



Schweizer Befragung von Jugendlichen / jungen Erwachsenen zur psychischen Gesundheitskompetenz und Stigma

**(Englisch: Swiss Youth Mental Health Literacy and
Stigma Survey)**

Erste Resultate zuhanden der an der Studie beteiligten
Schulen – LANGVERSION

Michelle Dey ¹
Laurent Marti ¹
Vigeli Venzin ²

¹ Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Universität Zürich

² Mittelschul- und Berufsbildungsamt, Prävention und Sicherheit, Fachstelle Suchtprävention, Zürich

Finanziert durch den Schweizerischen Nationalfonds (SNF;
10001C_173235)

ISGF Bericht Nr. 390a / 2018

August 2018

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	3
2	Hintergrund und Fragestellungen der Studie	5
3	Methoden	7
3.1	<i>Fragebogen</i>	7
3.1.1	Ausgangslage für unsere Befragung	7
3.1.2	Übersetzung und Pilotierung	7
3.2	<i>Zielpopulation und Stichprobenziehung</i>	7
3.3	<i>Datenerfassung in den Schulklassen</i>	8
3.4	<i>Teilnahme an der Studie</i>	8
4	Resultate	11
4.1	<i>Psychische Gesundheitskompetenz</i>	11
4.1.1	Erkennen von psychischen Störungen	11
4.1.2	(Keine) Hilfe aufsuchen beim Vorliegen eines psychischen Problems.....	14
4.1.3	Hilfe anbieten für eine/n Freund/in mit einem psychischen Problem	17
4.1.4	Wirksamkeitseinschätzungen von Person / Behandlungen / präventiven Massnahmen	21
4.2	<i>Stigmatisierende Einstellungen gegenüber Personen mit einer psychischen Störung</i>	24
5	Fazit und Ausblick	27
6	Referenzen	28
	Dank	30
	Anhang: Beschreibung der genannten psychischen Störungen	31

1 Zusammenfassung

Hintergrund: In der „Schweizer Befragung von Jugendlichen / jungen Erwachsenen zur psychischen Gesundheitskompetenz und Stigma“ sollte die „psychische Gesundheitskompetenz“¹ und allfällige stigmatisierende Einstellungen¹ von Jugendlichen und jungen Erwachsenen gegenüber Personen mit psychischen Problemen erfasst werden. Im vorliegenden Bericht werden erste Resultate der Studie dargestellt. In den kommenden Monaten werden die Daten dann vertieft analysiert. Die Erkenntnisse dieser Analysen sollen auch praktisch genutzt werden. Damit erhoffen wir uns, langfristig einen Beitrag zur Verbesserung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu leisten.

Methoden: Zwischen November 2017 und Juni 2018 wurden insgesamt 4983 Schüler/innen aus 314 Klassen an 105 Berufsschulen und Fachmittelschulen / Gymnasien aus der Deutschschweiz mittels einer Onlineumfrage befragt. Kernelement des Fragebogens war eine Vignette (=Fallgeschichte), die eine junge Person (Anna oder Lukas genannt) mit einem psychischen Problem beschreibt. Den Teilnehmenden wurde zufällig eine der folgenden fünf Vignetten vorgegeben: 1) Depression; 2) Alkoholmissbrauch; 3) Depression und Alkoholmissbrauch kombiniert; 4) Schizophrenie; 5) soziale Phobie (= soziale Ängstlichkeit)². Die meisten der nachfolgenden Fragen bezogen sich jeweils auf die entsprechende Fallgeschichte.

Resultate zur psychischen Gesundheitskompetenz:

- **Erkennen von psychischen Störungen:** Selbst relativ häufig auftretende psychische Störungen (z.B. Depression) wurden von weniger als der Hälfte der Teilnehmenden mit passenden Fachbegriffen beschrieben und die in den Vignetten erläuterten psychischen Probleme wurden teilweise sogar verharmlost.³ Männliche und jüngere Befragte benutzten seltener Fachbegriffe zur Beschreibung der psychischen Probleme als weibliche und ältere Teilnehmende. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass einige Schüler/innen – auch wenn sie den Fachbegriff der jeweiligen psychischen Störung nicht kannten – ein relativ gutes Verständnis für die Person in der Fallgeschichte hatten (z.B. intuitiv wussten, wie ihr am besten zu helfen ist).
- **(Keine) Hilfe aufsuchen beim Vorliegen eines psychischen Problems:** Die meisten Befragten – insbesondere die weiblichen – gaben an, dass sie Hilfe aufsuchen würden, wenn sie ein Problem wie Anna oder Lukas hätten und es schädlich wäre, wenn die junge Person in der Vignette versuchen würde, ihr Problem selbst zu lösen. Jedoch zeigen sich auch unterschiedliche Gründe,

¹ Die Begriffe „psychische Gesundheitskompetenz“ und „Stigma“ werden im Kapitel 2 erklärt.

² Die psychischen Störungen werden im Anhang beschrieben.

³ Das Bezeichnen der psychischen Probleme mit Fachbegriffen kann das Aufsuchen von professioneller Hilfe fördern und ist aus diesem Grund wichtig. Es gilt jedoch festzuhalten, dass die Verwendung von Fachbegriffen nur einen Teil der psychischen Gesundheitskompetenz abbildet.

welche das Aufsuchen von Hilfe im Falle eines psychischen Problems verhindern können (z.B. Angst vor der Reaktion anderer).

- **Hilfe anbieten für eine/n Freund/in mit einem psychischen Problem:** Die Befragten jugendlichen und jungen Erwachsenen haben die Nützlichkeit von einigen Hilfestrategien zur Unterstützung eines Gleichaltrigen mit einem psychischen Problem ähnlich eingeschätzt wie Fachpersonen (zum Beispiel verständnisvolles Zuhören). Jedoch wichen ihre Antworten in Bezug auf andere Hilfestrategien stärker von der Expertinnen/Expertenmeinung ab. So wurde der potentielle Nutzen folgender Hilfestrategien nur von einem Teil der Befragten erkannt: 1) der betroffenen Person empfehlen, professionelle Hilfe aufzusuchen; 2) Hinzuziehen von Erwachsenen, um die betroffene Person zu unterstützen; 3) Erfragen von Suizidgedanken.
- **Wirksamkeitseinschätzung von Personen / Behandlungen / präventiven Massnahmen:** Insbesondere das Herbeiziehen von Gleichaltrigen und engen Familienmitgliedern wurde als hilfreich eingeschätzt, um einer Person mit einem psychischen Problem zu helfen. Hingegen fiel das Urteil in Bezug auf andere erwachsene Personen (inklusive Fachpersonen) weniger positiv aus. Die wissenschaftlich nachgewiesene Nützlichkeit einer Psychotherapie (Behandlungsmassnahme) sowie das Vermeiden von (übermässigem) Substanzkonsum (präventive Massnahme) wurde nur von einem Teil der Befragten erkannt. In Bezug auf andere Behandlungsmassnahmen und Präventionsprogramme stimmten dahingegen die meisten Befragten in ihren Einschätzungen mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen beziehungsweise der Expertinnen/Expertenmeinung überein (z.B. Nützlichkeit von körperlicher Aktivität zur Verbesserung / Vermeidung von gewissen psychischen Problemen).

Resultate zu stigmatisierenden Einstellungen:

Je nach Frage stimmten bis zu ungefähr einem Drittel der Befragten (männliche häufiger als weibliche) mit gewissen stigmatisierenden Aussagen in Bezug auf Personen mit psychischen Störungen überein. Zudem schienen sich um die 5% der Teilnehmenden von Personen mit psychischen Problemen sogar distanzieren zu wollen.

Fazit:

Obwohl die befragten Schüler/innen in gewissen Bereichen (punktuell) eine hohe psychische Gesundheitskompetenz aufwiesen, gibt es in anderen Bereichen noch Verbesserungsbedarf. So wäre ein besseres Erkennen von psychischen Störungen und ein verbessertes Wissen bezüglich sinnvoller Hilfestrategien sowie besonders wirksamen Behandlungs- und Präventivmassnahmen von grosser Relevanz, um die psychische Gesundheit der Jugendlichen und jungen Erwachsenen insgesamt zu verbessern. Zudem gilt es, die möglichen stigmatisierenden Einstellungen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen gegenüber Personen mit psychischen Störungen zu adressieren.

2 Hintergrund und Fragestellungen der Studie

Viele psychische Störungen (z.B. Depression, Angststörungen, Schizophrenie) treten in der Regel erstmals im Jugend- beziehungsweise jungen Erwachsenenalter auf [1–4]. Ungefähr jeder fünfte Jugendliche beziehungsweise junge Erwachsene ist von einer psychischen Störung betroffen [1,5]. Solche Probleme führen zu Leidensdruck und einer reduzierten Lebensqualität bei den Betroffenen [1,6,7] und zu Belastungen bei nahestehenden Personen (zum Beispiel bei den Eltern) [8]. Vor diesem Hintergrund untersucht die vorliegende Studie die psychische Gesundheitskompetenz von Schüler/innen der Stufe Sek II sowie deren allfällig stigmatisierenden Einstellungen gegenüber Personen mit psychischen Störungen.

Fragestellungen zur psychischen Gesundheitskompetenz

Die „**psychische Gesundheitskompetenz**“ wird definiert als „*Vorstellungen und Wissen über psychische Störungen, die zur Verbesserung der eigenen psychischen Gesundheit sowie jener von anderen Personen beitragen.*“ [9]. Mit der Studie sollten folgende Fragestellungen beantwortet werden:

1. Wie gut **erkennen** Jugendliche / junge Erwachsene bestimmte psychische Störungen?
2. Würden Jugendliche / junge Erwachsene **Hilfe aufsuchen**, wenn sie ein psychisches Problem hätten?
 - Falls ja: von wem?
 - Falls nein: Was sind die Gründe dafür?Ähnlich sollte auch die Frage untersucht werden, ob Jugendliche / junge Erwachsene es als schädlich empfinden, wenn eine Person mit einem psychischen Problem keine Hilfe von aussen in Anspruch nimmt und stattdessen versucht, selbst mit ihrem Problem klarzukommen.
3. (Wie) würden Jugendliche / junge Erwachsene **selbst** einem Gleichaltrigen mit einem psychischen Problem **helfen**? Wie schätzen sie verschiedene Hilfestrategien ein? Stimmen die Einschätzungen mit jenen von Fachpersonen überein?
4. Wie bewerten Jugendliche / junge Erwachsene die **Kompetenzen von (Fach)personen** sowie die Effektivität von **verschiedenen Behandlungs- und Präventionsmassnahmen** hinsichtlich psychischen Problemen ein? Inwiefern stimmen ihre Einschätzungen mit jenen von Expertinnen / Experten sowie wissenschaftlichen Erkenntnissen überein?

Fragestellung zu stigmatisierenden Einstellungen

Stigmatisierende Einstellungen gegenüber Personen mit psychischen Störungen können zum Beispiel dazu führen, dass eine Person mit einem psychischen Problem abgelehnt und diskriminiert wird [10–14]. Hat zum Beispiel eine Person die stigmatisierende Einstellung, dass alle Personen mit psychischen Störungen gefährlich sind, so wird diese unter Umständen versuchen, jeglichen Kontakt mit solchen Personen zu vermeiden. Mit der Studie sollte untersucht werden, ob entsprechende stigmatisierende Einstellungen bei den Befragten vorkommen.

Einflussfaktoren und Vergleich mit Australien

Mit den erhobenen Daten sollte auch untersucht werden, welche Einflussfaktoren (z.B. Geschlecht) eine tiefe oder hohe Gesundheitskompetenz beziehungsweise das Vorliegen von stigmatisierenden Einstellungen vorhersagen. Zudem sollten die Resultate der Schweizer Studie mit den Befunden der australischen Studie “Australian National Survey of Youth Mental Health Literacy and Stigma” [15,16] verglichen werden. Die Schweizer Studie beruht auf der Erhebung aus Australien.

Inhalte des Berichts

Nachfolgend beschreiben wir zunächst die Methoden der Schweizer Studie (Kapitel 3). In Kapitel 4 werden erste Resultate zur psychischen Gesundheitskompetenz (Kapitel 4.1) sowie zu stigmatisierenden Einstellungen gegenüber Personen mit psychischen Problemen (Kapitel 4.2) präsentiert. Faktoren, die die psychische Gesundheitskompetenz und stigmatisierende Einstellungen beeinflussen, werden zu diesem Zeitpunkt nur punktuell erwähnt. In diesem Bericht werden wir zudem noch keinen Vergleich zwischen den Resultaten aus der Schweiz und den Ergebnissen von Australien machen. Das Fazit und einen Ausblick auf die in den nächsten Monaten anstehenden Auswertungen sind im Kapitel 5 zu finden.

3 Methoden

3.1 Fragebogen

3.1.1 Ausgangslage für unsere Befragung

Die hier beschriebene Befragung basiert auf dem “Australian National Survey of Youth Mental Health Literacy and Stigma”. In dieser australischen Originalversion stellten so genannte Vignetten beziehungsweise Fallgeschichten das Kernelement der Befragung dar. Diese Vignetten beschreiben eine junge Person mit einem bestimmten psychischen Problem. Die meisten Fragen des darauf präsentierten Fragebogens bezogen sich auf diese Vignetten.

3.1.2 Übersetzung und Pilotierung

Den australischen Fragebogen haben wir ins Deutsche übersetzt. Bei dieser Übersetzung haben wir kleinere Anpassungen vorgenommen, da wir – im Gegensatz zur australischen Version – eine Online- anstelle einer Telefonbefragung durchgeführt haben. Zudem wurden die Fragen auch dem Schweizer Kontext angepasst. Dieser deutschsprachige Fragebogen wurde in zwei Klassen der Technischen Berufsschule Zürich (TBZ) auf die Verständlichkeit hin überprüft. Aufgrund der Rückmeldungen der Schüler/innen wurden die Fragen angepasst und anschliessend als Onlineumfrage programmiert. Ob eine Beantwortung der Fragen im Onlineformat gut handhabbar ist, wurde dann in einer dritten Klasse der TBZ getestet.

3.2 Zielpopulation und Stichprobenziehung

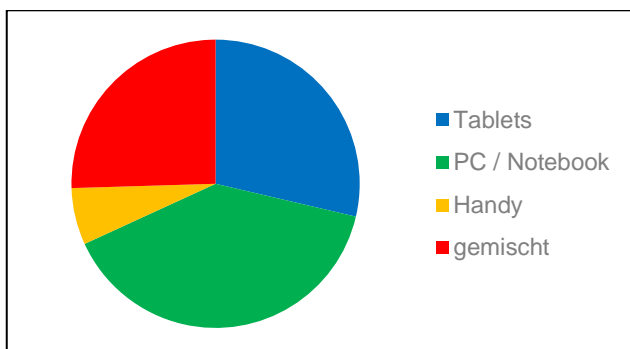
Laura Helbling (Institut für Bildungsevaluation, assoziiertes Institut der Universität Zürich) war zuständig für die Stichprobenziehung. Diese Stichprobenziehung ist komplex und wird für Interessierte in wissenschaftlichen Publikationen im Detail beschrieben. An dieser Stelle werden nur einige relevante Aspekte erwähnt: Mit der Studie sollten Schüler/innen der Sekundarstufe II aus der Deutschschweiz befragt werden (= Zielpopulation). Bei der Stichprobenziehung wurden sowohl Fachmittelschulen / Gymnasien (*Stratum I*) als auch Klassen mit Berufskunde (EFZ / EBA) und / oder BMS-, HMS- oder IMS-Klassen berücksichtigt (*Stratum II*). Die Stichprobenziehung erfolgte über zwei Schritte: In einem ersten Schritt wurden Schulen nach dem Zufallsprinzip ausgewählt (basierend auf einer vom Bundesamt für

Statistik zur Verfügung gestellten Liste aller in Frage kommenden Schulen der Deutschschweiz). Wenn sich diese zufällig ausgewählten Schulen bereit erklärt haben, an der Umfrage teilzunehmen, wurden in einem zweiten Schritt (wenn möglich) drei Klassen dieser Schule zufällig für die tatsächliche Befragung ausgewählt. Alle Schüler/innen dieser Klassen konnten an der Erhebung teilnehmen.

3.3 Datenerfassung in den Schulklassen

In fast allen Klassen stellten wissenschaftliche Mitarbeitende des ISGFs den Schülerinnen / Schülern die Studie zu Beginn einer Schullektion vor. Im Anschluss daran erfolgte die Beantwortung der Fragen, falls sich die Schüler/innen zur Teilnahme entschieden haben. Wie in der Abbildung 1 dargestellt, wurde die Onlineumfrage am häufigsten an PCs / Notebooks (entweder private Geräte der Schüler/innen oder Infrastruktur der Schule) durchgeführt (knapp 40%). In knapp 30% der Klassen erfolgte die Datenerfassung über Tablets, welche in der Regel vom Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung zur Verfügung gestellt wurden. In 20 Klassen wurde die Erhebung ausschliesslich über die Smartphones der Schüler/innen durchgeführt. In den restlichen Klassen wurden unterschiedliche Erhebungsgeräte genutzt (z.B. füllten einige Schüler/innen die Umfrage an Tablets aus, andere an Smartphones). Die Datenerhebung startete im November 2017 und dauerte bis Juni 2018.

Abbildung 1: Art der Datenerhebung pro Klasse

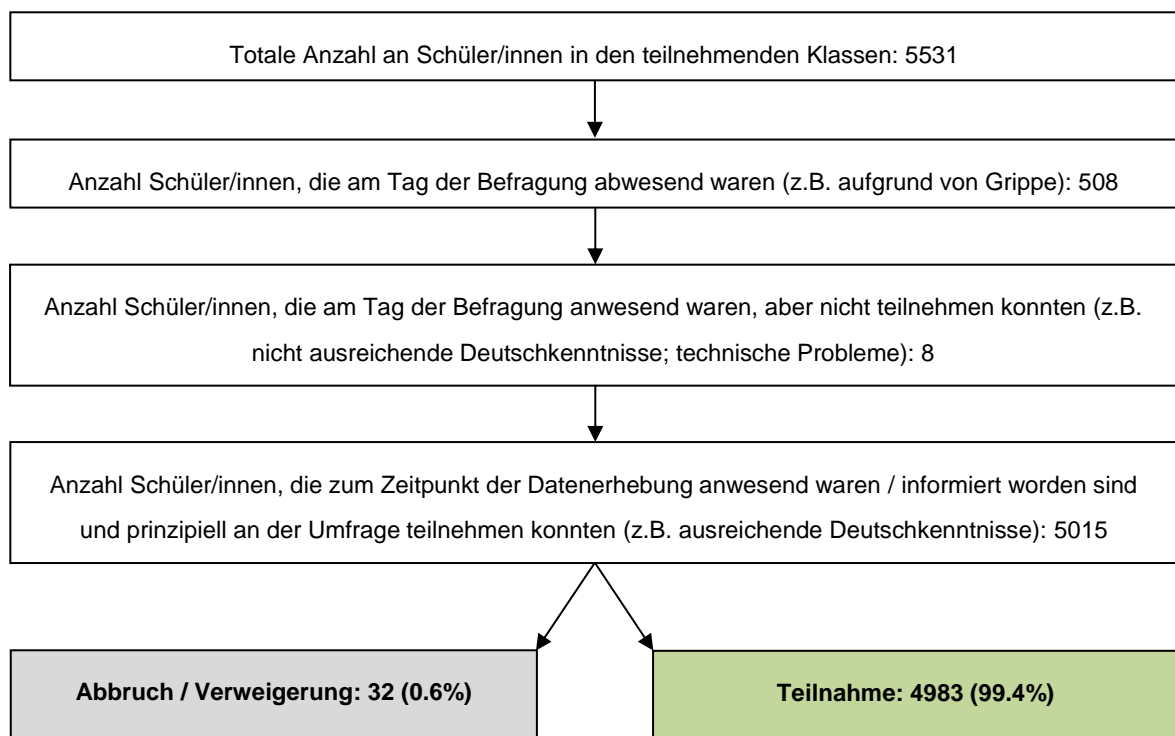


3.4 Teilnahme an der Studie

Insgesamt haben sich 105 Schulen dazu bereit erklärt, an der Studie teilzunehmen und 314 Klassen wurden befragt (in der Regel drei Klassen pro Schule; in einer Schule konnten allerdings nur zwei Klassen befragt werden). Die Grösse der teilnehmenden Klassen variierte zwischen 5 und 27 Schüler/innen (Mittelwert = 17.6; Standardabweichung = 4.6). Wie

in Abbildung 2 dargestellt wird, waren allerdings 508 Schüler/innen zum Zeitpunkt der Befragung nicht anwesend (z.B. weil sie krank waren). Weitere 8 Personen mussten ausgeschlossen werden, da sie nicht der Zielpopulation entsprachen (z.B. nicht ausreichende Deutschkenntnisse). Von den 5015 Schüler/innen, die über die Studie informiert worden sind, nahmen 4983 teil (Teilnahmerate=99.4%). Teilweise reichte aber die zur Verfügung gestellte Lektion nicht aus, um ganz alle Fragen zu beantworten (in einzelnen Fällen auch, weil technische Probleme aufgetreten sind wie z.B. Verbindungsprobleme mit dem Internet). Die wenigen Personen, die sich gegen eine Teilnahme an der Studie entschieden haben, gaben oftmals an, dass sie lieber für eine anstehende Prüfung lernen wollen.

Abbildung 2: Teilnahme an der Schüler/innenbefragung



Die soziodemografischen Merkmale der Teilnehmenden (unvollständig / vollständig) sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Soziodemografische Merkmale der Teilnehmenden

	Total	Stratum I	Stratum II
Alter			
Bis zu 17 Jahre alt: n (%)	2530 (50.8)	857 (62.6)	1673 (46.3)
18-20 Jahre alt: n (%)	2054 (41.2)	508 (37.1)	1546 (42.8)
21 Jahre alt oder älter: n (%)	399 (8.0)	5 (0.4)	394 (10.9)
Geschlecht			
Weiblich: n (%)	2296 (46.1)	489 (35.7)	1807 (50.0)
Männlich: n (%)	2687 (53.9)	881 (64.3)	1806 (50.0)

Bemerkung: Stratum I = Fachmittelschulen / Gymnasien; Stratum II = Klassen mit Berufskunde (EFZ / EBA) und / oder BMS-, HMS- oder IMS-Klassen

Lesehilfe

n = Anzahl Personen

Beispiel: „21 Jahre alt oder älter: n = 399“ (vergleiche Tabelle 1)

Das heisst: 399 Schüler/innen, die an der Befragung teilgenommen haben, waren 21 Jahre alt oder älter.

Prozentangaben in Tabellen und im Text: Die Prozentangaben beziehen sich jeweils auf die Personen, die eine bestimmte Frage beantwortet haben. Liegen also bei gewissen Personen keine Antworten (sprich: keine Werte) vor, so wurden sie bei der Berechnung der Prozentwerte nicht berücksichtigt. Zudem ist zu bedenken, dass nicht alle Fragen an alle Teilnehmenden gerichtet wurden. Wenn beispielsweise eine teilnehmende Person angegeben hat, dass sie im Falle eines psychischen Problems keine Hilfe aufsuchen würde, so wurden verschiedene Nachfolgefragen gar nicht erst gestellt (z.B. „Wen würdest du um Hilfe fragen beziehungsweise mit wem würdest du sprechen, wenn du ein psychisches Problem hättest?“).

4 Resultate

Nachfolgend werden erste Resultate beschrieben. Wichtig zu bemerken ist, dass es nach weiteren Datenbereinigungsschritten zu kleinen Änderungen in den Zahlen kommen kann. Die noch anstehenden vertieften Analysen werden es erst erlauben, genauere Zusammenhänge und Sachverhalte aufzuzeigen. Die im vorliegenden Bericht aufgeführten Resultate geben aber bereits einen ersten Überblick.

4.1 Psychische Gesundheitskompetenz

4.1.1 Erkennen von psychischen Störungen

Die Frage, ob Schüler/innen bestimmte psychische Probleme erkennen, ist wichtig, da das Nichterkennen von solchen Problemen bei sich selbst oder bei Gleichaltrigen beispielsweise das Aufsuchen von (professioneller) Hilfe substantiell verzögern kann [17,18]. Wie weiter oben beschrieben, wurde den teilnehmenden Schüler/innen zufällig eine von fünf Vignetten präsentiert, welche eine Person mit einer spezifischen psychischen Störung beschreibt. Die Teilnehmenden wurden dann gebeten, das Problem von Anna beziehungsweise Lukas zu beschreiben. Für den vorliegenden Bericht wurde angeschaut, ob Schüler/innen das psychische Problem in einer Art und Weise beschreiben, wie es auch Psychologinnen / Psychologen tun würden – das heißt, Fachbegriffe verwenden [19].⁴ Die entsprechenden Resultate dieser Auswertungen können wie folgt zusammengefasst werden.

Vignetten „Depression“, „Schizophrenie“ und „soziale Phobie

- **Genauere Beschreibungen:** Die Teilnehmenden erkannten die in den Vignetten beschriebenen psychischen Störungen unterschiedlich gut. Depression wurde am häufigsten genau beschrieben⁵ (von etwas mehr als 40%), gefolgt von Schizophrenie (von gut 10%) und sozialer Phobie (weniger als 10%). Vergleichbar mit früheren Erhebungen [20]

⁴ Frühere Studien haben gezeigt, dass sich das Verwenden von Fachbegriffen zur Beschreibung von psychischen Problemen positiv auswirken kann. So scheint sich dadurch beispielsweise die Zeit, bis eine betroffene Person mit einem psychischen Problem professionelle Hilfe aufsucht, zu verkürzen.

⁵ Z.B. mit Begriffen wie „Depression“ oder „depressiv“.

zeigte sich in der vorliegenden Studie, dass weibliche sowie ältere Teilnehmende psychische Probleme eher mit Fachbegriffen beschreiben als männliche beziehungsweise jüngere Teilnehmende.

- **Ungenau Beschreibungen:** Wenn Studienteilnehmende die psychische Störung der Person in der Fallgeschichte ungenau beschrieben haben, dann...
 - ... verwendeten sie lediglich den übergeordneten Begriff „psychisches Problem / Störung“⁶,
 - ... nannten sie eine andere psychische Störung (z.B. wurde bei der Vignette „soziale Phobie“ geschrieben, dass die Person an einer Depression leidet),
 - ... verharmlosten sie das Problem (z.B. wurde bei der Depressionsvignette „pubertäre Phase“ hingeschrieben),
 - ... beschrieben sie lediglich die Symptome (z.B. „paranoid“ bei der Schizophrenievignette) oder
 - ... versuchten sie, die Ursachen des Problems zu charakterisieren (z.B. Mobbing, Tod eines Angehörigen oder Liebeskummer bei der Depressionsvignette), obwohl darauf hingewiesen wurde, das Problem und nicht die Ursache zu beschreiben.

Vignetten „Alkoholmissbrauch“ und „Depression und Alkoholmissbrauch“

In den Vignetten zu Alkoholmissbrauch wurde eine Person beschrieben, die sich in der letzten Zeit fast jedes Wochenende betrinkt (Rauschtrinken) und dann Dinge tut, die als sehr peinlich empfunden werden und damit wiederholt negative soziale Konsequenzen nach sich ziehen. Oftmals erkannten die Studienteilnehmenden, dass bei dieser Fallgeschichte der übermäßige Alkoholkonsum zentral ist für das Problem von Anna / Lukas. Der Begriff „Alkoholmissbrauch“ wurde allerdings höchst selten verwendet. Stattdessen wurde zum Beispiel oft eher der Begriff „Alkoholabhängigkeit“ verwendet, obwohl dieser weniger zum Inhalt der Vignette passt: Bei einer Abhängigkeit kommen beispielsweise noch Entzugserscheinungen hinzu, wenn die Person nicht trinkt. Bei Alkoholmissbrauch – wie er in der Vignette beschrieben ist – müssen entsprechende Symptome nicht auftreten.

⁶Die Beschreibung „psychische/s Problem / Störung“ wird als ungenau bewertet, da es sehr viele unterschiedliche psychische Störungen gibt, die sich durch unterschiedliche Symptome äussern. Jedoch weist die Antwort „psychische/s Problem / Störung“ darauf hin, dass die Teilnehmenden zumindest erkannt haben, welche übergeordnete Art Problem vorliegt.

Bei den ungenauen Bezeichnungen zeigte sich ansonsten dasselbe Muster wie bei den anderen Vignetten:

... das Problem wurde als „psychisches Problem“ beschrieben,

... das Problem wurde verharmlost,

Beispielsantwort: „Ich denke, wenn man jung ist, sollte man sich auch mal betrinken.“ oder „Durchschnittsjugendlicher.“

... es wurden lediglich bestimmte Symptome beschrieben,

Beispielsantwort: „Er trinkt zu viel.“

... oder es wurde versucht, die Ursachen für das Verhalten zu finden.

Beispielsantworten:

„Entweder rebelliert sie gegen die Erziehungsmethoden der Eltern oder / und hat einen Freundeskreis, der einen schlechten Einfluss auf sie hat...“

„Ich denke, Anna hat entweder im privaten oder auch im geschäftlichen [Bereich] Probleme, die sie nicht ansprechen kann / will und diese vergessen will und sich somit mit Alkohol ‚betäubt‘.“

Bezüglich der Verharmlosung des Problems ist darauf hinzuweisen, dass viele Jugendliche und junge Erwachsene Rauschtrinken zeigen [21]⁷. Wenn das entsprechende Trinkverhalten aber – wie bei der Person in der Vignette – wiederholt zu negativen Konsequenzen führt, so kann von Alkoholmissbrauch gesprochen werden.

Abschliessende Bemerkung zum Erkennen der in den Vignetten beschriebenen psychischen Störungen

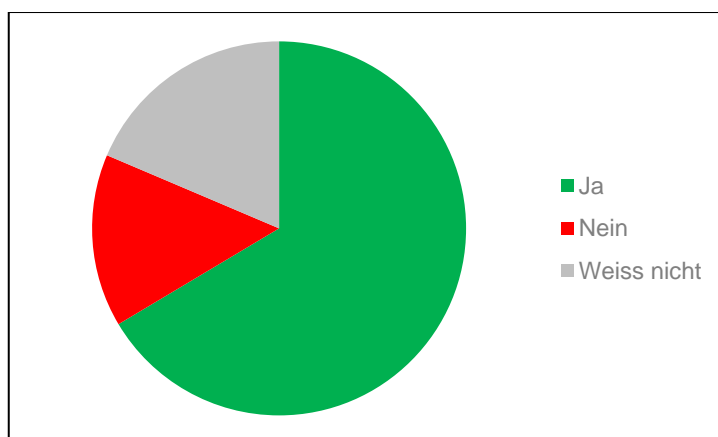
Es ist darauf hinzuweisen, dass gewisse Schüler/innen trotz ungenauer Beschreibung des psychischen Problems teilweise doch ein relativ gutes Verständnis für das in der Vignette beschriebene Problem gezeigt haben. Es kann also vorkommen, dass einige Jugendliche und junge Erwachsene zwar den Fachbegriff nicht kennen, um das Problem zu beschreiben, aber (intuitiv) wissen, was der Kern des Problems ist und wie der betroffenen Person geholfen werden kann.

⁷ Bei den 15-19-Jährigen zeigen 26.4% mindestens einmal monatlich Rauschtrinken, bei den 20-24-Jährigen liegt der entsprechende Anteil bei 38.2%.

4.1.2 (Keine) Hilfe aufsuchen beim Vorliegen eines psychischen Problems

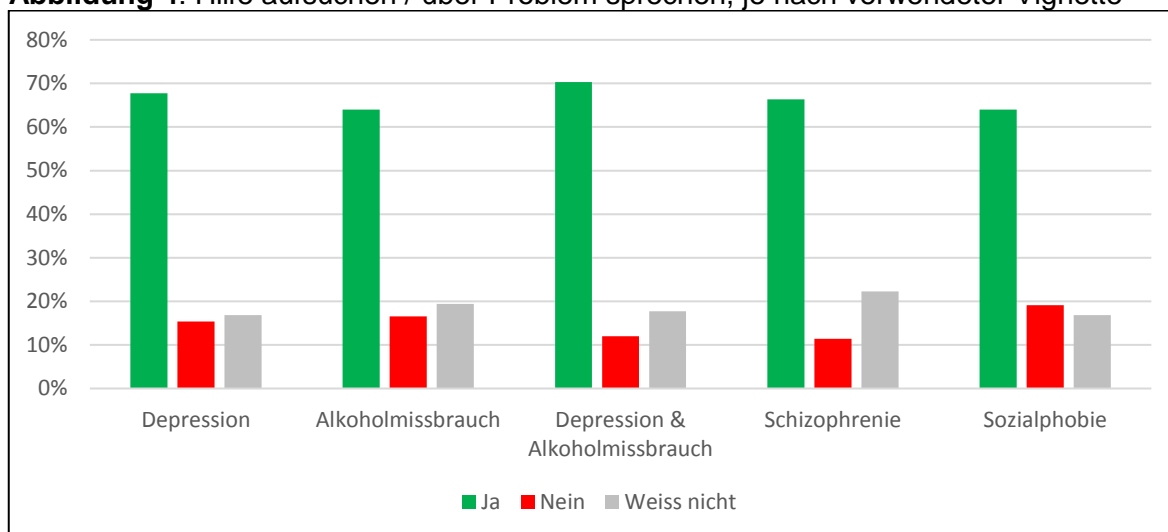
Über alle Vignetten hinweg betrachtet, gaben die meisten Befragten (ca. 2/3) an, dass sie – wenn sie das Problem von Anna beziehungsweise Lukas hätten – Hilfe aufsuchen und mit jemandem über das Problem sprechen würden (siehe Abbildung 3). Jedoch gaben die weiblichen eher als die männlichen Teilnehmenden an, dass sie Hilfe aufsuchen und über das Problem sprechen würden⁸. Das Alter der Teilnehmenden hatte dahingegen keinen Einfluss darauf, ob Jugendliche / junge Erwachsene Hilfe aufsuchen würden.

Abbildung 3: „Wenn du ein Problem hättest wie Anna / Lukas: Würdest du Hilfe aufsuchen und mit jemandem über das Problem sprechen?“



Vergleicht man die Antworten entlang der verschiedenen Vignetten, so zeigen sich interessante Unterschiede (siehe Abbildung 4). So ist zum Beispiel im Vergleich zu den anderen Vignetten bei der „sozialen Phobie“ der Anteil jener, welche weder Hilfe aufsuchen noch über das Problem sprechen würden, relativ gross (siehe roter Balken). Das kann unter anderem daran liegen, dass das Verhalten der Person in der Vignette von vielen Teilnehmenden als ausgeprägte Schüchternheit oder Introvertiertheit und nicht als ernstzunehmendes psychisches Problem interpretiert wurde. Der Leidensdruck, der mit dieser psychischen Störung verbunden ist, wurde daher möglicherweise unterschätzt.

⁸ Personen, die die Antwortoption „weiss nicht“ angekreuzt haben, wurden von diesen Analysen ausgeschlossen.

Abbildung 4: Hilfe aufsuchen / über Problem sprechen, je nach verwendeter Vignette

Schüler/innen, die angegeben haben, dass sie beim Vorliegen eines in der Vignette beschriebenen Problems Hilfe aufsuchen und über das Problem sprechen würden, durften in Folgefragen ihre Präferenzen hinsichtlich der bevorzugten Ansprechperson äussern. Hierzu wurden unterschiedliche Personen aus dem Verwandten- und Freundeskreis (Mehrfachantworten waren möglich) vorgegeben. Über die Hälfte der Befragten gab an, dass sie mit ihrer weiblichen Hauptbezugsperson mit Erziehungsfunktion (in den meisten Fällen: Mutter, aber auch Grossmutter, Tante etc.) beziehungsweise mit der / dem (besten) Freund/in oder der / dem Partner/in über das Problem sprechen würden. Knapp ein Drittel der Befragten gab an, dass sie bei ihren Geschwistern Hilfe suchen würden und nur ein Viertel würde die männliche Hauptbezugsperson (meistens: Vater, aber auch Grossvater, Onkel etc.) um Hilfe bitten. Ergänzend zu den vorgegebenen Antwortalternativen wurden in den offenen Antworten auch diverse Fachpersonen (z.B. Psychologinnen / Psychologen beziehungsweise Psychiater/innen) genannt, bei denen die Teilnehmenden Hilfe ersuchen würden.

In unterschiedlichen Fragen wurden die Schüler/innen gebeten, die Gründe zu nennen, die gegen einen Einbezug (Hilfe / Gespräche) von Drittpersonen sprechen könnten. Gemäss den Antworten gibt es unter anderem folgende Gründe, weshalb eine Person mit einem psychischen Problem (wie in der Vignette beschrieben) keine Hilfe aufsucht:

... Angst vor der Reaktion anderer, Scham und Peinlichkeit,

Beispielsantworten:

„Es wäre mir peinlich, jemandem zu erklären, dass ich ein Problem mit mir selbst habe.“

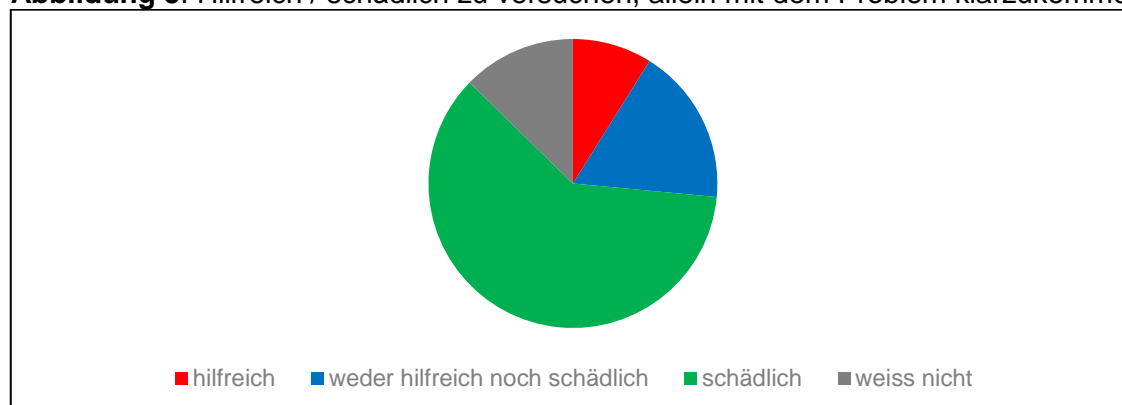
„Angst, als komisch oder verrückt abgestempelt zu werden.“

„Angst, ausgelacht oder ausgestossen zu werden.“

- ... fehlendes Vertrauen, dass andere helfen könnten,
Beispielsantwort: „Das Problem verstehen vielleicht nicht alle und es würde nur komplizierter werden.“
- ... andere nicht mit dem Problem belasten wollen,
Beispielsantwort: „Ich möchte nicht andere Personen mit meinen Problemen belasten.“
- ... Probleme – insbesondere psychische – werden bevorzugt selbst gelöst / keine Lust / Motivation, über das Problem zu sprechen,
Beispielsantworten:
 „Das ist Einstellungssache. Wenn ich mich ändern will, muss ich das aus eigener Kraft hinkriegen.“
 „Es ist kein Problem, weil es an einem selber liegt, sein Leben wieder in den Griff zu bekommen. Er muss es nur wollen.“
- ... Problem von Anna / Lukas wird als nicht so schlimm wahrgenommen beziehungsweise fehlende Krankheitseinsicht,
Beispielsantwort (Vignette Sozialphobie): „Es ist kein Problem. Es gibt nun mal Menschen, die nicht so gerne standardisierte soziale Interaktionen haben. Solange man mit der Familie gut auskommt und 1-2 gute Freunde hat, muss man doch nicht zwanghaft an soziale Veranstaltungen gehen, wenn man sich unwohl fühlt.“
- ... oder aufgrund der Symptome der psychischen Störung.
Beispielsantwort (Vignette Sozialphobie): „Er hat sich nun schon so weit abgeschottet, es ist nun sehr schwer für ihn, mit Leuten zu kommunizieren.“

Die Teilnehmenden sollten in einer weiteren Frage einschätzen, wie hilfreich beziehungsweise schädlich es wäre, wenn Anna / Lukas versuchen würde, allein mit ihrem / seinem Problem klarzukommen. Über die Hälfte der Teilnehmenden gab an, dass dies schädlich wäre und ungefähr 9% schätzen es als hilfreich ein (siehe Abbildung 5). Bei Letzteren ist davon auszugehen, dass sie – wenn sie ein Problem hätten wie Anna / Lukas – keine Hilfe aufsuchen beziehungsweise annehmen würden. Im Vergleich zu den weiblichen Befragten gaben männliche Teilnehmende häufiger an, dass es hilfreich wäre, wenn die Person versuchen würde, selbst mit ihren Problemen klarzukommen.

Abbildung 5: Hilfreich / schädlich zu versuchen, allein mit dem Problem klarzukommen



Auch bei dieser Frage zeigten sich wiederum Unterschiede zwischen den Vignetten. Bei der der Alkoholmissbrauchsvignette (ohne Depression) gaben beispielsweise vergleichsweise viele Personen an, dass es hilfreich wäre, wenn die Person keine Hilfe aufsuchen würde.

4.1.3 Hilfe anbieten für eine/n Freund/in mit einem psychischen Problem

Offene Frage zu Hilfeleistungen

Die Teilnehmenden wurden gefragt, was sie tun würden um einer / einem engen Freund/in – hier Anna / Lukas – zu helfen (offenes Antwortformat). Ähnlich wie in einer anderen Studie [22] gaben besonders viele Teilnehmende an, dass sie soziale Unterstützung anbieten würden. Das heisst, sie würden einer Person wie Anna / Lukas...

... aufmerksam zuhören / sie auf das Problem ansprechen,

Beispielsantworten:

„Ansprechen, verdeutlichen, dass er alles sagen kann.“

„Darauf ansprechen, ihr zuhören, ihr das Gefühl geben, dass sie nicht alleine ist...“

... mit Ablenkung helfen,

Beispielsantworten:

„Ich würde etwas Unvergessliches mit Anna tun, so dass sie viel Spass daran hätte.“

„Ich würde mit ihr darüber sprechen und sie mit gemeinsamen Unternehmungen ablenken. Z.B Kino oder Shoppen...“

... Rat anbieten.

Beispielsantworten:

„Ich wäre für ihn da, ich würde ihm raten, Hilfe aufzusuchen. Diese Depression kann zu Suizidgedanken oder Ähnlichem führen.“

„Für sie da sein und ihr raten, einen Psychologen oder Psychiater aufzusuchen.“

Obwohl alle der oben genannten Hilfestrategien potentiell nützlich sind für eine Person mit einer psychischen Störung [23]⁹, empfehlen Fachpersonen, dass die / der helfende Heran-

⁹ Gemäss Fachpersonen gehören das verständnisvolle Zuhören und der Rat, professionelle Hilfe aufzusuchen, zu den besonders hilfreichen Strategien, um einer Person mit einer psychischen Störung zu helfen. Die Person mit einem psychischen Problem abzulenken, scheint von Fachpersonen dahingegen weniger hilfreich eingeschätzt zu werden. Zwar können Ablenkungen für eine kurze Zeit dazu führen, dass die betroffene Person nicht an ihre Probleme denkt. Das Aufsuchen von professioneller Hilfe wird dadurch aber wahrscheinlich nicht begünstigt.

wachsende – vor allem wenn diese/r noch sehr jung ist – in einer solchen Situation zusätzlich noch Erwachsene um Unterstützung bittet (z.B. Eltern, Lehrpersonen, Schulpsychologinnen / Schulpsychologen) [22,24]. Diese Strategie wurde von einigen Teilnehmenden auch erwähnt:

... zusätzlich Erwachsene hinzuziehen.

Beispielsantworten:

„Ich würde Hilfe suchen bei spezialisierten Ärzten und meine Eltern um Rat fragen.“

„Ich würde ihm zuerst selbst raten mit seinen Eltern, Geschwistern oder Lehrern zu sprechen. Und wenn er es nicht selbst tut, dann wahrscheinlich selber zu seinen Eltern oder Geschwistern gehen, um es ihnen zu erzählen.“

Allerdings wurde diese Strategie nicht von allen Befragten spontan genannt. Bei einigen Teilnehmenden wurde aus den Antworten sogar deutlich, dass sie bereit wären, sich sehr aufopfernd alleine – ohne unterstützende Hilfe von Erwachsenen – um ihre Freundinnen / Freunde zu kümmern, was zu einer Belastung und Überforderung führen kann. Vereinzelt wurden zudem Strategien genannt, wie etwa Abstand nehmen von der Person mit dem psychischen Problem und die Person in Ruhe lassen, die gemäss Expertinnen / Experten als nicht hilfreich eingestuft werden [23].

Einschätzung, wie hilfreich / schädlich unterschiedlich Hilfestrategien sind

Den Teilnehmenden wurden auch verschiedene Hilfestrategien vorgeschlagen, die sie als „schädlich“, „weder hilfreich noch schädlich“ oder als „hilfreich“ beurteilen sollten. Mehr als 90% der Befragten gaben an, dass „einfühlsames Zuhören, wenn die Person über ihre Probleme spricht“ hilfreich wäre und stimmten damit mit den Expertinnen/Experteneinschätzungen überein [23]. Wie weiter oben bereits erwähnt wurde, beurteilen Fachpersonen auch das Empfehlen professioneller Hilfe beziehungsweise das Aufsuchen von Hilfe von anderen Erwachsenen (z.B. Familienmitgliedern, Trainer/innen, Lehrer/innen) als hilfreich. Wie in den Abbildungen 6 und 7 zu sehen ist, wurden diese Strategien aber nur von etwas mehr als der Hälfte der Befragten als hilfreich beurteilt.

Abbildung 6: Professionelle Hilfe vorzuschlagen (z.B. von einer / einem Psychologin / Psychologen): schädlich / hilfreich?

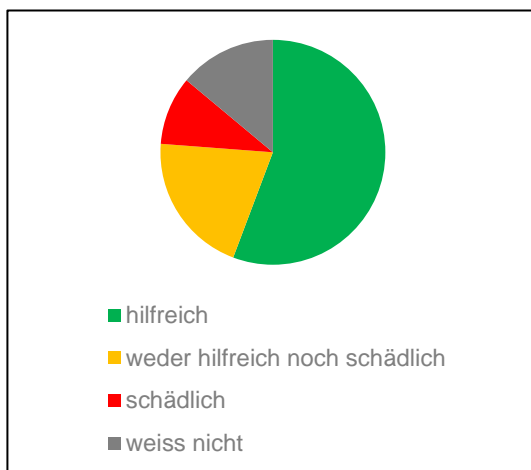
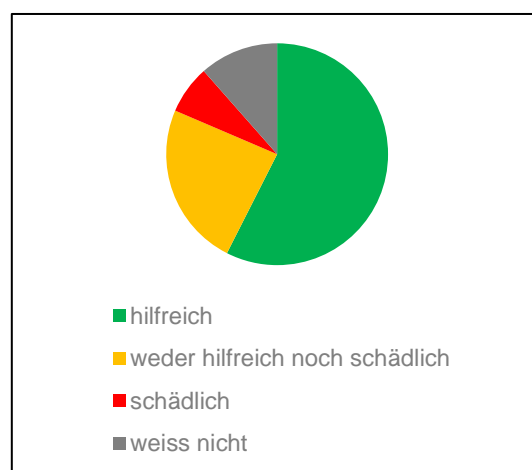
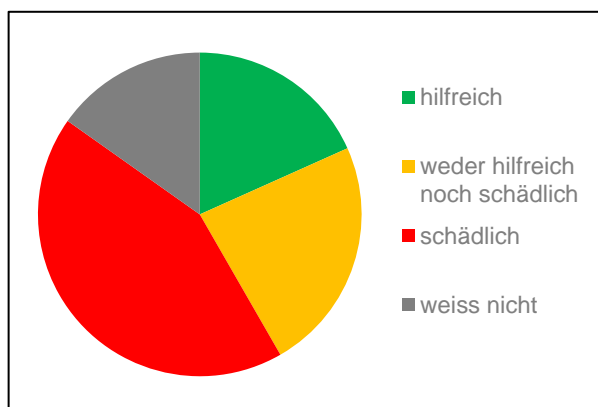


Abbildung 7: Hilfe von anderen Erwachsenen vorzuschlagen (z.B. Familienmitglieder, Lehrer/in, etc.): schädlich / hilfreich?



Auch das Erfragen von Suizidgedanken wird von Fachpersonen als hilfreich beurteilt und daher auch in vielen Präventionskampagnen so empfohlen (z.B. <https://www.147.ch/de/suizidpraevention/> und <https://www.suizidpraevention-zh.ch/>; siehe auch [25]). Gespräche mit einer Person mit Suizidgedanken können diese womöglich dazu motivieren, professionelle Hilfe aufzusuchen, wodurch das Suizidrisiko verringert wird. Wie in Abbildung 8 ersichtlich wird, schätzen aber zwei Fünftel der Befragten das Erfragen von Suizidgedanken als schädlich ein. Möglicherweise gehen diese Personen davon aus, dass dadurch erst entsprechende Gedanken beziehungsweise Handlungsabsichten hervorgerufen werden [15]. Es liegen allerdings keine wissenschaftlichen Hinweise vor, welche für einen solchen Zusammenhang sprechen [26].

Abbildung 8: Hilfreich bzw. schädlich, einen Gleichaltrigen nach Suizidgedanken zu fragen

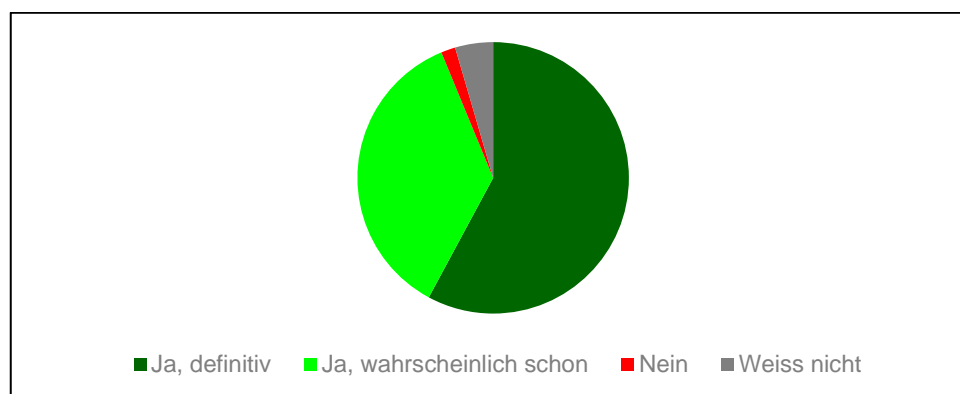


Die von Fachpersonen als nicht hilfreich beurteilten Strategien [23] wurden von den meisten Befragten auch als schädlich eingestuft. Die betroffene Person zu ignorieren, bis sie ihr Problem gelöst hat, wurde zum Beispiel von etwa 90% der Befragten als schädlich beurteilt. Den Konsum von Alkohol beziehungsweise Cannabis zu empfehlen (z.B. um das Problem zu vergessen beziehungsweise um zu Entspannen), wurde von ca. 85% (in Bezug auf Alkohol) beziehungsweise von knapp 80% (in Bezug auf Cannabis) als schädlich beurteilt.

Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Absicht, einer Person mit einem psychischen Problem helfen zu können

Auf die Frage, ob sie denken, dass sie Anna / Lukas als enge/n Freund/in mit einem psychischen Problem helfen könnten, antwortete die Mehrheit der Befragten mit ja (siehe hell- und dunkelgrüne Fläche in Abbildung 9). Diese Zuversicht, erfolgreich helfen zu können, zeigte sich bei allen Vignetten, wenn auch in unterschiedlichem Ausmass. Beispielsweise gaben im Vergleich zur Alkoholmissbrauchsvignette bei der Schizophrenievignette etwas mehr Personen an, dass sie nicht helfen können.

Abbildung 9: Denkst du, du könntest und würdest Anna / Lukas helfen (alle Vignetten wurden berücksichtigt)?



Die 85 Schüler/innen, die angegeben haben, dass sie Anna / Lukas nicht helfen könnten / würden, wurden nach den Gründen für diese Einschätzung gefragt. Von den vorgegebenen Antwortoptionen wurden die folgenden von mehr als einem Drittel gewählt: Ich würde nicht helfen,...

- ... weil ich nicht weiss, wie ich ihr / ihm helfen könnte beziehungsweise nicht die notwendige Erfahrung habe.
- ... weil andere Personen ihr / ihm besser helfen können.
- ... weil sie / er sich nicht helfen lassen will.

4.1.4 Wirksamkeitseinschätzungen von Person / Behandlungen / präventiven Massnahmen

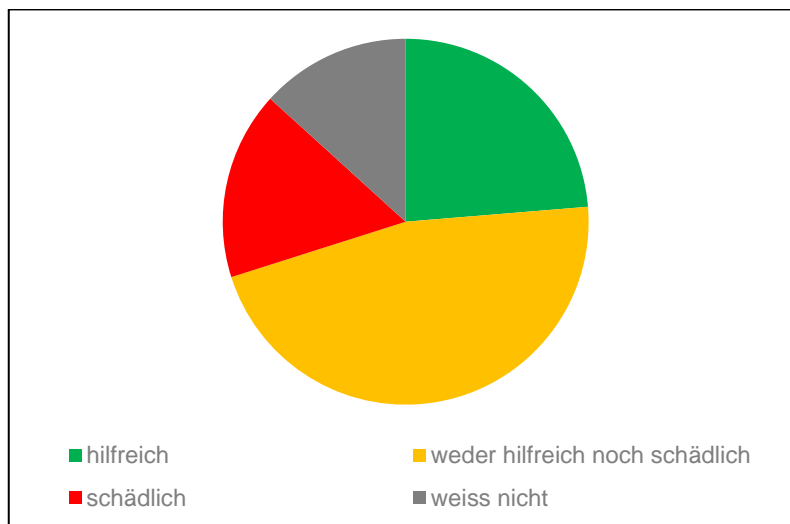
Einschätzung der Wirksamkeit des Einbezugs von Personen

Die Teilnehmenden wurden gefragt, wie hilfreich beziehungsweise schädlich der Einbezug bestimmter Personen wäre, um Anna / Lukas zu helfen. Mit absteigender Häufigkeit wurde der Einbezug folgender Personen als hilfreich eingestuft:

- beste/r Freund/in / Partner/in (von über 90%),
- enges Familienmitglied (von gut 85%),
- Psychologin / Psychologe oder Psychiater/in (von gut 70%),
- Sozial- oder Jugendarbeiter/in / Sozialpädagogin / Sozialpädagoge (von knapp 60%),
- Hausärztin / Hausarzt (von gut 30%),
- Trainer/in (von gut 25%)
- Lehrer/in (von knapp 25%),
- geistliche Bezugsperson (von gut 20%)

Da diese Einschätzungen von Jugendlichen / jungen Erwachsenen zur Wirksamkeit des Einbezugs von Lehrpersonen in die Hilfeleistung gerade für das Schulpersonal von Interesse sein dürfte, werden die entsprechenden Antworten dazu in Abbildung 10 noch detaillierter dargestellt. Einige Schüler/innen haben die Lehrpersonen möglicherweise als hilfreich eingestuft (grüne Fläche), weil sie selbst oder Gleichaltrige bereits positive Erfahrungen mit der Hilfeleistung einer Lehrperson gemacht haben. Es kann aber auch sein, dass Schüler/innen Lehrpersonen generell als hilfreich beurteilen, weil sie ihre eigene/n Lehrer/in als kompetent und empathisch bewerten. Die Einschätzung, dass der Einbezug von Lehrpersonen jedoch schädlich wäre (rote Fläche), kann unter anderem dadurch motiviert sein, dass gewisse Schüler/innen private und schulische Angelegenheiten nicht vermischen wollen (z.B. aufgrund der Angst, dass sich das negativ auf die Bewertung der schulischen Leistungen durch die Lehrpersonen auswirken könnte). Der grösste Teil der Befragten (orange Fläche) schätzt die Lehrpersonen aber als „weder hilfreich noch schädlich“ ein. Personen, die eine entsprechende Einschätzung abgegeben haben, würden möglicherweise nicht eine Lehrperson als erste Anlaufstelle wählen, sondern zum Beispiel eher ein enges Familienmitglied einbeziehen.

Abbildung 10: Wie hilfreich beziehungsweise schädlich der Einbezug von Lehrpersonen eingeschätzt wird, um Anna / Lukas zu helfen.



Einschätzung der Wirksamkeit von Behandlungen

Die Teilnehmenden wurden auch gebeten, unterschiedliche Behandlungsmassnahmen einzuschätzen (hilfreich, schädlich, weder noch). An dieser Stelle werden – um den Rahmen dieses Berichts nicht zu sprengen – lediglich exemplarisch einige Beispiele erläutert. Für alle in den Vignetten erwähnten psychischen Störungen wird eine Psychotherapie empfohlen [27]. Psychotherapie wurde aber nur von gut der Hälfte der Befragten als hilfreich eingestuft. Die Nützlichkeit von bestimmten Massnahmen unterscheidet sich natürlich auch je nach psychischer Störung. Bei Schizophrenie sind beispielsweise Psychopharmaka (d.h. eine schulmedizinische Behandlung mit Medikamenten) ein Kernelement der Therapie [5]. Nur gut 30% der Schüler/innen, die die Schizophrenievignette vorgelegt erhalten haben, beurteilten Psychopharmaka allerdings als hilfreich. Einige wissenschaftliche Hinweise liegen auch darüber vor, dass sich körperliche Aktivität positiv auf das Wohlbefinden von Personen auswirkt, die an Depressionen oder Angststörungen leiden [28,29]. Diese Massnahme wurde bei den Vignetten „Depression“ und „soziale Phobie“ tatsächlich auch von über 80% der Studienteilnehmenden als hilfreich eingestuft. Bezüglich verschiedenen Massnahmen stimmen also die Wirksamkeitseinschätzungen der Teilnehmenden grösstenteils mit denen von Fachpersonen und den wissenschaftlichen Erkenntnissen überein (z.B. körperliche Aktivität). Bei anderen Massnahmen unterscheidet sich dahingegen die Einschätzung der Schüler/innen weitgehend von der Expertinnen/Expertenmeinung (z.B. bezüglich der Psychotherapie oder Psychopharmaka).

Einschätzung der Wirksamkeit von präventiven Massnahmen

Die Teilnehmenden wurden gebeten, bei unterschiedlichen präventiven Massnahmen einzuschätzen, ob diese das Risiko vermindern könnten, dass das in der Vignette beschriebene psychische Problem überhaupt entsteht¹⁰. Auch zu diesem Frageblock werden lediglich einige interessante Befunde exemplarisch aufgeführt.

Bei den folgenden präventiven Massnahmen gab die Mehrheit (ca. vier Fünftel) der Teilnehmenden an, dass sie das Risiko der Entstehung eines psychischen Problems reduzieren würden:

- körperlich aktiv sein
- im Kontakt bleiben mit Familienmitgliedern und Freundinnen / Freunden
- sich Zeit nehmen für entspannende Aktivitäten

Die oben genannten Strategien wurden auch von Fachpersonen (Hausärztinnen / Hausärzten; Psychologinnen / Psychologen etc.) als hilfreiche präventive Massnahmen beurteilt [30]. Von Fachpersonen wurde auch das Vermeiden von (übermässigem) Substanzkonsum als hilfreiche präventive Strategie genannt [30]. Nur gut die Hälfte der Schüler/innen beurteilte dahingegen die Strategie „kein Cannabis konsumieren“ als hilfreich zur Prävention von psychischen Störungen (siehe Abbildung 11). „Alkohol nie im Übermass konsumieren“ wurde von drei Fünftel der Befragten als hilfreich beurteilt (siehe Abbildung 12).

Abbildung 11: Hilfreich bzw. schädlich auf Cannabiskonsum zu verzichten zur Prävention von psychischen Störungen

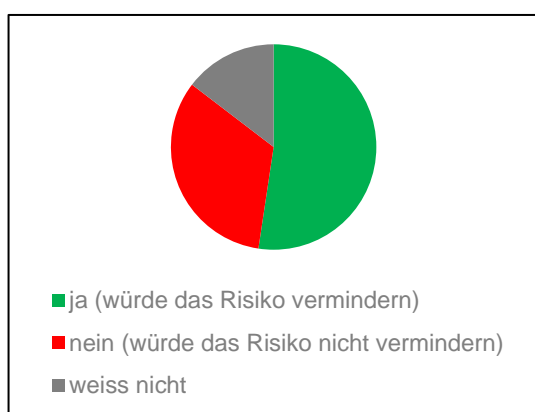
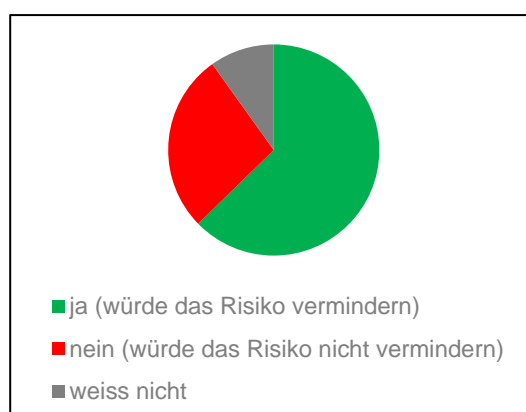


Abbildung 12: Hilfreich bzw. schädlich, auf übermässigem Alkoholkonsum zu verzichten zur Prävention von psychischen Störungen



¹⁰ Präventive Massnahmen zur Vermeidung von körperlichen Problemen scheinen in der Allgemeinbevölkerung relativ gut bekannt zu sein (z.B. körperlich aktiv sein; ausgewogene Ernährung; nicht rauchen). Präventive Massnahmen zur Vermeidung von psychischen Problemen sind dahingegen weniger bekannt und auch wissenschaftlich weniger gut untersucht.

4.2 Stigmatisierende Einstellungen gegenüber Personen mit einer psychischen Störung

Den Teilnehmenden wurden unterschiedliche Fragen vorgelegt, deren Antworten Hinweise darauf geben können, ob eine Person stigmatisierende Einstellungen gegenüber Personen mit psychischen Störungen hat. In Abbildung 13 (Seite 26) werden die ersten Fragen zu diesem Thema dargestellt. In den Kreisdiagrammen weisen jeweils die roten und zu einem geringeren Ausmass auch die gelb-orangen Kuchenstücke in Richtung „stigmatisierende Einstellungen“. Beispielsweise zeigt sich, dass knapp 10% der Befragten voll und ganz mit der Aussage übereinstimmen, dass Anna / Lukas sich „normal“ verhalten könnte, wenn sie / er nur wollte (roter Anteil). Die Fragen, die in Abbildung 13 dargestellt wurden, unterscheiden sich in Abhängigkeit der vorgelegten Vignetten. So fand die Aussage „Anna / Lukas könnte sich normal verhalten, wenn sie / er wollte“ am häufigsten (vollständige) Zustimmung, wenn den Teilnehmenden die Alkoholmissbrauchsvignette vorgelegt worden ist. Neben der vorgegebenen Vignette scheint auch das Geschlecht der Teilnehmenden einen Einfluss darauf zu haben, wie diese Fragen beantwortet wurden: Männliche Teilnehmende scheinen eher stigmatisierende Einstellungen gegenüber Personen mit psychischen Störungen zu haben als weibliche Teilnehmende. So stimmten beispielsweise mehr männliche Teilnehmende der Aussage zu, dass das Problem von Anna / Lukas „ein Zeichen persönlicher Schwäche“ ist, als dies bei den weiblichen Teilnehmenden der Fall war.

Weiter wurden die Teilnehmenden auch danach gefragt, ob sie mit Anna / Lukas Zeit verbringen würden. Bei diesen Fragen spricht der Wunsch, sich von Anna / Lukas distanzieren zu wollen für das Vorliegen von stigmatisierenden Einstellungen. Dieser Wunsch wurde – je nach beschriebenem sozialen Kontakt zwischen gut 3% und knapp 7% der Befragten geäussert. Bei den männlichen Teilnehmenden ist der entsprechende Anteil grösser als bei den weiblichen Teilnehmenden (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Frage nach dem Wunsch, sozialen Kontakt mit Anna / Lukas zu haben beziehungsweise sich von ihnen distanzieren zu wollen.

	Prozent an Personen, die mit „definitiv nicht“ geantwortet haben		
	Total	Männliche Teilnehmenden	Weibliche Teilnehmende
Würdest du dich freuen,...			
...am Wochenende mit Anna / Lukas auszugehen?	5.4%	6.3%	4.6%
...mit Anna / Lukas an einem Projekt zu arbeiten?	4.8%	6.8%	3.2%
...Anna / Lukas zu dir nach Hause einzuladen?	6.6%	10.8%	2.9%
...zu Anna / Lukas nach Hause zu gehen?	5.2%	7.6%	3.2%
...eine enge Freundschaft mit Anna / Lukas zu entwickeln?	3.3%	5.4%	1.5%

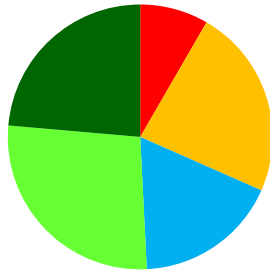
Bemerkung: Die Antwortoption „definitiv nicht“ bedeutet, dass die befragte Person sich von Anna / Lukas entlang der befragten Dimensionen distanzieren will, was ein Hinweis für das Vorliegen von stigmatisierenden Einstellungen sein kann.

Abbildung 13: Stigmatisierende Einstellungen gegenüber Personen mit psychischen Störungen

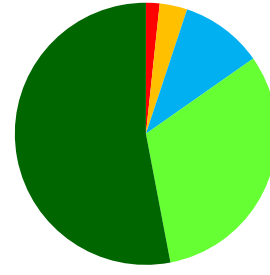
Anna / Lukas könnte sich "normal" verhalten, wenn sie / er wollte.



Das Problem von Anna / Lukas ist ein Zeichen persönlicher Schwäche.



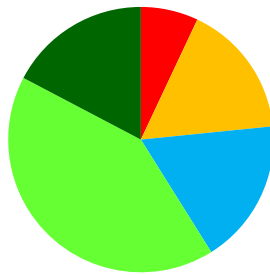
Es ist am besten, Anna / Lukas zu vermeiden, damit du dieses Problem nicht selbst bekommst.



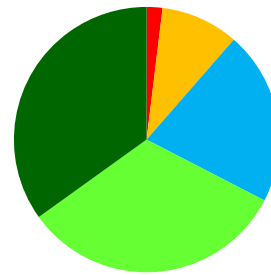
Das Problem von Anna / Lukas ist keine echte medizinische Erkrankung



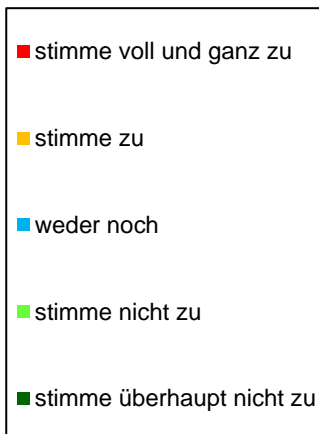
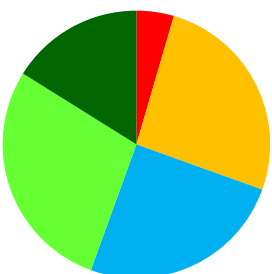
Du würdest es niemandem sagen, wenn du ein Problem hättest wie Anna / Lukas.



Anna / Lukas ist gefährlich.



Das Problem macht Anna / Lukas unberechenbar.



5 Fazit und Ausblick

Mit der Unterstützung von mehr als 100 Schulen konnten fast 5000 Schüler/innen der Stufe Sek II untersucht werden. In gewissen Bereichen zeigten die Befragten eine ausgeprägte psychische Gesundheitskompetenz. So gaben beispielsweise die meisten an, dass sie Hilfe aufsuchen würden, wenn sie selbst das in der Vignette beschriebene Problem hätten. Zudem stimmten die Einschätzungen der befragten Personen bezüglich gewissen Hilfestrategien (z.B. aufmerksam und verständnisvoll zuhören) sowie bestimmten Behandlungs- / präventive Massnahmen (z.B. körperlich aktiv sein) hinsichtlich psychischen Problem mit der Meinung von Fachpersonen und wissenschaftlichen Erkenntnissen überein.

In anderen Bereichen könnte die psychische Gesundheitskompetenz der Schüler/innen allerdings noch verbessert werden. So wurden beispielsweise sogar relativ häufig auftretende psychische Störungen oftmals nicht erkannt und die in den Vignetten beschriebenen Probleme wurden teilweise gar verharmlost. Ein Nichterkennen eines vorliegenden psychischen Problems (inklusive dessen Verharmlosen) kann jedoch das Aufsuchen (professioneller) Hilfe verhindern beziehungsweise verzögern. Zudem erkannten viele Schüler/innen die potentielle Nützlichkeit von bestimmten Hilfestrategien zur Unterstützung einer Freundin / eines Freundes mit einem psychischen Problem nicht, die von Fachpersonen als besonders hilfreich erachtet werden (Empfehlung aussprechen, professionelle Hilfe aufzusuchen; Hinzuziehen von Erwachsenen, um die betroffene Person zu unterstützen; Erfragen von Suizidgedanken). Dasselbe gilt auch für bestimmte Behandlungs- und präventive Massnahmen, die gemäss wissenschaftlichen Studien / dem Urteil von Fachpersonen, hilfreich wären, aber von vielen Schüler/innen nicht entsprechend beurteilt wurden. Dazu gehören etwa die Psychotherapie (Behandlungsmethode) sowie das Vermeiden von (übermässigem) Substanzkonsum (präventive Massnahme). Die Ergebnisse weisen zudem zu einem nicht unbedeutenden Masse auf das Vorhandensein stigmatisierender Einstellungen gegenüber Personen mit psychischen Störungen hin. Männliche Teilnehmende zeigten bei diversen Fragen eine tiefere psychische Gesundheitskompetenz und äusserten eher stigmatisierende Einstellungen im Vergleich zu den weiblichen Teilnehmenden. Hinsichtlich dem Alter der Teilnehmenden zeigte sich auch, dass die psychische Gesundheitskompetenz bei den jüngeren Teilnehmenden tiefer ausfällt als bei den älteren.

An dieser Stelle ist nochmals darauf hinzuweisen, dass im vorliegenden Bericht lediglich erste Resultate dargestellt wurden. In den kommenden Monaten werden wir die Daten vertiefter aufbereiten und analysieren. Insbesondere die detaillierte Auswertung der offenen Kommentare ist bei einer so grossen Stichprobe zeitaufwändig. Diese vertieften Analysen

werden in wissenschaftlichen Zeitschriften publiziert. Hinweise zu Publikationen werden auf folgender Webseite veröffentlicht: <http://www.isgf.uzh.ch/de/projects/health/Psychische-Gesundheitskompetenz-und-Stigma.html>. Falls gewünscht, werden wir Sie über die Resultate der vertieften Analysen per Mail auf dem Laufenden halten.

Zudem ist es unser Ziel, die Erkenntnisse der Studie in praxisrelevante Programme zu übersetzen. Hierbei kann es beispielsweise darum gehen, Fehlvorstellungen zum Thema „psychische Gesundheit“ mit den Schülerinnen / Schülern zu besprechen. Damit dieser Transfer von der Wissenschaft in die Praxis gut gelingt, werden wir auch mit ausgewählten Fachpersonen zusammenarbeiten, welche unter anderem mit dem Schulkontext vertraut sind und über ausgewiesene Erfahrung mit Projekten im Gesundheitsbereich haben.

6 Referenzen

1. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P: Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007;369:1302–1313.
2. De Girolamo G, Dagani J, Purcell R, Cocchi A, McGorry PD: Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2012;21:47–57.
3. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustün TB: Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:359–364.
4. Lambert M, Bock, Naber D, Löwe M, Schulte-Markwort M, Schäfer I, et al.: Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen - Teil 1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2013;81:614–627.
5. Steinhausen HC: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. ed 5 München, Jena, Urban & Fischer, 2002.
6. Costello EJ, Egger H, Angold A: 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44:972–986.
7. Gore FM, Bloem PJN, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al.: Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet* 2011;377:2093–2102.
8. Dey M, Paz Castro R, Haug S, Schaub MP: Quality of life of parents of mentally-ill children: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018;1–15.
9. Jorm A, Korten A, Jacomb P, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P: “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust* 1997;166:182–186.
10. WHO: Mental health: new understanding, new hope. *The World Health Report*. Geneva, 2001.
11. Corrigan PW: Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change. *Clin Psychol Sci Pract* 2000;7:48–67.

12. Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL: Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull* 2001;27:219–225.
13. Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M: The stigma of mental illness in children and adolescents: a systematic review. *Psychiatry Res* 2016;243:469–494.
14. Rüsç N, Angermeyer MC, Corrigan PW: Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry* 2005;20:529–539.
15. Jorm AF, Wright A, Morgan AJ: Beliefs about appropriate first aid for young people with mental disorders: findings from an Australian national survey of youth and parents. *Early Interv Psychiatry* 2007;1:61–70.
16. Wright A, Harris MG, Wiggers JH, Jorm AF, Cotton SM, Harrigan SM, et al.: Recognition of depression and psychosis by young Australians and their beliefs about treatment. *MJA* 2005;183:18–23.
17. Jorm AF, Barney LJ, Christensen H, Highet NJ, Kelly CM, Kitchener BA: Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:3–5.
18. Jorm AF: Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol* 2012;67:231–43.
19. Wright A, Jorm A: Labels used by young people to describe mental disorders: factors associated with their development. *Aust New Zeal J Psychiatry* 2009;43:946–955.
20. Kelly CM, Jorm AF, Wright A: Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Med J Aust* 2007;187:26–30.
21. Gmel G, Kuendig H, Notari L, Gmel C: Suchtmonitoring Schweiz. Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016. Lausanne, 2017.
22. Kelly CM, Jorm AF: Adolescents' intentions to offer assistance to friends with depression or conduct disorder: Associations with psychopathology and psychosocial characteristics. *Early Interv Psychiatry* 2007;1:150–156.
23. Jorm AF, Morgan AJ, Wright A: First aid strategies that are helpful to young people developing a mental disorder: beliefs of health professionals compared to young people and parents. *BMC Psychiatry* 2008;8:1–10.
24. Ross AM, Hart LM, Jorm AF, Kelly CM, Kitchener BA: Development of key messages for adolescents on providing basic mental health first aid to peers: A Delphi consensus study. *Early Interv Psychiatry* 2012;6:229–238.
25. Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention: Suizidprävention. *Magazin P&G* 2018.
26. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, et al.: Evaluating iatrogenic Risk of Youth Suicide Screening Programs. *Jama* 2005;293:1635.
27. Jorm AF, Wright A: Beliefs of young people and their parents about the effectiveness of interventions for mental disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41:656–666.
28. Ströhle A: Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *J Neural Transm* 2009;116:777–784.
29. Paluska SA, Schwenk TL: Physical Activity and Mental Health. *Sport Med* 2000 2000;29:167–180.
30. Jorm AF, Morgan AJ, Wright A: Actions that young people can take to prevent depression, anxiety and psychosis: beliefs of health professionals and young people. *J Affect Disord* 2010;126:278–281.

Dank

Besonderer Dank gilt sowohl dem Schulpersonal (Rektorinnen / Rektoren; Schulleitung; Lehrpersonen; administratives Personal etc.), welches die Durchführung der Erhebung in den zufällig ausgewählten Schulen ermöglicht hat und den Schüler/innen, die sich zur Teilnahme entschieden und ihre wertvollen Einschätzungen zum Thema der Studie abgegeben haben. Zudem bedanken wir uns auch bei den Personen in kantonalen Ämtern (z.B. Bildungsdirektion), die unser Forschungsvorhaben unterstützt haben. Der unermüdliche Einsatz der studentischen Mitarbeiterinnen Lorena Glisenti, Olga Kozulic und Milena Schnyder bei der Datenerhebungen in den Klassen war unerlässlich. Vielen Dank dafür!

Bedanken möchten wir uns auch bei Prof. Anthony Jorm von der Universität Melbourne (Australien), der uns nicht nur die Unterlagen der australischen Erhebung zur Verfügung gestellt hat, sondern uns auch während der Studienplanung und -durchführung sowie bei der Aufbereitung der Daten immer tatkräftig zur Seite stand.

Zudem bedanken wir uns bei Jen Wang für seine Hilfe bei gewissen Übersetzungen des englischen Fragebogens. Stefan Ehrenberg, Roland Fischer und Michèle Fischer von der Technischen Berufsschule Zürich und ihren Klassen danken wir für die Möglichkeit, den Fragebogen pilotieren zu dürfen. Für die Stichprobenziehung und die Gewichtung der Daten möchten wir uns bei Laura Helbling vom Institut für Bildungsevaluation bedanken.

Anhang: Beschreibung der genannten psychischen Störungen

Depression: Depressionen sind gekennzeichnet durch eine anhaltend gedrückte Stimmung (bei Adoleszenten kann sich das auch in einer anhaltenden Reizbarkeit äussern) und durch eine/n verminderte/n Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit, Freude zu empfinden und Entscheidungen zu treffen sowie Interesse und Konzentration aufzubringen sind reduziert. Zudem kann sich bereits nach kleinsten Anstrengungen eine ausgeprägte Müdigkeit einstellen. Der Schlaf ist meist gestört und der Appetit verändert, was auch Gewichtsveränderungen mit sich bringen kann. Typisch sind auch ein reduziertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sowie Gefühle der Schuld und Wertlosigkeit. Körperliche Symptome können begleitend zu den genannten Merkmalen auftreten. Ebenso können Suizidimpulse das Bild einer Depression prägen.

Alkoholmissbrauch: In der Vignette wird eine Person beschrieben, die Alkoholmissbrauch zeigt, welcher als unangemessener Alkoholkonsum in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden führt.

Schizophrenie: Die Schizophrenie ist eine schwere Störung des Realitätsbezugs. Diese psychische Störung ist durch grundlegende und charakteristische Störungen des Denkens und der Wahrnehmung charakterisiert sowie durch unangemessene oder verflachte Gemütszustände. Es können Symptome wie zum Beispiel Halluzinationen und eine desorganisierte Sprache (z.B. unzusammenhängendes Reden) auftreten. Die Symptome einer Schizophrenie beeinträchtigen das Leben der betroffenen Person und reduzieren ihre Fähigkeit zu arbeiten / in die Schule zu gehen, positive Beziehungen zu haben und sich selbst zu versorgen.

Soziale Phobie (soziale Ängstlichkeit): Diese psychische Störung ist dadurch charakterisiert, dass sich die Person anhaltend von einer oder mehreren sozialen (Leistungs)situationen fürchtet, in welcher die Person mit fremden Personen in Kontakt kommt beziehungsweise von ihnen beurteilt wird. Die betroffene Person zeigt Angstsymptome / hat Angst, dass sie sich auf eine peinlich und erniedrigende Art und Weise verhalten könnte. Aufgrund dieser Angst werden entsprechende soziale Situationen vermieden. Kann eine solche Situation nicht vermieden werden, so treten unter Umständen Symptome wie zum Beispiel Erröten, Hände zittern oder Übelkeit auf. Die betroffene Person erkennt hierbei, dass die Angst unangemessen oder übertrieben ist.

Referenzen zu den beschriebenen psychischen Störungen

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.; DSM-5). Washington, DC: APA.

Steinhausen HC: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. ed 5 München, Jena, Urban & Fischer, 2002.

World Health Organization (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines, WHO, 1–267.