



Psychische Gesundheit in der Kindheit: Sensibilisierung und Früherkennung

Fachinformationen für die pädiatrische
und die hausärztliche Praxis

Ein Gemeinschaftsprojekt der Departemente Gesundheit und Angewandte Psychologie



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Inhalt

1. Förderung der psychischen Gesundheit	3
1.1 Stärkung der psychischen Gesundheit – zentrale Faktoren und Tipps	
1.2 Häufigkeit von psychischen Störungen im Kindesalter	
2. Früherkennung von psychischen Störungen	7
2.1 Angststörungen	
2.2 Depression	
2.3 Screening Tools	
2.4 Überweisung	
3. Weiterführende Informationen	13
4. Referenzen	14

Diese Broschüre richtet sich an Kinder- beziehungsweise Hausärztinnen und -ärzte, die Schulkinder im Alter von 6 bis 12 Jahren betreuen. Die Broschüre enthält Informationen zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Früherkennung von psychischen Störungen von Kindern.

1. Förderung der psychischen Gesundheit

«Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann.» (1)

Viele psychische Störungen entstehen bereits im Kindes- und Jugendalter. Betroffen sind schätzungsweise 10–20 Prozent der Kinder und Jugendlichen, welche die subklinische oder klinisch ausgeprägte Symptome zeigen. Psychische Störungen bleiben oft bis ins Erwachsenenalter bestehen, belasten die betroffene Person sowie ihr Umfeld und können zu hohen Folgekosten führen. Daher sind die Stärkung der psychischen Gesundheit und die Früherkennung von psychischen Störungen bereits in der Kindheit zentrale Public-Health-Aufgaben. Kinder- sowie Hausärztinnen und -ärzte sind die Ärztesgruppe, die von der Bevölkerung am häufigsten aufgesucht wird, deshalb hat dieses Setting in der Primärversorgung ein hohes Präventionspotenzial. Da psychische Störungen in den Kinder- und Hausarztpraxen oft nicht oder erst spät erkannt werden, wurden eine Elterninformation sowie diese Fachinformation zur Sensibilisierung für Sie als Kinder- beziehungsweise Hausärztin oder -arzt erstellt. Diese Broschüren sollen Sie mit Informationen zur Stärkung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen darin unterstützen, Eltern niederschwellig für das Thema zu sensibilisieren und sie darauf anzusprechen.

1.1 Stärkung der psychischen Gesundheit – zentrale Faktoren und Tipps

Die Elterninformation «Wie stärke ich die psychische Gesundheit meines Kindes?» richtet sich an Eltern 6- bis 12-jähriger Kinder. Sie beinhaltet zehn wichtige Tipps zur Förderung der psychischen Gesundheit. Dieser Flyer kann von Ihnen als Fachperson als Gesprächseinstieg genutzt werden, um über das psychische Wohlbefinden der Kinder zu sprechen und die Eltern für das Thema psychische Gesundheit zu sensibilisieren. Für Jugendliche wurde entsprechend die Broschüre «Heb der Sorg» erstellt.

Grundsätzlich wird die psychische Gesundheit von Kindern gefördert, indem ihre internen und externen Schutzfaktoren und Ressourcen gestärkt werden. Bei Kindern, die bereits mehreren Risikofaktoren ausgesetzt sind, wird empfohlen, neben dem Stärken der Ressourcen auch eine Verminderung der Risikofaktoren anzustreben (2). Eltern aus vulnerablen Gruppen, wie beispielsweise alleinerziehende Elternteile oder Elternteile mit einer psychischen Erkrankung, sollten konkret auf Unterstützungsbedarf angesprochen werden, da diese eventuell aus Scham nicht von sich aus berichten, dass sie mit den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen überfordert sind.

Einige Faktoren, die einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern haben, lassen sich nicht oder nur schwer beeinflussen (z. B. Armut, tiefer sozioökonomischer Status, Erkrankungen der Eltern usw.). Daneben gibt es aber auch beeinflussbare Faktoren. Diese werden im Folgenden erläutert. Für die Erarbeitung des Elternflyers wurden Faktoren aus wissenschaftlicher Literatur zu Resilienz, positiver Psychologie und den Lebenskompetenzen gemäss WHO (3) zusammengestellt. Dabei lag der Fokus auf Faktoren, die durch die Eltern beeinflusst und zu denen alltagsnahe Tipps abgegeben werden können. Die folgende Tabelle listet zehn Schutzfaktoren und jeweils Tipps zur Stärkung des genannten Faktors auf, sowie Vorschläge, wie das Vorhandensein der Schutzfaktoren erfragt werden kann.

Flyer «Wie stärke ich die psychische Gesundheit meines Kindes?» als Gesprächseinstieg

Um einen Eindruck zu gewinnen, wie es dem Kind geht, und das Vorhandensein von Ressourcen abzuschätzen, sind Fragen zu diesen Schutzfaktoren eine geeignete Hilfestellung. Die Fragen können sowohl an das Kind als auch an die Eltern gestellt werden, jedoch ist es wichtig, das persönliche Erleben des Kindes zu berücksichtigen. Seine Selbstwahrnehmung kann sich von der Aussenwahrnehmung der Eltern unterscheiden, insbesondere bei internalisierenden Auffälligkeiten (4). In der nachfolgenden Tabelle sind Vorschläge für Fragen an die Eltern formuliert, in Anlehnung an die Tipps im Flyer «Wie stärke ich die psychische Gesundheit meines Kindes?». Die Formulierungen können jeweils so angepasst werden, dass sie sich an das Kind oder die Eltern richten, zum Beispiel an die Eltern: «Was sind die Stärken Ihres Kindes?» an das Kind: «Was kannst du besonders gut?»

Schutzfaktoren	Beschreibung	Fragen an die Eltern und das Kind
Selbstwert (self-esteem) Interne Ressourcen	Wert, den man sich selbst zuschreibt. Ein hoher Selbstwert beinhaltet, sich mit seinen Stärken und Schwächen anzunehmen. Selbstwert ergibt sich aus dem sozialen Kontext und der Erfahrung, dass man wichtig ist, gebraucht wird und in der Gesellschaft/Schule/Familie etwas bewirken kann. Ein hoher Selbstwert ist ein wichtiger protektiver Faktor für die Gesundheit (2,5).	<ul style="list-style-type: none"> • Was sind die Stärken Ihres Kindes? • Betonen Sie diese Stärken: «Ich finde es toll, dass du ...» oder «Du kannst besonders gut ...». • Versteht Ihr Kind, dass manchmal auch Kritik wichtig ist? Wie können Sie es ihm erklären? Fehler zu machen, hat nichts mit Schwäche zu tun. Kritik kann uns helfen, uns zu verbessern. • Wann/Wie bekommt Ihr Kind mit: «Wir haben dich lieb, so wie du bist» und «Du musst nicht besser sein als andere, um ein wertvoller Mensch zu sein»? • Anerkennen Sie, wenn Ihr Kind sich bemüht, etwas zu schaffen? Wie feiern Sie gemeinsam kleine Fortschritte?
Problemlösefähigkeiten Interne Ressourcen	Fähig sein, Probleme oder Herausforderungen in verschiedenen Lebensbereichen konstruktiv anzugehen. Dazu gehört zum Beispiel, sich entsprechende Strategien anzueignen oder ein grösseres Problem in kleinere Handlungsschritte herunterzubrechen (3,6).	<ul style="list-style-type: none"> • Wie geht Ihr Kind vor, wenn es bei einem Problem ansteht? • Weiss Ihr Kind, wo es sich Hilfe holen kann? • Lassen Sie Ihr Kind Probleme allein lösen? Helfen Sie nur, wenn es nötig ist, zum Beispiel indem Sie zusammen kleine machbare Handlungsschritte planen? • Auch wenn es schwierig ist: Denken Sie daran, dass Ihr Kind durch Misserfolge dazulernt. Helfen Sie ihm, einen neuen Anlauf zu nehmen. Ihr Kind soll lernen, nicht vorschnell aufzugeben.
Selbstwirksamkeit (self-efficacy) Interne Ressourcen	Persönliche Einschätzung der eigenen Kompetenz sowie die subjektive Überzeugung, dass man fähig ist, etwas auszuführen oder zu erlernen. Selbstwirksamkeit steht in Zusammenhang mit dem Kohärenzgefühl im Konzept der Salutogenese* (2,7).	<ul style="list-style-type: none"> • Hat Ihr Kind Aufgaben, für die es verantwortlich ist, zum Beispiel im Haushalt? • Welche Dinge oder Aufgaben kann Ihr Kind selbständig ausführen? Zum Beispiel selbst kochen, etwas reparieren, sich um das Haustier kümmern, jemandem helfen oder selbst etwas herstellen. • Erfolgserlebnisse sind wichtige Erfahrungen, die dem Kind zeigen sollen: Ich kann etwas beeinflussen!
Optimismus Interne Ressourcen	Positive Erwartung im Hinblick auf zukünftige Entwicklungen haben. Die positiven Seiten im Leben wahrnehmen, eine Perspektive und positiven Ausblick haben, das Leben als Geschenk wahrnehmen. Eine optimistische Haltung hilft in schwierigen Situationen, weiterzumachen (2,8,9).	<ul style="list-style-type: none"> • Helfen Sie Ihrem Kind, auch bei negativen Erlebnissen einen positiven Ausblick zu entwickeln? Vermitteln Sie ihm: nach Tiefen kommen auch wieder Höhen? • Tauschen Sie sich mit Ihrem Kind über die Erlebnisse eines Tages aus, erzählen Sie beide, was heute gut gelaufen ist und was weniger? Ein Abendritual kann helfen, den Tag positiv abzuschliessen und erholsam zu schlafen. • Lassen Sie Ihr Kind jeden Tag ein schönes Erlebnis aufschreiben oder zeichnen, zum Beispiel in einem Tagebuch? Eine optimistische Haltung lässt sich durch solche Übungen trainieren.
Emotionsregulation Interne Ressourcen	Fähigkeit, Emotionen wahrzunehmen, erkennen und angemessen mit ihnen umzugehen. Zur Emotionsregulation können unterschiedliche Strategien erlernt werden. Eine wichtige Komponente, die zur Emotionsregulation benötigt wird, ist zum Beispiel die Impulskontrolle (9,10).	<ul style="list-style-type: none"> • Gehen Sie auf die Gefühle Ihres Kindes ein? Benennen Sie seine Gefühle wie: «Kann es sein, dass du traurig/wütend/enttäuscht bist?». • Sind Sie interessiert und fragen nach, wenn Ihr Kind von einer schwierigen Situation erzählt? • Überlegen Sie gemeinsam Strategien, wie das Kind mit Gefühlen umgehen kann? Zum Beispiel, wenn es traurig ist, mit Eltern oder einem Kuscheltier kuscheln oder sich ablenken. • Sind Sie ein Vorbild, indem Sie offen mit Gefühlen umgehen? Erklären Sie Ihre Gefühle und wie Sie damit konstruktiv umgehen?

Schutzfaktoren	Beschreibung	Fragen an die Eltern und das Kind
Erholung Interne Ressourcen	Zeitraum, in dem das Kind frei entscheiden kann, was es machen will, und Zeit für sich selbst hat. Ausreichend Zeit für Erholung hilft, ausgeglichen zu bleiben und besser mit Stresssituationen umzugehen (9).	<ul style="list-style-type: none"> • Bei welchen Tätigkeiten kann sich Ihr Kind gut entspannen? (z. B. beim Lesen oder Musikhören) • Hat Ihr Kind täglich Zeit, um sich selbst zu beschäftigen und sich zu entspannen? • Auch Nichtstun ist eine wichtige Aktivität. Sie hilft, besser durch stressreiche Zeiten zu kommen.
Familienklima Externe Ressourcen	Atmosphäre, die zwischen den Familienmitgliedern herrscht. Ein positives Familienklima gilt als Ressource für die Kinder. Dies beinhaltet, dass die Familie als Unterstützung und verlässliche Ressource wahrgenommen wird und ein Gefühl der Sicherheit und des Vertrauens aufgebaut werden kann. Auch verlässliche Bezugspersonen ausserhalb der Familie können eine stärkende Funktion haben (2,11).	<ul style="list-style-type: none"> • Planen Sie regelmässig Zeit ein, in der Sie als Mutter, als Vater oder gemeinsam als Eltern etwas Schönes mit Ihrem Kind unternehmen? • Wer entscheidet, was Sie unternehmen? Entscheiden Sie sich gemeinsam oder lassen Sie immer abwechselnd ein anderes Familienmitglied entscheiden, was Sie zusammen machen? • Tragen Sie Konflikte zwischen Familienmitgliedern fair aus, indem Sie allen zuhören und Entscheide begründen? • Strukturieren Sie den Alltag? Alltägliche Rituale wie ein gemeinsames Essen schaffen Verlässlichkeit. Es muss nicht immer ein spezieller Ausflug sein.
Freunde / soziale Unterstützung Externe Ressourcen	Gleichaltrige Bezugspersonen (Freunde) oder ältere Bezugspersonen ausserhalb der Kernfamilie (z. B. Verwandte, Lehrpersonen, Vereinsleitende). Soziale Unterstützung durch Freunde oder Bezugspersonen gilt als wichtige Ressource. Dabei ist die Anzahl der Freunde/Bezugspersonen weniger wichtig als die Qualität der Beziehung zu diesen (2,11).	<ul style="list-style-type: none"> • Gute Freunde kümmern sich, respektieren sich, lassen sich Freiheiten und unternehmen Dinge, die beide/alle mögen. • Besprechen Sie mit Ihrem Kind, welche Freunde ihm guttun? Erklären Sie, wie Kinder dazu beitragen können, gute Freundschaften zu schliessen und zu pflegen? • Geben Sie Ihrem Kind die Möglichkeit, sich mit anderen Kindern zu treffen? (z. B. bei einem gemeinsamen Hobby draussen oder zu Hause)
Natur Externe Ressourcen	Beinhaltet Pflanzen, Tiere, Gewässer und Gesteine. Mehrere Studien belegen, dass grüner Raum/Natur einen positiven Einfluss auf die mentale Gesundheit von Kindern hat (12,13). Entsprechend sollten sich Kinder regelmässig in der Natur aufhalten.	<ul style="list-style-type: none"> • Gehen Sie mit Ihrem Kind regelmässig in die Natur? (z. B. in den Wald oder an einen Fluss) • Was machen Sie in der Natur? Welche Aktivitäten macht Ihr Kind gerne draussen?
Offline-Beschäftigung Externe Ressourcen	Aktivitäten ohne die Nutzung von Medien. Studien zeigen Zusammenhänge zwischen Medienkonsum im Kindesalter und Bewegungsmangel, Übergewicht und Schlafqualität. Es wurden ebenfalls Zusammenhänge mit psychischen Störungen wie Sucht, Depression und Ängsten gefunden, wobei hier die kausale Richtung nicht eindeutig geklärt ist (14–16). Entsprechend sollten regelmässig «Offline-Zeiten» eingeplant werden, um anderen Aktivitäten nachzugehen, zum Beispiel sozialen Aktivitäten oder Aktivitäten in der Natur. Schlaf: 6- bis 12-jährige Kinder sollten 9 bis 12 Stunden pro Tag schlafen (17). Etwa eine Stunde vor dem Schlafengehen sollten alle Bildschirme heruntergefahren werden (18).	<ul style="list-style-type: none"> • Legen Sie Zeiten ohne Benutzung von digitalen Medien (Smartphone, Tablet, Laptop, TV usw.) fest? (z. B. keine Benutzung vor den Hausaufgaben oder beim Essen) • Benutzt Ihr Kind oft Medien vor dem Schlafengehen? • Bekommt Ihr Kind genügend Schlaf? Wie viele Stunden schläft es? • Interessiert es Sie, was Ihr Kind online macht? Fragen Sie nach, welche Spiele-Apps Ihr Kind besonders mag und weshalb? Zeigen Sie offenes Interesse? • Legen Sie auch für sich persönlich Offline-Zeiten fest, damit Ihr Kind sieht, dass auch Sie für bestimmte Zeit auf digitale Medien verzichten können?

* Salutogenese: Wissenschaft der Entstehung von Gesundheit und den dahinterliegenden Prozessen, als Gegenstück zur Pathogenese, welche die Entstehung von Krankheit beschreibt. In der Prävention und Gesundheitsförderung steht die Salutogenese für einen Ansatz, der sich auf die Vorbeugung von Krankheiten beziehungsweise die Förderung von Gesundheit sowie auf die Stärkung individueller Ressourcen beziehungsweise Schutzfaktoren konzentriert. Das zentrale Modell der Salutogenese stammt von Aaron Antonovsky (19).

1.2 Häufigkeit von psychischen Störungen im Kindesalter

Bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen muss immer auch das Entwicklungsalter berücksichtigt werden.

«Eine psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen liegt vor, wenn das Verhalten und/oder Erleben bei Berücksichtigung des Entwicklungsalters abnorm ist und/oder zu einer Beeinträchtigung führt.» (20)

Viele psychische Störungen treten schon früh im Leben auf. Internationale Studien schätzen, dass 10 bis 20 Prozent der Kinder von einer psychischen Störung betroffen sind (21,22). Zu den Betroffenen werden auch Kinder mit subklinischen Symptomen gezählt, welche von den Kinder- beziehungsweise Hausärztinnen und -ärzten ebenfalls sorgsam beobachtet werden müssen. Zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindesalter gehören Angststörungen und externalisierende Störungen (22). Im Jugendalter treten Depressionen, Substanz- und Essstörungen vermehrt auf (22). In der Schweiz ist die Datenlage zur Prävalenz von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen eher schwach (23). Daher lassen sich nicht für alle Störungen Prävalenzzahlen angeben. Die einzige repräsentative Studie aus dem Jahre 1994 wies eine Sechs-Monats-Prävalenzrate von 22,5 Prozent auf in der Altersgruppe von 6- bis 17-Jährigen (24). In dieser Studie hatten 11,4 Prozent der Kinder eine Angststörung, 6 Prozent eine Ticstörung und 5,3 Prozent eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (24). Die BELLA-Studie aus dem deutschen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) analysierte Daten von 2009 bis 2012. In dieser Studie zeigten sich bei insgesamt 17,2 Prozent der Kinder und Jugendlichen in der Altersgruppe von 3- bis 17-Jährigen diagnostisch oder klinisch bedeutende Hinweise für psychische Auffälligkeiten (25). Weitere Störungen, die häufig im Kindesalter auftreten können, sind beispielsweise depressive Störungen, Zwangsstörungen und Autismus (26–29), auch Anpassungsstörungen sind relativ häufig in der Praxis, jedoch existiert zu diesen wenig wissenschaftliche Literatur und somit fehlen auch dort aktuelle Prävalenzzahlen (30).

Einige Störungen, welche im Kinder- und Jugendalter auftreten, remittieren wieder, andere haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, bis ins Erwachsenenalter weiter zu bestehen. Zu den Letzteren gehören unter anderem Angststörungen, affektive Störungen, Zwangsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens (20).

Angststörungen und Depressionen gehören zu den eher «stillen» psychischen Störungen und werden deshalb von den Bezugspersonen und insbesondere in der Schule als weniger auffällig oder störend wahrgenommen. Damit verbunden ist eine geringere Diagnosewahrscheinlichkeit. Daher werden in dieser Broschüre Angststörungen und Depressionen im Kindesalter separat beschrieben. Im Vergleich zu den «stillen» Störungen fallen hyperkinetische Störungen, Ticstörungen oder Störungen des sozialen Verhaltens mehr auf und laufen somit weniger Gefahr, übersehen zu werden (31), wobei bei Mädchen Störungen wie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen oft erst spät diagnostiziert werden, da ihre Symptome weniger auffällig sind. Kinder mit psychischen Störungen leiden häufiger als Kinder ohne eine solche Störung auch im Erwachsenenalter an einer psychischen Störung. Eine frühzeitige Erkennung und Behandlung von psychischen Störungen ist deshalb zentral, um Leid und Folgekosten im Jugend- und Erwachsenenalter zu vermindern. Studien zeigen, je früher behandelt wird, umso besser ist die kurz- und langfristige Diagnose (29,32).

2. Früherkennung von psychischen Störungen

Es gibt drei wichtige Punkte, in denen sich die Einschätzung von psychischen Störungen oder Symptomen bei Kindern und Jugendlichen von derjenigen von Erwachsenen unterscheiden (33):

- Bei Kindern ist der Zusammenhang mit der Entwicklung sehr wichtig. Verhaltensweisen, die bei einem Kleinkind normal sind, können in einem späteren Alter auf eine psychische Störung hinweisen.
- Kinder leben im sozialen System der Familie, das einen grossen Einfluss auf die Symptome und das Verhalten des Kindes hat. So haben Kinder psychisch kranker Eltern ein erhöhtes Risiko, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken.
- Kinder haben oft nicht die sprachlichen oder kognitiven Möglichkeiten, ihre Symptome genau zu beschreiben. Daher ist es wichtig, dass Sie als Ärztin oder Arzt das Kind selbst beobachten und Informationen von Familie und Schule einholen.

In vielen Fällen sind Entwicklungs- und Verhaltensprobleme (z. B. abfallende schulische Leistungen, Verzögerungen im Spracherwerb, Defizite in der sozialen Kompetenz) schwierig von den Problemen aufgrund einer psychischen Störung zu unterscheiden. In diesen Fällen sollten formale Entwicklungs- und neuropsychologische Tests Teil der Untersuchung sein, auch um allfällige Differenzialdiagnosen auszuschliessen (33). Mögliche Differenzialdiagnosen bei Entwicklungs- und Verhaltensproblemen könnten beispielsweise Lernschwierigkeiten aufgrund einer Lese-Rechtsschreib-Störung, kognitive Probleme, Mobbing in der Schule, Schwierigkeiten mit der Lehrperson oder schwierige familiäre Situationen (z. B. Scheidung, Gewalt, Alkohol) sein. Als Kinder- beziehungsweise Hausärztin oder -arzt haben Sie bei diesen Differentialdiagnosen eine wichtige Position inne, da Sie das Umfeld des Kindes gut kennen.

Im Folgenden werden die Symptome von Angststörungen und Depressionen im Kindesalter näher beschrieben.

2.1 Angststörungen

Die wahrscheinlich häufigste Manifestation einer Angststörung bei Kindern und Jugendlichen ist die Schulverweigerung. Dabei lassen sich je nach Ursache Trennungsängste, soziale Ängste, Prüfungsängste und Schulängste im engeren Sinne voneinander unterscheiden. Dabei sollte immer die Möglichkeit, dass das Kind in der Schule gemobbt wird oder eine Lernschwierigkeiten aufweist, berücksichtigt werden. Solche schulischen Probleme können auch zu einer Anpassungsstörung (mit Angstsymptomen) führen. Die Behebung des Problems führt häufig dazu, dass die Kinder wieder gerne in die Schule gehen und die Symptome remittieren.

Einige Kinder beklagen sich direkt über ihre Angst und beschreiben sie mit Ausdrücken wie:

- «Ich habe Angst, dich nie mehr wiederzusehen.» (Angst vor Trennung)
- «Ich habe Angst, dass die Kinder mich auslachen.» (soziale Angst)
- «Ich kann nicht zur Schule gehen, weil ich Bauchweh habe.» (somatische Symptome)

Bei manchen Kindern versteckt sich ihr Unbehagen hinter somatischen Beschwerden, was die Erkennung einer möglichen Angststörung erschweren kann. Somatische Beschwerden einer zugrundeliegenden Angststörung äussern sich oft in unspezifischen Bauchschmerzen, Übelkeit und Kopfschmerzen. Mehrere Langzeitstudien bestätigen auch, dass viele Kinder mit somatischen Beschwerden, vor allem Bauchschmerzen, eine zugrunde liegende Angststörung haben (35).

Im Kindes- und Jugendalter wird nach der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) 10 zwischen vier Angststörungen unterschieden (36):

- emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters (F93.0)
- phobische Störung des Kindesalters (F93.1)
- Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (F93.2)
- generalisierte Angststörung des Kindesalters (F93.8)

Störung	Symptomatik	Ausschlusskriterien	Dauer
Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	Übermässig starke/unrealistische Angst in Erwartung der oder unmittelbar bei einer Trennung von den Eltern oder anderen engen Bezugspersonen	Generalisierte Angststörung	Mindestens 4 Wochen
Phobische Störung des Kindesalters	Unangemessene, anhaltende und starke Angstreaktion gegenüber bestimmten Objekten, Situationen oder Tieren, von denen keine reale Gefahr ausgeht	Generalisierte Angststörung	Mindestens 4 Wochen
Störung mit sozialer Ängstlichkeit	Anhaltende Angst in sozialen Situationen mit fremden Erwachsenen oder Gleichaltrigen. Grosse Befangenheit, Verlegenheit oder auch übertriebene Sorge über die Angemessenheit des eigenen Verhaltens gegenüber fremden Personen	Generalisierte Angststörung	Mindestens 4 Wochen
Generalisierte Angststörung des Kindesalters	Übermässig starke oder unbegründete und nicht kontrollierbare Sorgen über verschiedene Situationen und Lebensbereiche: Sorgen über Kleinigkeiten wie Unpünktlichkeit, Sorgen darüber, sich richtig verhalten zu haben, gut genug in der Schule oder im Sport zu sein oder genug Freunde zu haben.		Mindestens 6 Monate

(adaptiert aus 31)

2.2 Depression

Depressionen gehören zu den affektiven Störungen. Depressive Störungen sind durch depressive Verstimmungen oder Verlust an Freude gekennzeichnet, begleitet von anderen kognitiven, verhaltensorientierten oder neurovegetativen Symptomen, welche die Funktionsfähigkeit des Betroffenen bedeutsam beeinflussen können (ICD-11, in 20). Depressionen gehören bei Kindern und Jugendlichen zu den häufigsten Störungen (37). Reine depressive Störungen sind bei Kindern und Jugendlichen jedoch eher selten, oft liegt eine komorbide Störung vor, am häufigsten in Kombination mit Angststörungen (20). Depressive Symptome können auch bei einer Anpassungsstörung vorherrschen. Deshalb werden nachfolgend auch die Symptome einer Anpassungsstörung vorgestellt.

- Im Kleinkindalter können sich depressive Symptome in Form von Gehemmtheit, Trennungsängsten und Antriebsminderung zeigen.
- In der Kindheit können sich depressive Symptome durch Traurigkeit und Weinen auf elterliche Zurückweisung, sozialen Rückzug von Familienmitgliedern und Freunden, Einschlafstörungen, Appetitstörungen, Gewichtsverlust, Verschlechterung der Schulleistungen, Müdigkeit, Lustlosigkeit und Passivität zeigen.
- Bei einigen Kindern mit einer depressiven Störung ist die vorherrschende Stimmung nicht Traurigkeit, sondern Reizbarkeit. Dies kann sich auch als Überaktivität und aggressives, antisoziales Verhalten äussern (33).
- Erst im späteren Kindesalter zeigen sich Symptome wie niedriges Selbstwertgefühl oder Schuldgefühle. Zusätzlich können sich mit zunehmendem Alter Suizidgedanken entwickeln (20).

In den Diagnosekriterien nach ICD-10 werden für Depressionen und Anpassungsstörungen keine speziellen Kriterien für Kinder angegeben.

Symptome und Dauer der depressiven Episode nach ICD-10:

Störung	Symptomatik	Dauer
Depressive Episode	<p>Hauptsymptome: Depressive, gedrückte Stimmung; Interessenverlust und Freudlosigkeit; Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit (oft selbst nach kleinen Anstrengungen) und Aktivitätseinschränkung</p> <p>Zusatzsymptome: Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit; vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen; Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit; negative und pessimistische Zukunftsperspektiven; Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen; Schlafstörungen; verminderter Appetit</p>	Min. 14 Tage

Depressionen können nach Schweregrad (leicht, mittelgradig, schwer) sowie Dauer und Verlauf (remittierend oder wiederholt) näher klassifiziert werden.

Symptome und Dauer der Anpassungsstörung nach ICD-10:

Störung	Symptomatik	Dauer
Anpassungsstörung	Zustände von subjektivem Leiden, emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten (z. B. Scheidung, schwere Krankheit) Diagnosekriterien: A) Identifizierbare psychosoziale Belastung, von einem aussergewöhnlichen oder katastrophalen Ausmass; Beginn der Symptome innerhalb eines Monats. B) Symptome und Verhaltensstörungen (ausser Wahngedanken und Halluzinationen), wie sie bei affektiven Störungen (F3), bei Störungen wie in Kapitel F4 und bei den Störungen des Sozialverhaltens (F91) vorkommen. Die Kriterien der einzelnen Störungen werden aber nicht erfüllt. Die Symptome können in Art und Schwere variieren.	Min. 14 Tage
mit depressiver Reaktion (ICD 10: F43.20)	Ein vorübergehender leichter depressiver Zustand, der nicht länger als einen Monat andauert.	< 1 Monat
mit längerer depressiver Reaktion (ICD 10: F43.21)	Ein leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, der zwei Jahre aber nicht überschreitet.	< 2 Jahre

2.3 Screening Tools

Screening-Fragebögen können bei der Erkennung von psychischen Störungen unterstützen, um einerseits psychische Auffälligkeiten zu entdecken, und andererseits als Gesprächsgrundlage dienen, um mit den Eltern und Kindern über allfällige Problembereiche zu sprechen.

Manche Kinder- beziehungsweise Hausärztinnen und -ärzte empfinden die Defizitorientierung der Screening-Instrumente als störend. Deshalb ist im Kapitel «Stärkung der psychischen Gesundheit» (1.1) eine ressourcenorientierte Gesprächsgrundlage aufgeführt. Diese ist jedoch nicht als Screening konzipiert, um Störungen zu entdecken.

Die folgenden Screening-Instrumente sind nicht störungsspezifisch, sondern enthalten Skalen zu verschiedenen Problembereichen. Sie wurden ausgewählt, weil sie frei verfügbar sind, zufriedenstellende Gütekriterien (Spezifität/Sensitivität) haben, effizient durchführbar und in den Landesprachen Deutsch, Französisch und Italienisch verfügbar sind.

Der Strength and Difficulty Questionnaire (SDQ) ist ein Instrument zur Erfassung von Verhaltensstärken und -auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 16 Jahren (38,39). Er erhebt Schwächen und Stärken in den Bereichen: emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten (als Zusatz).

Die Langversion besteht aus 25 Items mit 5 Items pro Skala. Den Fragebogen gibt es als Fremdbeurteilung- und Selbstbeurteilungsversion (ab 11 Jahren). <https://sdqinfo.org> Die Auswertung erfolgt mittels Schablonen oder kann mit einem Benutzerkonto online erfolgen. Die Autoren des SDQ empfehlen die Online-Auswertung, um Fehler zu vermeiden. <https://sdqscore.org>

Kurzanleitung zur Auswertung

Die einzelnen Werte der einzelnen Skalen werden zusammengezählt. «Teilweise zutreffend» wird mit 1 Punkt bewertet, «nicht zutreffend» oder «eindeutig zutreffend» wird je nach positiver oder negativer Formulierung mit 0 oder 2 Punkten bewertet. Das Vorhandensein von Problemen gibt einen höheren Wert.

Beispiel «hat viele Sorgen»: «eindeutig zutreffend» = 2 Punkte / «nicht zutreffend» = 0 Punkte.

Die Gesamtwerte der Skalen werden addiert (ohne prosoziales Verhalten); dies kann Werte zwischen 0 und 40 ergeben. Für die einzelnen Skalen sowie für den Gesamtwert wurden Cut-off-Werte für die Kategorien «unauffällig», «grenzwertig» und «auffällig» definiert.

Selbsteinschätzung – Kind	unauffällig	grenzwertig	auffällig
Gesamtproblemwert	0–15	16–19	20–40
Emotionale Probleme	0–5	6	7–10
Verhaltensauffälligkeiten	0–3	4	5–10
Hyperaktivität	0–5	6	7–10
Probleme mit Gleichaltrigen	0–3	4–5	6–10
Prosoziales Verhalten*	6–10	5	0–4

Fremdeinschätzung – Eltern	unauffällig	grenzwertig	auffällig
Gesamtproblemwert	0–13	14–16	17–40
Emotionale Probleme	0–3	4	5–10
Verhaltensauffälligkeiten	0–2	3	4–10
Hyperaktivität	0–5	6	7–10
Probleme mit Gleichaltrigen	0–2	3	4–10
Prosoziales Verhalten*	6–10	5	0–4

* Hier gelten tiefe Werte = wenig prosoziales Verhalten als auffällig.

Hinweis: In Studien zum SDQ werden teilweise andere Cut-off-Werte vorgeschlagen, je nach Stichprobe (40,41).

Die Pediatric Symptom Checklist – PSC (42) enthält 35 Items zu emotionalen und Verhaltensproblemen. Sie soll eine Beurteilung der psychosozialen Funktionsfähigkeit von 4- bis 16-jährigen Kindern und Jugendlichen ermöglichen. Subskalen-Scores für Internalisierungs-, Externalisierungs- und Aufmerksamkeitsprobleme können aus bestimmten Items berechnet werden. Es gibt auch eine Kurzversion mit 17 Items. Die PSC sieht eine regelmäßige Befragung vor, um Veränderungen in der psychosozialen Funktionsfähigkeit feststellen zu können.

Die PSC besteht aus 35 Items, die mit «nie», «manchmal» oder «oft vorhanden» beantwortet und mit 0, 1 oder 2 Punkten bewertet werden. Die Gesamtpunktzahl wird berechnet, indem die Punktzahlen für jedes der 35 Items addiert werden. Bei Kindern im Alter von 4 bis 5 Jahren weist ein Cut-off-Wert von 24 oder höher auf eine psychologische Beeinträchtigung hin. Bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 16 Jahren weist ein Cut-off-Wert von 28 oder höher auf eine psychologische Beeinträchtigung hin. Für die deutsche Version wird ein Cut-off-Wert von 24 empfohlen (43). Items, die leer gelassen werden, werden einfach ignoriert (d. h., der Wert ist gleich 0). Wenn vier oder mehr Items leer gelassen werden, wird der Fragebogen als ungültig betrachtet (42,44).

Eine ausführliche Anleitung zur Durchführung und Auswertung sowie Vorschläge zur Diskussion der Ergebnisse mit den Patientinnen und Patienten ist auf Englisch verfügbar: www.massgeneral.org/psychiatry/treatments-and-services/pediatric-symptom-checklist/

Eine deutsche Version ist hier verfügbar: www.massgeneral.org/assets/MGH/pdf/psychiatry/psc/psc-german.pdf

2.4 Überweisung

Wenn sich eine psychische Störung als wahrscheinlich oder sicher vorhanden ergibt, sind eine ausführliche Abklärung und womöglich eine Behandlung wichtig. Eltern (und ab Jugendalter die Jugendlichen selbst) sollten aufgeklärt werden, dass die Abklärung so rasch wie möglich erfolgen sollte. Studien zeigen, dass je früher eine psychische Störung behandelt wird, umso besser ist die Prognose und umso langfristiger ist die Wirkung der Behandlung. Das Vorhandensein von wichtigen Stellen für die Weiterverweisung hängt von den regionalen Gegebenheiten ab. Dies können niedergelassene oder institutionell arbeitende Entwicklungspädiaterinnen und -pädiater, Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater, Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sein oder der schulpсихologische Dienst. Als Notfallansprechstelle dienen auch die KJP-Kliniken und -Dienste.

3. Weiterführende Informationen

Überblick über psychiatrische Störungen im Kindes- und Jugendalter

Steinhausen HC. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 9. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag / Elsevier GmbH; 2019.

MSD Manual – Ausgabe für medizinische Fachkreise (Kategorisierung nach DSM; es ist online auch eine Patientenversion vorhanden). Download unter www.msmanuals.com/de/profi/p%E4diatrie

von Wyl A, Chew Howard E, Bohleber L, Haemmerle P. Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie. Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016 (Obsan Dossier 62). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2017. Verfügbar unter: www.obsan.admin.ch/de/publikationen/psychische-gesundheit-und-krankheit-von-kindern-und-jugendlichen-der-schweiz

Medien und Kinder

Medienkompetenz – Tipps zum sicheren Umgang mit digitalen Medien. Ratgeber für Eltern und Fachpersonen. Download unter www.zhaw.ch/psychologie/medienkompetenz und www.jugendundmedien.ch

Resilienz

Grolimund F, Rietzler S. (2017). Der Weg zur inneren Stärke. Download unter www.fritzundfraenzi.ch/dossiers/resilienz

Soziale Unterstützung, Selbstwirksamkeit und Lebenskompetenzen

Berichte von Gesundheitsförderung Schweiz:
<https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/psychische-gesundheit/kinder-und-jugendliche/fokusthemen.html>

Bericht «psychische Gesundheit über die Lebensspanne»

https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/berichte/Bericht_006_GFCH_2016-04_-_Psychische_Gesundheit_ueber_die_Lebensspanne.pdf

Kampagne psychische Gesundheit

www.wie-gehts-dir.ch

4. Referenzen

1. WHO. Psychische Gesundheit – Faktenblatt. 2019.
2. Wille N, Bettge S, Ravens-Sieberer U, the BELLA study group. Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17(1):133–47.
3. WHO. Partners in Life Skills Education : Conclusions from a United Nations Inter-Agency Meeting [Internet]. 1999 [zitiert 17. September 2019]. Verfügbar unter: https://www.who.int/mental_health/media/en/30.pdf
4. Klasen F, Petermann F, Meyrose A-K, Barkmann C, Otto C, Haller A-C, u. a. Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. *Kindh Entwickl*. 2016;25(1):10–20.
5. Csmarich W. Der «gesunde» Selbstwert. Der Selbstwert als gesundheitsprotektiver Faktor in den drei Modellen Salutogenese, Resilienz und Selbstwirksamkeit (Self-esteem as a health-protective factor in the models of salutogenesis, resilience and self-efficacy) [Internet]. [Graz]; 2014 [zitiert 18. November 2019]. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/285582957_Der_gesunde_Selbstwert_Der_Selbstwert_als_gesundheitsprotektiver_Faktor_in_den_drei_Modellen_Salutogenese_Resilienz_und_Selbstwirksamkeit_Self-esteem_as_a_health-protective_factor_in_the_models_of_sal
6. Werner EE. Protective factors and individual resilience. In: Shonkoff JP, Meisels SJ, Herausgeber. *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge University Press; 2000.
7. Bengel J, Strittmatter R, Willmann H. Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert; eine Expertise. 9., erw. Neuaufl. Köln: BZgA; 2001. 171 S. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung).
8. Traub F, Boynton-Jarrett R. Modifiable resilience factors to childhood adversity for clinical pediatric practice. *Pediatrics*. 2017;139(5):e20162569.
9. WHO. Resilience guide for parents and teachers [Internet]. 2019 [zitiert 16. September 2019]. Verfügbar unter: <https://www.apa.org/helpcenter/resilience>
10. Sucht Schweiz. Tina und Toni. Ein umfassendes Präventionsprogramm für Kinder zwischen 4 und 6 Jahren [Internet]. 2011 [zitiert 24. März 2020]. Verfügbar unter: <https://www.tinatoni.ch/de/einfuehrung/>
11. Bethell C, Jones J, Gombojav N, Linkenbach J, Sege R. Positive childhood experiences and adult mental and relational health in a statewide sample: Associations across adverse childhood experiences levels. *JAMA Pediatr*. 2019;e193007–e193007.
12. Hunter MR, Gillespie BW, Chen SY-P. Urban Nature Experiences Reduce Stress in the context of Daily Life Based on Salivary Biomarkers. *Front Psychol* [Internet]. 2019 [zitiert 28. Oktober 2019];10. Verfügbar unter: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00722/full>
13. McCormick R. Does access to green space impact the mental well-being of children? A systematic review. *J Pediatr Nurs*. Dezember 2017;37:3–7.
14. Gaina A, Sekine M, Hamanishi S, Chen X, Wang H, Yamagami T, u. a. Daytime sleepiness and associated factors in Japanese school children. *J Pediatr*. 2007;151(5):518–22, 522.e1-4.
15. Genner S, Suter L, Waller G, Schoch P, Willemse I, Süß D. MIKE – Medien, Interaktion, Kinder, Eltern: Ergebnisbericht zur MIKE-Studie 2017. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften; 2017.
16. Lehmkuhl G, Frölich J. Neue Medien und ihre Folgen für Kinder und Jugendliche. *Z Für Kinder- Jugendpsychiatrie Psychother*. 2013;41(2):83–6.
17. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM, u. a. Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med*. 2016;12(06):785–6.
18. Walia H. Put the Phone away! 3 Reasons why looking at it before bed is a bad habit [Internet]. Health Essentials from Cleveland Clinic. 2019 [zitiert 13. Mai 2020]. Verfügbar unter: <https://health.clevelandclinic.org/put-the-phone-away-3-reasons-why-looking-at-it-before-bed-is-a-bad-habit/>
19. Knoll N, Scholz U, Rieckmann N. Einführung Gesundheitspsychologie. München: UTB; 2017. 258 S.
20. Steinhausen HC. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 9. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag / Elsevier GmbH; 2019.
21. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, u. a. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*. 22. Oktober 2011;378(9801):1515–25.

22. Petermann F. Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Eine Bestandsaufnahme. *Kindh Entwickl.* 2005;14(1):48–57.
23. von Wyl A, Chew Howard E, Bohleber L, Haemmerle P. Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie. Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016 (Obsan Dossier 62). [Internet]. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2017. Verfügbar unter: <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/psychische-gesundheit-und-krankheit-von-kindern-und-jugendlichen-der-schweiz>
24. Steinhausen HC, Metzke CW, Meier M, Kannenberg R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatr Scand.* 1998;98(4):262–71.
25. Klasen F, Meyrose A-K, Otto C, Reiss F, Ravens-Sieberer U. Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Monatsschr Kinderheilkd.* 2017;165(5):402–7.
26. Manificat S. Diagnose von Autismus-Spektrum-Störungen heute: Eine umfassende Evaluation im Interesse von Kind und Familie. 2017;28:4.
27. Mehler-Wex C, Kölch M. Depression in Children and Adolescents. *Dtsch Aertzblatt Online* [Internet]. 2008 [zitiert 7. April 2020]; Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2008.0149>
28. Surén Pal, Bakken IJ, Aase H, Chin R, Gunnes N, Lie KK, u. a. Autism spectrum disorder, ADHD, epilepsy, and cerebral palsy in Norwegian children. *Pediatrics.* 2012;130(1):e152–e158.
29. Walitza S, Van Ameringen M, Geller D. Early detection and intervention for obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. *Lancet Child Adolesc Health.* 2020;4(2):99–101.
30. Carta MG, Balestrieri M, Murru A, Hardoy MC. Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2009;5(1):15.
31. In-Albon T, Schneider S. Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter. *Evidenzbasierte Diagnostik und Behandlung.* *Psychotherapeut.* 2010;(55):525–40.
32. Fineberg NA, Dell’Osso B, Albert U, Maina G, Geller D, Carmi L, u. a. Early intervention for obsessive compulsive disorder: An expert consensus statement. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2019;29(4):549–65.
33. MSD. Überblick über psychiatrische Störungen im Kindes- und Jugendalter [Internet]. MSD Manual Profi-Ausgabe. 2017 [zitiert 13. Februar 2020]. Verfügbar unter: <https://www.msmanuals.com/de/profi/p%C3%A4diatrie/psychiatrische-st%C3%B6rungen-im-kindes-und-jugendalter/%C3%BCberblick-%C3%BCber-psychiatrische-st%C3%B6rungen-im-kindes-und-jugendalter>
34. Melfsen S, Walitza S. Soziale Ängste und Schulangst. *Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln.* Beltz GmbH, Julius; 2013.
35. MSD. Übersicht zu Angststörungen im Kindes- und Jugendalter [Internet]. MSD Manual Profi-Ausgabe. 2017 [zitiert 13. Februar 2020]. Verfügbar unter: <https://www.msmanuals.com/de/profi/p%C3%A4diatrie/psychiatrische-st%C3%B6rungen-im-kindes-und-jugendalter/%C3%BCbersicht-zu-angstst%C3%B6rungen-im-kindes-und-jugendalter>
36. DIMDI. ICD-10-GM Version 2019 [Internet]. 2019 [zitiert 13. November 2019]. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f90-f98.htm#F93>
37. CDC. Data and Statistics on Children’s Mental Health | CDC [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2019 [zitiert 23. März 2020]. Verfügbar unter: <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/data.html>
38. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997;38(5):581–6.
39. Goodman R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(11):1337–45.
40. Silva TBF, Osório FL, Loureiro SR. SDQ: discriminative validity and diagnostic potential. *Front Psychol* [Internet]. 10. Juni 2015 [zitiert 30. Mai 2018];6. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4462033/>
41. Woerner W, Becker A, Friedrich C, Rothenberger A, Klasen H, Goodman R. Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Z Für Kinder- Jugendpsychiatrie Psychother.* 2002;30(2):105–12.
42. Jellinek MS, Murphy JM, Little M, Pagano ME, Comer DM, Kelleher KJ. Use of the Pediatric Symptom Checklist to Screen for Psychosocial Problems in Pediatric Primary Care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153(3):254–60.
43. Pediatric Symptom Checklist [Internet]. Massachusetts General Hospital. [zitiert 13. Mai 2020]. Verfügbar unter: <https://www.massgeneral.org/psychiatry/treatments-and-services/pediatric-symptom-checklist>
44. Bright Futures. Instructions for use Pediatric Symptom Checklist [Internet]. [zitiert 13. Mai 2020]. Verfügbar unter: <https://www.brightfutures.org/mentalhealth/pdf/tools.html>

Mit bestem Dank für die mündlichen oder schriftlichen Anmerkungen zur Fachbroschüre an:

- Dr. med. Anna Pirker, Fachärztin FMH für Kinder- u. Jugendmedizin
- Dr. med. Hannes Geiges, Facharzt FMH für Kinder- u. Jugendmedizin
- Dr. med. Sajiv Khanna, Facharzt FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- Dr. phil. hum. Alfred Künzler, Leiter Koordinationsstelle Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz

Kontaktadresse:

Departement Gesundheit
Katharina-Sulzer-Platz 9
Postfach
CH-8401 Winterthur

E-Mail fgw.gesundheit@zhaw.ch
Web www.zhaw.ch/takecare

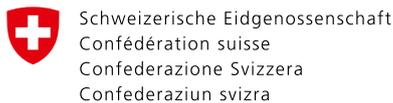
**Ein Gemeinschaftsprojekt des Instituts für Gesundheitswissenschaften
und des Psychologischen Instituts**



Unter Beteiligung von:



Finanziert von:



Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Förderprogramm Interprofessionalität

Unterstützt durch:



Überreicht durch:



Nachbestellung:

Möchten Sie diese Broschüre weitergeben? Sie finden sie unter www.gesundheitsfoerderung.tg.ch und können dort auch weitere Exemplare nachbestellen.