

Die Prävention psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen - Evaluation schulbasierter Interventionen

Kumulative Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Dr. rer. med.

an der Medizinischen Fakultät

der Universität Leipzig

eingereicht von: Sandro Corrieri

geboren am: 07.04.1980 in Koblenz

angefertigt an der: Universität Leipzig
Medizinische Fakultät
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)

Betreuer: Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH
Dr. phil. Ines Conrad

Beschluss über die Verleihung des Doktorgrades vom: 09.09.2015

Inhalt

1.	Bibliographische Beschreibung	1
2.	Einführung.....	3
2.1.	Die Prävalenz psychischer Störungen und ihre Auswirkungen	3
2.2.	Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen.....	5
2.3.	Die Rolle der Schule als Setting für präventive Maßnahmen	7
2.4.	Ziele dieser Arbeit	9
3.	Schule als Setting zur Prävention psychischer Störungen: Chancen, Perspektiven und Beispiele guter Praxis.....	12
4.	School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review	20
5.	Übergang.....	37
6.	Die Förderung psychischer Gesundheit in der Schule durch Schulcoaches: Evaluation eines Modellprojekts in Sachsen.....	39
7.	Do "School Coaches" make a difference in school-based mental health promotion? – Results from a large focus group study.....	49
8.	Info-Pocket-Guides als Beitrag zur Prävention psychischer Erkrankungen: Wie bewerten SchülerInnen Inhalt, Design und Nutzen?	62
9.	Diskussion	71
10.	Zusammenfassung	79
11.	Literaturverzeichnis	83
I.	Danksagung.....	93
II.	Publikationen	94

1. Bibliographische Beschreibung

Corrieri, Sandro

Die Prävention psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen - Evaluation schulbasierter Interventionen

Universität Leipzig, Kumulative Dissertation, Dezember 2014

97 Seiten, 57 Literaturquellen, 0 Abb., 0 Tab., 4 Anlagen

Referat

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Prävention psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Sie verbindet fünf Publikationen. Wird zunächst die besondere Eignung von Schule als Setting zur Förderung psychischer Gesundheit erörtert, verdeutlicht eine systematische Übersichtsarbeit den Bedarf in diesem Bereich, und stellt die Bedeutung einer Kombination von Informationsvermittlung und direktem Kontakt mit Betroffenen heraus. Im zweiten Teil der Arbeit werden sowohl qualitative wie auch quantitative Evaluationen von Interventionen des Leipziger Vereins "Irrsinnig Menschlich e.V." vorgestellt. Zum einen wurden Schüler, Lehrer und Eltern der Projektschulen des "Schulcoach"-Projekts in Fokusgruppen und mittels Fragebögen befragt, welche Entwicklungen diese spezielle Form der systemischen Betreuung angestoßen hat und welchen Einfluss die Schulcoaches auf die Rolle der psychischen Gesundheit im Schulalltag nahmen. Des Weiteren werden

Schüler mittels einer qualitativen Fokusgruppen-Erhebung gezielt nach der äußeren Gestaltung, der thematischen Ausrichtung und dem Nutzungsverhalten von eigens gestalteten Informationsmaterialien, den "Info-Pocket-Guides", befragt. Die Ergebnisse dieser Evaluationen werden schließlich vor dem Hintergrund des Eingangs dargestellten Bedarfs diskutiert.

2. Einführung

2.1. Die Prävalenz psychischer Störungen und ihre Auswirkungen

"Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit" (European Commission, 2005). Diese Aussage der Europäischen Kommission verdeutlicht die Bedeutung, die dem "Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen" beigemessen wird (European Commission, 2005). Nicht nur Praktiker und Forscher erkennen eine steigende Inanspruchnahme therapeutischer Leistungen: Depression und Angsterkrankungen sind zu Volkskrankheiten geworden. Wie das aktuelle Zusatzmodul "Psychische Gesundheit" zur "Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH)" des Robert Koch-Institutes (RKI) zeigt, wiesen 27,7% der deutschen Bevölkerung eine 12-Monats-Prävalenz für eine psychische Störung auf. Am häufigsten waren mit 15,3% die Angststörungen, 9,3% litten unter affektiven Störungen (Jacobi et al., 2014). Zahlreiche Studien belegen darüber hinaus, dass psychische Erkrankungen sowohl die somatische Gesundheit als auch die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen (Prince et al., 2007; Ellert und Kurth, 2013; Ravens-Sieberer et al., 2007; Morgan et al., 2008; Evans et al., 2007).

Neben der medizinischen Bedeutung hat diese Entwicklung auch volkswirtschaftliche Auswirkungen: Psychische Störungen gehören zu den kostenintensivsten Erkrankungen. Laut Global Burden of Disease Study 2010 verursachen sie 21% der YLDs ("years lived with disability"). YLDs sind Lebensjahre, die mit der Beeinträchtigung des normalen, beschwerdefreien Lebens durch eine Behinderung und ihre Folgen gelebt werden (Vos et al. 2012). Im Bereich der direkten Kosten für das deutsche Gesundheitssystem (Behandlung, Rehabilitation und Pflege) machten psychische Erkrankungen 11,3% der Gesamtausgaben im Jahr 2008 aus (RKI, 2012). Darüber hinaus stiegen auch die indirekten Kosten: Fielen 2001 noch 33,6 Millionen Arbeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen aus, waren es 2012 bereits 59,5 Millionen Fehltage. Die Bedeutung psychischer Erkrankungen nimmt auch im Bereich der Frühverrentungen zu: Betrug der Anteil der Menschen, die aufgrund seelischer Störungen frühzeitig Rente in Anspruch nahmen, im Jahr 1993 noch 15,4%, stieg diese Zahl bis zum Jahr 2012 auf 42%. Das Durchschnittsalter der Betroffenen lag bei erst 49 Jahren (Bundespsychotherapeutenkammer, 2013). Die Folgen lassen sich auch an den Ausgaben der Rentenversicherungen ablesen: der Anteil der Rentenneuzugänge aufgrund psychischer Erkrankungen stieg von 15,4% im Jahr 1993 auf 42,7% im Jahr 2013 an (Statistik der Deutschen Rentenversicherung - Rentenzugang 2013).

Ein essentielles Mittel, um die Prävalenz psychischer Erkrankungen zu senken und diese Entwicklungen zu bremsen, ist Prävention. Neben gezielter Anti-Stigma-Arbeit

(Conrad et al., 2009; Kohlbauer et al., 2010) ist Aufklärung und Wissensvermittlung ein wesentlicher Bestandteil des präventiven Instrumentariums, um Informationsdefizite zu beheben (Kraus et al., 2004). Insbesondere gilt dies im Hinblick auf die Förderung von Schutzfaktoren, welche Resilienz erhöhen und die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer psychischen Störung senken. Schutzfaktoren entstehen in erster Linie aus einem intakten familiären und sozialen Umfeld, welche das Verfolgen gesteckter Ziele, die Persönlichkeitsentwicklung sowie den Aufbau positiver sozio-emotionaler Bindungen zu Bezugspersonen unterstützen. Darüber hinaus sollen negative Effekte von Risikofaktoren abgebaut werden, welche die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer psychischen Störung erhöhen. Auch hier steht, neben biologischen Faktoren, vor allem ein defizitäres familiäres oder soziales Umfeld sowie traumatische Erfahrungen im Blickpunkt (Trussell, 2008). Dem Kindes- und Jugendalter kommt in dieser Hinsicht eine besondere Bedeutung zu.

2.2. Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen

Präventive Maßnahmen bzgl. der Entwicklung psychischer Krankheiten sollten bereits im Kinder- und Jugendalter ansetzen, da sich diese Lebensspanne aus verschiedenen Gründen als besonders geeignet erweist (Jerusalem et al., 2003; Kolip, 1999; Raithel, 2003). Zum einen werden junge Menschen im Zuge der Pubertät mit tiefgreifenden biologischen wie emotionalen Veränderungen sowie zahlreichen Herausforderungen hinsichtlich familiärer und anderer sozialer Beziehungen

konfrontiert (Morgan et al., 2008). Zudem kann eine Häufung von Risikoverhaltensweisen wie z.B. Alkohol-, Drogen- und Nikotinmissbrauch oder exzessiver Medienkonsum beobachtet werden, welche die Entwicklung einer psychischen Störung begünstigen können (Heger et al., 2014). Darüber hinaus manifestieren sich in diesem Lebensabschnitt Denk- und Handlungsstrukturen, die zu psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter führen können (Harden et al., 2001; Weissman et al., 1999; Stelling et al., 2009; Barrett & Turner 2001). So haben Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen ein erhöhtes Risiko, auch im Erwachsenenalter eine psychische Erkrankung zu entwickeln (Leadbeater et al., 2012; Reef et al., 2011). Der "Europäische Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden" stellt fest, dass 50% der psychischen Erkrankungen ihren Ursprung in der Pubertät haben (Jané-Lopis & Braddick, 2008).

Wie verschiedene aktuelle Studien belegen, ist bereits in jungen Lebensjahren großer Bedarf vorhanden. So ordnete die KiGGS-Studie (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) 20,2% der befragten Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren einer Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten zu. Diese hohe Prävalenz zeigte sich über einen Zeitraum von 6 Jahren konstant (Hölling et al., 2014). Auch die BELLA-Studie (Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten) bescheinigt einen hohen Bedarf: Hier zeigten 21,9% aller befragten Kinder und Jugendlichen zwischen 7 und 17 Jahren psychische Auffälligkeiten. Ängste erlebten 10% der Probanden, 5,4% litten unter Depressionen (Ravens-Sieberer et al.,

2007). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen belasten über die Betroffenen hinaus das familiäre, schulische und soziale Umfeld (Wille et al., 2008; Mattejat et al., 2003; Fröjd et al., 2008; Howard & Underdown, 2011). Die KiGGS-Studie stellt bei 12,4% der untersuchten Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten Beeinträchtigungen im Alltag fest (Hölling et al., 2014). Vor allem im Jugendalter spielt die Stärkung der Schutzfaktoren auf familiärer (Unterstützung durch Eltern und Geschwister), sozialer (soziales Netzwerk, Peers) und personaler (soziale Kompetenz, Selbstwirksamkeitserwartung) Ebene eine bedeutende Rolle für präventive Maßnahmen (Ravens-Sieberer et al., 2007). Das schulische Setting bietet hier ein weites Feld von Ansatzmöglichkeiten.

2.3. Die Rolle der Schule als Setting für präventive Maßnahmen

Als Lebensmittelpunkt von Heranwachsenden spielt die Schule eine essentielle Rolle für rechtzeitige und nachhaltige präventive Maßnahmen bezüglich seelischer Gesundheit (Manassis et al., 2010). Zahlreiche Studien belegen die Effektivität von präventiven Interventionen in Schulen (Durlak et al., 2011; Hoagwood et al., 2007). Einerseits weisen universelle Interventionen eine höhere Teilnahmerate auf und schließen primärpräventiv die komplette Zielgruppe ein (Manz et al., 2001a,b; Shochet et al., 2001). Andererseits erzielen selektive und indizierte Maßnahmen Erfolg bei Schülern, die bereits Symptome einer psychischen Störung aufweisen bzw. aufgrund von Prädispositionen als gefährdet gelten können, eine seelische Krankheit zu entwickeln (Cardemil et al., 2007; Wells et al., 2003). Auch kombinierte

Interventionen zeigten positive Effekte (Neil & Christensen, 2009; Cardemil et al., 2007). Darüber hinaus gelten schulbasierte Präventionsmaßnahmen als ökonomisch effizient (Knapp et al., 2011). So sinken die gesellschaftlichen Kosten für im Erwachsenenalter auftretende psychische Störungen, die sich bereits im Schulalter formen (Scott et al., 2001). Außerdem werden Einkommensungleichheiten in der gesamten Lebensspanne reduziert, die ihre Ursache in der Entwicklung sozioemotionaler Fähigkeiten im Heranwachsenden-Alter haben (Heckman, 2008).

Schule bietet eine Reihe entscheidender Vorteile gegenüber anderen Settings. So finden die Maßnahmen inmitten der alltäglichen, gewohnten Umgebung statt und werden in den Alltag der Heranwachsenden inkorporiert. Jugendliche verschiedenster sozialer und ökonomischer Hintergründe werden auf regelmäßiger Basis erreicht (Klingman & Hochdorf, 1993). Durch die aktive Einbindung der Zielgruppe gewinnt die Schule eine zusätzliche Bedeutung als Handlungsraum in der Vermittlung gesundheitsbezogener Lebenskompetenzen (Kant-Schaps, 2013). Hinzu kommt, dass die Ziele präventiver Maßnahmen und formaler schulischer Erziehung in ihren Grundzügen übereinstimmen (Klingman, 1984). Das EU-Konsensus-Papier "Psychische Gesundheit in der Jugend und Bildung" verweist diesbezüglich auf die Komplementarität bildungsrelevanter Kompetenzen und Gesundheit: Psychische Gesundheit ist Voraussetzung für eine erfolgreiche schulische Laufbahn, so wie Bildungserfolge zu besserer psychischer Gesundheit führen (Jané-Llopis & Braddick, 2008). In dieser Hinsicht kann die Ausbildung und

Einbindung von Lehrern, Eltern und anderen erwachsenen Bezugspersonen eine unterstützende Rolle einnehmen (Adi et al., 2007a; Blank et al., 2008; Neil & Christensen, 2009). Fühlen sich Schüler in ihrer Schule wohl und identifizieren sich mit ihrer Umgebung, verbessert sich mit Hilfe ihrer Lehrer ihre emotionale Gesundheit (Kidger et al., 2012). Im Kontext zunehmender Belastung der Lehrerinnen und Lehrer (Dudenhöffer, 2014) steigt die Wichtigkeit, diesen Prozess zu unterstützen und erfordert zugleich die Erprobung neuer Konzepte, um eine nachhaltige Wirkung sicherzustellen.

2.4. Ziele dieser Arbeit

Die vorliegende kumulative Dissertation befasst sich mit der Prävention psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter im schulischen Kontext. Exemplarisch werden Chancen und Barrieren anhand der Evaluation eines Pilotprojekts sowie von Informationsmaterialien aufgezeigt.

In einem ersten Schritt (Corrieri et al., 2013a) wird zunächst die besondere Eignung von Schule als Setting zur Förderung psychischer Gesundheit detailliert erörtert. Der Artikel beleuchtet anhand exemplarischer Beispiele, welche Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Implementierung von Gesundheitsförderung und Präventionsmaßnahmen erforderlich sind, und stellt heraus, in welchen Bereichen Optimierungsbedarf besteht (S. 12).

Anschließend zeigt eine systematische Übersichtsarbeit (Corrieri et al., 2013b) den aktuellen Stand der Forschung bezüglich der Prävalenz psychischer Erkrankungen im Jugendalter. Darüber hinaus wird der Bedarf an Unterstützung, den Kinder und Jugendliche im seelischen Bereich benötigen, verdeutlicht. Das Hauptaugenmerk liegt hierbei Depressionen und Angsterkrankungen. Inkludiert wurden schulbasierte Präventionsmaßnahmen im RCT-Design ab dem Jahr 2000. Insgesamt 28 Studien konnten eingeschlossen werden (S. 20).

Nachdem einleitend die Besonderheiten des Settings Schule beschrieben, sowie ein großer Bedarf in der Zielgruppe festgestellt wurden, stellt der weitere Verlauf der Arbeit qualitative und quantitative Evaluationen von Präventionsmaßnahmen vor.

In einem ersten Schritt wird die quantitative Evaluation des "Schulcoach"-Projekts¹ vorgestellt (Corrieri et al., 2013c). Ziel war es, eventuelle emotionale und soziale Veränderungen bei Schülern, Lehrern und Eltern der Projektschulen zu identifizieren, welche durch diese spezielle Form der systemischen Betreuung angestoßen wurden. Gegenstand der longitudinalen Befragung im Kontrollgruppen-Design waren die Arbeit des Schulcoaches, der Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber psychisch Kranken als Gradmesser für die Sensibilisierung für das Thema "psychische Gesundheit", sowie das Hilfesuchverhalten im Fall einer psychischen Krise. Zu drei Zeitpunkten wurden 592 Schüler, 323 Lehrer und 370 Eltern befragt,

¹ <http://www.schulcoaches.de> (zuletzt Online: 28.11.2014)

wie sich diese Aspekte im Projektverlauf entwickelten und welchen Einfluss die Schulcoaches darauf hatten (S. 39).

Das vierte Kapitel stellt eine qualitative Evaluation der Schulcoach-Projektschulen vor (Corrieri et al., 2014): Insgesamt 58 Fokusgruppen mit 244 Schülern, 62 Lehrern und 54 Eltern fanden zu drei Zeitpunkten im Projektverlauf statt. Gegenstand der Diskussionsrunden waren die Entwicklung des allgemeinen Schul- und Klassenklimas als Grundvoraussetzung für psychisches Wohlbefinden in der Schule, der Stellenwert der psychischen Gesundheit im Schulalltag und Unterricht, sowie der konkrete Einfluss der Schulcoaches auf diese Bereiche (S. 49).

Das fünfte Kapitel (Corrieri et al., 2012) stellt eine qualitative Evaluation von eigens gestalteten Informationsmaterialien, den "Info-Pocket-Guides"², vor. Differenziert nach Geschlecht, Alter und Schulform wurden 48 Schüler in 8 Fokusgruppen befragt, in wie weit eine möglichst große Attraktivität und Authentizität der Materialien erreicht werden kann. Der Leitfaden beinhaltete die äußere Gestaltung und das Layout der Materialien, die Identifikation der Schüler mit der thematischen Ausrichtung sowie das potentielle Nutzungsverhalten der Befragten: Haben die Schüler Verwendung für die "Info-Pocket-Guides" (S. 62)?

Die Ergebnisse der vorgestellten Evaluationen werden schließlich vor dem Hintergrund des Eingangs dargestellten Bedarfs diskutiert (S. 71).

² <http://www.verrueckt-na-und.de/pocket-guides.html> (zuletzt Online: 28.11.2014)

3. Schule als Setting zur Prävention psychischer Störungen: Chancen, Perspektiven und Beispiele guter Praxis

Corrieri, S., Conrad, I., Riedel-Heller, S.G. (2013): Schule als Setting zur Prävention psychischer Störungen: Chancen, Perspektiven und Beispiele guter Praxis. *Die Psychiatrie*, 10, 243-248.

Zusammenfassung

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind verbreitet und folgenschwer. Schulen sind aufgrund der Komplementarität bildungsrelevanter Kompetenzen und psychischer Gesundheit ein zentrales Setting für Gesundheitsförderung und Prävention. Die vorliegende Arbeit stellt wissenschaftlich evaluierte Projekte zur Förderung der psychischen Gesundheit im Setting Schule vor. Die Beispiele guter Praxis des Vereins "Irrsinnig Menschlich e.V." machen deutlich, dass die Kombination aus Wissensvermittlung mit Materialien/Medien und persönlichem Kontakt zu Betroffenen eine positive Wirkung bzgl. des Abbaus von Stigmatisierung sowie der Sensibilisierung junger Menschen für Themen der psychischen Gesundheit hat. Als Weiterentwicklung dieser Ansätze soll der

Schulcoach Schulen unterstützen, bisher ungenutzte Potentiale zu aktivieren und selbständig nachhaltige Lösungen zu erarbeiten, um Prävention in der Schule von innen heraus zu verankern und zu gestalten. Eine verbesserte Struktur der Gesundheitsförderung würde eine breitere Implementierung von Förderprogrammen im schulischen Setting ermöglichen. Einer lange überfälligen gesetzlichen Verankerung der Prävention zur Förderung der psychischen Gesundheit sollten konkrete Maßnahmenkataloge folgen.

Für Volltext siehe Seite 14.



Schule als Setting zur Prävention psychischer Störungen

Chancen, Perspektiven und Beispiele guter Praxis

S. Corrieri; I. Conrad; S. G. Riedel-Heller

Universität Leipzig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)

Schlüsselwörter

Prävention, psychische Gesundheit, Schule, Evaluation

Zusammenfassung

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen sind verbreitet und folgenschwer. Schulen sind aufgrund der Komplementarität bildungsrelevanter Kompetenzen und psychischer Gesundheit ein zentrales Setting für Gesundheitsförderung und Prävention. Die vorliegende Arbeit stellt wissenschaftlich evaluierte Projekte zur Förderung der psychischen Gesundheit im Setting Schule vor. Die Beispiele guter Praxis des Vereins *Irsinnig Menschlich* machen deutlich, dass die Kombination aus Wissensvermittlung mit Materialien/Medien und persönlichem Kontakt zu Betroffenen eine positive Wirkung bzgl. des Abbaus von Stigmatisierung sowie der Sensibilisierung junger Menschen für Themen der psychischen Gesundheit hat. Als Weiterentwicklung dieser Ansätze soll der Schulcoach Schulen unterstützen, bisher ungenutzte Potenziale zu aktivieren und selbstständig nachhaltige Lösungen zu erarbeiten, um Prävention in der Schule von innen heraus zu verankern und zu gestalten. Eine verbesserte Struktur der Gesundheitsförderung würde eine breitere Implementierung von Förderprogrammen im schulischen Setting ermöglichen. Einer lange überfälligen gesetzlichen Verankerung der Prävention zur Förderung der psychischen Gesundheit sollten konkrete Maßnahmenkataloge folgen.

Keywords

Prevention, mental health, school, evaluation

Summary

Mental disorders in children and adolescents are widespread and have serious consequences. Schools represent a central setting for the implementation of mental health promotion and the prevention of mental disorders. This paper presents examples of good practice by *Irsinnig Menschlich*. The combination of knowledge transfer via materials/media and personal contact with the affected persons has a positive influence on decreasing stigma and for sensitizing young people for the topic of mental health. The school coach-project, a further development of these approaches aims at allowing schools to activate yet undiscovered potential and to independently develop sustainable solutions, in order to embed and design prevention from within the school setting. An improved legal structure of health promotion may allow a broader implementation of support programs in educational settings.

School as setting for prevention of mental disorders: opportunities, perspectives and examples of good practice

Die Psychiatrie 2013; 10: 243–248

Eingegangen: 26. September 2013

Angenommen: 14. Oktober 2013

Psychische Störungen stellen aufgrund ihrer Häufigkeit und der Schwere ihrer Konsequenzen eine der größten Herausforderungen für präventive Maßnahmen dar. Bereits Kinder und Jugendliche sind betroffen: Circa 18% der jungen Menschen in Deutschland zeigen emotionale Auf-

fälligkeiten oder Verhaltensstörungen (2). Problematische familiäre oder freundschaftliche Bindungen sind ebenso damit assoziiert wie schlechte schulische Leistungen (14, 17, 24). Auch führen psychische Störungen in jungen Lebensjahren zu erhöhtem Risiko, im Erwachsenenalter eine



psychische Erkrankung zu entwickeln (15). Diese Fakten untermauern die Relevanz präventiver Maßnahmen im Kindes- und Jugendalter (28).

Schulen sind ein zentrales Setting für die Gesundheitsförderung. Zum einen sind dort Kinder und Jugendliche aus verschiedenen sozialen Schichten über eine substanzielle Zeit des Tages erreichbar (20). Darüber hinaus soll Schule als Institution neben der Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten eine schützende Entwicklungsumgebung darstellen (6). Hierfür ist ein gesundes Schulklima unerlässlich, welches Resilienz stärken, Risikofaktoren mildern sowie Barrieren für ein Hilfesuchverhalten in Krisen abbauen kann (22, 23). Zu diesen Barrieren zählen z.B. eine negative Einstellung zu psychisch Kranken und eine hohes Maß an Stigmatisierung (32). Um diese Ziele zu erreichen ist die Entwicklung von Fähigkeiten zu aktiver Problemlösung, Selbstregulierung und Selbstwirksamkeit essenziell (16, 26). Darüber hinaus verweist das EU-Konsensus-Papier „Psychische Gesundheit in der Jugend und Bildung“ auf die Komplementarität bildungsrelevanter Kompetenzen und Gesundheit: Psychische Gesundheit ist Voraussetzung für eine erfolgreiche schulische Laufbahn (19). Im Kontext zunehmender Belastung der Lehrerinnen und Lehrer (3) steigt die Bedeutung von Unterstützung dieses Prozesses durch präventive Arbeit und erfordert die Erprobung neuer Konzepte.

Folgend werden Beispiele guter Praxis von Prävention im schulischen Setting vorgestellt, die wissenschaftlich evaluiert wurden. Die vorgestellten Projekte wurden vom Leipziger Verein Irrsinnig Menschlich initiiert und teilweise bundesweit verbreitet. Der Verein beschäftigt u.a. Betroffene, Psychiatrie-Erfahrene und freiwillig Engagierte, die sich der Thematik verschrieben haben.

Materialentwicklung: Info-Pocket-Guides für Schüler

Eine zentrale Bedeutung bei der Prävention psychischer Störungen haben Aufklärungsmaterialien, da sie kostengünstig eine große Reichweite aufweisen, Betroffene und Angehörige sensibilisieren und Informationsdefizite beheben (21). Der Verein Irrsinnig Menschlich entwickelte die Info-Pocket-Guides (IPG) als niedrigschwelliger Ansatz, Informationen und Kontaktadressen zu vermitteln (12, 18). Die Broschüren richten sich an Schüler ab ca. 12 Jahren. Sie beinhalten schülergemäße Informationen zu Angst, Suizid, Alkohol, Psychosen und Drogen, Depression, Selbstwahrnehmung, Selbstverletzung und Isolation in altersgemäßem Format.

Ihre Wirkung und Authentizität wurde qualitativ evaluiert. Insgesamt wurden acht Fokusgruppen mit 23 Schülern der 7. und 11. Klassen eines Leipziger Gymnasiums

sowie mit 25 Schülern der 7. und 10. Klassen einer Leipziger Mittelschule durchgeführt. Alle Fokusgruppen folgten einem thematischen Leitfadens. Die Dokumentation erfolgte per Transkription, die Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse (25).

Im 1. Teil widmeten sich die Anwesenden dem Layout. Im 2. Teil wurde gefragt, ob die inhaltliche Gestaltung der Info-Pocket-Guides zur Vermittlung der Anliegen geeignet ist und welche Aspekte optimiert werden könnten. Im 3. Teil folgten Fragen zur konkreten Nutzung der Materialien, um den Bedarf der Zielgruppe zu definieren und eine effiziente Verbreitung zu gewährleisten.

Zusammenfassend stellten die IPG eine ansprechend gestaltete, handliche und akzeptierte Informationsquelle für Schüler verschiedener Altersstufen und Schulformen dar. Die Befragten sahen den besonderen Wert in der Sensibilisierung von Angehörigen oder Freunden für psychische Erkrankungen. Dies könnte die Basis für informelle Gespräche im Familien-/Bekannteskreis darstellen, das Thema weiter im Alltag verankern und die praktische Vermittlung von Informationen und Adressen für Hilfe anstoßen. Die IPG können eine direkte, persönliche Hilfestellung jedoch allenfalls ergänzen (11).

Filmfestival „Ausnahmezustand“

Medien wie Filme bieten die Möglichkeit, eine noch größere Zielgruppe zu erreichen, komplexere Anliegen anschaulich und altersgerecht zu vermitteln sowie das Bild einer psychischen Erkrankung in der Öffentlichkeit zu formen (5;27). Das Herstellen des „virtuellen Kontakts“ mit Betroffenen soll bei Jugendlichen Stigmatisierung und Diskriminierung abbauen (4). Im Rahmen des Filmfestivals „Ausnahmezustand“ wurden Filme mit verschiedensten Bezügen zum Thema „psychische Gesundheit“ bei Jugendlichen gezeigt.

Nach einer ersten Evaluation 2006 (34) erfolgte 2009 erneut ein quantitatives Prä-Post-Design: Ermittelt wurden der Wunsch nach sozialer Distanz zu psychisch Kranken (SD) (33) und das Hilfesuchverhalten im Fall einer psychischen Krise (HSV) (1) vor und direkt nach dem Film. Die Stichprobe umfasste 532 Leipziger Schüler mit einem Durchschnittsalter von 15,6 Jahren.

Die Evaluation zeigte, dass der Einfluss stark vom Inhalt der jeweiligen Filme abhing: Ein Anstieg sowie ein Rückgang des Wunsches nach sozialer Distanz wurden ebenso beobachtet wie keine Veränderung. Die Identifikation mit dem dargestellten Problem, der Handlung und der jeweiligen Figur beeinflussten die Jugendlichen in ihren Einstellungen. Auch soziodemographische Charakteristika spielten eine Rolle: Ältere Schüler sowie Mädchen verspürten einen geringeren Wunsch nach SD. Dies galt eben-



falls für Befragte, die jemanden kannten, der psychisch krank ist. Diese differenzierten Ergebnisse zeigen, dass eine sehr gezielte Auswahl von Filmmaterial erfolgen muss. Unter Berücksichtigung dessen zeigt der Verein „Irrsinnig Menschlich“ ausgewählte Filme in Schulen, um Jugendliche zu Diskussionen anzuregen (10, 34).

Schulprojekt „Verrückt? Na und!“

Irrsinnig Menschlich entwickelte 2001 das Schulprojekt „Verrückt? Na und!“, um persönlichen Kontakt mit Betroffenen herzustellen und Jugendliche für psychische Gesundheit zu sensibilisieren. Das eintägige Schulprojekt wird durchgeführt von einem Moderator sowie einen jugendlichen „Experten in eigener Sache“, also einem Menschen, der von psychischer Krankheit betroffen war. Zunächst setzen sich die Schülern in freier Runde mit ihren Erfahrungen auseinander und hinterfragen Einstellungen und Wissensstand. Erst am Ende des Tages outet sich der Betroffene, um den Schüler anhand seiner Erfahrungen Informationen zur Erkrankung und zum Hilfesystem zu vermitteln.

Nach der bereits zuvor erwiesenen Stigmareduzierung (33) wurde von 2006 bis 2007 auch die präventive Wirkung des Schulprojekts evaluiert. Gewählt wurde ein quantitatives Longitudinal-Design mit Kontrollgruppe und drei Befragungszeitpunkten (kurz vor Durchführung, unmittelbar danach und ca. 3 Monate später). Befragt wurden 210 Schüler zweier Gymnasien (10. Klasse) sowie zweier Mittelschulen (9. und 10. Klasse). Die Interventionsgruppe (IG) bestand aus 120, die Kontrollgruppe (KG) aus 90 Schülern. Die Fragebögen umfassten den Wunsch nach

SD (33), das IISV (1) sowie eine Bewertung des Schulprojekts unmittelbar nach Durchführung, welche auch von den teilnehmenden Lehrern erfasst wurde.

Die Auswertung zeigte, dass die Kombination von Aufklärung und persönlichem Kontakt die Schüler für Themen der psychischen Gesundheit sensibilisieren konnte. Fast drei Viertel der Schüler gaben an, nach dem Schulprojekt besser mit einer seelischen Krise umgehen zu können. Auch der Wunsch nach SD bei Schülern konnte reduziert werden, jedoch nur kurzfristig. Dies spricht für die Notwendigkeit längerfristig angelegter Maßnahmen. Jungen und Mittelschüler zeigten einen größeren Wunsch nach SD. Hinsichtlich des IISV zeigte sich, dass Peers und der innerfamiliäre Kreis die entscheidenden Ansprechpartner im Falle einer seelischen Krise waren. Die Schüler der IG zeigten eine wachsende Bereitschaft, sich einer Lehrkraft anzuvertrauen. Auch die Lehrer beurteilten das Schulprojekt als positiv bzgl. der Sensibilisierung und Vermittlung von Hilfsstrategien und äußerten den Wunsch nach Weiterbildungen (9).

Das Schulprojekt wird bundesweit von 41 Regionalgruppen durchgeführt und erreichte bislang in 200 Schulen ca. 10 500 Schüler (Abb. 1).

Aufklärungsinitiative „Verrückt? Na und!“

Im Jahr 2009 startete die Aufklärungsinitiative „Verrückt? Na und!“ als bundesweites Maßnahmenbündel mit dem Ziel, mit psychischer Gesundheit gute Schule zu machen (29, 30). Zielgruppe waren Schüler, Lehrer, Eltern, nicht-unterrichtendes Personal und kommunale Akteure. Die be-

Abb. 1
Verbreitung des Schulprojekts in Deutschland, Stand 2013





reits vorgestellten Maßnahmen (IPG, Filmfestival, Schulprojekt) wurden ergänzt durch folgende vier Säulen:

1. MindMatters (13), einem Programm zur Förderung psychischer Gesundheit an Schulen. Ausführliche Arbeitsmaterialien integrieren die Thematik in Schulalltag und Unterricht.
2. Ausstellung „Gut drauf?“, sie dient der Sensibilisierung eines breiteren Publikums bzgl. Themen der IPG.
3. Poster und Flyer, zur Information über seelische Gesundheit und www.verrueckt-na-und.de.
4. die Best-of-Filmbox „Ausnahmestand“, DVD „...Und du so?“, die ermöglicht, das Filmfest in Schulen durchzuführen. Auf der DVD sprechen junge Menschen und Prominente über das Meistern seelischer Krisen.

Die Evaluation erfolgte mittels einer quantitativen Longitudinalstudie mit standardisierten Fragebögen zu drei Erhebungszeitpunkten bei zwei Zielgruppen.

Die erste Zielgruppe bildeten Schüler einer IG und einer KG. Gegenstand der Befragung waren der Wunsch nach SD (33) und das HSV (1). Die Stichprobe bestand aus 304 Schülern aus 7 Leipziger Gymnasien und 2 Leipziger Mittelschulen (IG n=143, KG n=161).

Es zeigte sich eine Sensibilisierung über den Projektzeitraum: Der Wunsch nach SD sank. Dies galt insbesondere für jene, die bereits über psychische Erkrankungen gelesen oder gehört hatten (deren Anteil in der IG erhöht werden konnte), sowie für jene, die eine psychisch kranke Person persönlich kannten. Beim HSV zeigte sich eine erhöhte Empathie für Problemlagen und somit eine erfolgte Sensibilisierung insbesondere, jedoch nicht ausschließlich, für Mädchen. Auch stieg die Zuversicht, im Ernstfall Hilfe von professioneller Seite zu bekommen.

Die zweite Zielgruppe der Evaluation waren Multiplikatoren aus fünf teilnehmenden Städten. Erhoben wurden die Einstellung gegenüber der Initiative, der Grad der (über-)regionalen Vernetzung und allgemeine Vorschläge zur Projektausrichtung. Die Multiplikatoren repräsentierten verschiedene Träger (klinische Einrichtungen, Caritas etc.), welche die Maßnahmen in ihre präventive Arbeit integrierten.

Die Evaluation zeigte, dass sich die Erwartungen und Abläufe trotz der beruflichen, sozialen, gesundheitlichen und regionalen Unterschiede der Befragten ähnelten. Vernetzung und Zufriedenheit wuchsen im Projektverlauf und ließen durch einen Ausbau des Angebots und die Einbindung weiterer Multiplikatoren einen positiven Ausblick zu. Als Schwierigkeiten wurden vorrangig knappe personelle und finanzielle Ressourcen genannt.

Schulcoaches

Das Modellprojekt „Schulcoaches – Seelische Fitness stärken“ folgt dem systemischen Ansatz, alle Mitglieder der Schule (Schüler, Lehrer, Eltern, Schulleitung) zu aktivieren, mit externen Akteuren zu vernetzen und für das Thema psychische Gesundheit zu sensibilisieren. Die Schulcoaches sollen die Schulen in dem Prozess unterstützen und begleiten, mit seelischer Fitness die Qualität von Schule zu verbessern. Die teilnehmenden Schulen sollen befähigt werden, von innen heraus nachhaltige und selbsttragende Strukturen aufzubauen, Partizipationsmöglichkeiten zu bieten und nachhaltig psychische Gesundheit zu fördern. Ziel ist nicht nur das individuelle Verhalten, sondern auch eine Veränderung der Verhältnisse.

Die Evaluation erfolgte mittels eines longitudinalen Mixed-Method-Designs. Es wurden qualitativ Fokusgruppen mit Schülern, Lehrern und Eltern zu drei Zeitpunkten durchgeführt. Schwerpunkte in diesen Diskussionsrunden bildeten Fragen zum allgemeinen Schul- & Klassenklima, zur Rolle der psychischen Gesundheit im Unterricht und zur Arbeit der Schulcoaches. Quantitativ wurden zu insgesamt fünf Zeitpunkten Schüler, Lehrer und Eltern einer IG und einer KG befragt. Themen waren neben der Arbeit der Schulcoaches, dem Schul- und Klassenklima und der Sensibilisierung für Themen der psychischen Gesundheit auch spezifische Aspekte wie Mobbing, Lebensqualität oder Burnout. Die Ergebnisse der Evaluation sind in Kürze zu erwarten.

Fazit

Wie die vorgestellten Projekte und Evaluationen zeigen, ist Schule ein wichtiges Setting für die Prävention psychischer Störungen. Neben der Wissensvermittlung mit Materialien (Info-Pocket-Guides) und Medien (Filmfest) verspricht die Kombination (Aufklärungsinitiative „Verückt? Na und!“) mit persönlichem Kontakt zu Betroffenen (Schulprojekt) eine positive Wirkung bzgl. des Abbaus von Stigmatisierung sowie der Sensibilisierung für Themen der psychischen Gesundheit.

Eine natürliche Weiterentwicklung dieser Ansätze stellt das Schulcoach-Projekt dar. Es soll Schulen ermöglichen, bisher ungenutzte Potenziale zu aktivieren und selbstständig nachhaltige Lösungen zu erarbeiten. Auf diese Art und Weise wird Prävention im Setting Schule von innen heraus verankert und gestaltet. Das Schulcoach-Projekt vollzieht einen Paradigmenwechsel, indem es die Gesundheitsförderung in den Dienst der Schule stellt. In Sachsen wurde dieses Modellprojekt erfolgreich getestet, die Ergebnisse der Evaluation liegen in Kürze vor. Eine Ausweitung dieses Konzepts ist auch auf andere Settings denkbar, in



denen Bedarf besteht, so z.B. Kitas, Ausbildung, Beruf oder Studium.

Eine verbesserte Struktur der Gesundheitsförderung würde eine breitere Implementierung von Förderprogrammen im schulischen Setting ermöglichen. Erste Schritte wie die geplante Einführung eines Präventionsgesetzes (8) oder eine aktuelle Ausschreibung des BMBF für Prävention und Gesundheitsförderung (7) zeigen, dass der hohe Stellenwert der Prävention psychischer Störungen von Seiten der Politik und Wissenschaft erkannt wurde. Dies sollte sich nun in gesetzlichen Rahmenbedingungen und konkreten Maßnahmenkatalogen niederschlagen (z.B. mittels breiter Forschungsförderung). Die Evaluation aller Aktivitäten ist hierbei auch im Sinne einer Qualitätssicherung unabdingbar (31).

Acknowledgement

Die vorgestellten Projekte wurden vom Verein Irrsinnig Menschlich entwickelt und durchgeführt. Die Evaluation der Aufklärungsinitiative wurde gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit, Förderkennzeichen: IIA5-2509KIG009/314. Die Evaluation des Schulcoach-Projekts wurde gefördert vom Europäischen Sozialfonds, Projektnummer: 100126032. Der Erwerb der Materialien ist möglich unter: www.verrueckt-na-und.de.

Interessenkonflikt

Nach Angabe der Autoren besteht kein Interessenkonflikt

Literatur

1. Australian Government Department of Health and Ageing. Research and consultation among young people on mental health issues: Final report 1997. Attachment E: Survey questionnaire. [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/95FDD89735B32AC1CA25727D0016C82C/\\$file/recate.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/95FDD89735B32AC1CA25727D0016C82C/$file/recate.pdf). 1997. 24–9–2013.
2. Barkmann C, Schulte-Markwort M. Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* 2012 March; 66 (3): 194–203.
3. Bauer J. Burnout bei schulischen Lehrkräften. *PfD – Psychotherapie im Dialog* 2009; 10 (03): 251–255.
4. Baumann A, Zaeske H, Gaebel W. Das Bild psychisch Kranker im Spielfilm: Auswirkungen auf Wissen, Einstellungen und soziale Distanz am Beispiel des Films „Das weiße Rauschen“. *Psychiatr Prax* 2003; 30(7): 372–378.
5. Benbow A. Mental illness, stigma, and the media. *J Clin Psychiatry* 2007; 68 (Suppl 2): 31–35.
6. Bilz L. Schule und psychische Gesundheit. Risikobedingungen für emotionale Auffälligkeiten von Schülerinnen und Schülern. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2008.
7. Richtlinien zur Förderung von Forschungsverbänden zur Primärprävention und Gesundheitsförderung, Bundesministerium für Bildung und Forschung, (2013).
8. Bundesministerium für Gesundheit. Präventionsstrategie und Präventionsförderungsgesetz. 23–8–2013. 24–9–2013.
9. Conrad I, Dietrich S, Heider D, Blume A, Angermeyer CA, Riedel-Heller SG. „Crazy? So what!“. A school programme to promote mental health and reduce stigma – results of a pilot study. *Health Education* 2009; 109 (4): 314–328.
10. Conrad I, Corrieri S, Heider D, Römer A, Schomerus G, Riedel-Heller SG. The Film Festival „AUSNAHMEZUSTAND“ (State of Emergency). Do feature films and documentaries on mental health reduce stigma and influence help-seeking attitudes? in prep. 2013.
11. Corrieri S, Conrad I, Riedel-Heller SG. Info-Pocket-Guides als Beitrag zur Prävention psychischer Erkrankungen. Wie bewerten Schülerinnen Inhalt, Design und Nutzen? *Psychiatr Prax* 2012; 39 (3): 129–135.
12. Dietrich S. Pocket-Guides zu seelischen Krisen. *Psychiatr Prax* 2009;36(04):199–200.
13. Franze M, Meierjürgen R, Abeling I, Rottländer M, Gerdon R, Paulus P. MindMatters. Ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen der Sekundarstufe 1 – deutschsprachige Adaption und Ergebnisse des Modellversuchs. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2007; 2: 221–227.
14. Fröjd SA, Nissinen ES, Pelkonen MU, Marttunen MJ, Koivisto AM, Kaitiälä-Heino R. Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *J Adolesc* 2008; 31 (4): 485–498.
15. Fryers T, Brugha T. Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2013; 9: 1–50.
16. Hopf W. Mediengewalt, Lebenswelt und Persönlichkeit – Eine Problemgruppenanalyse bei Jugendlichen. *Zeitschrift für Medienpsychologie* 2004;16 (4): 99–115.
17. Howard L, Underdown H. Hilfebedarfe von Eltern mit psychischen Erkrankungen – eine Literaturübersicht. *Psychiatr Prax* 2011; 38 (1): 8–15.
18. Irrsinnig Menschlich e.V. Info-Pocket-Guides. www.verrueckt-na-und.de/fuer-dich.html 2011;
19. Jané-Llopis E, Barry F. Mental health in youth and education. Consensus paper. Luxembourg: 2008.
20. Klingman A, Hochdorf Z. Coping with distress and self-harm – the impact of a primary prevention program among adolescents. *J Adolescence* 1993;16:121–40.
21. Kraus B, Wodarz N, Kuchlmaier K, Kliegel P, Binder H, Johann M. Konsum psychoaktiver Substanzen durch Jugendliche – Eine Erhebung bei Schülern der 9. Klassen. *Psychiatr Prax* 2004; 31 (Suppl. 1) (0303–4259 [Print]): S99–S101.
22. Kuperminc GP, Leadbeater BJ, Blatt SJ. School Social Climate and Individual Differences in Vulnerability to Psychopathology among Middle School Students. *J Sch Psychol* 2001; 39 (2): 141–159.
23. Loukas A, Murphy JL. Middle School Student Perceptions of School Climate: Examining Protective Functions on Subsequent Adjustment Problems. *J Sch Psychol* 2007; 45 (3): 293–309.
24. Mattejat F, Simon B, König U, Quaschner K, Barchewitz C, Felbel D, Herpertz-Dahlmann B, Hohne D, Janthour B, Jungmann J, Katzenski B, Naumann A, Nolkel P, Schaff C, Schulz E, Warnke A, Wienand F, Remschmidt H. Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der ersten multizentrischen Studie mit dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK). *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2003; 31 (4): 293–303.
25. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 7. Auflage ed. Weinheim: Deutscher Studien Verlag; 2000.
26. Middlebrooks JS, Audage NC. The Effects of Childhood Stress on Health across the Lifespan. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2008.
27. Möller-Leimkühler AM. Stigmatisierung psychisch Kranker aus der Perspektive sozialpsychologischer Stereotypenforschung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2004; 72 (01): 36–44.
28. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maseko J, Phillips MR, Rahman A. No health without mental health. *Lancet* 2007; 370 (9590): 859–877.



29. Richter-Werling M, Göller N. Verrückt? Na und! Seelisch fit in Schule und Ausbildung. Praxis- und Methodenhandbuch zur Stärkung der seelischen Gesundheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Teil 1 – Hintergrund, Konzept, Wirkung. Leipzig: 2013.
30. Richter-Werling M, Göller N. Verrückt? Na und! Seelisch fit in Schule und Ausbildung. Praxis- und Methodenhandbuch zur Stärkung der seelischen Gesundheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Teil 2 – Eine Regionalgruppe gründen. Leipzig: 2013.
31. Stellungnahme der DGPPN zum Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention (BT-Drs.17/13080), Riedel-Heller SG, Gühne U, Hauth I, Heinz A, Falkai P, Maier W (2013).
32. Schomerus G. Steine auf dem Weg – Stigma und Hilfesuchverhalten. Psychiatr Prax 2009; 36 (02): 53–54.
33. Schulze B, Richter-Werling M, Matschinger H, Angermeyer MC. Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 2003; 107 (2): 142–150.
34. Winkler I, Zink A, Schomerus G, Richter-Werling M, Angermeyer MC, Riedel-Heller SG. Das Filmfestival „AUSNAHME|ZUSTAND“ – Eine Strategie gegen die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen? Psychiatr Prax 2008; 35 (1): 33–39.

Korrespondenzadresse

Sandro Corrieri
Universität Leipzig
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP)
Philipp-Rosenthal-Straße 55
04103 Leipzig
Tel. 0341 9715420
Fax 0341 9724569
E-Mail: Sandro.Corrieri@medizin.uni-leipzig.de

4. School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review

Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H.H., Riedel-Heller, S.G. (2013):
School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review. *Health Promotion International*, doi: 10.1092/heapro/dat001.

Abstract

Background: School-based interventions are considered a promising effort to prevent the occurrence of mental disorders in adolescents. This systematic review focuses on school-based prevention interventions on depression and anxiety disorders utilizing an RCT design, starting from the year 2000.

Methods: Based on an online search (PubMed, Scirus, OVID, ISI) and bibliographic findings in the eligible articles, 28 studies providing information were reviewed. The search process ended on May 2nd, 2011.

Results: The majority of interventions turn out to be effective, both for depression (65%) and anxiety (73%). However, the obtained overall mean effect sizes calculated

from the most utilized questionnaires can be considered rather small (CDI: -0.12; RCMAS: -0.29).

Conclusions: The majority of the reviewed school-based interventions show effectiveness in reducing or preventing mental disorders in adolescents. However, effect size computation revealed only small scale effectiveness. Future studies have to consider the impact of program implementation variations.

Für Volltext siehe Seite 22.

Health Promotion International Advance Access published February 1, 2013

doi:10.1093/heapro/dat001

For Permissions, please email: journals.permissions@oup.com

School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review

SANDRO CORRIERI^{1*}, DIRK HEIDER^{1,2}, INES CONRAD¹, ANNE BLUME³, HANS-HELMUT KÖNIG² and STEFFI G. RIEDEL-HELLER¹

¹Institute of Social Medicine, Occupational Health and Public Health, University of Leipzig, Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig, Germany, ²Department of Medical Sociology and Health Economics, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Germany and

³Department of Psychiatry, University of Leipzig, Semmelweisstr. 10, 04103 Leipzig, Germany

*Corresponding author. E-mail: sandro.corrieri@medizin.uni-leipzig.de

SUMMARY

School-based interventions are considered a promising effort to prevent the occurrence of mental disorders in adolescents. This systematic review focuses on school-based prevention interventions on depression and anxiety disorders utilizing an RCT design, starting from the year 2000. Based on an online search (PubMed, Scirus, OVID, ISI) and bibliographic findings in the eligible articles, 28 studies providing information were reviewed. The search process ended on 2 May 2011. The majority of interventions turn out to be effective, both for depression

(65%) and anxiety (73%). However, the obtained overall mean effect sizes calculated from the most utilized questionnaires can be considered rather small (CDI: -0.12; RCMAS: -0.29). The majority of the reviewed school-based interventions shows effectiveness in reducing or preventing mental disorders in adolescents. However, effect size computation revealed only small-scale effectiveness. Future studies have to consider the impact of program implementation variations.

Key words: adolescents; evaluation; prevention; mental health

INTRODUCTION

Adolescence is considered a critical time in which mental disorders have the potential to manifest themselves, leading to a higher risk of chronic mental illnesses in the future (Weissman *et al.*, 1999; Barrett and Turner, 2001). Being a major mental health problem, depression is characterized by a high prevalence (Rushton *et al.*, 2002; O'Kearney *et al.*, 2009). In the USA, an estimated 20% of adolescents will experience a depressive episode by the age of 18 (Birmaher *et al.*, 1996a,b). In Germany, depressive disorders show a lifetime prevalence of 16.8% among probands between 14 and 24

years (Wittchen *et al.*, 1998). In Australia, 14.2% of adolescents report symptoms of depression, and up to 25% are likely to have experienced a clinically significant depressive episode by the age of 18 (National Health and Medical Research Council, 1997; Boyd *et al.*, 2000). Besides its significant morbidity, depression has an adverse effect on school performance and associated outcomes (Rutter *et al.*, 2006; Frojd *et al.*, 2008).

Often preceding or bonding in comorbidity, anxiety poses a subsequent threat that appears to be most common among DSM-IV disorders, at least in the American and Australian youth (Williamson *et al.*, 2005; Barrett *et al.*, 2006;

Merikangas *et al.*, 2010). For the global population, a high lifetime prevalence of 16.6% of anxiety disorders is stated (Starcevic, 2006). Frequently considered a regular experience in adolescent age and development (Barrett *et al.*, 2003), anxiety disorders are also accompanied by a broad variety of negative life consequences in a social, emotional and academic functioning manner (Donovan and Spence, 2000).

The setting 'school' seems promising to oppose these aberrations early enough. It allows to bypass obstacles other settings exhibit: geographic distance is obsolete, the intervention operates directly inside the youth's environment and trained school staff may play an executive or supportive role (Kidger *et al.*, 2009; Manassis *et al.*, 2010). Additionally, a framework may be imposed where students are best reached and more open towards preventive contents (Klingman and Hochdorf, 1993).

Depending on the specific target group, prevention strategies are divided into universal, selective and indicative approaches (Neil and Christensen, 2009). Irrespective of risk status, universal school-based interventions address all adolescents as primary prevention measure. Selective programs aim at adolescents identified as at-risk to mental disorders, due to individual or environmental characteristics. Indicated programs target adolescents already showing low-to-moderate symptoms, and therefore being at high risk to develop disorders in the future. These interventions could also be considered early treatment rather than prevention in a broader sense, as they deal with adolescents that were already symptomatic at baseline assessment. Still, mild symptoms regularly act as indication for the future development of severe depressive disorders (Cardemil *et al.*, 2007).

This review gives an overview of school-based interventions to prevent the occurrence of depression and anxiety disorders utilizing an RCT design. It contributes to the existing research by bringing together two of the youth's most prevalent mental health problems in one review while focusing on school environment. It emancipates from recent work by Fisak *et al.* (Fisak *et al.*, 2011) by excluding prevention interventions conducted outside of the school setting. In contrast to Neil and Christensen (Neil and Christensen, 2009), it excludes early intervention/treatment programs, and focuses on prevention only. To ensure compatibility of effect sizes, the review's computation includes only

the most utilized questionnaires in the reviewed articles, the CDI for depression and the RCMAS for anxiety.

METHODS

Search strategy

An online search (PubMed, ISI, OVID, Scirus) was conducted to identify studies. Search terms included combinations of the following keywords: 'school based'[All Fields] AND ('prevention'[All Fields] OR 'intervention'[All Fields]) AND ('mental health'[All Fields] OR 'mental disorder'[All Fields]) AND 'evaluation'[All Fields]. The search process ended on 2 May 2011. Studies' abstracts were examined in detail by the primary author and, if required, extended by a full text revision.

Inclusion and exclusion criteria

Studies not dealing with original data of depression and/or anxiety in school-based prevention interventions were excluded. Only RCT studies with a minimum sample size of 100 participants per study (to ensure validity) in English and German language based on evaluation of primary data were considered. Finally, to depict actuality, articles had to origin from after the year 2000.

Reviewed articles

A total of 796 papers were found via online search, of which 596 articles remained after de-duplication. Additional 135 papers were found via bibliographic search in reference lists of eligible articles, resulting in a total of 731 studies. After the exclusion of systematic reviews, studies not dealing with school-based prevention interventions, not focusing on depression or anxiety and not utilizing German or English language, 129 studies remained. Finally, 28 studies remained because of being randomized controlled trials; with a sample size of at least 100 participants and originating from after the year 2000. The studies describe interventions in Germany, Australia, USA, Canada, New Zealand, the UK and Chile.

Due to their significance in characterizing the reviewed articles, the following information were systematically extracted (Tables 1 and 2):

authors and year of publication, preventive approach(es), program information, type of randomization/allocation, data collection, result for effectiveness and outcome measure instruments.

Computation of effect sizes

Effect sizes were measured by dividing the difference between the intervention group mean and the control group mean score by the pooled standard deviation, known as Cohen's *d* (Cohen, 1988). Weighted by the inverse of its random-effects variance, the standardized mean differences were aggregated for post-intervention and follow-up (Hedges and Olkin, 1985). Therefore, only studies providing sufficient data were included in the calculation, excluding studies not providing sample sizes. Considering the large variety of applied instruments, we only included studies utilizing the most frequently used questionnaires to ensure compatibility: the RCMAS for anxiety and the CDI for depression. Three studies (Barrett and Turner, 2001; Shochet *et al.*, 2001; Chaplin *et al.*, 2006) included several intervention groups in their comparison, another analysed two control groups and one intervention group (Roberts *et al.*, 2004). In this case, the means and standard deviations were pooled before being compared with the control group. As Sheffield *et al.* (Sheffield *et al.*, 2006) evaluated an intervention with a universal, an indicated and a combined approach, the intervention groups were computed separately. Barrett *et al.* (Barrett *et al.*, 2003) did not provide numbers for allocation to the intervention and the control group for their high-school sample, leaving only the elementary school sample considered. Studies varied in the length of their follow-up periods [from 3 months (Pössel *et al.*, 2004) up to 4 years (Spence *et al.*, 2005)]. We divided analysis into immediate post-intervention effects, short-term follow-up effects (at 6 months) and long-term follow-up effects, in which the effect size at the last reported interval was examined (with a median of 18 months).

RESULTS

Depression

A total of 24 studies evaluated depressive symptoms as an outcome of the respective intervention (Table 1). This includes 18 universal (75%)

and 5 indicated (21%) approaches. One study evaluated a program performing a universal, an indicated and a combined approach (Sheffield *et al.*, 2006). Several universal approach studies further stratified their samples to show the respective intervention's effects on subgroups: six authors analysed their participants by their initial risk-group status (Lowry-Webster *et al.*, 2003; Barrett *et al.*, 2005, 2006; Spence *et al.*, 2005; Cardemil *et al.*, 2007; Roberts *et al.*, 2009) (25%), while five studies stratified their sample by initial symptoms (Shochet *et al.*, 2001; Pössel *et al.*, 2004, 2008; Rooney *et al.*, 2006; O'Kearney *et al.*, 2009) (21%). One study did both (Manz *et al.*, 2001b). Twelve studies randomized their participants by school (50%), five used class membership (21%) and seven studies followed individual characteristics to randomize their samples (29%). Another distinguishing aspect between the interventions was the conducting personnel: 13 programs were implemented by trained school staff (54%) and 9 were conducted by mental health professionals (38%). Barrett and Turner (Barrett and Turner, 2001) evaluated a program containing both, one teacher-led and one psychologist-led intervention. In the evaluation by Sheffield *et al.* (Sheffield *et al.*, 2006), the universal part is implemented by teachers, while the indicated approach is conducted by mental health professionals. Concerning the number of sessions conducted to implement the evaluated program, the reviewed articles show a wide range from two sessions (Castellanos and Conrod, 2006) up to daily meetings held over a period of 36 weeks (Thompson *et al.*, 2000). A comparable variety is found when analysing the age of the participants, which ranges from 8 (Manassis *et al.*, 2010) to 16 years (Thompson *et al.*, 2000). The same can be stated for the applied follow-up periods of the evaluations which range from articles presenting only pre-post evaluations (Barrett and Turner, 2001; Chaplin *et al.*, 2006; Jones *et al.*, 2010) up to 48-month-follow-up time (Spence *et al.*, 2005).

Regarding effectiveness, 16 studies report effective outcomes (67%), meaning lower depression scores of the IG group compared with the CG after post-intervention or follow-up, while 8 evaluations do not (33%).

Anxiety

As an outcome, anxiety was evaluated by 15 studies (Table 2). Included are 12 universal

Table 1: Overview of articles for depression (in alphabetical order)

Source	Preventive approach	Program	Randomization/ allocation: IG: intervention group; CG: control group	Data collection	Effectiveness (✓ = yes, X = no)	Instruments
Barrett and Turner (2001)	Universal	FRIENDS for children: cognitive behavioural therapy (CBT), coping strategies and homework activities (workbooks); 10 weekly 75 min-sessions + two booster sessions by trained school staff + four sessions for parents; AUS	By school; 6th-grade; ten schools; psychologist IG: 188, teacher IG: 263, CG: 137	Baseline, post-intervention	X	CDI
Barrett <i>et al.</i> (2005)	Universal (selective stratification)	Two versions of FRIENDS: CBT, coping strategies and homework activities (workbooks); 10 weekly 60 min-sessions + two booster sessions + four sessions for parents by mental health professionals; FRIENDS for children for 6th-grade students; FRIENDS for youths for 9th-grade students; AUS	By school; 6th- and 9th-grade; seven schools; IG: 423, CG: 269	Baseline, post-intervention, 12-month follow-up	✓	CDI
Barrett <i>et al.</i> (2006)	Universal (selective stratification)	Two versions of FRIENDS: CBT, coping strategies and homework activities (workbooks); 10 weekly 60 min sessions + two booster sessions + four sessions for parents by mental health professionals; FRIENDS for children for 6th-grade students; FRIENDS for youths for 9th-grade students; AUS	By school; 6th- and 9th-grade; six schools; IG: 379, CG: 290	Baseline, post-intervention, 12-month, 24-month, 36-month follow-up	X	CDI
Bonhauser <i>et al.</i> (2005)	Universal	Physical Activity Program: effects of physical activity on mental health; three weekly 90 min sessions for 10 weeks by trained school staff; CHI	By class; 9th-grade; one school; IG: 98, CG: 100	Baseline, post-intervention	X	HADS
Cardemil <i>et al.</i> (2007)	Universal (selective stratification)	Penn Resiliency Program: CBT and social problem solving to reduce and prevent depressive symptoms; 12 weekly 90 min-sessions by trained school staff; USA	Individually; 5th- and 6th-grade; two schools; Latino IG: 25, Latino CG: 28, Afro IG: 50, Afro CG: 65	Baseline, post-intervention, 3-month, 6-month, 12-month, 24-month follow-up	✓	CDI
Castellanos and Conrod (2006)	Indicated	Substance Misuse Prevention Program: CBT, psycho-educational, motivational and coping skills training components; two 90 min sessions by mental health professionals; UK	Individually; 9th–11th-grade; 12 schools; IG: 224, CG: 119	Baseline, 6-month follow-up	✓	BSI

Page 4 of 15 S. Corrieri et al.

School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review

Chaplin <i>et al.</i> (2006)	Universal	Penn Resiliency Program: CBT and social problem-solving skills; 12 weekly 90 min sessions by trained school staff; USA	Individually; 6th- to 8th-grade; two schools; all girl IG: 35, co-ed IG: 68, CG: 105	Baseline, post-intervention	✓	CDI
Eggert (2002)	Indicated	Counselor-Care (C-CARE): assessment + adult motivation; 2 h interview, 2 h counseling session and social network-building by trained school staff; Coping and Support Training (CAST): assessment, adult motivation, peer support, skills training; C-CARE + 12 1 h sessions in 6 weeks by trained school staff; USA	By school; 9th–12th-grade; seven schools; C-CARE IG: 117, CAST IG: 103, CG: 121	Baseline; post-intervention; 10 weeks, 9-month follow-up	✓	HSQ
Jones <i>et al.</i> (2010)	Universal	4Rs Program: social-emotional learning and literacy development; 7 units of literacy-based curriculum by trained school staff; USA	By school; 3rd-grade; 18 schools; IG: 515, CG: 427	Baseline, post-intervention	✓	DISCPS
Lowry-Webster <i>et al.</i> (2003)	Universal (selective stratification)	FRIENDS: CBT, coping strategies and homework activities (workbooks); 10 weekly 75 min sessions + two booster sessions by trained school staff + four sessions for parents; AUS	By school; 5th–7th-grade; seven schools; IG: 432, CG: 162	Baseline, post-intervention, 12-month follow-up	✓	CDI
Manassis <i>et al.</i> (2010)	Indicated	Feelings Club: CBT, recognize and manage negative thoughts and feelings, develop strategies of coping; 12 weeks + three parent sessions by mental health professionals; CAN	Individually; 3rd–6th-grade; 26 schools; IG: 78, CG: 70	Baseline, post-intervention, 12-month follow-up	X	CDI
Manz (2001a,b)	Universal (indicated and selective stratification)	GO!: CBT, information, specific and unspecific treatment components; 12 h in 8 weeks by mental health professionals; GER	By class; 9th- and 10th-grade; four schools; IG: 325, CG: 302	Baseline, post-intervention, 6-month follow up	✓	BDI
Merry <i>et al.</i> (2004)	Universal	RAP-KIWI: CBT, interpersonal therapy principles; 11 weekly sessions by trained school staff; NZ	Individually; 9th- and 10th-grade; two schools; IG: 207, placebo-CG: 185	Baseline, post-intervention, 6-month, 12-month, 18-month follow-up	✓	BDI, RADS
O'Kearney <i>et al.</i> (2009)	Universal (indicated stratification)	Mood-GYM: Internet-based CBT to identify problems and develop coping skills; 6 weeks duration with every module open for 2 weeks; part of regular curriculum by trained school staff; AUS	By class; 10th-grade girls; one school; IG: 67, CG: 90	Baseline, post-intervention, 5-month follow-up	✓	CES-D, DLC, Griffiths-scale

Continued

School-based prevention programs for depression and anxiety Page 5 of 15

Table 1: Continued

Source	Preventive approach	Program	Randomization/ allocation: IG: intervention group; CG: control group	Data collection	Effectiveness (✓ = yes, X = no)	Instruments
Pössel <i>et al.</i> (2004)	Universal (indicated stratification)	LISA-T: CBT, relationship between cognition, emotion and behaviour, social competence training; ten 90 min sessions by mental health professionals; GER	By class; 8th-grade; six schools; IG: 200, CG: 147	Baseline, post-intervention, 3-month, 6-month follow-up	✓	CES-D
Pössel <i>et al.</i> (2008)	Universal (indicated stratification)	LARS & LISA: CBT, cognitive and social aspects; successor to LISA-T; 10 weekly sessions à 1.5 h (9 + 1 motivation section); by mental health professionals; GER	By class; 8th-grade and teachers; four schools; IG: 163, CG: 138	Baseline, post-intervention, 6-month follow-up	✓	SBB-DES
Roberts <i>et al.</i> (2004)	Indicated	Penn Prevention Program: linking thoughts and feelings, conveying coping and social problem solving skills; 12 sessions by trained school staff; AUS	By school; 7th-grade; 36 schools; IG: 90, CG: 99, CG-2: 114	Baseline, 18-month, 30 month follow-up	X	CDI
Roberts <i>et al.</i> (2009)	Universal (selective stratification)	Aussie Optimism Program: optimistic thinking and social life skills; 20 weekly 1 h lessons by trained school staff; AUS	By school; 7th-grade; 12 schools; IG: 274, CG: 222	Baseline, post-intervention, 6-month, 18-month follow-up	X	CDI
Rooney <i>et al.</i> (2006)	Universal (indicated stratification)	Positive Thinking Program: CBT, oriented after Aussie Optimism Program; 8 weekly 1 h sessions by mental health professionals; AUS	By school; 4th- and 5th-grade; four schools; IG: 72, CG: 48	Baseline, post-intervention, 9-month, 18-month follow-up	✓	CDI
Sawyer (2010)	Universal	Beyond Blue: improve solving & social skills, resilient thinking styles, coping strategies; 10 45 min-sessions in each of the three years of the intervention by trained school staff; AUS	By school; 8th-grade; 50 schools; IG: 1785, CG: 1727	Baseline, post-intervention, 12-month, 24-month follow-up	X	CES-D

Page 6 of 15 S. Corrieri et al.

School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review

Sheffield <i>et al.</i> (2006)	Universal and indicated and combined	Universal: CBT, cognitive-restructuring and problem solving skills, 8 weekly 45-min sessions by trained school staff; indicated: 8 weekly 90 min sessions in smaller group (8–10 pers.) by mental health professionals; combined: first universal, then indicated; AUS	By school; 9th-grade; 34 schools; universal IG: 526 (107 high-symptom), indicated IG: 722 (110 high-symptom), combined IG: 636 (100 high-symptom), CG: 519 (125 high-symptom)	Baseline, post-intervention, 6-month, 18-month follow-up	X	CDI, CES-D, ADIS-C
Shochet <i>et al.</i> (2001)	Universal (indicated stratification)	Resourceful Adolescent Program: CBT; RAP-A: adolescents, self-management, cognitive restructuring and problem solving skills; 11 weekly 40–50 min sessions; Rap-F: conflict settlement by strengthening protective factors; three extra 3 h sessions for parents by mental health professionals; AUS	Individually; 9th-grade; one school; RAP-A IG: 53, RAP-F IG: 51, CG: 90	Baseline, post-intervention, 10-month follow-up	✓	CDI, RADS
Spence <i>et al.</i> (2005)	Universal (selective stratification)	Problem Solving For Life: CBT, cognitive restructuring and problem solving skills training; eleven 45 min sessions for 8 weeks by trained school staff; AUS	By school; 8th-grade; 16 schools; IG: 751, CG: 749	Baseline, post-intervention, 12-month, 24-month, 36-month, 48-month follow-up	✓	BDI
Thompson <i>et al.</i> (2000)	Indicated	Personal Growth Class: (1) mood management and life-skills training, (2) applying skills into real-life situations; 55 min. daily for (1) 18 respectively (2) 36 weeks by trained school staff USA	Individually; 9th–12th-grade; five schools; (1) 5-month IG: 36, (2) 10-month IG: 35, CG: 35	Baseline, 5-month, 10-month follow-up	✓	CES-D

School-based prevention programs for depression and anxiety Page 7 of 15

Table 2: Overview of articles for anxiety (in alphabetical order)

Source	Preventive approach	Program	Randomization/ allocation: IG: intervention group; CG: control group	Data collection	Effectiveness (✓ = yes, X = no)	Instruments
Manassis <i>et al.</i> (2010)	Indicated	Feelings Club: cognitive behavioural therapy (CBT), recognize and manage negative thoughts and feelings, develop strategies of coping; 12 weeks + three parent sessions by mental health professionals; CAN	Individually; 3rd–6th-grade; 26 schools; IG: 78, CG: 70	Baseline, post-intervention, 12-month follow-up	X	MASC, ADIS
Roberts <i>et al.</i> (2004)	Indicated	Penn Prevention Program: linking thoughts and feelings, conveying coping and social problem solving skills; twelve sessions by trained school staff; AUS	By school; 7th-grade; IG: 90, CG: 99, no-intervention CG: 114	Baseline, 18-month, 30-month follow-up	✓	RCMAS
Bonhauser <i>et al.</i> (2005)	Universal	Physical Activity Program: effects of physical activity on mental health; three weekly 90 min sessions for 10 weeks by trained school staff; CHI	By class; 9th-grade; one school; IG: 98, CG: 100	Baseline, post-intervention	✓	HADS
Barrett and Turner (2001)	Universal	FRIENDS for children: CBT, coping strategies and homework activities (workbooks); 10 weekly 75 min sessions + two booster sessions by trained school staff + four sessions for parents; AUS	By school; 6th-grade; 10 schools; psychologist IG: 188, teacher IG: 263, CG: 137	Baseline, post-intervention	✓	SCAS, RCMAS
Barrett and Turner (2001)	Universal	FRIENDS: CBT, coping strategies and homework activities (workbooks); ten 1 h sessions by mental health professionals; AUS	Individually (migrational background); 7–19 years old; six schools; IG: 121, CG: 83	Baseline, post-intervention	✓	RCMAS
Barrett <i>et al.</i> (2003)	Universal	FRIENDS: CBT, coping strategies and homework activities (workbooks); 10 1 h sessions by mental health professionals; AUS	Individually (migrational background); 7–19 years old; six schools; IG: 166, CG: 154	Baseline, post-intervention for new sample; 6-month follow-up for Barrett 2001 sample	✓	RCMAS, TSCL

Page 8 of 15 S. Corrieri et al.

School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review

Sheffield <i>et al.</i> (2006)	Universal and indicated and combined	Universal: CBT, cognitive-restructuring and problem solving skills, 8 weekly 45-min sessions by trained school staff; indicated: 8 weekly 90 min sessions in smaller group (8–10 pers.) by mental health professionals; combined: first universal, then indicated; AUS	By school; 9th-grade; 34 schools; universal IG: 526 (107 high-symptom), indicated IG: 722 (110 high-symptom), combined IG: 636 (100 high-symptom), CG: 519 (125 high-symptom)	Baseline, post-intervention, 6-month, 18-month follow-up	X	SCAS
Manz (2001a,b)	Universal (indicated and selective stratification)	GO!: CBT, information, specific and unspecific treatment components; 12 h in 8 weeks by mental health professionals; GER	By class; 9th- and 10th-grade; four schools; IG: 325, CG: 302	Baseline, post-intervention, 6-month follow up	✓	BAI, ASI
Lowry-Webster <i>et al.</i> (2003)	Universal (selective stratification)	FRIENDS: CBT, coping strategies and homework activities (workbooks); 10 weekly 75 min sessions + two booster sessions by trained school staff + four sessions for parents; AUS	By school; 5th–7th-grade; seven schools; IG: 432, CG: 162	Baseline, post-intervention, 12-month follow-up	✓	SCAS, RCMAS, ADIS-C
Barrett <i>et al.</i> (2005)	Universal (selective stratification)	Two versions of FRIENDS: CBT, coping strategies and homework activities (workbooks); 10 weekly 60 min sessions + two booster sessions + four sessions for parents by mental health professionals; FRIENDS for children for 6th-grade students; FRIENDS for youths for 9th-grade students; AUS	By school; 6th- and 9th-grade; seven schools; IG: 423, CG: 269	Baseline, post-intervention, 12-month follow-up	✓	SCAS
Barrett <i>et al.</i> (2006)	Universal (selective stratification)	Two versions of FRIENDS: CBT, coping strategies and homework activities (workbooks); 10 weekly 60 min sessions + two booster sessions + four sessions for parents by mental health professionals; FRIENDS for children for 6th-grade students; FRIENDS for youths for 9th-grade students; AUS	By school; 6th- and 9th-grade; six schools; IG: 379, CG: 290	Baseline, post-intervention, 12-month, 24-month, 36-month follow-up	✓	SCAS, RCMAS
Roberts <i>et al.</i> (2009)	Universal (selective stratification)	Aussie Optimism Program: optimistic thinking and social life skills; 20 weekly 1 h-lessons by trained school staff; AUS	By school; 7th-grade; 12 schools; IG: 274, CG: 222	Baseline, post-intervention, 6-month, 18-month follow-up	X	RCMAS

Continued

School-based prevention programs for depression and anxiety
Page 9 of 15

Table 2: Continued

Source	Preventive approach	Program	Randomization/ allocation: IG: intervention group; CG: control group	Data collection	Effectiveness (✓ = yes, X = no)	Instruments
Rooney <i>et al.</i> (2006)	Universal (indicated stratification)	Positive Thinking Program: CBT, oriented after Aussie Optimism Program; 8 weekly 1 h sessions by mental health professionals; AUS	By school; 4th- and 5th-grade; four schools; IG: 72; CG: 48	Baseline, post-intervention, 9-month, 18-month follow-up	X	RCMAS
Garaigordobil, (2004)	Universal	Promotion of positive communication and conflict-solving; weekly 2 h sessions for one academic year in regular curriculum by trained school staff; ESP	Individually; 12-14 years; two schools; IG: 125; CG: 49	Baseline, post-intervention	✓	STAIC
Berger <i>et al.</i> (2007)	Universal	Overshadowing the Threat of Terrorism: coping with threat and exposure to terrorism; eight 90 min sessions by trained school staff; ISR	By class; 2nd-6th-grade; one school; IG: 70; CG: 72	Baseline, post-intervention	✓	SCARED

(80%) and 8 indicated approaches (13%). One study evaluated a program performing a universal, an indicated and a combined approach (Sheffield *et al.*, 2006). As seen for depression, stratification took place among several universal approach intervention evaluations in order to analyse for subgroup effects: four authors grouped their participants after risk status (Lowry-Webster *et al.*, 2003; Barrett *et al.*, 2005, 2006; Roberts *et al.*, 2009) (27%), while one study stratified its participants by initial symptoms (Rooney *et al.*, 2006). Here also, one study did both (Manz *et al.*, 2001b). Randomization by school took place in eight studies (53%); class membership was applied in three cases (20%). Remaining, individual characteristics were decisive in four interventions (27%). Trained school staff conducted the intervention measures in six evaluations (40%), while seven were implemented by mental health professionals (47%). Sheffield *et al.*'s and Barrett and Turner's evaluations included both groups (Barrett and Turner, 2001; Sheffield *et al.*, 2006). Resembling what was stated for depression, a large variation in the number of conducted sessions of the respective programs [from eight sessions (Rooney *et al.*, 2006; Sheffield *et al.*, 2006) up to one weekly meeting over a whole academic year (Garaigordobil, 2004)], the age of the participants [from 7 (Berger *et al.*, 2007) to 19-year-old students (Barrett *et al.*, 2001, 2003)] and the applied follow-up time [from pre-post evaluations (Barrett and Turner, 2001; Barrett *et al.*, 2001; Garaigordobil, 2004; Berger *et al.*, 2007) up to 36 months (Barrett *et al.*, 2006)] can be found in the studies evaluating anxiety as an outcome.

Overall, 11 studies report effectiveness for their interventions (73%), meaning lower scores for anxiety in the IG compared with the CG after post-intervention or follow-up, 4 do not (27%).

Distribution of effect sizes

Overall mean effect sizes were computed for the most frequently utilized questionnaires for depression (CDI) and anxiety (RCMAS). Negative effect sizes indicate that the intervention group mean is lower in scores relative to the control group. According to Cohen (Cohen, 1988), an effect size of 0.2 is considered small, 0.5 is considered moderate and 0.8 is considered large.

CDI

A summary of all effect sizes for depression is presented in Table 3. At post-intervention, effect sizes for the CDI range from 0.30 to -0.57, the weighted overall mean effect size for the CDI is -0.12 (universal: -0.14, indicated: -0.08). Regarding effect sizes for the short-term follow-up, the overall mean effect size rises back up to 0.06 (universal: 0.06, indicated: 0.04), ranging from 0.12 to -0.07. At long-term follow-up, it lowers again to -0.05 (universal: -0.05, indicated: -0.13), ranging from 0.14 to -0.35. Overall, the interventions prove to be effective at a very small scale at post-intervention, lose their effect at short-term follow-up, but again show small-scaled positive effects at long-term follow-up for the CDI. No difference was between universal and indicated programs.

RCMAS

A summary of all effect sizes for anxiety is presented in Table 3. At post-intervention, effect sizes for the RCMAS ranged from 0.19 to -0.67, the weighted overall mean effect size was -0.29, an effect considered small. Regarding effect sizes for the short-term follow-up time, the range of effect sizes goes from 0 to -0.25, with an overall mean effect size of -0.10. At long-term follow-up, the overall mean effect size is -0.05 (universal: 0.15, indicated: -0.42), ranging from 0.17 to -0.42. The indicated program by Roberts *et al.* (Roberts *et al.*, 2004) proved to be nearly moderately effective, while the universal programs revealed a small negative effect.

Overall, the interventions showed to be effective at a small scale at post-intervention with a continuously shrinking positive effect that was kept stable only for the indicated program at long-term follow-up.

DISCUSSION

Overview

This systematic review identified school-based interventions aimed at preventing or reducing the prevalence of depression and anxiety. The majority of interventions turn out to be effective, both for depression (65%) and anxiety (73%). Limiting the positive result, the obtained overall mean effect sizes calculated from the most

utilized questionnaires can be considered very small. Nevertheless, except from the mean effect size for the CDI at short-term follow-up (0.06) and the universal programs' effect size for the RCMAS at long-term follow-up (0.15), all results prove effectiveness. Calculations for the CDI show the highest effectiveness at post-intervention, followed by a converse value at short-term follow-up. The overall mean effect sizes for the RCMAS decrease linearly while staying in the effective range. At long-term follow-up, the indicated program shows nearly moderate effectiveness while the universal programs do not.

Confounders

The reviewed interventions varied in a large number of possible confounders whose influences on the outcomes remain ambiguous. The programs involve diverse sample sizes, preventive approaches, randomization and allocation procedures, conducting staff and data collection instruments, which makes it hard to compare them and identify the responsible aspects for success and failure. As even the same programs report varying outcomes, and no design delivers a clear layout leading to effectiveness, emerged limitations will be presented that may restrict from drawing conclusive inferences. Where they occur, small sample sizes limit generalizability. Even though we excluded studies involving less than 100 participants, a small number of participating classes or schools prevented more in-depth cluster randomization and respective analyses. Another aspect is the recurring low participation of included parents, making it impossible to measure their influence (Barrett and Turner, 2001; Shochet *et al.*, 2001; Barrett *et al.*, 2005). If sufficiently large, the heterogeneity of the particular sample may also affect validity. For example, the large initial cultural and demographic differences and the diverging length of time the analysed migrant groups had been residing in Australia hampered comparison (Barrett *et al.*, 2001, 2003). Also, possible cohort and time confounding when evaluating groups in consecutive school years may have biased results (Shochet *et al.*, 2001). In general, the wide range of ages, school types and number of sessions of the respective program implementation included in this review need to be considered when valuing its conclusion. Also, low compliance of participants over the whole follow-up period, especially where those

Table 3: Effect sizes for depression and anxiety (in alphabetical order)

Depression												
Source	Post-intervention (IG/CG)				Short-term follow-up (IG/CG)				Long-term follow-up (IG/CG)			
	Mean	SD	N	SMD	Mean	SD	N	SMD (months follow-up time)	Mean	SD	N	SMD (months follow-up time)
Barrett and Turner (2001)	10.01/7.4	9.18/6.19	405/84	0.30	No short-term follow-up				No long-term follow-up			
Chaplin et al. (2006)	5.51/8.55	6.90/7.69	65/38	-0.42	No short-term follow-up				No long-term follow-up			
Manassis et al. (2010)	49.11/49	9/9.19	76/69	0.01	No short-term follow-up				47.04/48.74	9.35/8.66	76/69	-0.19 (12)
Roberts et al. (2003)	8.51/8.97	9.26/9.9	84/95	-0.05	6.35/6.9	7.3/7.61	65/72	-0.07 (6)	No long-term follow-up			
Roberts et al. (2004)	No post-intervention				No short-term follow-up				5.98/8.44	7.06/7.03	41/163	-0.35 (30)
Roberts et al. (2009)	7.24/6.29	6.66/6.84	237/190	0.14	6.66/5.85	6.71/6.53	227/168	0.12 (6)	6.66/6.29	6.56/6.92	199/180	0.05 (18)
Rooney et al. (2006)	10.28/15.43	7.8/10.51	70/47	-0.57	No short-term follow-up				10.68/11.18	7.6/8.43	59/39	-0.06 (18)
Sheffield et al. (2006) (indicated)	17.63/19.1	10.51/10.25	112/136	-0.14	17.44/17.29	9.86/9.29	103/129	0.02 (6)	16.37/15.09	10.36/8.6	100/125	0.14 (18)
Sheffield et al. (2006) (universal)	18.33/19.1	9.17/10.25	126/136	-0.08	18.05/17.29	10.6/9.29	112/129	0.08 (6)	15.23/15.09	8.83/8.6	107/125	0.02 (18)
Sheffield et al. (2006) (combined)	17.77/19.1	9.35/10.25	105/136	-0.13	17.71/17.29	10.7/9.29	117/129	0.04 (6)	15.89/15.09	10.38/8.6	110/125	0.08 (18)
Shochet et al. (2001)	5.83/8.9	4.61/7.87	121/107	-0.48	No short-term follow-up				6.05/7.82	4.86/7.14	104/90	-0.29 (10)
Total (95% CI)				-0.12				0.06				-0.05
Anxiety												
Source	Post-intervention (IG/CG)				Short-term follow-up (IG/CG)				Long-term follow-up (IG/CG)			
	Mean	SD	N	SMD	Mean	SD	N	SMD (months follow-up time)	Mean	SD	N	SMD (months follow-up time)
Barrett and Turner (2001)	7.51/11.76	5.89/7.29	121/83	-0.65	No short-term follow-up				No long-term follow-up			
Barrett and Turner (2001)	7.23/9.58	6.62/6.44	405/84	-0.36	No short-term follow-up				No long-term follow-up			
Barrett et al. (2003)	7.52/11.95	5.99/7.55	87/44	-0.67	7.71/10.11	10.66/6.57	87/44	-0.25 (6)	No long-term follow-up			
Roberts et al. (2003)	7.38/8.79	6.81/7.43	84/95	-0.2	6.02/7.59	6.95/6.34	62/71	-0.24 (6)	No long-term follow-up			
Roberts et al. (2004)	No post-intervention				No short-term follow-up				5.67/8.3	6.1/6.28	41/165	-0.42 (30)
Roberts et al. (2009)	6.57/5.46	6.18/5.32	237/191	0.19	5.74/5.75	5.7/5.7	227/169	0 (6)	5.6/4.71	5.85/4.74	198/180	0.17 (18)
Rooney et al. (2006)	10.97/11.92	6.24/6.68	70/47	-0.15	No short-term follow-up				11.19/10.65	6.9/7.1	59/40	0.08 (18)
Total (95% CI)				-0.29				-0.1				-0.05

at highest risk dropped out, may affect representativeness (Barrett *et al.*, 2005; Spence *et al.*, 2005; O'Kearney *et al.*, 2009). Studies only including post-intervention evaluations, partly due to short dated changes in school administrations (Chaplin *et al.*, 2006), may not include long-term effects that need confrontation with real-life situations before fully unfolding (Manz *et al.*, 2001a,b). In the majority of reviewed studies, analysis relied on self-reported data that may lack impartiality, as no diagnostic information was available. The class-based environment of the interventions may have influenced the students' willingness to participate openly in regard of possible stigmatization (Manz *et al.*, 2001a,b). Also, possible influence of the observers on the participants during the interventions may have biased their behaviour (Barrett and Turner, 2001). A related difficulty is the application of different questionnaires: for example in Merry *et al.*'s (Merry *et al.*, 2004) study, the RADS led to other results than the BDI and the BHS questionnaires, possibly due to the diverging range of standard deviation compared with the means. Another issue is to secure a stable and high quality of program implementation by the conductors, who could have prioritized one topic over the other (Roberts *et al.*, 2003), gained more experience over time (Manz *et al.*, 2001a,b) or diverged in the amount of therapist contact between the IG and the CG (Castellanos and Conrod, 2006). Even though no significant differences could be found in effect sizes, the influence of the conductor's professional background should be considered. Also, the amount of the CG's activities outside the intervention's frame potentially biasing their non-intervention character is unknown (Bonhauser *et al.*, 2005). Several studies reported benefits of their evaluated interventions only for low age groups (Barrett and Turner, 2001; Lowry-Webster *et al.*, 2003; Barrett *et al.*, 2005, 2006, 2007), showing that prevention should start early before negative routines can establish, as the prevalence of mental disorders in young age groups is high and rising (Weissman *et al.*, 1999; Barrett and Turner, 2001).

Program approaches

In this context, universal approaches may show an advantage over indicated and selective interventions: besides the higher recruitment rate, the group of participants without initial

symptoms or at elevated risk of developing such would not have benefited from a purely indicated approach (Manz *et al.*, 2001a,b; Shochet *et al.*, 2001). Then again, other evaluations showed that their interventions are better suited to treat mild depression instead of performing a preventive function (Cardemil *et al.*, 2007), which may support the idea of mixing approaches to fit a target group as large as possible.

CONCLUSION

The majority of the reviewed studies proved preventive school-based interventions on depression and anxiety to be effective. However, effect size computation revealed only small scale effectiveness. Future studies have to consider the impact of the described program implementation variations.

FUNDING

This work was supported by the European Social Fund (080938648) and the Saxonian State Ministry for Culture and Sports.

REFERENCES

- Barrett, P. M. and Turner, C. (2001) Prevention of anxiety symptoms in primary school children: preliminary results from a universal school-based trial. *British Journal of Clinical Psychology*, **40**, 399–410.
- Barrett, P. M., Sonderegger, R. and Sonderegger, N. L. (2001) Evaluation of an anxiety-prevention and positive-coping program (FRIENDS) for children and adolescents of non-English-speaking background. *Behaviour Change*, **18**, 78–91.
- Barrett, P. M., Sonderegger, R. and Xenos, S. (2003) Using FRIENDS to combat anxiety adjustment problems among young migrants to Australia: A National Trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, **8**, 241–260.
- Barrett, P. M., Lock, S. and Farrell, L. J. (2005) Developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, **10**, 539–555.
- Barrett, P. M., Farrell, L. J., Ollendick, T. H. and Dadds, M. (2006) Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: an evaluation of the friends program. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, **35**, 403–411.
- Berger, R., Pat-Horenczyk, R. and Gelkopf, M. (2007) School-based intervention for prevention and treatment of elementary-students' terror-related distress in Israel: a quasi-randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, **20**, 541–551.

- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A. and Kaufman, J. (1996a) Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **35**, 1575–1583.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E. et al. (1996b) Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **35**, 1427–1439.
- Bonhauser, M., Fernandez, G., Puschel, K., Yanez, F., Montero, J., Thompson, B. et al. (2005) Improving physical fitness and emotional well-being in adolescents of low socioeconomic status in Chile: results of a school-based controlled trial. *Health Promotion International*, **20**, 113–122.
- Boyd, C. P., Kostanski, M., Gullone, E., Ollendick, T. H. and Shek, D. T. (2000) Prevalence of anxiety and depression in Australian adolescents: comparisons with worldwide data. *The Journal of Genetic Psychology*, **161**, 479–492.
- Cardemil, E. V., Reivich, K. J., Beevers, C. G., Seligman, M. E. and James, J. (2007) The prevention of depressive symptoms in low-income, minority children: two-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, **45**, 313–327.
- Castellanos, N. and Comrod, P. (2006) Brief interventions targeting personality risk factors for adolescent substance misuse reduce depression, panic and risk-taking behaviours. *Journal of Mental Health*, **15**, 645–658.
- Chaplin, T. M., Gillham, J. E., Reivich, K. J., Elkon, A. G., Samuels, B., Freres, D. R. et al. (2006) Depression prevention for early adolescent girls: a pilot study of all girls versus co-ed groups. *The Journal of Early Adolescence*, **26**, 110–126.
- Cohen, J. (1988) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Routledge Academic, Hillsdale.
- Donovan, C. L. and Spence, S. H. (2000) Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, **20**, 509–531.
- Eggert, L. L., Thompson, E. A., Randall, B. P. and Pike, K. C. (2002) Preliminary effects of brief school-based prevention approaches for reducing youth suicide-risk behaviors, depression, and drug involvement. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, **15**, 48–64.
- Fisak, B. J., Jr, Richard, D. and Mann, A. (2011) The prevention of child and adolescent anxiety: a meta-analytic review. *Prevention Science*, **12**, 255–268.
- Frojd, S. A., Nissinen, E. S., Pelkonen, M. U., Marttunen, M. J., Koivisto, A. M. and Kaltiala-Heino, R. (2008) Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence*, **31**, 485–498.
- Garaigordobil, M. (2004) Effects of a psychological intervention on factors of emotional development during adolescence. *European Journal of Psychological Assessment*, **20**, 66–80.
- Hedges, L. V. and Olkin, I. (1985) *Statistical Methods for Meta-Analysis*. Academic Press, Orlando.
- Jones, S. M., Brown, J. L., Høglund, W. L. and Aber, J. L. (2010) A school-randomized clinical trial of an integrated social-emotional learning and literacy intervention: impacts after 1 school year. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **78**, 829–842.
- Kidger, J., Donovan, J. L., Biddle, L., Campbell, R. and Gunnell, D. (2009) Supporting adolescent emotional health in schools: a mixed methods study of student and staff views in England. *BMC Public Health*, **9**, 403–420.
- Klingman, A. and Hochdorf, Z. (1993) Coping with distress and self-harm - the impact of a primary prevention program among adolescents. *Journal of Adolescence*, **16**, 121–140.
- Lowry-Webster, H. M., Barrett, P. M. and Lock, S. (2003) A universal prevention trial of anxiety symptomatology during childhood: results at 1-year follow-up. *Behaviour Change*, **20**, 25–43.
- Manassis, K., Wilansky-Traynor, P., Farzan, N., Kleiman, V., Parker, K. and Sanford, M. (2010) The feelings club: randomized controlled evaluation of school-based CBT for anxious or depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, **27**, 945–952.
- Manz, R., Junge, J. and Margraf, J. (2001a) Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen. Ergebnisse einer Follow-Up-Untersuchung nach 6 Monaten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, **9**, 168–179.
- Manz, R., Junge, J., Neumer, S. and Margraf, J. (2001b) Primary prevention of anxious and depressive symptoms in adolescents. First Results from a Quasi-Experimental Study. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, **9**, 229–241.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L. et al. (2010) Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **49**, 980–989.
- Merry, S., McDowell, H., Wild, C. J., Bir, J. and Cunliffe, R. (2004) A randomized placebo-controlled trial of a school-based depression prevention program. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **43**, 538–547.
- National Health and Medical Research Council. (1997) *Depression in young people: clinical practice guidelines*. Australian Government Publishing Service, Canberra.
- Neil, A. L. and Christensen, H. (2009) Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, **29**, 208–215.
- O’Kearney, R., Kang, K., Christensen, H. and Griffiths, K. (2009) A controlled trial of a school-based Internet program for reducing depressive symptoms in adolescent girls. *Depression and Anxiety*, **26**, 65–72.
- Pössel, P., Horn, A. B., Groen, G. and Hautzinger, M. (2004) School-based prevention of depressive symptoms in adolescents: a 6-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **43**, 1003–1010.
- Pössel, P., Seemann, S. and Hautzinger, M. (2008) Impact of comorbidity in prevention of adolescent depressive symptoms. *Journal of Counseling Psychology*, **55**, 106–117.
- Roberts, C., Kane, R., Thomson, H., Bishop, B. and Hart, B. (2003) The prevention of depressive symptoms in rural school children: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **71**, 622–628.
- Roberts, C., Kane, R., Bishop, B., Matthews, H. and Thompson, B. (2004) The prevention of depressive symptoms in rural school children: a follow-up study.

- International Journal of Mental Health Promotion*, **6**, 4–16.
- Roberts, C., Kane, R., Bishop, B., Cross, D., Fenton, J. and Hart, B. (2009) The prevention of anxiety and depression in children from disadvantaged schools. *Behaviour Research and Therapy*, **48**, 68–73.
- Rooney, R., Roberts, C., Kane, R., Pike, L., Winsor, A., White, J. *et al.* (2006) The prevention of depression in 8- to 9-year-old children: A Pilot Study. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, **16**, 76–90.
- Rushton, J. L., Forcier, M. and Schectman, R. M. (2002) Epidemiology of depressive symptoms in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **41**, 199–205.
- Rutter, M., Kim-Cohen, J. and Maughan, B. (2006) Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **47**, 276–295.
- Sawyer, M. G., Harchak, T. F., Spence, S. H., Bond, L., Graetz, B., Kay, D. *et al.* (2006) School-based prevention of depression: a 2-year follow-up of a randomized controlled trial of the beyondblue schools research initiative. *Journal of Adolescent Health*, **47**, 297–304.
- Sheffield, J. K., Spence, S. H., Rapee, R. M., Kowalenko, N., Wignall, A., Davis, A. *et al.* (2006) Evaluation of universal, indicated, and combined cognitive-behavioral approaches to the prevention of depression among adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **74**, 66–79.
- Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H. and Osgarby, S. M. (2001) The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **30**, 303–315.
- Spence, S. H., Sheffield, J. K. and Donovan, C. L. (2005) Long-term outcome of a school-based, universal approach to prevention of depression in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **73**, 160–167.
- Starcevic, V. (2006) Review: worldwide lifetime prevalence of anxiety disorders is 16.6%, with considerable heterogeneity between studies. *Evidence-based mental health*, **9**, 115.
- Thompson, E. A., Eggert, L. L. and Herting, J. R. (2000) Mediating effects of an indicated prevention program for reducing youth depression and suicide risk behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, **30**, 252–271.
- Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S. *et al.* (1999) Depressed adolescents grown up. *JAMA*, **281**, 1707–1713.
- Williamson, D. E., Forbes, E. E., Dahl, R. E. and Ryan, N. D. (2005) A genetic epidemiologic perspective on comorbidity of depression and anxiety. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, **14**, 707–726.
- Witcher, H. U., Nelson, C. B. and Lachner, G. (1998) Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, **28**, 109–126.

5. Übergang

Nachdem in Kapitel 3 die Besonderheiten des Settings Schule beschrieben und dessen Eignung für die Implementierung präventiver Maßnahmen festgestellt wurde, verdeutlichte Kapitel 4 einen großen Bedarf unter Kindern und Jugendlichen. Es wurde zudem gezeigt, dass die Kombination aus Informationsvermittlung und persönlichem Kontakt mit Betroffenen ein vielversprechender Ansatz zu wirksamer Prävention sein könnte.

Nachfolgend sollen drei Artikel die qualitative und quantitative Evaluation von Präventionsmaßnahmen vorstellen. Beide präsentierten Ansätze wurden vom Leipziger Verein "Irrsinnig Menschlich e.V." konzipiert und verwirklicht. Die wissenschaftliche Begleitforschung wurde vom Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Universität Leipzig durchgeführt.

Zunächst wird das Pilotprojekt "Schulcoaches"³ als innovativer Ansatz, Informationen und Kontakt zu Betroffenen in das schulische Setting zu bringen, quantitativ und qualitativ evaluiert. Die Schulcoaches verfolgen einen systemischen Ansatz, der alle Mitglieder des Systems Schule einbezieht und neben traditionellen Aufgaben der Schulsozialarbeit einen besonderen Fokus auf die psychische Gesundheit legt. Sie stehen als externe, dennoch im Schulalltag stets präsent

³ <http://www.schulcoaches.de> (zuletzt Online: 28.11.2014)

Ansprechpartner sowohl Schülern, als auch Lehrern und Eltern zur Verfügung. Dies entspricht der Vorgabe der WHO, Lehrer und Eltern in das Modell der Gesundheitsförderung einzubeziehen, um ein entwicklungsförderndes Umfeld sowohl in der Familie als auch in der Schule zu gewährleisten (WHO, 2003). Mittels longitudinaler Fragebogen- (Kapitel 6) und Fokusgruppen-Erhebungen (Kapitel 7) wurde die Entwicklung sowie der Einfluss der Schulcoaches auf verschiedene Einflussfaktoren des seelischen Wohlbefindens untersucht.

In Kapitel 8 wird in einer qualitativen Fokusgruppen-Studie ein gezielter Blick auf spezifisch zu Themen der psychischen Gesundheit entwickelte Informationsmaterialien, die "Info-Pocket-Guides"⁴, geworfen. Die kompakten Flyer bieten bei geringen Kosten eine vergleichsweise große Reichweite, um thematisch breit gefächerte Informationen und Kontaktadressen im Falle persönlicher oder mittelbarer Betroffenheit zur Verfügung zu stellen. Die Evaluation untersuchte, ob diese Art von Informationsvermittlung in der Lebenswelt der Jugendlichen, insbesondere vor dem Hintergrund neuer Medien, noch zeitgemäß erscheint. Sie erforschte bei der Zielgruppe direkt, wie Gestaltung, thematische Ausrichtung und Nutzungswahrscheinlichkeit beurteilt wurden.

⁴ <http://www.verrueckt-na-und.de/pocket-guides.html> (zuletzt Online: 28.11.2014)

6. Die Förderung psychischer Gesundheit in der Schule durch Schulcoaches: Evaluation eines Modellprojekts in Sachsen

Corrieri, S., Conrad, I., Riedel-Heller, S.G. (2013): Die Förderung psychischer Gesundheit in der Schule durch Schulcoaches: Evaluation eines Modellprojekts in Sachsen. *Psychiatrische Praxis*, 41, 1-8.

Zusammenfassung

Anliegen: Wie wirkt sich die Arbeit eines Schulcoaches auf die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sowie das Schulklima aus?

Methode: Zu drei Zeitpunkten wurden Schüler in Projekt- (N=292) und Kontrollschulen (N=300) sowie Lehrer (N=323) und Eltern (N=370) befragt.

Ergebnisse: Der Wunsch nach sozialer Distanz zu psychisch Kranken sank signifikant. Die Schulcoaches wurden als Vertrauensperson akzeptiert und konnten schulisch wie privat helfen. Freunde und Familie galten als erste Ansprechpartner.

Schlussfolgerung: Die Schulcoach-Arbeit zeigte einen positiven Einfluss auf alle Mitglieder des Systems Schule.

Für Volltext siehe Seite 41.

Die Förderung psychischer Gesundheit in der Schule durch Schulcoaches

Evaluation eines Modellprojekts in Sachsen

Mental Health Promotion in School with School Coaches Evaluation of a Pilot Project

Autoren Sandro Corrieri, Ines Conrad, Steffi G. Riedel-Heller

Institut Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Universität Leipzig

Schlüsselwörter

- Prävention
- psychische Gesundheit
- Schule
- Schulcoach
- Evaluation

Keywords

- prevention
- mental health
- school
- school coach
- evaluation

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1359928>

Psychiat Prax

© Georg Thieme Verlag KG

Stuttgart · New York

ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Sandro Corrieri

Institut für Sozialmedizin,

Arbeitsmedizin und

Public Health (ISAP),

Universität Leipzig

Philipp-Rosenthal-Straße 55

04103 Leipzig

Sandro.Corrieri@medizin.uni-leipzig.de

Zusammenfassung

Anliegen: Wie wirkt sich die Arbeit eines Schulcoaches auf die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sowie das Schulklima aus?

Methode: Zu 3 Zeitpunkten wurden Schüler im Projekt- (n=292) und Kontrollschulen (n=300) sowie Lehrer (n=323) und Eltern (n=370) befragt.

Einleitung

Psychische Störungen sind häufig und folgen-schwer. Sie stellen eine der Hauptzielgruppen präventiver Maßnahmen dar. Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen haben ein erhöhtes Risiko, auch im Erwachsenenalter eine psychische Erkrankung zu entwickeln [1]. Circa 18% der jungen Menschen in Deutschland zeigen emotionale Auffälligkeiten oder Verhaltensstörungen [2], wovon 5% als behandlungsbedürftig gelten können [3]. Defizitäre familiäre oder freundschaftliche Beziehungen sowie schlechte schulische Leistungen sind damit verbunden [4–6]. Diese Fakten untermauern die Relevanz präventiver Maßnahmen im Kindes- und Jugendalter [7].

Schulen stellen für die Gesundheitsförderung ein zentrales Setting dar. Kinder und Jugendliche verbringen dort eine substanzielle Zeit ihres Tages und sind zudem dort erreichbar [8]. Neben der Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten soll Schule als Institution eine schützende Entwicklungsumgebung darstellen, auch wenn dies zusätzliche Anforderungen an Lehrer, Schüler und Eltern stellt [9]. Für eine schützende Entwicklungsumgebung ist ein gesundes Schulklima unerlässlich und korreliert mit der Fähigkeit zu aktiver Problemlösung, Selbstregulierung und Selbstwirksamkeit [10, 11]. Ein gesundes Schulklima

Ergebnisse: Der Wunsch nach sozialer Distanz zu psychisch Kranken sank signifikant. Die Schulcoaches wurden als Vertrauensperson akzeptiert und konnten schulisch wie privat helfen. Freunde und Familie galten als erste Ansprechpartner.

Schlussfolgerung: Die Schulcoach-Arbeit zeigte einen positiven Einfluss auf alle Mitglieder des Systems Schule.

kann Resilienz stärken, Risikofaktoren mildern sowie Barrieren für ein Hilfesuchverhalten in Krisen abbauen [12, 13]. Eine negative Einstellung zu psychisch Kranken und ein hohes Maß an Stigmatisierung stellt eine solche Barriere für das Hilfesuchen im Fall einer psychischen Krise dar [14]. Gerade durch die enormen Anforderungen an Lehrer [15] steigt die Bedeutung von Unterstützung dieses Prozesses durch Schulsozialarbeit und erfordert die Erprobung neuer Konzepte. Deshalb wurde das Schulcoach-Konzept vom gemeinnützigen Verein „Irrsinnig Menschlich e.V.“ in Leipzig entwickelt und als Modellprojekt in 5 sächsischen Schulen implementiert [16].

Ziel der vorliegenden Untersuchung war, den Einfluss der Schulcoaches auf die Projektschulen und ihre Akteure über 2 Schuljahre (2010–2012) zu evaluieren. Folgende Fragestellungen wurden analysiert:

1. Wie entwickelte sich die Rolle der Schulcoaches im Projektverlauf? Konnten die neuen Akteure im Schulalltag das Vertrauen der Beteiligten gewinnen? Und falls ja: Konnten sie hilfesuchenden Mitgliedern im System Schule helfen?
2. Konnten Schüler für das Thema psychische Gesundheit sensibilisiert werden? Wie hoch ist ihr Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber psychisch Kranken und wie entwickelte er sich im Projektverlauf?

Comen S et al. Die Förderung psychischer... Psychiat Prax

Die Förderung psychischer Gesundheit in der Schule durch Schulcoaches: Evaluation eines Modellprojekts in Sachsen

Originalarbeit

3. Wen wünschen sich Schüler als Helfer im Fall einer psychischen Krise? Hat sich im Projektverlauf das Hilfesuchverhalten der Schüler geändert?

Methoden



Das Schulcoach-Konzept

Beruflicher Hintergrund der bei regionalen Trägern angestellten Schulcoaches des Modellprojekts war ein Studium der (Sozial-)Pädagogik. Die Fortbildung erfolgte über den Projektträger „Irrsinnig Menschlich e.V.“ und umfasste insgesamt 8 Fortbildungsmodule, die in den Räumen des Vereins durchgeführt und gemeinsam von allen Schulcoaches besucht wurden. Die ersten beiden Module fanden zu Beginn des Projekts in 1-wöchigen Blöcken statt. Sie beinhalteten thematische und methodische Grundlagen, so zum Beispiel Rechte und Pflichten der Schulsozialarbeit, Methoden und Konzepte der Kinder- und Jugendarbeit, Kommunikationstraining, systemische Methoden des personenzentrierten und strukturellen Coachings sowie Wissen über psychische Krisen im Kindes- und Jugendalter, Suizidprävention und neue Medien. Weiter wurden spezifische Methoden der Schulcoach-Arbeit erörtert, wie zum Beispiel Situationsanalyse und der Aufbau einer Steuerungsgruppe. Eine Steuerungsgruppe stellt für Schüler, Lehrer, Eltern und externe Helfer das zentrale, unabhängige Gremium zur nachhaltigen Beteiligung an Schulentwicklungsprozessen dar. Die verbleibenden 6 Fortbildungsmodule fanden in regelmäßigen Abständen von 3–6 Monaten statt. Neben der weiteren Vermittlung von Grundlagen wurden die Inhalte unter Berücksichtigung der Evaluationszwischenergebnisse bedarfsorientiert ausgerichtet. Gegenstand waren folgende Themen: *peer-to-peer*-Arbeit, Partizipation im Schulalltag, Projektmanagement, Netzwerkaufbau, Schulentwicklung, spezifische Probleme (z.B. Mobbing) und Qualitätsmanagement. Parallel zu diesen gemeinsamen Modulen fanden Hospitationen in vorbildlichen Einrichtungen sowie eine individuelle Betreuung der Schulcoaches in Form von *training on the job* und monatlichen Einzelcoachings durch eine systemische Beraterin des Vereins statt.

Der Schulcoach ist im Vergleich zum Schulsozialarbeiter verstärkt auf der Makroebene des Systems Schule tätig. Zielgruppe sind alle Mitglieder der Schule: Schüler, Lehrer, Schulleiter, Eltern, nichtunterrichtendes Personal, außerschulische Kooperationspartner. Dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe verpflichtet, sollen die Schulcoaches als neutrale, externe Bezugspersonen alle Mitglieder der Schulgemeinschaft dabei unterstützen, ihre eigenen Fähigkeiten zur Gestaltung nachhaltiger Lösungen zu nutzen. Ziel dieser Hilfe ist, Probleme selbsttragend und unabhängig identifizieren und lösen zu können sowie die Entwicklungsprozesse anzustoßen. Darüber hinaus sollen die Schulcoaches die Schulmitglieder beim Aufbau von Netzwerken aus internen (z.B. Kollegium, Schulleitung, Eltern) und externen Unterstützern (etwa Gesundheitseinrichtungen in der Umgebung) begleiten. Übergeordnetes Ziel ist, das Schul- und Klassenklima zu verbessern, sodass alle Mitglieder von individuellen und kollektiven Ressourcen profitieren können. Eine weitere Unterscheidung zur traditionellen Schulsozialarbeit liegt in der spezifischen Aufgabe der Schulcoaches, alle Mitglieder der Schule für psychische Gesundheit zu sensibilisieren, Vorurteilen und Stigmatisierung entgegenzuwirken und Resilienz zu stärken. Hierbei hatten die Schulcoaches ein schulübergreifend einheitliches Vorgehen: den Aufbau von Beziehungen mittels Präsenz im Schulalltag, die Ein-

bindung aller Mitglieder mittels Coaching, die Organisation und Unterstützung der Durchführung konkreter Maßnahmen (wie z.B. *peer-to-peer*-Projekte), die Gründung einer Steuerungsgruppe sowie eine fortlaufende Situationsanalyse. Darüber hinaus bestand Spielraum, das Aufgabenspektrum flexibel und bedarfsorientiert an schulspezifischen Problemen auszurichten.

Die Schulcoaches griffen hierzu auf eine Vielzahl von Methoden zurück. So kamen an allen Schulen eigens entwickeltes Informationsmaterial [17] sowie eine Ausstellung zur seelischen Gesundheit zum Einsatz. Es wurden Filmvorführungen [18] und Schulprojekte mit „Experten in eigener Sache“ durchgeführt, zum Beispiel zum Thema Essstörungen. „Experten in eigener Sache“ sind von psychischer Erkrankung betroffene Menschen, die Schüler im Rahmen eines Projekttag zu Themen der psychischen Gesundheit aufklären und sie zu selbstreflexiver Zusammenarbeit animieren [19]. Die entstigmatisierende Wirkung des direkten Kontakts mit Betroffenen wurde mehrfach bestätigt [20, 21]. Weitere *peer-to-peer*-Projekte wie die Einführung von Klassenpaten, Klassenrat und Selbsthilfegruppen fanden ebenfalls an allen Schulen statt. Für Lehrer wurden an allen Schulen Weiterbildungen angeboten, zum Beispiel zu den Themen Lehrergesundheit, Verhaltensauffälligkeiten und schulvermeidendes Verhalten. Zur Intervention bei Mobbing wurden Lehrer aller Schulen im *no-blame-approach* geschult [22]. Auch für Eltern fanden Informationsveranstaltungen an allen Projektschulen statt, etwa zu den Themen: Rechte und Pflichten der Eltern in der Erziehung, Umgang mit Medien und Computersucht sowie Pubertät. Die Schulcoaches koordinierten die Organisation dieser Maßnahmen und vermittelten bei Bedarf Experten zur Durchführung.

Stichprobe und Evaluationsdesign

Die quantitative Längsschnittevaluation der *Interventionsgruppe* (IG) mit Schülern der 7. Klassen, 9. (Mittelschulen) beziehungsweise 10. Klassen (Gymnasien) sowie Lehrern und Eltern fand zwischen Oktober 2010 und Dezember 2011 an 5 sächsischen Projektschulen (2 Gymnasien und 3 Mittelschulen), sowohl im städtischen als auch im ländlichen Umfeld statt. Die Fragebögen der Schüler der IG wurden pseudonymisiert, um bei gleichzeitiger Gewährleistung von Anonymität eine Zuordnung über die 3 Befragungszeitpunkte zu ermöglichen. Die *Kontrollgruppe* (KG) bestand aus Schülern der 7. Klassen sowie 9. (Mittelschulen) beziehungsweise 10. Klassen (Gymnasien) aus dem Raum Leipzig, in deren Schulen kein Schulcoach etabliert wurde. Die Zuordnung zur jeweiligen Gruppe zeigt **Tab. 1**.

Die Erhebung erfolgte schriftlich mittels standardisierter Fragebögen zu 3 Zeitpunkten: etwa 2 Monate nach Beginn des Projekts (T0), 8 Monate nach T0 (T1) und noch einmal etwa 14 Monate nach T0 (T2).

Tab. 1 Zuordnung der Befragten zu Interventions- und Kontrollgruppe.

	Zeitpunkt T0	Zeitpunkt T1	Zeitpunkt T2	
IG	7. Klasse	174	172	197
	9. u. 10. Klasse	118	125	87
	Gesamt Schüler	292	297	284
	Lehrer	137	102	96
Eltern	317	289	165	
KG	7. Klasse	177	181	149
	9. u. 10. Klasse	123	117	62
	Gesamt Schüler	300	298	211

IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe

Die Schüler legten im Vorfeld der Evaluation eine unterschriebene Einverständniserklärung ihrer Eltern vor. Schüler und Lehrer füllten ihre Fragebögen in der Schule aus. Die Fragebögen der Eltern wurden über die Schüler ausgeteilt und wieder eingereicht.

Instrumente

Schülerbefragung

Folgende standardisierte Erhebungsinstrumente kamen zum Einsatz:

1. Fragebogen zur Arbeit der Schulcoaches (Schüler der IG)

Ziel des eigens entwickelten Fragebogens zur Arbeit der Schulcoaches war eine direkte Rückmeldung zur Akzeptanz und Inanspruchnahme der Schulcoaches, zur Rezeption der Arbeit und zur Zufriedenheit mit ihnen. Konkrete Fragen waren: „Kennst du den Schulcoach bereits persönlich?“, „Hast du dich bisher persönlich an den Schulcoach gewandt?“ und „Wie gut konnte der Schulcoach dir helfen?“. Da in den Schulen der Kontrollgruppe keine Schulcoaches implementiert waren, wurde nur die IG mit diesem Instrument befragt.

2. Fragebogen zum Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber psychisch Kranken nach Schulze et al. [23] (Schüler der IG & KG) Getestet wurde der Wunsch nach sozialer Distanz als Ausdruck der Sensibilisierung für das Thema „psychische Gesundheit“ und des Grades der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen. Eine hohe Zustimmung entsprach bei allen Fragen einem hohen Wunsch nach sozialer Distanz. Der Fragebogen enthielt die 3 Subskalen Stereotype (5 Fragen), Stigma (5 Fragen), Wunsch nach sozialer Distanz (12 Fragen) sowie einen Gesamtscore.

3. Fragebogen zum Hilfesuchverhalten im Falle einer psychischen Krise in Anlehnung an den Fragebogen des Australian Government Department of Health and Ageing [24] (Schüler der IG & KG)

Anhand eines geschlechtsspezifischen Cartoons, in dem Jugendliche eine seelische Krise erleben, wurde das Hilfesuchverhalten der Schüler in Bezug auf die Identifikation mit dem Problem, die Einschätzung des Ernstes der Lage und die Rolle von Ansprechpartnern im Krisenfall evaluiert.

4. Weitere Aspekte (Schüler der IG & KG)

Neben der Erfassung soziodemografischer Merkmale wie Alter, Geschlecht, Anzahl der Geschwister sowie Schultyp wurde erhoben, ob die Schüler bereits etwas über psychische Erkrankungen gehört oder gelesen haben und ob sie jemanden kennen, der psychisch krank ist.

Lehrer-/Elternbefragung

Die Lehrer und Eltern der IG wurden mittels eines eigens entwickelten Fragebogens zur Arbeit der Schulcoaches befragt. Die Lehrer beantworteten folgende Fragen: „Haben Sie sich bisher an den Schulcoach gewandt?“, „Wenn ja, wegen: Schülern?“ und „Wenn ja, wegen: Eltern?“. Die Fragen der Eltern waren: „Ist Ihnen bekannt, dass ein Schulcoach an der Schule Ihres Kindes arbeitet?“ und „Wie beurteilen Sie die Arbeit des Schulcoaches.“

Analyse

Seitens der Schüler wurde ein probabilistisches Record-Linkage auf Grundlage der Angaben Alter, Geschlecht, Klasse, Geschwister sowie erster und letzter Buchstaben des Vornamens der Mutter im soziodemografischen Teil der Fragebögen durchgeführt, um einzelne Teilnehmer über den gesamten Projektzeitraum zu identifizieren und bei gleichzeitiger Gewährleistung der Anonymität zu verfolgen.

Die Auswertung von Schülern, Lehrern und Eltern erfolgte zunächst deskriptiv auf der Grundlage von Häufigkeitsverteilungen mit dem Ziel, interventionsbedingte Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten zu identifizieren. Es wurden 2-seitige t-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Zusätzlich wurden Regressionsmodelle zur Analyse der Einflussfaktoren auf den Wunsch nach sozialer Distanz und das Hilfesuchverhalten angewandt. Genutzt wurden Random-Effects-Modelle, um zwischen Effekten, die auf Merkmalsunterschieden zwischen den Schülern beruhen (between-Effekte), und solchen, die auf die Veränderung von Merkmalen der Befragten im Zeitverlauf zurückzuführen sind (within-Effekte), zu unterscheiden. Der Untersuchungszeitpunkt wurde mittels zweier Dummyvariablen zur Kodierung der 3 Befragungszeitpunkte als unabhängige Variable in das Modell aufgenommen. Die Regression erfolgte unter Kontrolle der folgenden Variablen: Gruppe, Zeitpunkt der Befragung, „Schon mal von psychischer Erkrankung gehört oder gelesen?“, „Kennst du jemanden, der psychisch krank ist?“, Geschlecht, Schultyp und Alter.

Die statistischen Analysen wurde mittels der Software STATA (StataCorp®, Version 10) und SPSS (IBM®, Version 18) durchgeführt.

Ergebnisse

Soziodemografische Charakteristika

Zwischen den Schülern der IG und der KG bestanden zum ersten Befragungszeitpunkt T0 keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Alters (Mittelwert: IG = 13,57; KG = 13,79) und Geschlechts (weiblich: IG = 60,3%; KG = 53,3%). Die Befragten der IG waren jedoch häufiger Schüler einer Mittelschule (IG = 49,7%; KG = 24%).

Arbeit der Schulcoaches

Waren es zum ersten Befragungszeitpunkt (T0), also etwa 2 Monate nach Arbeitsantritt, schon 27% der befragten Schüler der Interventionsgruppe, die den Schulcoach persönlich kannten, bejahten zum dritten Befragungszeitpunkt (T2) 43% diese Frage. Entscheidend hierbei war vor allem der Anteil der Schüler, die sich persönlich an den Schulcoach gewandt haben: Ihr Anteil stieg im Projektverlauf von 6% über 14% auf 19% an. Zum ersten Befragungszeitpunkt (T0) gaben bereits 38% der Schüler an, dass der Schulcoach ihnen gut oder sehr gut helfen konnte. Dieser Anteil stieg über 53% (T1) zum dritten Befragungszeitpunkt (T2) auf 70% weiter an.

Waren es zum ersten Befragungszeitpunkt (T0) bereits 33% der Lehrer, die sich an den Schulcoach gewandt haben, lag der Anteil 9 Monate später (T1) bereits bei 71% (T2: 72%). Der häufigste Grund für die Kontaktaufnahme waren Probleme mit Schülern (T0: 60%, T1: 75%, T2: 79%). Das zweithäufigste Anliegen betraf die Zusammenarbeit mit den Eltern (T0: 3%, T1: 16%, T2: 24%). Schon zum ersten Befragungszeitpunkt (T0) bejahten 66% der Eltern die Frage: „Ist Ihnen bekannt, dass ein Schulcoach an der Schule Ihres Kindes arbeitet?“. Dieser Anteil stieg weiter über 84% (T1) bis auf 95% zum dritten Befragungszeitpunkt (T2). Ebenfalls wuchs der Anteil derjenigen Eltern, die die Arbeit des Schulcoaches als sehr wichtig beziehungsweise wichtig einschätzten, von 66% zum ersten Befragungszeitpunkt (T0) auf 73% (T2) (© Abb. 1).

Die Förderung psychischer Gesundheit in der Schule durch Schulcoaches: Evaluation eines Modellprojekts in Sachsen

Originalarbeit

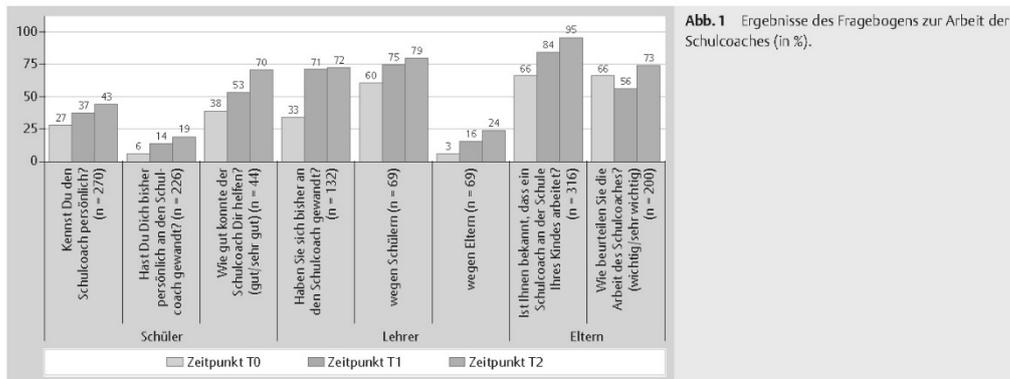


Abb. 1 Ergebnisse des Fragebogens zur Arbeit der Schulcoaches (in %).

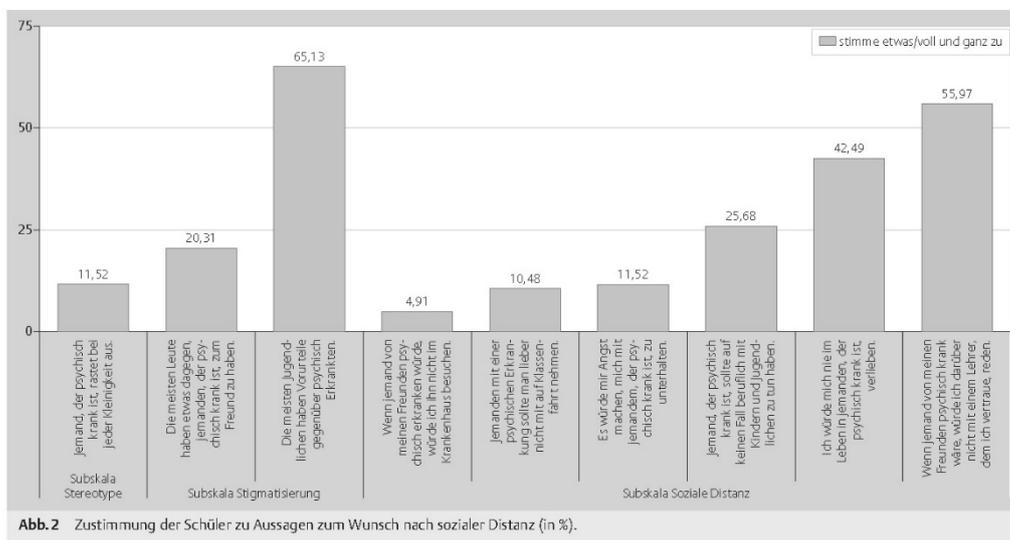


Abb. 2 Zustimmung der Schüler zu Aussagen zum Wunsch nach sozialer Distanz (in %).

Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber psychisch kranken Menschen

Zum ersten Befragungszeitpunkt T0 stimmten 11,5% aller befragten Schüler etwas oder voll und ganz der Aussage zu, dass jemand, der psychisch krank ist, bei jeder Kleinigkeit ausraset (Abb. 2). Die Zustimmung zu den restlichen 4 Fragen der Subskala „Stereotype“ lag niedriger, bei 4–6%. In der Subskala „Stigmatisierung“ stimmten 65,1% der befragten Schüler etwas beziehungsweise voll und ganz der Aussage zu, dass die meisten Jugendlichen Vorurteile gegenüber psychisch Erkrankten haben. Mit 20,3% fand hier die Aussage „Die meisten Leute haben etwas dagegen, jemanden, der psychisch krank ist, zum Freund zu haben“ die geringste Zustimmung aller Fragen (Abb. 2). Die restlichen 3 Fragen erhielten 28–33% Zustimmung. In der Subskala „soziale Distanz“ fiel auf, dass 42,5% der befragten Schüler der Aussage „Ich würde mich nie im Leben in jemanden, der psychisch krank ist, verlieben“ etwas oder voll und ganz zustimmen. Es folgte mit 25,7% Zustimmung die Aussage „Jemand, der psychisch krank ist, sollte auf keinen Fall beruflich mit Kindern

und Jugendlichen zu tun haben“. Die geringste Zustimmung fanden die Aussagen „Wenn jemand von meinen Freunden psychisch erkranken würde, würde ich ihn nicht im Krankenhaus besuchen“ (4,9%), „Jemanden mit einer psychischen Erkrankung sollte man lieber nicht mit auf Klassenfahrt nehmen“ (10,5%) sowie „Es würde mir Angst machen, mich mit jemandem, der psychisch krank ist, zu unterhalten“ (11,5%). Die Aussage „Wenn jemand von meinen Freunden psychisch krank wäre, würde ich darüber nicht mit einem Lehrer, dem ich vertraue, reden“ erhielt 56% Zustimmung (Abb. 2). Die restlichen Fragen der Subskala erhielten 16–21% Zustimmung.

Die Gruppen starteten von unterschiedlichen Niveaus: Der Wunsch nach sozialer Distanz war zu Beginn des Projekts in der IG größer als in der KG. Im Vergleich zur KG sanken die Werte der IG zum dritten Befragungszeitpunkt (T2) in den Subskalen soziale Distanz (–0,13) und im Gesamtscore (–0,10) signifikant (Tab. 2). Bei Betrachtung einzelner Items sank die Zustimmung zu den Aussagen „Wenn mein Banknachbar psychisch krank wäre, würde ich mich lieber wegsetzen“ (–0,26), „Wenn jemand psychisch

Tab. 2 Regression zum Wunsch nach sozialer Distanz.

	Subskala Stereotype	Subskala Stigma	Subskala soziale Distanz	Gesamtscore
Gruppe (ref. KG)	0,23***	0,08	0,29***	0,21***
Zeitpunkt T1xIG	0,06	0,03	-0,00	0,02
Zeitpunkt T2xIG	-0,12	-0,03	-0,13*	-0,10*
Schon mal gehört oder gelesen? (ref. nein)	-0,11**	-0,02	-0,13***	-0,09***
Jemanden kennen? (ref. nein)	-0,11***	-0,03	-0,22***	-0,14***
Geschlecht (ref. Mädchen)	0,19***	0,23***	0,32***	0,25***
Stadt (ref. Land)	0,02	-0,06	-0,09	-0,06
Gymnasium (ref. Mittelschule)	-0,13**	0,14***	-0,09*	-0,04
Alter (Mittelwert zentriert)	-0,01	-0,03*	-0,05***	-0,03**
Konstante	2,04***	2,96***	2,44***	2,52***
n	696,00	696,00	695,00	695,00
R ² between	0,15	0,08	0,25	0,23
R ² within	0,02	0,00	0,03	0,03
R ² overall	0,11	0,05	0,21	0,18

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001; IG=Interventionsgruppe, KG=Kontrollgruppe. Skala: 1=stimme überhaupt nicht zu, 2=stimme kaum zu, 3=teils/teils, 4=stimme etwas zu, 5=stimme voll und ganz zu

erkrankt, ist er meistens selbst daran schuld“ (-0,23) sowie „Jemand, der psychisch krank ist, rastet bei jeder Kleinigkeit aus“ (-0,21) zum dritten Befragungszeitpunkt (T2) in der IG signifikant gegenüber der KG.

Kontrollvariablen

In der geschlechtsspezifischen Analyse zeigten Jungen einen signifikant höheren Wunsch nach sozialer Distanz als Mädchen (Stereotype: 0,19; Stigma: 0,23; soziale Distanz: 0,32; Gesamtscore: 0,25).

Die Analyse nach verschiedenen Schulformen zeigte, dass Gymnasiasten signifikant weniger stereotype Vorstellungen (-0,13) sowie einen geringeren Wert für soziale Distanz (-0,09) als Mittelschüler aufwiesen. Signifikant höher war ihr Wert für Stigmatisierung (0,14).

Es zeigten sich Alterseffekte: Mit jedem zusätzlichen Lebensjahr wiesen die Schüler einen signifikant geringeren Wunsch nach sozialer Distanz in den Dimensionen soziale Distanz (-0,06), Stigmatisierung (-0,03) und im Gesamtscore (-0,04) auf.

Schüler, die angaben, schon einmal etwas über psychische Krankheiten gelesen oder gehört zu haben, zeigten in den Subskalen Stereotype (-0,11), soziale Distanz (-0,13) und im Gesamtscore (-0,09) signifikant niedrigere Werte. Noch deutlicher galt dies für diejenigen, die angaben, jemanden zu kennen, der psychisch erkrankt ist, für die Subskalen Stereotype (-0,11), soziale Distanz (-0,22) und den Gesamtscore (-0,14).

Hilfesuchverhalten

Zum ersten Befragungszeitpunkt würde sich die Mehrheit aller befragten Schüler im Krisenfall an ihren besten Freund (51,6%), ihre beste Freundin (59,6%) oder die Familie (Mutter/Stiefmutter: 51,8%; Vater/Stiefvater: 29,1%; Schwester/Bruder: 25,9%; Großeltern: 15,4%) wenden. Freunde im Internet (14,5%) und Vertrauenslehrer (10,8%) wurden seltener genannt, während Ärzte (8,6%), anonyme Kontakte im Internet (7,5%), Erwachsene außer Eltern (7,1%), Lehrer (5,1%), Schulpsychologen (4,9%), Berater außerhalb der Schule (4,2%), Pfarrer (2,4%) oder Telefonbera-

tungsstellen (2,4%) eine untergeordnete Rolle spielten. Im Projektverlauf konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG festgestellt werden. Ein zwischenzeitlicher Effekt, wonach die IG die im Cartoon dargestellte Situation als weniger ernst einschätzte als die KG, verlor zum Zeitpunkt T2 seine Signifikanz und erwies sich als nicht nachhaltig.

Kontrollvariablen

Jungen schätzten die im Cartoon dargestellte Situation signifikant ernster ein als Mädchen (0,12, [Tab. 3](#), Frage 2). Hingegen konnten sich signifikant weniger Jungen vorstellen, in eine solche Situation zu geraten (-0,14, [Tab. 3](#), Frage 1) und dass ihnen in einem solchen Fall ein Psychologe beziehungsweise ein Sozialarbeiter helfen könnte (-0,23, [Tab. 3](#), Frage 4). Die Analyse nach verschiedenen Schulformen zeigte, dass Gymnasiasten signifikant mehr an Hilfe durch einen schulexternen Berater (Psychologen/Sozialarbeiter) glaubten (0,10, [Tab. 3](#), Frage 4). Schüler aus der Stadt hatten signifikant weniger Zuversicht, dass ihnen ein schulinterner Berater (Schulpsychologe/Vertrauenslehrer) helfen könnte (-0,20, [Tab. 3](#), Frage 3) als Schüler aus dem ländlichen Raum.

Wenn Schüler schon einmal etwas über psychische Krankheiten gelesen oder gehört hatten, konnten sie sich signifikant eher vorstellen, dass ihnen eine Situation wie im Cartoon passiert (0,10, [Tab. 3](#), Frage 1). Auch gaben sie signifikant häufiger an, die Situation als ernst einzuschätzen (0,09, [Tab. 3](#), Frage 2). Ebenfalls glaubten sie signifikant eher an Hilfe durch einen schulinternen Berater (Schulpsychologen/Vertrauenslehrer) (0,10, [Tab. 3](#), Frage 3) sowie an Hilfe durch schulexterne Berater (Psychologen/Sozialarbeiter) (0,20, [Tab. 3](#), Frage 4). Schüler, die jemanden kennen, der psychisch erkrankt ist, konnten sich signifikant eher vorstellen, dass ihnen eine Situation wie im Cartoon passiert (0,13, [Tab. 3](#), Frage 1).

Tab. 3 Regression zum Hilfesuchverhalten.

	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4
Zeitpunkt T1 (ref. T0)	0,01	0,08	0,06	0,09
Zeitpunkt T2 (ref. T0)	0,03	0,01	0,09	0,15*
Gruppe (ref. KG)	-0,07	-0,04	0,02	0,06
Zeitpunkt T1xIG	0,01	-0,18*	0,01	-0,11
Zeitpunkt T2xIG	0,03	-0,13	-0,02	-0,10
Schon mal gehört oder gelesen? (ref. nein)	0,10**	0,09*	0,10*	0,20***
Jemanden kennen? (ref. nein)	0,13***	0,06	-0,03	0,06
Geschlecht (ref. Mädchen)	-0,14***	0,12**	0,04	-0,23***
Stadt (ref. Land)	-0,02	-0,09	-0,20**	0,06
Gymnasium (ref. Mittelschule)	-0,02	-0,01	0,02	0,10*
Alter (Mittelwert zentriert)	-0,02	-0,02	-0,02	0,02
Konstante	1,04***	1,80***	1,28***	1,12***
n	696,00	696,00	696,00	696,00
R ² between	0,05	0,03	0,04	0,09
R ² within	0,01	0,01	0,00	0,02
R ² overall	0,04	0,02	0,03	0,06

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001; IG = Interventionsgruppe, KG = Kontrollgruppe

Frage 1: Wie schwierig war es, Dir vorzustellen, dass Dir so etwas passiert?

(0 = überhaupt nicht vorstellbar, 1 = ein bisschen vorstellbar, 2 = gut vorstellbar)

Frage 2: Was glaubst Du, wie ernst ist diese Situation? (0 = überhaupt nicht ernst,

1 = ein bisschen ernst, 2 = ziemlich ernst, 3 = sehr ernst)

Frage 3: Glaubst Du, dass bei einem solchen Problem ein Schulpsychologe oder

Vertrauenslehrer helfen könnte? (0 = überhaupt nicht, 1 = vielleicht ein bisschen,

2 = ziemlich viel, 3 = auf jeden Fall)

Frage 4: Glaubst Du, dass bei einem solchen Problem ein anderer Berater (z. B. Psycho-

loge, Sozialarbeiter) helfen könnte? (0 = überhaupt nicht, 1 = vielleicht ein bisschen,

2 = ziemlich viel, 3 = auf jeden Fall)

Diskussion

Das Modellprojekt „Schulcoaches“ des Leipziger Vereins „Irrsinnig Menschlich e. V.“ repräsentiert einen neuen präventiven Ansatz im psychosozialen Bereich des Systems Schule. Sowohl universell als auch schulspezifisch bedarfsorientiert steht die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im schulischen Kontext im Vordergrund. Systemisch konzipiert werden alle Beteiligten des Systems Schule einbezogen. Ziele sind die Schaffung eines gesunden Schulklimas und die Sensibilisierung von Schülern, Lehrern und Eltern für psychische Gesundheit. Mittels der vorliegenden Evaluation wird die Wirkung der Intervention hinsichtlich folgender 3 Fragestellungen diskutiert.

Wie entwickelte sich die Rolle der Schulcoaches im Projektverlauf? Konnten die neuen Akteure im Schulalltag das Vertrauen der Beteiligten gewinnen? Und falls ja: Konnten sie hilfesuchenden Mitgliedern im System Schule helfen?

Den Schulcoaches gelang es in relativ kurzer Zeit, als Vertrauensperson und Ansprechpartner im schulischen Umfeld akzeptiert zu werden. Dies spiegelte sich in gesteigerter Bekanntheit und Kontaktaufnahme im Laufe der 2-jährigen Pilotphase seitens aller Beteiligter wider. Sie konnten einer steigenden Zahl von Hilfesuchenden in schulischen wie privaten Angelegenheiten gut helfen. Dies setzt eine ausreichend breite Fächerung des Angebots bei gleichzeitiger Problemspezifizierung voraus, um eine mög-

lichst große Zahl an Schülern zu erreichen [25]. Auch die zunehmende Akzeptanz der Lehrer zeigte, dass bei einem wachsenden Teil die anfängliche Skepsis einer Sensibilisierung für die Bedeutung der Zusammenarbeit mit dem Schulcoach wich. Die Möglichkeiten einer entlastenden Unterstützung wurden zunehmend erkannt, vor allem bezüglich Problemen mit Schülern und der Elternarbeit. Dies stimmt mit Erkenntnissen anderer Studien überein: Die Bedeutung eines Unterstützers für Aufgaben abseits des Unterrichtsgeschehens für das Schüler-Lehrer-Verhältnis sowie die Wichtigkeit verstärkter Einbindung der Eltern wird betont [26, 27]. Die Nachhaltigkeit der Arbeit der Schulcoaches an Kommunikation und Zusammenhalt im Kollegium bleibt Gegenstand zukünftiger Evaluationen. Die zunehmende Einschätzung der Eltern, die Schulcoach-Arbeit sei wichtig, zeigt, dass die Erwartungen der Eltern an die Arbeit der Schulcoaches erfüllt werden konnten. Ebenfalls ist der hohe Bekanntheitsgrad der Schulcoaches bei den Eltern positiv. Während Olk und Speck [25] für Begleitforschungen zur Schulsozialarbeit der letzten 12 Jahre zusammenfassen, dass lediglich eine kleine Minderheit der Eltern erreicht wurde, scheint der Kontakt mit den Schulcoaches als Grundvoraussetzung einer positiven Beziehung zu den Eltern hergestellt. Der systemische Ansatz mit besonderem Fokus auf psychischer Gesundheit, mit dem sich das Schulcoach-Konzept von klassischer Schulsozialarbeit abgrenzt, erscheint vor diesem Hintergrund wirksam.

Konnten Schüler für das Thema psychische Gesundheit sensibilisiert werden? Wie hoch ist ihr Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber psychisch Kranken und wie entwickelte er sich im Projektverlauf?

Der Wunsch nach sozialer Distanz reduzierte sich im Projektverlauf in der IG signifikant gegenüber der KG. Der Einsatz der Schulcoaches im Bereich der Aufklärung und Durchführung von peer-to-peer-Workshops mit von psychischen Erkrankungen betroffenen Personen („Experten in eigener Sache“) könnte diese Entwicklung befördert haben. So zeigen diejenigen Schüler, die schon einmal etwas über psychische Krankheiten gelesen oder gehört haben, beziehungsweise eine psychisch kranke Person kennen, insgesamt einen signifikant geringeren Wunsch nach sozialer Distanz. Dies bestätigt Erkenntnisse aus der Literatur, wonach Aufklärung und direkter Kontakt zu betroffenen Menschen zur Reduktion von sozialer Distanz beitragen können [21, 28–30].

Während einige Studien keinen generellen Einfluss des Geschlechts auf den Wunsch nach sozialer Distanz nachweisen [18, 31, 32], bestätigt die vorliegende Evaluation eine Erhebung zu peer-to-peer-Workshops mit „Experten in eigener Sache“: Jungen zeigen einen größeren Wunsch nach sozialer Distanz als Mädchen [33]. Auch zeigten Gymnasiasten weniger stereotype Vorstellungen und einen geringeren Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber psychisch Kranken als Mittelschüler [33]. Jungen in Mittelschulen stellen somit eine Zielgruppe mit besonderem Bedarf dar. Obgleich die Interventionseffekte insgesamt zwar relativ gering ausfielen, zeigen die Ergebnisse in Anbetracht der kurzen Wirkungszeit der Schulcoaches eine positive Tendenz.

Wen wünschen sich Schüler als Helfer im Fall einer psychischen Krise? Hat sich im Projektverlauf das Hilfesuchverhalten der Schüler geändert?

Als erste Ansprechpartner wurden die beste Freundin, der beste Freund sowie die Familie genannt (Eltern/Geschwister/Großeltern). Dies bestätigt Erkenntnisse aus der Literatur [19]. Diejenigen Schüler, die schon einmal etwas über psychische Erkrankungen gelesen oder gehört haben, konnten sich besser in Krisensitua-

tuationen hineinversetzen und zeigten eine signifikant ernstere Einschätzung der Lage. Ersteres gilt auch für Schüler, die jemanden kennen, der psychisch erkrankt ist. Dies steht im Einklang mit der Schlussfolgerung, die Schachter et al. in ihrer umfassenden systematischen Übersichtsarbeit ziehen [34]: Der direkte Kontakt zu Betroffenen in Kombination mit Wissensvermittlung birgt die größten Chancen zur Aufklärung und Sensibilisierung für Themen der psychischen Gesundheit sowie für die Entwicklung von Fähigkeiten zur Selbstanalyse und Empathie. Das Ergebnis, dass Jungen weniger an Hilfe durch professionelle Berater glauben, findet sich ebenfalls in der Literatur: Jungen weisen ein geringer ausgeprägtes Hilfesuchverhalten auf als Mädchen [35, 36].

Limitierungen

Als Limitierung ist methodisch zu beachten, dass eine Randomisierung zwar wünschenswert, praktisch aber nicht durchführbar war. Da die Projektschulen mit ihrem Einverständnis zur Etablierung eines Schulcoaches als Interventionsgruppe feststanden, war eine Zuordnung nach Zufallsprinzip nicht möglich. Zudem muss bei der Interpretation der Studienergebnisse berücksichtigt werden, dass der Arbeitsalltag der Schulcoaches Teil einer komplexen Intervention ist, deren Bausteine zwar fixiert sind, die Intervention insgesamt jedoch nicht manualisiert ist. Neben dokumentierten Maßnahmen wie zum Beispiel *peer-to-peer*-Projekten, Ausstellungen oder Lehrer- und Elternfortbildungen (z. B. zu Mobbing) sowie Schulprojekten mit „Experten in eigener Sache“ prägen vor allem der tägliche Umgang und die Kommunikation zwischen den Beteiligten ihr Verhältnis. Diese Aspekte sind abhängig von persönlichen Eigenschaften des Schulcoaches in Wechselwirkung mit lokalspezifischen Begebenheiten der jeweiligen Schule. Aufgrund der Vielzahl der beteiligten Faktoren lässt sich der Einfluss einzelner Merkmale auf die Ergebnisse dieser Studie nicht isoliert identifizieren. Weiter ging keiner der verwendeten Fragebögen spezifischen, persönlichen wie professionellen Charakteristika der Schulcoaches auf den Grund. Aufgrund dieser Limitierung können auch keine Aussagen zu einer etwaigen Intra-Klassen-Korrelation gemacht werden.

Andererseits stellt dieser Aspekt auch eine Stärke des Konzepts dar: der individuelle Handlungsspielraum ermöglicht den Schulcoaches ein flexibles und situationsspezifisches Vorgehen. Dieses sollte die soziodemografischen, insbesondere geschlechtsspezifischen Besonderheiten der Mitglieder des Systems Schule berücksichtigen, die sich in den Ergebnissen der Evaluation widerspiegeln.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

- ▶ Die Schulcoaches konnten mit ihrem systemischen Ansatz, alle Mitglieder des Systems Schule einzubeziehen, das Vertrauen der Beteiligten gewinnen und einer steigenden Anzahl hilfesuchender Schüler, Lehrer und Eltern schulisch wie privat helfen.
- ▶ Schüler der Interventionsschulen wurden für das Thema psychische Gesundheit sensibilisiert und ihr Wunsch nach sozialer Distanz zu psychisch Kranken im Vergleich zu den Kontrollschülern gesenkt.
- ▶ Beste Freunde und die Familie waren die wichtigsten Ansprechpartner im Falle einer psychischen Krise der Schüler.

Danksagung

Die Befragung wurde durch die Sächsische Bildungsagentur genehmigt. Diese Arbeit wurde durch den Europäischen Sozialfonds (ESF), Projektnummer: 100126032, gefördert.

Interessenkonflikt



Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Abstract

Mental Health Promotion in School with School Coaches



Objective: How did the work of four school coaches in five Saxonian schools influence children's and adolescents' psychosocial development?

Methods: At three points in time, students at intervention (N=292) and control schools (N=300) were evaluated concerning their social distance towards mentally ill people and their help-seeking behavior in case of crisis. The survey also included teachers (N=323) and parents (N=370). Data analysis was done descriptively and with random effects models.

Results: The social distance of the intervention schools declined significantly compared to the control schools. Having heard or read about mental illnesses, or personally knowing somebody affected by mental illness, led to less social distance and more empathy. Information increased the confidence to receive help from a professional consultant. Friends and family were the main reference groups. The school coaches were accepted as confidential persons and helped with school and private issues.

Conclusion: The school coaches' work showed positive influence on all members of the school system.

Literatur

- 1 Fryers T, Brugh T. Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2013; 9: 1–50
- 2 Barkmann C, Schulte-Markwort M. Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66: 194–203
- 3 Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W et al. WHO-Jugendgesundheitsurvey – Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die BRD. *Erziehungswissenschaft* 2003; 27: 79–108
- 4 Fröjd SA, Nissinen ES, Pelkonen MU et al. Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *J Adolesc* 2008; 31: 485–498
- 5 Mattejat F, Simon B, König U et al. Quality of life of children and adolescents with psychiatric disorders. Results of the 1st multicenter study with an inventory to assess the quality of life in children and adolescents. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2003; 31: 293–303
- 6 Howard L, Underdown H. Hilfebedarfe von Eltern mit psychischen Erkrankungen – eine Literaturübersicht. *Psychiatr Prax* 2011; 38: 8–15
- 7 Prince M, Patel V, Saxena S et al. No health without mental health. *Lancet* 2007; 370: 859–877
- 8 Klingman A, Hochdorf Z. Coping with distress and self-harm – the impact of a primary prevention program among adolescents. *J Adolescence* 1993; 16: 121–140
- 9 Bilz L. Schule und psychische Gesundheit. Risikobedingungen für emotionale Auffälligkeiten von Schülerinnen und Schülern. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2008
- 10 Hopf W. Mediengewalt, Lebenswelt und Persönlichkeit – eine Problemgruppenanalyse bei Jugendlichen. *Z Medienpsychologie* 2004; 16: 99–115

Die Förderung psychischer Gesundheit in der Schule durch Schulcoaches: Evaluation eines Modellprojekts in Sachsen

Originalarbeit

- 11 *Middlebrooks JS, Audage NC.* The effects of childhood stress on health across the lifespan. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2008
- 12 *Loukas A, Murphy JL.* Middle school student perceptions of school climate: examining protective functions on subsequent adjustment problems. *J Sch Psychol* 2007; 45: 293–309
- 13 *Kuperminc GP, Leadbeater BJ, Blatt SJ.* School social climate and individual differences in vulnerability to psychopathology among middle school students. *J Sch Psychol* 2001; 39: 141–159
- 14 *Schomerus G.* Steine auf dem Weg – Stigma und Hilfesuchverhalten. *Psychiat Prax* 2009; 36: 53–54
- 15 *Bauer J.* Burnout bei schulischen Lehrkräften. *PiD – Psychotherapie im Dialog* 2009; 10: 251–255
- 16 *Irrsinnig Menschlich e.V.* „Schulcoaches“. Im Internet <http://schulcoaches.de> (Stand: 11.7.2013)
- 17 *Corrieri S, Conrad J, Riedel-Heller SG.* Info-Pocket-Guides als Beitrag zur Prävention psychischer Erkrankungen. Wie bewerten SchülerInnen Inhalt, Design und Nutzen? *Psychiat Prax* 2012; 39: 129–135
- 18 *Winkler I, Zink A, Schomerus G et al.* Das Filmfestival „AUSNAHME|ZUSTAND“ – Eine Strategie gegen die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen? *Psychiat Prax* 2008; 35: 33–39
- 19 *Conrad J, Dietrich S, Heider D et al.* „Crazy? So what!“. A school programme to promote mental health and reduce stigma – results of a pilot study. *Health Education* 2009; 109: 314–328
- 20 *Angermeyer MC, Matschinger H.* Social distance towards the mentally ill: Results of representative surveys in the federal republic of Germany. *Psychol Med* 1997; 27: 131–141
- 21 *Meise U, Sulzenbacher H, Hinterhuber H.* Das Stigma der Schizophrenie: Versuche zu dessen Überwindung. *Fortschr Neurol Psychiat* 2001; 69: 75–80
- 22 *Bhum H, Beck D.* No blame approach – Mobbing-Intervention in der Schule. *Praxishandbuch Köln: fairaend*; 2010
- 23 *Schulze B, Richter-Werling M, Matschinger H et al.* Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiat Scand* 2003; 107: 142–150
- 24 *Australian Government Department of Health and Ageing.* Research and consultation among young people on mental health issues: Final report 1997. Attachment E: Survey questionnaire Im Internet: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/95FDD89735B32AC1CA25727D0016C82C/\\$File/reconsall.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/95FDD89735B32AC1CA25727D0016C82C/$File/reconsall.pdf) (Stand: 11.7.2013)
- 25 *Olk T, Speck K.* Was bewirkt Schulsozialarbeit? Theoretische Konzepte und empirische Befunde an der Schnittfläche zwischen formaler und nonformaler Bildung. *Z f Päd* 2009; 55: 910–927
- 26 *Bolay E.* Forschungsgruppe Jugendhilfe und Schule (JUS). Unterstützen, Vernetzen, Gestalten. Eine Fallstudie zur Schulsozialarbeit, Materialien zur Schulsozialarbeit VIII, herausgegeben vom Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern Landesjugendamt; Im Internet: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:21-opus-17867> (Stand: 11.7.2013)
- 27 *Prüß F, Bettmer F, Hartnuß B, Maykus S.* Entwicklung der Kooperation von Jugendhilfe und Schule in Mecklenburg-Vorpommern. Forschungsbericht. Greifswald: Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald; 2000
- 28 *Stadler SM.* Einstellungen und Soziale Distanz gegenüber psychisch Kranken – Positive Wirkung sozialer Kontakte im Umfeld einer gemeindepsychiatrischen Tagesstätte im Vergleich zu einer Kontrollregion. *Z Psychiatr Psychol Psychother* 2010; 58: 265–273
- 29 *Záske H, Baumann A, Gaebel W.* Das Bild des psychisch Kranken und der psychiatrischen Behandlung in der Bevölkerung. In: Gaebel W, Möller HJ, Rössler W, Hrsg. *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung.* Stuttgart: Kohlhammer; 2005: 56–82
- 30 *Ng P, Chan KF.* Attitudes towards people with mental illness. Effects of a training program for secondary school students. *Int J Adolesc Med Health* 2002; 14: 215–224
- 31 *Grausgruber A, Schöny W, Grausgruber-Berner R et al.* „Schizophrenie hat viele Gesichter“ – Evaluierung der österreichischen Anti-Stigma-Kampagne 2000–2002. *Psychiat Prax* 2009; 36: 327–333
- 32 *Baumann A, Záske H, Decker P et al.* Veränderungen in der sozialen Distanz der Bevölkerung gegenüber schizophrener Erkrankten in 6 deutschen Großstädten – Ergebnisse einer repräsentativen Telefonbefragung 2001 und 2004. *Nervenarzt* 2007; 78: 787–795
- 33 *Conrad J, Heider D, Schomerus G et al.* Präventiv und stigmareduzierend? – Evaluation des Schulprojekts «Verrückt? Na und!». *Z Psychiatr Psychol Psychother* 2010; 58: 257–264
- 34 *Schachter HM, Girardi A, Ly M et al.* Effects of school-based interventions on mental health stigmatization: a systematic review. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2008; 2: 18
- 35 *Rickwood DJ, Braithwaite VA.* Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Soc Sci Med* 1994; 39: 563–572
- 36 *Garland AF, Zigler EF.* Psychological correlates of help-seeking attitudes among children and adolescents. *Am J Orthopsych* 1994; 64: 586–593

Heruntergeladen von: Universität Leipzig. Urheberrechtlich geschützt.

7. Do "School Coaches" make a difference in school-based mental health promotion? – Results from a large focus group study

Corrieri, S., Conrad, I., Riedel-Heller, S.G. (2013): Do "School Coaches" make a difference in school-based mental health promotion? – Results from a large focus group study. *Psychiatria Danubina*, 26, 319-329.

Abstract

Background: Mental disorders in children and adolescents are common and have serious consequences. Schools present a key opportunity to promote mental health and implement preventive measures. Four school coaches in five German schools were enlisted to engage students, teachers and parents in building a sustainably healthy school and classroom climate.

Methods: Altogether, 58 focus groups with students (N=244), parents (N=54) and teachers (N=62) were conducted longitudinally. Topics included: (1) the development of the school and classroom climate, (2) the role of mental health in the regular curriculum, and (3) the role of school coaches in influencing these aspects.

Do "School Coaches" make a difference in school-based mental health promotion? –
Results from a large focus group study

Results: Over time, the school coaches became trusted reference persons for an increasing number of school system members. They were able to positively influence the school and classroom climate by increasing the awareness of students, teachers and parents of mental health in daily routines. Nevertheless, topics like bullying and student inclusion remained an issue at follow-up.

Discussion: Overall, the school coach intervention is a good model for establishing the topic of mental health in everyday school life and increasing its importance. Future efforts will focus on building self-supporting structures and networks in order to make these efforts sustainable.

Für Volltext siehe Seite 51.

Do "School Coaches" make a difference in school-based mental health promotion? – Results from a large focus group study

Psychiatria Danubina, 2014; Vol. 26, No. 4, pp 319-329
© Medicinska naklada - Zagreb, Croatia

Original paper

DO 'SCHOOL COACHES' MAKE A DIFFERENCE IN SCHOOL-BASED MENTAL HEALTH PROMOTION? Results from a large focus group study

Sandro Corrieri, Ines Conrad & Steffi G. Riedel-Heller

Institute of Social Medicine, Occupational Health and Public Health, University of Leipzig, Leipzig, Germany

received: 4.6.2014;

revised: 13.9.2014;

accepted: 29.9.2014

SUMMARY

Background: Mental disorders in children and adolescents are common and have serious consequences. Schools present a key opportunity to promote mental health and implement prevention measures. Four school coaches in five German schools were enlisted to engage students, teachers and parents in building a sustainably healthy school and classroom climate.

Subjects and methods: Altogether, 58 focus groups with students (N=244), parents (N=54) and teachers (N=62) were conducted longitudinally. Topics included: (1) the development of the school and classroom climate, (2) the role of mental health in the regular curriculum, and (3) the role of school coaches in influencing these aspects.

Results: Over time, school coaches became trusted reference persons for an increasing number of school system members. They were able to positively influence the school and classroom climate by increasing the awareness of students, teachers and parents of mental health in daily routines. Nevertheless, topics like bullying and student inclusion remained an issue at follow-up.

Conclusions: Overall, the school coach intervention is a good model for establishing the topic of mental health in everyday school life and increasing its importance. Future efforts will focus on building self-supporting structures and networks in order to make these efforts sustainable.

Key words: adolescent mental health - school coaches - evaluation - health promotion - mental health prevention

* * * * *

INTRODUCTION

Mental disorders are common and have serious consequences. Approximately 18% of children and adolescents in Germany show signs of emotional or behavioral disorders (Barkmann & Schulte-Markwort 2012), of which 5% are considered serious enough to require professional help (Hurrelmann et al. 2003). Further, mental disorders contribute to familial and peer group difficulties and to poor school performance (Fröjd et al. 2008, Howard & Underdown 2011, Mattejat et al. 2003). These facts illustrate the importance of preventive measures at young ages (Prince et al. 2007).

Schools represent a key setting for the prevention of mental disorders. Children and adolescents from a wide range of social backgrounds spend a substantial part of their day in school and are most accessible there (Klingman & Hochdorf 1993). Furthermore, the goals of formal school education and preventive programs are compatible (Klingman 1984). Besides conveying knowledge and abilities, school, as an institution, should be a protective developmental environment (Bilz 2008). This requires a healthy school climate, which "(...) is based on people's experiences of school life and reflects norms, goals, values, interpersonal relationships, teaching and learning practices, and organizational structures" (Zullig et al. 2014). A recent review found that school connectedness and teacher support can positively influence student emotional health (Kidger et al. 2012). This correlates with an increase in active

problem-solving, self-regulation and school related self-efficacy and encourages positive development in young people (Hopf 2004, Middlebrooks & Audage 2008). Therefore, a healthy school climate can strengthen resilience, moderate risk factors and reduce barriers in help-seeking (e.g. a negative attitude towards mentally ill persons) (Kuperminc et al. 2001, Loukas & Murphy 2007).

There is growing evidence for the efficacy of mental health promotion interventions in schools (Durlak et al. 2011, Hoagwood et al. 2007). These interventions can target either a particular group or can be universally applied; the approaches can also be combined (Neil & Christensen 2009, Haug et al. 2013). A recent review proved effectiveness for e.g. depression and anxiety, and identified a mix of approaches to be most promising (Corrieri et al. 2013).

In-school coaches are ideally a constant, yet external, presence. They can adapt actions based on their inside knowledge of a target group and its needs: "An outside school coach, properly prepared and sensitive to individual and whole-school concerns, can provide a balance of pressure and support to initiate and sustain meaningful school improvement" (Kostin & Haeger 2006). Examples for in-school coaching are the Great Schools Partnership (Great Schools Partnership 2014) and the Positive Behavioral Interventions and Support (PBIS) (Positive Behavioral Interventions & Supports 2014). Another innovative approach is the "school coach" concept, developed by the German

Do "School Coaches" make a difference in school-based mental health promotion? – Results from a large focus group study

Sandro Corrieri, Ines Conrad & Steffi G. Riedel-Heller: DO 'SCHOOL COACHES' MAKE A DIFFERENCE IN SCHOOL-BASED MENTAL HEALTH PROMOTION? – Results from a large focus group study *Psychiatria Danubina*, 2014; Vol. 26, No. 4, pp 319-329

NGO, *Irrsinnig Menschlich e.V.* This pilot project was implemented in five schools in Saxony, Germany.

The objective of this study was to evaluate the influence of the school coaches on certain aspects of school life at the participating schools and on their members over two school years (2010-2012). Focus groups were conducted with students, teachers and parents at the beginning and the end of the project. The following questions were evaluated:

- In what ways did the school coaches have an influence on the development of the school and classroom climate, including the relationships between students, teachers and parents?
- Are mental health issues part of the regular curriculum and the school's daily routines?
- To what extent did the school coaches' role progress over time? What was required to work with the members of the school system? Were the new characters in everyday school life able to gain the trust of the school members? And if so, were they able to support help-seeking students, teachers and parents? What were the main demands?

The Intervention: the School Coach Concept

The regular German curriculum barely involves any mental health topics, perhaps reflecting a lack of consciousness towards the importance of mental health on the members of the school system. In order to fill this gap, numerous non-profit organizations have implemented comprehensive preventive approaches (e.g. Mind Matters (Australian Government - Department of Health 2014) and LISA-T (Poessel et al. 2006). In contrast to standardized interventions, the school coach project utilizes a systemic approach to identify school-specific issues and provides customized help. It is a further development of the prevention campaign, "Crazy? So what!" which focused on sensitizing students and teachers to mental health issues, as well as creating a network of multipliers (Conrad et al. 2009).

The pilot project took place in five project schools. Of an initial five school coaches, four remained at project start, so that one school coach worked in two neighboring schools. They were recruited by job advertisements on the Internet and local newspapers. The school coaches were employed as external counsellors with no ties to school staff. All school coaches had a professional background as qualified graduate social workers and were employed by regional project carriers. Their age ranged from 24-49.

The school coaches followed a solution-focused approach (Hicks & McCracken 2010). Their work was systemic, involving all members of the school system to achieve a comprehensive effect: "(...) school-based prevention and youth development interventions are most beneficial when they simultaneously enhance students' personal and social assets, as well as improve the quality of the environments in which students are educated" (Greenberg et al. 2003).

Their training was conducted by the German NGO, *Irrsinnig Menschlich e.V.*, and was comprised of seven modules. The first two modules took place at the start of the project in weekly blocks. Besides thematic and methodic basics, they addressed specific methods of school coach work. The remaining six modules took place in regular intervals of 3-6 months. Besides imparting further basics, their content was adapted to consider current evaluation results. Also, the school coaches shadowed and observed the work of exemplary facilities and were individually coached by training on the job (see Figure 1).

Compared to school social workers, the school coaches devote significant attention to the schools' macro-level. Their target group is comprised of all members of the school system: students, teachers, principals, parents, non-educational staff and external cooperators. Following the principle, "help to self-help", the school coaches aim to support all members of the school community as neutral reference mediators to use their own skills to find sustainable solutions. The objective is to enable schools to identify and solve problems independently and to continue the development process autonomously. Moreover, the school coaches should assist and motivate the school members to build up networks of internal (e.g. steering group) and external (e.g. local health care facilities) supporters. The steering group is the central, independent means for students, teachers and parents to sustainably participate in this process. It is expected to improve the school and class climate by allowing all members to participate and strengthen school connectedness.

A specific school coach task is to sensitize all members of the school system to mental health problems, to counteract stigma and to strengthen resilience. At all schools, the school coaches had a uniform approach: (1) establishing good relationships by being present in daily routines, (2) coaching all members of the school, (3) building a steering group and constantly conducting situation analyses and (4) organizing and supporting the conduct of specific programs (e.g. peer-to-peer-projects). Besides these guidelines, the school coaches flexibly orientated their tasks towards school specific issues.

The school coaches utilized a broad range of methods. At all schools, specifically developed educational materials (Corrieri et al. 2012) and exhibitions were employed. Film screenings (Winkler et al. 2006) and peer-to-peer workshops with "experts on their own behalf" were conducted (e.g. concerning eating disorders). "Experts on their own behalf" are persons affected by mental disorders who educate students as part of a project day about mental health. They animate the students to work self-reflectively (Conrad et al. 2009, Schulze et al. 2003). A positive effect of personal contact with affected persons on stigmatization is well researched (Angermeyer & Matschinger 1997, Meise et al. 2001, Lang et al. 2014). Further peer-to-peer-projects like the implementation of class councils and self-help-groups

Do "School Coaches" make a difference in school-based mental health promotion? – Results from a large focus group study

Sandro Corrieri, Ines Conrad & Steffi G. Riedel-Heller: DO 'SCHOOL COACHES' MAKE A DIFFERENCE IN SCHOOL-BASED MENTAL HEALTH PROMOTION? – Results from a large focus group study *Psychiatria Danubina*, 2014; Vol. 26, No. 4, pp 319-329

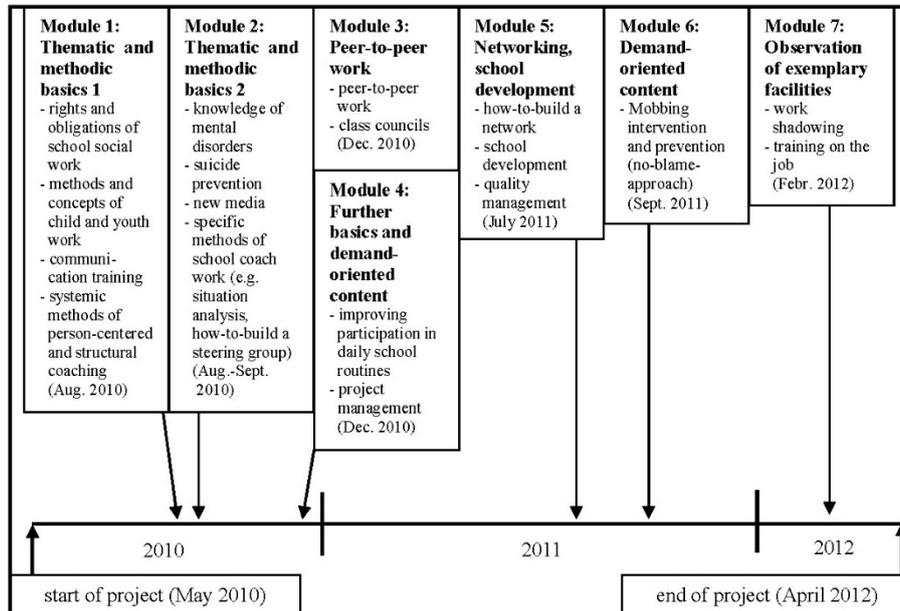


Figure 1. Modules of the School Coach Education

took place at all schools. Also for teachers, further training was provided, e.g. concerning teachers' health or behavioral disorders. Also, teachers were trained in the *no-blame-approach* to intervene in case of bullying (Blum & Beck 2010). Information events were also offered for parents (e.g. concerning rights and obligations of parenting, social media and computer addiction). The school coaches coordinated these actions.

SUBJECTS AND METHODS

Subjects

The participating schools were two secondary schools and three middle schools, representing both urban and rural environments. The schools fall into the average range concerning socioeconomic characteristics. All students of the 7th- and 9th- (middle school), and the 7th- and 10th-grade (secondary school) were invited to participate. Recruitment was conducted by a reference person in the respective school (guidance counselor/teacher) who was familiar with the background of the project. The participants were briefly introduced to the topic of the discussion beforehand. A signed parental consent was required for participation. Because the school coaches spent a main part of their work with 5th- and 6th-graders, the evaluation flexibly included these lower grades into the scheme. Due to organizational circumstances at a rural secondary school, the elder class taking part in the focus group

was 11th-grade at baseline and 12th-grade at follow-up. Altogether, 58 focus groups took place, consisting of 38 groups with students (N=244), 10 groups with teachers (N=62) and 10 groups with parents (N=54) (see Table 1).

The study procedures were approved by the 'Sächsische Bildungsagentur' (education agency) as responsible ethics committee. The focus groups were conducted from September 2010 to April 2012 (see Figure 2).

Methods

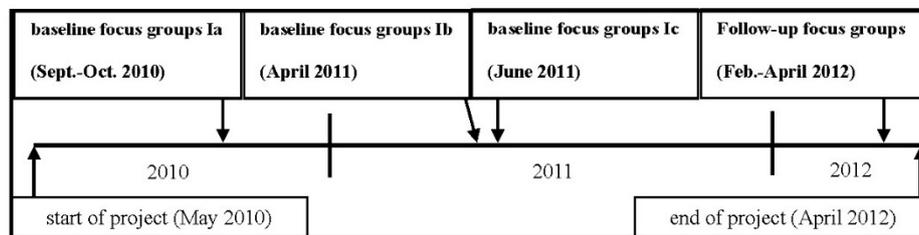
Focus groups are flexible; participants develop ideas and opinions through interaction with other peers in the target group. The quality of the data is enhanced because, as the background of a statement is revealed, new aspects that the researchers had not previously thought of are revealed (Kitzinger 1995). Focus groups simulate "naturally occurring interactions", thereby involving group dynamics that resemble social representations inside public dialogues (Morgan 1993). The focus groups serve to qualitatively collect both school-specific and universal information about the project schools. To cover the school coaches' influence over time, in terms of the research questions, the schools' respective *status quo* as assessed at baseline and follow-up were compared. The main points of interest comprised three main aspects that arose from the program's strategic alignment (see Table 2).

Do "School Coaches" make a difference in school-based mental health promotion? – Results from a large focus group study

Sandro Corrieri, Ines Conrad & Steffi G. Riedel-Heller: DO 'SCHOOL COACHES' MAKE A DIFFERENCE IN SCHOOL-BASED MENTAL HEALTH PROMOTION? – Results from a large focus group study Psychiatria Danubina, 2014; Vol. 26, No. 4, pp 319-329

Table 1. Number of participants of focus groups at baseline and follow-up investigation

	urban secondary school (A)	urban middle school (B)	rural middle school (C)	rural middle school II (D)	rural secondary school (E)	
Baseline (BL)	5 th grade (5)		8	10	7	
	6 th grade (6)	9	6	10	5	
	7 th grade (7)	5	7	3	6	
	9 th or 10 th grade (9/10)	8	6	3	6	3 (11 th grade)
	Teachers (T)	8	4	7	7	9
	Parents (P)	9	6	7	5	4
Follow-Up (FU)	6 th grade (6)	10	9	11	4	3
	7 th grade (7)	11	9	6	5	6
	8 th grade (8)	13	8	7	6	5
	10 th or 11 th grade (10/11)	5	3	-	4	5 (12 th grade)
	Teachers (T)	5	5	3	7	7
	Parents (P)	5	4	5	3	6



Baseline focus groups Ia: four project schools; Baseline focus groups Ib: delayed project school;
Baseline focus groups Ic: additional 5th- and 6th-grade students

Figure 2. Data Collection

Table 2. Guidelines of the Focus Groups

structure	purpose
<i>introduction</i> acquisition of number, sex and age of participants; location and length; overview on topic, presentation of the course of the discussion	acquisition of demographic information; warm-up phase, becoming familiar to the topic of discussion
<i>part 1 – school and class climate</i> questions about the overall impression of the school; urgent issues; student-student-, student-teacher- and teacher-teacher-relationships; involvement of parents	impression on overall and specific situation in school and class; target groups express their view on topics that should become part of the school coaches' work
<i>part 2 – mental health in everyday school life</i> questions about role of mental health in regular curriculum; mental issues in students and teachers; parental opinion of preventive work in school	understanding of the importance of role of mental health in everyday school life; insight on state of knowledge and engagement in this topic; specific aspects of mental health in respective school
<i>part 3 – actual work of the school coaches</i> questions about the perceived field of functions; requirements for the school coach to become a reference person; impression of the school coach so far; concrete events in which the school coach became active; participation possibilities in school matters; improvement of the school coaches' work; meaningfulness of the project	insight on knowledge about and desires for the role of the school coaches; feedback on universal and specific progress made; statements from target groups on issues to be addressed; general point of view on the school coach project
<i>documentation of the focus group</i> atmosphere; flow of discussion; problems that might have occurred	acquisition of background information not recordable on tape

Do "School Coaches" make a difference in school-based mental health promotion? – Results from a large focus group study

Sandro Corrieri, Ines Conrad & Steffi G. Riedel-Heller: DO 'SCHOOL COACHES' MAKE A DIFFERENCE IN SCHOOL-BASED MENTAL HEALTH PROMOTION? – Results from a large focus group study *Psychiatria Danubina*, 2014; Vol. 26, No. 4, pp 319-329

The first key issue was the development of the school and classroom climate. At baseline, the *status quo* of the respective schools was outlined to develop a school-specific working plan. At follow-up, the participants provided information on how the school and classroom climates were influenced by the school coaches' work. In *part two*, questions concerning the role of mental health in the regular school curriculum were posed to examine if this topic was present in everyday school life. In conclusion, the *third key aspect* was about the actual work of the school coaches. At baseline, the participants mostly formulated expectations and hopes for new classroom qualities. Areas of need and possible strategies toward reaching solutions were worked out. At follow-up, the school coaches' work and influence were evaluated. Also, at follow-up, emphasis was placed on student inclusion.

The focus groups were conducted by an experienced facilitator and an assistant, who recorded all aspects not audiotaped (e.g. the number of participants or the place and length of the group). Even though the discussion followed main points of interest which arose from the program's strategic alignment and were manifested in the guideline's structure, the participants were given the freedom to expand on aspects not covered.

Statistical analysis

All 58 focus groups were audio recorded and transcribed verbatim. The two persons processing the recordings allocated single statements to the three key points of interest mentioned above. These main aspects can be considered as deductively given categories. The allocation was checked for reliability by the second person. Afterwards, four members of the research team read through the transcripts independently and identified additional categories of interest. Each topic was then discussed until agreement to minimize researcher bias. Based on the principles of qualitative content analysis (Mayring 2000, Patton 2002), these subcategories were inductively built and complemented the deductively given categories that arose from the guideline structure. The categorized answers of the participants were then further divided to fit these subsections. This way, the transcribed material was structured and summarized analytically by content to conserve essential aspects, while providing a clearer form by means of abstraction into categories (Patton 2002). Finally, noteworthy quotes were translated into English by a bilingual team member and translated back by a second bilingual speaker.

RESULTS

The results of the focus groups document developments in the school and classroom climate, the role of mental health in everyday school life and the actual work of the school coaches at the project schools.

However, some aspects of the evaluated issues seem to require more long-term work to generate measurable effects.

School and Class Climate

Baseline and follow-up

In general, the *impression of the overall school climate* was positive by all questioned groups at baseline and follow-up. Conduct was reported as generally fair and respectful and programs such as child-care and special facilities like media centers and cafeterias were especially emphasized. Particularly, the *student-student relationship* was viewed as normal to positive by the majority of the participants.

Nevertheless, the majority of issues mentioned at baseline were still relevant at follow-up. One reason could be the complexity of the topic, including many persons and fields of interests. Second, the school coaches only had a short amount of time to conduct their work. Therefore, several issues were still in need of attention.

The formation of groups and bullying remain *urgent issues* in all project schools. The majority of exclusion events were of single students being excluded from the classroom community without violent acts. But, in individual cases, more severe incidents were reported: "Just recently, a classmate was hit without reason and threw up. From then on, she did not attend class anymore" (C 9 BL).

Main reasons for bullying were unusual appearance and deviant behavior. Another wide spread issue was disturbance of class lessons by individual students at the expense of the community.

At both points in time, students wished that teachers would intervene more rigorously and permanently: "When the teachers settle the situation, it remains calm for a while, but starts over again later" (A 5/6 BL).

Helplessness regarding problematic students would lead to a lack of respect toward the teachers' authority: "The teachers must stop being afraid of certain students. They should adopt more drastic measures instead of just warning to do so" (C 9 BL).

The *teachers* themselves assessed the occurrence of bullying at their schools as constantly below-average. Teachers felt that the term bullying is sometimes abused and used to manipulate: "Much is only portrayed as bullying, along the lines of 'I do not want to go to school today, because I'm bullied'. The term is misused as an explanation and excuse" (B T BL).

An example showed the school coach defusing a situation as a *reference person* at a rural project school, where students complained about misbehavior in the schoolyard and in front of the school (e.g. smoking, alcohol). The school coach helped settle the situation: "It has become better. Some time ago, we were offered cigarettes or threatened to be beaten up, but now it has calmed down" (C 7 FU).

Do "School Coaches" make a difference in school-based mental health promotion? – Results from a large focus group study

Sandro Corrieri, Ines Conrad & Steffi G. Riedel-Heller: DO 'SCHOOL COACHES' MAKE A DIFFERENCE IN SCHOOL-BASED MENTAL HEALTH PROMOTION? – Results from a large focus group study *Psychiatria Danubina*, 2014; Vol. 26, No. 4, pp 319-329

In general, the vast majority evaluated the *relationship between students and teachers* as basically positive and respectful at both measurement times. A large number of students showed satisfaction with the teachers' performance. Still, others complained about prejudices and impatience towards weaker students. A lack of social competence and concern was formulated: "The teachers should give more consideration. They cannot just say: 'I do not care if you understand or not'" (A 7 BL).

Also, an aggravated form of teacher-student contact, as well as an unfair systematic rating of individuals or groups of students was reported. Another aspect was the lack of extracurricular engagement among the school staff, e.g. in excursions or projects like school magazines. Even for the questioned *parents*, this remained a point of criticism: "It is a matter of attitude: some teachers only do their job, which is not enough. Being a teacher is rather a calling than an occupation" (A P BL).

Teachers were expected to show more commitment and to make everyday school life less unilaterally curriculum-orientated by using experiments, trips or group work.

On behalf of the *teachers*, a lack of time outside of class led to a lack of involvement when dealing with the students' problems. Also, teachers identified problems connected with lower social and economic backgrounds: "What I noticed is the relatively high proportion of students from economically weak families" (A T BL).

Here, the school coaches played a supporting role: "I already sent children from my class, of whom I know that there are problems at home. I think it was okay for all sides and everybody got help" (D T FU).

Reflecting the teachers' own situation, two key issues were mentioned: their high average age and the rising pressure due to increasing duties: "When I look at the percentage distribution now of my job, it has become 70% upbringing and 30% education. This was not my aspiration" (B T FU).

The *relationship among teachers* was generally evaluated as positive. Frictions mainly existed where staff had recently merged or leadership frequently changed: "A portion of us come from a secondary school that was closed down. We got along very well and had excellent cooperation there. With regards to the teaching staff, I enjoyed going to work then more than I do today" (E T BL).

These impressions were also confirmed by *parents*: "It is insinuated that the teaching staff has large problems coming together" (C P BL).

The establishment of a teacher's café by the school coach at one school had a positive influence by providing a meeting point to discuss matters in a more casual and relaxed atmosphere. The internal communications and social interaction were improved.

The questioned *parents* were mainly satisfied with their opportunity to *participate in everyday school life*. A point of complaint at both points in time was the lack of interest among many parents to get involved: "The people who have the time to get more involved remain inactive" (A P BL).

Unappreciated initiatives led to frustration and retreat among the motivated parents.

Mental Health in Everyday School Life

Baseline

Divergent views were expressed about the role of mental health issues in everyday school life. While the regular curriculum was considered insufficient in this aspect, classroom lessons were the most likely setting for these topics to be mentioned: "Every two weeks, we have a class lesson where we talk about bullying and such" (B 6 BL). Additionally, parents reported occasional project days for certain topics: "My son's class discussed violence. When drugs were sold nearby, this was also discussed intensively" (D P BL). As a limiting factor, these institutions depend on students to announce issues to the whole class, causing caution due to fears of stigmatization.

While some participants expressed no cases of *mental health problems in their school*, a majority observed a large variety of issues, including self-mutilation, suicidality and depression. Also, topics like substance abuse, bullying and cyber-bullying were reported, which may interact with mental health difficulties. Especially older *students* complained about pressure to obtain higher marks, and insufficient reactions of teachers: "I would say that problems like bullying or depression exist, even seriously mentally ill children. This is mostly handled by closing the eyes. That is what I mean with lack of engagement by the teachers, who do not move toward someone and offer help" (A 10 BL).

Some *teachers* expressed that in their opinion a number of parents, perhaps searching for excuses for their own mistakes, were looking for diagnoses to explain deficits of their children: "Many children with problems have parents with problems" (D T BL).

The growing influence of the school coaches and their network was expected to further manifest this topic in everyday school life. Concerning *the teachers' own mental health*, only a few participants made comments on issues concerning their colleagues. If they did, the main aspects were burn-out, more precisely feelings of helplessness and senselessness as related to their work and feeling that the responsibility was being carried by teachers alone: "When you have to push the same button every day, you are the only one that demands something from the students and when they leave school, there is nobody left that demands something from them. No wonder a teacher starts to ask why he is doing this at all" (D T BL).

Do "School Coaches" make a difference in school-based mental health promotion? – Results from a large focus group study

Sandro Corrieri, Ines Conrad & Steffi G. Riedel-Heller: DO 'SCHOOL COACHES' MAKE A DIFFERENCE IN SCHOOL-BASED MENTAL HEALTH PROMOTION? – Results from a large focus group study *Psychiatria Dambina*, 2014; Vol. 26, No. 4, pp 319-329

Follow-up

According to the focus groups, an increasing number of teachers gave the school coaches time to address mental health topics in their classes. Also, more teachers showed their growing trust by sending students in need to the school coaches' offices. But while the teachers had burdens removed and were further educated to deal with mental health issues, the daily curriculum as a whole still presented an opportunity for expansion. One of the project schools conducted a school unit entitled, "Growing Up" which focused on psychosocial issues of puberty and coming of age. The school coach regularly participated, thereby gaining influence and establishing trusting relationships: "He (the school coach) regularly joins the lessons of the younger classes, e.g. in "Growing Up", and so they know him better. And I think they will address him there and he can help them more" (A 8 FU).

The *parents* were mostly satisfied with the *preventive work in school*, especially praising the importance of educational events and hoping for their further establishment. The most important issues were eating disorders, anxiety disorders and self-harming behavior.

Duties and Responsibilities of the School Coaches

Baseline

At baseline, the majority of participants had no clear perception of the school coaches' field of functions. The coaches were generally perceived as helpful when problems arose, for example mediating between students, teachers and parents. They were expected to improve the school and classroom climate. Establishing a trusting relationship was considered an essential element towards becoming a reference person.

The *students* were looking for a confidential external person who could represent their interests to teachers and parents. While friends and parents constitute their main persons of trust, teachers, as rating authorities, were not perceived as an alternative: "My teacher is not my friend. He is just my teacher" (D 9 BL).

Being accessible at all times and providing anonymous contact potential was *required for the school coaches to become reference persons*. They should be present in everyday school life: "The school coach should come to us and not the other way round, because most students won't dare to do that" (B 9 BL).

The *teachers* expected the school coaches to relieve stressful situations while showing consideration for the teachers' timetables and duties. Also, the teachers wanted to have additional information on educational and mental health subjects from outside the curriculum: "Teachers are only human and have many questions. They are not omniscient, especially in such topics (mental health)" (A T BL). Concern was expressed that an external person could reduce the teachers' professional and social authority.

From the *parents'* point of view, presence and accessibility for the students were the main requirements.

Follow-up

After the school coaches made a first impression by introducing themselves to the classes and by being present in the corridors and the school yard, their name, duties and tasks, and contact information, were provided. At follow-up, they had managed to convey a broad picture of their field of functions. Their presence in everyday school life had become natural.

Most *students* stated that the school coach was then established as a reference person. They had become a desired alternative to share problems with: "Mr. B. (school coach) has to exercise discretion; you can trust him with almost everything" (A 6 FU).

For some students, the school coach had become even more than a reference person: "To me, Mr. B. (school coach) is something like a big brother, I can entrust him with anything, every single problem I have. I think Mr. B. is even better than a big brother, because I have one and he's rather stupid" (A 6 FU).

This trust was based on good experiences, made in *concrete events in which the school coach became active* over the course of the project. These were mainly broadcasted by word of mouth by peers. The most cited incidents were one-to-one talks or victim-offender mediations resulting from bullying instances, which were supervised by the school coaches or trained school staff: "The school coach has helped us a lot, for example: when bullying occurs, the class room becomes colder, and the victims freeze in ice. When Mr. B. (school coach) appeared, he helped to melt the ice. Since then, the class room is getting warmer again" (A 5/6 BL).

Bullying, among other topics like mental health or pregnancy, was also part of specific monothematic lessons conducted by the school coaches. More long-term installations to strengthen social cohesion at the class level included a class council and class contracts. Another example is the class lesson "Life Champion", in which "difficult" students share their unique experiences to help others and strengthen their own self-confidence. The school coaches participated in class trips, organized sporting events and helped to publish school magazines. Still, a number of students only contacted the school coach as a last resort, when they were unable to see a way through themselves: "We want to try to solve our problems ourselves and when that really did not work; we would go to Mr. R. (school coach)" (C 6 FU).

Others did not consider help by the school coach at all. The main reasons were a lack of contact, and therefore trust, and fear of stigmatization. A number of students wished for more authority for the school coaches: "Sometimes, I have the impression that he is not really taken seriously by the teachers" (C 8 FU).

Do "School Coaches" make a difference in school-based mental health promotion? – Results from a large focus group study

Sandro Corrieri, Ines Conrad & Steffi G. Riedel-Heller: DO 'SCHOOL COACHES' MAKE A DIFFERENCE IN SCHOOL-BASED MENTAL HEALTH PROMOTION? – Results from a large focus group study *Psychiatria Danubina*, 2014; Vol. 26, No. 4, pp 319-329

After initial skepticism, the school coaches had also gained trust by proving their abilities to a large part of the teachers: "At the beginning, teachers had thoughts like, 'What does he want now?'. He takes away my teaching time and wants to do a project. But now it all looks totally different. One knows what he has in mind and that it will turn out positively. One does not only see additional work in it, but rather what comes out in the end, that after all, one can reduce his amount of work" (C T FU).

A positive development in cooperation was visible: "There was a lack of awareness in the beginning, which has been cleared up. Humans are creatures of habit. You have to learn to deal with certain things first. It has to grow and become something. And it grew well" (C T FU).

Concerning their own problems, many teachers consider the age difference and their wish to keep a professional distance as obstacles in contacting the school coach.

Parents mainly expressed relief about the help for their children: "I think everything has calmed down a bit. It's not as chaotic as it used to be" (C P FU).

Strengthening the social cohesion among parents themselves, one school coach successfully established a meeting point (at a hair salon), where parents had an opportunity to discuss both private and school specific issues.

Regarding the school community as a whole, the initiation of steering groups and involvement of representatives of all groups was essential progress in creating sustainable structures. Also, the work in bringing teachers and parents closer together was acknowledged from both sides at follow-up: "I know that problems with parents occur concerning their children, where the school coach acts as a mediator between parents and teachers. Having somebody with you, who conciliates from a neutral basis, is positive" (A T FU).

An increasing number of participants affirm the *meaningfulness of the project*.

Future prospects

Each of the groups questioned made further suggestions for improving the school coaches' work. First, students who are new to the school should be introduced to the school coach and given information about his activities and contact opportunities. Second, the school coaches' work must be self-sustaining. Third, the students wanted the school coaches to strengthen their position among the school staff and to increase their participation in school matters: "When a student formulates a problem, it is not really taken seriously. When it is communicated by Mr. R. (school coach), it shines through that it was a student's opinion. He should just have a higher ranking and have a say" (C 8 FU).

Teachers primarily desired a closer connection with the school coaches, especially when it came to help-

seeking individuals. Second, the school coaches should continue to promote intact social structures. Third, the teachers were concerned about the organization and the content of parental participation. Motivating parents to participate in school life was considered challenging, yet essential: "More has to happen in working with parents, where we have already made some steps with the school coach project. I think that parents with less education have to be linked to school in some form or the other" (B T FU).

Parents identified group dynamics and cooperation among teachers as areas for improvement. They also expressed the mediation of social competence as an important aim, e.g. regarding the challenge of inclusion.

The decisive aspect in the final assessment of all groups was the project's sustainability. Establishing a comprehensive trusting relationship with all members of the school system and developing solutions for the wide field of issues that were present in the schools was assumed to be a long-term task: "A person needs time to create confidence in his/her environment. If this time is not granted, a lot of negative things happen, impeding the work, instead of taking the time and performing great on a good and solidly grown foundation. To not always be under pressure to achieve objectives quickly" (A T FU).

DISCUSSION

The purpose of this study was to investigate the influence of the school coaches' work on the participating schools via focus groups. The pilot project introduced school coaches who utilized a systematic approach involving all members of the school system and focusing on issues of mental health. The evaluation of the school members during the first two years of the project revealed interesting insights on the examined issues.

The school and classroom climates were considered to be good at all points in time and were considered to have a positive influence on aspects like student self-efficacy, school performance and mental health (Weibel & Bessoth 2003). Nevertheless, several topics remained problematic over the course of the project including bullying, disturbances in class and the lack of effectiveness in the consequences taken by the teachers. The teachers' behavior, in particular, has been found to be highly connected with the students' conduct (Mayr 2006). The school coaches were able to influence these aspects by mediating in case of bullying, arbitrating between students and teachers and strengthening class community structures. Also, teachers and parents were better qualified to deal with help-seeking students as well as their own needs. But overall, a sustained improvement of the complex matter, involving a large number of internal and external persons, relationship structures and social and economic backgrounds, demands more time and specific, targeted group oriented project work to develop.

Do "School Coaches" make a difference in school-based mental health promotion? – Results from a large focus group study

Sandro Corrieri, Ines Conrad & Steffi G. Riedel-Heller: DO 'SCHOOL COACHES' MAKE A DIFFERENCE IN SCHOOL-BASED MENTAL HEALTH PROMOTION? – Results from a large focus group study Psychiatria Danubina, 2014; Vol. 26, No. 4, pp 319-329

As the development of the importance of mental health issues in the schools' daily routine showed, the school coaches' work made a difference. They started gaining the trust of a growing number of teachers, who then gave more lesson-time for this purpose. They sent more students in need of help to the school coaches and increasingly got in contact themselves. Moreover, the quality of the educational level was raised by organizing specific interventions for teachers and parents (e.g. against bullying) as advertised in the health promoting concept of the "Good and Healthy School" (Paulus 2004). Hence, the topic of mental health was increasingly put on the agenda.

Overall, a rising number of participants identified benefits of the school coaches' work. In two years, the common sentiment was that school coaches increasingly turned a rather skeptical attitude toward themselves into trusting relationships. Approaching the members of the school system with case-specific measures and confidentiality was essential. Over the course of the project, the stigma associated with contacting school coaches was reduced; rather contact with a school coach was considered increasingly normal based on good experiences. The main topics for students were bullying and issues concerning inclusion. Teachers were happy to have support in caring for problematic students. Parents commended the educational information events on mental health issues, which were organized by the school coaches. By involving more members of the school system and external supporters, the school coaches' work might result in a network in which synergy effects empower the school members to feel self-efficacy and create a self-supporting school environment (Paulus 2002).

The need for sustainability was emphasized by most of the evaluated groups. To profit from the work of the school coaches beyond the actual duration of the project, structures have to grow that support the schools to help themselves. Rather than focusing on selective individual measures, recurring collective situations at micro-and macro-levels have to be solved in a reproducible way, which has to be compatible with the schools' daily routines (Paulus 2002). The effectiveness of networks to professionalize cooperation between all persons involved has been proven (Berkemeyer et al. 2009). The first steps in this direction were made by founding steering groups and involving representatives of all groups of the school system, as well as external supporters, to analyze and solve emerging problems. The challenge now is to enable the members of the school system to negotiate their subjective perceptions to reach collective solutions (Conrad-Mach 2009) and to organize a functional infrastructure for the occupational innovation process (Holtappels 2007).

Several aspects have to be considered when interpreting the data. The final composition of the focus groups was determined by the recruiting reference person. As the evaluation had no influence on the recruitment, and anonymity and confidentiality were

ensured, it remains unclear if the same participants took part at baseline and follow-up. Also, it cannot be ruled out that the selection itself may have biased the outcome. The reference persons may have recruited successful and well-integrated students, rather than those with difficulties. Also, it appears likely that the participating teachers were supporting the school coach project, while staff without interest did not take part. The same limitation is valid for the participating parents. Even though the moderator tried to involve all participants into each discussion, more dominant individuals may have stifled others from expressing their point of view (Lehoux et al. 2006). Further, our findings may not be generalizable to other environments or populations: individual characteristics and group dynamics of each project school, school coach, class and peer groups have to be considered when interpreting the results. Also, because the school coaches' actions depended on occurrences and needs in everyday school life, the intervention fidelity could not be monitored, as not every school received the exact same actions.

CONCLUSIONS

In conclusion, the school coach intervention is a good model for establishing the topic of mental health in everyday school life and increasing its importance. Teachers and parents were better qualified to deal with help-seeking students as well as their own needs. Furthermore, the school coaches managed to raise the identification with the school community. The established networks, including external institutions, anchored the project schools in their communities, empowering the school members to feel self-efficacy and create a self-supporting school environment. While good experiences created a solid, trusting relationship between the participants, a number of issues require further work. Future efforts will focus on the support of structures and networks to create and maintain a resilient sustainability after the end of the project.

Therefore, the school coaches not only need enough time to qualify and involve committed students, teachers and parents. They also rely on the support of principals and local authorities to open the schools for external support, in order to establish a strong, independent network and achieve the desired sustainability.

Acknowledgements:

This work was supported by the European Union/European Social Fund "Europe Supports Saxony" [Project Number: 100126032]. The authors gratefully thank Ms. Christin Grafe and Ms. Doris Goedikmeier for the assistance in conducting the focus groups and the transcription of the recordings.

Conflict of interest : None to declare.

Do "School Coaches" make a difference in school-based mental health promotion? – Results from a large focus group study

Sandro Corrieri, Ines Conrad & Steffi G. Riedel-Heller: DO 'SCHOOL COACHES' MAKE A DIFFERENCE IN SCHOOL-BASED MENTAL HEALTH PROMOTION? – Results from a large focus group study *Psychiatria Dabmbina*, 2014; Vol. 26, No. 4, pp 319-329

References

1. Angermeyer MC & Matschinger H: Social distance towards the mentally ill: Results of representative surveys in the federal republic of Germany. *Psychol Med* 1997; 27:131-141.
2. Australian Government - Department of Health: *MindMatters*. <http://www.mindmatters.edu.au>. Last visit: 02.06.2014.
3. Barkmann C & Schulte-Markwort M: Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66:194-203.
4. Berkemeyer N, Manitus V, Muthing K, Bos W: Results of national and international research on innovation school networks. *Z Erziehungswiss* 2009; 12:667-689.
5. Bilz L: *Schule und psychische Gesundheit. Risikobedingungen für emotionale Auffälligkeiten von Schülerinnen und Schülern*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2008.
6. Blum H & Beck D: *No blame approach - Mobbing-Intervention in der Schule. Praxishandbuch.fairaend*, Köln, 2010.
7. Conrad I, Dietrich S, Heider D, Blume A, Angermeyer CA, Riedel-Heller SG: "Crazy? So what!": A school programme to promote mental health and reduce stigma - results of a pilot study. *Health Education* 2009; 109:314-328.
8. Conradt-Mach A: *Kontinuierliche Steuergruppenarbeit ist kein lineares Geschäft - Erkenntnis einer beruflichen Schule in Baden-Württemberg mit langer Schulentwicklungserfahrung (Continual steering group work is no linear business - Insights of a vocational school in Baden-Wuerttemberg with long school development experience)*. *Zeitschrift für Schulleitung und Schulaufsicht* 2009; 2:25-27.
9. Corrieri S, Conrad I, Riedel-Heller SG: *Info-Pocket-Guides als Beitrag zur Prävention psychischer Erkrankungen. Wie bewerten SchülerInnen Inhalt, Design und Nutzen? Psychiatr Prax* 2012; 39:129-135.
10. Corrieri S, Heider D, Conrad I, Blume A, König HH, Riedel-Heller SG: *School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review*. *HealthPromot Int* 2013; doi:10.1093/heapro/dat001.
11. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB: *The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions*. *Child Dev* 2011; 82:405-432.
12. Fröjd SA, Nissinen ES, Pelkonen MU, Marttunen MJ, Koivisto AM, Kaltiala-Heino R: *Depression and school performance in middle adolescent boys and girls*. *J Adolescence* 2008; 31:485-498.
13. *Great Schools Partnership: Great Schools Partnership*. <http://www.greatschoolspartnership.org/>. Last visit: 02.06.2014.
14. Greenberg MT, Weissberg RP, O'Brien MU, Zins JE, Fredericks L, Resnik H, Elias MJ: *Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning*. *Am Psychol* 2003; 58:466-474.
15. Hicks R & McCracken J: *Solution-focused coaching*. *Physician Exec* 2010; 36:62-64.
16. Haug S, Schaub MP, Venzin V, Meyer C, John U: *Moderators of outcome in a text messaging (SMS)-based smoking cessation intervention for young people*. *Psychiatr Prax* 2013; 40:339-46.
17. Hoagwood KE, Olin SS, Kerker BD, Kratochwill TR, Crowe M, Saka N: *Empirically based school interventions targeted at academic and mental health functioning*. *J Emot Behav Disord* 2007; 15:66-92.
18. Holtappels H: *Schulentwicklungsprozesse und Change Management. Innovationstheoretische Reflexionen und Forschungsbefunde über Steuergruppen (School development processes and change management. Innovation-theoretical reflections and research findings on steering groups)*. In Berkemeyer N & Holtappels H (eds): *Schulische Steuergruppen und Change Management (School steering groups and change management)*, 5-34. Juventa, 2007.
19. Hopf W: *Mediengewalt, Lebenswelt und Persönlichkeit - eine Problemgruppenanalyse bei Jugendlichen*. *Zeitschrift für Medienpsychologie* 2004; 16:99-115.
20. Howard L & Underdown H: *Hilfbedarfe von Eltern mit psychischen Erkrankungen - eine Literaturübersicht*. *Psychiatr Prax* 2011; 38:08-15.
21. Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberer U: *WHO-Jugendgesundheitsurvey - Konzept und ausgewählte Ergebnisse für die BRD (WHO-Health Survey for Adolescents - Concept and selected results for Germany)*. *Erziehungswissenschaft* 2003; 27:79-108.
22. Kidger J, Araya R, Donovan J, Gummel D: *The effect of the school environment on the emotional health of adolescents: a systematic review*. *Pediatrics* 2012; 129:925-949.
23. Kitzinger J: *Qualitative research. Introducing focus groups*. *BMJ* 1995; 311:299-302.
24. Klingman A: *Health-related school guidance - practical applications in primary prevention*. *Pers Guid J* 1984; 62:576-580.
25. Klingman A & Hochdorf Z: *Coping with distress and self-harm - the impact of a primary prevention program among adolescents*. *J Adolescence* 1993; 16:121-140.
26. Kostin M & Haeger J: *Coaching schools to sustain improvement*. *Education Digest* 2006; 71:29-33.
27. Kuperminc GP, Leadbeater BJ, Blatt SJ: *School social climate and individual differences in vulnerability to psychopathology among middle school students*. *J Sch Psychol* 2001; 39:141-159.
28. Lang FU, Kösters M, Lang S, Becker T, Jäger M: *Changing attitude towards schizophrenia by psychiatric training of medical students*. *Psychiatr Prax* 2014; 41:160-163.
29. Lehoux P, Poland B, Daudelin G: *Focus group research and "the patient's view"*. *So Sci Med* 2006; 63:2091-2104.
30. Loukas A & Murphy JL: *Middle school student perceptions of school climate: examining protective functions on subsequent adjustment problems*. *J Sch Psychol* 2007; 45:293-309.
31. Mattejat F, Simon B, König U, Quaschner K, Barchewitz C, Felbel D, et al: *Quality of life of children and adolescents with psychiatric disorders. Results of the 1st multicenter study with an inventory to assess the quality of life in children and adolescents*. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2003; 31:293-303.
32. Mayr J: *Klassenführung auf der Sekundarstufe II: Strategien und Muster erfolgreichen Lehrerhandelns (Classroom Management in Higher Secondary Schools: Strategies and Patterns of Successful Teacher Behavior)*. *Schweizerische Zeitschrift für Bildungswissenschaften* 2006; 28:227-242.
33. Mayring P: *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (Qualitative content analysis. Basics and techniques)*. Deutscher Studien Verlag, Weinheim, 2000.

Do "School Coaches" make a difference in school-based mental health promotion? – Results from a large focus group study

Sandro Corrieri, Ines Conrad & Steffi G. Riedel-Heller: DO 'SCHOOL COACHES' MAKE A DIFFERENCE IN SCHOOL-BASED MENTAL HEALTH PROMOTION? – Results from a large focus group study *Psychiatria Danubina*, 2014; Vol. 26, No. 4, pp 319-329

34. Meise U, Sulzenbacher H, Hinterhuber H: Das Stigma der Schizophrenie: Versuche zu dessen Überwindung. *Fortschr Neurol Psychiat* 2001; 69: 75-80.
35. Middlebrooks JS & Audage NC: *The effects of childhood stress on health across the lifespan*. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Atlanta, 2008.
36. Morgan D: *Successful focus groups*. Sage, London, Newbury Park, 1993.
37. Neil AL & Christensen H: Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clin Psychol Rev* 2009; 29: 208-215.
38. Patton M: *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Sage, Thousand Oaks, London, New Delhi, 2002.
39. Paulus P: *Gesundheitsförderung im Setting Schule (Health promotion in the school setting)*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2002; 45: 970-975.
40. Paulus P: Die gute gesunde Schule. Mit Gesundheit gute Schule machen (The good and healthy school. Mapping and managing mental health in schools). *Engagement Zeitschrift für Erziehung und Schule* 2004; 2: 137-143.
41. Poessel P, Horn A, Hautinger M: Vergleich zweier schulbasierter Programme zur Prävention depressiver Symptome bei Jugendlichen. *Z Kl Psych Psychoth* 2006; 2: 140-150.
42. *Positive Behavioral Interventions & Supports: Leadership & Coaching for PBIS In-School Coaches*. <http://nccc.ncdpi.wikispaces.net/Leadership+%26+Coaching+for+PBIS+In-School+Coaches>. Last visit: 02.06.2014.
43. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A: No health without mental health. *Lancet* 2007; 370: 859-877.
44. Schulze B, Richter-Werling M, Matschinger H, Angermeyer MC: Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiat Scand* 2003; 107: 142-150.
45. Weibel W & Bessoth R: *Führungsqualität an Schweizer Schulen (Leadership abilities at swiss schools)*. Sauerländer, Aarau, 2003.
46. Winkler I, Richter-Werling M, Angermeyer MC: Strategies against the stigmatisation of mentally ill subjects and their practical realisation in the example of Irrsinnig Menschlich e.V. *Gesundheitswesen* 2006; 68: 708-713.
47. Zullig KJ, Collins R, Ghani N, Patton JM, Scott Huebner E, Ajamie J: Psychometric Support of the School Climate Measure in a Large, Diverse Sample of Adolescents: A Replication and Extension. *J Sch Health* 2014; 84: 82-90.

Correspondence:

Sandro Corrieri, MA
Institute of Social Medicine, Occupational Health and Public Health, University of Leipzig
Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04275 Leipzig, Germany
E-mail: Sandro.Corrieri@medizin.uni-leipzig.de

8. Info-Pocket-Guides als Beitrag zur Prävention psychischer Erkrankungen: Wie bewerten SchülerInnen Inhalt, Design und Nutzen?

Corrieri, S., Conrad, I., Riedel-Heller, S.G. (2013): Info-Pocket-Guides als Beitrag zur Prävention psychischer Erkrankungen: Wie bewerten SchülerInnen Inhalt, Design und Nutzen? *Psychiatrische Praxis*, 39, 129-135.

Zusammenfassung

Anliegen: Wie werden Info-Pocket-Guides (IPG) zum Thema psychische Gesundheit als Gesamtkonzept und in konkreter inhaltlicher und gestalterischer Form beurteilt?

Methode: Acht Fokusgruppen wurden differenziert nach Geschlecht, Alter und Schulform durchgeführt.

Ergebnisse: Überwiegend beurteilten die Befragten die IPGs als eine ansprechende Informationsquelle. Ergänzungen in der Themenauswahl wurden angeregt.

Schlussfolgerungen: Zweifeln am Wert für direkt Betroffene steht ein Nutzen für Angehörige oder Freunde gegenüber. Eine altersgerechte und in den Kontext eingebundene Vermittlung ist entscheidend für die Akzeptanz der IPGs.

Für Volltext siehe Seite 64.

Info-Pocket-Guides als Beitrag zur Prävention psychischer Erkrankungen

Wie bewerten SchülerInnen Inhalt, Design und Nutzen?

Info-Pocket-Guide as a Contribution to the Prevention of Mental Illnesses
How do Students Evaluate their Content, Design and Value?

Autoren Sandro Corrieri, Ines Conrad, Steffi G. Riedel-Heller
Institut Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Universität Leipzig

Schlüsselwörter

- Prävention
- psychische Gesundheit
- Alkohol
- Drogen
- Schule

Keywords

- prevention
- mental health
- alcohol
- substance abuse
- school

Bibliography

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1298899>
Online-Publikation: 8.2.2012
Psychiat Prax 2012; 39: 129–135
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse

Sandro Corrieri
Institut für Sozialmedizin,
Arbeitsmedizin und Public
Health, Universität Leipzig
Philipp-Rosenthal-Straße 55
04103 Leipzig
Sandro.Corrieri@medizin.uni-
leipzig.de

Zusammenfassung

Anliegen: Wie werden Info-Pocket-Guides (IPG) zum Thema psychische Gesundheit als Gesamtkonzept und in konkreter inhaltlicher und gestalterischer Form beurteilt?

Methode: Acht Fokusgruppen wurden differenziert nach Geschlecht, Alter und Schulform durchgeführt.

Einleitung

Das Jugendalter stellt im Bezug auf die Entwicklung psychischer Krankheiten eine kritische Phase im Leben dar. Neben hoher Prävalenz des ersten Auftretens manifestieren sich dort Strukturen, die in höherem Alter zu psychischen Erkrankungen führen können [1–3]. Insbesondere Depression und Angststörungen zeigen eine hohe Verbreitung und sind ursächlich für Folgeprobleme wie schulisches Versagen oder Verhaltensauffälligkeiten [4–6]. Auch andere Erkrankungen und Symptome wie Selbstverletzung [7] oder Drogenmissbrauch [8] sind verbreitet. Als Lebensmittelpunkt der Jugendlichen erscheint die Schule ein geeigneter Ort, um solchen Verläufen rechtzeitig und nachhaltig entgegenzutreten [9].

Neben der Anti-Stigma-Arbeit [10,11] ist Aufklärung ein wesentlicher Bestandteil der Prävention, um das vorhandene Informationsdefizit zu beheben [12]. Aufklärung findet im Unterricht, durch Freunde, Massenmedien [13] sowie mittels offizieller Stellen und Infomaterial [14] statt. Thematisch stehen Drogenmissbrauch [15,16] und Tabak [17,18] meist im Mittelpunkt, darüber hinaus wird jedoch beispielsweise von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine thematisch breite Palette abgedeckt [19].

Ein weiterer Ansatz soll Gegenstand dieses Artikels sein: Zur Vermittlung von Informationen und Kontaktadressen im Falle persönlicher oder

Ergebnisse: Überwiegend beurteilten die Befragten die IPGs als eine ansprechende Informationsquelle. Ergänzungen in der Themenauswahl wurden angeregt.

Schlussfolgerungen: Zweifel am Wert für direkt Betroffene steht ein Nutzen für Angehörige oder Freunde gegenüber. Eine altersgerechte und in den Kontext eingebundene Vermittlung ist entscheidend für die Akzeptanz der IPGs.

mittelbarer Betroffenheit entwickelte der Leipziger Verein „Irrsinnig Menschlich e.V.“ in Kooperation mit der Barmer GEK und *gesundheitsziele.de* die Info-Pocket-Guides (IPG) [20,21]. Diese in einer nur 9×6cm kleinen Hilfebox gesammelten Broschüren sollen präventiv und akut Ansätze zur Hilfestellung vermitteln und richten sich an Schüler ab der 7. Jahrgangsstufe (ab ca. 12 Jahren). Sie beinhalten einen weit gefächerten Themenbereich: Angst (Titel des IPG: „Gelähmt vor Angst“), Suizid („Kein Land in Sicht“), Alkohol („Filmriss“), Psychosen und Drogen, Depression („...zu Tode betrübt“), Selbstwahrnehmung („Wenn der Körper nervt“), Selbstverletzung („Sprechende Wunden“) sowie Isolation („Anders sein“) (© Abb. 1).

Dieser Artikel stellt die Ergebnisse von Fokusgruppenbefragungen an 2 Leipziger Schulen vor. Ziel war zu ermitteln, inwieweit die IPGs sowohl als Gesamtkonzept als auch in ihrer konkreten inhaltlichen und gestalterischen Form von den Schülern beurteilt werden. Durch ein direktes Feedback von der unmittelbaren Zielgruppe soll geklärt werden, inwieweit eine möglichst große Attraktivität und Authentizität der Materialien erreicht werden kann. Je akzeptierter die IPGs unter den Jugendlichen sind, desto größer der mögliche präventive Einfluss.

Sonderdruck für private Zwecke des Autors



Abb. 1 Info-Pocket-Guides & Hilfbox.

Methoden

Zur Überprüfung der Wirkung der IPGs wurden Fokusgruppen mit SchülerInnen verschiedener Altersgruppen differenziert nach Geschlecht durchgeführt. Unter Anleitung eines Moderators und der Protokollierung durch einen Beisitzer wurde über den genannten Sachverhalt diskutiert.

Fokusgruppen lassen sich als Simulationen von Alltagsdiskursen und Unterhaltungen einsetzen und können zur Entwicklung sozialer Repräsentationen oder generellen sozialen Wissens verwendet werden [22]. Charakteristisch für Fokusgruppen ist außerdem die explizite Nutzung der Gruppeninteraktion um Daten und Erkenntnisse zu gewinnen, die ohne diese in der Gruppe stattfindende Interaktion weniger zugänglich wären [23]. Einblicke und Ansichten aus der Mitte der Zielgruppe werden nicht nur geäußert, sondern bestenfalls auch im Kontext erläutert. So lassen sich möglicherweise nicht nur Aussagen, sondern auch die Motive, die hinter diesen stehen, ermitteln [24]. Idealerweise sollte eine Fokusgruppe aus 4–6 Personen bestehen, um bei größtmöglicher Repräsentativität des Querschnitts eine vertrauensvolle und öffnende Atmosphäre zu gewährleisten [23].

Stichprobe

Die teilnehmenden Schulen waren ein Leipziger Gymnasium sowie eine Leipziger Mittelschule. Die Rekrutierung der Fokusgruppenteilnehmer erfolgte durch einen Ansprechpartner (Lehrer) vor Ort, der mit dem Hintergrund und der Bedeutung der Aufklärungsinitiative vertraut war. Den Schülern wurde das Themengebiet vorab grob erläutert und eine Befragung angekündigt. Insgesamt wurden 8 Fokusgruppen mit Schülern der 7. und 11. Jahrgangsstufen des Gymnasiums sowie mit Schülern der 7. und 10. Klassen der Mittelschule, jeweils nach Geschlecht getrennt, durchgeführt (Tab. 1). Die Fokusgruppen fanden in der jeweiligen Schule der Teilnehmer außerhalb des Unterrichts statt. Die Befragung erfolgte freiwillig, anonym und nach Genehmigung durch die Sächsische Bildungsagentur sowie durch die Eltern. Alle Fokusgruppen wurden mithilfe eines Tonbandgerätes aufgezeichnet.

Ablauf der Fokusgruppen

Die Moderation der Fokusgruppen erfolgte anhand eines Leitfadens (Tab. 2). Nach der Begrüßung der Anwesenden durch die Moderatoren wurden die Materialien zur Ansicht verteilt sowie der grobe Ablauf der Fokusgruppen erläutert. Der anschließende Hauptteil setzte sich aus 3 großen Fragekomplexen zusammen, die sich aus dem Vorgehen erfolgreich durchgeführter Fokusgruppenevaluationen ebenfalls zur Beurteilung von Aufklärungs-

Tab. 1 Beschreibung der Stichprobe.

		Anzahl der Teilnehmer	Ø-Alter der Teilnehmer (in Jahren)
Gymnasium	7. Klasse	männlich (G7m)	7
		weiblich (G7w)	5
	11. Klasse	männlich (G11m)	4
		weiblich (G11w)	7
Mittelschule	7. Klasse	männlich (M7m)	7
		weiblich (M7w)	5
	10. Klasse	männlich (M10m)	5
		weiblich (M10w)	8

Tab. 2 Leitfaden zu Fokusgruppen.

Struktur	Zweck
Vorstellung (Erfassung demografischer Daten, Überblick über Materialien, Vorstellung Diskussionsverlauf)	Anwärmphase, Kennenlernen des Diskussionsgegenstandes
Teil 1 – Layout/Gestaltung (Fragen zu Format, Farbe, Design, Schrift [Art und Größe], Bildern)	Feedback zum äußeren Erscheinungsbild, zur formatlichen, farblichen und typografischen Aufmachung und zur Authentizität
Teil 2 – Inhalte (Fragen zu Themen, Verein, Erfahrungsberichten, Checklisten, Hilfenummern)	Feedback zur inhaltlichen Gestaltung, Aufbau und Vermittlung der Inhalte und Beurteilung der behandelten Thematiken
Teil 3 – Konkrete Nutzung (Fragen zu persönlicher Nutzung oder im Falle einer Krise im Freundes-/Bekannteskreis)	Feedback zur Eingrenzung der Zielgruppe, zum Bedarf, zur Verbreitung der Hilfboxen
Dokumentation der Fokusgruppe (Anzahl & Alter der Teilnehmer, Ort & Dauer, Atmosphäre, Ablauf, evtl. Probleme)	Erfassung von Hintergrundinformationen, die nicht durch die Tonbandaufzeichnung dokumentiert werden

materialien (u. a. BzGA) [25–27] und der Aufgabenstellung ergaben, mit dem Ziel, ein Feedback der Zielgruppe zu den essentiellen Dimensionen der Flyer zu erhalten.

Im 1. Teil widmeten sich die Anwesenden dem Layout der Hilfbox und der IPGs, d. h. ihrer formatlichen, farblichen und typografischen Aufmachung. Ziel war es, ein Feedback über das äußere Erscheinungsbild zu erhalten, welches eine größtmögliche Authentizität vermitteln soll, um Interesse und Neugierde in der Zielgruppe anzuregen.

Im 2. Teil sollte mittels Fragen zum Aufbau und zu den behandelten Thematiken in Erfahrung gebracht werden, ob die inhaltliche Gestaltung der Flyer zur Vermittlung der Anliegen geeignet ist, welche Aspekte revidiert und welche optimiert werden könnten. Schließlich folgten im 3. Teil Fragen zur konkreten Nutzung der Materialien im Falle einer persönlichen Betroffenheit oder einer Krise im Freundes- oder Bekannteskreis. Hiermit sollte der Bedarf festgestellt, die Zielgruppe exakter definiert sowie Erkennt-

nisse darüber gewonnen werden, wie die Verbreitung der Hilfeboxen effizient und umfassend strukturiert werden kann.

Die Anzahl der Teilnehmer, Ort und Dauer der Befragung sowie die allgemeine Atmosphäre in der Gruppe, der Verlauf der Diskussion und das Auftreten von Problemen wurden dokumentiert, um einen Einfluss dieser nicht auf Tonband festzuhaltenden Faktoren auf die Ergebnisse zu erfassen.

Auswertung der Fokusgruppen

Die Dokumentation der Aufnahmen erfolgte per Transkription, die anschließende Auswertung des Textmaterials mittels qualitativer Inhaltsanalyse [28]. Zwei Mitarbeiter ordneten getrennt voneinander die Antworten der Schüler zunächst einem der 3 großen Fragekomplexe zu. Im nächsten Schritt wurde das Material der 3 Bereiche im Sinne des deduktiven Codierens inhaltlich analysiert. Daraus ergab sich eine Reihe von Unterkategorien für die 3 Fragenkomplexe. Im Bereich **Layout/Gestaltung** fanden sich die Unterkategorien „äußeres Erscheinungsbild“, „Design der Flyer“ und „Umfang“. Für den Bereich **Inhalte** waren es die Kategorien „Relevanz der Themen“, „Grafische Gestaltung“, „Verständlichkeit der Sprache“ sowie „altersgerechte Unterschiede“. Im Bereich der **konkreten Nutzung** ergaben sich folgende Unterkategorien: „Bündelung von Informationen“, „bestehender Bedarf“, „Verbesserungsvorschläge zur konkreten Nutzung“, „Verbreitung der Hilfeboxen“ und „möglicher präventiver Einfluss der Hilfeboxen“. Auf diese Weise wurde das transkribierte Material sowohl zusammenfassend als auch strukturierend inhaltsanalytisch bearbeitet, um den Text unter Erhaltung wesentlicher Aspekte mittels Abstraktion in Kategorien überschaubarer zu machen [28].

Ergebnisse



Layout/Gestaltung

Als erster Kontakt zur Hilfebox soll das **äußere Erscheinungsbild** Aufmerksamkeit und Neugierde generieren, um den Interessenten mit den Inhalten bekannt zu machen. Dieses erste Interesse ist essenziell, um das präventive Potenzial der Flyer zu entfalten, wie ein männlicher Schüler der 7. Klasse des Gymnasiums (G7m) verdeutlichte: „Also ich würde es auch erstmal nur aufklappen und überfliegen und wenn ich dann eben was sehe, was mich interessiert, dann würde ich mir das auch durchlesen.“ Das Format der Box wurde von der Mehrheit als handlich, praktisch und ideal kompakt für die Hosentasche beurteilt. Die grelle Farbe der Hilfebox wirkte hierbei sowohl abschreckend als auch anziehend. In mehreren Gruppen der 7. Klassen entstand der negativ beurteilte Eindruck, in den Boxen fänden sich Pflaster (G7m, M7w, M7m). Laut M7m sollte das rote Kreuz durch ein Maskottchen ersetzt werden, um einen medizinischen Eindruck zu vermeiden. Das **Design der Flyer** punktete v. a. durch das gelungene Verhältnis von informativem Text und „schön flippigen und coolen“ Illustrationen wie z. B. Sprechblasen, was Aufmerksamkeit wecke (G11w). Die Gestaltung spräche sowohl ältere als auch jüngere Schüler an und beschränke sich auf das Wesentliche, was sie sehr informativ mache. Auch die anderen Gruppen fanden das Design gelungen und ansprechend (G7w, M7m, G11m, M10w). Ein Verbesserungsvorschlag der G7m war die auffälligere Platzierung der Internetadresse, z. B. auf der Vorderseite der Flyer. Die M7w fragte nach dem Sinn, 3 verschiedene Internetseiten abzurufen (www.verrückt-na-und.de, www.irrsinnig-menschlich.de, www.Gesundheitsziele.de).

Ein Teilnehmer der G11m merkte an, dass die Titelauswahl einiger Flyer auf Betroffene eher abstoßend wirken könnte: „Wenn ich jetzt als jemand, der sehr depressiv ist, mir diesen Titel angucke ‚Kein Land in Sicht‘ [...]“. „Ich weiß ja nicht, wie das dann auf mich direkt wirkt, wenn ich das dann lese: ‚Gelähmt vor Angst‘ und ‚Zu Tode betrübt‘ und so. Man muss das dann erst mal öffnen um zu sehen, dass sich hinter dem Titel eigentlich Hilfe verbirgt.“ Weiter wurden einige Flyer im Detail diskutiert. So sagte ein Teilnehmer der G7m, der Flyer „Angst“ sei mit dem Angsthasen zu plakativ gestaltet, während ein anderer den direkten Bezug honorierte. Auch der Flyer „Suizid“ sei zu verbessern, da einerseits die Bedeutung des Wortes unbekannt sei, andererseits die Bedeutung der Augen im Zusammenhang mit Selbsttötung unklar blieb. Die Sammlung war einigen Schülern zu **umfangreich**: 5 statt 8 Flyer wären ausreichend (M10m). Hingegen meinten andere Schüler der gleichen Gruppe gerade in der umfangreichen Information liege ein großer Vorteil.

Inhalte

Bezüglich der **grafischen Gestaltung** schätzte die Mehrheit der Schüler die Darstellung der Thematiken in einem kurzen aber informativen Überblick, insbesondere die Anschaulichkeit der Erlebnisberichte (G11w) und Beispiele für Symptome (M10w). Teilnehmer der Gruppe G11w wünschten sich noch mehr Links zu Seiten mit Fallbeispielen. Auch die Angabe von Kontaktmöglichkeiten wie E-Mail oder Websites zur Gewährleistung einer anonymen Kontaktaufnahme wurden als sehr wichtig bezeichnet (G11m). Die G11m betonte außerdem, den Aspekt des kompakten Formats beizubehalten, da er ein anonymes Einstecken bei gleichzeitiger umfassender Information über eine Vielzahl von Themen ermögliche. Eine zu breite Auffächerung könnte auch dazu führen, dass sich Betroffene nicht mehr wiederfinden. Als fehlend wurden Verweise auf Übergänge und Schnittmengen zwischen den Thematiken wie z. B. bei Depression und Suizid genannt (G11w).

Eine Übersicht über Themen, welche nach Ansicht der Schüler besonders interessant waren und welche **relevanten Themenbereiche** vermisst wurden, findet sich in **Tab. 3**.

Eine entscheidende Aufgabe der Hilfeboxen und IPGs ist es, sich aus der Flut von präventiven Angeboten abzuheben, denen die Jugendlichen ausgesetzt seien: „Wir werden so bombardiert mittlerweile mit diesem Aufklärungs- und Präventionszeug halt, dass man überhaupt keinen Bock mehr hat, sich da die Regeln noch irgendwie einzuprägen. [...] Diese Flut ist da einfach zu groß, als dass das noch wichtig erscheint“ (M10m). Vor allem im Bereich Alkohol und Nikotin sei dies laut M10w der Fall: „Alkohol und rauchen. [...] Diese super Workshops, die wir alle machen wegen Alkohol und was weiß ich. Irgendwann lacht man da auch nur noch drüber, weil man hat es verstanden nach dem dritten Mal.“ Die M10m merkte hierzu an, dass ausreichend Erfahrungen explizit im Bereich Alkohol und Drogen bestünden und man daher eher die Informationen im Bereich der psychischen Erkrankungen interessant fände, da diese in dieser Form neu seien.

Erschienen die Thematiken aus Sicht der Älteren auch für jüngere Schüler gut geeignet (G11w), so verdeutlichten die Aussagen der Jüngeren **altersgerechte Unterschiede** in der Wahrnehmung mancher Themen. So merkte ein Schüler der G7m an: „Also z. B. Drogen und so was, das ist ja eher was für später, also das kann man sich ja auch, wenn man 18 ist, noch mal angucken, also das hätte jetzt vielleicht nicht so dabei sein müssen.“ Eine Teilnehmerin der M7w sagte gar, sie wolle sich nicht über diese Themen informieren. Überwiegend war Bedarf jedoch durchaus erkennbar,

Geschlecht	Fokusgruppe	„besonders interessante Themen“	„vermisste Themen“
weiblich	M7w		Mobbing
	G7w	Anders sein, Wenn der Körper nervt, Depression, kein Land in Sicht, Angst	Schulstress, Notendruck, Trennung der Eltern
	M10w		Schulnoten, inneres Zerrissenheit, Mobbing, Schwangerschaften von jugendlichen Müttern
	G11w	Psychose, Anders sein, Selbstverletzung, Alkohol, zu Tode betrübt	Burnout
männlich	M7m		Mutproben, Gruppenzwang
	G7m		
	M10m	Psychosen	Mobbing, Schulstress
	G11m	Suizid, Alkohol, Psychosen, Drogen	Einsamkeit, Ernährung (Magersucht, Bulimie)

Tab. 3 Einschätzung der thematischen Vielfalt.

so z. B. in der G7w: „Ich finde es gut, wenn man schon früh damit anfängt, so was zu wissen.“ Bis auf die im Kapitel Layout/Gestaltung angesprochene Unklarheit des Fremdwortes „Suizid“ in der G7m war die benutzte Sprache für alle Altersgruppen leicht verständlich.

Konkrete Nutzung

Gefragt nach einer konkreten Nutzung schätzten die Befragten die IPGs als informative, eher groben Überblick für jüngere Schüler ein, deren Bewusstsein für gewisse Thematiken geschärft werden könne. Die Bündelung von Informationen sei sinnvoll, da andere Informationsquellen, allen voran das Internet, zu umfangreich seien und man leicht den Überblick verliere: „Ich finde auch, wenn man jetzt im Internet guckt, gibt es einfach überflüssig viele Informationen und du guckst, wie kann ich denen helfen und dann steht überall was anderes. Und hier ist es halt kurz und knapp zusammengefasst oder es sind auch irgendwelche Nummern und Adressen, an die man sich wenden kann. Deshalb ist es hier vielleicht kompakter“ (M10w). Auch die Themenauswahl sei gelungen: „Weil das sind halt auch Probleme, die jeder irgendwann mal hat in der Schulzeit oder zumindest in der Jugend irgendwie. Darüber halt Bescheid zu wissen, wo man sich Hilfe holen kann und so ist bestimmt nicht schlecht.“ Gut seien in diesem Zusammenhang die Beispiele und konkreten Fragestellungen, die anschaulich mögliche Ursachen und Problemlagen vermitteln, Klarheit über eine evtl. Betroffenheit schaffen sowie Verständnis und Erkennen für Betroffene bewirken könnten: „Wenn dann jetzt irgendjemand nicht mehr zur Schule kommt, dann denkt man: Boah, der schwänzt Schule, voll Scheiße ... und ja, wieso denn, hier passiert doch nix“ (M10w).

Grundsätzlich wurde die Frage nach dem bestehenden Bedarf an Aufklärung und Information zu den behandelten Themen von allen Klassen bejaht, z. B. der M7m: „Ziemlich viele haben Probleme. [...] In meinem Umfeld eigentlich am meisten mit Drogen. Ritzen hat fast jeder aus der Klasse gemacht.“ Im Schulalltag kämen die Themen, die die Schüler im Alltag beschäftigen, nicht ausreichend zur Sprache: „Die meisten Menschen sind mit Drogen und Ritzen und all so was betroffen, sozusagen, und es wird so wenig in der Schule angesprochen“ (M7m). Auch die 7. Klassen des Gymnasiums sehen die Boxen v. a. als eine gute Informationsquelle. Bei allen Schülern spielen außerdem das Internet, Freunde und Familie eine Rolle als Ansprechpartner und Informationsquelle.

Verbesserungsvorschläge zur konkreten Nutzung

Es wurde u. a. angeregt, konkrete Tipps und Vorgehensweisen anzugeben, inwieweit Freunde und Angehörige auf die Probleme

der Betroffenen reagieren könnten: „Mir würde es mehr helfen, wenn ich jetzt Sachen bekommen hätte, wie ich auf Leute zugehen kann, die z. B. wegen irgendwelchen psychischen Sachen gerade zu Hause sitzen und nicht mehr in die Schule gehen können. Wenigstens würde ich sie gerne verstehen und mit ihnen reden, aber ich sehe halt keinen Weg hin“ (G11w). Ergänzend wünschten sich die Befragten einen expliziten und vordergründig sichtbaren Hinweis darauf, dass sich die Flyer auch an Freunde/Bekannt/Familie von Betroffenen richten und ihnen Hilfestellungen im Umgang bieten: „Ich denke, dass es im Prinzip vielleicht gar nicht so schlecht wäre, wenn man einfach da reinschreibt, dass es auch möglich ist als Nichtbetroffener, also sozusagen als Angehöriger oder Bekannter oder Freund oder Freundin oder wie auch immer, dass man auch selber die Chance hat irgendwo anzurufen und sich beraten zu lassen wie man jetzt damit umgeht“ (G11w). Außerdem wurden alternative Lösungswege vermisst: „Es wird gesagt, was da passieren kann, aber nicht, wie man das wegstößt, bzw. nur, dass man zum Arzt gehen soll, aber das hilft ja nicht richtig“ (M7m).

Verbreitung der Hilfeboxen

Einigkeit herrschte bei allen Gruppen hinsichtlich der Form der Verbreitung: Jedem Schüler sollte die Hilfebox zur Verfügung gestellt werden, auch um sie zum allgemeinen Gesprächsthema und damit noch interessanter zu machen (G11m). Aus Sicht der älteren Schüler sei jedoch v. a. für die jüngeren Schüler eine tiefergehende Er- und Aufklärung zwingend notwendig (G11w). Dies könnte in der Klassenleiterstunde oder durch den Beratungslehrer passieren. Die jüngeren Schüler (M7w, M7m) bemerkten, dass aus ihrer Sicht das Auslegen beim Beratungslehrer keine Fortschritte bedeuten würde, da dort nur jene Schüler hingehen, die bereits Probleme haben. Dennoch sollten die Boxen an öffentlichen Stellen ausgelegt werden, z. B. im Wartezimmer vor dem Sekretariat oder am schwarzen Brett, da Gelegenheit Prävention macht: „Wenn ich jetzt z. B. mit meinem Körper nicht zufrieden wäre, würde ich nicht auf die Suche nach solchen Flyern gehen. Aber wenn ich sie zur Hand hätte, dann würde ich natürlich schon mal reinschauen“ (G7m). Dies gilt auch im Falle keiner persönlichen Betroffenheit: „Ich denke schon, dass man, wenn man das als Mensch im Umfeld liest, hat man jetzt nicht die Lösung für das Problem parat. Aber ich denke, es ist ein Anstoß dafür, dass man vielleicht seine Hilfe erst einmal anbietet, weil das ist auch noch so ein Schritt, seine Hilfe erstmal dem Betroffenen anzubieten, weil das, denke ich, ziemlich schwierig ist und da ist das wirklich eine gute Hilfe“ (G11w). Die Flyer hätten aufgrund ihrer auffälligeren Gestaltung mehr Chancen auf Mitnahme als die Boxen,

eventuell wäre ein Vermerk „Wichtig!“ anstatt des Kreuzes auf der Box oder eine auffälligere farbliche Gestaltung hilfreich um mehr Aufmerksamkeit zu generieren (M7m). Die M7m brachte die Idee ins Spiel, auch umgekehrte Psychologie anzuwenden, um Betroffene besser zu erreichen: „Wenn du auf so ne Schachtel Alkohol- oder Zigarettenwerbung draufmachst, dann nehmen das 50% mehr Leute mit, weil die denken dass die was davon haben.“ Es blieb hierbei jedoch bei einer Einzelmeinung mit vielen Gegenstimmen.

Eine mögliche Stigmatisierung jener, die sich für alle sichtbar eine Hilfebox nehmen würden, wurde im Gymnasium verneint, während die M7w dies nicht ausschloss: „Vielleicht: ‚Schau mal, der nimmt sich so was mit‘, aber nicht richtig Mobbing. Es kommt darauf an, wer sich das mitnimmt.“

Möglicher präventiver Einfluss der Hilfeboxen

Neben dem präventiven und aufklärenden Potenzial der IPGs v. a. für Freunde und Angehörige zeigten jedoch viele Schüler Skepsis bzgl. des Einflusses bei akut Betroffenen: „Also wenn jetzt einer schon mit Drogen so richtig hart dabei wäre, dann würde, glaube ich, so ein kleines Heftchen auch nicht viel bringen.“ (G7m), „Ich denke, es ist sehr gut davor zu warnen oder halt mit Nichtbetroffenen zu reden mit dieser Box, aber ich glaub, wenn man schon erkrankt ist oder von einigen Sachen betroffen ist, ob das einem hilft, diese Zettelchen zu lesen, bin ich mir jetzt nicht so sicher.“ (M10w), „Wenn du weißt, dass du Probleme hast, dann schaust du erst recht nicht in so ein Ding rein. Du brauchst jemanden, der auf dich zugeht und dir was sagt, dem du nicht ausweichen kannst“ (M7m). Die M10m warnte davor, dass nur jene, die diesen Thematiken ohnehin affin gegenüberstünden, Interesse zeigen würden: „Ich denk mal, wer sich das jetzt durchliest, das wird irgendjemand strebsames in der Klasse sein, der immer Informationen haben will, immer alles durchliest, der immer Hausaufgaben zusätzlich macht und übelst auf so was abfährt. Der liest sich das dann durch und weiß dann darüber Bescheid. [...] Derjenige, der das Problem hat, der wird sich das eher nicht durchlesen, deswegen hilft ihm das eher nicht so.“ Eine Teilnehmerin der M10w merkte außerdem an, dass Betroffene sich durch die Informationen einem Zugang entziehen könnten: „Wenn Betroffene diese Heftchen lesen und diese Symptome aufgezählt bekommen und sagen: Ja, das trifft auf mich zu [...]. Oh mein Gott, ich habe eine psychische Krankheit.“ – dass die dann wahrscheinlich eher erschrocken sind und sich eher noch mehr verschließen.“

Wichtig sei, nicht bevormundend zu sein: „Man soll zwar die Gefahren aufzeigen, aber man darf nicht mit dem Finger zeigen und ‚mach das ja nicht‘ sagen. Vielleicht muss man das ja machen, um zu wissen, wie es ist“ (M10m). Auch die Art und Weise der Präsentation sollte der Zielgruppe angepasst werden: „Wo man mehr Kraft reinstecken muss, ist die Prävention, aber es darf auch nicht falsch passieren. Wenn wir Prävention in der Schule hätten, ob es nun um Drogen ging oder irgendwelche Sexualkundengeschichten, [...] bei diesem Drogenzeug hat man überhaupt erst Lust darauf gekriegt, das zu machen, weil es halt interessant ist und neu und die versorgen einen dann schön mit Infos, dann ist das eher verlockend“ (M10m).

Diskussion

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Hilfeboxen und IPGs eine ansprechend gestaltete, handliche und akzeptierte Informationsquelle für Schüler verschiedener Altersstufen und Schulformen

darstellen. Während der Einfluss auf direkt Betroffene von einigen Fokusgruppenteilnehmern zumindest bezweifelt wurde, sahen alle Befragten einen Wert für Angehörige oder Freunde, v. a. zwecks Schaffung von Bewusstsein für psychische Erkrankungen. Dies könnte die Basis für informelle Gespräche im Familien-/Bekanntkreis darstellen, mittels derer das Thema weiter im Alltag verankert wird. Auch die praktische Vermittlung von Informationen und Adressen für Hilfe wurde positiv erwähnt. Deutlich wurde jedoch auch, dass die IPGs, obwohl sie eine gute Ergänzung im Maßnahmenkatalog darstellen, eine direkte, persönliche Hilfestellung allenfalls ergänzen können.

Differenziert man die Ergebnisse der Befragungen nach den verschiedenen Klassenstufen, zeigen sich einige Unterschiede: Die 7. Klassen beider Schulformen merkten an, dass die Gestaltung der Hilfeboxen Pflaster als Inhalt suggerieren würde, was keine der älteren Schülergruppen aussagte. Dies könnte ein Anknüpfungspunkt sein, die äußere Gestaltung der Hilfeboxen zu optimieren; beispielsweise mittels eines dezenten textlichen Hinweises auf die Thematik und den Nutzen auch für Nichtbetroffene, die einer Hilfebox aufgrund mangelnden subjektiven Bedarfs gleichgültig gegenüberstünden. Somit würde Interesse geweckt werden, ohne das Design wesentlich zu ändern. Dessen konkrete Ausgestaltung wäre Gegenstand weiterer Befragungen. Die Einschätzung der Flyer zu Alkohol und Drogen wies ebenfalls eine altersspezifisch unterschiedliche Bewertung auf: Während die älteren Schüler sagten, dass sie mit diesen Themen regelrecht bombardiert würden, waren sie für die 7. Klassen uninteressant, da altersgerecht noch nicht aktuell.

Auch die Rolle des Beratungslehrers bei der Verbreitung der Flyer wurde unterschiedlich eingeschätzt: Die jüngeren Schüler merkten an, dass nur jene Schüler zum Beratungslehrer gingen, die ohnehin Probleme hätten, was den präventiven Aspekt nicht berücksichtigen würde. Allerdings könnte dies auch in der Schulform begründet sein: Möglicherweise spielt der Beratungslehrer in der Mittelschule eine geringere Rolle als im Gymnasium. Die mögliche Stigmatisierung im Falle einer Mitnahme der Box wurde von Schülern des Gymnasiums kategorisch verneint, während sie von einigen Schülern der Mittelschule befürchtet wurde.

Ein weiterer Unterschied zwischen den Schulformen offenbarte sich in den Wünschen nach bisher unbehandelten und notwendigen Themen für weitere Flyer. Während es sich im Gymnasium neben Burnout und Ernährung v. a. um die Themen Einsamkeit und die Trennung der Eltern drehte, standen in der Mittelschule Mobbing, Mutproben, Gruppenzwang und frühe Schwangerschaften im Vordergrund. Die frühe Schwangerschaft als zu behandelnde Thematik war auch der einzige Aspekt, der geschlechtsspezifisch genannt wurde: Nur weibliche Teilnehmer äußerten diesen Wunsch. Dies steht im Einklang mit den Erkenntnissen aus der Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Jugendsexualität 2010, wonach Mädchen einen früheren Start ins Sexualleben angeben sowie ein deutlich größerer Anteil von ihnen Verhütungsberatung im Elternhaus erhält [29].

Die IPGs unterscheiden sich v. a. durch die thematische Vielfalt von anderen Broschüren, die im Bereich der psychischen Gesundheit von Schülern angewandt und evaluiert wurden, so z. B. zu den Themen Depressionen [30] oder Angst [31]. Diese Erhebungen zeichnen ebenfalls ein positives Bild bezüglich der beeinflussenden Wirkung von Flyern auf Jugendliche hinsichtlich Wissen und Einstellungen, sind jedoch monothematisch.

Ein entscheidender Punkt in der Akzeptanz der Flyer und Boxen unter den Jugendlichen wurde in der M10m angesprochen. Die

Schüler betonten, dass die Themen offen und ohne erhobenen Zeigefinger an sie herangetragen werden müssen. Zu diesem Zweck hat der Verein „Irrsinnig Menschlich e.V.“ im Rahmen seines Schulprojekts „Verrückt? Na und!“ eine effiziente Form der Kontaktaufnahme entwickelt: der Experte in eigener Sache [10]. Hierbei besucht ein jugendlicher, persönlich von psychischer Erkrankung Betroffener eine Schulklasse und informiert aus erster Hand über seinen Werdegang. So wird nicht nur die Existenz von Krisen verdeutlicht und Anleitung zur Besserung gegeben, sondern auch die Tatsache vermittelt, dass Krisen überwunden werden können und sich hieraus Stärke ergibt. Im Mittelpunkt des Konzepts steht der niederschwellige Austausch von Lebenserfahrungen in direkter Kommunikation, die den Schülern nicht nur Aufklärung und Wissen vermittelt, sondern zeitgleich Hemmungen und Barrieren abbaut. Der persönliche Kontakt wirkt, neben der Möglichkeit des Protests und der Edukation [32], dem Wunsch nach sozialer Distanz gegenüber psychisch Kranken [10] und ihrer Stigmatisierung entgegen. Im Rahmen eines solchen Konzepts könnten die Hilfeboxen an zuvor sensibilisierte Schüler ausgeteilt werden und mutmaßlich eine nachhaltigere Wirkung erzielen, die neben der Information auch antistigmatisierende Aspekte betonen würde. Diese Vermittlung eines optimistischen und handlungsorientierten Umgangs mit Problemen psychischer Natur könnte auch die Info-Pocket-Guides inhaltlich sinnvoll ergänzen, etwa durch die Vorstellung einer exemplarischen Erfolgsgeschichte.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

- ▶ Die Info-Pocket-Guides stellen in ihrer kompakten und gestalterischen Form eine ansprechende Präventionsmaßnahme zu einem breiten Themenspektrum dar.
- ▶ Vor allem für Angehörige und Freunde von direkt Betroffenen enthalten sie wichtige Informationen und Kontaktdaten, um Bewusstsein und Verständnis zu schaffen und Hilfestellung zu bieten.
- ▶ Entscheidend für die Akzeptanz der Materialien ist eine altersgerechte und den Kontext erläuternde Verbreitung und Vermittlung der Info-Pocket-Guides, insbesondere bei jüngeren Schülern.

Danksagung

Wir bedanken uns bei Frau Amy Römer und Frau Christin Grafe für die Assistenz bei der Durchführung der Befragung sowie der Transkription der Aufnahmen.

Hinweis

Die Info-Pocket-Guides sind Bestandteil der Aufklärungsinitiative „Verrückt? Na und!“, die der Verein Irrsinnig Menschlich e.V. in Kooperation mit der BARMER GEK und gesundheitsziele.de initiiert hat (www.verrueckt-na-und.de). Die Evaluierung wurde durch das BMG unter dem Förderkennzeichen IIA5-2509KIG009/314 gefördert.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Abstract

Info-Pocket-Guide as a Contribution to the Prevention of Mental Illnesses

Objective: To assess how Info-Pocket-Guides (IPG) are judged as an overall concept, with specific consideration for their content and design in terms of a successful contribution to the prevention of mental illnesses.

Methods: Altogether, eight student focus groups were conducted and differentiated according to sex, age, and educational system. **Results:** Mainly, the respondents consider the IPGs as an appealing design, as well as a convenient and well-liked source of information. Some amendments regarding the range of topics were suggested.

Conclusions: While there were doubts on the direct benefit of IPGs for the affected person, they were considered highly valuable for relatives and friends. For the acceptance of IPGs, an age-appropriate and context-involving mediation was found decisive.

Literatur

- 1 Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB et al. Depressed adolescents grown up. *JAMA* 1999; 281: 1707–1713
- 2 Stelling K, Kuhn K, Riedel-Heller SG et al. Entwicklungsprobleme bei jungen Erwachsenen mit einer psychischen Erkrankung: Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. *Psychiatr Prax* 2009; 36: 119–124
- 3 Barrett P, Turner C. Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal school-based trial. *Br J Clin Psychol* 2001; 40: 399–410
- 4 O’Kearney R, Kang K, Christensen H et al. A controlled trial of a school-based Internet program for reducing depressive symptoms in adolescent girls. *Depress Anxiety* 2009; 26: 65–72
- 5 Donovan CL, Spence SH. Prevention of childhood anxiety disorders. *Clin Psychol Rev* 2000; 20: 509–531
- 6 Frojd SA, Nissinen ES, Pelkonen MU et al. Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *J Adolesc* 2008; 31: 485–498
- 7 Wilkinson PF, Goodyer I. Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011; 20: 103–108
- 8 Deas D. Adolescent substance abuse and psychiatric comorbidities. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 18–23
- 9 Manassis K, Wilkowsky-Traynor P, Farzan N et al. The feelings club: randomized controlled evaluation of school-based CBT for anxious or depressive symptoms. *Depress Anxiety* 2010; 27: 945–952
- 10 Conrad I, Dietrich S, Heider D et al. “Crazy? So what!”: A school programme to promote mental health and reduce stigma – results of a pilot study. *Health Education* 2009; 109: 314–328
- 11 Kohlbauser DF, Meise UF, Schenker MF et al. Verändert der Unterricht über Depression die Einstellungen gegenüber Schizophrenie? Eine zielgruppenorientierte Anti-Stigma-Intervention. *Neuropsychiatr* 2010; 24: 132–140
- 12 Kraus BF, Wodarz NF, Kuchmaier KF et al. Konsum psychoaktiver Substanzen durch Jugendliche – Eine Erhebung bei Schülern der 9. Klassen. *Psychiatr Prax* 2004; 31 (Suppl. 01): S99–S101
- 13 Giacomuzzi S, Ertl M, Zima J et al. Drogenprävention aus Sicht Jugendlicher. *Neuropsychiatr* 2005; 19: 15–24
- 14 Jordan S. www.drugcom.de – ein Informations- und Beratungsangebot zur Suchtprävention im Internet. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2005; 54: 742–754
- 15 Wenzel VF, Weichold KF, Silbereisen RK. The life skills program IPSY: positive influences on school bonding and prevention of substance misuse. *J Adolesc* 2009; 32: 1391–1401
- 16 Morgenstern MF, Wiborg GF, Isensee BF et al. School-based alcohol education: results of a cluster-randomized controlled trial. *Addiction* 2009; 104: 402–412
- 17 Isensee B, Morgenstern M, Stoolmiller M et al. Effects of Smokefree Class Competition 1 year after the end of intervention: a cluster randomised controlled trial. *J Epidemiol Commun H* 2010; e-first: DOI: 10.1136/jech.2009.107490

- 18 *Rakete GF, Strunk MF, Lang P.* Tabakprävention in Schulen. Ein Erfolgsmodell. Bundesgesundheitsbl 2010; 53: 170–177
- 19 <http://www.bzga.de/infomaterialien/>
- 20 <http://www.verrueckt-na-und.de/fuer-dich.html>
- 21 *Richter-Werling M, Dietrich S.* Pocket-Guides zu seelischen Krisen. Psychiatr Prax 2009; 36: 199–200
- 22 *Flick U.* Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 2002
- 23 *Morgan DL.* Focus Groups as Qualitative Research. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage; 1997
- 24 *Kätzing J.* Qualitative research. Introducing focus groups. Brit Med J 1995; 311: 299–302
- 25 BzGA. Sichergehn. Verhütung für sie und ihn. Köln: BzGA; 2006
- 26 BzGA. Pränataldiagnostik – Beratung, Methoden und Hilfen. Köln: BzGA; 2006
- 27 BzGA. „Wie geht's – wie steht's?“ Wissenswertes für Jungen und Männer. Köln: BzGA; 2006
- 28 *Mayring P.* Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studien Verlag; 2000
- 29 BzGA. Jugendsexualität. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern – Aktueller Schwerpunkt Migration. Köln: BzGA; 2010
- 30 *Allgaier A-K, Schiller Y, Schulte-Körne G.* Wissens- und Einstellungsänderungen zu Depression im Jugendalter. Kindh Entwickl 2011; 20: 247–255
- 31 *Schneider S, Borer S.* Primäre Prävention von Angststörungen: Evaluation einer Broschüre für Kinder und Jugendliche. Kindh Entwickl 2003; 12: 111–118
- 32 *Schomerus G.* Warum werden Menschen mit Alkoholabhängigkeit in besonderer Weise stigmatisiert, und was kann man dagegen tun? Psychiatr Prax 2011; 38: 109–110



9. Diskussion

Das Thema psychische Gesundheit nimmt zunehmend Bedeutung im Alltag der Gesamtbevölkerung ein. So weisen 27,7% aller Deutschen eine 12-Monats-Prävalenz für eine psychische Störung auf. Vor allem Angststörungen (15,3%) und affektive Störungen (9,3%) sind zu Volkskrankheiten geworden (Jacobi et al., 2014). Die Folgen sind vielschichtig: Sowohl die somatische Gesundheit als auch die Lebensqualität der Betroffenen nimmt ab (Prince et al., 2007; Ellert und Kurth, 2013; Ravens-Sieberer et al., 2007; Morgan et al., 2008; Evans et al., 2007). Hinzu kommt, dass psychische Störungen kostenintensiv sind und die Volkswirtschaft enorm belasten (Vos et al. 2012; RKI, 2012; Bundespsychotherapeutenkammer, 2013). Um diesen Entwicklungen vorzubeugen und entgegenzuwirken, sind präventive Maßnahmen wie z.B. Anti-Stigma-Arbeit, Aufklärung oder Wissensvermittlung ein wesentliches Mittel (Conrad et al., 2009; Kohlbauer et al., 2010; Kraus et al., 2004).

Verschiedene Studien zeigen, dass Prävention bereits in jungen Lebensjahren einsetzen sollte. Der Bedarf ist groß: So zeigten in der KiGGS-Studie über 20% (Hölling et al., 2014), in der BELLA-Studie fast 22% (Ravens-Sieberer et al., 2007) der befragten Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten. Durch frühzeitige Präventionsmaßnahmen lässt sich die Etablierung negativer Routinen unterbinden, die in höherem Alter zu psychischen Störungen führen können (Barrett und Turner, 2001; Lowry-Webster et al., 2003; Barrett et al., 2005, 2006). Wie diese Arbeit

verdeutlicht, ist Schule hierfür ein geeignetes und wichtiges Setting. Schulbasierte Interventionen zeigen insbesondere bei Depression und Angsterkrankungen ihre Wirksamkeit. Die Vorteile verschiedener Ansätze wurden präsentiert. Einerseits weisen universelle Interventionen eine höhere Teilnahmerate auf und schließen primärpräventiv die komplette Zielgruppe ein (Manz et al., 2001a,b; Shochet et al., 2001). Andererseits erzielen selektive und indizierte Maßnahmen Erfolg bei Schülern, die bereits Symptome einer psychischen Störung aufweisen bzw. aufgrund von Prädispositionen als gefährdet gelten können, eine seelische Krankheit zu entwickeln (Cardemil et al., 2007). Als ideal wird eine zielgruppenspezifische Kombination der Ansätze angesehen, die einer möglichst großen Zielgruppe aufeinander abgestimmte und gemeinsam implementierte Maßnahmen anbietet. Im schulischen Kontext ist hierzu die Einbindung und Unterstützung von Lehrkräften und Erziehungsberechtigten essentiell, wie sie sich im *whole-school*-Ansatz wiederfindet: Das gesamte Lebensumfeld der Zielgruppe wird Teil der Prävention (Flaschberger et al., 2013). Obwohl sich diese Herangehensweise auch in Deutschland zunehmend durchsetzt, besteht weiterhin ein Mangel an empirischen Untersuchungen innovativer Interventionen hinsichtlich des seelischen Wohlbefindens. Diese Forschungslücke soll mit dieser Arbeit durch die longitudinale Evaluation des Pilotprojekts "Schulcoaches"⁵ sowie der Erfassung des Bedarfs an spezifisch gestalteten Informationsmaterialien, den "Info-Pocket-Guides"⁶, geschlossen werden.

⁵ <http://www.schulcoaches.de> (zuletzt Online: 28.11.2014)

Der Schulcoach soll Schulen ermöglichen, selbständig nachhaltige Lösungen im Bereich der psychischen Gesundheit zu erarbeiten, um Prävention im Setting Schule von innen heraus zu verankern. Der individuelle Handlungsspielraum ermöglicht den Schulcoaches ein flexibles und situationsspezifisches Vorgehen, welches auf soziodemographische wie geschlechtsspezifische Besonderheiten der jeweiligen Zielgruppen der Maßnahmen Rücksicht nimmt. Systemisch konzipiert werden alle Beteiligten des Systems Schule in das Projekt einbezogen, um ein gesundes Schulklima zu schaffen und die Sensibilisierung von Schülern, Lehrern und Eltern für psychische Gesundheit voranzutreiben. Der Motivation aller Beteiligten als Unterstützer kommt insbesondere hinsichtlich der nachhaltigen Implementierung der Maßnahmen eine besondere Bedeutung zu (Blank et al., 2008).

Den Schulcoaches des Pilotprojekts gelang es in relativ kurzer Zeit, durch universelle wie fallspezifische Maßnahmen als Vertrauensperson und Ansprechpartner akzeptiert zu werden. Sie konnten einer steigenden Zahl von Hilfesuchenden in schulischen wie privaten Angelegenheiten Hilfe leisten. Der Wunsch nach sozialer Distanz der Schüler gegenüber psychisch Kranken reduzierte sich im Projektverlauf signifikant. Weiter beeinflusste der Schulcoach das Schul- und Klassenklima positiv, z.B. durch Vermittlung zwischen Schülern und Lehrkräften oder schlichtenden

⁶ <http://www.verrueckt-na-und.de/pocket-guides.html> (zuletzt Online: 28.11.2014)

Maßnahmen bei Mobbing. Die Klassenstrukturen und die Identifikation mit der Schule wurden gestärkt. Eine zunehmende Zahl von Lehrkräften erkannte die Möglichkeiten einer entlastenden Unterstützung und stellte den Schulcoaches Zeit und Raum für ihre Arbeit zur Verfügung. Nicht nur wurden mehr Schüler an den Schulcoach verwiesen: Auch die Lehrkräfte selber suchten häufiger seinen Rat. Auch seitens der Eltern wuchs das Vertrauen in den Schulcoach und seine Arbeit: Das Projekt wurde zunehmend als wichtig beurteilt. Dies ist vor dem Hintergrund, dass sich das Erreichen dieser Gruppe in zahlreichen Interventionen als besonders schwierig herausgestellt hat (Olk und Speck, 2009), positiv herauszuheben. Die Organisation von Informationsveranstaltungen wurde besonders betont.

Eine besondere Bedeutung kommt der Nachhaltigkeit der Intervention zu. Hierbei spielen zwei Aspekte eine Hauptrolle. Zum einen steigt die Wirksamkeit schulbasierter präventiver Maßnahmen mit längerer Zeitdauer (Adi et al., 2007a; Adi et al., 2007b; Blank et al., 2008; Wells et al., 2003). Aufgrund der Komplexität ihrer umfassenden Aufgaben benötigen auch die Schulcoaches eine langfristige Auslegung der Projektlaufzeit. Um in einem ersten Schritt das Vertrauen der Beteiligten zu gewinnen und sie von der Bedeutung des Projekts zu überzeugen, müssen konkrete Maßnahmen ins Leben gerufen und angeleitet werden. Es bedarf einer ausreichend großen Zahl an Unterstützern, die zur eigenständigen Mitarbeit zu motivieren sind. Schüler, Lehrer und Eltern müssen anschließend ausreichend betreut und qualifiziert werden, um positive Effekte der Schulcoach-Arbeit über die Projektlaufzeit hinweg

zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang ist der zweite Aspekt, die Einbindung externer Unterstützer, eine essentielle Säule. Die geschaffenen Netzwerke verankern das Projekt nicht nur in kommunalem Rahmen, der Motivation und Anstöße von außen liefert. Darüber hinaus können mit ihrer Hilfe Synergie-Effekte entstehen, welche die Selbstwirksamkeit der Schulmitglieder steigern und etablierte Strukturen tragfähiger machen (Paulus, 2002). Ein erfolgreiches Beispiel sind die Steuerungsgruppen, die sich aus Vertretern aller Gruppen zusammensetzen, fortlaufend den Status Quo analysieren und gemeinsam Lösungen entwickeln. Somit werden subjektive Wahrnehmungen in einen kollektiven Entscheidungsprozess überführt (Conradt-Mach, 2009) und eine Infrastruktur geschaffen, welche die vom Schulcoach angestoßenen Impulse fortsetzt.

Auch aufgrund der positiven Ergebnisse der vorgestellten Evaluationen plant der durchführende Leipziger Verein "Irrsinnig Menschlich e.V.", das Schulcoach-Projekt auszubauen und zusätzlich in "anderen pädagogisch-beratenden und gesundheitlichen Arbeitsfeldern" zu verankern⁷. Dies ist ein deutliches Zeichen für eine positive Bilanz seitens der Projektteilnehmer und -verantwortlichen. Allerdings erfordert die Intervention vergleichsweise umfangreiche Ressourcen und Mittel, um den Schulcoaches angemessene Rahmenbedingungen zur Verfügung zu stellen. Die vorliegende Arbeit befasste sich daher auch mit einem anderen, weniger komplexen Mittel der Prävention, welches bei geringeren Kosten eine große Reichweite aufweist

⁷ <http://www.schulcoaches.de/perspektiven/perspektivenschulcoach.html> (zuletzt Online: 28.11.2014)

und breit implementiert werden kann: Informationsmaterialien. Eigens für den Bereich der psychischen Gesundheit entwickelte "Irrsinnig Menschlich e.V." die "Info-Pocket-Guides": Flyer, die gesammelt in einer nur 9x6cm kleinen Hilfebox Informationen zu verschiedenen Bereichen der psychischen Gesundheit und Kontaktadressen im Falle persönlicher oder mittelbarer Betroffenheit bereitstellen.

Die befragten Schüler beurteilten die "Info-Pocket-Guides" als ansprechend gestaltete und handliche Informationsquelle zu einem breiten Themenspektrum für Jugendliche verschiedener Altersstufen und Schulformen. Ein weiteres positives Ergebnis ist die Steigerung der Awareness gegenüber psychischen Erkrankungen, die zahlreiche Schüler insbesondere bei Freunden und Angehörigen vermuteten. Die "Info-Pocket-Guides" seien als "Türöffner" geeignet, um das Thema im Alltag zu verankern und zum Gegenstand informeller Gespräche zu machen. Die Fokusgruppen-Teilnehmer nannten weitere Themen, die zukünftig Bestandteil der "Info-Pocket-Guides" sein könnten: z.B. Burnout oder Ernährung. Dennoch wurde einschränkend festgestellt, dass Informationsmaterialien eine direkte, persönliche Hilfestellung allenfalls ergänzen können und erst in Kombination mit direktem, persönlichem Kontakt maximale Wirksamkeit entfalten. Daher ist für die Akzeptanz der Materialien entscheidend, dass ihre Verbreitung im Rahmen eines Kontextes erfolgt, der niedrigschwellig für die Thematik sensibilisiert. Als Beispiel wäre das "Schulprojekt" zu nennen: Ein "Experte in eigener Sache" (ein von psychischer Erkrankung betroffener Jugendlicher) informiert im persönlichen Kontakt über

seinen Werdegang und zeigt auf, wie Krisen überwunden werden können. Auf diesem Weg wird Lebenserfahrung, Aufklärung und Wissen in direkter Kommunikation vermittelt und Stigmatisierung abgebaut. Durch die Einbettung der enthaltenen Informationen in einen breiteren Kontext und der Vermittlung eines positiven und handlungsorientierten Umgangs mit psychischen Krisen könnten die "Info-Pocket-Guides" als Bestandteil dieser Maßnahme eine nachhaltigere Wirkung erzielen (Conrad et al., 2009).

Zusammenfassend stellt die Arbeit fest, dass dem großen Bedarf an präventiven Maßnahmen mittels einer Kombination aus Wissensvermittlung und persönlichem Kontakt zu Betroffenen erfolgreich begegnet werden kann. Im schulischen Kontext ist die systemische Einbindung aller Beteiligten des Systems Schule sowie externer Unterstützer essentiell. Die vorliegende Arbeit trägt dazu bei, Ansatzpunkte zur Vertiefung innovativer Interventionen wie dem "Schulcoach"-Projekt zu benennen, um eine positive Wirkung bzgl. des Abbaus von Stigmatisierung und der Sensibilisierung für Themen der psychischen Gesundheit zu erzielen. Darüber hinaus legt die Arbeit empirisch dar, dass es Zeit, Ressourcen und dem Engagement von Beteiligten aus allen Gruppen des Systems Schule bedarf, um eine nachhaltige Wirkung zu erreichen.

Um diese Erkenntnisse in eine flächendeckende Implementierung von Förderprogrammen im schulischen Setting münden zu lassen, ist eine weitere Optimierung der politischen Rahmenbedingungen und eine verbesserte Struktur der

Gesundheitsförderung eine zwingende Grundvoraussetzung. Während eine umfangreiche Ausschreibung des BMBF für Prävention und Gesundheitsförderung⁸ den hohen Stellenwert der Thematik aufzeigt, verdeutlicht das Scheitern der Verabschiedung des geplanten Präventionsgesetzes⁹, dass in politischer Dimension noch Nachholbedarf besteht.

⁸ <http://www.bmbf.de/foerderungen/22026.php> (zuletzt Online: 28.11.2014)

⁹ <http://www.bundesrat.de/SharedDocs/pm/2013/211-2013.html> (zuletzt Online: 28.11.2014)

10. Zusammenfassung

Kumulative Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr. rer. med.

Titel:

Die Prävention psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen - Evaluation schulbasierter Interventionen

eingereicht von: Sandro Corrieri

angefertigt an der: Universität Leipzig, Medizinische Fakultät
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health
(ISAP)
Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig

betreut von: Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH
Dr. phil. Ines Conrad

Monat und Jahr der Einreichung: Dezember 2014

Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet und folgenschwer. Neben den somatischen Aspekten hat die hohe Prävalenz auch volkswirtschaftliche Auswirkungen: Seelische Störungen zählen zu den kostenintensivsten Erkrankungen. Bereits Kinder und Jugendliche sind betroffen: Über 20% zeigen in aktuellen Studien psychische Auffälligkeiten. Insbesondere Depression und Angststörungen stellen die Gesellschaft vor große Herausforderungen (Corrieri et al., 2013b).

Um diesen Entwicklungen vorzubeugen und entgegenzuwirken, sind früh einsetzende präventive Maßnahmen ein essentielles Mittel. Schulen stellen hierfür ein geeignetes Setting dar, da die Interventionen im Alltag der Kinder und Jugendlichen eingebettet werden (Corrieri et al., 2013a). Dem *whole-school*-Ansatz folgend wird das gesamte Lebensumfeld der Zielgruppe einbezogen. Im Kontext zunehmender Belastung der Akteure steigt die Wichtigkeit, diesen Prozess zu unterstützen und erfordert zugleich die Erprobung neuer Konzepte, um eine nachhaltige Wirkung sicherzustellen.

Das Schulcoach-Projekt verfolgt einen systemischen Ansatz, der neben Schülern, Lehrer und Eltern auch externe Unterstützer involviert. Mittels universeller sowie zielgruppenspezifischer Projektarbeit sollen präventive Maßnahmen nachhaltig im Schulbetrieb verankert werden. Sowohl eine quantitative (Corrieri et al., 2013c) als auch eine qualitative (Corrieri et al., 2014) Evaluation zeigen, dass die Intervention positive Akzente setzen konnte. Insbesondere im Bereich des Schul- und Klassenklimas, im Abbau von Stigmatisierung und der Sensibilisierung für das Thema "psychische Gesundheit" wurden emotionale und soziale Veränderungen bei Schülern, Lehrern und Eltern der Projektschulen angestoßen. Der Stellenwert der psychischen Gesundheit im Schulalltag und Unterricht wurde erhöht. Die handelnden Personen wurden bei Problemen unterstützt und selbständig arbeitende Institutionen im Schulbetrieb etabliert.

Ein weiteres Mittel zur Aufklärung und Wissensvermittlung sind Informationsmaterialien. Sie bieten vergleichsweise kostengünstig eine große Reichweite und daher die Möglichkeit, breit implementiert zu werden. Die eigens für den Bereich der psychischen Gesundheit entwickelten "Info-Pocket-Guides" wurden in Fokusgruppen evaluiert. Die befragten Schüler beurteilten die Materialien als handliche und ansprechend gestaltete Informationsquelle zu einem breiten Themenspektrum für Jugendliche verschiedener Altersstufen und Schulformen. Sie können als Basis für informelle Gespräche dienen und das Thema im Alltag verankern. Die Schüler sahen insbesondere einen Mehrwert für indirekt Betroffene, um Informationen und Kontaktmöglichkeiten zu erhalten. Entscheidend ist der Verbreitungskontext: Eine maximale Wirksamkeit sei erst durch die Kombination mit persönlichem Kontakt zu Betroffenen zu erwarten. Ein Beispiel ist das "Schulprojekt": In dieser Intervention teilt ein "Experte in eigener Sache" (ein von psychischer Erkrankung betroffener Jugendlicher) seine Lebenserfahrung und zeigt auf, wie seelische Krisen überwunden werden können (Corrieri et al., 2012).

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass dem großen Bedarf an präventiven Maßnahmen mittels einer Kombination aus Wissensvermittlung und persönlichem Kontakt zu Betroffenen erfolgreich begegnet werden kann. Im schulischen Kontext ist die systemische Einbindung aller Beteiligten des Systems Schule sowie externer Unterstützer essentiell. Entscheidend für den Erfolg ist eine nachhaltige Wirkung der Interventionen. Dafür bedarf es einerseits ausreichend Zeit, Ressourcen und dem

Engagement von Beteiligten aus allen Gruppen des Systems Schule und externer Unterstützer. Darüber hinaus benötigt eine flächendeckende Implementierung von Förderprogrammen im schulischen Setting unterstützende politische Rahmenbedingungen und eine verbesserte Struktur der Gesundheitsförderung.

Zugehörige Veröffentlichungen für die kumulative Dissertation

Corrieri, S., Conrad, I., Riedel-Heller, S.G. (2013a): Schule als Setting zur Prävention psychischer Störungen. Chancen, Perspektiven und Beispiele guter Praxis. *Die Psychiatrie*, 10, 243-248.

Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H.H., Riedel-Heller, S.G. (2013b): School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review. *Health Promotion International*, doi: 10.1092/heapro/dat001.

Corrieri, S., Conrad, I., Riedel-Heller, S.G. (2013c): Die Förderung psychischer Gesundheit in der Schule durch Schulcoaches: Evaluation eines Modellprojekts in Sachsen. *Psychiatrische Praxis*, 41, 1-8.

Corrieri, S., Conrad, I., Riedel-Heller, S.G. (2012): Prävention in der Schule: Wie bewerten Schüler den Einfluss von Info-Pocket-Guides? *Psychiatrische Praxis*, 39, 129-135.

Corrieri, S., Conrad, I., Riedel-Heller, S.G. (2014): Do 'School Coaches' make a difference in school-based mental health promotion? – Results from a large focus group study. *Psychiatria Danubina*, 26, 319-329.

11. Literaturverzeichnis

Adi, Y., McMillan Schrader, A., Kiloran, A., Stewart-Brown, S. (2007a): Systematic review of the effectiveness of interventions to promote mental wellbeing in primary schools. Report 3: Universal approaches with focus on prevention of violence and bullying. University of Warwick, UK.

Adi, Y., Kiloran, A., Janmohamed, K., Stewart-Brown, S. (2007b): Systematic review of the effectiveness of interventions to promote mental wellbeing in primary schools. Report 1: Universal approaches which do not focus on violence or bullying. University of Warwick, UK.

Barrett, P.M., Lock, S., Farrell, L.J. (2005): Developmental Differences in Universal Preventive Intervention for Child Anxiety. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10, 539-555.

Barrett, P.M., Farrell, L.J., Ollendick, T.H., Dadds, M. (2006): Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: an evaluation of the friends program. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35, 403-411.

Barrett, P., Turner, C. (2001): Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal school-based trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 399-410.

Blank, L., Baxter, S., Goyder, L., Guillaume, L., Wilkinson, A., Hummel, S., Chilcott, J.

(2008): Systematic review of the effectiveness of universal interventions which aim to promote emotional and social wellbeing in secondary schools.

University of Sheffield, UK.

Bullinger, M., Brütt, A.L., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. and the BELLA Study

Group (2008): Psychometric properties of the KINDL-R questionnaire: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 125–132.

Bundespsychotherapeutenkammer (2013): BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit - Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung. Online:

http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/Arbeits-_und_Erwerbsunfaehigkeit/20140128_BPtK-Studie_Arbeits-und_Erwerbsunfaehigkeit-2013.pdf (letztes Zugriffsdatum: 28.11.2014).

Cardemil, E.V., Reivich, K.J., Beevers, C.G., Seligman, M.E., James, J. (2007): The prevention of depressive symptoms in low-income, minority children: two-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 313–327.

Conrad, I., Dietrich, S., Heider, D., Blume, A., Angermeyer, M.C., Riedel-Heller, S.G.

(2009): "Crazy? So what!": A school programme to promote mental health and reduce stigma – results of a pilot study. *Health Education*, 109, 314–328.

- Corrieri, S., Conrad, I., Riedel-Heller, S.G. (2012): Prävention in der Schule: Wie bewerten Schüler den Einfluss von Info-Pocket-Guides? *Psychiatrische Praxis*, 39, 129-135.
- Corrieri, S., Conrad, I., Riedel-Heller, S.G. (2013a): Schule als Setting zur Prävention psychischer Störungen. Chancen, Perspektiven und Beispiele guter Praxis. *Die Psychiatrie*, 10, 243-248.
- Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H.H., Riedel-Heller, S.G. (2013b): School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review. *Health Promotion International*, doi: 10.1092/heapro/dat001.
- Corrieri, S., Conrad, I., Riedel-Heller, S.G. (2013c): Die Förderung psychischer Gesundheit in der Schule durch Schulcoaches: Evaluation eines Modellprojekts in Sachsen. *Psychiatrische Praxis*, 41, 1-8.
- Corrieri, S., Conrad, I., Riedel-Heller, S.G. (2014): Do 'School Coaches' make a difference in school-based mental health promotion? – Results from a large focus group study. *Psychiatria Danubina*, 26, 319-329.
- Deas, D. (2006): Adolescent substance abuse and psychiatric comorbidities. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 18–23.
- Donovan, C.L., Spence, S.H. (2000): Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 509–531.
- Dudenhöffer, S. (2014): Lehrkräfte. In: Angerer, P., Glaser, J., Gündel, H., Henningsen, P., Lahmann, C., Letzel, S., Nowak, D. (Hrsg.): Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit - Wissenschaft, Erfahrungen,

- Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und Psychosomatischer Medizin. Heidelberg: Ecomed, 169-182.
- Ellert, U. u. Kurth, B.M. (2013): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 643-649.
- Europäische Kommission (2005): Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Online: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf (letztes Zugriffsdatum: 28.11.2014).
- Evans, S., Banerjee, S., Leese, M., Huxley, P. (2007): The impact of mental illness on quality of life: A comparison of severe mental illness, common mental disorder and healthy population samples. *Quality of Life Research*, 16, 17-29.
- Flaschberger, E., Teutsch, F., Hofmann, F., Felder-Puig, R. (2013): Die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Setting Schule. Zusammenfassung rezenter systematischer Reviews. Wien: LBIHPR Forschungsbericht.
- Frojd, S.A., Nissinen, E.S., Pelkonen, M.U., Marttunen, M.J., Koivisto, A.M., Kaltiala-Heino, R. (2008): Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence*, 31, 485-498.

- Heckman, J.J. (2008): The case for investing in disadvantaged young children. In: First Focus (Hrsg.): Big ideas for children - investing in our nation's future. Washington: Forst Focus, 49-58.
- Heger, J.P., Brunner, R., Parzer, P., Fischer, G., Resch, F., Kaess, M. (2014): Depression und Risikoverhalten bei Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Band 63 (3), 177-199.
- Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U., Mauz, E., KiGGS Study Group (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012)- Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt*, 57 (7), 807-819
- Howard, L., Underdown, H. (2011): Hilfebedarfe von Eltern mit psychischen Erkrankungen – eine Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 38, 8–15.
- Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M.A., Hapke, U., Maske, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., Wittchen, H.U. (2014): Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH).

International Journal of Methods in Psychiatric Research, doi: 10.1002/mpr.1439.

[Epub ahead of print]

Jané-Lopis, E., Braddick, F. (Hrsg.) (2008): Mental health in youth and education.

Consensus paper. Luxembourg: European Communities.

Jerusalem, M., Klein-Heßling, J., Mittag, W. (2003): Gesundheitsförderung und

Prävention im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für*

Gesundheitswissenschaften, 11, 247-262.

Knapp, M., McDaid, D., Parsonage, M. (Hrsg.) (2011): Mental health promotion and

mental illness prevention: The economic case. London: Department of Health.

Kolip, P. (1999): Gesundheitliches Risikoverhalten im Jugendalter: Epidemiologische

Befunde und Ansätze der Prävention. In: Kolip, P. (Hrsg.): Programme gegen

Sucht. Internationale Ansätze zur Suchtprävention im Jugendalter. Weinheim:

Juventa-Verlag, 7-24.

Leadbeater, B., Thompson, K., Gruppuso, V. (2012): Co-occurring trajectories of

symptoms of anxiety, depression, and oppositional defiance from adolescence

to young adulthood. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41, 719–

730.

Lowry-Webster, H. M., Barrett, P. M., Lock, S. (2003): A universal prevention trial of

anxiety symptomatology during childhood: results at 1-year follow-up.

Behaviour Change, 20, 25–43.

- Manz, R., Junge, J., Margraf, J. (2001a): Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen. Ergebnisse einer Follow-Up-Untersuchung nach 6 Monaten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 9, 168–179.
- Manz, R., Junge, J., Neumer, S., Margraf, J. (2001b): Primary prevention of anxious and depressive symptoms in adolescents. First Results from a Quasi-Experimental Study. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 9, 229–241.
- Mattejat, F., Simon, B., König, U., Quaschner, K., Barchewitz, C., Felbel, D., Herpertz-Dahlmann, B., Höhne, D., Janthur, B., Jungmann, J., Katzenski, B., Naumann, A., Nölkel, P., Schaff, C., Schulz, E., Warnke, A., Wienand, F., Remschmidt, H. (2003): Lebensqualität bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 31, 293–30.
- Morgan, A., Curie, C., Due, P., Gabhain, S.N., Rasmussen, M., Samdal, O., Smith, R. (2008): Mental well-being in school-aged children in Europe: associations with social cohesion and socioeconomic circumstances. In: WHO (2008): Social cohesion for mental well-being among adolescents. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 12-25.
- Neil, A.L. & Christensen, H. (2009): Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29, 208–215.

- Nelson, J.R., Benner, G.J., Lane, K., Smith, B.W. (2004): Academic achievement of K-12 students with emotional and behavioral problems. *Exceptional Children*, 71, 59–73.
- O'Kearney, R., Kang, K., Christensen, H., Griffiths, K. (2009): A controlled trial of a school-based Internet program for reducing depressive symptoms in adolescent girls. *Depression and Anxiety*, 26, 65–72.
- Olk, T., Speck, K. (2009): Was bewirkt Schulsozialarbeit? Theoretische Konzepte und empirische Befunde an der Schnittfläche zwischen formaler und nonformaler Bildung. *Zeitschrift für Pädagogik*, 55, 910-927.
- Paulus, P. (2002): Gesundheitsförderung im Setting Schule [Health promotion in the school setting]. *Bundesgesundheitsblatt*, 45, 970-975.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R., Rahman, A. (2007): No health without mental health. *Lancet*, 370, 859–877.
- Raithel, J. (2003): Riskante Verhaltensweisen im Jugendalter. Ein Literaturüberblick und eine lebensstilbezogene Forschungsperspektive. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 23, 286-301.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt*, 50, 871-878.

- Reef, J., Diamantopoulou, S., van Meurs, I., Verhulst, F.C, van der Ende, J. (2011):
Developmental trajectories of child to adolescent externalizing behavior and
adult DSM-IV disorder: results of a 24-year longitudinal study. *Social
Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 1233–1241.
- Scott, S., Knapp, M., Henderson, J., Maughan, B. (2001): Financial cost of social
exclusion: Follow up study of antisocial children into adulthood. *British
Medical Journal*, 323 (7306), 191-194.
- Shochet, I.M., Dadds, M.R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P.H., Osgarby, S.M.
(2001): The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent
depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 30, 303–315.
- Stelling, K., Kuhn, K., Riedel-Heller, S.G., Jungbauer, J. (2009):
Entwicklungsprobleme bei jungen Erwachsenen mit einer psychischen
Erkrankung: Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. *Psychiatrische
Praxis*, 36, 119–124.
- Trussell, R.P. (2008): Promoting school-wide mental health. *International Journal of
Special Education*, 23 (3), 149-155.
- Weissman, M.M., Wolk, S., Goldstein, R.B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S.,
Klier, C.M., Ryan, N.D., Dahl, R.E., Wickramaratne, P. (1999): Depressed
adolescents grown up. *JAMA*, 281, 1707–1713.

- Wells, J., Barlow, J., Stewart-Brown, S. (2003): A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education*, 103 (4), 197-220.
- WHO (2003): Skills for health. Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School. Information Series on School Health, Doc. 9. Genf: WHO.
- Wilkinson, P.F., Goodyer, I. (2011): Non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 103–108.
- Wille, N., Bettge, S., Wittchen, H.U., Ravens-Sieberer, U. (2008): How impaired are children and adolescents by mental health problems? Results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 42–51.
- Wittchen H-U, Jacobi F. (2012): Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit (DEGS). Online: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf (letztes Zugriffsdatum: 28.11.2014).

I. Danksagung

Ich möchte mich aus vollem Herzen bei allen bedanken, die mich beim Schreiben meiner Dissertation unterstützt haben.

Mein Dank gilt zuallererst Frau Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller, die mir jederzeit mit konstruktiven Anregungen, guten Ideen und vollster Unterstützung zur Seite stand.

Nicht minder herzlich möchte ich mich bei Frau Dr. Ines Conrad für eine stets angenehme und bereichernde Zusammenarbeit bedanken. Des Weiteren danke ich allen Kollegen des ISAP, insbesondere den Mitgliedern der Arbeitsgruppe "Lebensqualität und Gesundheitsförderung" und den Mitarbeitern von "Irrsinnig Menschlich e.V.". Nicht zuletzt gebührt allen Teilnehmern und Organisatoren der Evaluationen mein Dank.

Ein besonderer Dank richtet sich an meine Freunde und meine Liebe: Für die stete Unterstützung, das Korrektur lesen und alles andere. Aus tiefstem Herzen danke ich meiner Familie, ohne die meine Dissertation niemals möglich gewesen wäre: Meinen Eltern Karin und Giovanni, denen ich diese Arbeit widme, Angela, Joe und Emma.

II. Publikationen

Corrieri, S., Conrad, I., Riedel-Heller, S.G. (2014): Do 'School Coaches' make a difference in school-based mental health promotion? – Results from a large focus group study. *Psychiatria Danubina*, 26, 319-329.

Conrad, I., Schulze, B., **Corrieri, S.**, Heider, D., Schomerus, G., Riedel-Heller, S.G. (2014): The film festival "AUSNAHME|ZUSTAND" (State of Emergency)—Do feature films and documentaries on mental health reduce stigma and influence help-seeking attitudes? *Psychiatry Research*, doi:10.1016/j.psychres.2014.09.006.

Corrieri, S., Conrad, I., Riedel-Heller, S.G. (2013a): Schule als Setting zur Prävention psychischer Störungen. Chancen, Perspektiven und Beispiele guter Praxis. *Die Psychiatrie*, 10, 243-248.

Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H.H., Riedel-Heller, S.G. (2013b): School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review. *Health Promotion International*, doi: 10.1092/heapro/dat001.

Corrieri, S., Conrad, I., Riedel-Heller, S.G. (2013c): Die Förderung psychischer Gesundheit in der Schule durch Schulcoaches: Evaluation eines Modellprojekts in Sachsen. *Psychiatrische Praxis*, 41, 1-8.

Corrieri, S., Conrad, I., Riedel-Heller, S.G. (2012): Prävention in der Schule: Wie bewerten Schüler den Einfluss von Info-Pocket-Guides? *Psychiatrische Praxis*, 39, 129-135.

Corrieri, S., Heider, D., Riedel-Heller, S.G., Matschinger, H., König, H.H. (2011): Cost-effectiveness of fall prevention programs based on home visits for seniors aged over 65 years: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 23, 711–723.

Lehnert, T., Heider, D., Leicht, H., Heinrich, S., **Corrieri, S.,** Lupp, M., Riedel-Heller, S.G., König, H.H. (2011): Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. *Medical Care Research and Review*, 68, 387-420.

Corrieri, S., Heider, D., Matschinger, H., Lehnert, T., Raum, E., König, H.H. (2010): Income-, education- and gender-related inequalities in out-of-pocket health-care payments for 65+ patients - a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 9:20.