, S., Schwerter, C. & Rojas, G. (2015). Effectiveness of the workshop “adolescent depression: what can schools do?”. *Frontiers in psychiatry*, 67. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00067>
- Meißner, S. & Greiner, F. (2022). Was kann Peer-to-Peer-Beratung leisten? *Zeitschrift für Schul- und Professionsentwicklung*, 4(3), 213–232. <https://doi.org/10.11576/pflb-5252>.
- Meißner, S., Semper, I., Roth, S. & Berkemeyer, N. (2019). Gesunde Lehrkräfte Durch Kollegiale Fallberatung? *Präv Gesundheitsf* 14(1), 15–21. <https://doi.org/10.1007/s11553-018-0684-8>
- Moor, S., Maguire, A., Ann, M., McQueen, H., Hester, M., Wells, E. J., Elisabeth, W. J., Elton, R., Robert, E., Wrate, R., Robert, W., Blair, C. & Caroline, B. (2007). Improving the recognition of depression in adolescence: can we teach the teachers? *Journal of adolescence*, 30(1), 81–95. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.12.001>
- Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2019). *Increase the proportion of adolescents with depression who get treatment — MHMD-06*. <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/mental-health-and-mental-disorders/increase-proportion-adolescents-depression-who-get-treatment-mhmd-06>

- Ohan, J. L., Cormier, N., Hepp, S. L., Visser, T. A. W. & Strain, M. C. (2008). Does knowledge about attention-deficit/hyperactivity disorder impact teachers' reported behaviors and perceptions? *School Psychology Quarterly*, 23(3), 436–449. <https://doi.org/10.1037/1045-3830.23.3.436>
- Rehm, J. & Shield, K. D. (2019). Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. *Current psychiatry reports*, 21(2), 10. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>
- Reinke, W. M., Stormont, M., Herman, K. C., Puri, R. & Goel, N. (2011). Supporting children's mental health in schools: Teacher perceptions of needs, roles, and barriers. *School Psychology Quarterly*, 26(1), 1–13. <https://doi.org/10.1037/a0022714>
- Reiß, F., Napp, A.-K., Erhart, M., Devine, J., Dadaczynski, K., Kaman, A. & Ravens-Sieberer, U. (2023). Perspektive Prävention: Psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern in Deutschland [Prevention perspective: mental health of schoolchildren in Germany]. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 66(4), 391–401. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03674-8>
- Shorey, S., Ng, E. D. & Wong, C. H. J. (2022). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *The British journal of clinical psychology*, 61(2), 287–305. <https://doi.org/10.1111/bjcp.12333>
- Signorini, G., Singh, S. P., Boricevic-Marsanic, V., Dieleman, G., Dodig-Ćurković, K., Franic, T., Gerritsen, S. E., Griffin, J., Maras, A., McNicholas, F., O'Hara, L., Purper-Ouakil, D [Diane], Paul, M., Santosh, P., Schulze, U., Street, C., Tremmery, S., Tuomainen, H., Verhulst, F., . . . Girolamo, G. de (2017). Architecture and functioning of child and adolescent mental health services: a 28-country survey in Europe. *The Lancet Psychiatry*, 4(9), 715–724. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30127-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30127-X)
- Singh, S., Zaki, R. A. & Farid, N. D. N. (2019). A systematic review of depression literacy: Knowledge, help-seeking and stigmatising attitudes among adolescents. *Journal of adolescence*, 74, 154–172. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.06.004>

- Stiffman, A. R., Pescosolido, B. & Cabassa, L. J. (2004). Building a model to understand youth service access: the gateway provider model. *Mental Health Services Research*, 6(4), 189–198. <https://doi.org/10.1023/B:MHSR.0000044745.09952.33>
- Verboom, C. E., Sijtsema, J. J., Verhulst, F. C., Penninx, B. W. J. H. & Ormel, J. (2014). Longitudinal associations between depressive problems, academic performance, and social functioning in adolescent boys and girls. *Developmental psychology*, 50(1), 247–257. <https://doi.org/10.1037/a0032547>
- Wartberg, L., Kriston, L. & Thomasius, R. (2018). Depressive Symptomatik bei Jugendlichen: Prävalenz und assoziierte psychosoziale Merkmale in einer repräsentativen Stichprobe. *Deutsches Arzteblatt international*, 115(33-34), 549–555. <https://doi.org/10.3238/ärztebl.2018.0549>
- Weeber, S. & Hobler, D. (2015). *Lehramtsstudent_innen nach Studiengängen und Fächern im Wintersemester 2013/14 in Deutschland: Auswertung für das GEW-Zukunftsforum Lehrer_innenbildung*. GEW. https://www.gew.de/fileadmin/media/publikationen/hv/Gleichstellung/Geschlechtergerechte_Bildung/Auswertung_LehrerInnenbildung_2015.pdf
- Wei, Y., Carr, W., Alaffe, R. & Kutcher, S. (2020). Mental health literacy development: Application of online and in-person professional development for preservice teachers to address knowledge, stigma, and help-seeking intentions. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 52(2), 107–114. <https://doi.org/10.1037/cbs0000164>
- Yamaguchi, S., Foo, J. C., Nishida, A., Ogawa, S., Togo, F. & Sasaki, T. (2020). Mental health literacy programs for school teachers: A systematic review and narrative synthesis. *Early intervention in psychiatry*, 14–25. <https://doi.org/10.1111/eip.12793>

7 Überarbeitung der Fortbildung und des Fragebogens auf Grundlage der Ergebnisse der Kontrollgruppenstudie

Aufbauend auf den in Publikation 3 dargestellten Ergebnissen der kontrollierten Studie (Grabowski, in Revision) wurden sowohl die Fortbildung als auch der Fragebogen überarbeitet, um gezielt auf die identifizierten Verbesserungspotenziale einzugehen.

Aufgrund mangelnder Verbesserungen in den Transferleistungen wurde die Fortbildung stärker auf praxisorientierte Handlungsoptionen für (angehende) Lehrkräfte ausgerichtet. Ein zentraler Fokus lag auf der vertieften Diskussion einer Fallvignette, die eine depressive Schülerin beschreibt. Für diese Diskussion wurde bewusst mehr Zeit eingeplant, um den Teilnehmenden die Möglichkeit zu geben, ihre Handlungsstrategien zu reflektieren und zu vertiefen. Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Gesprächsführung, insbesondere im Umgang mit Erziehungsberechtigten. Es wurden Inhalte zur effektiven Kommunikation vermittelt und Vorschläge für einen sinnvollen Gesprächsablauf dargestellt. Zusätzlich wurden konkrete Ablaufpläne und Strategien für den Umgang mit suizidalem Verhalten ergänzt. Dieser thematische Abschnitt wurde erweitert, um die Teilnehmenden besser auf solche potenziell herausfordernden Situationen vorzubereiten. Um den zeitlichen Rahmen der Fortbildung beizubehalten, wurde die Einführung zu Depressionen im Kindes- und Jugendalter inhaltlich gestrafft und stärker auf schulrelevante Inhalte fokussiert. Diese Anpassung basierte auf den Ergebnissen der vorherigen Studien (Kapitel 5 und 6; Grabowski, in Revision, 2021), die gezeigt hatten, dass die Teilnehmenden bereits über ein hohes Grundlagenwissen verfügten. Zudem erschien ein reduzierter diagnostischer Fokus für die Zielgruppe der Lehrkräfte sinnvoll.

Der Fragebogen wurde ebenfalls umfassend angepasst, um eine präzisere und praxisorientierte Erfassung der Lernziele zu ermöglichen:

1. Entfernung problematischer Items im Wissenstest: Fragen, die in den vorherigen Studien Missverständnisse hervorgerufen oder Deckeneffekte gezeigt hatten (z. B. „Depressionsprävention ist auch Suizidprävention.“), wurden entfernt.

2. Umformulierung bestehender Items im Wissentest: Einige Items wurden überarbeitet, um präziser und verständlicher zu sein. Beispielsweise wurde das ursprüngliche Item „Die Vermittlung von guten Techniken für den Umgang mit Stress kann Depressionen bei Kindern und Jugendlichen vorbeugen.“ zu „Die Stärkung der Resilienz (psychische Widerstandsfähigkeit) kann Depressionen bei Kindern und Jugendlichen vorbeugen.“ umformuliert.
3. Ergänzung neuer Items im Wissenstest: Es wurden Fragen hinzugefügt, die insbesondere das Wissen zum pädagogischen Umgang mit depressiven und/oder suizidalen Symptomen abbilden sollten, etwa: „Hinweise auf suizidales Verhalten von Kindern und Jugendlichen sollten immer abgeklärt werden.“ Die ergänzten Items im Wissenstest sind selbst konstruiert, da keine entsprechende Skala vorlag.
4. Hinzufügen von Items auf der Skala Selbstwirksamkeit: Zur präziseren Erfassung der Selbstwirksamkeit wurden zusätzliche Items ergänzt, wie z. B.: „Ich kann für depressive Schüler:innen angemessene Unterstützung im Unterricht anbieten.“ Die ergänzten Items sind adaptiert aus dem School Mental Health Self-Efficacy Teacher Survey (Brann et al., 2021).
5. Hinzufügen der Skala Stigmatisierung: Neue Items wurden integriert, um stigmatisierende Einstellungen zu erfassen, z. B.: „Depressive Kinder und Jugendliche können eine depressive Episode überwinden, wenn sie genügend Willenskraft zeigen.“. Die neue Skala enthält eine Auswahl an adaptierten Items von Griffiths et al. (2004).
6. Aktualisierung der Fallvignetten: Die Fallvignetten wurden mit Fokus auf eine explizitere Orientierung an den ICD-11 Kriterien umformuliert. Zudem erfolgte eine allgemeingültigere Formulierung der Vignetten, um universelle Relevanz sicherzustellen und der Austausch spezifischer auslösender Bedingungen (z. B. Liebeskummer) durch neutralere Faktoren (z. B. Umzug), um Missverständnisse zu vermeiden.

Die überarbeitete Präsentation sowie das Messinstrument finden sich in Anhang E.

7.1 Evaluation der überarbeiteten Fortbildung

7.1.1 *Hintergrund*

Um zu prüfen, ob die dargelegten Überarbeitungen zielführend waren, wurde eine weitere Studie im Pre-Post-Design durchgeführt. Es wurde angenommen, dass die überarbeitete psychoedukative Fortbildung **glücklich** eine signifikante Steigerung des Wissens über Depressionen im Kindes- und Jugendalter, der Erkennung depressiver Symptome sowie einer größeren Vielfalt an vorgeschlagenen Handlungsstrategien bezüglich der Fallvignetten zur Folge hat. Zudem wurde angenommen, dass sich die Selbstwirksamkeitserwartung zum Umgang mit depressiven Schülerinnen und Schülern bei den Teilnehmenden signifikant verbessern und stigmatisierte Einstellungen signifikant abnehmen würden. Weiterhin wurde postuliert, dass die psychometrische Qualität des Messinstrumentes angemessen ist. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Evaluation zur nochmals überarbeiteten Fortbildung vorgestellt und gezeigt, inwiefern die vorgenommenen Anpassungen die hypothetisierten Effekte erzielen konnten.

7.1.2 *Methode*

Messinstrument. In der Studie kamen ein Wissenstest, Fallvignetten mit offenen Fragen zur Symptomerkennung und antizipierter pädagogischer Strategien in Kombination mit Skalen zur Erfassung von Selbstwirksamkeit und stigmatisierenden Einstellungen bezüglich Depressionen im Kindes- und Jugendalter zum Einsatz. Der Fragebogen wurde auf Basis der Ergebnisse zweier vorheriger Studien (Grabowski, in Revision, 2021) pilotiert, validiert und überarbeitet. Der Wissenstest umfasst 25 Items (z. B. „Depressionen bei Kindern und Jugendlichen haben Einfluss auf die Aufmerksamkeit und Konzentration.“), die auf einer binären Skala („stimme zu“/ „stimme nicht zu“) beantwortet werden. Zur Erfassung des Handlungswissens wurden zwei Fallvignetten verwendet. Vignette 1 beschreibt einen Jugendlichen mit depressiven Symptomen und Vignette 2 stellt eine Jugendliche mit depressiven sowie suizidalen Symptomen dar. Obwohl die Fallbeschreibungen beide ähnliche Symptomkategorien enthielten, die den ICD-11-Kriterien einer depressiven Episode

entsprachen, wurden die Namen der Jugendlichen und Kontextdetails zwischen Pre- und Posttest variiert, um einem Erinnerungsbias entgegenzuwirken. Zu beiden Vignetten beantworteten die Teilnehmenden zwei Fragen: „Welche Hinweise auf eine mögliche Depression finden Sie bei [Name]?“ und „Wie würden Sie als Lehrkraft bei [Name] weiter vorgehen?“. Die Selbstwirksamkeit wurde mit acht Items erhoben (z. B. „Ich weiß, wie ich aktiv werden kann, wenn ich depressive Symptome bei einer Schülerin bzw. einem Schüler bemerke.“). Die Antworten erfolgten auf einer fünfstufigen Likert-Skala („stimme überhaupt nicht zu“ – „stimme voll und ganz zu“). Stigmatisierende Einstellungen wurden anhand von sechs Items erfasst (z. B. „Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sind keine echte medizinische Krankheit.“), die ebenfalls auf einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet wurden („stimme überhaupt nicht zu“ – „stimme voll und ganz zu“). Zusätzlich wurden soziodemographische Informationen zu Alter, Geschlecht, Erfahrungen mit Depressionen, Vorwissen sowie der Schulform, an der später unterrichtet werden soll, erhoben. Die Erhebung erfolgte online via des Befragungstools evasys (evasys, 2024).

Teilnehmende. Die Stichprobe umfasst 77 Masterstudierende des Studiengangs Sonderpädagogik an einer norddeutschen Universität, die sowohl am Pretest als auch am Posttest teilnahmen (Dropout: $n = 24$). Die Teilnehmenden besuchten ein obligatorisches Modul zur Klinischen Kinder- und Jugendpsychologie. Von den Teilnehmenden waren 81.8 % weiblich und 18.2 % männlich. Das durchschnittliche Alter liegt bei 24.30 Jahren ($SD = 3.00$ Jahre), mit einer Altersspanne von 21 bis 40 Jahren. Die meisten Studierenden gaben an, nach ihrem Studium an Förderzentren zu unterrichten (88.3 %), während ein kleinerer Anteil beabsichtigte, (auch) an Grundschulen (51.9 %), Gemeinschaftsschulen (31.2 %), Gymnasien (3.9 %) und Berufsbildenden Schulen (1.3 %) arbeiten zu wollen. In Bezug auf depressionsspezifische Erfahrungen berichteten 13.0 % über persönliche Erfahrungen mit Depressionen. Ein großer Anteil der Studierenden gibt zudem Erfahrungen mit Depressionen im persönlichen Umfeld (Freundeskreis: 72.7 %, Familie: 51.9 %, Schülerinnen und Schüler: 24.7 %, Kollegium: 11.7 %) an. Weitere Erfahrungen mit dem Thema, etwa durch

Fortbildungen oder frühere Lehrveranstaltungen, haben 33.8 % der Teilnehmenden. Nur 6.8 % geben an, keine depressionsspezifischen Erfahrungen zu haben.

Psychoedukative Fortbildung. Die Fortbildung wurde zuvor pilotiert, evaluiert und überarbeitet (Kapitel 5 und 6; Grabowski, in Revision, 2021). Es wurde die ursprüngliche dreiteilige Struktur beibehalten. In der vorliegenden Studie wurde die Fortbildung an zwei aufeinander folgenden Tagen durchgeführt. Jede Sitzung hatte eine Dauer von 90 Minuten und umfasste neben der Fortbildung den Pretest bzw. Posttest. Alle Teilnehmenden erteilten vor Beginn der Befragungen ihr schriftliches, informiertes Einverständnis.

Design und Datenanalyse. Zur Evaluation wurde eine Interventionsstudie im Pre-Posttest-Design genutzt. Beim Wissenstest über Depression wurde für jede richtige Antwort ein Punkt vergeben, wobei die Gesamtpunktzahl durch Summierung der Punkte errechnet wurde. Zur Prüfung der Daten für eine Faktorenanalyse des Wissenstest wurden der Kaiser-Meyer-Olkin Koeffizient (KMO) und der Bartlett-Test auf Sphärizität berechnet.

Die Antworten auf die Fallvignetten wurden von zwei unabhängigen Kodiererinnen analysiert. Dabei wurden die Antworten deduktiven Kategorien zugeordnet, die den ICD-11 Symptomkategorien für depressive Episoden entsprechen (z. B. sozialer Rückzug). Die abschließende Kodierung der Items wurde in einem sorgfältigen Abstimmungsprozess zwischen den Kodiererinnen festgelegt. Bezuglich der Handlungsstrategien wurden die Antworten in neun bzw. zehn deduktive Kategorien eingeteilt (Gespräche mit dem Schüler bzw. der Schülerin, Gespräche mit den Eltern, Gespräche mit dem Freundeskreis, Gespräche im Kollegium, interne schulische Unterstützung, externe schulische Unterstützung, pädagogische Strategien für den Schüler bzw. Schülerin, eigene Weiterbildung, Abklärung der Suizidalität). Falls zutreffend, konnten Antworten mehreren Kategorien zugeordnet werden.

Die Veränderungen in den binären Skalen (Wissenstest, einzelne Symptomkategorien, einzelne Kategorien der Handlungsoptionen) wurden mittels McNemar Tests analysiert. Die Pre- und Posttest-Gesamtscores des Wissenstests wurden mithilfe eines *t*-Tests bei verbundenen Stichproben verglichen. Da für die Skalen Selbstwirksamkeit und Stigma keine Normalverteilung vorlag, wurden diese Daten mittels Wilcoxon-Tests analysiert. Das

Signifikanzniveau wurde auf $\alpha = .05$ festgelegt. Um bei multiplen Vergleichen Verzerrungen zu vermeiden, wurde eine Bonferroni-Korrektur angewendet, um das Alpha-Niveau entsprechend anzupassen. Nur Datensätze, bei denen alle Items der jeweiligen Skala vollständig beantwortet wurden, wurden in die Analyse einbezogen. Alle statistischen Analysen wurden mit SPSS-Version 29.0.2.0 (20) (IBM Corp., 2024) durchgeführt.

7.1.3 Ergebnisse

Wissenstest. Der Vergleich des Gesamtscores im Wissenstests zwischen Pretest ($M = 19.39$; $SD = 1.97$) und Posttest ($M = 22.19$; $SD = 1.63$) zeigte einen signifikanten Anstieg, $t(72) = -11.43$, $p < .001$ mit einer großen Effektstärke (Cohen's $d = 2.05$). Eine Analyse der einzelnen Items des Wissenstests ergab signifikante Unterschiede in sechs der Items ($p < .05$; Tabelle 13).

Tabelle 13*Pre-Post Vergleich einzelner Items des Wissenstests zu Depressionen im Kindes- und Jugendalter in der Evaluation der überarbeiteten Fortbildung*

Item		Pretest <i>M (SD)</i>	Posttest <i>M (SD)</i>	<i>p</i>
1.	Schulische Faktoren können Auslöser, aber nicht Ursache einer Depression bei Kindern und Jugendlichen sein.	0.51 (0.50)	0.82 (0.39)	< .001***
2.	Kinder depressiver Elternhaben ein erhöhtes Risiko an einer Depression zu erkranken.	0.97 (0.16)	0.99 (0.11)	1.00
3.	Kinder und Jugendliche mit einer erhöhten Vulnerabilität (psychische Verletzlichkeit) erkranken mit einer höheren Wahrscheinlichkeit an Depressionen.	0.96 (0.20)	1.00 (0.00)	n. p.
4.	Depressive und pubertäre Verhaltensweisen können gut voneinander abgegrenzt werden.	0.87 (0.34)	0.79 (0.41)	.24
5.	Zu viel oder zu wenig Schlaf kann ein Symptom von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sein.	0.97 (0.16)	1.00 (0.00)	n. p.
6.	Auffällige Gewichtszunahme oder -abnahme kann ein Symptom von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sein.	0.96 (0.20)	1.00 (0.00)	n. p.
7.	Infolge einer Depression kann es sein, dass Kinder und Jugendliche sich langsamer bewegen oder unruhig sind.	0.86 (0.35)	0.95 (0.22)	.07
8.	Depressionen bei Kindern und Jugendlichen haben Einfluss auf Gedächtnisprozesse (z. B. die Informationsverarbeitung).	0.92 (0.27)	1.00 (0.00)	n. p.
9.	Depressionen bei Kindern und Jugendlichen haben Einfluss auf die Aufmerksamkeit und Konzentration.	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	n. p.
10.	Depressionen bei Kindern und Jugendlichen können zu starken körperlichen Beschwerden (z. B. Bauchschmerzen, Kopfschmerzen) führen.	0.99 (0.11)	1.00 (0.00)	n. p.
11.	Depressionen bei Kindern und Jugendlichen können sich in aggressiven Verhaltensweisen zeigen.	0.82 (0.39)	0.91 (0.29)	.12
12.	Depressionen sind Teil der Pubertät.	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	n. p.
13.	Kinder und Jugendliche mit Depressionen haben häufig noch eine andere psychische Störung.	0.31 (0.47)	0.42 (0.50)	.12
14.	Ab der Pubertät sind mehr Jungen als Mädchen von Depressionen betroffen.	0.84 (0.37)	0.87 (0.34)	.80
15.	Zehn Prozent aller Jugendlichen erkranken an einer Depression.	0.60 (0.49)	0.82 (0.39)	< .01**
16.	Meistens bleibt es bei depressiven Kindern und Jugendlichen bei einer depressiven Episode.	0.65 (0.48)	0.58 (0.50)	.36

Item		Pretest <i>M</i> (<i>SD</i>)	Posttest <i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>p</i>
17. Im Fokus der Leistungsrückmeldung an depressive Kinder und Jugendliche sollten ihre Fähigkeiten stehen.		0.29 (0.46)	0.38 (0.49)	.17
18. Suizidales Verhalten von Kindern und Jugendlichen wird in den meisten Fällen vorherangekündigt.		0.38 (0.49)	0.96 (0.20)	< .001***
19. Depressive Kinder und Jugendliche haben Anrecht auf einen Nachteilsausgleich.		0.57 (0.50)	0.99 (0.11)	< .001***
20. Die Stärkung der Resilienz (psychische Widerstandsfähigkeit) kann Depressionen bei Kindern und Jugendlichen vorbeugen.		0.94 (0.25)	0.96 (0.20)	.69
21. Hinweise auf suizidales Verhalten von Kindern und Jugendlichen sollten immer abgeklärt werden.		0.99 (0.11)	1.00 (0.00)	n. p.
22. Kinder und Jugendliche auf suizidales Verhalten anzusprechen kann das Suizidrisiko erhöhen.		0.73 (0.44)	0.96 (0.20)	< .001***
23. Kinder und Jugendliche, die ihre Suizidabsichten äußern, sind nicht von suizidalem Verhalten gefährdet.		0.99 (0.12)	1.00 (0.00)	n. p.
24. In Gesprächen mit depressiven und/oder suizidalen Kindern und Jugendlichen sollte Verschwiegenheit versprochen werden, um eine vertrauensvollere Beziehung aufzubauen.		0.43 (0.50)	0.92 (0.27)	< .001***
25. Depressionen sind eine behandelbare, medizinische Krankheit.		0.84 (0.37)	0.88 (0.32)	.51

Anmerkung. *N* = 77. Skala (rekodiert): 0 = falsch, 1 = richtig; n. p. = Berechnung nicht möglich; ***p* < .01; ****p* < .001.

Fallvignetten. In Fallvignette 1 identifizierten die Teilnehmenden im Pretest durchschnittlich 76.17 % der beschriebenen Symptome ($SD = 19.51\%$), während im Posttest 69.13 % ($SD = 21.24\%$) erkannt wurden. Dieser Unterschied ist signifikant, $t(50) = 2.58$, $p = .01$, $d = 0.36$, widerspricht jedoch der ursprünglichen Hypothese. Bei Fallvignette 2 stieg die Erkennungsrate von 69.13 % ($SD = 21.24\%$) im Pretest auf 75.22 % ($SD = 18.52\%$) im Posttest. Dieser Unterschied ist signifikant, $t(49) = -2.40$, $p = .01$ mit einem kleinen Effekt (Cohen's $d = 0.34$).

Für die Frage zu den antizipierten pädagogischen Strategien zeigte sich bei Fallvignette 1 im Pretest ein Mittelwert von 3.28 ($SD = 1.22$) und im Posttest ein Mittelwert von 3.61 ($SD = 1.06$) Strategien blieb. Dieser Unterschied ist nicht signifikant, $t(45) = -1.66$, $p = .05$. Bei Fallvignette 2 nannten die Teilnehmenden im Pretest durchschnittlich 3.52 ($SD = 1.22$) Strategien, im Posttest stieg der Wert auf 4.07 ($SD = 1.30$). Dieser Anstieg ist signifikant, $t(48) = -3.87$, $p < .001$. Ein Vergleich der einzelnen Kategorien der Handlungsoptionen zwischen den Messzeitpunkten ergab signifikante Unterschiede in insgesamt drei Kategorien ($p < .05$; Tabelle 14).

Tabelle 14

Pre-Post Vergleich der identifizierten Handlungsoptionen in den Fallvignetten in der Evaluation der überarbeiteten Fortbildung

Fallvignette	Kategorie	Pretest (%)	Posttest (%)	p
1	Gespräch mit Schüler	75.3	71.4	n.p.
	Gespräch mit Eltern	68.8	55.8	.73
	Gespräch mit Freunden	10.4	3.9	.38
	Austausch im Kollegium	80.5	51.9	< .001***
	Schulinterne Unterstützung	19.5	19.5	.78
	Schulexterne Unterstützung	44.2	31.2	1.00
	Pädagogische Handlungsoptionen	27.3	19.5	.42
	Eigene Weiterbildung	6.5	1.3	1.00
2	Gespräch mit Schülerin	62.3	72.7	.07
	Gespräch mit Eltern	57.1	68.8	.01*
	Gespräch mit Freunden	13.0	9.1	.51
	Austausch im Kollegium	28.6	58.4	< .001***
	Schulinterne Unterstützung	16.9	18.2	1.00
	Schulexterne Unterstützung	46.8	44.2	1.00

Kategorie	Pretest (%)	Posttest (%)	p
Pädagogische Handlungsoptionen	13.0	15.6	1.00
Eigene Weiterbildung	6.5	5.2	1.00
Abklärung Suizidalität	20.8	19.5	1.00

Anmerkung. N = 77; *p < .05; ***p < .001.

Selbstwirksamkeit. Im Pretest erreichten die Teilnehmenden auf der Selbstwirksamkeitsskala einen durchschnittlichen Wert von 20.17 ($SD = 5.51$), der im Posttest auf 30.99 ($SD = 3.44$) anstieg. Ein Wilcoxon-Test zeigte einen signifikanten Unterschied im Gesamtscore der Selbstwirksamkeit zwischen Pretest und Posttest, $Z = -7.57$, $p < .001$. Die Selbstwirksamkeit nahm dabei signifikant zu. Darüber hinaus zeigten alle einzelnen Items signifikante Verbesserungen ($p < .001$; Tabelle 15).

Tabelle 15

Pre-Post Vergleich der Items der Skala Selbstwirksamkeit in der Evaluation der überarbeiteten Fortbildung

Item	Pretest M (SD)	Posttest M (SD)	p
1. Ich fühle mich kompetent hinsichtlich meines Wissens über depressive Symptome und Störungen im Kindes- und Jugendalter.	2.64 (1.03)	4.04 (0.52)	< .001***
2. Ich fühle mich kompetent im Erkennen depressiver Symptome bei Schüler:innen	3.04 (0.91)	4.01 (0.62)	< .001***
3. Ich weiß, wie ich aktiv werden kann, wenn ich depressive Symptome bei einer Schülerin bzw. einem Schüler bemerke.	2.55 (0.87)	4.21 (0.50)	< .001***
4. Ich weiß, welche Hilfen es für depressive Schüler:innen gibt und wie diese zu erreichen sind.	2.38 (0.97)	4.00 (0.73)	< .001***
5. Ich fühle mich sicher darin, depressive Schüler:innen an psychische Hilfestellen zu verweisen.	2.43 (1.02)	3.81 (0.81)	< .001***
6. Ich kann für depressive Schüler:innen angemessene Unterstützung im Unterricht anbieten.	2.27 (1.00)	3.57 (0.80)	< .001***
7. Ich kann angemessen auf suizidale Hinweise von Schüler:innen reagieren.	2.29 (1.05)	3.78 (0.75)	< .001***
8. Ich fühle mich kompetent darin, mit Eltern bzw. Erziehungsberechtigten überdepressive Symptome einer Schülerin bzw. eines Schülers zureden.	2.58 (1.09)	3.57 (0.79)	< .001***

Anmerkung. N = 77; Skala: 1-5; ***p < .001.

Stigma. Auf der Skala Stigma lag der durchschnittliche Gesamtscore im Pretest bei 9.86 ($SD = 2.17$) und im Posttest bei 9.30 ($SD = 2.39$). Ein Vergleich der Messzeitpunkte mithilfe des Wilcoxon-Tests ergab einen signifikanten Unterschied, $Z = -2.27$, $p = .02$, was auf eine signifikante Abnahme des Stigmas hinweist. Die Analyse der individuellen Items zeigte signifikante Reduktionen bei zwei Items ($p < .05$; Tabelle 16).

Tabelle 16

Pre-Post Vergleich der Items der Skala Stigma in der Evaluation der überarbeiteten Fortbildung

Item	Pretest $M (SD)$	Posttest $M (SD)$	p
1. Depressive Kinder und Jugendliche können eine depressive Episode überwinden, wenn sie genügend Willenskraft zeigen.	2.10 (0.94)	1.82 (0.97)	.01*
2. Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sind Ausdruck von persönlicher Schwäche.	1.08 (0.32)	1.03 (0.16)	.16
3. Depressionen bei Kindern und Jugendliche sind keine echte medizinische Krankheit.	1.17 (0.50)	1.31 (0.91)	.21
4. Depressive Kinder und Jugendliche stellen eine Gefahr für andere dar.	1.88 (0.96)	1.66 (0.91)	.02*
5. Depressive Kinder und Jugendliche verhalten sich oft unberechenbar.	2.57 (0.88)	2.43 (1.03)	.19
6. Es ist am besten, den Kontakt zu depressiven Kindern und Jugendlichen zu vermeiden, um nicht selbst depressiv zu werden.	1.05 (0.22)	1.05 (0.22)	1.00

Anmerkung. $N = 77$; Skala: 1-5, wobei höhere Werte für höhere stigmatisierte Einstellungen stehen,

* $p < .05$.

Die Ergebnisse der Studie zur Evaluation der überarbeiteten Fortbildung werden in der zusammenfassenden Diskussion in Kapitel 8 diskutiert.

7.1.4 Evaluation des überarbeiteten Fragebogens

Der Fragebogen zu Depressionen im Kindes- und Jugendalter für Lehramtsstudierende und Lehrkräfte wurde basierend auf den Befunden aus Publikation 3 (Kapitel 6; Grabowski, in Revision) überarbeitet. Um die Effektivität der vorgenommenen Anpassungen zu überprüfen, wurde die psychometrische Qualität der einzelnen Skalen überprüft. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Evaluationsstudie zur Überarbeitung für die einzelnen Skalen präsentiert.

Wissenstest. Die Reliabilität des Wissenstests wurde mithilfe einer Reliabilitätsanalyse untersucht, wobei ein unzureichender Wert von $\alpha = .22$ festgestellt wurde. Angesichts dieses Ergebnisses wurde eine Faktorenanalyse in Betracht gezogen, um potenzielle zugrunde liegende Strukturen zu identifizieren und Zusammenhänge zwischen den Items zu überprüfen. Der KMO-Koeffizient ergab einen Wert von .40, was auf eine unzureichende Stichprobenadäquatheit hinweist (Kaiser, 1970), da Werte unter .50 darauf hindeuten, dass die Korrelationen zwischen den Items nicht stark genug sind, um eine valide Faktorenanalyse durchzuführen. Der Bartlett-Test auf Sphärizität war hingegen signifikant ($\chi^2 = 314,816$, $df = 253$, $p = .005$), was anzeigt, dass die Korrelationen zwischen den Variablen insgesamt signifikant von einer Einheitsmatrix abweichen. Dies zeigt, dass theoretische Beziehungen zwischen den Items bestehen könnten, die für eine Faktorenanalyse geeignet wären. Dennoch legen die Ergebnisse insgesamt nahe, dass die Daten in ihrer aktuellen Form nicht für eine Faktorenanalyse geeignet sind.

Fallvignetten. Da die Fragen zu den Fallvignetten qualitative Antworten erfordern, die kodiert werden, war eine rein deskriptive Bewertung der Anpassungen möglich. In den Antworten zeigte sich, dass die Symptombereiche durch die überarbeitete Version trennschärfner beschrieben wurden. Zudem wurden die Handlungsoptionen von den Teilnehmenden zielgerichteter und differenzierter berichtet als in der vorherigen Version des Fragebogens.

Skala Selbstwirksamkeit. Die Reliabilität der Skala Selbstwirksamkeit beträgt $\alpha = .85$, was als gut eingestuft werden kann (George & Mallery, 2003).

Skala Stigma. Die Reliabilität der Skala Stigma liegt bei $\alpha = .44$ und somit im inakzeptablen Bereich (George & Mallery, 2003).

Die Ergebnisse der Evaluation des überarbeiteten Messinstrumentes werden in der zusammenfassenden Diskussion in Kapitel 8 reflektiert und eingeordnet.

8 Zusammenfassende Diskussion

Die nachfolgende Diskussion ordnet die Ergebnisse des Projekts *glücklich*, das die Grundlage der vorliegenden kumulativen Dissertation bildet, in den theoretischen Rahmen und den aktuellen Forschungsstand ein. Dabei werden sowohl die Ergebnisse der den Publikationen zugrundeliegenden Studien als auch die im Rahmentext dargestellten Teilergebnisse berücksichtigt. Es sei darauf hingewiesen, dass ausführliche Diskussionen der publizierten Ergebnisse in den jeweiligen Publikationen enthalten sind und daher nachfolgend eine zusammenfassende Darstellung erfolgt. Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse werden Implikationen für die pädagogisch-psychologische Forschung abgeleitet. Abschließend werden methodische Limitationen der Studien thematisiert und ein Ausblick gegeben.

Depressive Symptome und Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und treten immer häufiger auf (Reiß, Kaman et al., 2023; Robert Bosch Stiftung, 2024). In Anbetracht anhaltender gesellschaftlicher Krisen und eines steigenden Konsums sozialer Medien – beides Risikofaktoren für die psychische Gesundheit Heranwachsender – ist von einer weiterhin steigenden Anzahl Betroffener auszugehen (Feierabend et al., 2024; Lawrence, 2024). Kurz- und langfristige negative Auswirkungen auf die Entwicklung der Betroffenen zeigen die Notwendigkeit zielgerichteten Handelns. Präventionsprogramme, die modifizierbare Schutzfaktoren einbeziehen, erscheinen vielversprechend. Dazu zählt auch die aus der Mental Health Literacy abgeleitete Depression Literacy, die sowohl Wissen als auch Handlungskompetenzen umfasst und durch gezielte Interventionen gestärkt werden kann (Feiss et al., 2019; Singh et al., 2019). Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund relevant, dass die Depression Literacy sowohl von Schülerinnen und Schülern als auch von (angehenden) Lehrkräften häufig niedrig ausgeprägt ist (Singh et al., 2019; Splett et al., 2019).

Die Schule als zentraler Lern- und Entwicklungsort bietet optimale Bedingungen für präventive Angebote, da niedrigschwellig alle Schülerinnen und Schüler sowie ihre Lehrkräfte erreicht werden können. Es gibt jedoch einen Mangel an evaluierten und schulkompatiblen Präventions- und Professionalisierungsprogrammen zum Thema Depressionen im Kindes-

und Jugendalter. Ziel des Projekts **glücklich** war daher die Entwicklung und Evaluation eines ganzheitlichen psychoedukativen Ansatzes zur Stärkung der Depression Literacy und der Selbstwirksamkeit im Umgang mit depressiver Symptomatik in der Schule. Dabei richtete sich der Fokus sowohl auf Schülerinnen und Schüler als auch auf Lehramtsstudierende und Lehrkräfte. Konkret wurden eine evidenzbasierte psychoedukative Unterrichtseinheit für Schülerinnen und Schüler sowie eine psychoedukative Fortbildung für Lehramtsstudierende und Lehrkräfte zum Thema Depressionen im Kindes- und Jugendalter entwickelt und evaluiert. Zusätzlich wurden spezifische Messinstrumente für beide Zielgruppen konzipiert und eingesetzt. Damit leistet das Projekt einen Beitrag zur Schließung der bestehenden Forschungslücke und zur Bedarfsdeckung für schulkompatible Ansätze in der Prävention und im Umgang mit Depressionen im Kindes- und Jugendalter.

8.1 Depression Literacy

8.1.1 Entwicklung und Evaluation der Messinstrumente

Um Depression Literacy bei unterschiedlichen Zielgruppen (Schülerinnen und Schüler sowie (angehenden) Lehrkräften) systematisch zu erfassen, war die Entwicklung spezifischer Messinstrumente erforderlich, die sowohl theoretisches Wissen als auch praktische Anwendungskompetenzen berücksichtigen. Die Konzeption der Messinstrumente orientierte sich an den Modellen der Mental Health Literacy nach Jorm et al. (1997) und Kutcher et al. (2016), wobei Depression Literacy als multidimensionales Konstrukt betrachtet wurde. Zusätzlich wurde die Erfassung der spezifischen Selbstwirksamkeit als Teil der sozial-kognitiven Theorie (Bandura, 1997) inkludiert.

Für Schülerinnen und Schüler wurde ein Wissenstest entwickelt, der sich auf bestehende Instrumente stützt (Freitag et al., 2018; Hart et al., 2014) und durch textbasierte Fallvignetten ergänzt wurde, um die Fähigkeit zur Symptomerkennung und das antizipierte Hilfesuchverhalten zu erfassen. Zudem ermöglichen Ratingskalen eine Erfassung der depressionsspezifischen Selbstwirksamkeit. Dieser methodische Ansatz machte eine differenzierte Messung sowohl von theoretischem Wissen als auch von angewandten Kompetenzen möglich. Die Validierung des Fragebogens durch eine Expertengruppe sowie

die Evaluation in einer Pilotstudie (Grabowski & Greiner, 2024) zeigten, dass das Instrument die Facetten von Depression Literacy zuverlässig abbildet und geschlechtsspezifische Unterschiede sensibel erfasst.

Die Pilotstudie verdeutlichte jedoch auch Optimierungspotenziale. So führten einige Formulierungen in den Fallvignetten zu Verständnisproblemen, welches auf die Notwendigkeit einer sprachlichen Überarbeitung der Items hinweist. Zudem könnte das Messinstrument für verschiedene Zielgruppen im Schulalter, beispielsweise für Grundschulkinder oder für Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf, adaptiert werden. Eine Validierung in einer größeren Stichprobe ist erforderlich, um die psychometrische Qualität des Messinstrumentes und die Übertragbarkeit auf andere Zielgruppen sicherzustellen. Zusätzlich wurde bislang keine Stigma-Skala verwendet, welches das Konstrukt der Depression Literacy noch umfassender messbar machen könnte.

Für Lehramtsstudierende und Lehrkräfte wurde ein eigenständiges Messinstrument entwickelt, das neben einem Wissenstest und Fallvignetten zur Symptomerkennung auch eine Skala zur Selbstwirksamkeit im Umgang mit depressiven Symptomen sowie eine Skala zur Erfassung stigmatisierender Einstellungen umfasst. In der ersten Validierungsphase der (Publikation 3; Grabowski, in Revision) konnte die psychometrische Qualität der Skala zur Selbstwirksamkeit bestätigt werden, diese eignet sich somit gut zur Messung des zugrunde liegenden Konstrukts. Diese Befunde stehen im Einklang mit Studien, die ähnliche Reliabilitätswerte für Skalen zur Selbstwirksamkeit von Lehrkräften in anderen Themenfeldern berichteten (Bosse & Spörer, 2014).

In einer weiteren Validierungsstudie erwies sich die Stigma-Skala als problematisch, da sie eine inakzeptable Reliabilität aufwies. Ein möglicher Grund hierfür könnte sein, dass Stigmatisierung ein multifaktorielles Konstrukt ist, dessen Facetten – wie internalisiertes und gesellschaftliches Stigma – durch eine eindimensionale Skala nicht ausreichend erfasst werden können (King et al., 2007). Zudem besteht bei sensiblen Themen wie Stigmatisierung die Gefahr sozial erwünschter Antworten, die die Ergebnisse verfälschen können (Krumpal, 2013). Zukünftige Überarbeitungen der Skala sollten daher auf eine differenziertere Erfassung

des Konstrukts abzielen. Ergänzend könnten sozial erwünschte Antwortmuster durch spezifische Methoden wie die Randomized-Response-Technik (Krumpal, 2013) oder soziale Erwünschtheitsskalen (Kemper et al., 2012) minimiert werden. In der Weiterentwicklung der Skala gilt es, diese systematisch zu überarbeiten, dabei sollten die theoretische Grundlage überprüft, Items präzisiert und Maßnahmen gegen soziale Erwünschtheit ergänzt werden.

Eine weitere methodische Herausforderung betrifft die Validierung des Wissenstests für Lehramtsstudierende und Lehrkräfte. Insbesondere bei Fragen, die sich auf die allgemeine Definition und Prävalenz von Depressionen bezogen, traten Deckeneffekte auf. Dies könnte darauf hindeuten, dass diese Zielgruppe in den genannten Bereichen bereits über ein hohes Vorwissen verfügt, während spezifisches Handlungswissen – etwa zu schulischen Interventionsstrategien – gezielter erfasst werden sollte. Eine Überarbeitung des Wissenstests mit einer stärkeren Gewichtung praxisnaher Inhalte wäre daher sinnvoll. Zudem verfügt die Gesamtskala des Wissenstests nicht über eine angemessene Reliabilität, was auf problematische Items und die Komplexität des zugrundeliegenden Konstruktes zurückgeführt werden kann. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein fragwürdiger Alpha-Wert nicht zwangsläufig die Nützlichkeit eines Instruments ausschließt, sofern es ein breites Spektrum an Wissen erfasst (Berger & Hänze, 2015; Schmitt, 1996).

Während die Fallvignetten praxisrelevante Aspekte widerspiegeln, bleibt die Frage nach der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den Schulalltag in beiden Zielgruppen noch offen. Um den Praxistransfer besser zu erfassen, könnten in zukünftigen Studien ergänzende qualitative Methoden wie Interviews oder Fokusgruppen eingesetzt werden. Eine solche Triangulation von Daten würde helfen, die praktischen Effekte des Programms **glücklich** noch besser zu verstehen.

Insgesamt zeigen die entwickelten Messinstrumente vielversprechende Ergebnisse und bieten eine fundierte Grundlage zur weiteren Erforschung der Depression Literacy im schulischen Kontext. Die Ergebnisse verdeutlichen jedoch auch, dass eine kontinuierliche Optimierung der Instrumente erforderlich ist, um sowohl reliabel als auch praxisnah schulische Kompetenzen im Bereich der Depression Literacy abzubilden.

8.1.2 Ausprägung der Depression Literacy

Die Analyse der erhobenen Daten zur Depression Literacy von Schülerinnen und Schülern ergab, dass diese zwar über ein grundlegendes Wissen über Depressionen verfügen, jedoch Schwierigkeiten in der praktischen Anwendung dieses Wissens aufweisen. So beantworteten Jugendliche im Durchschnitt etwa zwei Drittel der Wissensfragen korrekt, hatten jedoch deutliche Defizite in der Symptomerkennung innerhalb von Fallvignetten (Grabowski & Greiner, 2024). Diese Befunde decken sich mit internationalen Studien, die darauf hinweisen, dass reines Faktenwissen über Depressionen nicht automatisch zu einer besseren Erkennung oder einem adäquaten Hilfesuchverhalten führt (Bevan-Jones et al., 2018).

Besonders auffällig waren geschlechtsspezifische Unterschiede: Mädchen erzielten sowohl in der Wissenskomponente als auch im antizipierten Hilfesuchverhalten signifikant höhere Werte als Jungen (Grabowski & Greiner, 2024). Dieses Muster spiegelt frühere Untersuchungen wider (Sing et al., 2019) und knüpft an Befunde an, die darauf hindeuten, dass Mädchen generell sensibler für psychische Gesundheitsthemen sind und weniger Stigmatisierung gegenüber depressiven Symptomen zeigen (Burns & Rapee, 2006; Lynch et al., 2018). Die geringeren Werte bei Jungen könnten teilweise durch gesellschaftliche Rollenerwartungen erklärt werden, die dazu führen, dass Jungen seltener über emotionale Belastungen sprechen und Hilfe suchen (Herrmann et al., 2024).

Bei den Lehramtsstudierenden und Lehrkräften zeigt sich ein ähnliches Bild (Grabowski, in Revision, 2021). Während das Wissen über Depressionen im Kindes- und Jugendalter recht hoch ausgeprägt ist, werden Defizite in der Erkennung depressiver Symptome und Nennung angemessener Handlungsstrategien in Bezug auf eine Fallvignette deutlich. Auch in der Selbstwirksamkeit im Umgang mit depressiven Symptomen von Schülerinnen und Schülern zeigt sich Optimierungspotenzial (Grabowski, in Revision, 2021). Dies steht in Einklang mit internationalen Befunden und unterstreicht die geäußerten Bedarfe von Lehrkräften im Bereich der Professionalisierung bezüglich psychischer Gesundheit im Schulalter (Dods et al., 2016; Franke et al., 2024).

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass die Förderung der Depression Literacy und Selbstwirksamkeit im Umgang mit depressiver Symptomatik sowohl bei Schülerinnen und Schülern als auch bei Lehramtsstudierenden und Lehrkräften ein wichtiges Handlungsfeld darstellt. Während bei Schülerinnen und Schülern insbesondere die Sensibilität für die Erkennung depressiver Symptome sowie die Kompetenz zur gezielten Suche und Inanspruchnahme von Hilfe gestärkt werden sollte, benötigen (angehende) Lehrkräfte zusätzliche Unterstützung bei der Entwicklung handlungsbezogener Kompetenzen.

8.2 Entwicklung und Evaluation der psychoedukativen Interventionen

Die im Projekt **glücklich** entwickelte und evaluierte psychoedukative Unterrichtseinheit zu Depressionen im Jugendalter erwies sich in der Pilotierung als wirksames Mittel zur Stärkung der Depression Literacy von Schülerinnen und Schülern. Insbesondere zeigte sich eine signifikante Verbesserung der Wissenskomponente sowie des antizipierten Hilfesuchverhaltens. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit Studien, die belegen, dass psychoedukative Interventionen die Depression Literacy fördern und Barrieren für das Hilfesuchen abbauen können (Bevan-Jones et al., 2018).

Allerdings blieb die Fähigkeit, Grundlagenwissen auf praktische Kontexte zu übertragen begrenzt: So erkannten die Teilnehmenden in einer Fallvignette im Posttest nicht mehr Anzeichen für eine Depression als in einer Fallvignette im Pretest. Dies deutet darauf hin, dass zur Verbesserung von Transferleistungen ein anderer didaktischer Zugang erforderlich sein könnte. Rollenspiele könnten beispielsweise eine sinnvolle Methode sein, bei denen Verhaltensmuster sichtbar gemacht und Ansätze für mögliche Veränderungen identifiziert werden können (Bundeszentrale für politische Bildung, 2004). Diese Form des aktiven Lernens bietet sich insbesondere für die Verhaltensänderung bei neuen und komplexen Fähigkeiten an (Beidas et al., 2014). Die Nutzung von Rollenspielen hat sich in der Präventionsforschung bereits als wirksame Methode im Jugendalter implementieren lassen, beispielsweise im europaweiten Suizid-Präventionsprogramm Youth Aware of Mental Health (YAM) im Rahmen der Studie Saving and Empowering Young Lives in Europe (SELYE; Wasserman et al., 2021).

Zudem zeigten geschlechtsspezifische Unterschiede in der Pilotierung der Unterrichtseinheit, dass Mädchen stärker von der Unterrichtseinheit profitierten als Jungen, die geringere Wissenszuwächse und eine niedrigere Bereitschaft zur Hilfesuche zeigten. Diese Befunde lassen sich durch theoretische Ansätze zu Geschlechterrollen und Stigma erklären, die darauf hinweisen, dass Jungen oft größere Barrieren im Umgang mit psychischen Störungen wahrnehmen und sich Mädchen tendenziell mehr mit intra- und interpersonellen Themen beschäftigen sowie insgesamt häufiger von Depressionen betroffen sind (Burns & Rapee, 2006; Lynch et al., 2018). Eine geschlechtssensible Gestaltung der Unterrichtseinheit könnte sich als sinnvoll erweisen, beispielsweise durch die stärkere Integration männlicher Vorbilder und die thematische Auseinandersetzung mit Geschlechtsstereotypen im Kontext psychischer Gesundheit. Alternativ könnte auch eine geschlechtsgtrennte Durchführung in Betracht gezogen werden.

Die zeiteffiziente Durchführung mit zwei Einheiten á 90 Minuten erwies sich als angemessen, insbesondere für die Wissensvermittlung. Jedoch bot der zeitliche Rahmen wenig Raum für die intensive Auseinandersetzung mit komplexeren Themen wie Stigmata, Geschlechterrollen und persönlichen Ressourcen. Dies steht im Einklang mit Studien, die darauf hinweisen, dass die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen auch mit der Länge und Intensität dieser zusammenhängt (Yamaguchi et al., 2020). Da ein Ziel des Projekts **glücklich** jedoch darin besteht, eine niedrigschwellig umsetzbare und zeiteffiziente Einheit für den Schulalltag bereitzustellen, muss eine Balance zwischen zeitlichem Umfang und inhaltlicher Tiefe gefunden werden. Ergänzende Module, wie eine Grundlageneinheit mit spezifischen Vertiefungen, könnten hier Abhilfe schaffen, senken jedoch gegebenenfalls die Standardisierung des Programms.

Die Selbstwirksamkeit der Schülerinnen und Schüler bezogen auf den Umgang mit Depressionen ist im Verlauf des Unterrichtsprogramms signifikant gestiegen, was an frühere Studien zur Förderung von Selbstwirksamkeit durch Interventionen anknüpft (Efthymiou et al., 2021; Jerusalem & Klein Hessling, 2009). Besonders hervorzuheben ist dabei die gestiegene Überzeugung, sich selbstständig Informationen über Depressionen einholen zu können.

Allerdings blieben andere Dimensionen der depressionsspezifischen Selbstwirksamkeit, wie die Hilfesuche und die Unterstützung von Peers, unverändert. Dies könnte zum einen auf eine Ermüdung der Teilnehmenden zurückzuführen sein. Zum anderen könnte es sinnvoll sein, die Unterrichtseinheit didaktisch zu überarbeiten und interaktive Methoden stärker in den Fokus zu stellen, welche die Selbstwirksamkeit noch gezielter fördern können (Arslan, 2012; Wang et al., 2020). Dies könnte beispielsweise durch die gemeinsame Erstellung von Handlungsplänen oder durch Rollenspiele umgesetzt werden, wobei zu Rollenspielen bereits erste vielversprechende Forschungsergebnisse vorliegen (Karatay et al., 2017).

Hinsichtlich der Einbindung von Übungen zum Selbstmitgefühl zeigt sich, dass bereits kurze Übungen, die in ein Präventionskonzept eingebettet sind, signifikante positive Veränderungen bewirken können. Insbesondere die Verbesserung der Teilnehmenden in der Dimension Selbstkritik ist hierbei von großer Bedeutung. Studienergebnisse weisen darauf hin, dass die Verringerung von Selbstkritik ein zentraler Mechanismus ist, durch den Interventionen zum Selbstmitgefühl im Jugendalter ihre Wirkung entfalten (Egan et al., 2022). Selbstmitgefühls-Übungen als Komponente in psychoedukative Präventionsprogramme einzugliedern kann daher einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung von Schutzfaktoren leisten, indem sie individuelle Ressourcen wie die Fähigkeit zur Emotionsregulation oder die Stärkung eines positiven Selbstbildes fördern können. Dies lässt sich auch durch die Resilience Theory (Zimmerman, 2013) untermauern, die stärkenbasierte Ansätze zur Prävention betont. Zusätzlich legt die Forschung nahe, dass Selbstmitgefühl nicht nur auf individueller Ebene, sondern auch im sozialen Kontext von Vorteil sein kann (Bluth et al., 2016). Es ist positiv mit engen sozialen Beziehungen und prosozialem Verhalten assoziiert, was insbesondere in schulbasierten Präventionsprogrammen von Bedeutung ist (Lathren et al., 2021; Yang et al., 2019). In Anbetracht der breiten Wirksamkeit und der einfachen Umsetzbarkeit von Selbstmitgefühls-Interventionen sollte ihre Integration in psychoedukative Präventionsprogramme weiter erforscht und langfristig etabliert werden.

Insgesamt sind die Ergebnisse der Pilotierung der Unterrichtseinheit **glücklich** vielversprechend und zeigen das Potenzial, die Depression Literacy und

depressionsbezogene Selbstwirksamkeit von Schülerinnen und Schülern in kompakten Formaten stärken zu können. Basierend auf den Pilotierungsergebnissen sollte die Einheit überarbeitet und für unterschiedliche Ziel- und Risikogruppen (z. B. Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf) weiterentwickelt werden. Erste Bestrebungen zur Anpassung der Unterrichtseinheit für Schülerinnen und Schüler mit Förderschwerpunkt sozial-emotionale Entwicklung im Rahmen von Abschlussarbeitsprojekten sind vielversprechend. In einem Projekt zur Reintegration bei Schulabsentismus beispielsweise wurde die Einheit mit einem stärkeren Fokus auf Interaktion und Ressourcenstärkung adaptiert und in einer Kleingruppe durchgeführt (Walter, 2025).

Eine kultursensitive Anpassung der Inhalte könnte ebenfalls sinnvoll sein, da kulturelle Unterschiede die Wahrnehmung und Akzeptanz von Programmen zur psychischen Gesundheit beeinflussen können (Arora et al., 2021; Mishu et al., 2023). Möglichkeiten hierfür bilden die Einbindung kultureller Perspektiven zur Wahrnehmung von Depressionen und deren Reflexion, eine kultursensible Anpassung der Fallvignetten und Arbeitsblätter sowie die Anpassung an spezifische Zielgruppen durch die Berücksichtigung von religiösen und spirituellen Überzeugungen.

Darüber hinaus ist eine längerfristige Überprüfung der Wirksamkeit durch Follow-Up-Erhebungen erforderlich, um die Nachhaltigkeit der Effekte zu untersuchen.

Eine curriculare Verankerung psychoedukativer Präventionsmaßnahmen wie *glücklich* wäre angesichts steigender Prävalenzen von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen dringend geboten. Obwohl das Thema bislang nicht in den Lehrplänen verankert ist (Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, 2024), fordern Petitionen wie „Binden Sie endlich Aufklärung über Depression in den Schulunterricht ein, Herr Piazolo!“ des bayrischen Schülers Alexander Spöri (2019) eine depressionsspezifische Lehrkräfteprofessionalisierung, eine curriculare Verankerung im Unterricht, verpflichtende Informationstage und niedrigschwellige Hilfsangebote. Diese Petition führte bereits zu ersten strukturellen Veränderungen in Form eines 10-Punkte-Programms zur Aufklärung über Depressionen und Angststörungen in Bayern, welches in einer ersten Evaluation Fortschritte aufzeigt

(Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 2022). Die erfolgreiche Petition verdeutlicht, dass auch zivilgesellschaftliches Engagement maßgebliche Impulse für bildungspolitische Reformen setzen kann.

Zudem setzen Initiativen wie „Depression muss in die Lehrpläne!“ der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention (2024) sowie die Forderung des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (2025) nach „Mehr Psychologie an Schulen“ mit der Einführung von Psychologie als Schulfach erste wegweisende Impulse in diese Richtung. **Glücklich** bietet hierbei ein geeignetes Modell. Ergänzend zur Unterrichtseinheit kann die abgestimmte Professionalisierung der Lehrkräfte eine nachhaltige Verankerung und Wirksamkeit sicherstellen.

Daher wurde ergänzend zur Unterrichtseinheit für Schülerinnen und Schüler eine psychoedukative Fortbildung für Lehramtsstudierende und Lehrkräfte entwickelt und evaluiert (Grabowski, in Revision, 2021). Die Ergebnisse der mehrstufigen Evaluation zeigen insbesondere Verbesserungen in der Wissenskomponente der Depression Literacy. Dabei scheint es jedoch themenspezifische Unterschiede zu geben – während durch ein hohes Ausgangsniveau an Wissen über depressive Symptome kaum Verbesserung möglich war, zeigten sich signifikante Zuwächse im Wissen über pädagogische Handlungsoptionen (Grabowski, in Revision, 2021). Allerdings blieb der Transfer des Wissens in praktische Handlungsstrategien begrenzt, was auf die Notwendigkeit einer zielgerichteten Anpassung der Fortbildung hinweist. Besonders bemerkenswert ist jedoch der Befund zur Fallvignette mit suizidalen Hinweisen: Hier zeigten sich im Gegensatz zur Fallvignette ohne suizidale Hinweise signifikante Verbesserungen bei der Symptomerkennung und den antizipierten pädagogischen Handlungsstrategien. Mögliche Erklärungen sind Defizite im Wissen über suizidales Verhalten und ein potenzieller Recency Bias, der die Reproduktion des zuletzt behandelten Schwerpunkts begünstigt. Diese Unterschiede verdeutlichen die Notwendigkeit, alltagsrelevantes Fachwissen in angepassten Formaten abzubilden und zu überprüfen, beispielsweise durch den im Dissertationsprojekt entwickelten Fragebogen.

Vor dem Hintergrund der Evaluationsergebnisse ist anzunehmen, dass die zweistündige Fortbildung in ihrer aktuellen Form nicht ausreichen könnte, um alle Komponenten der Depression Literacy nachhaltig zu fördern. Dabei kann davon ausgegangen werden, dass spezifisches Wissen erst dann erfolgreich in die Praxis übertragen werden kann, wenn es verinnerlicht und in einem anwendungsorientierten Kontext erprobt wurde. Daher erscheint eine Schwerpunktverschiebung in der Fortbildung sinnvoll: Während die Vermittlung von Grundlagenwissen kompakter gestaltet werden könnte, sollte mehr Zeit für die Diskussion von Fallbeispielen und praxisrelevanten Handlungsstrategien eingeplant werden. Zudem könnten Rollenspiele eine sinnvolle Ergänzung darstellen, welche sich bereits in Gatekeeper-Programmen zur Suizidprävention als wirksam für den Transfer erlernter Fähigkeiten in Praxissituationen erwiesen haben (Reiff et al., 2024). Auch die Einbindung einer kurzen Auffrischungseinheit nach einem gewissen Zeitraum könnte die Nachhaltigkeit der Fortbildung erhöhen.

Die Fortbildung konnte weiterhin die Selbstwirksamkeit der Teilnehmenden im Umgang mit depressiven Symptomen im Klassenzimmer signifikant verbessern, was – aufbauend auf der sozial-kognitiven Theorie (Bandura, 1997) – Befunde zur Teacher Mental Health Self-Efficacy (Brann et al., 2021) widerspiegelt. Es gilt nun, den Transfer dieser Fähigkeiten in der schulischen Praxis zu untersuchen. Weitere methodische Herangehensweisen wie Interviews oder Befragungen der Schülerinnen und Schüler könnten in zukünftigen Studien wertvolle Einblicke liefern.

In der letzten Validierungsstudie wurden auch Stigmata berücksichtigt, deren Abnahme erwartungsgemäß signifikant ausfiel und somit vielversprechende Hinweise zur Effektivität der Fortbildung gibt. Allerdings schränken die inakzeptable Reliabilität der Skala und damit verbundene methodische Limitationen die Aussagekraft dieser Ergebnisse ein. Zukünftig sollten daher psychometrisch angemessene Instrumente zur differenzierten Erfassung von Stigmata genutzt werden, um aussagekräftige Ergebnisse zu erzielen.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass eine Ausrichtung an Merkmalen effektiver Professionalisierungsmaßnahmen (Creemers et al., 2013) auch für kompakte

Angebote wie **glücklich** erfolgsversprechend ist. Im Bildungskontext zeigt **glücklich** großes Potenzial, um Lehramtsstudierende und Lehrkräfte als Gatekeeper im Bereich psychischer Gesundheit KMK-konform zu professionalisieren, indem Wissen über Beeinträchtigungen, Prävention und Unterstützungsmöglichkeiten vermittelt wird (KMK, 2012, 2022). Eine qualifizierte Unterstützung durch Lehrkräfte als Gatekeeper kann helfen, Betroffene frühzeitig an professionelle Hilfsangebote zu vermitteln, was langfristig zu positiveren Entwicklungsverläufen beitragen könnte. Die Einbindung qualifizierter Lehrkräfte in ein kooperatives, multiprofessionelles Hilfennetzwerk kann zudem zu einer besseren Versorgung depressiver Schülerinnen und Schüler beitragen, wobei eine früh ansetzende, leitlinienkonforme Therapie nachweislich das Potenzial hat, depressive Symptome zu reduzieren und Rückfälle zu verringern (Schulte-Körne et al., 2023).

Vor dem Hintergrund dessen, dass das Thema der psychischen Gesundheit nicht flächendeckend in der Lehrkräfteausbildung integriert ist, zeigen die Befunde zu **glücklich** die Relevanz und Wirksamkeit kompakter, evidenzbasierter Module zur Vorbereitung auf den Umgang mit psychischen Belastungen im Schulkontext. Durch die Integration solcher Module können (angehende) Lehrkräfte nicht nur ihr Wissen und ihre Kompetenzen erweitern, sondern auch als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Kollegien und der Elternarbeit wirken. Zudem wird die multiprofessionelle Zusammenarbeit durch **glücklich** angeregt und unterstützt, indem die notwendige Kooperation mit anderen Fachkräften explizit thematisiert und eine Vorlage für ein Hilfennetzwerk vorgestellt sowie bereitgestellt wird.

Zusammenfassend zeigen die Evaluationsergebnisse, dass die psychoedukative Fortbildung **glücklich** für (angehende) Lehrkräfte eine effektive Maßnahme zur Verbesserung der Depression Literacy und Selbstwirksamkeit im Umgang mit depressiven Schülerinnen und Schülern ist. Um die Nachhaltigkeit der Effekte zu überprüfen, sind Follow-Up Studien erforderlich. Zudem erscheint eine langfristige Implementierung in die universitäre Lehrkräftebildung sowie in bestehende schulinterne Fortbildungssysteme sinnvoll, um nicht nur vereinzelte Lehramtsstudierende und Lehrkräfte zu erreichen.

8.3 Implikationen

Die nachhaltige Implementierung der im Projekt **glücklich** entwickelten Unterrichtseinheit für Schülerinnen und Schüler sowie der Fortbildung für Lehramtsstudierende und Lehrkräfte stellt eine zentrale Herausforderung dar. Während beide Maßnahmen in der Evaluation als wirksame Ansätze zur Förderung der Depression Literacy bestätigt wurden, zeigt sich, dass psychoedukative Programme häufig als isolierte Einzelmaßnahmen durchgeführt werden, ohne eine langfristige strukturelle Einbindung in den schulischen Alltag. Dies führt dazu, dass die Wirkung solcher Programme nach einmaliger Durchführung rasch wieder abnimmt (Yamaguchi et al., 2020). Um diesem Problem entgegenzuwirken, ist eine curriculare Verankerung erforderlich, die sicherstellt, dass die Inhalte regelmäßig vermittelt werden und alle relevanten Zielgruppen erreichen. Zudem sollten Auffrischungssitzungen vorgesehen werden, um eine nachhaltige Wirkung zu sichern.

Die aktuellen Standards der Kultusministerkonferenz (KMK, 2022) zur Lehrkräftebildung und Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention (KMK, 2012) bieten hierfür eine rechtliche Grundlage. Insbesondere die Vorgabe, dass Lehrkräfte gesundheitsfördernde Kompetenzen erwerben sollen, bildet eine zentrale Voraussetzung für die Integration solcher Programme in bestehende Bildungsstrukturen. Eine nachhaltige Implementierung kann nur gelingen, wenn die Fortbildung von (angehenden) Lehrkräften systematisch in die universitäre Lehrkräftebildung und schulinterne Fortbildungsprogramme integriert wird. In Schleswig-Holstein beispielsweise nimmt das Lehrkräftebildungsgesetz (LehrBG, 2014) bereits auf die KMK-Standards Bezug, was eine Umsetzung erleichtern könnte.

Trotz dieser Rahmenbedingungen bestehen weiterhin strukturelle Hürden bezüglich schulischer Präventionsmaßnahmen. Dazu zählen begrenzte zeitliche Ressourcen im Schulalltag, die eine Umsetzung der Unterrichtseinheit und Teilnahme an Professionalisierungsmaßnahmen erschweren können, sowie fehlende finanzielle Mittel für systematische Professionalisierungsangebote für Lehrkräfte sowie unterschiedliche Einstellungen von Schulleitungen zum Thema Gesundheitsförderung (Dadaczynski & Hering,

2021; Heinemann, 2023; Meetz, 2007). Zudem erschweren unterschiedliche Prioritäten und Vorgaben der Bundesländer eine einheitliche Einführung psychoedukativer Programme.

Ein vielversprechender Lösungsansatz besteht in der Nutzung digitaler oder hybrider Formate, die eine flexiblere Umsetzung ermöglichen. Eine Digitalisierung der Unterrichtseinheit könnte beispielsweise in Form einer interaktiven E-Learning-Plattform erfolgen, die Schülerinnen und Schüler eigenständig oder im Rahmen des Unterrichts nutzen können. Gleichzeitig bieten digitale Fortbildungsformate die Möglichkeit, Lehrkräften unabhängig von festen Schulungsterminen praxisnahe Wissen zu vermitteln. Ergänzend könnten für Lehramtsstudierende und bereits tätige Lehrkräfte Auffrischungssitzungen in einem digitalen Format angeboten werden. Dafür, dass digitale Formate in der psychischen Gesundheitsförderung wirksam sein können, gibt es bereits vielversprechende Hinweise (Yeo et al., 2024).

Neben der digitalen Umsetzung zeigt sich, dass eine kombinierte Implementierung von Unterrichtseinheit und Fortbildung die nachhaltigsten Effekte erzielen könnte. Wenn Lehrkräfte nicht nur fortgebildet werden, sondern gleichzeitig eine evidenzbasierte und praxiserprobte Unterrichtseinheit zur Verfügung gestellt bekommen, könnte dies die Wirksamkeit beider Maßnahmen steigern. Ein integriertes Modell zur Förderung des Umgangs mit Depressionen im schulischen Kontext könnte aus mehreren aufeinander aufbauenden Komponenten bestehen. Zunächst würden Lehrkräfte an der Fortbildung **glücklich** teilnehmen, in der ihnen Wissen und Handlungskompetenzen zum Umgang mit Depressionen im Schulalter vermittelt werden, unter anderem durch die Vermittlung von Strategien zur Gesprächsführung mit betroffenen Schülerinnen und Schülern, um diese sensibel und unterstützend begleiten zu können. Anschließend könnten die Lehrkräfte die erworbene Kompetenz direkt in der Praxis umsetzen, indem sie die Unterrichtseinheit **glücklich** eigenständig in ihren Klassen durchführen. In einer abschließenden Follow-Up-Sitzung könnten die Lehrkräfte ihre Erfahrungen reflektieren, sich mit Kolleginnen und Kollegen austauschen und spezifische Inhalte vertiefen. Ein solches Modell könnte nicht nur die Nachhaltigkeit der Effekte

verbessern, sondern auch die Selbstwirksamkeit der Lehrkräfte stärken, indem sie unmittelbar die Möglichkeit erhalten, das Gelernte in der Praxis anzuwenden.

Für eine flächendeckende Implementierung wäre zudem die Einbindung multiprofessioneller Teams sinnvoll. Fachkräfte des Schulpsychologischen Dienstes, der Schulsozialarbeit sowie Mental Health Coaches könnten Lehrkräfte in der Umsetzung der Maßnahmen unterstützen und dadurch die Wirksamkeit weiter erhöhen.

Die vorliegenden Erkenntnisse verdeutlichen, dass eine langfristige Implementierung psychoedukativer Maßnahmen zur Depression Literacy eine curriculare Verankerung, eine systematische Integration in die universitäre Lehrkräftebildung sowie digitale Ergänzungangebote erfordert. Die Verknüpfung von Unterrichtseinheit und Fortbildung für Lehrkräfte stellt einen vielversprechenden Weg dar, um nachhaltige Effekte zu erzielen.

Die Bedeutung einer systematischen Verankerung psychoedukativer Programme ergibt sich nicht nur aus schulpraktischen Überlegungen, sondern auch aus der zunehmenden Relevanz psychischer Auffälligkeiten und Störungen im Kindes- und Jugendalter. Die Standards der Kultusministerkonferenz zur Lehrkräftebildung (KMK, 2022) sowie zur Gesundheitsförderung und Prävention (KMK, 2012) sowie die alarmierende Zunahme psychischer Auffälligkeiten und Störungen verdeutlichen den Handlungsbedarf (Reiß, Napp et al., 2023; Robert Bosch Stiftung, 2024). Die Ergebnisse dieser Dissertation zeigen, dass Depression Literacy als integraler Bestandteil schulischer Gesundheitsförderung etabliert werden kann. Dabei konnte nachgewiesen werden, dass ein gezielter, störungsspezifischer Kompetenzerwerb sowohl für Schülerinnen und Schüler als auch für (angehende) Lehrkräfte möglich ist und zeiteffizient umgesetzt werden kann.

Darüber hinaus zeigt sich, dass der Bedarf einer Stärkung von Mental Health Literacy nicht auf Depressionen beschränkt ist. Auch andere psychische Störungen wie Angststörungen oder nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten sind weit verbreitet, während das Wissen und die Kompetenzen darüber bei Lehrkräften oft gering ausgeprägt sind (Bilz, 2014; Greiner et al., 2023; Hartmann et al., 2020). Die im Projekt *glücklich* entwickelten Konzepte bieten ein übertragbares Modell für weitere Bereiche der schulischen

Gesundheitsförderung. Ziel ist es, nicht nur spezifisches Störungswissen zu vermitteln, sondern auch pädagogische Handlungskompetenzen, Hilfesuchverhalten und die Selbstwirksamkeit aller schulischen Akteurinnen und Akteure zu stärken.

Die flächendeckende Implementierung solcher Programme setzt jedoch politische Unterstützung und eine systematische curriculare Verankerung in schulischen und universitären Bildungskonzepten voraus. Die KMK-Standards zur Lehrkräfteprofessionalisierung (KMK, 2022) bieten hierfür eine tragfähige Grundlage, da sie in den Bundesländern gesetzlich umgesetzt wurden. In Schleswig-Holstein beispielsweise nimmt das Lehrkräftebildungsgesetz direkten Bezug auf diese Standards: „Grundlage der im Landesrecht geregelten Lehrkräftebildung sind die von der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Kultusministerkonferenz) beschlossenen Standards und inhaltlichen Anforderungen für die Lehrerbildung.“ (LehrBG, 2014, §2, Abs. 2, S. 5). Dadurch könnte eine strukturelle Einbindung erleichtert werden. Um die Potenziale psychoedukativer Programme langfristig auszuschöpfen, bedarf es einer konsequenten Weiterentwicklung dieser Strukturen sowie einer verstärkten Zusammenarbeit zwischen Bildungs- und Gesundheitspolitik. Eine nachhaltige Implementierung erfordert daher sowohl die Bereitschaft zur curricularen Anpassung als auch die Bereitstellung notwendiger Ressourcen, um Schülerinnen und Schüler sowie (angehende) Lehrkräfte gleichermaßen zu unterstützen.

8.4 Beitrag der Dissertation zur pädagogisch-psychologischen Forschung und theoretische Einordnung

Die vorliegende Dissertation positioniert sich an der Schnittstelle zwischen pädagogischer und (klinisch-)psychologischer Forschung und nutzt Erkenntnisse beider Disziplinen, um ein praxisnahe, evidenzbasiertes Konzept zur Förderung der Depression Literacy und Selbstwirksamkeit im Umgang mit Depressionen im Kindes- und Jugendalter zu entwickeln. Sie unterstreicht die zentrale Rolle der Schule als Ort der Prävention und psychischen Gesundheitsförderung. Dabei verfolgt das Dissertationsprojekt einen multisystemischen Ansatz, der eine Zusammenarbeit zwischen Schülerinnen, Schülern,

Lehrkräften, Eltern und psychosozialen Fachkräften und Hilfestellen stärken will. Besonders herauszustellen dabei ist der Multiinformantenansatz – es wurde explizit auch die Perspektive der Schülerinnen und Schüler aufgegriffen und Daten von dieser Zielgruppe erhoben. Zudem werden durch die gezielte Einbindung von (angehenden) Lehrkräften als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und die Entwicklung praxistauglicher, evaluierter Maßnahmen wertvolle Impulse für die Weiterentwicklung pädagogisch-psychologischer Präventionsansätze gegeben.

Das Dissertationsprojekt adressiert eine bisher unzureichend erforschte Thematik: die Depression Literacy von Schülerinnen und Schülern sowie Lehramtsstudierenden und Lehrkräften. Es wird nicht nur ein tiefergehendes Verständnis zur Depression Literacy im schulischen Kontext geschaffen, sondern auch ein praxisnaher Ansatz zur Förderung dieser Kompetenz bereitgestellt. Für die Praxis zeigt sich, dass gezielte, wissenschaftlich fundierte Interventionen wie **glücklich** einerseits zur Gestaltung wirksamer schulischer Präventionsstrategien beitragen können und andererseits einen entscheidenden Beitrag zur Professionalisierung von Lehrkräften leisten. Besonders bedeutsam ist dabei, dass selbst kompakte, zeiteffiziente Maßnahmen die Depression Literacy und die depressionsspezifische Selbstwirksamkeit beider Zielgruppen signifikant steigern können. Dies ist insbesondere für Lehrkräfte relevant, da diese oft als erste Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Schülerinnen und Schüler mit psychischen Belastungen fungieren und ihre Kompetenzen in diesem Bereich einen direkten Einfluss auf die Unterstützung und Weitervermittlung haben können. Zukünftig können die bereits gewonnenen Erkenntnisse genutzt werden, um diese auf breitere Zielgruppen wie beispielsweise Eltern, Fachkräfte der Schulsozialarbeit und Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf auszuweiten.

Ein originärer Beitrag des Dissertationsprojekts liegt in der Entwicklung und Evaluation innovativer Messinstrumente, die zielgruppenspezifisch auf Schülerinnen und Schüler und (angehende) Lehrkräfte zugeschnitten sind. Durch den progressiven methodischen Ansatz – eine Kombination aus Wissenstests, Fallvignetten und Ratingskalen – gelingt eine umfassende und praxisnahe Erfassung von Depression Literacy und spezifischer

Selbstwirksamkeit. Die laufende Validierung der Instrumente zeigt vielversprechende Ergebnisse und schafft eine Grundlage für die zukünftige Forschung sowie die praktische Anwendung in psychoedukativen Präventionsprogrammen.

Das Dissertationsprojekt basiert theoretisch auf dem Konzept der Mental Health Literacy nach Jorm et al. (1997) und Kutcher et al. (2016) und erweitert die Erkenntnisse zur depressionsspezifischen Mental Health Literacy im Bildungskontext. Besonders hervorzuheben ist die Bedeutung des Konstrukts als modifizierbarer Schutzfaktor. Die theoretische Fundierung zeigt, dass Wissen über Depressionen, Kompetenzen zur Symptomerkennung, Hilfesuche, Hilfegabe sowie die Reduktion von Stigmatisierung integrale Bestandteile eines umfassenden Präventionsansatzes darstellen. Im Forschungsschwerpunkt zu den Schülerinnen und Schülern wurde zudem als stärkenbasierter Ansatz im Sinne der Resilience Theoy (Zimmerman, 2013) die Förderung des Selbstmitgefühls nach Neff (2003) integriert.

Zudem wurde die Stärkung der Selbstwirksamkeit im Umgang mit depressiver Symptomatik im Kindes- und Jugendalter als zentrales Ziel verfolgt. Grundlage hierfür bildet die sozial-kognitive Theorie, in der Selbstwirksamkeit als dynamisch und durch das Zusammenspiel von persönlichen Bewertungen, Verhalten und Umweltfaktoren beeinflussbar beschrieben wird (Bandura, 1986, 1997). In der vorliegenden Dissertation lag der Fokus spezifisch auf der Selbstwirksamkeit von (angehenden) Lehrkräften im Umgang mit psychischen Auffälligkeiten, spezifisch Depressionen, nach Brann et al., (2021) sowie der spezifischen Selbstwirksamkeit von Schülerinnen und Schülern zu Depressionen (Sandin et al., 2015). Die Ergebnisse zeigen, dass gezielte psychoedukative Maßnahmen neben dem Wissen auch die Handlungssicherheit verbessern können. Diese Befunde erweitern bestehende Erkenntnisse und bilden einen wichtigen Ansatzpunkt für die Weiterentwicklung psychoedukativer Präventionsmaßnahmen.

Darüber hinaus wird das Gateway-Provider-Modell nach Stiffman et al. (2004) als theoretischer Rahmen herangezogen. Dieses Modell betont, dass erwachsene Gateway-Provider wie Lehrkräfte unter anderem depressive Symptome korrekt erkennen und geeignete

Unterstützungsmaßnahmen kennen müssen, um die Entscheidung zu treffen, betroffene Schülerinnen und Schüler an professionelle Hilfestellen weiterzuleiten. Die Ergebnisse von **glücklich** verdeutlichen, dass dies den Teilnehmenden in der Praxis oft schwerfällt, insbesondere bei komplexeren Symptombildern. Zudem zeigt sich, dass möglicherweise weitere Faktoren wie persönliche Einstellungen und die wahrgenommene Selbstwirksamkeit moderierend auf Lehrkräfte als effektive Gateway-Provider wirken können.

Die Dissertation trägt sowohl zur theoretischen Weiterentwicklung als auch zur praktischen Anwendung im Bereich der pädagogisch-psychologischen Präventionsforschung bei. Theoretisch erweitert sie die Forschung zu Mental Health Literacy und depressionsspezifischen Selbstwirksamkeit im schulischen Kontext. Sie belegt, dass Depression Literacy und Selbstwirksamkeit im Umgang mit depressiver Symptomatik funktionale Kompetenzen sind, die modifiziert und gezielt gefördert werden können, um präventive Effekte zu erzielen. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Verknüpfung mehrerer theoretischer Ansätze in ein praxisnahes und wirksames Präventionskonzept wie **glücklich** gelingen kann.

Praktisch liefert das Projekt **glücklich** evidenzbasierte, kompakte und schulkompatible Ansätze für die schulische Prävention und Lehrkräftebildung. Die Ergebnisse zeigen, dass zeitlich begrenzte Maßnahmen signifikante Effekte auf Wissen, Handlungskompetenzen und Einstellungen haben können. Dies ist insbesondere im Hinblick auf die steigenden Prävalenzen von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen und die unzureichende Versorgungslage verbunden mit der schulischen Ressourcenknappheit von großer Bedeutung.

Mit ihrem umfassenden Ansatz positioniert sich die Dissertation als wichtiger Beitrag zur Integration psychischer Gesundheitsförderung in den Schulalltag. Sie zeigt auf, dass Schulen nicht nur als Lernorte, sondern auch als zentrale Instanzen in der Prävention und Gesundheitsförderung fungieren können. Durch die gezielte Einbindung von Lehrkräften als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und die Entwicklung praxistauglicher, evaluierter

Maßnahmen liefert die Arbeit wertvolle Impulse für die Weiterentwicklung pädagogisch-psychologischer Präventionsansätze.

8.5 Limitationen

Die vorliegenden Ergebnisse weisen methodische Einschränkungen auf, die bei der Interpretation berücksichtigt werden müssen. Die spezifischen Limitationen der publizierten Ergebnisse wurden bereits ausführlich in den einzelnen Publikationen erörtert (siehe Kapitel 3, 5 und 6). Nachfolgend werden die wichtigsten Einschränkungen übergreifend zusammengefasst.

Bezüglich der Unterrichtseinheit ist die explorative Natur der Pilotierung hervorzuheben. Die gewonnenen Erkenntnisse zur Effektivität der Einheit sowie des eingesetzten Messinstruments sind als vielversprechende Hinweise zu interpretieren, jedoch vor dem Hintergrund der begrenzten Stichprobe zu bewerten. Diese weist eine geringe Teilnehmendenzahl, eine ungleiche Verteilung der Schularten und eine regionale Beschränkung auf, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Zudem wurde bislang keine kontrollierte Studie durchgeführt, weshalb Zufallsbefunde nicht vollständig ausgeschlossen werden können. Bezüglich des Messinstruments ist anzumerken, dass eine abschließende Überarbeitung und Validierung noch ausstehen, um dessen psychometrische Qualität zu sichern.

Bezüglich der Zielgruppe der (angehenden) Lehrkräfte ist ebenfalls die Stichprobengröße und -zusammensetzung eine zentrale Limitation. Die überwiegende Teilnahme weiblicher Studierender und die starke Fokussierung auf Sonderpädagogikstudierende schränken die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Lehramtsstudierende oder Lehrkräfte ein. Insbesondere sind die Ergebnisse nur im Kontext der spezifischen Zielgruppe und ihrer Vorerfahrungen zu interpretieren. Weiterhin ist auf die diskutierten methodischen Schwächen des Messinstruments hinzuweisen, insbesondere die beobachteten Deckeneffekte im Wissenstest und die inakzeptable Reliabilität der Skala Stigma, die die Aussagekraft und Interpretation der Ergebnisse erschweren.

Übergreifend ist darauf hinzuweisen, dass in beiden Forschungsschwerpunkten hauptsächlich Pre-Post-Designs zur Evaluation eingesetzt wurden. Diese sind zwar geeignet, kurzfristige Effekte der Maßnahmen abzubilden, erlauben jedoch keine Aussagen über die Nachhaltigkeit der psychoedukativen Interventionen. Langfristige Effekte, wie die Stabilität des Wissens oder die Übertragung in die praktische Anwendung, bleiben daher offen. Zudem basieren die erhobenen Daten überwiegend auf Selbstauskünften. Obwohl Selbstberichte in der psychologischen Forschung häufig verwendet werden, sind sie anfällig für soziale Erwünschtheit und Verzerrungen durch subjektive Einschätzungen (van de Mortel, 2008). Insbesondere beim Thema Depressionen könnte es sein, dass Teilnehmende nicht offen über ihre tatsächlichen Einstellungen oder Unsicherheiten sprechen.

Die dargestellten Einschränkungen bieten jedoch wertvolle Anknüpfungspunkte für zukünftige Studien, die eine systematische Weiterentwicklung und umfassendere Evaluation ermöglichen könnten und nachfolgend diskutiert werden.

8.6 Ausblick

In zukünftigen Forschungsprojekten gilt es, beide Ansätze – wie in Kapitel 8.3 beschrieben – in einem kohärenten Programm zu vereinen, um die nachhaltige Implementierung zu evaluieren und zusätzlich Transfereffekte zwischen den Schülerinnen und Schülern und ihren Lehrkräften zu untersuchen und dabei explizit längerfristige Dynamiken in den Fokus zu rücken.

Zudem sollten anschließende Studien die psychometrische Qualität der entwickelten Messinstrumente anhand größerer und diverserer Stichproben untersuchen. Die kontinuierliche Validierung und Weiterentwicklung der Instrumente stellt eine essenzielle Grundlage für die Qualitätssicherung zukünftiger Präventionsprogramme dar. Weiterhin sollte der bisher unzureichend nachgewiesene beziehungsweise belegbare Praxistransfer in beiden Zielgruppen mit zusätzlichen methodischen Ansätzen fundierter evaluiert werden.

In Bezug auf die Unterrichtseinheit sollten kultur- und gendersensible Anpassungen fokussiert und evaluiert werden, um eine größere Diversität der Zielgruppe zu erreichen. Zudem erscheint eine Weiterentwicklung des gesamten Programms in digitale und hybride

Formate sinnvoll, um Auffrischungsimpulse zu ermöglichen und die Verfügbarkeit sowie die Ressourceneffizienz zu steigern. Ein weiterer wichtiger Forschungsstrang sollte sich auf Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf konzentrieren, da diese ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen aufweisen (Hennemann et al., 2020).

Ein besonders wichtiges zukünftiges Forschungsprojekt ist die längerfristige Untersuchung der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der entwickelten Präventionsmaßnahmen, die durch Follow-Up-Messungen exploriert werden können.

Mögliche Zusammenhänge personaler Faktoren der Lehrkraft – beispielsweise depressionsspezifische Erfahrungen, die eigene psychische Belastung und das Selbstverständnis, bei psychischen Auffälligkeiten als Lehrkraft zu helfen – bieten einen weiteren relevanten Forschungsansatz. Diese Aspekte sind in Bezug auf ihre Rolle als Gateway-Provider bisher unzureichend erforscht und könnten zusätzliche moderierende Faktoren im Sinne des Gateway-Provider-Modells darstellen. Die Funktion der Lehrkraft als Gateway-Provider könnte dabei von zwei Seiten betrachtet werden, zum einen als erforderliche Berufskompetenz, zum anderen aus der Perspektive der psychischen Gesundheit der Lehrkräfte selbst, die in einem Zusammenhang mit ihrer Funktion als Gateway-Provider und dem psychischen Wohlbefinden ihrer Schülerinnen und Schüler steht (Oberle & Schonert-Reichel, 2016).

Abschließend lässt sich festhalten, dass die im Rahmen dieser Dissertation gewonnenen Erkenntnisse eine belastbare Grundlage für die nachhaltige Verankerung von Depression Literacy als Schlüsselkompetenz zur Förderung einer psychisch gesunden Gesellschaft schaffen. Die Ergebnisse belegen, dass gezielte Prävention und psychoedukative Bildung einen wesentlichen Beitrag zur psychischen Gesundheit künftiger Generationen leisten können und bieten Anknüpfungspunkte für zukünftige Studien in diesem bislang unzureichend erforschten Gebiet. Zusätzlich zeigen die Befunde neue Perspektiven für die Etablierung einer umfassenden schulischen Präventionskultur auf, die gleichermaßen auf wissenschaftlicher Evidenz und praktischer Umsetzbarkeit basiert.

9 Literaturverzeichnis

- Ahnert, J., Vogel, H. & Lukasczik, M. (2016). Entwicklung und Evaluation einer Lehrerfortbildung zur Früherkennung depressiver Symptome bei Schülern. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 66(3-4), 136-143. <https://doi.org/10.1055/s-0042-101415>
- APA. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®* (2. korrigierte Auflage). Hogrefe.
- Arimitsu, K. & Hofmann, S. G. (2017). Effects of compassionate thinking on negative emotions. *Cognition & emotion*, 31(1), 160-167. <https://doi.org/10.1080/02699931.2015.1078292>
- Arora, P. G., Parr, K. M., Khoo, O., Lim, K., Coriano, V. & Baker, C. N. (2021). Cultural Adaptations to Youth Mental Health Interventions: A Systematic Review. *Journal of Child and Family Studies*, 30(10), 2539-2562. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02058-3>
- Arslan, A. (2012). Predictive Power of the Sources of Primary School Students' Self-Efficacy Beliefs on Their Self-Efficacy Beliefs for Learning and Performance. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 12(3), 1915-1920.
- Askeland, K. G., Bøe, T., Breivik, K., La Greca, A. M., Sivertsen, B. & Hysing, M. (2020). Life events and adolescent depressive symptoms: Protective factors associated with resilience. *PLOS ONE*, 15(6), e0234109. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234109>
- Azizli, N., Atkinson, B. E., Baughman, H. M. & Giannarco, E. A. (2015). Relationships between general self-efficacy, planning for the future, and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 82, 58-60. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.006>
- Baji, I., Lopez-Duran, N. L., Kovacs, M., George, C. J., Mayer, L., Kapornai, K., Kiss, E., Gádoros, J. & Vetró, A. (2009). Age and sex analyses of somatic complaints and symptom presentation of childhood depression in a Hungarian clinical sample. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(10), 1467-1472. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04918>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control* (11. printing). Freeman.

- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education*, 31(2), 143-164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>
- Bandura, A. (2009). Social Cognitive Theory of Mass Communication. In J. Bryant & M. B. Oliver (Hrsg.), *Communication series. Media effects: Advances in theory and research* (3. ed., S. 94-124). Routledge.
- Barrocas, A. L. & Hankin, B. L. (2011). Developmental pathways to depressive symptoms in adolescence: a multi-wave prospective study of negative emotionality, stressors, and anxiety. *Journal of abnormal child psychology*, 39(4), 489-500. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9482-2>
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus. (2022). *Abschlussbericht 10-Punkte-Programm zur Aufklärung über Depressionen und Angststörungen*. https://docs.dpaq.de/18618-abschlussbericht_10_punkte_programm_aufklaerung_depression.pdf
- Bäuml, J., Lüscher, S. & Pitschel-Walz, G. (2015). Was ich nicht weiß, macht mich auch nicht „weise“.... *Psychiatrische Praxis*, 42(6), 293-295. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1552632>
- Beardslee, W. R. (2009). *Hoffnung, Sinn und Kontinuität. Ein Programm für Familien depressiv erkrankter Eltern*. dgvt.
- Beidas, R. S., Cross, W. & Dorsey, S. (2014). Show Me, Don't Tell Me: Behavioral Rehearsal as a Training and Analogue Fidelity Tool. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.04.002>
- Bengel, J., Meinders-Lücking, F. & Rottmann, N. (2009). *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen: Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*: Bd. 35. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung BZgA.

- Berger, R. & Hänze, M. (2015). Impact of Expert Teaching Quality on Novice Academic Performance in the Jigsaw Cooperative Learning Method. *International Journal of Science Education*, 37(2), 294-320. <https://doi.org/10.1080/09500693.2014.985757>
- Berking, M. & Whitley, B. (2014). *Affect Regulation Training: A Practitioners' Manual*. SpringerLink Bücher. Springer New York. <https://doi.org/10.1007/978-1-4939-1022-9>
- Bevan-Jones, R., Thapar, A., Stone, Z., Thapar, A., Jones, I., Smith, D. & Simpson, S. (2018). Psychoeducational interventions in adolescent depression: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 101(5), 804-816. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.10.015>
- Bilz, L. (2014). Werden Ängste und depressive Symptome bei Kindern und Jugendlichen in der Schule übersehen? *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 28(1-2), 57-62. <https://doi.org/10.1024/1010-0652/a000118>
- Birmaher, B., Arbelaez, C. & Brent, D. (2002). Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 11(3), 619-37, x. [https://doi.org/10.1016/s1056-4993\(02\)00011-1](https://doi.org/10.1016/s1056-4993(02)00011-1)
- Birmaher, B., Brent, D., Bernet, W., Bukstein, O., Walter, H., Benson, R. S., Chrisman, A., Farchione, T., Greenhill, L., Hamilton, J., Keable, H., Kinlan, J., Schoettle, U., Stock, S., Ptakowski, K. K. & Medicus, J. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1503-1526. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318145ae1c>
- Bjørnsen, H. N., Espnes, G. A., Eilertsen, M.-E. B., Ringdal, R. & Moksnes, U. K. (2019). The Relationship Between Positive Mental Health Literacy and Mental Well-Being Among Adolescents: Implications for School Health Services. *The Journal of school nursing: the official publication of the National Association of School Nurses*, 35(2), 107-116. <https://doi.org/10.1177/1059840517732125>

- Bosse, S. & Spörer, N. (2014). Erfassung der Einstellung und der Selbstwirksamkeit von Lehramtsstudierenden zum inklusiven Unterricht. *Empirische Sonderpädagogik*, 6(4), 279-299. <https://doi.org/10.25656/01:10019>
- Bluth, K. & Blanton, P. W. (2014). Mindfulness and Self-Compassion: Exploring Pathways to Adolescent Emotional Well-Being. *Journal of child and family studies*, 23(7), 1298-1309. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9830-2>
- Bluth, K. & Blanton, P. W. (2015). The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), 219-230. <https://doi.org/10.1080/17439760.2014.936967>
- Bluth, K., Roberson, P. N. E., Gaylord, S. A., Faurot, K. R., Grewen, K. M., Arzon, S. & Girdler, S. S. (2016). Does Self-compassion Protect Adolescents from Stress? *Journal of child and family studies*, 25(4), 1098-1109. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0307-3>
- Brann, K. L., Boone, W. J., Splett, J. W., Clemons, C. & Bidwell, S. L. (2021). Development of the School Mental Health Self-Efficacy Teacher Survey Using Rasch Analysis. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 39(2), 197-211.
<https://doi.org/10.1177/0734282920947504>
- Brann, K. L., Clemons, C., Meehan, C. & Boone, W. J. (2022). Examining Pre-Service Teacher Mental Health Training and Self-Efficacy at One American University. *Exceptionality Education International*, 32(1), 35-54.
<https://ojs.lib.uwo.ca/index.php/eei/article/view/15460>
- Bundeszentrale für politische Bildung. (2004). *Rollenspiel*.
<https://www.bpb.de/lernen/methoden/46890/4-rollenspiel/>
- Burns, J. R. & Rapee, R. M. (2006). Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of adolescence*, 29(2), 225-239. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.05.004>
- Carballo, J. J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Purper-Ouakil, D., Hoekstra, P. J., Coghill, D., Schulze, U. M. E., Dittmann, R. W., Buitelaar, J. K., Castro-Fornieles, J., Lievesley, K., Santosh, P. & Arango, C. (2020). Psychosocial risk

- factors for suicidality in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(6), 759-776. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-01270-9>
- Castello, A. (2020). Trend: Self-Compassion bei Kindern und Jugendlichen. *Vierteljahrsschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 89(4), 293-296. <https://www.reinhardt-journals.de/index.php/vhn/article/view/153019/5563>
- Cherewick, M., Lama, R., Rai, R. P., Dukpa, C., Mukhia, D., Giri, P. & Matergia, M. (2024). Social support and self-efficacy during early adolescence: Dual impact of protective and promotive links to mental health and wellbeing. *PLOS global public health*, 4(12), e0003904. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003904>
- Chesney, E., Goodwin, G. M. & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13(2), 153-160. <https://doi.org/10.1002/wps.20128>
- Cirone, C., Secci, I., Favole, I., Ricci, F., Amianto, F., Davico, C. & Vitiello, B. (2021). What Do We Know about the Long-Term Course of Early Onset Bipolar Disorder? A Review of the Current Evidence. *Brain sciences*, 11(3), 341. <https://doi.org/10.3390/brainsci11030341>
- Clayborne, Z. M., Varin, M. & Colman, I. (2019). Systematic Review and Meta-Analysis: Adolescent Depression and Long-Term Psychosocial Outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(1), 72-79. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.896>
- Coles, M. E., Ravid, A., Gibb, B., George-Denn, D., Bronstein, L. R. & McLeod, S. (2016). Adolescent Mental Health Literacy: Young People's Knowledge of Depression and Social Anxiety Disorder. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 58(1), 57-62. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.09.017>
- Comunian, A. L. (1989). Some characteristics of relations among depression, anxiety, and self-efficacy. *Perceptual and motor skills*, 69(3-1), 755-764. <https://doi.org/10.1177/00315125890693-109>

- Conley, C. S. & Rudolph, K. D. (2009). The emerging sex difference in adolescent depression: interacting contributions of puberty and peer stress. *Development and psychopathology*, 21(2), 593-620. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000327>
- Conrad, I., Dietrich, S., Heider, D., Blume, A., Angermeyer, M. & Riedel-Heller, S. (2009). „Crazy? So what!“ A school programme to promote mental health and reduce stigma - results of a pilot study. *Das Gesundheitswesen*, 71(08/09), A202. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1239252>
- Coughlan, E. C., Heyland, L. K., Sheaves, A., Parlee, M., Wiley, C., Page, D. & Hill, T. G. (2024). Characteristics of mental health literacy measurement in youth: a scoping review of school-based surveys. *Discover Mental Health*, 4(1), 24. <https://doi.org/10.1007/s44192-024-00079-0>
- Creemers, B., Kyriakides, L. & Antoniou, P. (2013). *Teacher Professional Development for Improving Quality of Teaching*. Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-5207-8_11
- Crundwell, R. M. A. & Killu, K. (2010). Responding to a Student's Depression. *Interventions That Work*, 68(2), 46-51.
- Cruz, C. M., Lamb, M. M., Hampanda, K., Giri, P., Campbell, M., Chowdhury, B., Giardina, A. A., Gaynes, B. N. & Matergia, M. (2021). Teacher Nomination of School-aged Children for Mental Health Services in a Low and Middle Income Country. *Global health action*, 14(1), 1861921. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1861921>
- Curran, T. & Wexler, L. (2017). School-Based Positive Youth Development: A Systematic Review of the Literature. *Journal of School Health*, 87(1), 71-80.
- Dadaczynski, K. & Hering, T. (2021). Health Promoting Schools in Germany. Mapping the Implementation of Holistic Strategies to Tackle NCDs and Promote Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2623. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052623>
- Darling, N. (1999). *Parenting Style and Its Correlates*. ERIC Digest. <https://eric.ed.gov/?id=ED427896>

- DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N. & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19(12), 1228-1239. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x>
- Dippel, N. & Asbrand, J. (2023). Internalisierende Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 32(4), 199-204. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000431>
- Dods, J. (2016). Teacher Candidate Mental Health and Mental Health Literacy. *Exceptionality Education International*, 26(2), 42-61. <https://doi.org/10.5206/eei.v26i2.7740>
- Dundas, I., Binder, P.-E., Hansen, T. G. B. & Stige, S. H. (2017). Does a short self-compassion intervention for students increase healthy self-regulation? A randomized control trial. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(5), 443-450.
<https://doi.org/10.1111/sjop.12385>
- Efthymiou, V., Charmandari, E., Vlachakis, D., Tsitsika, A., Pałasz, A., Chrouzos, G. & Bacopoulou, F. (2021). Adolescent Self-Efficacy for Diet and Exercise Following a School-Based Multicomponent Lifestyle Intervention. *Nutrients*, 14(1), 97. <https://doi.org/10.3390/nu14010097>
- Egan, S. J., Rees, C. S., Delalande, J., Greene, D., Fitzallen, G., Brown, S., Webb, M. & Finlay-Jones, A. (2022). A Review of Self-Compassion as an Active Ingredient in the Prevention and Treatment of Anxiety and Depression in Young People. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 49(3), 385-403. <https://doi.org/10.1007/s10488-021-01170-2>
- Ehrenberg, M. F., Cox, D. N. & Koopman, R. F. (1991). The Relationship Between Self-Efficacy and Depression in Adolescents. *Adolescence*, 26(102), 361-374.
- Elyamani, R., Nour, O., Singh, R., Saeed, K., Musa, A., Alkubaisi, N. & Bougmiza, M. I. (2024). The effectiveness of the WHO school mental health package in promoting mental health literacy among secondary school teachers in Qatar: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 24(1), 1883. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19263-6>

- Essau, C. A. & Chang, W. C. (2009). Epidemiology, comorbidity, and course of adolescent depression. In C. A. Essau (Hrsg.), *Treatments for adolescent depression: Theory and practice* (S. 3-26). Oxford University Press.
- <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199226504.003.0001>
- Evasys (2024). Version V10.0 (2606) [Computer software]. evasys GmbH.
- Ewert, C., Vater, A. & Schröder-Abé, M. (2021). Self-Compassion and Coping: a Meta-Analysis. *Mindfulness*, 12(5), 1063-1077. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01563-8>
- Fang, B.-B., Lu, F. J. H., Gill, D. L., Liu, S. H., Chyi, T. & Chen, B. (2021). A Systematic Review and Meta-Analysis of the Effects of Outdoor Education Programs on Adolescents' Self-Efficacy. *Perceptual and motor skills*, 128(5), 1932-1958.
- <https://doi.org/10.1177/00315125211022709>
- Feierabend, S., Rathgeb, T., Gerigk, Y. & Glöckler, S. (2024). *JIM-Studie 2024: Jugend, Information, Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger*. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (mpfs).
- https://mpfs.de/app/uploads/2024/11/JIM_2024_PDF_barriearm.pdf
- Feiss, R., Dolinger, S. B., Merritt, M., Reiche, E., Martin, K., Yanes, J. A., Thomas, C. M. & Pangalinan, M. (2019). A Systematic Review and Meta-Analysis of School-Based Stress, Anxiety, and Depression Prevention Programs for Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(9), 1668-1685. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01085-0>
- Ferrari, M., Hunt, C., Harrysunker, A., Abbott, M. J., Beath, A. P. & Einstein, D. A. (2019). Self-Compassion Interventions and Psychosocial Outcomes: a Meta-Analysis of RCTs. *Mindfulness*, 10(8), 1455–1473. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01134-6>
- Franke, S., Mittermeier, S., Lewitzka, U., Knappe, S. & Bürger, A. (2024). Mental Health Literacy bei Lehrkräften und Eltern zur Früherkennung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 33(2), 80-89.
- <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000449>

- Franklin, C. G., Kim, J. S., Ryan, T. N., Kelly, M. S. & Montgomery, K. L. (2012). Teacher involvement in school mental health interventions: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 34(5), 973-982.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.01.027>
- Franze, M., Meierjürgen, R., Abeling, I., Rottländer, M., Gerdon, R. & Paulus, P. (2007). „MindMatters“. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2(4), 221-227.
<https://doi.org/10.1007/s11553-007-0071-3>
- Franzkowiak, P. (2022). Prävention und Krankheitsprävention. In Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*.
<https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i091-3.0>
- Freitag, S., Stolzenburg, S., Schomerus, G. & Schmidt, S. (2018). Depressionswissen - Deutsche Übersetzung und Testung der Depression Literacy Scale [Depression Literacy - German Translation and Testing of the Depression Literacy Scale]. *Psychiatrische Praxis*, 45(8), 412-419. <https://doi.org/10.1055/s-0043-119245>
- Fusar-Poli, P., Correll, C. U., Arango, C., Berk, M., Patel, V. & Ioannidis, J. P. A. (2021). Preventive psychiatry: a blueprint for improving the mental health of young people. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(2), 200-221. <https://doi.org/10.1002/wps.20869>
- Gaier, S. E. (2015). Understanding why students do what they do: Using attribution theory to help students succeed academically. *Research and Teaching in Developmental Education*, 31(2), 6-19. <https://www.jstor.org/stable/45373106>
- Gamezy, N. (1985). Stress-Resistant Children: The Search for Protective Factors. In J. E. Stevenson (Hrsg.), *Recent Research in Developmental Psychopathology: Journal of Child Psychology and Psychiatry Book Supplement* (S. 213-233). Pergamon.
- Gentzler, A. L., Hughes, J. L., Johnston, M. & Alderson, J. E. (2023). Which social media platforms matter and for whom? Examining moderators of links between adolescents' social media use and mental health. *Journal of Adolescent and Adult Literacy*, 66(5), 352-364. <https://doi.org/10.1002/jaal.10200>

- social media use and depressive symptoms. *Journal of adolescence*, 95(8), 1725-1748. <https://doi.org/10.1002/jad.12243>
- George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference, 11.0 update / Darren George, Paul Mallery* (4th ed.). Allyn and Bacon.
- Gilham, C., Neville-MacLean, S. & Atkinson, E. (2021). Effect of Online Modules on Pre-Service Teacher Mental Health Literacy and Efficacy toward Inclusive Practices. *Canadian Journal of Education/Revue canadienne de l'éducation*, 44(2), 559-599. <https://doi.org/10.53967/cje-rce.v44i2.4601>
- Gladstone, T. R. G., Beardslee, W. R. & O'Connor, E. E. (2011). The prevention of adolescent depression. *The Psychiatric clinics of North America*, 34(1), 35-52. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.11.015>
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public health reports (Washington, D.C.: 1974)*, 98(2), 107-109. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424415/>
- Grabowski, F. C., Berger, F. & Schinz, I. (in Vorbereitung). Translation and validation of the German version of the Self-Compassion Scale for Youth.
- Grabowski, F. C. (in Revision). Training Pre-Service Teachers on Depression in Childhood and Adolescence: A Controlled Study. *Teacher Development*.
- Grabowski, F. C. (2021). Depression in childhood and adolescence. Development and piloting of a psychoeducational program for the professional development of teachers. *Empirische Sonderpädagogik*, 13(4), 328-344. <https://doi.org/10.25656/01:24109>
- Grabowski, F. C. & Greiner, F. (2024). Empirische Arbeit: Depressionsspezifisches Wissen und Hilfesuchverhalten von Jugendlichen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 71(2), 116-131. <https://doi.org/10.2378/peu2024.art12d>
- Greiner, F., Anding, E.-L. & Kracke, B. (2023). Individuelle Professionalisierung von Lehrkräften für den Umgang mit nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten von Schüler:innen. In R. Porsch & P. Gollub (Hrsg.), *Professionalisierung von Lehrkräften*

- im Beruf: Stand und Perspektiven der Lehrkräftebildung und Professionsforschung* (S. 91-106). Waxmann.
- Greiner, F. & Kuhl, P. (2023). Empirische Arbeit: Exploring teachers' mental health literacy: An exploratory study on teachers' experiences, cooperation partners, self-efficacy, and knowledge related to students' mental health problems. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 70(4), 293-302. <https://elibrary.utb.de/doi/abs/10.2378/peu20230406>
- Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans, K. & Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 185(4), 342-349.
<https://doi.org/10.1192/bjp.185.4.342>
- Groen, G. & Petermann, F. (2005). Depressive Störungen im Jugendalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(1), 10-18. <https://doi.org/10.1026/1616-3443.34.1.10>
- Groen, G. & Petermann, F. (2011). *Depressive Kinder und Jugendliche* (2., überarb. Aufl.). *Klinische Kinderpsychologie: Bd. 6*. Hogrefe.
- Groen, G. & Petermann, F. (2013). Depressive Störungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie* (7., überarb. und erw. Aufl., S. 439-458). Hogrefe.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M. & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(113). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Gunawardena, H., Leontini, R., Nair, S., Cross, S. & Hickie, I. (2024). Teachers as first responders: classroom experiences and mental health training needs of Australian schoolteachers. *BMC Public Health*, 24(1), e268. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17599-z>
- Hansen, J., Neumann, C. & Hanewinkel, R. (2024). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ausgewählte Ergebnisse des Präventionsradar 2023/2024*.

<https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/77380/data/52da8fbc93cf8d65b021463d306bf470/praeventionsradar-ergebnisbericht-2023-2024.pdf>

Hart, S. R., Kastelic, E. A., Wilcox, H. C., Beaudry, M. B., Musci, R. J., Heley, K. M., Ruble, A. E. & Swartz, K. L. (2014). Achieving Depression Literacy: The Adolescent Depression Knowledge Questionnaire (ADKQ). *School mental health*, 6(3), 213-223.
<https://doi.org/10.1007/s12310-014-9120-1>

Hartmann, A., Rückmann, J. & Tannen, A. (2020). Individuelle Gesundheitskompetenz von Lehrkräften und deren (Un)Sicherheit im Umgang mit chronisch erkrankten Schulkindern und Notfallsituationen [Individual teacher's health literacy and their safety in dealing with chronically ill pupils and emergencies]. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 63(9), 1168-1176.

<https://doi.org/10.1007/s00103-020-03207-7>

Heinemann, T. (2023). *Ergebnisdokumentation der regionalen Bildungsforen im Rahmen des öffentlichen Beratungsprozesses "Bildungsland Sachsen 2030"*.

https://www.bildungsland2030.sachsen.de/download/23_12_18_Dokumentation-Bildungsland-lang.pdf

Hennemann, T., Casale, G., Leidig, T., Fleskes, T., Döpfner, M. & Hanisch, C. (2020). Psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern an Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung (PEARL). *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 71, 44-57.

Herman-Stahl, M. & Petersen, A. C. (1996). The protective role of coping and social resources for depressive symptoms among young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(6), 733-753. <https://doi.org/10.1007/BF01537451>

Herpertz-Dahlmann, B., Bühren, K. & Remschmidt, H. (2013). Growing up is hard: mental disorders in adolescence. *Deutsches Arzteblatt international*, 110(25), 432-9; quiz 440.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0432>

Herrmann, L., Reiss, F., Becker-Hebly, I., Baldus, C., Gilbert, M., Stadler, G., Kaman, A., Graumann, L. & Ravens-Sieberer, U. (2024). Systematic Review of Gender-Specific

- Child and Adolescent Mental Health Care. *Child Psychiatry & Human Development*, 55(6), 1487-1501. <https://doi.org/10.1007/s10578-023-01506-z>
- Hickman, C., Marks, E., Pihkala, P., Clayton, S., Lewandowski, R. E., Mayall, E. E., Wray, B., Mellor, C. & van Susteren, L. (2021). Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey. *The Lancet. Planetary health*, 5(12), e863-e873. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00278-3](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00278-3)
- Hintzpeter, B., Klasen, F., Schön, G., Voss, C., Hölling, H. & Ravens-Sieberer, U. (2015). Mental health care use among children and adolescents in Germany: results of the longitudinal BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(6), 705-713. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0676-6>
- Hölling, H. & Schlack, R. (2008). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter - Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Das Gesundheitswesen*, 70(3), 154-163. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1062741>
- Huber, S. G. & Gördel, B. (o. D.). Bildungsstandards – Synopse der strategischen Einführung und Umsetzung in den dt. Bundesländern. Institut für Bildungsmanagement und Bildungsökonomie; Pädagogische Hochschule Zentralschweiz - Zug. <https://bildungsmanagement.net/wp-content/uploads/sites/4/2021/04/Bildungsstandards-07-05-25.pdf>
- IBM Corp. (2023). *IBM SPSS Statistics for Windows* (Version 29.0) [Computer software]. IBM Corp.
- IBM Corp. (2024). *IBM SPSS Statistics for Windows* (Version 29.0.2.0 (20) [Computer software]. IBM Corp.
- Ingram, R. E. & Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-stress models. In B. L. Hankin & J. R. Z. Abela (Hrsg.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (S. 32-46). SAGE Publications.

- Institute of Medicine. (2012). *Facilitating State Health Exchange Communication Through the Use of Health Literate Practices: Workshop Summary*. National Academy Press. <https://doi.org/10.17226/13255>
- Ivie, E. J., Pettitt, A., Moses, L. J. & Allen, N. B. (2020). A meta-analysis of the association between adolescent social media use and depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, 275, 165-174. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.014>
- Jerusalem, M. & Klein Hessling, J. (2009). Mental health promotion in schools by strengthening self-efficacy. *Health Education*, 109(4), 329-341. <https://doi.org/10.1108/09654280910970901>
- Johnson, C. L., Gross, M. A., Jorm, A. F. & Hart, L. M. (2023). Mental Health Literacy for Supporting Children: A Systematic Review of Teacher and Parent/Carer Knowledge and Recognition of Mental Health Problems in Childhood. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(2), 569-591. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00426-7>
- Johnson, D., Dupuis, G., Piche, J., Clayborne, Z. & Colman, I. (2018). Adult mental health outcomes of adolescent depression: A systematic review. *Depression and Anxiety*, 35(8), 700-716. <https://doi.org/10.1002/da.22777>
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *The American psychologist*, 67(3), 231-243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical journal of Australia*, 166(4), 182-186.
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention. (2024, 24. Juni). *Petition des Jugendbeirats der Stiftung Deutsche Depressionshilfe: Depression muss in die Lehrpläne!* [Pressemitteilung]. <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/presse-und-pr/pressemitteilungen?file=files/cms/Pressemitteilungen/2024/petition-depression-in-lehrplane-jugendbeirat.pdf>

- Junge, J., Neumer, S.-P., Manz, R. & Margraf, J. (2002). *Gesundheit und Optimismus GO: Trainingsprogramm für Jugendliche* (1. Auflage). Beltz PVU.
- Kaiser, H. F. (1970). A second generation little jiffy. *Psychometrika*, 35(4), 401-415.
<https://doi.org/10.1007/BF02291817>
- Karatay, G. & Gürarslan Baş, N. (2017). Effects of Role-Playing Scenarios on the Self-efficacy of Students in Resisting Against Substance Addiction: A Pilot Study. *Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing*, 54, 46958017720624.
<https://doi.org/10.1177/0046958017720624>
- Kemper, C. J., Beierlein, C., Bensch, D., Kovaleva, A. & Rammstedt, B. (2012). *Eine Kurzskala zur Erfassung des GammaFaktors sozial erwünschten Antwortverhaltens: die*. <https://nbnresolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-339589>
- Kickbusch, I. (2013). *Health Literacy, the solid facts*. World Health Organization.
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=1582975>
- Kim, K.-M., Nam, S., Choi, J.-W., Jung, A.-H., Hong, S.-B., Kim, J. W., Kim, S. Y., Kim, E. & Kim, J.-W. (2018). Psychometric Properties and Factor Structures of the Korean Version of Children's Depression Rating Scale-Revised. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 28(4), 285-292.
<https://doi.org/10.1089/cap.2016.0183>
- King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., Weich, S. & Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 190(3), 248-254. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.024638>
- Kirchhoff, S., Fretian, A. & Bruland, D. (2023). Mental Health Literacy bei Lehrkräften. In K. Rathmann, K. Dadaczynski, O. Okan & M. Messer (Hrsg.), *Springer Reference Pflege – Therapie - Gesundheit. Gesundheitskompetenz* (S. 533-543). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-67055-2_71

- Klasen, F., Meyrose, A.-K., Otto, C., Reiss, F. & Ravens-Sieberer, U. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 165(5), 402-407. <https://doi.org/10.1007/s00112-017-0270-8>
- Klinikum der Universität München. (o. D.). *ich bin alles @Schule*. <https://schule.ich-bin-alles.de/>
- KMK. (2012). *Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule: Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012*.
https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlung.pdf
- KMK. (2022). *Standards für die Lehrerbildung: Bildungswissenschaften: Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 16.12.2004 i. d. F. vom 07.10.2022*.
https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2004/2004_12_16-Standards-Lehrerbildung.pdf
- Kovacs, M., Obrosky, S. & George, C. (2016). The course of major depressive disorder from childhood to young adulthood: Recovery and recurrence in a longitudinal observational study. *Journal of affective disorders*, 203, 374-381.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.042>
- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review. *Quality & Quantity*, 47(4), 2025-2047. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9640-9>
- Kutcher, S., Bagnell, A. & Wei, Y. (2015). Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 24(2), 233-244. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.11.007>
- Kutcher, S., Wei, Y. & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 61(3), 154-158.
<https://doi.org/10.1177/0706743715616609>

- Kwasky, A. N. & Groh, C. J. (2014). Vitamin d, depression and coping self-efficacy in young women: longitudinal study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(6), 362-367. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.08.010>
- Lam, L. T. (2014). Mental health literacy and mental health status in adolescents: a population-based survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(1), 26. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-26>
- Lathren, C. R., Rao, S. S., Park, J. & Bluth, K. (2021). Self-Compassion and Current Close Interpersonal Relationships: A Scoping Literature Review. *Mindfulness*, 12(5), 1078-1093. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01566-5>
- Laucht, M. (1999). Risiko- versus Schutzfaktor? Kritische Anmerkungen zu einer problematischen Dichotomie. In G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. (1. Aufl., S. 303-314). Reinhardt.
- Lawrance, E. L. (2024). Crises impact youth mental health. *Nature Climate Change*, 14(10), 1016-1017. <https://doi.org/10.1038/s41558-024-02144-6>
- Legenbauer, T. (2024). Komorbidität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. In J. Fegert, F. Resch, P. Plener, M. Kaess, M. Döpfner, K. Konrad & T. Legenbauer (Hrsg.), *Springer Reference Medizin. Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*, 3. Aufl. (S. 393-401). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66744-6_66
- Legenbauer, T. & Kölch, M. (2020). Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In J. Fegert, F. Resch, P. Plener, M. Kaess, M. Döpfner, K. Konrad & T. Legenbauer (Hrsg.), *Springer Reference Medizin. Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 1-18). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49289-5_101-1
- Lehrer, L., Hellmann, L., Temme, H., Otten, L., Hübenthal, J., Geiger, M., Jenny, M. A. & Betsch, C. (2023). Kommunikation zu Klimawandel und Gesundheit für spezifische Zielgruppen. *Journal of Health Monitoring* 8(S6), 39-60. <https://doi.org/10.25646/11770>

- Lehrkräftebildungsgesetz Schleswig-Holstein, GVOBl. 2014, 134 (2014 & i.d.F.v. 21.03.2024).
<https://www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de/bssh/document/jlr-LehrBiGSHpG2>
- Loades, M. E. & Mastroyannopoulou, K. (2010). Teachers' Recognition of Children's Mental Health Problems. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(3), 150-156.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2009.00551.x>
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B. & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40(2), 80-89. <https://doi.org/10.1080/0020759044000041>
- Lyman, F. (1981). The Responsive Classroom Discussion. In A. S. Anderson (Hrsg.), *Mainstreaming Digest* (S. 109-113). University of Maryland College of Education.
- Lynch, L., Long, M. & Moorhead, A. (2018). Young Men, Help-Seeking, and Mental Health Services: Exploring Barriers and Solutions. *American journal of men's health*, 12(1), 138-149. <https://doi.org/10.1177/1557988315619469>
- Maddux, J. E. & Gosselin, J. T. (2003). Self-efficacy. In M. Leary, M. R. Leary & J. P. Tangney (Hrsg.), *Handbook of self and identity* (S. 218-237). Guilford Press.
- Mansfield, R., Patalay, P. & Humphrey, N. (2020). A systematic literature review of existing conceptualisation and measurement of mental health literacy in adolescent research: current challenges and inconsistencies. *BMC Public Health*, 20(1), 607.
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-08734-1>
- Marsh, I. C., Chan, S. W. Y. & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and Psychological Distress in Adolescents – a Meta-analysis. *Mindfulness*, 9(4), 1011-1027.
<https://doi.org/10.1007/s12671-017-0850-7>
- Martínez, V., Espinosa, D., Zitko, P., Marín, R., Schilling, S., Schwerter, C. & Rojas, G. (2015). Effectiveness of the workshop “adolescent depression: what can schools do?”. *Frontiers in psychiatry*, 67. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00067>
- Masten, A. S. (2001). Resilienz in der Entwicklung: Wunder des Alltags. In G. Röper, C. von Hagen & G. G. Noam (Hrsg.), *Entwicklung und Risiko: Perspektiven einer klinischen Entwicklungspsychologie* (S. 192-219). Kohlhammer.

- McClellan, J., Kowatch, R. & Findling, R. L. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(1), 107-125.
<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000242240.69678.c4>
- McCrae, N., Gettings, S. & Purssell, E. (2017). Social Media and Depressive Symptoms in Childhood and Adolescence: A Systematic Review. *Adolescent Research Review*, 2(4), 315-330. <https://doi.org/10.1007/s40894-017-0053-4>
- Meetz, F. (2007). *Personalentwicklung als Element der Schulentwicklung. Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Klinkhardt. <https://doi.org/10.25656/01:3729>
- Mishu, M. P., Tindall, L., Kerrigan, P. & Gega, L. (2023). Cross-culturally adapted psychological interventions for the treatment of depression and/or anxiety among young people: A scoping review. *PLOS ONE*, 18(10), e0290653. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290653>
- Moor, S., Maguire, A., Ann, M., McQueen, H., Hester, M., Wells, E. J., Elisabeth, W. J., Elton, R., Robert, E., Wrate, R., Robert, W., Blair, C. & Caroline, B. (2007). Improving the recognition of depression in adolescence: can we teach the teachers? *Journal of adolescence*, 30(1), 81-95. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.12.001>
- Muris, P. (2002). Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, 32(2), 337-348. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00027-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00027-7)
- Muris, P., Meesters, C., Pierik, A. & Kock, B. de (2016). Good for the Self: Self-Compassion and Other Self-Related Constructs in Relation to Symptoms of Anxiety and Depression in Non-clinical Youths. *Journal of child and family studies*, 25(2), 607-617. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0235-2>
- Neff, K. D. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>

- Neff, K. D. (2016). The Self-Compassion Scale is a Valid and Theoretically Coherent Measure of Self-Compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-274. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0479-3>
- Neff, K. D. (2023). Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annual review of psychology*, 74, 193-218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
- Neff, K. D., Bluth, K., Tóth-Király, I., Davidson, O., Knox, M. C., Williamson, Z. & Costigan, A. (2021). Development and Validation of the Self-Compassion Scale for Youth. *Journal of Personality Assessment*, 103(1), 92-105.
<https://doi.org/10.1080/00223891.2020.1729774>
- Neff, K. D. & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.
<https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Oberle, E. & Schonert-Reichl, K. A. (2016). Stress contagion in the classroom? The link between classroom teacher burnout and morning cortisol in elementary school students. *Social Science & Medicine*, 159, 30-37.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.04.031>
- Ohan, J. L., Cormier, N., Hepp, S. L., Visser, T. A. W. & Strain, M. C. (2008). Does knowledge about attention-deficit/hyperactivity disorder impact teachers' reported behaviors and perceptions? *School Psychology Quarterly*, 23(3), 436-449.
<https://doi.org/10.1037/1045-3830.23.3.436>
- Parker, R. (2000). Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International*, 15(4), 277-283.
<https://doi.org/10.1093/heapro/15.4.277>

- Peter, F., Dohm, L. & Krimmer, M. (2023). Psychische Konsequenzen der Klimakrise. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 171(2), 130-137. <https://doi.org/10.1007/s00112-022-01670-x>
- Petermann, F. & Bahmer, J. (2009). Psychoedukation. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 193-207). Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-79545-2_12
- Petermann, F. & Winkel, S. (2005). Gesundheitspsychologie des Kindes- und Jugendalters. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie. Gesundheitspsychologie, Band 1*. Hogrefe.
- Pössel, P. & Hautzinger, M. (2022). *Trainingsprogramm zur Prävention von Depressionen bei Jugendlichen: LARS & LISA: Lust an realistischer Sicht und Leichtigkeit im sozialen Alltag* (2., überarbeitete Auflage). Hogrefe.
- Pössel, P., Horn, A. B., Groen, G. & Hautzinger, M. (2004). School-based prevention of depressive symptoms in adolescents: a 6-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), 1003-1010. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000126975.56955.98>
- Pullmer, R., Chung, J., Samson, L., Balanji, S. & Zaitsoff, S. (2019). A systematic review of the relation between self-compassion and depressive symptoms in adolescents. *Journal of adolescence*, 74(1), 210-220. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.06.006>
- Reiff, M., Spiegel, A., Williams, E., Ramesh, B., Madabhushi, S. & Bvunzawabaya, B. (2024). From Role-Play to Real Life: Using Gatekeeper Skills in Real-World Situations. *Journal of College Student Mental Health*, 38(1), 119-148. <https://doi.org/10.1080/87568225.2022.2144789>
- Reinke, W. M., Stormont, M., Herman, K. C., Puri, R. & Goel, N. (2011). Supporting children's mental health in schools: Teacher perceptions of needs, roles, and barriers. *School Psychology Quarterly*, 26(1), 1-13. <https://doi.org/10.1037/a0022714>
- Reiß, F., Kaman, A., Napp, A.-K., Devine, J., Li, L. Y., Strelow, L., Erhart, M., Hölling, H., Schlack, R. & Ravens-Sieberer, U. (2023). Epidemiologie seelischen Wohlbefindens

- von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus 3 Studien vor und während der COVID-19-Pandemie. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 66(7), 727-735. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03720-5>
- Reiß, F., Napp, A.-K., Erhart, M., Devine, J., Dadaczynski, K., Kaman, A. & Ravens-Sieberer, U. (2023). Perspektive Prävention: Psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern in Deutschland [Prevention perspective: mental health of schoolchildren in Germany]. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 66(4), 391-401. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03674-8>
- Rimal, R. N. (2000). Closing the knowledge-behavior gap in health promotion: the mediating role of self-efficacy. *Health communication*, 12(3), 219-237.
https://doi.org/10.1207/S15327027HC1203_01
- Robert Bosch Stiftung. (o. D.). *Das Deutsche Schulportal*. <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/das-deutsche-schulportal>
- Robert Bosch Stiftung. (2024). *Deutsches Schulbarometer: Befragung Schüler:innen. Ergebnisse von 8- bis 17-Jährigen und ihren Erziehungsberechtigten zu Wohlbefinden, Unterrichtsqualität und Hilfesuchverhalten*. Robert Bosch Stiftung.
- Rönnau-Böse, M., Fröhlich-Gildhoff, K., Bengel, J. & Lyssenko, L. (2022). Resilienz und Schutzfaktoren. In Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i101-2.0>
- Rubin, C., Rubenstein, J. L., Stechler, G., Heeren, T., Halton, A., Housman, D. & Kasten, L. (1992). Depressive affect in “normal” adolescents: relationship to life stress, family, and friends. *The American journal of orthopsychiatry*, 62(3), 430-441.
<https://doi.org/10.1037/h0079352>
- Sandin, B., Sánchez-Arribas, C., Chorot, P. & Valiente, R. M. (2015). Anxiety sensitivity, catastrophic misinterpretations and panic self-efficacy in the prediction of panic disorder severity: towards a tripartite cognitive model of panic disorder. *Behaviour research and therapy*, 67, 30-40. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.01.005>

- Saleem, N., Young, P. & Yousuf, S. (2024). Exploring the Relationship Between Social Media Use and Symptoms of Depression and Anxiety Among Children and Adolescents: A Systematic Narrative Review. *Cyberpsychology, behavior and social networking*, 27(11), 771-797. <https://doi.org/10.1089/cyber.2023.0456>
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. & Kolpatzik, H. (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. KomPart. <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/>
- Schemer, C. & Schäfer, S. (2017). Die Bedeutung der sozial-kognitiven Theorie für die Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (S. 1-14). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10948-6_26-1
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.219>
- Schmitt, N. (1996). Uses and abuses of coefficient alpha. *Psychological Assessment*, 8(4), 350-53. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.8.4.350>
- Schönenfeld, P., Brailovskaia, J., Bieda, A., Zhang, X. C. & Margraf, J. (2016). The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International journal of clinical and health psychology: IJCHP*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.08.005>
- Schulte-Körne, G., Klingele, C., Zsigo, C. & Kloek, M. (2023). S3-Leitlinie Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter: Wo geht es hin? [The German S3 guideline for depressive disorders in childhood and adolescence: new developments]. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 66(7), 767-773. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03721-4>
- Schulte-Körne, G. & Schiller, Y. (2012). Wirksamkeit universeller und selektiver Prävention von Depression im Kindes- und Jugendalter [Efficacy of universal and selective prevention on depression in children and adolescents. A systematic review]. *Zeitschrift*

für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 40(6), 385-96; quiz 396-7.

<https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000198>

Shorey, S., Ng, E. D. & Wong, C. H. J. (2022). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *The British journal of clinical psychology*, 61(2), 287-305.

<https://doi.org/10.1111/bjc.12333>

Singh, S., Zaki, R. A. & Farid, N. D. N. (2019). A systematic review of depression literacy: Knowledge, help-seeking and stigmatising attitudes among adolescents. *Journal of adolescence*, 74, 154-172. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.06.004>

Splett, J. W., Garzona, M., Gibson, N., Wojtalewicz, D., Raborn, A. & Reinke, W. M. (2019). Teacher Recognition, Concern, and Referral of Children's Internalizing and Externalizing Behavior Problems. *School Mental Health*, 11(2), 228-239. <https://doi.org/10.1007/s12310-018-09303-z>

Spöri, A. (2019). *Binden Sie endlich Aufklärung über Depression in den Schulunterricht ein, Herr Piazolo!* <https://www.change.org/p/michael-piazolo-binden-sie-endlich-aufkl%C3%A4rung-%C3%BCber-depression-in-den-schulunterricht-ein-herr-piazolo>

Stiffman, A. R., Hadley-Ives, E., Doré, P., Polgar, M., Horvath, V. E., Striley, C. & Elze, D. (2000). Youths' access to mental health services: the role of providers' training, resource connectivity, and assessment of need. *Mental Health Services Research*, 2(3), 141-154. <https://doi.org/10.1023/A:1010189710028>

Stiffman, A. R., Pescosolido, B. & Cabassa, L. J. (2004). Building a model to understand youth service access: the gateway provider model. *Mental Health Services Research*, 6(4), 189-198. <https://doi.org/10.1023/B:MHSR.0000044745.09952.33>

Stiffman, A. R., Striley, C., Horvath, V. E., Hadley-Ives, E., Polgar, M., Elze, D. & Pescosolido, B. (2001). Organizational context and provider perception as determinants of mental health service use. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 28(2), 188-204. <https://doi.org/10.1007/BF02287461>

- Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention (o. D.). *Depression bei Jugendlichen: In der Schule Veränderungen erkennen und handeln.*
<https://www.deutsche-depressionshilfe.de/unsere-angebote/fuer-lehrkraefte>
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention. (2024). *Deutschland-Barometer Depression: Repräsentative Befragung über Ansichten und Einstellungen der Bevölkerung zur Depression.* <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/forschungszentrum/deutschland-barometer-depression/familie-und-depression?file=files/cms/downloads/barometer-2024/deutschland-barometer-2024-familie-depression-grafikband-presse.pdf&cid=25170>
- Tahmassian, K. & Jalali Moghadam, N. (2011). Relationship between self-efficacy and symptoms of anxiety, depression, worry and social avoidance in a normal sample of students. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 5(2), 91-98.
- Terhart, E. (2014). Standards für die Lehrerbildung: Bildungswissenschaften – nach zehn Jahren. *DDS - Die Deutsche Schule*, 106(4), 300-323.
- Tsang, S. K. M., Hui, E. K. P. & Law, B. C. M. (2012). Self-efficacy as a positive youth development construct: a conceptual review. *TheScientificWorldJournal*, 2012, 452327. <https://doi.org/10.1100/2012/452327>
- Twenge, J. M., Joiner, T. E., Rogers, M. L. & Martin, G. N. (2018). Increases in Depressive Symptoms, Suicide-Related Outcomes, and Suicide Rates Among U.S. Adolescents After 2010 and Links to Increased New Media Screen Time. *Clinical Psychological Science*, 6(1), 3-17. <https://doi.org/10.1177/2167702617723376>
- Urstad, K. H., Andersen, M. H., Larsen, M. H., Borge, C. R., Helseth, S. & Wahl, A. K. (2022). Definitions and measurement of health literacy in health and medicine research: a systematic review. *BMJ open*, 12(2), e056294. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056294>
- van de Mortel, T. F. (2008). Faking it: social desirability response bias in selfreport research. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 40-48.

- Verboom, C. E., Sijtsema, J. J., Verhulst, F. C., Penninx, B. W. J. H. & Ormel, J. (2014). Longitudinal associations between depressive problems, academic performance, and social functioning in adolescent boys and girls. *Developmental psychology, 50*(1), 247-257. <https://doi.org/10.1037/a0032547>
- Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. (2025). *Forderungen zur Bundestagswahl*. <https://www.dgps.de/aktuelles/details/forderungen-zur-bundestagswahl/>
- Walter, J. (2025). *Prävention von Depression durch die Förderung von Depression Literacy: Entwicklung und Evaluierung einer Unterrichtseinheit* (Masterarbeit, Europa-Universität Flensburg).
- Walter, H. J., Gouze, K. & Lim, K. G. (2006). Teachers' beliefs about mental health needs in inner city elementary schools. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(1), 61-68. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000187243.17824.6c>
- Wang, C., Cramer, K. M., Cheng, H.-L. & Do, K. A. (2019). Associations Between Depression Literacy and Help-Seeking Behavior for Mental Health Services Among High School Students. *School Mental Health, 11*(4), 707-718. <https://doi.org/10.1007/s12310-019-09325-1>
- Wang, P.-Y., Lin, P.-H., Lin, C.-Y., Yang, S.-Y. & Chen, K.-L. (2020). Does Interpersonal Interaction Really Improve Emotion, Sleep Quality, and Self-Efficacy among Junior College Students? *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(12), 4542. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124542>
- Wartberg, L., Kriston, L. & Thomasius, R. (2018). Depressive Symptomatik bei Jugendlichen: Prävalenz und assoziierte psychosoziale Merkmale in einer repräsentativen Stichprobe. *Deutsches Arzteblatt international, 115*(33-34), 549-555. <https://doi.org/10.3238/ärztebl.2018.0549>
- Wasserman, D., Carli, V., Iosue, M., Javed, A. & Herrman, H. (2021). Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and

- protective factors and effectiveness of interventions. *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(3), e12452. <https://doi.org/10.1111/appy.12452>
- Wei, Y., Carr, W., Alaffe, R. & Kutcher, S. (2020). Mental health literacy development: Application of online and in-person professional development for preservice teachers to address knowledge, stigma, and help-seeking intentions. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 52(2), 107-114. <https://doi.org/10.1037/cbs0000164>
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J. & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC Psychiatry*, 15(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>
- Whitley, J. & Gooderham, S. (2016). Exploring Mental Health Literacy Among Pre-Service Teachers. *Exceptionality Education International*, 26(2), 62-92.
<https://doi.org/10.5206/eei.v26i2.7741>
- WHO. (2019). *ICD-11: International classification of diseases*. <https://icd.who.int/>
- WHO. (2022). *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All* (1st ed.). World Health Organization.
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=30480025>
- Wiehn, J., Kurth, T., Ravens-Sieberer, U., Prugger, C., Piccininni, M. & Reiss, F. (2024). Effect of elevated depressive symptoms during adolescence on health-related quality of life in young adulthood-a six-year cohort study with repeated exposure measurements. *Frontiers in pediatrics*, 12, 1252964. <https://doi.org/10.3389/fped.2024.1252964>
- Witte, J., Zeitler, A., Hasemann, L. & Diekmannshemke, J. (2023, 7. November). *DAK-Kinder- und Jugendreport 2023: Gesundheit und Gesundheitsversorgung während und nach der Pandemie Datenzeitraum: 2017-2022*.
https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporter-forschung/dak-kinder-und-jugendreport-2023_45524#rtf-anchor-download-gesamt-report

- Yamaguchi, S., Foo, J. C., Nishida, A., Ogawa, S., Togo, F. & Sasaki, T. (2020). Mental health literacy programs for school teachers: A systematic review and narrative synthesis. *Early intervention in psychiatry*, 14, 14-25. <https://doi.org/10.1111/eip.12793>
- Yamaguchi, S., Foo, J. C., Kitagawa, Y., Togo, F. & Sasaki, T. (2021). A survey of mental health literacy in Japanese high school teachers. *BMC Psychiatry*, 21(1), 478. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03481-y>
- Yang, Y., Guo, Z., Kou, Y. & Liu, B. (2019). Linking Self-Compassion and Prosocial Behavior in Adolescents: The Mediating Roles of Relatedness and Trust. *Child Indicators Research*, 12(6), 2035-2049. <https://doi.org/10.1007/s12187-019-9623-2>
- Yeo, G., Reich, S. M., Liaw, N. A. & Chia, E. Y. M. (2024). The Effect of Digital Mental Health Literacy Interventions on Mental Health: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of medical Internet research*, 26, e51268. <https://doi.org/10.2196/51268>
- Yu, J., Putnick, D. L., Hendricks, C. & Bornstein, M. H. (2017). Health-Risk Behavior Profiles and Reciprocal Relations With Depressive Symptoms From Adolescence to Young Adulthood. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 61(6), 773-778. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.07.002>
- Yu, R., Aaltonen, M., Branje, S., Ristikari, T., Meeus, W., Salmela-Aro, K., Goodwin, G. M. & Fazel, S. (2017). Depression and Violence in Adolescence and Young Adults: Findings From Three Longitudinal Cohorts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(8), 652-658.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.05.016>
- Zimmerman, M. A. (2013). Resiliency theory: a strengths-based approach to research and practice for adolescent health. *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education*, 40(4), 381-383. <https://doi.org/10.1177/1090198113493782>

Anhang

Anhang A

Kriterienliste für kumulative Promotionen in der Sonderpädagogik

Senatsbeschluss vom 25. Januar 2023

Kriterienliste für kumulative Promotionen in der Sonderpädagogik

1. Die kumulative Dissertation besteht aus einer Reihe von qualifizierten Fachartikeln. Die Fachartikel sind jeweils unter Angabe der Autor:innen und bisher erfolgter Veröffentlichungen aufzunehmen.
2. Im Falle der publikationsbasierten Dissertation ist die inhaltliche Zusammengehörigkeit der eingereichten Schriften durch einen einleitenden, substanzienen Beitrag zum theoretischen Rahmen, zur Einordnung in die aktuellen fachlichen Diskussionen und zum Stand der Forschung nachzuweisen (Länge des einleitenden Rahmentextes mind. 20.000 Zeichen exklusive Leerzeichen). Darüber hinaus sind die Forschungsergebnisse an geeigneter Stelle in der Dissertationsschrift zu reflektieren und zu bewerten.
3. Der kumulativen Dissertation müssen mindestens drei Manuskripte zugrunde liegen, von denen mindestens eines in englischer Sprache verfasst sein soll. Mindestens ein Artikel muss in Alleinautor:innenschaft oder zwei Artikel in Erstautor:innenschaft geschrieben werden. Die Manuskripte dürfen nicht Gegenstand anderer (abgeschlossener oder laufender) Dissertationen sein.
4. Alle Manuskripte müssen im Peerreview Verfahren publiziert sein/werden (siehe Punkt 6).
5. Die Anteile aller Ko-Autor:innen an der jeweiligen Publikation sind detailliert aufzuführen (i die Formulierung der Fragestellung; ii die Konzeption der Studien(n); iii die Durchführung und Auswertung der Studie(n); bzw. ii/iii Durchführung der theoretischen Analysen; iv das Verfassen des Textes). Die jeweils vom Fach definierten, zum Zeitpunkt der Einreichung geltenden, Kriterien sind in die Dissertation (z.B. im Anhang) mit abzudrucken.
6. Alle Manuskripte müssen eingereicht sein; von diesen müssen mindestens zwei Manuskripte angenommen sein. Der Publikationspflicht ist nachgekommen, wenn der Rahmentext mit Verweis auf die publizierten Artikel in der ZHB veröffentlicht wird. Artikel, die zum Zeitpunkt der Einreichung der Dissertationsschrift nicht bereits zur Veröffentlichung angenommen sind, müssen als Manuskriptfassung im Rahmentext abgedruckt werden.
7. Ko-Autor:innenschaften und Gutachter:innentätigkeit schließen sich nicht aus. Höchstens ein:e Gutachter:in darf auch Ko-Autor:in von der Dissertationsschrift zugrundeliegenden Manuskripten sein.
8. Die Fachartikel, die als kumulative Dissertation angenommen werden, können nicht Gegenstand einer weiteren Prüfung derselben Person sein (z.B. der kumulativen Habilitation).
9. Die eingereichten Fachartikel dürfen nicht aus einer früheren Qualifikationsarbeit stammen.

Anhang B**Nachweise zur Einreichung von Publikation 3****B1. Nachweis zur Einreichung von Publikation 3****Grabowski, Friederike-Carlotta**

Von: journalhelpdesk@taylorandfrancis.com
Gesendet: Mittwoch, 27. November 2024 15:36
An: Grabowski, Friederike-Carlotta
Betreff: Submission received for Teacher Development (Submission ID: 247114679)



Dear Friederike Carlotta Grabowski,

Thank you for your submission.

Submission ID	247114679
Manuscript Title	Training Pre-Service Teachers on Depression in Childhood and Adolescence: A controlled Study
Journal	Teacher Development

If you made the submission, you can check its progress and make any requested revisions on the [Author Portal](#)

Thank you for submitting your work to our journal.
If you have any queries, please get in touch with journalhelpdesk@taylorandfrancis.com.

Kind Regards,
Teacher Development Editorial Office

B2. Nachweis zur Annahme zum Peer-Review von Publikation 3**Grabowski, Friederike-Carlotta**

Von: Teacher Development <onbehalfof@manuscriptcentral.com>
Gesendet: Dienstag, 3. Dezember 2024 11:24
An: Grabowski, Friederike-Carlotta
Betreff: Teacher Development

03-Dec-2024

RTDE-2024-0316 - Training Pre-Service Teachers on Depression in Childhood and Adolescence: A controlled Study

Dear Dr Grabowski,

Thank you for submitting your article to Teacher Development.

Our Editor has considered your article, and I am pleased to confirm that it will shortly be sent for peer review. We hope to contact you with the outcome in the next four months.

Please don't hesitate to contact me if you have any queries.

Yours sincerely,

Sarah Delmas
Editorial Office

Teacher Development: An International Journal of Teachers' Professional Development Editor in Chief: Dr Sue Brindley, University of Cambridge, UK Journal website at Taylor & Francis online:
<http://www.tandfonline.com/toc/rtde20/current>

Anhang C**Ministerielle Genehmigung zum Forschungsvorhaben der Unterrichtseinheit glücklich**

Schleswig-Holstein
Der echte Norden



Schleswig-Holstein
Ministerium für Bildung,
Wissenschaft und Kultur

Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur
Postfach 7124 | 24171 Kiel

Prof. Dr. Armin Castello
Europa-Universität Flensburg
Auf dem Campus 1
24943 Flensburg

Ihr Zeichen: /
Ihre Nachricht vom: /
Mein Zeichen: /
Meine Nachricht vom: /

Ulrike Hensel
Ulrike.hensel@bim.landsh.de
Telefon: 0431 988-2416
Telefax: 0431 988-813-2416

24. Juni 2020

Wissenschaftliche Untersuchungen an Schulen des Landes Schleswig-Holstein

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Castello,

die zuständige Schulaufsicht stimmt dem Antrag zur Durchführung Ihres geplanten Forschungsvorhabens bezüglich einer schulischen Psychoedukation zum Zwecke der Prävention internalisierter Auffälligkeiten unter der Maßgabe zu, dass folgende Anpassungen im Informationsschreiben vorgenommen werden:

zu.

1. Der Datenschutzbeauftragte (DSB) für diese Studie ist der DSB der Universität.
2. Es fehlen die Hinweise nach Artikel 13 DSGVO vorgeschriebenen Hinweise zu den weiteren Betroffenenrechten nach Artikel 15 – 21 DSGVO oder eine Erläuterung, warum nach Artikel 89 Abs. 2 i. V. m. § 13 Abs. 5 LDSG verfahren wird – Sie gehen nur auf die Löschmöglichkeit nach Art. 17 ein.
3. Es fehlt die konkrete Nennung der Rechtsgrundlage für die Verarbeitung (Einwilligung auf Basis von Artikel 6 Abs. 1 Buchst. a) DSGVO i. V. m. § 13 Abs. 2 LDSG.
4. Es fehlen Angaben, wann die Fragebögen und sonstige Rohdaten vernichtet werden.
5. Es fehlt der Hinweis auf das Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde nach Artikel 77 DSGVO und Nennung der selbigen.

Ich gehe davon aus, dass die entsprechenden Ergänzungen von Ihnen vorgenommen werden und Sie uns das angepasste Schreiben zur Vervollständigung unserer Akten noch zur Verfügung stellen.

- 2 -

Hiermit genehmige ich das Vorhaben mit dem entsprechend geänderten Informations-schreiben und unter dem Vorbehalt, dass die Bestimmungen der §§ 32 und 63 Abs. 2 Nr. 4 des Schleswig-Holsteinischen Schulgesetzes (vgl. Anlage) entsprechend eingehalten werden. Dieses Schreiben dient gleichzeitig zur Vorlage in den Schulen.

Da die Untersuchungsergebnisse des von Ihnen geplanten Projekts auch für das Bildungsministerium von Interesse sein könnten, bitte ich nach Abschluss der Arbeiten um Übersendung der Ergebnisauswertung.

Mit freundlichem Gruß

Marion Wulf

Anlage: §§ 32 und 63 Schulgesetz SH

Anhang D**Materialien zur Unterrichtseinheit *glücklich*****D1. Fragebogen zu Depressionen und Selbstmitgefühl im Jugendalter für Jugendliche
– Pretest****Fragebogen zu Depressionen und Selbstmitgefühl**

Liebe Schülerin, lieber Schüler,
vielen Dank, dass du an dieser Befragung teilnimmst. Keiner erfährt, was du hier ankreuzt, auch nicht deine Lehrkräfte. Alles, was du schreibst, bleibt anonym. Es ist wichtig, dass du keine Fragen auslässt und am Ende nochmals überprüfst, ob du alles vollständig ausgefüllt hast. Solltest du eine Frage nicht beantworten wollen, schreib bitte „keine Angabe“.

Bitte erstelle einen persönlichen Code.

Trag deinen Geburtstag als **Buchstaben** in die Kästen ein. Schau an die Wand, welcher Buchstabe für welche Zahl steht! Schreibe in jedes Kästchen einen Buchstaben.

z.B. 23.06.2010= L E W T L W A W

							
TAG	TAG	MONAT	MONAT	JAHR	JAHR	JAHR	JAHR

Bevor du mit der Bearbeitung beginnst, beantworte bitte noch folgende Fragen:

Mit welchem Geschlecht identifizierst du dich? _____

Wie alt bist du? _____ Jahre

In welche Schulklasse gehst du? 8 9 10

Welche Schulform hat deine Schule? Gemeinschaftsschule Gymnasium



Auf dieser Seite bitten wir dich einige Fragen zum Thema „Depression“ zu beantworten.

Bitte lies dir jede Aussage sorgfältig durch und kreuze die Antwort an, die du für richtig hältst.

		stimme zu	stimme nicht zu
1	Ein bestimmter Grund ist meistens für die Entstehung einer Depression verantwortlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Depressionen treten in manchen Familien häufiger auf als in anderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Depressionen können sowohl biologische Ursachen (z. B. Veränderungen im Gehirn) als auch soziale Ursachen (z. B. Stress in der Familie) haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Kinder und Jugendliche mit Depressionen sind immer traurig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Schlafprobleme können ein Zeichen von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Zu viel Essen oder den Appetit zu verlieren können Zeichen von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Kinder und Jugendliche mit einer Depression bewegen sich manchmal langsamer oder sind ruhelos (z. B. können nicht stillsitzen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Depressionen bei Kindern und Jugendlichen haben Einfluss auf das Gedächtnis (z. B. sich etwas nicht mehr gut merken zu können).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Depressionen bei Kindern und Jugendlichen haben Einfluss auf die Aufmerksamkeit und Konzentration.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Depressionen bei Kindern und Jugendlichen können zu aggressivem Verhalten führen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Depressionen sind Teil der Pubertät.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Kinder und Jugendliche, die eine Depression haben, haben häufig noch eine andere psychische Erkrankung, z. B. eine Angststörung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Bis zur Pubertät erkranken gleich viele Mädchen wie Jungen an Depressionen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Ab der Pubertät haben mehr Mädchen als Jungen Depressionen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



		stimme zu	stimme nicht zu
15	Kinder können nicht an Depressionen erkranken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Zehn Prozent aller Jugendlichen erkranken an einer Depression.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Jugendliche sterben am zweithäufigsten dadurch, dass sie sich selbst umbringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Bei Kindern und Jugendlichen mit einer Depression ist das Risiko höher, zu versuchen sich selbst umzubringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Wenn ein Kind oder Jugendlicher davon redet, sich umbringen zu wollen, sollte man es immer ernst nehmen und einer Vertrauensperson Bescheid geben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Jeder Mensch kann Gedanken daran haben, sich umzubringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Depressionen bei Kindern und Jugendlichen können dazu führen, dass die Noten in der Schule schlechter werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Die meisten Kinder und Jugendlichen mit Depressionen müssen im Krankenhaus behandelt werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Ein guter Umgang mit Stress kann Depressionen vorbeugen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Depressionen sind eine behandelbare, medizinische Krankheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Als nächstes liest du einen kurzen Text über Tom. Bitte lies dir den Text sorgfältig durch und beantworte die Fragen dazu.

Tom ist 15 Jahre alt und geht in die 9. Klasse eines Gymnasiums. Vor ein paar Wochen hat seine erste Freundin Sara mit ihm Schluss gemacht und er hat großen Liebeskummer. Er ist fast nur noch in seinem Zimmer und will mit niemandem reden, auch nicht mit seinem besten Freund. Tom spielt seit vielen Jahren Tennis, hat daran aber auch kein Interesse mehr und trifft sich nicht mehr mit Freunden. Er hat Probleme dabei Entscheidungen zu treffen, z.B., was er morgens anziehen will. Beim Essen stochert er nur darin herum und isst kaum. Er streitet sich oft mit seinen Eltern und geht öfter nicht mehr in die Schule, weil er Kopfschmerzen hat und müde ist. Tom hat das Gefühl, sein Leben ist bedeutungslos und das ihn niemand mag.

1 Beschreibe in Stichpunkten, was du glaubst mit Tom los ist.

2 Welche Hinweise findest du im Text, dass es Tom nicht gut gehen könnte? Schreibe Stichpunkte.

3 Wenn du dich wie Tom fühlen würdest, wen würdest du um Hilfe fragen?



Eine Depression ist eine Krankheit. Menschen mit einer Depression fühlen sich für lange Zeit traurig.

Sie verlieren auch das Interesse an Sachen, die ihnen früher Spaß gemacht haben. Es fällt ihnen schwer, sich zu motivieren, etwas zu tun. Manche beschreiben ein „Gefühl der Gefühllosigkeit“.

Als nächstes beantworte bitte einige Fragen zum Thema „Depressionen“. Bitte lies die jede Frage sorgfältig durch und kreuze die Antwort an, die auf dich zutrifft.

		überhaupt nicht	eher nein	eher ja	auf jeden Fall
1	Wenn ich mich über Depressionen informieren möchte, weiß ich wo ich das tun kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Wenn ich Depressionen hätte, würde ich es niemandem sagen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Wenn es mir schlecht geht, weiß ich, mit wem ich reden kann (z. B. ich eine längere Zeit traurig und schlapp bin).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Ich würde mit einem Therapeuten* einer Therapeutin sprechen wollen, wenn es mir über einen längeren Zeitraum schlecht gehen würde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Ich weiß, was ich tun kann, wenn es einem Freund* einer Freundin schlecht geht (z. B. er*sie traurig und schlapp ist).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Als nächstes beantworte bitte einige Fragen über dich selbst. Bitte lies dir jede Aussage sorgfältig durch. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – wichtig ist, dass du ehrlich bist. Keiner erfährt, was du hier ankreuzt.

		fast nie	nicht sehr oft	manchmal	sehr oft	fast immer
1	Ich bin freundlich und unterstützend zu mir, wenn ich durch eine schwere Zeit gehe.	<input type="radio"/>				
2	Wenn ich mich traurig fühle, scheine ich der*die Einzige zu sein, der*die sich so fühlt.	<input type="radio"/>				
3	Wenn ich Dinge an mir bemerke, die ich nicht mag, bin ich sehr frustriert.	<input type="radio"/>				
4	Wenn ich das Gefühl habe, auf irgendeine Weise nicht „gut genug“ zu sein, erinnere ich mich daran, dass sich andere Menschen auch manchmal so fühlen.	<input type="radio"/>				
5	Wenn ich mich frustriert oder enttäuscht fühle, denke ich immer und immer wieder darüber nach.	<input type="radio"/>				
6	Wenn etwas Beunruhigendes passiert, sehe ich die Dinge so, wie sie sind, ohne sie zu übertreiben.	<input type="radio"/>				
7	Ich ärgere mich über mich selbst, wenn ich in manchen Dingen nicht besser bin.	<input type="radio"/>				
8	Wenn ich traurig oder unglücklich bin, erinnere ich mich daran, dass es anderen Menschen auch manchmal so geht.	<input type="radio"/>				



	fast nie	nicht sehr oft	manchmal	sehr oft	fast immer
9 Ich bin freundlich zu mir, wenn etwas schiefläuft und es mir schlecht geht.	0	0	0	0	0
10 Wenn es mir schlecht geht, oder wenn ich aufgewühlt bin, habe ich das Gefühl, dass die meisten anderen Menschen wahrscheinlich glücklicher sind als ich.	0	0	0	0	0
11 Wenn etwas Schwieriges passiert, sehe ich die Dinge klar, ohne zu übertreiben.	0	0	0	0	0
12 Ich bin sehr streng mit mir selbst, wenn ich etwas falsch mache.	0	0	0	0	0
13 Wenn etwas nicht gut läuft, denke ich daran, dass das Leben manchmal für jeden schwer ist.	0	0	0	0	0
14 Wenn es mir schlecht geht, oder ich mich aufrege, kann ich währenddessen an nichts anderes denken.	0	0	0	0	0
15 Ich bin verständnisvoll und geduldig mit mir selbst, auch wenn ich Fehler mache.	0	0	0	0	0
16 Wenn ich Probleme habe, habe ich das Gefühl, dass andere Menschen es wahrscheinlich leichter haben.	0	0	0	0	0
17 Wenn mich etwas aufwühlt, nehme ich meine Gefühle wahr, ohne mich von ihnen mitreißen zu lassen.	0	0	0	0	0



Hier kannst du schreiben, was dir sonst noch wichtig ist:

Vielen Dank für deine Teilnahme! 😊

D2. Fragebogen zu Depressionen und Selbstmitgefühl im Jugendalter für Jugendliche**– Posttest****Fragebogen zu Depressionen und Selbstmitgefühl**

Liebe Schülerin, lieber Schüler,

vielen Dank, dass du an dieser Befragung teilnimmst. Keiner erfährt, was du hier ankreuzt, auch nicht deine Lehrkräfte. Alles, was du schreibst, bleibt anonym. Es ist wichtig, dass du keine Fragen auslässt und am Ende nochmals überprüfst, ob du alles vollständig ausgefüllt hast. Solltest du eine Frage nicht beantworten wollen, schreib bitte „keine Angabe“.

Bitte erstelle einen persönlichen Code.

Trag deinen Geburtstag **als Buchstaben** in die Kästen ein. Schau an die Wand, welcher Buchstabe für welche Zahl steht! Schreibe in jedes Kästchen einen Buchstaben.

z.B. 23.06.2010= **L E W T L W A W**

<input type="text"/>							
TAG	TAG	MONAT	MONAT	JAHR	JAHR	JAHR	JAHR

Wie hattest du bereit mit Depressionen zu tun?

Du kannst so viele Antworten wählen, wie zutreffen.

Selbst von Depressionen betroffen	<input type="radio"/>
Depressionen in der Familie	<input type="radio"/>
Depressionen bei Freund:innen	<input type="radio"/>

Anders: _____

Ich hatte bisher keinen Kontakt zum Thema Depressionen



Auf dieser Seite bitten wir dich einige Fragen zum Thema „Depression“ zu beantworten.

Bitte lies dir jede Aussage sorgfältig durch und kreuze die Antwort an, die du für richtig hältst.

		stimme zu	stimme nicht zu
1	Ein bestimmter Grund ist meistens für die Entstehung einer Depression verantwortlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Depressionen treten in manchen Familien häufiger auf als in anderen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Depressionen können sowohl biologische Ursachen (z.B. Veränderungen im Gehirn) als auch soziale Ursachen (z.B. Stress in der Familie) haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Kinder und Jugendliche mit Depressionen sind immer traurig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Schlafprobleme können ein Zeichen von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Zu viel Essen oder den Appetit zu verlieren können Zeichen von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Kinder und Jugendliche mit einer Depression bewegen sich manchmal langsamer oder sind ruhelos (z. B. können nicht stillsitzen).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Depressionen bei Kindern und Jugendlichen haben Einfluss auf das Gedächtnis (z. B. sich etwas nicht mehr gut merken zu können).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Depressionen bei Kindern und Jugendlichen haben Einfluss auf die Aufmerksamkeit und Konzentration.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Depressionen bei Kindern und Jugendlichen kann zu aggressivem Verhalten führen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Depressionen sind Teil der Pubertät.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Kinder und Jugendliche, die eine Depression haben, haben häufig noch eine andere psychische Erkrankung, z.B. eine Angststörung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Bis zur Pubertät erkranken gleich viele Mädchen wie Jungen an Depressionen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Ab der Pubertät haben mehr Mädchen als Jungen Depressionen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



		stimme zu	stimme nicht zu
15	Kinder können nicht an Depressionen erkranken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Zehn Prozent aller Jugendlichen erkranken an einer Depression.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Jugendliche sterben am zweithäufigsten dadurch, dass sie sich selbst umbringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Bei Kindern und Jugendlichen mit einer Depression ist das Risiko höher, zu versuchen sich selbst umzubringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Wenn ein Kind oder Jugendlicher davon redet, sich umbringen zu wollen, sollte man es immer ernst nehmen und einem Erwachsenen Bescheid geben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Jeder Mensch kann Gedanken daran haben, sich umzubringen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Depressionen bei Kindern und Jugendlichen können dazu führen, dass die Noten in der Schule schlechter werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Die meisten Kinder und Jugendlichen mit Depressionen müssen im Krankenhaus behandelt werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Ein guter Umgang mit Stress kann Depressionen vorbeugen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Depressionen sind eine behandelbare, medizinische Krankheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Als nächstes liest du einen kurzen Text über Lara. Bitte lies dir den Text sorgfältig durch und beantworte die Fragen dazu.

Lara ist 15 Jahre alt und geht in die 9. Klasse einer Gemeinschaftsschule. Sie ist eine gute Schülerin und sehr fleißig. Ihre Hobbies sind Gitarre spielen und Pferde. Vor kurzem haben sich aber ihre Eltern getrennt und sie musste umziehen, in der neuen Schule hat sie noch nicht viele Freund*innen. Ihre zwei einzigen Freundinnen interessieren sich vor allem für Mode und Jungs, beides ist Lara eher egal. Sie denkt sie ist nicht hübsch und langweilig. Sie fühlt sich traurig und geht nicht mehr oft in die Schule, weil sie Kopf- und Bauchschmerzen hat. Lara isst weniger und redet kaum noch, auch nicht mit ihrer Mutter. Abends liegt sie lange wach und denkt darüber nach, warum alles schiefläuft.

Beschreibe in Stichpunkten, was du glaubst mit Lara los ist.

Welche Hinweise findest du im Text, dass es Lara nicht gut gehen könnte? Schreibe Stichpunkte.

Wenn du dich wie Lara fühlen würdest, wen würdest du um Hilfe fragen?



Eine Depression ist eine Krankheit. Menschen mit einer Depression fühlen sich für lange Zeit traurig.

Sie verlieren auch das Interesse an Sachen, die ihnen früher Spaß gemacht haben. Es fällt ihnen schwer, sich zu motivieren, etwas zu tun. Manche beschreiben ein „Gefühl der Gefühllosigkeit“.

Als nächstes beantworte bitte einige Fragen zum Thema „Depressionen“. Bitte lies die jede Frage sorgfältig durch und kreuze die Antwort an, die auf dich zutrifft.

		überhaupt	eher	eher	auf jeden
		nicht	nein	ja	Fall
1	Wenn ich mich über Depressionen informieren möchte, weiß ich wo ich das tun kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Wenn ich Depressionen hätte, würde ich es niemandem sagen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Wenn es mir schlecht geht, weiß ich, mit wem ich reden kann. (z. B. ich eine längere Zeit traurig und schlapp bin).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Ich würde mit einem Therapeuten* einer Therapeutin sprechen wollen, wenn es mir über einen längeren Zeitraum schlecht gehen würde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Ich weiß, was ich tun kann, wenn es einem Freund* einer Freundin schlecht geht (z. B. er*sie traurig und schlapp ist).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Als nächstes beantworte bitte einige Fragen über dich selbst. Bitte lies dir jede Aussage sorgfältig durch. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – wichtig ist, dass du ehrlich bist. Keiner erfährt, was du hier ankreuzt.

		fast nie	nicht sehr oft	manchmal	sehr oft	fast immer
1	Ich bin freundlich und unterstützend zu mir, wenn ich durch eine schwere Zeit gehe.	<input type="radio"/>				
2	Wenn ich mich traurig fühle, scheine ich der*die Einzige zu sein, der*die sich so fühlt.	<input type="radio"/>				
3	Wenn ich Dinge an mir bemerke, die ich nicht mag, bin ich sehr frustriert.	<input type="radio"/>				
4	Wenn ich das Gefühl habe, auf irgendeine Weise nicht „gut genug“ zu sein, erinnere ich mich daran, dass sich andere Menschen auch manchmal so fühlen.	<input type="radio"/>				
5	Wenn ich mich frustriert oder enttäuscht fühle, denke ich immer und immer wieder darüber nach.	<input type="radio"/>				
6	Wenn etwas Beunruhigendes passiert, sehe ich die Dinge so, wie sie sind, ohne sie zu übertreiben.	<input type="radio"/>				
7	Ich ärgere mich über mich selbst, wenn ich in manchen Dingen nicht besser bin.	<input type="radio"/>				
8	Wenn ich traurig oder unglücklich bin, erinnere ich mich daran, dass es anderen Menschen auch manchmal so geht.	<input type="radio"/>				



		fast nie	nicht sehr oft	manchmal	sehr oft	fast immer
9	Ich bin freundlich zu mir, wenn etwas schiefläuft und es mir schlecht geht.	0	0	0	0	0
10	Wenn es mir schlecht geht, oder wenn ich aufgewühlt bin, habe ich das Gefühl, dass die meisten anderen Menschen wahrscheinlich glücklicher sind als ich.	0	0	0	0	0
11	Wenn etwas Schwieriges passiert, sehe ich die Dinge klar, ohne zu übertreiben.	0	0	0	0	0
12	Ich bin sehr streng mit mir selbst, wenn ich etwas falsch mache.	0	0	0	0	0
13	Wenn etwas nicht gut läuft, denke ich daran, dass das Leben manchmal für jeden schwer ist.	0	0	0	0	0
14	Wenn es mir schlecht geht, oder ich mich aufrege, kann ich währenddessen an nichts anderes denken.	0	0	0	0	0
15	Ich bin verständnisvoll und geduldig mit mir selbst, auch wenn ich Fehler mache.	0	0	0	0	0
16	Wenn ich Probleme habe, habe ich das Gefühl, dass andere Menschen es wahrscheinlich leichter haben.	0	0	0	0	0
17	Wenn mich etwas aufwühlt, nehme ich meine Gefühle wahr, ohne mich von ihnen mitreißen zu lassen.	0	0	0	0	0



Hier kannst du schreiben, was dir sonst noch wichtig ist:

Vielen Dank für deine Teilnahme! 😊

D3. Präsentation der Unterrichtseinheit **glücklich**

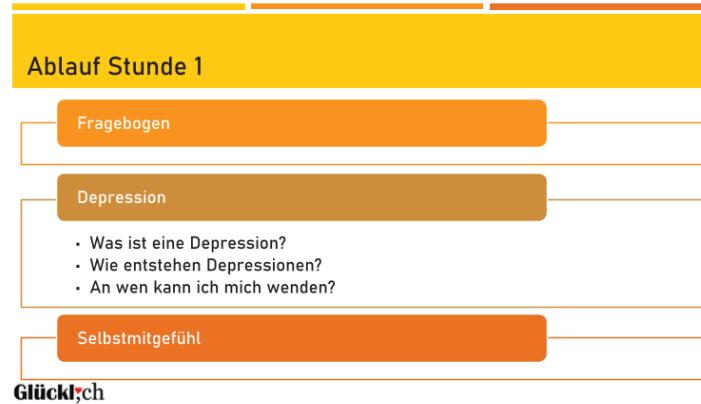


Stunde 1

Depressionen

Glücklich

This slide is titled 'Stunde 1' and features the word 'Depressionen' in large, bold, yellow font. The 'Glücklich' logo is at the bottom. The slide is framed by orange bars at the top and bottom.

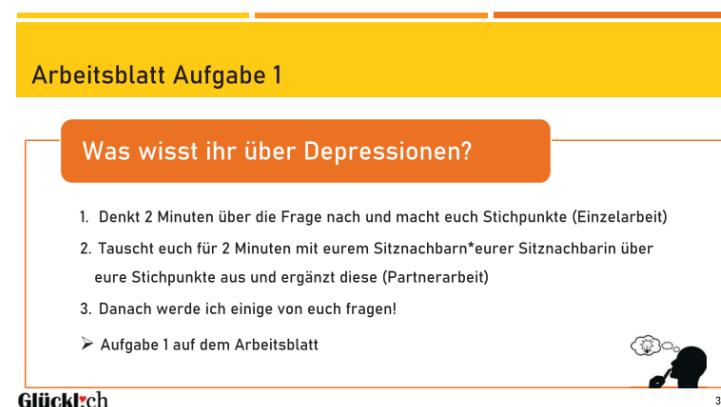


Ablauf Stunde 1

- Fragebogen
- Depression
 - Was ist eine Depression?
 - Wie entstehen Depressionen?
 - An wen kann ich mich wenden?
- Selbstmitgefühl

Glücklich

This slide is titled 'Ablauf Stunde 1' and lists the agenda items: Fragebogen, Depression (with a list of questions), and Selbstmitgefühl. The 'Glücklich' logo is at the bottom. The slide is framed by orange bars at the top and bottom.



Arbeitsblatt Aufgabe 1

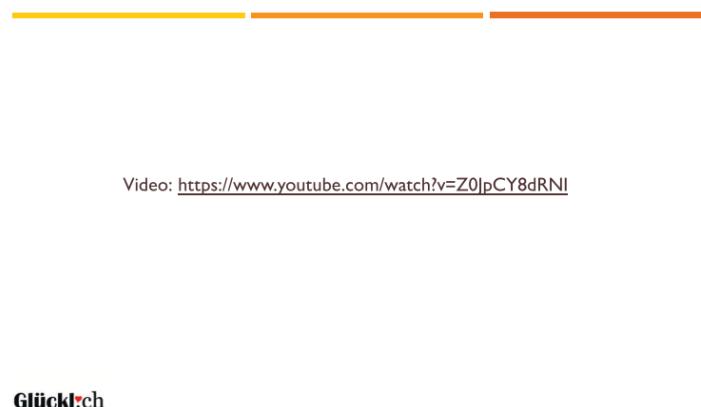
Was wisst ihr über Depressionen?

- Denkt 2 Minuten über die Frage nach und macht euch Stichpunkte (Einzelarbeit)
- Tauscht euch für 2 Minuten mit eurem Sitznachbarn*eurer Sitznachbarin über eure Stichpunkte aus und ergänzt diese (Partnerarbeit)
- Danach werde ich einige von euch fragen!

➤ Aufgabe 1 auf dem Arbeitsblatt

Glücklich

This slide is titled 'Arbeitsblatt Aufgabe 1' and contains instructions for a worksheet task. It includes a box for 'Was wisst ihr über Depressionen?' and a list of steps. The 'Glücklich' logo is at the bottom. The slide is framed by orange bars at the top and bottom.



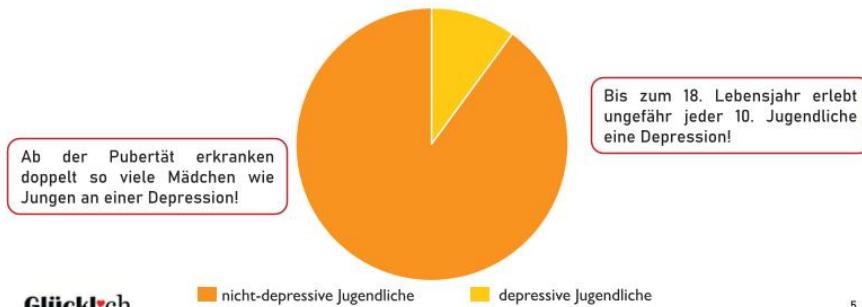
Video: <https://www.youtube.com/watch?v=Z0jpCY8dRNI>

Glücklich

This slide contains a video link and the 'Glücklich' logo. The video link is provided in a text box.

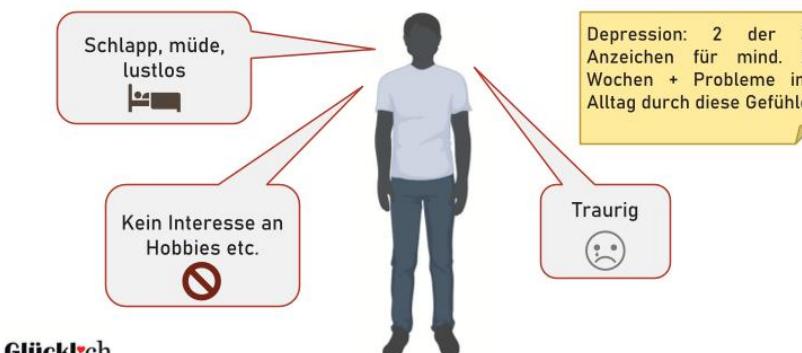
Wie häufig sind Depressionen?

Häufigkeit von Depressionen bei Jugendlichen



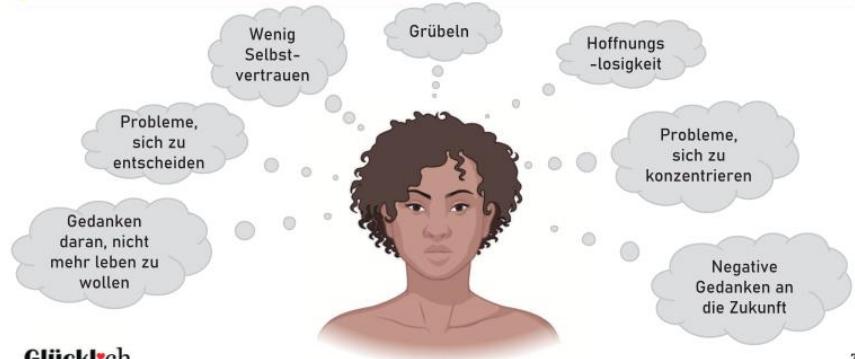
5

Woran erkenne ich eine Depression?



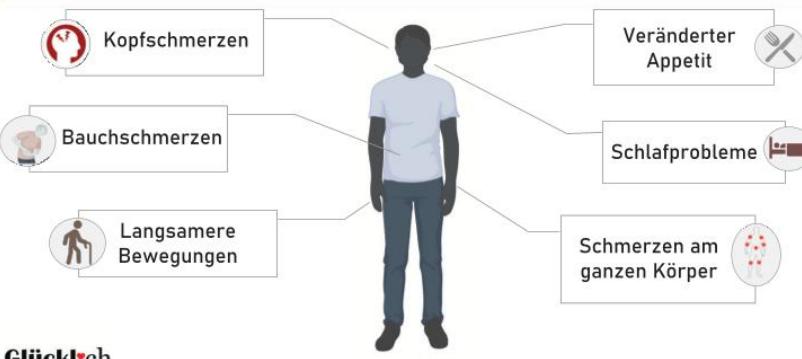
6

Welche Gedanken können Anzeichen für eine Depression sein?



7

Welche körperlichen Probleme können Anzeichen für eine Depression sein?



8

Welche sozialen Probleme können Anzeichen für eine Depression sein?



Glücklich

9

Wie unterscheiden sich depressive und normale Gefühle?

Kein Mensch ist immer gut drauf! Such dir Hilfe und sprich mit jemandem, wenn:

- Verschiedene negative Gefühle gleichzeitig auftreten
- Negative Gefühle längere Zeit da sind und nicht besser werden
- Die negativen Gefühle sehr stark sind
- Du durch die negativen Gefühle Probleme im Alltag (z.B. in der Schule, in der Familie, mit Freund*innen) hast

Glücklich

10

Wichtig!

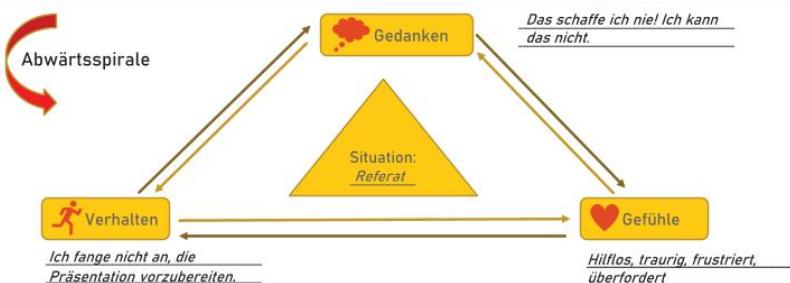
Wende dich an eine Vertrauensperson, wenn du dir Sorgen um dich selbst oder eine*n Freund*in machst.



Glücklich

11

Wie beeinflussen sich Gedanken, Gefühle und Verhalten?



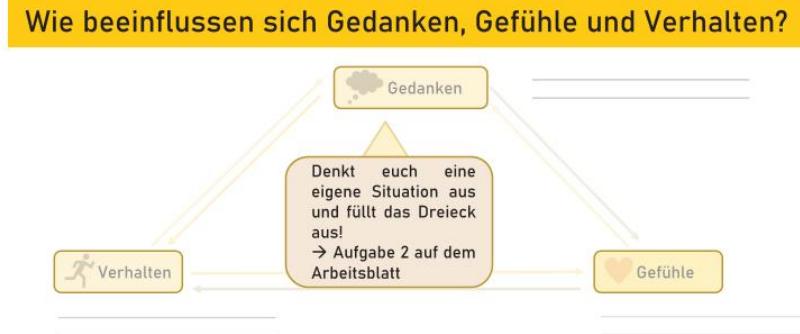
Glücklich

12



Glücklich

13



14



Glücklich

15



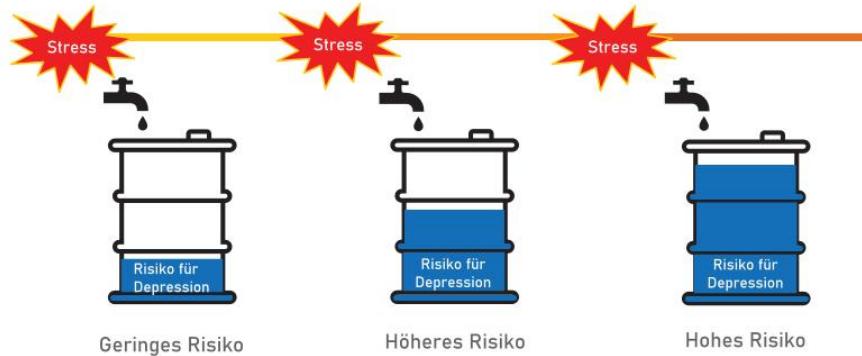
Glücklich

16



Glücklich

17



Wie entsteht eine Depression?

Glücklich

18



Glücklich

19



Glücklich

20

An wen kann man sich wenden? – Telefon



Deutsche Depressionshilfe
Mo-Di-Do: 13-17 Uhr, Mi-Fr: 8:30-12:30 Uhr

0800 33 44 533



Nummer gegen Kummer
Mo – Sa 14-20 Uhr

116 111



TelefonSeelsorge

0800 111 0 111 | 0800 111 0 222 | 116 123

Glücklich

21

Wo gibt es mehr Informationen?



Instagram:
@stark_gegen_depression



Instagram:
@ich.bin.alles

22

Selbstmitgefühl

Freundlich zu sich selbst sein

Glücklich

23

Was ist Selbstmitgefühl?



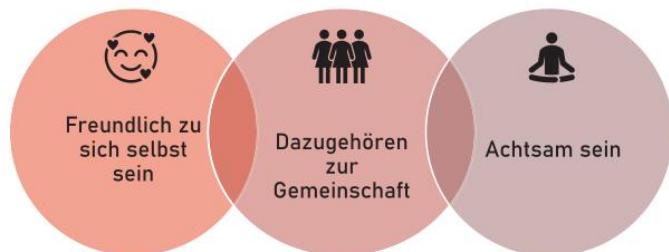
Selbstmitgefühl =
Mitgefühl mit sich selbst

Sei so freundlich zu dir
selbst wie zu einer
Freundin*einem Freund

Glücklich

24

Was sind die drei Bestandteile von Selbstmitgefühl?



Glücklich

25

Wieso kann Selbstmitgefühl mir helfen?

- Weniger Angst
- Weniger Stress
- Weniger schwere Depression
- Höhere Zufriedenheit mit eigenem Leben
- Mehr gute Stimmung

Glücklich

26

Was ich an mir mag
– 5 positive Eigenschaften von mir

➤ Aufgabe 3 auf dem Arbeitsblatt

Selbst-
mitgefühl
Übung

The slide features a large yellow rectangular area on the right containing the text 'Selbst-mitgefühl Übung' and a smiley face icon. To the left of this yellow area is an orange oval containing the text 'Was ich an mir mag – 5 positive Eigenschaften von mir' and a note '➤ Aufgabe 3 auf dem Arbeitsblatt'. The bottom left corner has the 'Glücklich' logo.

27



Stunde 2

Depressionen

Glücklich

Ablauf Stunde 2

Rückblick Stunde 1

Depression

- Was macht uns stärker in schwierigen Situationen?
- Wie werden Depressionen behandelt?
- Was kann man als Freund*in tun?
- Wie hängen Depressionen und Gedanken daran, nicht mehr leben wollen, zusammen?

Selbstmitgefühl 2.0

Fragebogen

Glücklich

30

Rückblick auf Stunde 1

Was sind Anzeichen (Symptome) für eine Depression?

- Denkt 2 Minuten über die Frage nach und macht euch Stichpunkte (Einzelarbeit)
- Tauscht euch für 2 Minuten mit eurem Sitznachbarn*eurer Sitznachbarin über eure Stichpunkte aus und ergänzt diese (Partnerarbeit)
- Danach werde ich einige von euch fragen!

➤ Aufgabe 5 auf dem Arbeitsblatt

Glücklich

31

Was macht uns stärker in schwierigen Situationen?



Persönliche Eigenschaften (z. B. positiver Blick in die Zukunft)



Gute Stimmung & Zusammenhalt in der Familie



Unterstützung durch Familie und Freund*innen



Gutes Klima in der Klasse und Schule

Glücklich

32

Was macht uns stärker in schwierigen Situationen?



Gesunde Ernährung



Positive Kontakte mit anderen



Sport



Tagesplanung



Gute Schlafgewohnheiten

Was kann ich tun, wenn es mir nicht gut geht?



Notfallkoffer

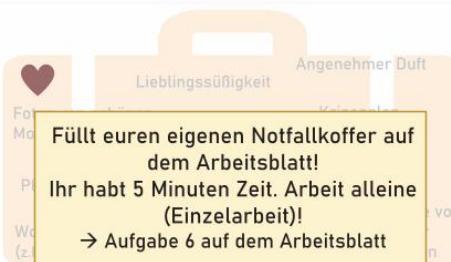
Kleine Tasche oder Briefumschlag mit Dingen, die dir in Krisen oder bei Anspannung Unterstützung und Halt geben
-kann auch digital sein

Was kommt in einen Notfallkoffer hinein?



Dinge, die dir gut tun und dich ablenken und entspannen

Was kommt in einen Notfallkoffer hinein?



Dinge, die dir gut tun und dich ablenken und entspannen

Wie werden Depressionen behandelt?

- Niemand muss eine Depression aushalten
- Depressionen können gut behandelt werden
- Behandlung durch eine Therapeutin oder Therapeuten
 - Gesprächstherapie
 - Medikamente, wenn nötig

Glücklich

37

Video: <https://www.youtube.com/watch?v=TPhgxp9lv08&t=59s>

Glücklich

38

Was kann man als Freund*in tun?

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
|  |  |  |  |  |
| Gut zuhören | Keine Verantwortung für Probleme anderer übernehmen | Für Freund*in da sein | Sagen, was dir auffällt | Ermutige, Hilfe zu holen |

Du musst keine Probleme lösen – da sein und zuhören ist das Wichtigste!
→ Wende dich an eine Vertrauensperson (z. B. Lehrkraft oder Elternteil), wenn du dir Sorgen um dich selbst oder eine*n Freund*in machst.

Glücklich

39

Glücklich

40

Was ist suizidales Verhalten?

Gedanken daran, nicht mehr leben zu wollen

Versuche, sich das Leben zu nehmen

Was sind Alarmzeichen, dass jemand nicht mehr leben will?

-  Anderes Verhalten gegenüber Freund*innen, z.B. Rückzug
-  Davon sprechen, dass man nicht mehr leben will
-  Aufräumen, Verschenken von Dingen
-  Abschied nehmen
-  Beschäftigung mit Thema Tod und Sterben

Glücklich

41

Was sind Alarmzeichen für suizidales Verhalten?

-  Hoffnungslosigkeit
-  Veränderung Verhalten: Stimmungsschwankungen, Veränderung Persönlichkeit
-  Viel Kritik an sich selbst, wenig Achtung vor sich selbst
-  Riskantes Verhalten
-  Körperliche Veränderungen
-  Plötzliche Ruhe und Gelöstheit

Glücklich

42

Was sind falsche Annahmen darüber, sich umzubringen?



Glücklich

43

Was sind falsche Annahmen darüber, sich umzubringen?



Glücklich

44

Was sind falsche Annahmen darüber, sich umzubringen?



Glücklich

16.01.2025

45

Wie ist das Vorgehen im Notfall?

- ⚠️ Notfall = jemand hat einen konkreten Plan, wie und wann er oder sie sich umbringen will
- ⚠️ Kein Risiko eingehen
- ⚠️ Freund*in nicht alleine lassen
- ⚠️ Polizei oder Krankenwagen rufen
- ❗ „Je konkreter der Plan, desto größer ist die Gefahr“

Glücklich

46

An wen kann man sich wenden? - Internet

Glücklich

47

An wen kann man sich wenden? - Internet

Glücklich

48

www.youth-life-line.de

An wen kann man sich wenden? – App

Notfallkoffer für die Hosentasche – online und offline

App: KrisenKompass

Glücklich

49

An wen kann man sich wenden? – Telefon



Nummer gegen Kummer
Mo – Sa 14-20 Uhr
116 111



TelefonSeelsorge
0800 111 0 111 | 0800 111 0 222 | 116 123

Notfall: 112

Glücklich

50

Wichtig!

Wende dich an eine Vertrauensperson, wenn du dir Sorgen um dich selbst oder eine*n Freund*in machst.

Glücklich

51

Austausch

Worüber wollt ihr noch reden bzgl. Depressionen?
Welche Fragen habt ihr noch?

1. Denkt 2 Minuten alleine über die Fragen nach (Einzelarbeit)
2. Tauscht euch für 5 Minuten mit eurem Sitznachbarn*eurer Sitznachbarin über eure Stichpunkte aus und ergänzt diese (Partnerarbeit)
3. Danach besprechen wir alle offenen Fragen in der Klasse.

Glücklich

52

Was ist Selbstmitgefühl? - Rückblick

The slide features three overlapping circles. The leftmost circle is orange and contains a smiling face icon. The middle circle is pink and contains two people icons. The rightmost circle is purple and contains a person in a meditative pose icon. Below each icon is a corresponding text label: 'Freundlich zu sich selbst sein' under the orange circle, 'Dazugehören zur Gemeinschaft' under the pink circle, and 'Achtsam sein' under the purple circle.

Glücklich

53

Ja und Nein sagen

Übung Selbst-mitgefühl

The slide contains an oval with the text 'Ja und Nein sagen' inside. To the right is a yellow box with the text 'Übung Selbst-mitgefühl' and a small purple icon of a person meditating.

Glücklich

54



Filme und Dokus zum Thema

Geheime Schatten
<https://www.zdf.de/kinde/film-ab/geheime-schatten-100.html>

PUR+: Was stimmt mit mir nicht?
<https://www.zdf.de/kinde/purplus/was-stimmt-nicht-mit-mir-100.html#autoplay=true>

Glücklich

56

Filme und Dokus zum Thema



Ich bin noch da
https://www.zdf.de/dokumentation/37-grad/37-ich-bin-noch-da-100.html?at_medium=custom3&at_campaign=217&at_custom=youtube

Glücklich

57

Bücher zum Thema



Lena Kuhlmann:
PSYCHE? HAT DOCH JEDER!
LITERATUR BESTSELLER

Lena Kuhlmann:
 Psyche? Hat doch jeder! ISBN:
 9783959101509



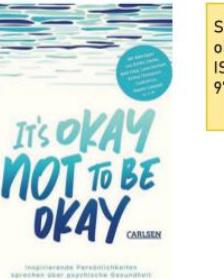
Juliane Breinl:
Graue Wolken im Kopf
ROMAN
 JULIANE BREINL

58

Bücher zum Thema



Karl Brühwiler:
Jana am Abgrund.
 ISBN:
 9783749418961



Scarlett Curtis: **It's okay not to be okay.**
 ISBN:
 9783551584540

Glücklich

59

Take-Home-Message

Depressionen sind eine behandelbare Krankheit

Wende dich an eine Vertrauensperson, wenn du dir Sorgen um dich selbst oder eine*n Freund*in machst

Sei freundlich zu dir selbst

Glücklich

60

Abschluss



Welche Fragen gibt es?

Ihr könnt mich erreichen unter friederike-carlotta.grabowski@uni-flensburg.de



Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

D4. Poster zur Unterrichtseinheit *glücklich*

Depression

Symptome

Traurig	Schlafprobleme
Grübeln	Kein Interesse an Dingen
Schmerzen	Negative Gedanken
Veränderter Appetit	Rückzug
Konzentrationsprobleme	
Schlapp und lustlos	Hoffnungslosigkeit



Wende dich an einen Erwachsenen, wenn du dir Sorgen um dich oder ein* Freund*in machst.



Depressionen sind eine behandelbare Krankheit.

Du bist nicht allein! Jeder 10. Jugendliche erkrankt an einer Depression.



Hilfe

www.fideo.de	Deutsche Depressionshilfe 0800 33 44 533
www.ich-bin-alles.de	Nummer gegen Kummer 116 111
www.ifightdepression.de	TelefonSeelsorge 0800 111 0 111 0800 111 0 222 116 123
Instagram: @stark_gegen_depression	Beratungsstelle Neuhand 030 873 01 11
@ich.bin.alles	Notfall: 112
www.beratungsstelle.neuhland.net	
www.youth-life-line.de	
App: KrisenKompass	

D5. Arbeitsblätter zur Unterrichtseinheit *glücklich*

Arbeitsblatt Stunde 1

Aufgabe 1 – Was weißt du über Depressionen?

1. Denk **2 Minuten** über die Frage nach und mach dir Stichpunkte (Einzelarbeit)

—

—

—

1

2. Tausche dich für **2 Minuten** mit deinem Sitznachbarn*deiner Sitznachbarin über deine Stichpunkte aus und ergänze diese (Partnerarbeit)
 3. Danach werde ich **einige von euch** fragen!

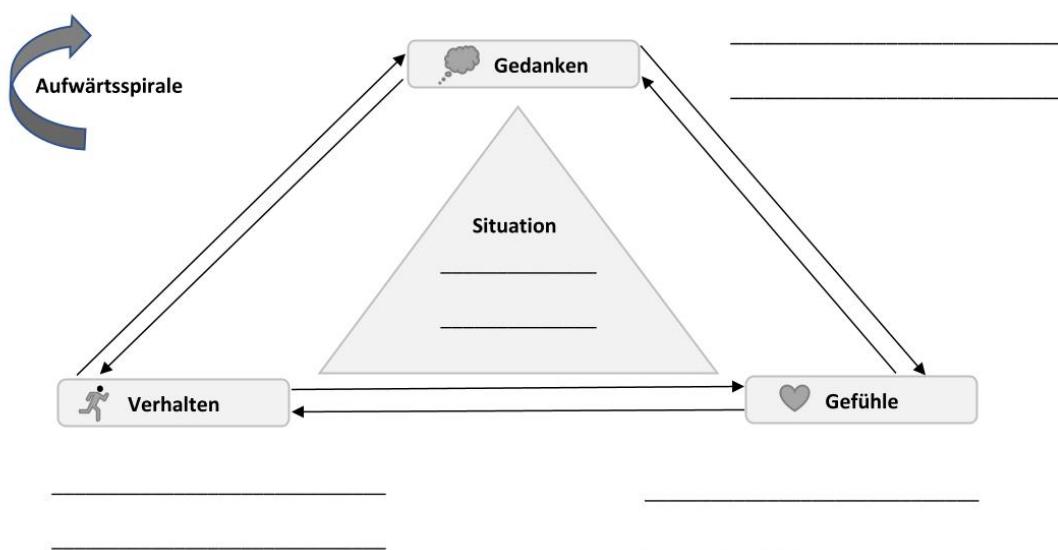
Aufgabe 2 – Wie beeinflussen meine Gedanken meine Gefühle und mein Verhalten?

Denke an eine Situation in der Schule oder in deiner Freizeit (z. B. eine Klassenarbeit steht an).

Wie sieht diese Situation in einer **Aufwärtsspirale** aus?

- Wie sind deine Gedanken?
- Wie sind deine Gefühle?
- Wie ist dein Verhalten?

Trage die Situation, deine Gedanken, Gefühle und Verhalten in die Abbildungen unten ein. Du hast **5 Minuten** dafür Zeit.



Aufgabe 3 – Was ich an mir mag

Denk an deinen besten Freund*deine beste Freundin. Bestimmt kannst du direkt an fünf Eigenschaften von ihm*ihr denken, die du besonders magst. Jetzt denk an dich selbst:

Was sind 5 positive Eigenschaften von dir?

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	


A large dashed rectangular box is provided for cutting out the list of positive qualities. In the bottom right corner of the box, there is a small icon of a pair of scissors.

Tipp: Schneide den Zettel mit den Eigenschaften aus und lege ihn dorthin, wo du ihn leicht wiederfinden kannst (z. B. in deinen Geldbeutel oder deine Handyhülle). Wenn es dir mal nicht so gut geht oder du schlecht über dich selbst denkst, hol den Zettel raus und erinnere dich an deine positiven Eigenschaften!

Arbeitsblatt Stunde 2**Aufgabe 5 – Rückblick auf Stunde 1**

1. Was sind Anzeichen (Symptome) für eine Depression?
2. Denk **2 Minuten** über die Frage nach und mach dir Stichpunkte (Einzelarbeit)

-

-

-

-

-

-

-

-

3. Tausche dich für **2 Minuten** mit deinem Sitznachbarn*deiner Sitznachbarin über deine Stichpunkte aus und ergänze diese (Partnerarbeit)
4. Danach werde ich **einige von euch** fragen!

Aufgabe 6 – Notfallkoffer

Ein Notfallkoffer ist eine kleine Tasche oder ein Briefumschlag mit Dingen, die dir in Krisen oder bei Anspannung Unterstützung und Halt geben.

Was würdest du in deinen Notfallkoffer packen?

Notiere deine Ideen unten im Koffer. Du hast **5 Minuten** dafür Zeit. Arbeitet **alleine** (Einzelarbeit).



Tipp: Unter www.fideo.de/notfallkoffer kannst du dir einen digitalen Notfallkoffer anlegen!

Aufgabe 7 – Austausch

1. Worüber möchtest du noch reden bezüglich Depressionen?

Welche Fragen hast du noch?

2. Denk **2 Minuten** über die Fragen nach und mach dir Stichpunkte (Einzelarbeit)

-

-

-

-

-

-

-

-

-

3. Tausche dich für **5 Minuten** mit deinem Sitznachbarn*deiner Sitznachbarin über deine Stichpunkte aus und ergänze diese (Partnerarbeit)

4. Danach werden wir noch offene Fragen in der Klasse besprechen

D6. Informationsschreiben zur Unterrichtseinheit *glücklich*

Europa-Universität
Flensburg

Institut für Sonderpädagogik
Sonderpädagogische Psychologie

Europa-Universität Flensburg | Auf dem Campus 1 | 24943 Flensburg

Professor Dr. Armin Castello
Dipl.-Psych. Friederike Grabowski

Flensburg, 31. August 2022

Infoblatt „glücklich“

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Erziehungsberechtigte,
die Klasse Ihrer Tochter bzw. Ihres Sohnes wurde ausgewählt, an einer
Unterrichtseinheit („glücklich“) zur Vermittlung von Wissen über psychi-
sche Gesundheit und der Vermittlung von Selbstmitgefühl teilzuneh-
men. Die Unterrichtseinheit besteht aus 2 Doppelstunden á 90 Minuten
und wird in den Klassenstufen 8 – 10 an Schulen in Schleswig-Holstein
durchgeführt. Zur Überprüfung der Wirksamkeit werden alle Schülerin-
nen und Schüler vor und nach der Unterrichtseinheit schriftlich per Fra-
gebogen befragt.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie der Teilnahme an der Befragung
zustimmen und die angefügte Einverständniserklärung ausfüllen und un-
terschreiben. Für Rückfragen stehen wir jederzeit zu Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Armin Castello und Friederike Grabowski

Besucheranschrift
Auf dem Campus 1a
HEL (Gebäude Helsinki) | Raum 212/213
24943 Flensburg

Tel. +49 461 805 2684/2476
Fax +49 461 805 2670
armin.castello@uni-flensburg.de
friederike-carlotta.grabowski@uni-flens-
burg.de

Sekretariat

Raum 204/203
Tel. +49 461 805 2679/2671
Fax +49 461 805 2670
sek.sonderpäd@uni-flensburg.de
www.uni-flensburg.de

Einverständniserklärung der Eltern/Erziehungsberechtigten**Hinweise zum Datenschutz**

- Die Teilnahme Ihres Kindes an der Studie ist freiwillig und eine Nichtteilnahme wird keine Nachteile mit sich bringen. Zur Erhebung und Verarbeitung der Daten benötigen wir Ihr Einverständnis auf Basis von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a) der DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) i. V. m. §13 Absatz 2 des LDSG (Landesdatenschutzgesetz). Sie erklären dieses mit Ihrer Unterschrift auf der Einverständniserklärung. Wenn Sie das Einverständnis für Ihr Kind erteilen, dann darf sie bzw. er an der Studie teilnehmen, ist dazu aber nicht verpflichtet. Sie bzw. er darf z. B. einzelne Fragen auslassen, die sie bzw. er nicht beantworten kann oder möchte, oder aber auch die Beantwortung ganz abbrechen.
- Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft über die Verarbeitung Ihrer Daten zu erhalten. Zudem können Sie die unverzügliche Berichtigung von Daten verlangen, die Ihr Kind betreffen, wenn diese unvollständig oder unrichtig sind.
- Sie haben zudem das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Artikel 20 der DSGVO.
- Des Weiteren können Sie jederzeit gegen die Verarbeitung der Daten Ihres Kindes Widerspruch einlegen.
- Selbstverständlich können Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme Ihres Kindes an der Studie sowie zur Verarbeitung der Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne weitere Konsequenzen formlos widerrufen oder die Einschränkung der Verarbeitung der Daten nach Artikel 18 der DSGVO verlangen (Kontakt zum Widerruf: friederike-carlotta.grabowski@uni-flensburg.de; Kontakt Datenschutzbeauftragte*r: datenschutz@uni-flensburg.de). Die bis dahin erhobenen Daten werden dann nicht weiterverarbeitet und bereits gespeicherte Daten gelöscht. Durch den Widerruf entstehen weder Ihnen noch Ihrem Kind irgendwelche Nachteile. Der Widerruf Ihres Einverständnisses zur Datenverarbeitung ist bis zum 31.06.2023 möglich, da die Verarbeitung der Daten nach diesem Zeitpunkt abgeschlossen sein wird und eine Identifizierung der Daten Ihres Kindes dann nicht mehr möglich sein wird.
- Alle Fragebögen und Rohdaten werden bis zum 31.12.2032 vernichtet werden.
- Wird eine Berichtigung oder Löschung von Ihnen verlangt, wird dies allen Empfängern der Daten unverzüglich mitgeteilt, wenn dies möglich ist.
- Namen werden nicht auf den Fragebögen eingetragen. Die Fragebögen werden nur mit IDs versehen sein, die dazu dienen, die Fragebögen verschiedener Zeitpunkte einander zuordnen zu können. Die bearbeiteten Fragebögen werden von der Studienleiterin nach der Bearbeitung eingesammelt. Lehrkräfte, Schulpersonal oder sonstige Personen werden zu keinem Zeitpunkt Einblick in die individuellen Angaben in den Fragebögen erhalten.
- Nur zusammengefasste und damit anonymisierte Informationen werden analysiert und veröffentlicht. Es wird somit nicht möglich sein, die Ergebnisse einzelnen Personen zuzuordnen. Eine Verbindung zur Person Ihres Kindes kann nicht hergestellt werden.
- Sie haben das Recht auf die Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde (Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein; Holstenstraße 98, 24103 Kiel; 0431 988 1200; mail@datenschutzzentrum.de) nach Artikel 77 der DSGVO, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Ihr Kind betreffenden Daten gegen die DSGVO verstößt.

Ich habe das Infoblatt mit den Hinweisen zum Datenschutz gelesen und stimme der Teilnahme an der Befragung zur Unterrichtseinheit „glücklich“ zu.

Ich stimme zu, dass die Daten anonymisiert im Rahmen einer wissenschaftlichen Weiterverwendung gespeichert werden.

Name des Kindes: _____

Name der Eltern/Erziehungsberechtigten: _____

Ort, Datum / Unterschrift Elternteil/Erziehungsberechtigte*r

Anhang E**Materialien zur psychoedukativen Fortbildung zu Depressionen im Kindes- und Jugendaalter****E1. Fragebogen für Lehramtsstudierende und Lehrkräfte zu Depressionen im Kindes- und Jugendaalter – Pretest****Fragebogen für Lehrkräfte und Lehramtsstudierende zum Wissen über Depressionen im Kindes- und Jugendaalter**

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

vielen Dank, dass Sie an dieser Befragung teilnehmen.

Die Richtlinien guter ethischer Forschung sehen vor, dass sich die Teilnehmer:innen an empirischen Studien explizit und nachvollziehbar mit der Teilnahme einverstanden erklären.

Freiwilligkeit. Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Es steht Ihnen zu jedem Zeitpunkt dieser Studie frei, Ihre Teilnahme abzubrechen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen.

Anonymität. Ihre Daten sind selbstverständlich vertraulich, werden nur in anonymisierter Form ausgewertet und nicht an Dritte weitergegeben. Demographische Angaben wie Alter oder Geschlecht lassen keinen eindeutigen Schluss auf Ihre Person zu. Jegliche personenbezogene Zuordnung der Daten wird direkt nach der Datenerhebung gelöscht.

Fragen. Falls Sie noch Fragen zu dieser Studie haben sollten, wenden Sie sich jederzeit gerne an die Studienleiterin: friederike-carlotta.grabowski@uni-flensburg.de.

Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens 18 Jahre alt bin sowie die Einverständniserklärung gelesen und verstanden habe.

Ja

Nein (nicht an der Studie teilnehmen)

Bitte erstellen Sie einen persönlichen Code.

Erster Buchstabe des Vornamens Ihres Vaters oder einer Person, die für Sie einem Vater am nächsten kommt (z. B. **Anton, Bernd**): _____

Erster Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter oder einer Person, die für Sie einer Mutter am nächsten kommt (z. B. **Anna, Maria**): _____

Erster Buchstabe Ihres Vornamens (z. B. **Theo, Lena**): _____

Tag Ihres Geburtstages (z. B. 7. Januar = **07**, 25. November = **25**): _____

Erster Buchstabe Ihres Geburtsortes (z.B. **Flensburg, Hamburg**): _____

Bevor Sie mit der Bearbeitung beginnen, beantworten Sie bitte noch folgende Fragen:

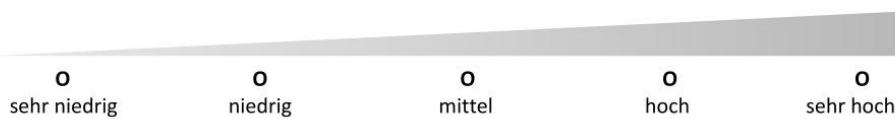
Mit welchem Geschlecht identifizieren Sie sich? _____

Wie alt sind Sie? _____ Jahre

An welcher Schulform werden Sie nach Ihrem Studium unterrichten?

Grundschule Förderzentrum Gemeinschaftsschule Gymnasium

Berufsbildende Schule Andere: _____

Wie schätzen Sie Ihr Vorwissen zum Thema Depressionen im Kindes- und Jugendalter ein?**Wie sind Sie bereits mit Depressionen in Kontakt gekommen?**

Sie können so viele Antworten wählen, wie zutreffen.

Selbst von Depressionen betroffen	<input type="radio"/>
Depressionen in der Familie	<input type="radio"/>
Depressionen bei Freund:innen	<input type="radio"/>
Depressionen bei Kolleg:innen	<input type="radio"/>
Depressionen bei Schüler:innen	<input type="radio"/>
Anders (z. B. Lehrveranstaltung, Fortbildung zum Thema): _____	<input type="radio"/>
Ich hatte bisher keinen Kontakt zum Thema	<input type="radio"/>

Wissen zu Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Auf dieser Seite bitten wir Sie, einige Fragen zum Thema Depressionen im Kindes- und Jugendalter zu beantworten. Bitte lesen Sie sich jede Aussage sorgfältig durch und kreuzen die Antwort an, die Sie für richtig halten.

		stimme	stimme
		zu	nicht zu
1	Schulische Faktoren können Auslöser, aber nicht Ursache einer Depression bei Kindern und Jugendlichen sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Kinder depressiver Eltern haben ein erhöhtes Risiko an einer Depression zu erkranken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Kinder und Jugendliche mit einer erhöhten Vulnerabilität (psychische Verletzlichkeit) erkranken mit einer höheren Wahrscheinlichkeit an Depressionen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Depressive und pubertäre Verhaltensweisen können gut voneinander abgegrenzt werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Zu viel oder zu wenig Schlaf kann ein Zeichen von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Auffällige Gewichtszunahme oder -abnahme kann ein Zeichen von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Infolge einer Depression kann es sein, dass Kinder und Jugendliche sich langsamer bewegen oder unruhig sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Depressionen bei Kindern und Jugendlichen haben Einfluss auf Gedächtnisprozesse (z. B. die Informationsverarbeitung).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Depressionen bei Kindern und Jugendlichen haben Einfluss auf die Aufmerksamkeit und Konzentration.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Depressionen bei Kindern und Jugendlichen können zu starken körperlichen Beschwerden (z. B. Bauchschmerzen, Kopfschmerzen) führen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Depressionen bei Kindern und Jugendlichen können sich in aggressiven Verhaltensweisen zeigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Depressionen sind Teil der Pubertät.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Kinder und Jugendliche mit Depressionen haben häufig noch eine andere psychische Erkrankung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		stimme	stimme
		zu	nicht zu
14	Ab der Pubertät sind mehr Jungen als Mädchen von Depressionen betroffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Zehn Prozent aller Jugendlichen erkranken an einer Depression.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Meistens bleibt es bei depressiven Kindern und Jugendlichen bei einer depressiven Episode.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Im Fokus der Leistungsrückmeldung an depressive Kinder und Jugendliche sollten ihre Fähigkeiten stehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Suizidales Verhalten von Kindern und Jugendlichen wird in den meisten Fällen vorher angekündigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Depressive Kinder und Jugendliche haben Anrecht auf einen Nachteilsausgleich.		
20	Die Stärkung der Resilienz (psychische Widerstandsfähigkeit) kann Depressionen bei Kindern und Jugendlichen vorbeugen.		
21	Hinweise auf suizidales Verhalten von Kindern und Jugendlichen sollten immer abgeklärt werden.		
22	Kinder und Jugendliche auf suizidales Verhalten anzusprechen kann das Suizidrisiko erhöhen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Kinder und Jugendliche, die ihre Suizidabsichten äußern, sind nicht von suizidalem Verhalten gefährdet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	In Gesprächen mit betroffenen Kindern und Jugendlichen sollte Verschwiegenheit versprochen werden, um eine vertrauensvollere Beziehung aufzubauen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Depressionen sind eine behandelbare, medizinische Krankheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Handlungswissen

Im Folgenden lesen Sie zwei kurze Fallbeispiele. Bitte lesen Sie sich diese sorgfältig durch und beantworten Sie die Fragen dazu.

Fall 1

Tobias ist 14 Jahre alt und geht in die 9. Klasse. Seit einigen Wochen zeigt er auffällige Veränderungen in seinem Verhalten. Er war immer aktiv im Unterricht, vor allem in seinen Lieblingsfächern Sport und Erdkunde beteiligte er sich viel. Zudem war er immer sehr sozial und hatte viele Freundschaften in der Klasse. Jetzt aber wirkt er zurückgezogen und desinteressiert an Klassenprojekten. Lehrkräfte bemerken, dass er häufig gereizt reagiert, auch bei kleinen Anweisungen oder wenn Mitschüler ihn ansprechen. Er hat zunehmend Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren, was sich in nachlassenden Beteiligungen im Unterricht und schlechteren Noten in Leistungstests zeigt. In den letzten Wochen hat Tobias oft über Kopf- und Bauchschmerzen geklagt und sich mehrfach von den Schulstunden abgemeldet. Ein Arzt konnte keine körperlichen Ursachen finden. Zudem berichtet er, dass er schlecht schläft, oft bis spät in die Nacht wachliegt und morgens kaum aus dem Bett kommt. Er wirkt erschöpft und zeigt wenig Energie im Schulalltag. Tobias äußert sich in Gesprächen mit Lehrkräften zunehmend negativ über sich selbst und seine Fähigkeiten. Es fällt ihm schwer, sich zu motivieren, selbst bei Fächern, die ihm früher Spaß gemacht haben sowie für die Handball-AG der Schule, bei der er seit drei Wochen nicht war.

Welche Hinweise auf eine mögliche Depression finden Sie bei Tobias?

Bitte notieren Sie Stichpunkte.

Wie würden Sie als Lehrkraft bei Tobias weiter vorgehen? Bitte notieren Sie Stichpunkte.

Fall 2

Sarah ist 16 Jahre alt und geht in die 11. Klasse. Ihr Verhalten hat sich in den letzten Wochen stark verändert. Ihre Lehrkräfte bemerken, dass sie oft gedankenverloren wirkt und sich nur schwer auf den Unterricht konzentrieren kann. Sie war immer eine ruhige und zurückhaltende Schülerin, hatte aber zwei gute Freundinnen in der Klasse. Nun aber zieht sie sich zunehmend von ihren Freundinnen zurück und beteiligt sich kaum noch an Gruppenaktivitäten, auch die Pause verbringt sie alleine. Wenn sie angesprochen wird, reagiert sie häufig kaum oder antwortet leise und einsilbig. Sarah klagt regelmäßig über starke Müdigkeit und hat mehrfach den Unterricht wegen „Unwohlseins“ verlassen, zudem häufen sich ihre Fehltage. Ihre Stimmung ist konstant gedrückt, sie lacht nicht mehr und wirkt extrem erschöpft. Es fällt auf, dass sie stark abgenommen hat. Im Gespräch mit einer Lehrkraft äußerte Sarah, dass sie sich oft wertlos fühlt und der Meinung ist, nichts richtig zu machen. In diesem Gespräch sagt sie auch, dass „es manchmal einfacher wäre, einfach nicht mehr da zu sein.“

Welche Hinweise auf eine mögliche Depression finden Sie bei Sarah?

Bitte notieren Sie Stichpunkte.

Wie würden Sie als Lehrkraft bei Sarah weiter vorgehen? Bitte notieren Sie Stichpunkte.

Selbstwirksamkeit und Einstellungen

Als nächstes bitten wir Sie, einige Fragen zu Ihrer persönlichen Einschätzung zum Thema Depressionen im Kindes- und Jugendalter zu beantworten. Bitte lesen Sie sich jede Aussage sorgfältig durch und kreuzen Sie die Antwort an, die auf Sie zutrifft.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Ich fühle mich kompetent hinsichtlich meines Wissens über depressive Symptome und Störungen im Kindes- und Jugendalter.	0	0	0	0
Ich fühle mich kompetent im Erkennen depressiver Symptome bei Schüler:innen.	0	0	0	0
Ich weiß, wie ich aktiv werden kann, wenn ich depressive Symptome bei einer Schülerin bzw. einem Schüler bemerke.	0	0	0	0
Ich weiß, welche Hilfen es für depressive Schüler:innen gibt und wie diese zu erreichen sind.	0	0	0	0
Ich fühle mich sicher darin, depressive Schüler:innen an entsprechende psychische Hilfestellen zu verweisen.	0	0	0	0
Ich kann für depressive Schüler:innen angemessene Unterstützung im Unterricht anbieten.	0	0	0	0
Ich kann angemessen auf suizidale Hinweise von Schüler:innen reagieren.	0	0	0	0
Ich fühle mich kompetent darin, mit Eltern bzw. Erziehungsberechtigten über depressive Symptome einer Schülerin bzw. eines Schülers zu reden.	0	0	0	0

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Depressive Kinder und Jugendliche können eine depressive Episode überwinden, wenn sie genügend Willenskraft zeigen.	0	0	0	0
Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sind ein Zeichen persönlicher Schwäche.	0	0	0	0
Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sind keine echte medizinische Krankheit.	0	0	0	0
Depressive Kinder und Jugendliche sind gefährlich.	0	0	0	0
Depressive Kinder und Jugendliche sind unberechenbar.	0	0	0	0
Es ist am besten, den Kontakt zu depressiven Kindern und Jugendlichen zu vermeiden, um nicht selbst depressiv zu werden.	0	0	0	0

Anmerkungen:

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

 Bei Rückfragen wenden Sie sich jederzeit gerne an friederike-carlotta.grabowski@uni-flensburg.de.

E2. Fragebogen für Lehramtsstudierende und Lehrkräfte zu Depressionen im Kindes- und Jugendalter – Posttest

Fragebogen für Lehrkräfte und Lehramtsstudierende zum Wissen über Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

vielen Dank, dass Sie an dieser Befragung teilnehmen.

Die Richtlinien guter ethischer Forschung sehen vor, dass sich die Teilnehmer:innen an empirischen Studien explizit und nachvollziehbar mit der Teilnahme einverstanden erklären.

Freiwilligkeit. Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Es steht Ihnen zu jedem Zeitpunkt dieser Studie frei, Ihre Teilnahme abzubrechen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen.

Anonymität. Ihre Daten sind selbstverständlich vertraulich, werden nur in anonymisierter Form ausgewertet und nicht an Dritte weitergegeben. Demographische Angaben wie Alter oder Geschlecht lassen keinen eindeutigen Schluss auf Ihre Person zu. Jegliche personenbezogene Zuordnung der Daten wird direkt nach der Datenerhebung gelöscht.

Fragen. Falls Sie noch Fragen zu dieser Studie haben sollten, wenden Sie sich jederzeit gerne an die Studienleiterin: friederike-carlotta.grabowski@uni-flensburg.de.

Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens 18 Jahre alt bin sowie die Einverständniserklärung gelesen und verstanden habe.

Ja

Nein (nicht an der Studie teilnehmen)

Bitte erstellen Sie einen persönlichen Code.

Erster Buchstabe des Vornamens Ihres Vaters oder einer Person, die für Sie einem Vater am nächsten kommt (z. B. **Anton, Bernd**): _____

Erster Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter oder einer Person, die für Sie einer Mutter am nächsten kommt (z. B. **Anna, Maria**): _____

Erster Buchstabe Ihres Vornamens (z. B. **Theo, Lena**): _____

Tag Ihres Geburtstages (z. B. 7. Januar = **07**, 25. November = **25**): _____

Erster Buchstabe Ihres Geburtsortes (z.B. **Flensburg, Hamburg**): _____

Wissen zu Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Auf dieser Seite bitten wir Sie, einige Fragen zum Thema Depressionen im Kindes- und Jugendalter zu beantworten. Bitte lesen Sie sich jede Aussage sorgfältig durch und kreuzen die Antwort an, die Sie für richtig halten.

		stimme	stimme
		zu	nicht zu
1	Schulische Faktoren können Auslöser, aber nicht Ursache einer Depression bei Kindern und Jugendlichen sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Kinder depressiver Eltern haben ein erhöhtes Risiko an einer Depression zu erkranken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Kinder und Jugendliche mit einer erhöhten Vulnerabilität (psychische Verletzlichkeit) erkranken mit einer höheren Wahrscheinlichkeit an Depressionen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Depressive und pubertäre Verhaltensweisen können gut voneinander abgegrenzt werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Zu viel oder zu wenig Schlaf kann ein Zeichen von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Auffällige Gewichtszunahme oder -abnahme kann ein Zeichen von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Infolge einer Depression kann es sein, dass Kinder und Jugendliche sich langsamer bewegen oder unruhig sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Depressionen bei Kindern und Jugendlichen haben Einfluss auf Gedächtnisprozesse (z. B. die Informationsverarbeitung).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Depressionen bei Kindern und Jugendlichen haben Einfluss auf die Aufmerksamkeit und Konzentration.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Depressionen bei Kindern und Jugendlichen können zu starken körperlichen Beschwerden (z. B. Bauchschmerzen, Kopfschmerzen) führen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Depressionen bei Kindern und Jugendlichen können sich in aggressiven Verhaltensweisen zeigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Depressionen sind Teil der Pubertät.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Kinder und Jugendliche mit Depressionen haben häufig noch eine andere psychische Erkrankung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		stimme zu	stimme nicht zu
14	Ab der Pubertät sind mehr Jungen als Mädchen von Depressionen betroffen.	0	0
15	Zehn Prozent aller Jugendlichen erkranken an einer Depression.	0	0
16	Meistens bleibt es bei depressiven Kindern und Jugendlichen bei einer depressiven Episode.	0	0
17	Im Fokus der Leistungsrückmeldung an depressive Kinder und Jugendliche sollten ihre Fähigkeiten stehen.	0	0
18	Suizidales Verhalten von Kindern und Jugendlichen wird in den meisten Fällen vorher angekündigt.	0	0
19	Depressive Kinder und Jugendliche haben Anrecht auf einen Nachteilsausgleich.	0	0
20	Die Stärkung der Resilienz (psychische Widerstandsfähigkeit) kann Depressionen bei Kindern und Jugendlichen vorbeugen.	0	0
21	Hinweise auf suizidales Verhalten von Kindern und Jugendlichen sollten immer abgeklärt werden.	0	0
22	Kinder und Jugendliche auf suizidales Verhalten anzusprechen kann das Suizidrisiko erhöhen.	0	0
23	Kinder und Jugendliche, die ihre Suizidabsichten äußern, sind nicht von suizidalem Verhalten gefährdet.	0	0
24	In Gesprächen mit betroffenen Kindern und Jugendlichen sollte Verschwiegenheit versprochen werden, um eine vertrauensvollere Beziehung aufzubauen.	0	0
25	Depressionen sind eine behandelbare, medizinische Krankheit.	0	0

Handlungswissen

Im Folgenden lesen Sie zwei kurze Fallbeispiele. Bitte lesen Sie sich diese sorgfältig durch und beantworten Sie die Fragen dazu.

Fall 1

Max ist 13 Jahre alt und geht in die 7. Klasse. Seit einigen Wochen zeigt er verstärkt reizbares Verhalten. Max war immer ein sehr aktiver Junge mit vielen Freunden. Seine schulischen Leistungen waren durchschnittlich und er beteiligte sich oft am Unterricht. Nun reagiert er häufig aggressiv, wenn er mit Aufgaben überfordert ist oder ihm etwas nicht gelingt. Schon kleine Kritik von Mitschülern oder Lehrkräften führen dazu, dass er laut wird, mit den Augen rollt oder Materialien wütend auf den Tisch wirft. Max fällt zunehmend dadurch auf, dass er sich von seinen Freunden distanziert und Konflikte mit ihnen sucht. Selbst bei alltäglichen Situationen, wie Gruppenarbeiten oder Pausenspielen, kommt es schnell zu Streit. Seine sonstige Begeisterung für Sport ist ebenfalls zurückgegangen; in den letzten Wochen hat er mehrfach das Fußballtraining ausgelassen und gibt an, „keine Lust mehr“ darauf zu haben. Im Unterricht zeigt Max Konzentrationsschwierigkeiten und wirkt oft unruhig, klopft mit den Füßen oder spielt nervös mit seinen Stiften. Zudem berichtet er, dass er schlecht schläft, sich morgens kaum motivieren kann und häufig „genervt“ und „schlecht drauf“ ist, ohne genau zu wissen, warum.

Welche Hinweise auf eine mögliche Depression finden Sie bei Max?

Bitte notieren Sie Stichpunkte.

Wie würden Sie als Lehrkraft bei Max weiter vorgehen? Bitte notieren Sie Stichpunkte.

Fall 2

Marie ist 15 Jahre alt und besucht die 10. Klasse. Seit ein paar Wochen hat sie sich sehr zurückgezogen. Davor war sie sehr engagiert und lebhaft im Unterricht, zudem hatte sie viele Freundinnen in der Klasse. Jetzt aber vermeidet sie zunehmend den Kontakt zu ihren Freundinnen und verbringt die Pausen allein. Im Unterricht sitzt sie still und in sich gekehrt, beteiligt sich kaum noch an Diskussionen und meidet Blickkontakt mit den Lehrkräften. Ihre schulischen Leistungen haben stark nachgelassen, was bei ihr, einer sonst sehr leistungsstarken Schülerin, ungewöhnlich ist. Marie wirkt häufig erschöpft und gibt an, dass sie nicht mehr gut schlafen kann. Sie wirkt häufig übermüdet; in den letzten Wochen ist sie mehrmals zu spät zum Unterricht gekommen. Auch hat sie an Gewicht verloren und berichtet, keinen Appetit zu haben. In einem vertraulichen Gespräch mit ihrer Lehrerin sagt Marie, dass sie sich seit einiger Zeit „einfach nur leer“ fühlt. Sie hat das Interesse an Dingen verloren, die ihr früher Freude bereiteten, wie Lesen und Tanzen. Immer wieder äußert sie, dass sie das Gefühl hat, nichts sei mehr wichtig, und sie sehe keinen Sinn mehr in ihrem Alltag; es sei „alles egal.“.

Welche Hinweise auf eine mögliche Depression finden Sie bei Marie?

Bitte notieren Sie Stichpunkte.

Wie würden Sie als Lehrkraft bei Marie weiter vorgehen? Bitte notieren Sie Stichpunkte.

Selbstwirksamkeit und Einstellungen

Als nächstes bitten wir Sie, einige Fragen zu Ihrer persönlichen Einschätzung zum Thema Depressionen im Kindes- und Jugendalter zu beantworten. Bitte lesen Sie sich jede Aussage sorgfältig durch und kreuzen Sie die Antwort an, die auf Sie zutrifft.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Ich fühle mich kompetent hinsichtlich meines Wissens über depressive Symptome und Störungen im Kindes- und Jugendalter.	0	0	0	0
Ich fühle mich kompetent im Erkennen depressiver Symptome bei Schüler:innen.	0	0	0	0
Ich weiß, wie ich aktiv werden kann, wenn ich depressive Symptome bei einer Schülerin bzw. einem Schüler bemerke.	0	0	0	0
Ich weiß, welche Hilfen es für depressive Schüler:innen gibt und wie diese zu erreichen sind.	0	0	0	0
Ich fühle mich sicher darin, depressive Schüler:innen an entsprechende psychische Hilfestellen zu verweisen.	0	0	0	0
Ich kann für depressive Schüler:innen angemessene Unterstützung im Unterricht anbieten.	0	0	0	0
Ich kann angemessen auf suizidale Hinweise von Schüler:innen reagieren.	0	0	0	0
Ich fühle mich kompetent darin, mit Eltern bzw. Erziehungsberechtigten über depressive Symptome einer Schülerin bzw. eines Schülers zu reden.	0	0	0	0

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Depressive Kinder und Jugendliche können eine depressive Episode überwinden, wenn sie genügend Willenskraft zeigen.	0	0	0	0
Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sind ein Zeichen persönlicher Schwäche.	0	0	0	0
Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sind keine echte medizinische Krankheit.	0	0	0	0
Depressive Kinder und Jugendliche sind gefährlich.	0	0	0	0
Depressive Kinder und Jugendliche sind unberechenbar.	0	0	0	0
Es ist am besten, den Kontakt zu depressiven Kindern und Jugendlichen zu vermeiden, um nicht selbst depressiv zu werden.	0	0	0	0

Anmerkungen:

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Bei Rückfragen wenden Sie sich jederzeit gerne an friederike-carlotta.grabowski@uni-flensburg.de.

E3. Präsentation der Fortbildung *glücklich*

VERANSTALTUNG
GLÜCKLICH - TEIL I
DIPL.-PSYCH. FRIEDERIKE
GRABOWSKI

**DEPRESSIONEN IM
KINDES- UND
JUGENDALTER**

Glücklich

WER ICH BIN

Friederike Grabowski

- Diplompsychologin (Studium 2015–2019)
- KJP Neumünster (2019–2020)
- Seit 2020: Wissenschaftliche Mitarbeiterin (EUF, Abteilung Sonderpädagogische Psychologie)
- Promotionsprojekt: „glücklich“ – Prävention depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter

Glücklich

1 Fragebogen

2 Psychische Belastungen im Schulalter

- Relevanz und Aufgabe von Schulen
- Häufigkeit psychischer Belastungen

3 Depressionen im Kindes- und Jugendalter

- Relevanz, Häufigkeit und Auswirkungen
- Depressive Symptome im Kindes- und Jugendalter
- Entstehung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter
- Pädagogische Handlungsmöglichkeiten bei Depressionen - Fallarbeit

Was machen wir heute?

Glücklich

AUFGABE VON SCHULE

Gesundheitsförderung und Prävention sind zentrale Aufgaben von Schule (KMK, 2012)

- Schule nicht nur Ort des Lernens, auch für Sensibilisierung gesundheitsrelevanter Themen
- Schule niedrigschwellig, d.h. Gesundheitsförderung und Prävention für **alle** Schüler:innen möglich

Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz (Schaeffer et al., 2021)

EMPFEHLUNG 1
Das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage versetzen, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen

Glücklich

AUFGABE VON SCHULE

Gesundheitsförderung und Prävention sind zentrale Aufgaben von Schule (KMK, 2012)

Lehrkräfte sollen „alters- und entwicklungspsychologisch adäquate Lösungsansätze für Schwierigkeiten und Konflikte in Schule und Unterricht“ finden und „Risiken sowie Potenziale im Kindes- und Jugendalter sowie Präventions-, Interventions- und Unterstützungs möglichkeiten“ kennen (KMK, 2019, S. 10)

Glücklich

5

PSYCHISCHE BELASTUNG IM SCHULALTER – AKTUELLE LAGE

Schüler:innen = vulnerable Gruppe in Krisenzeiten

- Aktuell: etwa **jeder: vierte Schüler:in** von einer psychischen Störung betroffen (Greiner et al., 2019)
- Risikofaktor: Familien mit niedrigem SES (Klipker et al., 2018)
- COPSY-Studie: **71 %** befragter Kinder und Jugendlichen psychisch belastet, Anstieg in den letzten Jahren (Ravens-Sieberer et al., 2022)
- DAK Präventionsrat: **jeder: 7. Heranwachsende** mit emotionale Problemen, $\frac{3}{4}$ berichten krisenbezogene Ängste (Hansen et al., 2024)
- Schulformbezogene Unterschiede (Reiß et al., 2023)
- Starker Anstieg stationär behandelter Angststörungen und Depressionen v. a. bei Mädchen von 2019 bis 2022 (Vitze et al., 2023)
- Geringe psychische Gesundheitskompetenz bei Jugendlichen in Deutschland: späte Berücksichtigung, keine Verankerung im Lehrplan im europäischen Vergleich (Paalkkari et al., 2020)

Glücklich

6

PSYCHISCHE BELASTUNGEN IM SCHULALTER - LEHRKRÄFTE

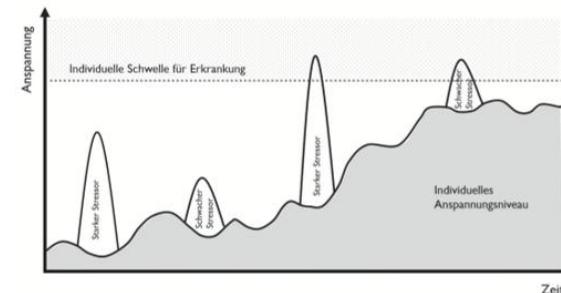
Rolle von Schule bedeutsam, aber häufig **keine Professionalisierung** im Lehramtsstudium und keine systematischen Fort- und Weiterbildungsangebote

- Lehrkräfte: v. a. bei **internalisierenden** Probleme der Identifikation (Bilz, 2014)
- Große Unsicherheit im Umgang mit Depressionen, Essstörungen & schulbezogenen Ängsten (Hermann et al., 2020)
- Schüler:innen: Wunsch nach mehr Information, Aufklärung, Hilfsangeboten & weniger Stigmatisierung (Schnetzer & Hurremann, 2022)
- Wunsch nach mehr Professionalisierung bzgl. psychischer Störungen, v. a. zu Depressionen und Suizidalität (Franke et al., 2024)

Glücklich

7

VULNERABILITÄTS-STRESS-MODELL



- **Resilienz** = Anpassungsfähigkeit an belastende Lebensereignisse
- **Vulnerabilität** = psychische Verletzlichkeit
- **Pubertät** = vulnerable Phase

Glücklich

8



DEPRESSIONEN IM KINDES- UND JUGENDALTER

Glücklich

WIE HÄUFIG SIND DEPRESSIONEN BEI SCHÜLER:INNEN?



- 3-4 % aller Kinder betroffen ([Wurtheg et al., 2018](#))
- Min. 5-10 % aller Jugendlichen ([Wärberg et al., 2018](#))
- Schüler:innen mit sonderpädagogischem Förderbedarf: **höhere Prävalenzen** ([Hennemann et al., 2020](#))
- Ab der Pubertät **doppelt so viele Mädchen** wie Jungen depressiv
- **Steigende Prävalenzen** durch gesellschaftliche Krisen (z. B. [Reif et al., 2021](#))

Glücklich

WARUM IST DAS THEMA WICHTIG?

Depressionen bei Kindern und Jugendlichen

- Sind eine der häufigsten Störungen bei Kindern und Jugendlichen
- Beginnen bei 50 % insgesamt Betroffener in diesem Alter ([Solmi et al., 2022](#))
- Bis zu 75 % depressiver Schüler:innen durch Lehrkräfte nicht erkannt ([Auger, 2004; Bilz, 2014](#))
- Bei Kinder- & Hausärzt:innen oft nicht erkannt
- 2/3 depressiver Schüler:innen bleibt unbehandelt ([Hinzpeter et al., 2015](#))
- Zeigen sich anders als bei Erwachsenen

Glücklich

10

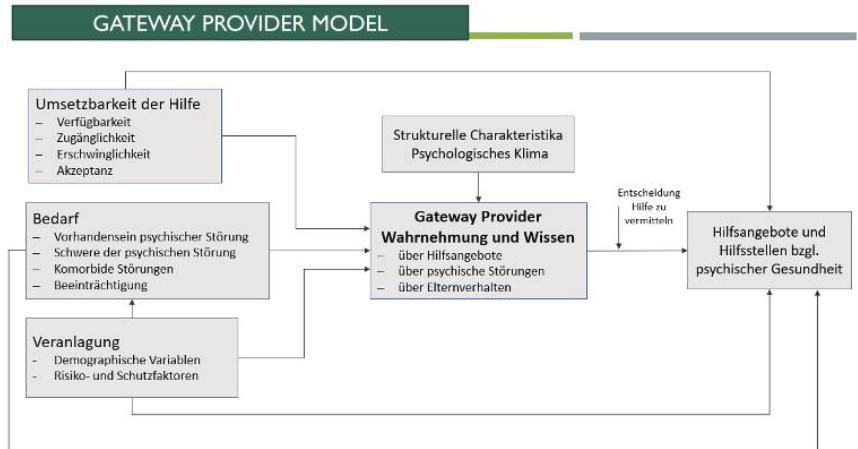
WARUM IST DAS THEMA FÜR LEHRKRÄFTE WICHTIG?

Lehrkräfte

- Sehen Kinder und Jugendliche häufig
- Können krisenhafte Veränderungen der Lebenssituation wahrnehmen
- Sind Vertrauens- und Bezugspersonen
- Können an Hilfestellen weitervermitteln („Gateway-Provider“; [Stiffman et al., 2004](#))

Glücklich

11



Glücklich

13

WARUM WERDEN DEPRESSIONEN VON LEHRKRÄFTEN HÄUFIG ÜBERSEHEN?



14

Glücklich

WAS SIND DIE DIAGNOSTISCHEN KRITERIEN FÜR EINE DEPRESSION?



Glücklich

15

WELCHE KOGNITIVEN ANZEICHEN GIBT ES FÜR EINE DEPRESSION?

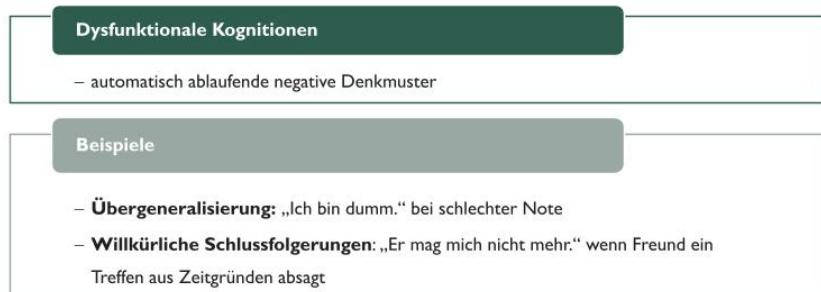
Kognitive Anzeichen

- Negative, dysfunktionale Gedanken
- Reduzierte Denkgeschwindigkeit (Wagner et al., 2015)
- Probleme in anhaltender Aufmerksamkeit und Konzentration (Wagner et al., 2015)
- Beeinträchtigte Merkfähigkeit (Wagner et al., 2015)
- Negatives Fähigkeitselfstkonzept
- Entscheidungsprobleme
- Gedanken daran, nicht mehr leben zu wollen

Glücklich

16

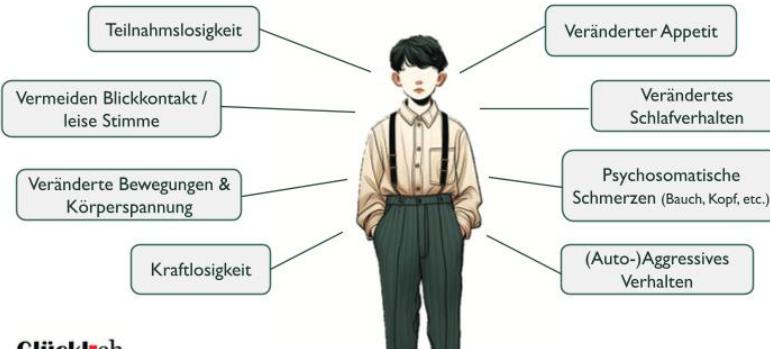
EXKURS: DYSFUNKTIONALE KOGNITIONEN



Glücklich

17

WELCHE PHYSISCHEN ANZEICHEN GIBT ES FÜR EINE DEPRESSION?



Glücklich

18

WELCHE EMOTIONALEN & SOZIALEN ANZEICHEN GIBT ES FÜR EINE DEPRESSION?



Glücklich

19

WAS SIND BESONDERHEITEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN?



Glücklich

20

WANN IST ES NOCH PUBERTÄT, WANN DEPRESSION?



Kombination
bestimmter Symptome



Dauer und Verlauf



Ausprägungsgrad



Beeinträchtigung

Überdauernde Stabilität über längeren Zeitraum ohne Normalisierung

Glücklich

21

WELCHE ALARMSIGNALS GIBT ES (IN DER SCHULE)?

Alarmsignale in der Schule



- Deutlicher Leistungs- und Motivationsabfall
- Mangelnde Energie, Antriebslosigkeit
- Stimmungsschwankungen
- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme
- Vermehrte körperliche Beschwerden
- Vermehrte Fehlzeiten (auch entschuldigte)
- Vermindertes Selbstvertrauen
- Rückzug, soziale Isolation
- Suizidales Verhalten

Glücklich

22

WIE ZEIGEN SICH DEPRESSIONEN IN DER SCHULE?



Sozialverhalten
Fähigkeitselfstkonzept

Leistungsfähigkeit
Denkmuster

Glücklich

23

WIE ZEIGEN SICH DEPRESSIONEN IN DER SCHULE?

Leistungsfähigkeit

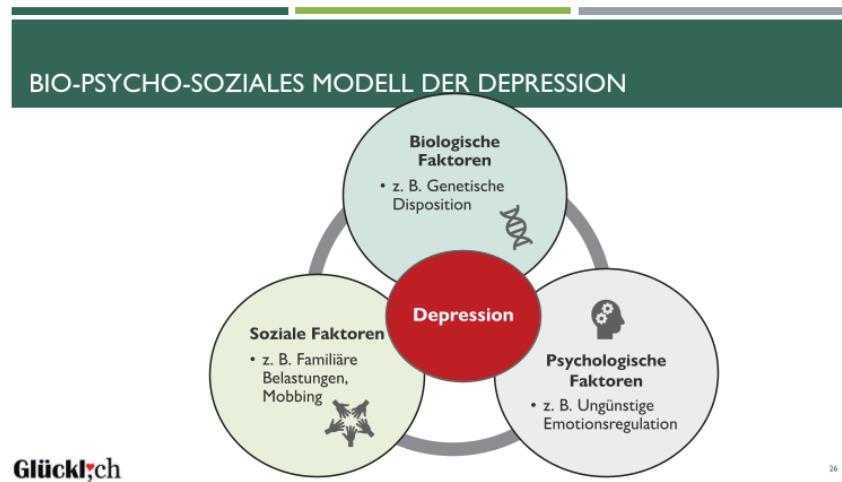
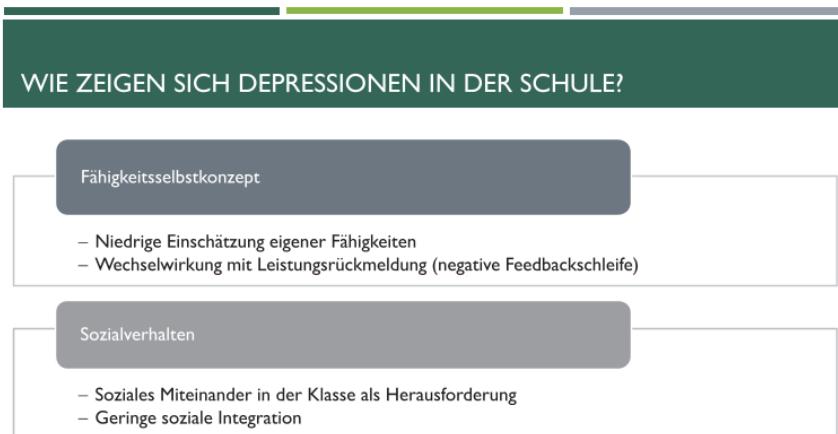
- Beeinträchtigte Konzentration
- Beeinträchtigte Aufmerksamkeit
- Reduzierte Geschwindigkeit Informationsverarbeitung

Denkmuster

- Einfluss dysfunktionaler Kognitionen
- Verhalten im Unterricht
- Umgang mit Leistungsrückmeldung

Glücklich

24



WIE ENTSTEHEN DEPRESSIONEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN?



Kognitiv-emotionale Faktoren

- Ungünstige gedankliche Verarbeitungsmuster (z. B. Schuldgefühle)
- Negativ verzerrtes Bild von sich selbst
- Ungünstige Emotionsregulation
- Mangelnde Problemlösefähigkeit

Glücklich

29

WIE ENTSTEHEN DEPRESSIONEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN?



Familiäre Faktoren

- Depressiv oder anders affektiv erkranktes Elternteil
- Geringe Bindungsqualität Eltern – Kind
- Trennung
- Verlust
- Andere familiäre Belastungen (z. B. Missbrauch, Armut)

Glücklich

30

WIE ENTSTEHEN DEPRESSIONEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN?



Soziale Kontakte

- Geringe soziale Kompetenzen
- Wenig enge Bindung zu Gleichaltrigen / Ablehnung innerhalb der Klasse
- Soziale Isolation
- Belastende Erfahrungen im Freundeskreis (z. B. Streit, Krankheit)

Glücklich

31

WIE ENTSTEHEN DEPRESSIONEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN?

Soziale Medien können auch Chancen bzgl. Vernetzung, Aufklärung und Entstigmatisierung bieten!



Soziale Medien

- Nutzung sozialer Medien Risikofaktor für depressive Symptome, v. a. bei
 - Gefühl der sozialen Isolation, bei Ablehnung in sozialen Medien
 - Einsamkeit, wenn virtuelle Kontakte persönlichen ersetzen
 - Cybermobbing
 - Soziale Vergleiche
 - Filterblasen

[Boers et al. \(2019\), Naslund et al. \(2020\)](#)

Glücklich

32

WIE ENTSTEHEN DEPRESSIONEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN?

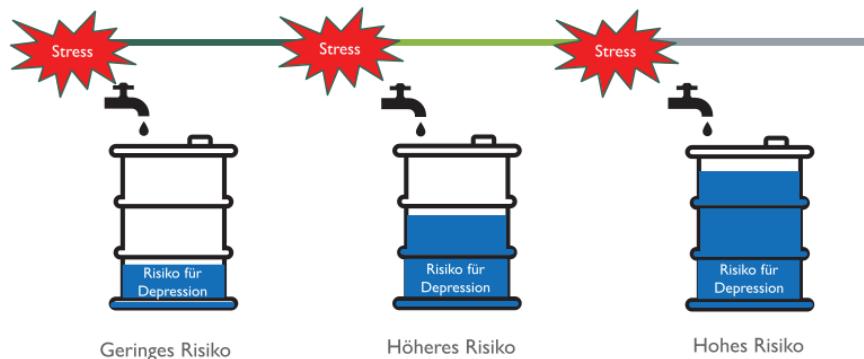


Kritische Lebensereignisse & Stress

- Kritische, aversive Lebensereignisse (z. B. Tod Bezugsperson)
- Große Stressfaktoren (z. B. Umzug, Trennung)
- Konstanter Stress (z. B. schulische Überforderung, chronische Krankheit)

Glücklich

33



Wie entstehen Depressionen bei Kindern und Jugendlichen?

Glücklich

35

WIE ENTSTEHEN DEPRESSIONEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN?



Drogen- und Alkoholkonsum

- Drogen- (z. B. Cannabis) und Alkoholkonsum im Kindes- und Jugendalter erhöhen das Risiko für eine Depression
- Depressionen im Kindes- und Jugendalter erhöhen das Risiko für Konsum von Alkohol und anderen Drogen
- Konsum von Alkohol und anderen Drogen kann depressive Symptome verstärken

[Brière et al., 2014; Rhew et al., 2017](#)

Glücklich

34

WAS KANN DEPRESSIONEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN AUSLÖSEN?

Mögliche auslösende Faktoren

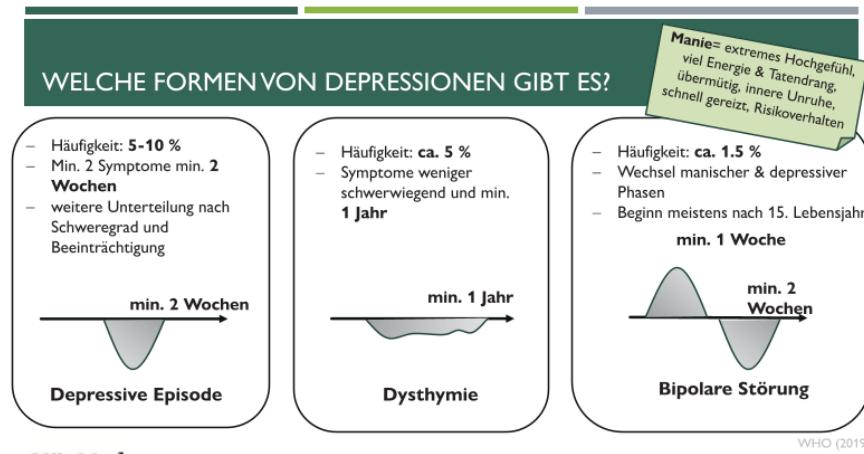
- Belastende Ereignisse
- Familiäre Stressoren
- Schulische Überforderung
- Mobbing

Schule als möglicher Auslöser und Verstärker, nicht als alleinige Ursache

Nicht jede Depression tritt wegen eines erkennbaren Auslösers auf

Glücklich

36



Glücklich

WELCHE ANDEREN PSYCHISCHEN STÖRUNGEN TREten OFT GEMEINSAM MIT DEPRESSIONEN AUF?

Kinder & Jugendliche



Angststörung

Störung des Sozialverhaltens

Aufmerksamkeits- & Konzentrationsstörungen

Jugendliche



Störung durch Substanzkonsum

Essstörungen

38

Glücklich

FALLARBEIT



39

Glücklich

Julia ist 15 Jahre alt und besucht die 10. Klasse. In den letzten Wochen hat sich ihr Verhalten stark verändert. Davor war sie sehr engagiert, aufgeschlossen und sozial gut eingebunden, doch mittlerweile zieht sie sich immer mehr zurück. Während sie früher viel Zeit mit ihren Freundinnen verbrachte, sitzt sie nun in den Pausen allein und wirkt oft traurig und erschöpft. Ihre schulischen Leistungen haben deutlich nachgelassen, und sie scheint das Interesse an Fächern verloren zu haben, die ihr früher Spaß gemacht haben – wie Deutsch und Musik. Ihren Lehrkräften fällt auf, dass Julia häufig in Gedanken versunken ist und sich nur schwer auf den Unterricht konzentrieren kann. Sie beteiligt sich kaum noch am Unterrichtsgeschehen und wirkt distanziert. Mehrmals hat sie Aufgaben nicht rechtzeitig abgegeben und wirkte überfordert, wenn sie nach ihren Gründen gefragt wurde. Zudem hat Julia in letzter Zeit stark an Gewicht verloren, da sie immer seltener isst. Sie sagt, sie habe oft keinen Appetit, könne abends schwer einschlafen und fühle sich permanent müde und kraftlos. Von einer Lehrkraft auf ihr Verhalten angesprochen meint Julia, dass „eh alles egal ist“ und „niemand sie verstehen würde.“

40

Glücklich

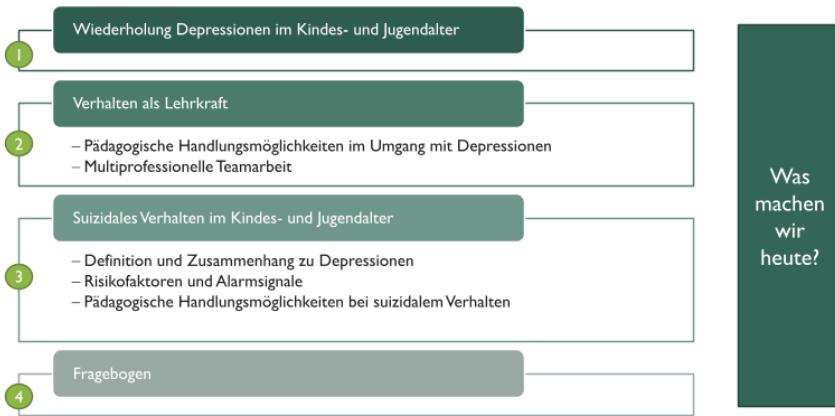
Julia ist 15 Jahre alt und besucht die 10. Klasse. In den letzten Wochen hat sich ihr Verhalten stark verändert. Davor war sie sehr engagiert, aufgeschlossen und sozial gut eingebunden, doch mittlerweile zieht sie sich immer mehr zurück. Während sie früher viel Zeit mit ihren Freundinnen verbrachte, sitzt sie nun in den Pausen **allein** und wirkt oft **traurig und erschöpft**. Ihre **schulischen Leistungen haben deutlich nachgelassen**, und sie scheint das **Interesse an Fächern verloren** zu haben, die ihr früher Spaß gemacht haben – wie Deutsch und Musik. Ihren Lehrkräften fällt auf, dass Julia häufig **in Gedanken versunken** ist und sich nur **schwer auf den Unterricht konzentrieren** kann. Sie **beteiligt sich kaum noch** am Unterrichtsgeschehen und wirkt **distanziert**. Mehrmals hat sie Aufgaben **nicht rechtzeitig abgegeben** und wirkte **überfordert**, wenn sie nach ihren Gründen gefragt wurde. Zudem hat Julia in letzter Zeit **stark an Gewicht verloren**, da sie immer seltener isst. Sie sagt, sie habe **oft keinen Appetit**, könnte **abends schwer einschlafen** und fühle sich permanent **müde und kraftlos**. Von einer Lehrkraft auf ihr Verhalten angesprochen meint Julia, dass „**eh alles egal ist**“ und „**niemand sie verstehen würde**“.

Glücklich

41



Glücklich



43

Video: <https://www.youtube.com/watch?v=vWEALfbZYzk>

Glücklich

44

PÄDAGOGISCHE HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN BEI DEPRESSIONEN



45

Glücklich Illustration: S. Schmid

WAS KANN MAN ALS LEHRKRAFT PRÄVENTIV TUN?



Sensibel sein für Verhaltensänderungen
Erfolge bestärken
Mit anderen austauschen (Multiprofessionelle Teamarbeit)
Beziehung aufbauen
Gespräch suchen
Gesundes Umfeld schaffen
Eigene Grenzen reflektieren

46

Glücklich

WAS SIND SCHUTZFAKTOREN UND WELCHE GIBEN SIE AUF?



Personale Faktoren
Nutzung bewährter Lösungsstrategien
Lösungsorientierte Perspektive

Positives Familienklima

Soziale Unterstützung
-von Familie
-von Lehrkräften
-von Gleichaltrigen

Positives Schulklima
Positives & wertschätzendes Klassenklima
Positive Beziehung zu Lehrkräften

Je stärker Schutzfaktoren (Ressourcen), desto weniger psychische Auffälligkeiten

47

Glücklich

GESUNDES UMFELD SCHAFFEN

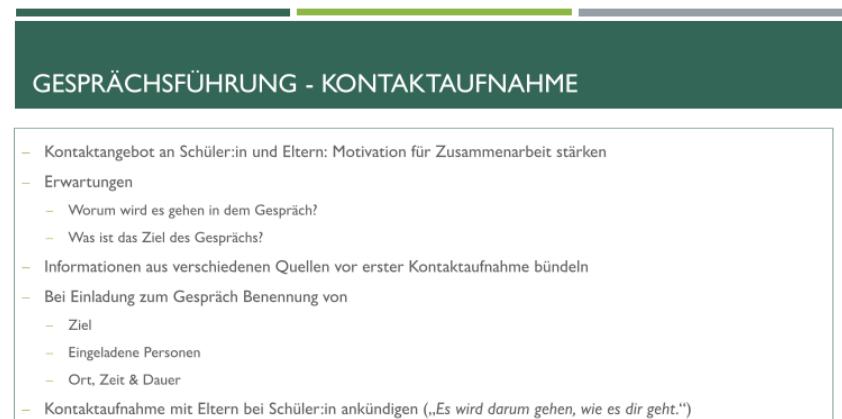
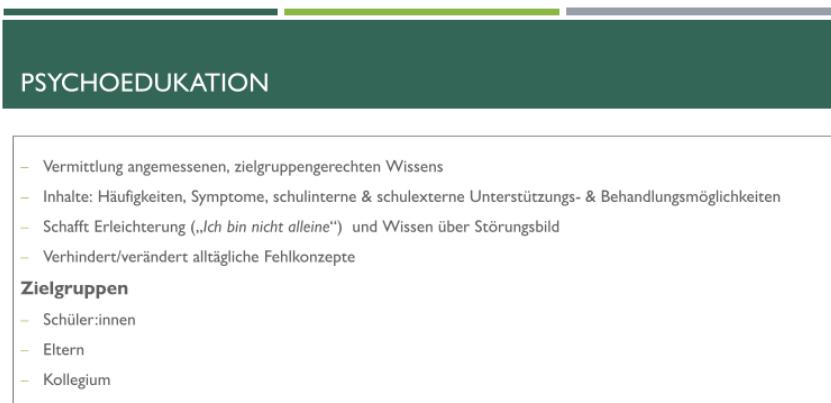
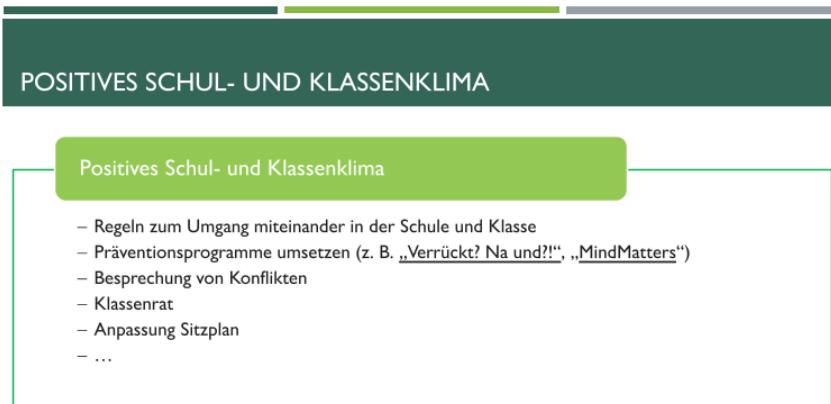


Gesundes Umfeld schaffen

- Krisen und Überforderung enttabuisieren
- Vorurteile mit Aufklärung begegnen
- Integration ausgegrenzter Schülerinnen und Schüler fördern
- Mitsprachemöglichkeiten für Schülerinnen und Schüler schaffen
- Unterstützungs- und Beratungsangebote bekannt machen
- Abläufe und Verantwortlichkeiten bezüglich Früherkennung klären (Hilfennetzwerke!)

48

Glücklich



GESPRÄCHSFÜHRUNG – VORBEREITUNG GESPRÄCH

Vorbereitung

- Kenntnisstand der Beteiligten antizipieren, ggf. psychoedukative Informationen und Fragen vorbereiten
- Kontaktdata von Hilfsstellen bereithalten (z. B. Familienberatungsstellen, Therapeut:innen)

Im Gespräch

- Ruhige Atmosphäre
- **Gemeinsame** Lösungssuche

Beteiligung Schüler:in (Ahl, 2022)

- Schüler:in anhören, auch zur Identifikation Belastungsfaktoren
- Schüler:in bei Entwicklung Lösungswege beteiligen
- Kooperation von Schüler:in notwendig für gelingende Zusammenarbeit

Bei Themen wie Erziehungsverhalten, Elternverantwortung o. ä. Trennung Erwachsenen- und Kind-Ebene sinnvoll!

Castello, Grabowski & Brodersen (2024)

53

GESPRÄCHSFÜHRUNG MIT SCHÜLER:IN

- Gespräch anbieten und Besorgnis signalisieren
- Keine zusätzliche Belastung, sondern „verstanden werden“
- Zeit nehmen und Gesprächsfluss nicht beeinflussen
- Keine hohe Erwartung an Erstgespräch
- Zuhören und Verständnis für Situation und Gefühle zeigen
- Beobachtung von Interpretation unterscheiden
- Nächste Schritte benennen, aber nicht sofort viele Lösungen aufzeigen → kann überfordern
- Keine Sindiskussion über Richtig und Falsch führen
- Eigene Grenzen kennen und einhalten
- **Bei suizidalen Gedanken und Verhaltensweisen keine Verschwiegenheit versprechen**

54

Glücklich

LEISTUNGSRÜCKMELDUNG

Leistungs- rückmeldung

Negative Feedbackschleife durchbrechen

Anstrengung als Einflussfaktor für Leistung betonen

Anstrengung unabhängig von Fähigkeit beeinflussbar

GESPRÄCHSFÜHRUNG - GESPRÄCHSABLAUF

Gesprächsablauf (Henning & Ehninger, 2016)

- Begrüßung
- Inhalt Gespräch („Ich würde gerne darüber sprechen, wie es x/y geht“)
- Ziel Gespräch („Wir sollten heute gemeinsam Schritte planen, wie es jetzt gut weiter gehen kann“)
- Vorschau Struktur („Ich werde kurz meine Sicht darstellen und dann haben Sie die Möglichkeit zu Wort zu kommen. Danach überlegen wir gemeinsam, wie es weitergeht“)
- Darstellung Erkenntnisse („...als wir uns alle gemeinsam über die Klassenfahrt unterhalten haben(...) auf mich gewirkt, als ob du gar nicht da bist.“)
- Gesprächsaufforderung („Mich würde nun interessieren, was Sie darüber denken bzw. du darüber denkst.“) → schriftlich dokumentieren
- An Gemeinsamkeiten orientierte Ziele benennen („Wir wollen alle verstehen, wie es dir eigentlich geht.“) → schriftlich dokumentieren

Castello, Grabowski & Brodersen (2024)

Gespräch sollte max. 45 Minuten lang sein

Glücklich

55

ELTERN - HINDERNISSE

- Nicht immer Kooperation der Eltern bzw. Übernahme Verantwortung für Wohlergehen Kind gewährleistet
- Gemeinsames Interesse Schule und Eltern herausstellen: **Dass es Schüler:in gut geht**

! Bei vollständiger Verweigerung Kooperation bei großer Belastung Schüler:in → Abklärung Verdacht Kindeswohlgefährdung (z. B. KiWo-Skala Schulkind; Bensel et al., 2016)

Glücklich

Castello, Grabowski & Brodersen (2024)

57

NACHTEILSAUSGLEICH

Möglichkeit Nachteilsausgleich

- Temporäre Entlastung Schüler:in durch Nachteilsausgleich
- Ausgestaltung in enger Absprache mit allen Beteiligten & Schüler:in
- Dürfen nicht auf Zeugnis vermerkt werden
- Unterschiedliche Beantragung je nach Bundesland
- → Verordnung Nachteilsausgleich SH



Glücklich

GESPRÄCHSFÜHRUNG IM KOLLEGIUM

Ziele

- Abklärung, ob die Auffälligkeiten nur in einem Fach bzw. bei einer Lehrkraft
- Beteiligte auf einen gemeinsamen Wissenstand zu bringen
- Besprechung des weiteren gemeinsamen Vorgehens

Mögliche Fragen

- Was ist der Kollegin bzw. dem Kollegen konkret aufgefallen?
- Wie lange bestehen diese Auffälligkeiten schon?
- Wie ist die Schülerin bzw. der Schüler im schulischen Alltag dadurch beeinträchtigt?
- Welche Handlungsschritte wurden bereits unternommen?



Castello, Grabowski & Brodersen (2024)

58

Glücklich

NACHTEILSAUSGLEICH

Beispiel Nachteilsausgleich



4.2.3. Möglichkeiten des Nachteilsausgleichs bei Leistungsüberprüfungen:

- Möglichkeit geben, mündliche oder schriftliche Leistungsüberprüfungen in der Einzelsituation durchzuführen
- Entlastung der Schülerin durch Aufzeigen von zeitlichen Alternativen (z. B. Arbeitszeitverlängerung, Pausenregelung, ggf. Nachschreibtermin anbieten)
- Aufteilung der schriftlichen Leistungsüberprüfungen auf mehrere Termine (abhängig von der persönlichen Belastbarkeit und dem Krankheitsverlauf) - hierfür muss ein Antrag bei der Schulaufsicht gestellt werden.
- Tageszeiten berücksichtigen
- eine mündliche statt einer schriftlichen Arbeitsform bzw. eine schriftliche statt einer mündlichen Arbeitsform
- Medikamentengabe berücksichtigen

Glücklich

60

UMGANG MIT DYSFUNKTIONALEN GEDANKEN

Dysfunktionale Gedanken

- automatisch ablaufende, subjektiv zutreffende negative Denkmuster
- Beispiele: „Keiner mag mich.“ / „Ich werde versagen.“ / „Die anderen denken, dass ich komisch bin.“
- In den meisten Situationen und Interaktionen oder bei bevorstehender belastender Situation (z. B. sozialer Interaktion)

Umgang mit dysfunktionalen Gedanken

- Psychoedukation
- **Gedanken gezielt hinterfragen** (z. B. Achte ich nur auf das, was schief geht?)
- Selbstverbalisation
- Mutmachgedanken (z. B. „Ich schaffe das!“)
- Aufmerksamkeitssteuerung
- Ressourcenaktivierung
- Nachträgliche Bewertung Situation (z. B. Förderung günstiger Attributionen)



61

Glücklich

DON'TS



- Begleitung ja – Therapie nein
- Schnelle Ratschläge und Tipps geben
- Vorwürfe machen
- Gefühle herunterspielen (z. B. „Das ist doch alles nicht so schlimm.“)
- Eigene Grenzen überschreiten
- Bei Gefährdung (z. B. suizidales Verhalten) Verschwiegenheit versprechen

Glücklich

62

MULTIPROFESSIONELLE TEAMARBEIT

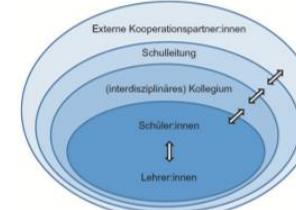
WER SIND MEINE ANSPRECHPARTNER:INNEN?



63

Glücklich

TÄTIGKEITSBEREICHE MULTIPROFESSIONELLER TEAMS



Grundlage für die Bildung Multiprofessioneller Teams

- Welche Professionen arbeiten in der Schule?
- Sind Rolle(n) und Aufgabe(n) dieser Professionen klar definiert und transparent?
- In welcher Form kooperieren diese Professionen bereits miteinander bzw. sollen miteinander kooperieren?
- Wie ist die Zusammenarbeit strukturell verankert? (Formate und Zeitfenster für Absprachen, Gemeinsames Regelkonzept, ...)

zur: Grinner & Kracke (2022). Gesundheitskompetenz, psychische Gesundheit und schulische Inklusion, S. 4 https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-662-62800-3_133-1

Glücklich

64



Anlaufstellen	Beratungslehrkräfte
	Schulsozialarbeit
	Schulpsychologischer Dienst Mehr Informationen unter www.schulpsychologie.de
	Kinder- und Jugendpsycholog:in oder -psychiater:in Adressen unter www.kinderpsychiater.org
	Kinder- und Jugendpsychiatrie Klinikadressen unter www.fideo.de oder www.kinderpsychiater.org
	Jugendamt https://www.jugendaemter.com/jugendaemter-in-deutschland/



SUIZIDALES VERHALTEN IM KINDES- UND JUGENDALTER

WAS IST SUIZIDALES VERHALTEN?

„Suizidalität [Suizidales Verhalten] meint die Summe aller Denk-, Verhaltens- und Erlebensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handelnlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen.“

[Woltersdorf \(2008\)](#)

- Suizid: Zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen ([DESTATIS, 2023](#))
- Suizidgedanken bei ca. 1/3 Schüler:innen ([Voss et al., 2019](#))
- Suizidpläne bei ca. 5 % Schüler:innen ([Voss et al., 2019](#))
- Suizidversuche bei ca. 3 % Schüler:innen ([Voss et al., 2019](#))

Glücklich

69

WIE HÄNGEN DEPRESSIONEN UND SUIZID ZUSAMMEN?

Zusammenhang
Depression und
suizidales Verhalten

- 90 % Suizidenter hatten psychische Störung

- Depression: Hauptsrisikofaktor für suizidales Verhalten



- Ca. 15 % schwer Depressiver versterben durch Suizid

- Mindestens ein Suizidversuch bei 50 % schwer depressiver Personen

- Bei bipolar Erkrankten: höchstes Risiko für suizidales Verhalten

[Bertolote et al., \(2004\); Lönnqvist et al. \(2009\)](#)

Glücklich

70

WELCHE RISIKOGRUPPEN GIBT ES?

Risikofaktoren



Psychische Störung



Junge Männer



Suizidales Verhalten
im Umfeld



Frühere Suizidversuche

Glücklich

71

WAS SIND ALARMSIGNALE FÜR SUIZIDALES VERHALTEN?

Alarmsignale



Suizidale Kinder und
Jugendliche wollen
meistens nicht sterben,
sondern erleben ihre
aktuelle Lebenssituation
als aussichtslos und
hoffnungslos.

- Verändertes Sozialverhalten (z. B. extremer Rückzug)

- Auffällige Verhaltensänderungen (z. B. intensive Beschäftigung mit Todesthematik)

- Regeln persönlicher Angelegenheiten (z. B. Verschenken Eigentum)

- Sehr belastende Lebenssituationen / wenig Ressourcen

- Versteckte oder offene Suizidabsichten (z. B. Aufsätze, Gedichte, Bilder, Chats)

Glücklich

72

Video: <https://www.youtube.com/watch?v=4lE0eN9EcD8>



Suizidgedanken und –ankündigungen
immer ernst nehmen



Einschätzung Suizidalität ist nicht Aufgabe
der Lehrkraft

Glücklich

73

WAS KANN MAN ALS LEHRKRAFT TUN?

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| 
Gespräch und Kontakt anbieten | 
Informationen verfügbar haben - Schulkonzept | 
Bei Gefährdung sofort handeln | 
Gatekeeper-Programme | 
Prävention bzgl. psychischer Belastungen |
| 
Beispiel Handlungsführer | | | | |

75

Glücklich

74

HANDELN BEI SUIZIDVERDACHT

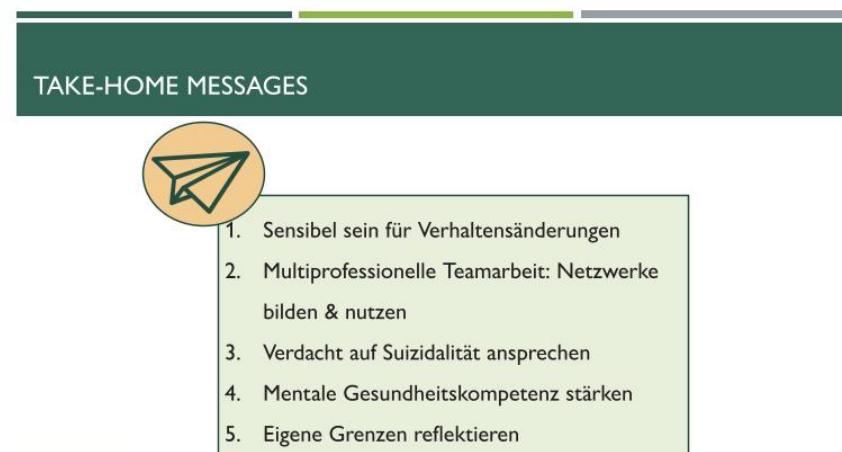
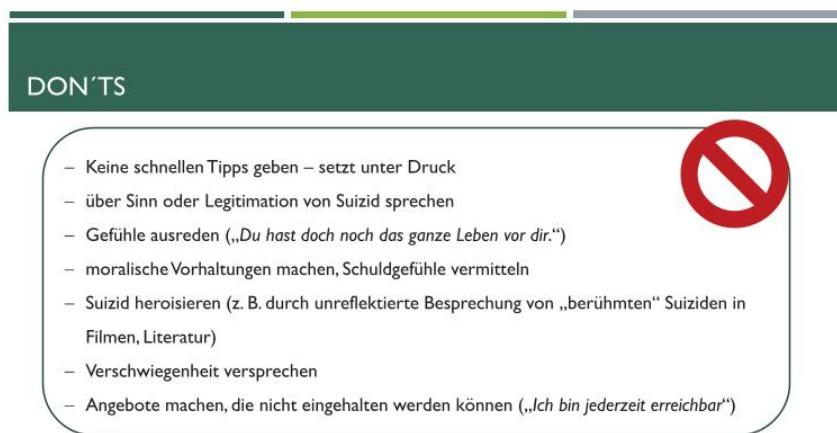
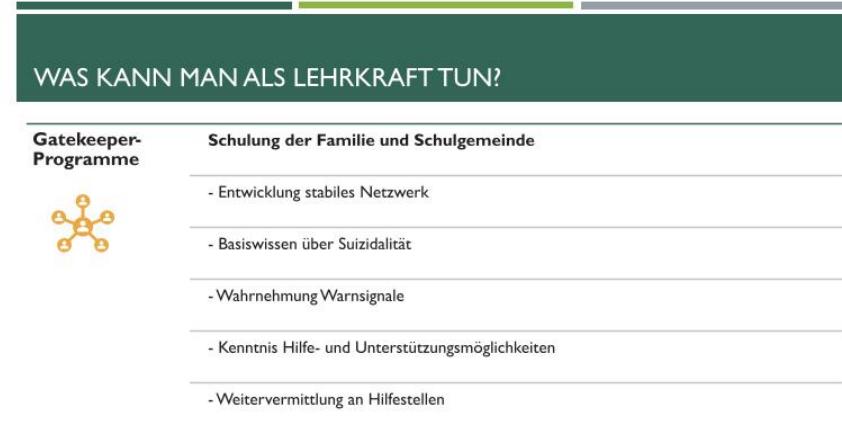
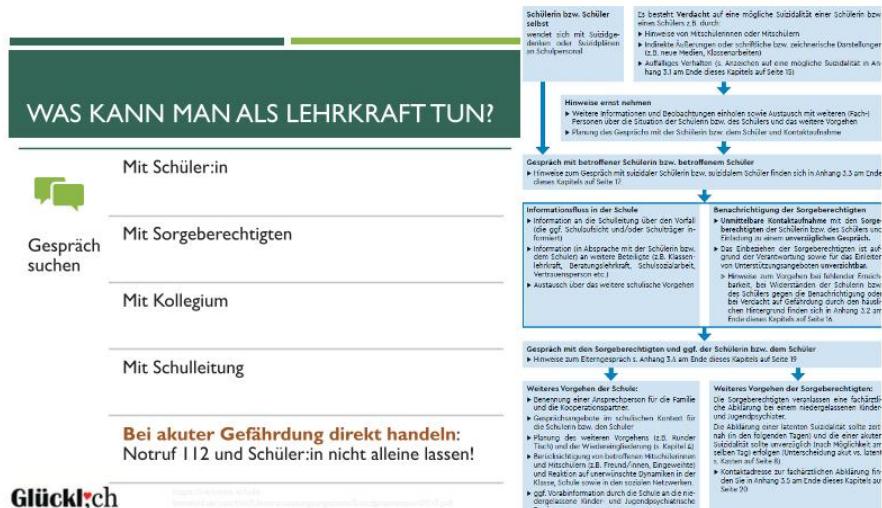
Man darf und muss die Suizidalität direkt und konkret ansprechen.

- Wird Suizidalität bejaht: Wie konkret und aktuell ist suizidale Gefährdung?
 - z. B. „Wie oft hast Du diese Suizidgedanken-/vorstellungen?“, „Seit wann bestehen sie?“, „Hast Du schon konkrete Vorstellungen, wie Du Dich selbst töten willst?“
- Unmittelbare Gefährdung: **Notruf 112** und Schüler:in **nicht** alleine lassen
- Keine unmittelbare Gefährdung bei minderjährigen Schüler:innen:
 - Kollegialer Austausch
 - Information der Sorgberechtigten
 - Gespräch mit suizidaler Schülerin bzw. suizidalem Schüler
 - Unterstützung durch Schulsozialarbeit / Schulpsychologischen Dienst / KJP-Ambulanz



76

Glücklich



WO KANN MAN SICH ALS LEHRKRAFT WEITERGEHEND INFORMIEREN?

Weitere Informationen zu Depressionen und suizidalem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen

www.schule.ich-bin-alles.de
www.deutsche-depressionshilfe.de
www.ifightdepression.com
www.lvgfsh.de
 Infotelefon Depression **0800 33 44 5 33**
www.suizidprophylaxe.de
www.neuhland.net
www.suizidpraevention.de
 Telefonseelsorge : **0800 111 0 111** oder **0800 111 0 222**



81

Glücklich

AN WEN KÖNNEN SICH KINDER UND JUGENDLICHE WENDEN?

Informationen und Hilfe für Kinder und Jugendliche zu Depressionen und suizidalem Verhalten

www.deutsche-depressionshilfe.de „Alles gut bei dir?!“ – Online-Kurs für Jugendliche
www.ich-bin-alles.de
www.frnd.de
www.fideo.de
www.beratungsstelle.neuhland.net
www.youth-life-line.de
 App: KrisenKompass



82

Glücklich

IDEEN FÜR DEN UNTERRICHT



Film „Geheime Schatten“ mit pädagogischem Begleitmaterial ab Klasse 8



Schulbox Depression von FIDEO



Schulfilm Depression von der Deutschen Depressionshilfe



Unterrichtsverläufe und –materialien von planet schule

Mental Health | Unterricht

83

Glücklich

LITERATUR ZUM WEITERLESEN



Castello, Grabowski & Brodersen (2024):
 Depressivität im Schulalter.
 ISBN 978-3-17-043627-5



Armin Castello
 Gunnar Brodersen
 Unterricht und Förderung bei Depressionen
 Psychologisches Wissen für Lehrkräfte
 ISBN: 9783801729806

84

Glücklich



LITERATUR ZUM WEITERLESEN

Depressionen und Suizidalität im Kindes- und Jugendalter
Konsensmeeting
Depressionen und Suizidalität im Kindes- und Jugendalter gehören zu den häufigsten psychischen Störungen in Kindergarten- und Schuleinrichtungen und pedagogischen Handlungsratgebern können Schäden gegen sich, andere und die Institutionen verhindern.

Grabowski, Brodersen
& Castello (2024).
Depressionen und
Suizidalität im Kindes-
und Jugendalter
(PÄDAGOGIK-Beitrag)



Handlungseitfaden
BI
Umgang mit suizidalen Krisen
und Suizidprävention
an Bildungseinrichtungen

Handlungseitfaden
suizidale Krisen

95

Glücklich

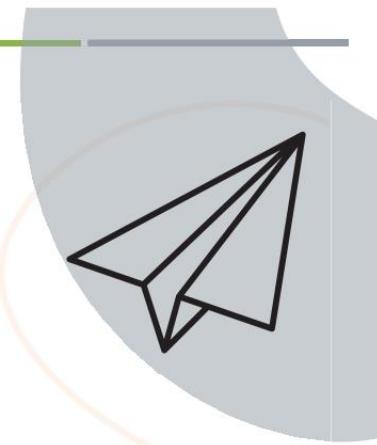
HABEN SIE FRAGEN?



Glücklich

VIELEN DANK!

Friederike Grabowski
friederike-carlotta.grabowski@uni-flensburg.de



Glücklich

Glücklich

E4. Vorlage für Hilfennetzwerk zur Fortbildung *glücklich*

Hilfennetzwerk für depressive Schülerinnen und Schüler

Region:



Hilfestelle	Kontakt
Schulsozialarbeit	Name: Adresse: Telefonnummer: E-Mail:
Schulpsychologischer Dienst	Name: Adresse: Telefonnummer: E-Mail:
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Name: Adresse: Telefonnummer: E-Mail:
Jugendamt	Name: Adresse: Telefonnummer: E-Mail:
Regionale Krisennummer	Name: Adresse: Telefonnummer: E-Mail:
Andere Hilfestelle	Name: Adresse: Telefonnummer: E-Mail:
Andere Hilfestelle	Name: Adresse: Telefonnummer: E-Mail:

Hilfreiche Links für die Recherche

- Schulpsychologischer Dienst: <https://schulpsychologie.de/beratungsstellen>
- Kinder- und Jugendpsychiatrien: <https://www.kinderpsychiater.org/praxen-kliniken-ambulanzen/>
- Jugendamt: <https://www.jugendaemter.com/jugendaemter-in-deutschland/>